

Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård i Österåkers kommun

Antagna i vård- och omsorgsnämnden 2022-08-30



Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Ansvar.....	5
Huvudman.....	5
Vårdgivare.....	5
Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).....	5
Riktlinje 1.....	7
Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordat om.....	7
Riktlinje 2.....	9
Journalhantering.....	9
Riktlinje 3.....	11
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift.....	11
Uppgifter som i normalfallet inte ska delegeras.....	12
Riktlinje 4.....	14
Läkemedelshantering.....	14
Särskilda observandum.....	15
Riktlinje 5.....	16
Rapportering enligt 6 kap 4§ Patientsäkerhetslagen.....	16
Riktlinje 6.....	18
Kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvård när patientens tillstånd fordrar det.....	18
Riktlinje 7.....	20
Säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.....	20
7.2 Arkivering och gallring av hälso- och sjukvårdsdokumentation.....	23
7.4 Bemanning för att säkerställa hög patientsäkerhet.....	25
7.5 Delaktighet för patient och närstående.....	26
7.6 Demens.....	27
7.7 Dödsfall och omhändertagande av avliden.....	28
7.8 Egenvård.....	29
7.9 Etiska ställningstaganden inom hälso- och sjukvårdsansvaret.....	31
7.10 Fallprevention.....	32

7.11 Fotvård och medicinsk fotsjukvård.....	33
7.12 Hjärt- och lungräddning	35
7.14 Inkontinens.....	37
7.15 In- och utskrivning i slutenvård	38
7.16 Klagomål mot hälso- och sjukvården	39
7.17 Läkemedelsnära produkter	40
7.18 Medicintekniska produkter (MTP).....	41
7.19 Mun- och tandvård.....	43
7.20 Nutrition	44
7.21 Rehabilitering/habilitering	45
7.22 Riskbedömningar och registrering i kvalitetsregister	47
7.23 Rutiner utifrån regionala överenskommelser.....	48
7.24 Samtycke.....	49
7.25 Sekretess	50
7.26 Samverkansformer och samverkansavtal med andra aktörer	51
7.27 Vårdplanering och samverkan på individnivå med andra aktörer	52
7.28 Skydds- och begränsningsåtgärder	53
7.29 Trycksår.....	54
7.30 Vård i livets slutskede/Palliativ vård	55
I. Källor.....	56

Inledning

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer, skall det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Det är endast kommun eller region som kan vara huvudman för hälso- och sjukvård. MAS-funktionen tillhör huvudmannen för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar (SFS 2017:30). Enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80) 4 kap. 6 §, ska medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt 11 kap. 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ansvara för att:

1. Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
2. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355).
3. Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
4. Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering.
5. Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
6. Det finns ändamålsenliga och välfungerande rutiner för kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patients tillstånd fordrar det.
7. Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Riktlinjerna är ett övergripande dokument som utgör ramverk, minimikrav inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret och anger inom vilka områden lokala rutiner skall finnas. Respektive enhet och/eller respektive vårdgivare skall ha lokala rutiner utifrån riktlinjerna. De lokala rutinerna skall vara skriftliga och beskriva vem som gör vad, samt när och hur. I samband med granskning är det MAS som avgör om vårdgivarens rutiner är tillräckliga. Om det finns något område, som inte omfattas av riktlinje 1 - 7, så ansvarar vårdgivaren för att tillämpliga rutiner finns för sådant som regleras i författningar och lagstiftning. Vid MAS tillsyn av verksamheten är det de lokala rutinerna, samt följsamheten till dessa som granskas.

De lokala rutinerna skall, i tillämpliga fall, även ha en tydlig koppling till arbetsterapeutens, fysioterapeutens och dietistens kompetensområden. Rutinerna ska även innefatta reservrutiner och beakta att verksamheten ska kunna bedrivas under kris, extraordinära händelser och höjd beredskap.

Ansvar

Huvudman

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är kommunen huvudman med ansvar för att erbjuda en god kommunal hälso- och sjukvård på lika villkor. Det är endast kommun eller region som kan vara huvudman för hälso- och sjukvård. Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret innefattar biståndsbedömd dagverksamhet/daglig verksamhet samt särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionsnedsättning. Kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar innebär hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå, vilket innebär behandling, omvårdnad, förebyggande arbete samt rehabilitering och habilitering som inte kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser eller särskilda kompetens. Vid tvist eller oklarheter kring vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som bedöms vara på primärvårdsnivå ska kommunens MAS rådfrågas.

För huvudmannen har MAS ett tillsynsansvar över vårdgivarens utförande av hälso- och sjukvård. Vid tillsyn granskas de lokala rutiner som finns, att dessa följer gällande regelverk samt hur vårdgivaren säkerställer personalens följsamhet genom egenkontroller.

Vårdgivare

Vårdgivare är den som utför hälso- och sjukvård, vilket kan vara i kommunens egen regi eller bedrivs av privata utförare. Vårdgivare är skyldiga att bedriva hälso- och sjukvård så kraven på god och säker vård uppfylls enligt lag¹. Vårdgivaren ansvarar för att hålla sig uppdaterad kring gällande lagstiftning, författningar, nationella riktlinjer och skapa de lokala skriftliga rutiner som är relevanta för verksamheten. Vårdgivarens skriftliga rutiner ska anpassas efter lokala förutsättningar och tydliggöra vilka aktiviteter som ska utföras, av vem, när och hur. De lokala rutinerna ska ha en tydlig koppling till sjuksköterskans, arbetsterapeutens, fysioterapeutens samt dietistens kompetensområden. Rutinerna ska även innefatta reservrutiner och beakta att verksamheten ska kunna bedrivs under kris, extraordinära händelser och höjd beredskap.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska det för varje vårdgivare finnas en verksamhetschef för hälso- och sjukvård. Ansvaret för verksamhetschef

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) m.fl

regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen². Verksamhetschef enligt HSL har ett samlat ledningsansvar och ansvarar för att den enskildes behov av säkerhet, kontinuitet och samordning i vården tillgodoses. I det samlade ledningsansvaret ingår att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att organisatoriskt planera, leda och kontrollera verksamheten.

Verksamhetschef enligt HSL ska ansvara för att senast den 1 mars årligen sammanfatta arbetet i en patientsäkerhetsberättelse. Verksamhetschef enligt HSL kan uppdra åt befattningshavare som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. Överlåtelsen ska vara skriftlig med namngiven befattningshavare och vilka enskilda ledningsuppgifter som har överlåtits. Verksamhetschef enligt HSL har vid överlåtelse av enskilda medicinska ledningsuppgifter kvar det övergripande och samlade ledningsansvaret.

² 4 kap. Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80)

Riktlinje I

Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om

Den kommunala hälso- och sjukvården omfattar legitimerad personal såsom sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Inom särskilda boendeformer för äldre ska det finnas tillgång till dietist. Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs till patienter som omfattas av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Vårdgivare inom den kommunala hälso- och sjukvården har ett ansvar för att bedöma och ta ställning till när insats av en läkare behövs och att patienter får den hälso- och sjukvård som en läkare har beslutat om. Vårdgivaren ansvarar vidare för att tillhandahålla den bemanning, kompetens, lokaler och utrustning som krävs för att utföra kommunal hälso- och sjukvård.

Vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet på särskilt boende för äldre ska ha en skriftlig samverkansöverenskommelse med en utsedd läkarorganisation. Vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet inom LSS 9:8, LSS 9:9 och LSS 9:10 eller verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen ska verka för en optimal samverkan med respektive individs vårdkontakter. Detta gäller även de patienter på särskilt boende för äldre som valt att inte lista sig hos avtalad läkarorganisation. Respektive vårdgivare ska upprätta en rutin som säkerställer att patienten får den hälso- och sjukvård som läkare bestämt om.

Rutinen ska minst innehålla

- Beskrivning hur patienten ska få den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om.
- Hur det säkerställs att vårdgivarens hälso- och sjukvårdspersonal får väsentlig information, samt hur den kommuniceras, verkställs och dokumenteras i verksamheten, inklusive remisshantering.
- Hur kontaktuppgifter till hälso- och sjukvårdspersonal görs kända, tydliga och lättillgängliga för samtlig personal under dygnets alla timmar.
- Vem som bär ansvaret för att uppdatera kontaktlistor, telefonnummer etc.

I tillämpliga fall ska rutinen även innehålla

- Beskrivning av den praktiska tillämpningen av samverkansöverenskommelse med läkarorganisation på särskilt boende för äldre (SÄBO).

