



**Sammanhållen  
överenskommelse  
om vård och  
omsorg för äldre**

---

Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län

Innehållet i denna överenskommelse är framtaget av hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting och Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) på uppdrag av presidierna för landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd och KSLs styrelse.

För information om vilka kommuner som antagit överenskommelsen se KSLs webbplats: [www.ksl.se](http://www.ksl.se)

*Stockholm i maj 2015*

## **Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre**

### **Delöverenskommelser**

Samverkan mellan läkarorganisation/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre.....	9
Samverkan för individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre.....	27
God läkemedelsanvändning för äldre – gemensam målbild.....	37
Kostnadsfördelning för medicintekniska produkter i särskilt boende för äldre.....	47
Kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter i särskilt boende för äldre i Stockholms län.....	51

# 1. Introduktion

## 1.1 Bakgrund

För att skapa en sammanhållen vård och omsorg för olika målgrupper i samhället krävs samverkan mellan kommun och landsting. Erfarenheterna från tidigare samverkan visar att det underlättar om det finns övergripande beslut, policyer eller överenskommelser. I Stockholms län finns ett antal länsövergripande överenskommelser som reglerar samverkan mellan olika delar av huvudmännens verksamheter.

Stockholms läns landsting, SLL, genom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF, och Kommunförbundet Stockholms Län, KSL, har i partsgemensamma grupper med sakkunniga från kommunerna och landstinget uppdaterat tidigare överenskommelser och tagit fram två nya överenskommelser som gäller samverkan för äldre personer som bor i särskilt boende för äldre<sup>1</sup>. Vidare har gruppen tagit fram kompletteringar som berör äldre till överenskommelserna "Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning" och "Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende".

## 1.2 Överenskommelsen gäller för alla kommun- och landstingsfinansierade verksamheter

Landstinget och kommunerna ansvarar för att i avtal med upphandlade entreprenörer enligt lagen om offentlig upphandling, LOU<sup>2</sup> och i krav för godkännande av aktörer enligt lagen om valfrihetssystem, LOV<sup>3</sup>, samt vid köp av enstaka platser i förfrågningsunderlag och för godkännande av utförare i respektive avtal, infoga krav på att överenskommelser som landstinget och kommunen har träffat enligt detta dokument även gäller för dessa aktörer.

### Läsanvisning

Den person som verksamheterna är till för benämnes i hela texten nedan "den enskilde/patienten".

För att förenkla framställningen nedan uttrycks landstingets respektive kommunens ansvar som om det var kommunen eller landstinget själva som skulle genomföra det som avses. Kommunen och landstinget har alltid ansvaret, men genomförandet av det som avses sker dels genom verksamhet i egen regi, dels genom landstingsfinansierade eller kommunfinansierade verksamheter som är godkända enligt LOV eller är upphandlade enligt LOU. I texter nedan används begreppen landstingsfinansierad och kommunfinansierad verksamhet för alla dessa verksamheter.

## 1.3 Delöverenskommelser

Dessa fem delöverenskommelser sammanförs under ett gemensamt paraply som utgör överenskommelsen:

- Samverkan mellan läkarorganisation<sup>4</sup>/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre (reviderad).
- Individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre (ny).
- God läkemedelsanvändning för äldre (ny).
- Kostnadsfördelning för medicintekniska produkter i särskilt boende för äldre (inte reviderad).
- Kostnadsfördelning för läkemedel och läkemedelsnära produkter (ny).

---

<sup>1</sup> Särskilt boende för äldre avser sådan särskild boendeform som kommunen är skyldig att ordna enligt 5 kap 5§ socialtjänstlag (2001:453).

<sup>2</sup> Lag (2007:1091) om offentlig upphandling.

<sup>3</sup> Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

<sup>4</sup> Med läkarorganisation menas i hela denna överenskommelse vårdgivare för läkarinsatser.

## 1.4 Överenskommelser som har reviderats

men som ligger utanför paraplyet för äldre eftersom de även gäller andra grupper:

- Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård (har reviderats och förtydligats).
- Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning (har kompletterats när det gäller äldre).
- Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende (har kompletterats när det gäller äldre.)

## 1.5 Andra överenskommelser som gäller äldre

Utöver ovanstående överenskommelser finns sedan tidigare överenskommelser som både gäller äldre och andra grupper.

- Samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården. En revidering av länets överenskommelse pågår och hänsyn kommer att tas till den nationella översynen av betalningsansvarslagen<sup>5</sup>.
- Uppökande verksamhet för vissa äldre och funktionshindrade (munhälsa).
- Samverkan vid vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt.
- Personer i behov av andningshjälp i hemmet (överenskommelse mellan Stockholms läns landsting, kommunerna och Försäkringskassan).
- Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.

Nedan ges först en allmän introduktion till överenskommelsen om samverkan för äldre som innehåller de fem ovan nämnda delöverenskommelserna och därefter följer de fem delöverenskommelserna.

## 2. Övergripande målgrupp

Målgruppen för överenskommelsen är personer 65 år och äldre. I respektive delöverenskommelser anges ytterligare specifikation av målgrupp för aktuell delöverenskommelse. T.ex. den som oavsett ålder, efter beslut av kommunen, är bosatt i ett särskilt boende för äldre eller vistas på en korttidsplats.

## 3. Övergripande syfte

Det