- Hur patient som går på dagverksamhet enligt Socialtjänstlagen eller daglig verksamhet enligt LSS, får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om.

Riktlinje 2

Journalhantering

Vårdgivare av hälso- och sjukvård är skyldig att föra patientjournal och handha patientuppgifter i enlighet med patientdatalagen³ och Socialstyrelsens föreskrifter om journalföring⁴. Syftet med patientjournalen är bland annat att bidra till en god och säker vård för patienten, vara en informationskälla för tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt forskning. Patientjournalen har olika funktioner och skall spegla innehållet i de viktigaste delarna i vården och följa Socialstyrelsens nationella informationsstruktur, NI. Vårdprocessens olika steg omfattas enligt NI av följande steg: a) ta emot vårdbegäran, b) bedöma behov av utredning c) utredning d) bedöma behov av åtgärder e) åtgärder samt f) uppföljning.

Genom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren säkerställa att dokumenterade personuppgifter är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet), att personuppgifterna är oförvanskade (riktiga), att obehöriga inte kan ta del av personuppgifterna (sekretess) samt att åtgärder kan härledas till en användare i system som är helt eller delvis automatiserade (spårbarhet). Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska föra patientjournal. Journalen ska innehålla väsentliga uppgifter för en god och säker vård samt vara tydligt och strukturerat skriven. Patientjournalen ska vara sammanhållen.

Vårdgivare ska upprätta skriftliga lokala rutiner utifrån riktlinjen. Respektive vårdgivare ska upprätta en rutin kring hur journaler ska föras i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen. Vårdgivaren ansvarar även för datasäkerhet och informationssäkerhet.

Rutinen ska minst innehålla

- Beskrivning av hur dokumentationen ska utformas och för att uppfylla kraven i gällande lagstiftning, till exempel patientdatalagen.
- Hur patientens rättigheter, enligt patientdatalagen, ska tillgodoses och dokumenteras, till exempel vilken information patienten fått och vilka val patienten gjort, patientens samtycke och patientens delaktighet.

³ Patientdatalagen (SFS 2008:355)

⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)

- Hur vårdgivaren säkerställer att kraven på tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet är tillgodosedda.
- Beskrivning av hur journalföring och tillgång till journal vid eventuella driftstopp samt beaktande av övriga säkerhetsaspekter och krav enligt patientdatalagen, till exempel skydd mot brand, fukt eller obehörig tillgång ska tillgodoses.
- Beskrivning av hur systematiska loggkontroller ska genomföras.
- Beskrivning av hur behörigheter delas ut, förändras, tas bort och regelbundet följs upp.
- Beskrivning av hur innehållet i HSLF-FS 2016:40, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, verkställs hos vårdgivaren.
- Beskrivning av hur vårdgivaren definierar och tillämpar stark autentisering.
- Beskrivning av arkivering och gallring.

Riktlinje 3

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift

Legitimerad personal kan överlåta en eller flera arbetsuppgifter till någon annan genom beslut om att delegera utförandet. Det är endast legitimerad (formellt behörig) personal som kan delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter. Praktiska och teoretiska kunskapstester i samband med delegeringsbeslut ska utföras individuellt (inte i grupp). I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2017:37 9 kap § 7-8, tillkommer ytterligare krav kring delegering av läkemedelshantering.

Vårdgivaren skall bedöma patientsäkerheten utifrån verksamhetens förutsättningar när det gäller hur delegeringsprocessen ska se ut till exempel kring vad som kan delegeras, krav på erfarenhet och kunskaper etc. Personal som tar emot en delegering är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal vid utförande av den specifika arbetsuppgiften. Utfärdare av delegering och mottagarens chef ska samverka kring bedömning av uppfyllda krav och lämplighet för mottagare att ta emot delegering. Delegering ska endast ges för de uppgifter som förekommer i verksamheten vid tidpunkt för delegeringsbeslutet. Legitimerad personal som utfärdat ett delegeringsbeslut ska följa upp hur den enskilde mottagaren utför uppgiften under giltighetstiden (teoretiska frågor och praktiskt utförande) samt dokumentera uppföljningarna.

Aktuella delegeringsbeslut ska finnas tillgängliga tillsammans med skriftliga kunskapstester, uppgifter om mottagarens utbildning och tidigare erfarenheter samt uppföljningar av utfärdaren. Vårdgivaren ska ha sammanställning över aktuella delegeringsbeslut. Kommunens MAS ska vid begäran få tillgång till sammanställningar och delegeringsbeslut. Studenter och de som praktiserar för att få svensk legitimation kan handledas men inte delegeras medicinska arbetsuppgifter. Vårdgivaren ska utifrån riktlinjerna samt Socialstyrelsens föreskrifter om delegering⁵ och läkemedelshantering⁶ upprätta lokala rutiner om delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Rutinen ska minst innehålla

- Vilka förutsättningar som är godtagbara för den som ska delegera samt för den som ska ta emot en delegering, exempelvis anställningslängd, utbildning och erfarenhet.

⁵ Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)

⁶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37)

- Beskrivning av vem som får delegera till vem.
- Beskrivning av hur delegeringsprocessen är utformad
- Hur dokumentation av den delegerades kunskaper kring läkemedelshantering ska ske.
- Beskrivning av hur delegeringsbeslut ska dokumenteras och förvaras.
- Hur delegeringsbeslut ska sammanställas för statistik och information exempelvis till MAS.
- Hur uppföljning och omprövning av beslut ska ske.
- Hur, när och varför återkallelse av delegeringsbeslut ska ske, samt vem/vilka som har rätt att återkalla ett beslut om att delegera en hälso- och sjukvårdsuppgift.
- Beskrivning av processen kring när ett delegeringsbeslut upphör och eventuellt behöver förnyas, ex när den delegerande legitimerade personalen eller den delegerade personalen avslutar sin anställning.
- Beskrivning av hur överenskommelser och bestämmelser kring delegering över vårdgivar- eller verksamhetsgränser ska utformas.
- Hur vårdgivaren säkerställer spårbarhet av signaturer/signaturförtydligande.
- Beskrivning av vilka uppgifter som inte behöver delegeras.
- Vilka uppgifter som bara kan delegeras till enskild patient.
- Vilka uppgifter som kan delegeras på enhets- eller verksamhetsnivå.

Uppgifter som i normalfallet inte ska delegeras

Nedanstående punkter är sådana arbetsuppgifter som inte ska delegeras, annat än när särskilda skäl föreligger. Om delegering av dessa uppgifter av olika skäl är nödvändiga ska huvudmannens MAS informeras och godkänna förfarandet och villkoren innan delegeringen börjar gälla

- Medicinska bedömningar av hälsotillståndet.
- Dispensering av läkemedel, till exempel dosettindelning.

- Intravenösa och intramuskulära injektioner.
- Behandlingar vid instabilt hälsotillstånd, till exempel diabetes, KOL eller andra tillstånd som kräver analys av värden eller bedömning av hälsotillstånd för att avgöra dosen.

Riktlinje 4

Läkemedelshantering

Med läkemedelshantering avses ordination vilket innefattar läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse, iordningställande, administrering/överlämnande, rekvisition och beställning av läkemedel, kontroll (till exempel av narkotika) och förvaring av läkemedel. Vårdgivaren är skyldig enligt patientsäkerhetsförordningen att hantera läkemedel på ett betryggande sätt och följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd kring läkemedelshantering⁷. Vårdgivarens rutiner och instruktioner ska belysa patientsäkerheten, i alla led i läkemedelshantering, från ordination till uppföljning av patientens läkemedelsbehandling. Hantering av läkemedel ska vara dokumenterat och spårbart i alla led. Det ska tydligt framgå ansvars- och arbetsfördelning gällande de olika uppgifterna (vem, vad, när och hur)⁸.

Vårdgivaren ska regelbundet låta en extern aktör granska kvaliteten i verksamhetens läkemedelshantering⁹, granskningen ska ske minst en gång per år. Kommunens MAS ska bjudas in till granskningen. Förslag byt plats på styckena; Granskningsrapport med åtgärdsplan och annan efterfrågad dokumentation ska delges kommunens MAS inom två veckor efter granskningstillfället. Eventuella brister och förbättringsåtgärder som framkommer ska åtgärdas omgående.

Vårdgivarens rutiner ska belysa patientsäkerheten, i alla led i läkemedelshantering, från ordination till uppföljning av patientens läkemedelsbehandling.

Rutinen ska minst innehålla

- Beskrivning av hur läkemedelshanteringsprocessen är utformad hos vårdgivaren.
- Beskrivning av hur ansvars- och arbetsfördelning gällande de olika momenten i läkemedelshanteringsprocessen är utformad.

⁷ Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap 1§

⁸ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37)

⁹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS-2017:37) 4 kap 3§

- Hur kontroller vid iordningställande och administrering/överlämnande av läkemedel ska ske.
- Beskrivning av krav som finns på uppmärkning av läkemedel när det förbereds till patient, för att undvika risk för förväxling.
- Hur en rimlighetsbedömning av dosen ska göras. Den som iordningställer ett läkemedel utifrån läkarens ordination har ansvar för att göra en rimlighetsbedömning.
- Hur mottagande, verkställande och dokumentation av given ordination ska ske i verksamheten.
- Vilka beståndsdelar som ingår i vårdgivarens läkemedelshantering samt hur läkemedelshanteringen ska gå till, och vem som ansvarar för vad.
- I förekommande fall ansvarsfördelning och hantering av kommunalt läkemedelsförråd.
- Tillvägagångssätt när studenter som har verksamhetsförlagd utbildning eller personer som gör praktisk tjänstgöring i syfte att få svensk legitimation som sjuksköterska ska iordningställa, administrera eller överlämna läkemedel till patient.

Särskilda observandum

För den vårdgivare som har personal med forskrivningsrätt ska rutinen även innefatta hur behovsbedömning och lämplighetsbedömning vid ordination ska göras, där man bland annat väger in de diagnoser patienten har och eventuellt redan pågående behandling. När läkemedel ska ordinerats till barn ställs särskilda krav på säkerheten.

Riktlinje 5

Rapportering enligt 6 kap 4§ Patientsäkerhetslagen

Enligt Patientsäkerhetslagen¹⁰ är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det ska ske genom att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patient drabbas av vårdskada, utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, samt ge patienter och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Vårdgivaren är vidare skyldig att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada¹¹. Vårdgivaren ska i händelse av utredning om allvarlig vårdskada omgående informera kommunens MAS. MAS kan utifrån rapport om händelse besluta om att inleda en egen utredning. En sådan utredning undantar inte vårdgivaren dennes ansvar att fullfölja sin egen utredningsskyldighet.

Vårdgivaren ska upprätta rutiner utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete¹². Hantering av avvikelser ska vara dokumenterad och spårbar. Vårdgivaren ska upprätta rutiner utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete¹³ samt Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, Lex Maria¹⁴.

Rutinen ska minst innehålla uppgifter om

- Vem som ska rapportera.
- Hur rapporteringen ska göras.
- Hur och när kommunens MAS ska informeras.

¹⁰ Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) 3 kap

¹¹ Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) 3 kap

¹² Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)

¹³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)

¹⁴ IVO:s föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (HSLF-FS 2017:41)

- Vem som ska ta emot rapporten.
- Hur och när rapporten ska handläggas och bedömas.
- Vem/vilka som ska handlägga och/eller bedöma rapporten.
- Hur bedömning av allvarlighetsgrad och risk för upprepning ska göras.
- Vem/vilka som ska fatta beslut om allvarlighetsgrad, åtgärder et cetera.
- Vem som ska upprätta eventuell anmälan till IVO om allvarlig vårdskada.
- Hur och när patienten och anhöriga ska involveras och informeras.
- Vilka övriga parter, medarbetare och berörda som ska informeras.
- Hur återföring av nya kunskaper ska ske.

Riktlinje 6

Kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvård när patientens tillstånd fordrar det

Enligt Patientsäkerhetslagen¹⁵ och Hälso- och sjukvårdsförordningen¹⁶ ska patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Vårdgivaren ska säkerställa att det i verksamheten finns rutiner för hur kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvård sker när patientens tillstånd fordrar det. Rutinerna ska vara kända, lättåtkomliga, ändamålsenliga och ska tillämpas av personalen i det praktiska arbetet. Kontaktuppgifter till läkare och sjuksköterska dygnet runt veckans alla dagar ska finnas lättillgängliga för all berörd personal i verksamheten.

Vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för

- Kontakt med läkare dygnet runt.
- Personalens kontakt med tjänstgörande sjuksköterska dygnet runt.
- Personalens kontakt med arbetsterapeut/fysioterapeut.
- Personalens kontakt med dietist.
- Kommunikationsmodell, till exempel SBAR, mellan olika professioner.

Rutinen ska minst innefatta

- Vem som ska kontakta vem.
- Hur kontakten ska ske.
- Under vilka förutsättningar kontakt ska ske, till exempel akuta tillstånd, hälsoförändringar et cetera.
- Vad som ska informeras om och till vem, exempelvis information från läkarbesök och övriga specialistmottagningar.

¹⁵ Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659)

¹⁶ Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80)

- Hur kontakter och information ska dokumenteras.
- Vem som bär ansvaret för olika bedömningar och åtgärder.
- Vem som bär ansvaret för att uppdatera kontaktlistor, telefonnummer et cetera.
- Övriga omständigheter av betydelse som behövs för att säkra kommunikationen mellan vårdgivare.

Riktlinje 7

Säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet

För att säkerställa en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård ska vårdgivaren upprätta rutiner utifrån gällande lagstiftning, författningar och nationella riktlinjer. Utöver rutiner utifrån riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård 1 - 6, så ska vårdgivaren även upprätta rutiner för nedan angivna områden för riktlinje 7:

1. Ansvarsfördelning inom vårdgivarens verksamhetsområde för hälso- och sjukvård
2. Arkivering och gallring av hälso- och sjukvårdsdokumentation
3. Avancerad hälso- och sjukvård och samverkan med andra berörda aktörer
4. Bemanning för att säkerställa hög patientsäkerhet
5. Delaktighet för patient och närstående
6. Demens
7. Dödsfall och omhändertagande av avliden
8. Egenvård
9. Etiska ställningstaganden inom hälso- och sjukvårdsansvaret
10. Fallprevention
11. Fotvård och medicinsk fotvård
12. Hjärt-, lungräddning
13. Hygien (basala hygienrutiner, klädregler, vårdhygien, smittskydd, livsmedel, städning)
14. Inkontinens
15. In- och utskrivning i slutenvård
16. Klagomål mot hälso- och sjukvården
17. Läkemedelsnära produkter

18. Medicintekniska produkter (MTP)
19. Mun- och tandvård
20. Nutrition
21. Rehabilitering/Habilitering
22. Riskbedömningar och registrering i kvalitetsregister
23. Rutiner utifrån regionala överenskommelser
24. Samtycke
25. Sekretess
26. Samverkansformer och samverkansavtal med andra aktörer
27. Vårdplanering och samverkan på individnivå med andra aktörer
28. Skydds- och begränsningsåtgärder
29. Trycksår
30. Vård i livets slutskede/Palliativ vård

7.1 Ansvarsfördelning inom vårdgivarens verksamhetsområde för hälso- och sjukvård

Vårdgivaren ska ha en skriftlig rutin för hur ansvaret är fördelat mellan verksamhetschef, enhetschef, legitimerad personal och delegerad personal gällande den hälso- och sjukvård som bedrivs inom vårdgivarens ansvarsområde. Vårdgivaren ska ta fram en rutin som tydliggör ansvarsfördelningen i den egna verksamheten och som säkerställer en god och säker vård.

Rutinen ska minst omfatta:

- Vem som ansvarar för att information om respektive rutin, och nya kunskaper inom det aktuella området, sprids på ett ändamålsenligt sätt.
- Vem som ansvarar för att fortlöpande uppdatera vårdgivarens rutiner så att de är aktuella.
- Vem som ansvarar för att följa upp att rutinerna följs i den egna verksamheten.

7.2 Arkivering och gallring av hälso- och sjukvårdsdokumentation

Vårdgivaren ska ha en skriftlig rutin för hur hälso- och sjukvårdsdokumentationen ska arkiveras och gallras. Vårdgivaren ska ta fram en rutin som säkerställer en korrekt arkivering och gallring av hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Rutinen ska minst omfatta:

- Hur vårdgivarens arkiv ska bevaras, hållas ordnade och vårdas så att de tillgodoser:
 1. Rätten att ta del av allmänna handlingar.
 2. Behovet av information för rättskipningen och förvaltningen.
 3. Forskningens behov.
- Hur vårdgivaren ska svara för vården av sitt arkiv så att vederbörlig hänsyn till dess betydelse för en ändamålsenlig arkivering samt vilka metoder och material som används vid framställning av handlingar som säkerställer arkivbeständighet. I arkivvården ingår att
 1. Organisera arkivet på ett sådant sätt att rätten att ta del av allmänna handlingar underlättas.
 2. Upprätta dels en arkivbeskrivning som ger information om vilka slag av handlingar som kan finnas i myndighetens arkiv och hur arkivet är organiserat, dels en systematisk arkivförteckning.
 3. Skydda arkivet mot förstörelse, skada, tillgrepp och obehörig åtkomst.
 4. Avgränsa arkivet genom att fastställa vilka handlingar som skall vara arkivhandlingar.
 5. Verkställa föreskriven gallring i arkivet.

7.3 Avancerad hälso- och sjukvård och samverkan med berörda aktörer

I takt med utveckling av ny teknik och nya kunskaper i kombination med förändrade krav så blir det allt vanligare att den kommunala hälso- och sjukvården måste klara av olika arbetsuppgifter som tidigare kategoriserades som avancerade. Kommunen har det yttersta ansvaret för att individen får den vård och omsorg som behövs. Vårdgivaren har ett långtgående ansvar att säkerställa att kompetens, utrustning och lokaler anpassas utifrån de behov som ska tillgodoses i verksamheten. Grundprincipen är att alla ska kunna bo på ett särskilt boende oavsett svårighetsgrad gällande hälso- och sjukvård. Behov av utbildning och stöd kan remitteras till exempelvis avancerad sjukvård i hemmet, ASIH, eller att personal kan få utbildning och träning på sjukhuset. Vårdgivaren behöver göra riskbedömningar kring vilka arbetsuppgifter som kan utföras på ett säkert sätt på enheten och säkerställa kompetens och bemanning. Vårdgivaren ska ta fram en beskrivning av vilka arbetsuppgifter som inte kan utföras på ett säkert sätt.

Rutinen ska minst omfatta

- Kartläggning av vilka aktörer som är berörda.
- Kriterier för hur riskbedömningen ska genomföras.
- Plan för kontakt och kommunikation med berörda aktörer som till exempel biståndsbedömare, ASIH-utförare, berörd läkarorganisation, vårdcentral, innan en patient med behov av avancerad hälso- och sjukvård placeras.

7.4 Bemanning för att säkerställa hög patientsäkerhet

Gällande lagstiftning och avtal ställer krav på patientsäkerhet. Vårdgivaren ska ha en tillräcklig bemanning för att tillgodose de hälso- och sjukvårdsbehov som finns hos respektive patient i vårdgivarens verksamhet. Verksamheten ska planeras utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv och vårdgivaren ska säkerställa bemanning. Vårdgivaren ska ta fram rutin och verktyg för att värdera patientsäkerheten och mängden arbete som ska utföras, det som även kan kallas vårdtyngd, behovsmätningar et cetera.

Rutinen ska minst omfatta

- Tillvägagångssätt, kommunikationsvägar och ansvarsfördelning när hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att patientsäkerheten är hotad.
- Hur vårdgivaren säkerställer att den kompetens som finns på enheten används på ett effektivt och patientsäkert sätt.
- Prioritering av arbetsuppgifter och ansvar vid oplanerad frånvaro/minskad personalstyrka.

7.5 Delaktighet för patient och närstående

Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Patientens närstående kan få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta¹⁷. Vårdgivarens bedömningar kring delaktighet för patient, anhöriga med mera ska alltid finnas dokumenterad i patientens journal. Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer en god och hög delaktighet för patienten och dennes närstående.

Rutinen ska minst omfatta

- Vägledning kring hur delaktighetsperspektivet ska dokumenteras.
- Konkretisering av vad delaktighet innebär i vårdgivarens verksamhet.
- Handlingsplan och kommunikationsplan för att kunna bemöta krav och beteenden som ligger utanför det som kan betraktas som hanterbar och gängse norm.

¹⁷ Patientlag (2014:821)

7.6 Demens

Vårdgivaren ska följa socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom och de tillgängliga kunskapsstöd som är aktuella.

Vårdgivarens rutiner ska även innefatta sådant som framgår av den nationella strategin för demensområdet. Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer en god och säker demensvård.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur vårdgivaren arbetar med olika kvalitetsregister samt hur resultat från dessa kopplas till det arbete som bedrivs på enheten, till exempel kvalitetsregister över beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD, och svenska demensregistret, Svedem.
- Hur samverkan mellan sjukvård och socialtjänst sker.
- Hur personalkontinuitet säkerställs.
- Hur personalen har tillräcklig kunskap och kompetens för att vårda personer med demenssjukdom.
- Hur vården av personer med demenssjukdom följs upp och utvärderas.
- Hur samverkan med och delaktighet för anhöriga och närstående sker.
- Hur digitalisering och välfärdsteknik används i vården av personer med demenssjukdom.
- Hur arbetet med en lokal handlingsplan utformas för att kunna följa hur olika yrkesrollers ansvar fördelas och hur olika samverkande vårdgivarens ansvar samordnas och prioriteras.
- Hur vårdgivaren samverkar med andra vårdaktörer i samband med demensutredning.

7.7 Dödsfall och omhändertagande av avliden

Omhändertagande av patienter som avlidit ska ske med stor respekt för den avlidne och med hänsyn till den avlidnes efterlevande. Omhändertagandet ska ske i enlighet med gällande författningar och policydokument. Kommunen är som huvudman skyldig att ansvara för transport och förvaring av avlidna och reglerar detta i sina avtal med respektive utförare. Den avlidne ska vara omhändertagen och iordningställd inför transport till bårhuset i enlighet med den handbok som författas av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm. Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att säkerställa ett korrekt och värdigt omhändertagande i samband med dödsfall.

Rutinen ska minst omfatta

- Vem som gör vad i samband med dödsfall.
- Beskrivning av omhändertagande, förvaring och transport utifrån olika scenarier.
- Tillvägagångssätt vid oförväntat dödsfall relaterat till patientens hälsotillstånd.
- Tillvägagångssätt vid oförväntat dödsfall där misstanke om brott föreligger.
- Tillvägagångssätt vid förväntat dödsfall.
- Information och bemötande av eventuellt närvarande personer samt övriga närstående och berörda, till exempel anhöriga och medboende.
- Hur transport och förvaring av avliden ska ske.

7.8 Egenvård

Med egenvård menas när någon inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd¹⁸, nedan kallad egenvård med praktisk hjälp.

Egenvårdsbedömningen i sig är att betrakta som hälso- och sjukvård, medan en arbetsuppgift som utförs som egenvård inte är att betrakta som hälso- och sjukvård. Egenvård förutsätter att patienten som ska ansvara för sin egenvård har tillräcklig besluts- och kommunikationsförmåga för att kunna tillgodogöra sig instruktioner, göra riskbedömningar och instruera andra om hur egenvårdsåtgärden ska utföras. Vid behov ska den personal som är behjälplig i egenvård erhålla utbildning och träning av vårdgivaren, för att kunna bedöma risker och värdera de instruktioner som patienten ger. Syftet med detta är att personal som utföra egenvård med praktisk hjälp ska kunna rapportera till vårdgivaren om säkerheten kring egenvården brister.

Egenvårdsföreskriften ställer krav på att vårdgivaren gör individuella bedömningar

- Analyserar riskerna.
- Samråder och planerar med dem som berörs.
- Gör nya bedömningar om förutsättningarna ändras.
- Fastställer rutiner för samarbetet med andra aktörer, till exempel skola, hemtjänst, personlig assistent.
- Säkerställer att ledningssystemet innehåller rutiner för egenvård.

Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att säkerställa patientsäkerheten i samband med egenvård.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur egenvårdsföreskriftens olika krav tillgodoses.
- Hur vårdgivaren avser att samverka med utföraren som ska assistera egenvården.

¹⁸ Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOF 2009:6)

- Hur vårdgivaren kommer att säkerställa att personal som ska utföra egenvård med praktisk hjälp har kännedom och träning i den arbetsuppgift som ska utföras.
- Hur vårdgivaren säkerställer att egenvården fungerar på ett säkert och ändamålsenligt sätt.
- Ställningstagande till eventuell signering/dokumentation av genomförd egenvårdsinsats.

7.9 Etiska ställningstaganden inom hälso- och sjukvårdsansvaret

Arbete inom hälso- och sjukvård innebär ofta olika etiska dilemman som är svåra att ta ställning till för den enskilde yrkesutövaren, i en direkt vårdsituation. Vårdgivaren ska ta fram en gemensam etisk plattform som all berörd personal utbildas i, för att få verktyg att hantera de olika etiska problem som kan uppstå i verksamheten, för att undvika och förebygga etisk stress eller samvetsstress. Detta kan med fördel vävas ihop med vårdgivarens värdegrundsarbete och val av etiska principer, till exempel nyttoetik, rättviseetik eller autonomi. Fler exempel kan hämtas från International Council of Nurses, ICN, etiska koder för sjuksköterskor. Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att kunna hantera de olika etiska frågor som verksamheten möter.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur vårdgivarens värdegrund med koppling till praktiskt genomförande är utformad.
- Hur etiska prioriteringar bör göras inom vårdgivarens ansvarsområde.
- Hur vårdgivaren arbetar med forum för reflektion och stöd vid etiska dilemman.
- Hur vårdgivare tar ställning till olika etiska aspekter vid eventuella behandlingsbegränsningar.

7.10 Fallprevention

Fallolyckor är en av de vanligaste orsakerna till vårdskador, med förebyggande insatser kan många fallolyckor förhindras. Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att förhindra fallolyckor och mildra konsekvenserna av ett fall.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur vårdgivarens organisation och ansvarsfördelning gällande fallpreventivt arbete är utformad.
- Beskrivning av hur samverkan med andra aktörer, till exempel läkare kring fallprevention sker.
- Hur vårdgivarens definitioner av fall och fallpreventivt arbete ser ut.
- Hur vårdgivarens åtgärder i samband med fallhändelse utarbetas.
- Hur vårdgivarens ansvarsfördelning i samband med fallhändelse är utformad.
- Redovisning av hur statistik förs hos vårdgivaren som berör det fallpreventiva arbetet, handläggning, bedömning av; allvarlighetsgrad och risk för upprepning, beskrivning av konsekvenser samt vilka åtgärder som vidtagits i samband med fallhändelse.

7.11 Fotvård och medicinsk fotsjukvård

Välståndande fötter som är välskötta underlättar rörelse och hälsa. Det finns två varianter som har olika syften och där ansvaret finns i två olika lagrum.

Fotvård

Fotvård som syftar till att ge fötterna daglig omsorg, pedikyr eller behandling som inte syftar till att behandla sjukdom, eller symtom på sjukdom i foten, är att betrakta som individens eget ansvar eller ett socialtjänstansvar. Dvs ”vanlig” fotvård som ingår i den dagliga omsorgen och personliga hygien. I viss mån kan rutinen kring sådan skötsel även omfatta handvård och nagelvård på handen.

Medicinsk fotsjukvård

Medicinsk fotsjukvård är att betrakta som hälso- och sjukvård och innebär att förebygga och behandla fotskador hos patienter med sjukdomar som har ¹⁹

- Diabetes typ 1 och typ 2 där det finns risk för fotkomplikationer.
- Cirkulationsrubbingar där det kan bli sårbildningar.
- Grava fotproblem som skett på grund av reumatiska, ortopediska och neurologiska sjukdomar.
- Andra fotsjukvårdsfall av tydlig medicinsk natur.

Läkare ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till medicinsk fotsjukvård. Sjuksköterska och läkare har ett gemensamt ansvar för att identifiera riskpatienter. Det ska framgå av vårdgivarens rutiner, vilka avtal och överenskommelser som styr den medicinskt fotvårdande verksamheten. Vårdgivaren ansvarar för att upprätta fotsjukvårdsavtal med utförare, om denne inte finns i den egna verksamheten. Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer en god och säker fotsjukvård.

¹⁹ Vårdgivarguiden Region Stockholm 2021

Rutinen ska minst omfatta

- Beskrivning av kontroll av kompetens på den som utför medicinsk fotsjukvård.
- Rutiner för skrivande av remiss eller beställning av medicinsk fotsjukvård.
- Vårdgivarens definitioner av medicinsk fotsjukvård, riskgrupper och tänkta frekvenser av fotsjukvårdsbehandling utifrån olika scenario.

7.12 Hjärt- och lungräddning

Hjärt- och lungräddning, HLR, är en akut åtgärd vid plötsligt hjärtstopp eller andningsstopp. Vid ett icke förväntat hjärtstopp bör omgående HLR- påbörjas. För patienter med ett långt liv i hög ålder eller med svår kronisk sjukdom som inte är botbar, kan det sedan tidigare beslutats om behandlingsriktlinjer som säger att HLR inte skall påbörjas²⁰. Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer adekvata åtgärder i samband med hjärtstopp eller andningsstopp.

Rutinen ska minst omfatta

- Vårdgivarens ställningstagande kring personalens HLR-kompetens.
- Vårdgivarens ställningstagande till användning av hjärtstartare i verksamheten samt rutiner kring hjärtstartare, om sådan finns i verksamheten, och ska användas av personal.
- Handlingsplan vid hjärtstopp/andningsstopp för patient utan behandlingsbegränsning.
- Rutin för dokumentation och kommunikation till berörda av ställningstagande till behandlingsbegränsningar.

²⁰ HLR-rådets etiska riktlinjer för hjärtlungräddning (HLR) 2021

7.13 Hygien, basala hygienrutiner, klädregler, vårdhygien, smittskydd, livsmedel och städning

Följsamhet till gällande rutiner och behandlingsprogram är en förutsättning för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Vårdgivaren ska följa Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg samt de riktlinjer och handlingsprogram som finns hos Vårdhygien i Region Stockholm. Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer en god hygienisk standard och en god och säker vård med minimal risk för spridning av smitta.

Rutinen ska minst omfatta

- Tydlig ansvarsfördelning för det vårdhygieniska arbetet och följsamhet till behandlingsprogram för smittsamma sjukdomar.
- Hur verksamheten följer upp och säkerställer att basala hygienrutiner tillämpas genom egenkontroller och hygienronder med hygiensjuksköterska.
- Hur förbrukningsartiklar, personalkläder och utrustning finns tillgängliga så att personalen kan följa kraven för basala hygienrutiner.
- Hur förutsättningar för personalen att arbeta enligt basala hygienrutiner säkerställs.
- Hur berörd personal får kunskap om och i det dagliga arbetet praktiserar basala hygienrutiner.
- Hur spridning av vårdrelaterade infektioner förebyggs och förhindras.
- Hur berörd personal får kunskap om och var aktuell information finns att hämta om basala hygienrutiner och behandlingsprogram för smittsamma sjukdomar.

Samt:

- Hygienregler vid livsmedelshantering.
- Hygienregler vid städning och rengöring av ytor.
- Hygienregler vid förekomst av djur i verksamheten.

7.14 Inkontinens

Arbetet med utredning, behandling, ordination, dokumentation och utvärdering av inkontinens skall vila på medicinska grunder samt följa gällande författningar. Alla utredningar ska involvera såväl patient, närstående som det professionella teamet. Ordination av inkontinenshjälpmedel får aldrig ersätta utredning och behandling av bakomliggande orsaker. I förskrivningsrätten ingår även ansvar för att rätt hjälpmedel förskrivs till rätt person i rätt mängd och till rätt pris. Förskrivning ska därför alltid föregås av noggrann utprovning och bedömning. Rätten att förskriva inkontinenshjälpmedel har läkare, uroterapeuter, distriktssköterskor, sjuksköterskor med förskrivningsrätt, sjuksköterskor som av vårdgivaren bedömts ha reell kompetens för uppgiften och fysioterapeuter med förskrivningsrätt. Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer en god och säker inkontinensvård.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur individuell bedömning av förmåga att kontrollera och tömma tarm och urinblåsa ska göras.
- Hur vårdgivaren säkerställer att patienten får korrekt diagnos för sina inkontinensproblem.
- Hur dokumentation och upprättande av vårdplaner vid inkontinensproblem ska göras.
- Hur och av vem förskrivning och individuell utprovning av inkontinensskydd ska göras.
- Hur och när uppföljning och utvärdering av förskrivna produkter och dokumenterade vårdplaner ska ske.
- Hur skötsel och hantering av kvarvarande urinkateter, KAD, ska kvalitetssäkras.

7.15 In- och utskrivning i slutenvård

Den 1 januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård i kraft. Enligt den nya lagen får kommuner och regioner komma överens om vad som ska gälla i samband med in- och utskrivning från slutenvård. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Stockholm och Storsthlm, medlemsorganisation för kommunerna i Stockholms län, har 2018 antagit en överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutenvården (LUS). Överenskommelsen handlar om att övergången från den slutna vården på sjukhus till fortsatt vård i patientens egna hem, eller på särskilt boende, ska bli så trygg, säker och effektiv som möjligt. Huvudmännena ska gemensamt verka för en planeringsprocess som har den enskildes behov och önskemål i centrum så att den enskilde känner sig trygg samt uppnår högsta möjliga livskvalitet och funktionsnivå i vardagslivet efter utskrivning. Gemensam riktlinje och rutiner har tagits fram som beskriver ansvarsfördelningen mellan regionens och kommunernas verksamheter i utskrivningsprocessen från somatisk slutenvård samt vid utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård. Vårdgivaren ska ta fram en rutin som beskriver vårdgivarens ansvarsfördelning och processer i samband med in- och utskrivning i slutenvård.

Rutinen ska minst innehålla

- Hur vårdgivaren säkerställer att berörd personal får kännedom om den länsgemensamma riktlinjen samt de två tillhörande rutinerna för utskrivning från somatisk slutenvård respektive psykiatrisk heldygnsvård.
- Hur vårdgivaren säkerställer att processen för den enskilde patienten, i samband med in- och utskrivning i slutenvård, följer den gemensamma riktlinjen och rutinerna.
- Ansvarsfördelning inom vårdgivarens verksamhet gällande in- och utskrivningsprocessen.
- Hur informationsöverföring med annan vårdgivare ska säkerställas och dokumenteras till exempel till akutmottagning eller annan vårdenhet på sjukhus.

7.16 Klagomål mot hälso- och sjukvården

En patient kan klaga på hälsovården och sjukvården²¹. Patienten eller dennes närstående/företrädare ska först prata med personalen eller chefen där vården gavs. Patienten eller dennes närstående/företrädare kan också få stöd av patientnämnden där man bor. Vissa allvarliga händelser kan anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Vårdgivaren ska vägleda/hjälpa patienten eller dennes närstående/företrädare att framföra klagomål både till den egna verksamheten och till annan vårdgivare. Vårdgivaren ska upprätta en rutin för hur klagomål ska hanteras inom den egna verksamheten samt hur information ska nå samtliga berörda om möjligheterna för patienten eller dennes närstående/företrädare att framföra klagomål.

Rutinen ska minst innehålla

- Vilka kontaktvägar och sätt som finns för patienten eller dennes närstående/företrädare att framföra klagomål i den egna verksamheten.
- Vilka kontaktvägar och sätt för patienten eller dennes närstående/företrädare som finns för att framföra klagomål till annan vårdgivare.
- Hur klagomål ska besvaras och utredas.
- Hur och till vilka svar/återkoppling ska ske efter genomförd utredning.
- Vilka tillvägagångssätt som finns om patienten eller dennes närstående/företrädare inte är nöjd med svaret/återkopplingen eller innehållet i utredningen.

²¹ Patientlagen (2014:821)

7.17 Läkemedelsnära produkter

I läkemedelsnära produkter ingår förbrukningsartiklar för diabetes, inkontinens blås- och tarmdysfunktion, nutrition och stomi, dvs medicintekniska produkter som behövs för att tillföra kroppen läkemedel och som behövs för egenkontroll av medicinering samt för stomivård. Det finns en länsgemensam överenskommelse för hjälpmedel och läkemedelsnära produkter som reglerar kostnadsansvaret mellan kommunerna och Region Stockholm i Stockholms län. Överenskommelsen gäller all hälso- och sjukvård där kommunen är hälso- och sjukvårdshuvudman.

Vårdgivaren ska upprätta rutin för hantering, beställning och förvaring av läkemedelsnära produkter samt ansvarsfördelning. Rutinen ska anpassas efter hur avtalet mellan huvudmannen och vårdgivaren är formulerat och utformat.

Rutinen ska minst innehålla

- Beskrivning av hur beställning av läkemedelsnära produkter ska ske.
- Beskrivning av förskrivningen av läkemedelsnära produkter till enskild patient ska ske samt hur förskrivningen ska dokumentera.
- Beskrivning av hur ansvarsfördelning gällande hantering och förvaring av läkemedelsnära produkter är utformad.
- Beskrivning av vilka säkerhetskontroller som ska utföras i samband med att respektive produkt ska användas.

7.18 Medicintekniska produkter (MTP)

Med hjälpmedel avses de medicintekniska produkter, enligt ISO 9999, som kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens för bedömning och utprovning och som är avsedda att kompensera förlorad funktion, förbättra nedsatt funktion eller vidmakthålla funktion och förmåga att klara varje dags aktivitet och främja full delaktighet. Förskrivare av hjälpmedel är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som mot bakgrund av genomförd behovsbedömning, till en namngiven person, väljer lämplig specifik produkt. Medicintekniska produkter och hjälpmedel som inte förskrivs till en namngiven person är att betrakta som grundutrustning alternativt hjälpmedel som individen köper själv (konsumentprodukter). Det finns en länsgemensam överenskommelse för hjälpmedel och läkemedelsnära produkter som reglerar kostnadsansvaret mellan kommunerna och Region Stockholm i Stockholms län. Överenskommelsen gäller all hälso- och sjukvård där kommunen är hälso- och sjukvårdshuvudman. HSLF-FS 2021:52 syftar till en säker användning av medicintekniska produkter.

Vårdgivaren ska upprätta rutin i enlighet med gällande regelverk (HSLF-FS 2021:52). Rutinen ska omfatta förskrivning, spårbarhet vid utlämning och tillförande, hantering och skötsel, förvaring, funktionskontroll, personalens kompetens i handhavandet. Bruksanvisningar ska finnas tillgängliga.

Rutinen ska minst innehålla

- Ansvarsfördelning för att säkerställa att patientens behov av MTP blir tillgodosett.
- Beskrivning av hur verksamheten säkerställer egenkontroller och att regelverk avseenden hjälpmedel följs, se hjälpmedelsguiden.
- Beskrivning av hur verksamheten säkerställer att ansvarsfördelning i förskrivningsprocessen följs enligt Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2021:52.
- Beskrivning av hur verksamheten säkerställer dokumentation, registrering och spårbarhet av medicintekniska produkter på individnivå respektive verksamhetsnivå för grundutrustning.
- Kontakter för service, besiktning och reparation.
- Beskrivning av vilka säkerhetskontroller som ska utföras i samband med att respektive produkt ska användas.
- Ansvarsfördelning för löpande funktionskontroll och rengöring

- Beskrivning av hur vårdgivaren säkerställer att information från tillverkare och myndigheter om medicintekniska produkter finns tillgänglig för hälso- och sjukvårdspersonalen och annan berörd personal.
- Beskrivning av hur omvårdnadspersonal som handhar medicintekniska produkter kontinuerligt får erforderlig utbildning om produkten, användningsområdet och säkerhetsrutiner.
- Beskrivning av hur rapportering vid fel, skador, tillbud och negativa händelser sker.

Om personlyftar används i verksamheten ska vårdgivaren upprätta en särskild rutin om arbete med personlyft.

Rutinen ska minst innehålla:

- Beskrivning av ansvarsfördelning för säkra förflyttningar med personlyft.
- Beskrivning av handhavande och funktionskontroll av personlyft och sele.
- Beskrivning av hur verksamheten säkerställer dokumentation, registrering och spårbarhet av personlyft och sele.
- Underhåll, skötsel, tillsyn av utrustning enligt fastställda instruktioner.
- Rapportering vid fel, skador, tillbud och negativa händelser.
- Beskrivning av hur verksamheten kontinuerligt säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalen har de grundläggande kunskaper som krävs för att tryggt och säkert arbeta med personlyft.

7.19 Mun- och tandvård

Enligt tandvårdslagen ska regionen särskilt svara för att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård bedrivs till de grupper som är berättigade till detta. Alla som har rätt till uppsökande verksamhet har också rätt till nödvändig tandvård. Det är personer som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS och personer med ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.

Sjuksköterska vid särskilt boende eller inom LSS identifierar de personer som omfattas av uppsökande verksamhet och utfärdar sedan ett tandvårdsstödsintyg. Samtidigt erbjuds personen en årlig avgiftsfri munhälsobedömning. Om den berättigade tackar nej ska denne få ett nytt erbjudande året därpå. Vid munhälsobedömningen kommer en tandläkare eller tandhygienist hem till den berättigade. Vid det här tillfället ska personal vara med. Region Stockholm har avtal med olika utförare av munhälsobedömningar. Det är endast den utförare som har avtal inom respektive kommuns geografiska område som ska anlitas.

Tandläkaren/tandhygienisten bedömer munhåla, tänder och tandersättning samt det dagliga behovet av munvård. Samtidigt ges instruktioner om daglig munvård som ska följas. Om munhälsobedömningen visar att nödvändig tandvård behövs bokas tid hos valfri tandläkare eller tandhygienist. Om den berättigade inte har en egen tandläkare eller tandhygienist, kan den som utför munhälsobedömningen även utföra nödvändig tandvård. Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att säkerställa en god och säker mun- och tandvård.

Rutinen ska minst innehålla

- Beskrivning av hur daglig skötsel och inspektion av munhålan ska ske för de patienter som behöver hjälp med sin mun- och tandvård.
- Hur dokumentation och vårdplaner ska skrivas och följas upp gällande mun- och tandvård.
- Vem som kan utfärda tandvårdsstödsintyg.
- Hur behörighet i tandvårdsstödsenhetens IT system Symfoni för utfärdande av tandvårdsstödsintyg erhålls.

7.20 Nutrition

Alla individer har olika närings- och energibehov. Friska normalviktiga individer bör följa Livsmedelsverkets näringsrekommendationer. Vid ökad ålder minskar energibehovet, medan näringsbehovet är det samma som tidigare. Detta betyder att näringsbehovet i förhållande till energibehovet är högre, vilket gör att kosten måste ha en högre näringsstäthet med ökad ålder. Behovet av både energi och näring ska tillgodoses, vilket ställer krav både på livsmedelsval och på tillagningsmetoden. Det finns många andra viktiga faktorer som till exempel måltidsmiljö, sittställning, individens önskemål, matens uppläggning och presentation för att individen ska få i sig näringsrik kost i tillräcklig mängd. Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att säkerställa att felnäring förebyggs och behandlas. Rutinen ska i förekommande fall stämmas av och synkroniseras med rutiner som gäller för den personal som tillagar och/eller serverar maten. Felnäring kan beskrivas som felaktigt sammansatt eller otillräcklig kost.

Rutinen ska minst innehålla

- Hur samverkan med andra berörda aktörer ska ske, för en optimal nutrition, till exempel omvårdnadspersonal, dietist, kock, läkare.
- Hur vårdgivaren arbetar med att identifiera risker för felnäring, eller kunna konstatera felnäring.
- Hur vårdgivaren arbetar med att åtgärda risker för felnäring eller fastställd felnäring.
- Hur vårdplaner och dokumentation kring felnäring ska utformas.

7.2I Rehabilitering/habilitering

Rehabilitering och habilitering syftar till att förbättra livskvaliteten och funktionsförmågan för den enskilde och att hjälpa henne eller honom att bli självständig. Rehabilitering och habilitering syftar också till att undanröja fysiska och psykologiska hinder för den enskilde att kunna vara självständig och aktiv. Rehabilitering och habilitering kan vara insatser av medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social, arbetslivsinriktad och teknisk art. De kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

Rehabilitering har enligt Socialstyrelsens termbank betydelsen: insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller behåller bästa möjliga funktionsförmåga och skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Habilitering har enligt Socialstyrelsens termbank betydelsen: insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och behåller bästa möjliga funktionsförmåga och skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att säkerställa en god och säker rehabilitering alternativt habilitering.

Rutinen ska minst innehålla

- Vårdgivarens bedömningskriterier för vad som är att betrakta som rehabilitering respektive habilitering och hur detta ska omsättas i praktiken och dokumenteras.
- Hur samverkan och teamarbete ska ske med andra berörda aktörer.
- Hur ansvarsfördelning mellan arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast ser ut.
- Hur vårdgivaren säkerställer att samtliga patienter får en arbetsterapeutisk respektive fysioterapeutisk bedömning och adekvata åtgärder när behov föreligger av arbetsterapi eller fysioterapi.
- Vårdgivarens beskrivning av hur verksamheten säkerställer att baspersonal har erforderliga kunskaper om ett rehabiliterande förhållningssätt och hur dessa tillämpas för den enskilde samt dokumenteras.
- Hur vårdgivaren prioriterar och säkerställer att rehabiliterande insatser ska komma patienten till godo.

- Vilka arbetsuppgifter som arbetsterapeut respektive fysioterapeut kan/bör delegera.
- Hur och när uppföljningen av rehabiliterande insatser sker.

7.22 Riskbedömningar och registrering i kvalitetsregister

Vårdgivaren ska registrera i de kvalitetsregister som åligger vårdgivaren enligt avtal eller andra överenskommelser med huvudmannen. Registrering i nationella kvalitetsregister underlättar jämförelser, både inom den egna verksamheten, med andra verksamheter samt nationellt. De kvalitetsregister som oftast kan vara aktuella är BPSD, Svedem, Svenska palliativregistret och Senior alert. Utöver registrering i kvalitetsregister ska vårdgivaren utföra, följa upp och utvärdera riskbedömningar inom de områden som är nödvändiga med tanke på vilken eller vilka målgrupper verksamheten vänder sig till. Det kan till exempel handla om riskbedömningar för undernäring, trycksår, fall, infektioner/smitta, munhälsa, urin- och tarmfunktioner, beteendemässig problematik, palliativ vård, förbättra och utveckla vården av demenssjuka. Vårdgivaren ska upprätta en rutin för riskbedömningar och registrering i kvalitetsregister.

Rutinen ska minst innehålla

- Vilka kvalitetsregister som vårdgivaren ska registrera i, samt hur och när denna registrering i så fall ska ske och vem som ansvarar för vad.
- Vilka riskbedömningar vårdgivaren arbetar aktivt med dels ur ett grupperspektiv, dels ur ett individperspektiv.
- Hur riskbedömningarna dokumenteras.
- Åtgärder som ska vidtas när en risk har identifierats.
- Hur uppföljning och utvärdering ska ske.

7.23 Rutiner utifrån regionala överenskommelser

I Stockholms län finns ett antal regionala överenskommelser som kommunerna, via kommunförbundet Storsthlm har tecknat med Region Stockholm. De åtaganden som huvudmannen har gjort i dessa överenskommelser, ska följas av vårdgivaren på det sätt som framgår i avtalet mellan huvudmannen och vårdgivaren. Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer att dessa överenskommelser är kända, och följs i vårdgivarens verksamhet.

Rutinen ska minst innehålla

- Förteckning över vilka överenskommelser som vårdgivarens verksamhet berörs av.
- Hänvisning till vart överenskommelserna finns att läsa.
- Hur vårdgivaren säkerställer att berörd personal känner till, och följer innehållet i de överenskommelser som berör verksamheten.

7.24 Samtycke

Det finns många olika scenarier där samtycke från individen behöver inhämtas innan till exempel en åtgärd kan vidtas eller en informationsöverföring kan ske mellan olika vårdgivare. För den individ som har beslutskapacitet är det självklart att det är individen själv som lämnar samtycke. I de fall som individen saknar eller har nedsatt beslutskapacitet behöver frågan om samtycke hanteras i särskild ordning. Det är inte tillåtet att anhöriga, legala företrädare som till exempel god man lämnar samtycke åt en myndig person. För omyndiga personer kan förälder/vårdnadshavare lämna samtycke förutsatt att den myndige inte själv har uppnått sådan mognadsgrad att hen kan lämna samtycke själv.

Samtycke, är en frivillig och tydlig viljeyttring genom vilken patienten - efter att ha fått information - godtar behandlingen av personuppgifter om sig själv eller godtar olika åtgärder och kontakter. Samtycket behöver inte vara skriftligt men det kan många gånger vara lämpligt att ha det nedskrivet. Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer att samtycke inhämtas på rätt sätt, utifrån situation och individens förutsättningar²².

Rutinen ska minst innehålla

- Hur samtycke ska inhämtas och dokumenteras för individ med egen beslutskapacitet.
- Hur samtycke ska inhämtas och dokumenteras för individ utan egen beslutskapacitet.
- Hur samtycke ska inhämtas och dokumenteras för minderårig individ.
- För vad/vilka situationer samtycke måste inhämtas.
- Hur samtycket ska dokumenteras.
- För vem eller vilka samtycket gäller, till exempel en enskild yrkesutövare, eller en arbetsgrupp.
- Hur länge ett samtycke är giltigt.
- Hur individen får möjlighet att begära ut den information som finns registrerad eller återkalla sitt samtycke.

²² Patientdatalagen (2014:821) kap 4

7.25 Sekretess

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400, OSL) gäller för många personalgrupper i Sverige. Sekretessbestämmelserna i OSL innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen inte får avslöja uppgifter, varken muntligt eller genom att lämna ut en allmän handling eller på annat sätt. Till skillnad från hälso- och sjukvårdspersonal i offentligt bedriven hälso- och sjukvård omfattas inte personal i enskild bedriven hälso- och sjukvård av OSL:s bestämmelser. För personal verksamma hos privata vårdgivare gäller i stället bestämmelser om tystnadsplikt i Patientsäkerhetslagen (2010:659). Vårdgivaren ska upprätta en rutin för hur sekretess säkerställs i verksamheten.

Rutinen ska minst omfatta

- Vad det betyder att en uppgift är skyddad av sekretess eller tystnadsplikt.
- Vilka uppgifter som är sekretessbelagda.
- Vem som har rätt att göra menprövning och lämna ut uppgifter.
- När personal är skyldig att lämna ut uppgifter och till vem.
- Hur den inre sekretessen säkerställs, tex sekretess mellan olika enheter inom verksamheten.
- Hur överföring av sekretessbelagd information vid behov ska meddelas vidare.
- Hur dokumentation vid utlämnande ska utföras.
- Vad som gäller för avliden persons journal.

7.26 Samverkansformer och samverkansavtal med andra aktörer

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska avtal slutas om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Vårdgivarna ska samverka med regionen så att en enskild får den vård och behandling som hans eller hennes tillstånd fordrar. Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer det systematiska kvalitetsarbetet kring, dels hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten, dels hur samverkansmöjligheter säkerställs med andra aktörer, till exempel med andra vårdgivare, andra verksamheter enligt SoL och LSS, samt myndigheter och organisationer.

Rutinen ska minst omfatta

- När och hur samverkan ska ske.
- Vilka samverkansavtal som är gällande och hur dessa tillämpas i verksamheten.
- Identifiering av möjliga samverkansparter.
- Tillämpning av samverkansöverenskommelser med Region Stockholm.
- Samverkan vid utskrivning från slutenvård.
- Hur samtycken för informationsöverföring mellan olika aktörer inhämtas och dokumenteras.
- Hur eventuella tekniska lösningar som till exempel videolänk används.
- Hur och var samverkan dokumenteras.

7.27 Vårdplanering och samverkan på individnivå med andra aktörer

Vårdgivaren ska samverka med regionen så att den enskilde får den vård och behandling som hans eller hennes tillstånd fordrar. Den aktuella vårdplanen ska innehålla de diagnoser (problem, risker) och mål som identifierats för och tillsammans med patienten, åtföljt av åtgärder och ordinationer. Syftet med vårdplanen är att alla personer som är involverade i patientens vård ska ha samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats.

En vårdplan ska upprättas snarast möjligt efter att en patient har kommit till vårdgivarens verksamhet. Vårdplanen är tvärprofessionell och prospektiv, vilket innebär att alla journalföringspliktiga yrkesgrupper tillför och ansvarar för sin del i den gemensamma vårdplanen som pekar framåt i tiden. Vad ska genomföras för patienten från och med nu och framåt. En samordnad individuell plan (SIP) ska göras när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när samordning av insatser kring en enskild individ behövs. Rutin för SIP vid utskrivning från slutenvården återfinns i gemensam överenskommelse mellan kommunerna och Region Stockholm²³. En SIP behöver inte föregås av en slutenvårdsepisod utan kan med fördel användas som ett proaktivt verktyg. Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer att vårdplaneringar sker på ett adekvat och effektivt sätt för respektive patient.

Rutinen ska minst omfatta

- Delaktighet för patient och anhöriga.
- Rutiner kring SIP, när ska SIP göras, vilka ska delta, vem kallar.
- Hantering av samtycke.
- Tillvägagångssätt.
- Innehåll.
- Eventuell teknisk utrustning, till exempel videolänk.
- Dokumentation.
- Samverkan med myndigheter och god man med flera.

²³ Gemensam riktlinje för samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, antagen 2018 av kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm, vård i samverkan (VIS)

7.28 Skydds- och begränsningsåtgärder

HSL²⁴, SoL²⁵ och LSS²⁶ bygger på frivillighet och innebär att man inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Verksamheten ska utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Vårdgivaren ska i sitt systematiska kvalitetsarbete arbeta för att förebygga och minimera användande av skydds- och begränsningsåtgärder. Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att säkerställa en god och säker vård utan åtgärder som hindrar rörelsefrihet eller åtgärder som kränker den enskildes integritet.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur vårdgivaren arbetar med att aktivt förebygga och minimera användning av skydds- och begränsningsåtgärder.
- Hur riskbedömningar görs och värderas.
- Hur samtycke hanteras och tolkas.
- Hur beslutsprocessen kring eventuella skyddsåtgärder ser ut.
- Hur eventuella skyddsåtgärder dokumenteras.
- Hur egenkontroll, uppföljning och utvärdering av vidtagna skyddsåtgärder utförs.
- Beskrivning hur vårdgivaren arbetar med följande utmaningar: samverkan mellan sjukvård och socialtjänst, personalens kunskap och kompetens, information till, och samverkan med anhöriga och närstående.
- Hur arbetet med en lokal handlingsplan utformas så att det går att följa hur olika yrkesrollers ansvar fördelas och hur olika samverkande vårdgivares ansvar samordnas och prioriteras.

²⁴ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

²⁵ Socialtjänstlagen (SoL)

²⁶ Lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

7.29 Trycksår

Vårdgivaren ska följa tillgängliga och evidensbaserade kunskapsstöd som är aktuella, till exempel Kunskapsguiden som är en nationell webbplats med samlad kvalitetssäkrad kunskap från flera myndigheter och andra aktörer inom vård och omsorg. Vårdgivarguidens Vårdhandbok med praktiska råd och stöd i kliniska vård och omsorgsarbetet oavsett huvudman samt Senior alert som är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention för äldre personer som bland annat riskerar att få trycksår. Vårdgivaren ska upprätta en rutin för att säkerställa att optimalt förebyggande av trycksår samt optimal behandling av uppkomna trycksår.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur vårdgivaren arbetar med eventuella kvalitetsregister, samt hur resultat från dessa kopplas till det arbete som bedrivs på enheten.
- Hur vårdgivaren arbetar med följande.
- Riskbedömning av trycksår.
- Vårdplan, dokumentation och informationsöverföring till berörda parter.
- Uppföljning och utvärdering.
- Hur ansvarsfördelning och samverkan mellan sjukvård och socialtjänst ser ut.
- Hur samverkan med dietist vid basal/specifik nutritionsbedömning ser ut.
- Hur personalens kunskap och kompetens säkerställs.

7.30 Vård i livets slutskede/Palliativ vård

God palliativ vård bygger på fyra hörnstenar:

1. Den första handlar om lindring av svåra symtom som smärta, illamående och oro.
2. Den andra hörnstenen markerar betydelsen av teamarbete mellan olika professioner, allt efter patientens behov.
3. Hörnsten tre betonar kontinuitet i vården och bra kommunikation mellan sjuka, närstående och vårdpersonal oavsett huvudman.
4. Den fjärde hörnstenen understryker att närstående får tillräckligt stöd eftersom vård i livets slutskede ofta bygger på stora insatser från närstående.

Vården ska därför ges i samverkan med dem och deras önskemål så mycket som möjligt. De närstående måste känna att de får information och att deras närvaro och medverkan är betydelsefull. Vårdgivaren ska följa Nationella riktlinjer samt följa de validerade kunskapsstöd som finns tillgängliga och är aktuella. Vårdgivaren ska upprätta en rutin som säkerställer en god och säker vård i livets slutskede samt ett värdigt omhändertagande efter inträffat dödsfall.

Rutinen ska minst omfatta

- Hur vårdgivaren arbetar med kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret, samt hur resultat från detta kopplas till det arbete som bedrivs på enheten.
- Hur vårdgivaren arbetar med följande.
- Vårdplan/dokumentation och informationsöverföring.
- Lindring av svåra symtom som till exempel smärta, illamående och oro.
- Teamarbete, ansvarsfördelning och samverkan mellan sjukvård och socialtjänst.
- Kontakt och stöd till närstående.
- Personalens kunskap och kompetens gällande palliativ vård.
- Transport och förvaring av avliden.

I. Källor

Svar på eventuella frågor kan bland annat sökas i följande källor:

- Avtal med huvudman
- Överenskommelser med Region Stockholm
- Socialstyrelsens informationswebbplatser
- Socialstyrelsens nationella riktlinjer
- Lagar föreskrifter och förordningar samt Vårdhandboken
- Kunskapsguiden

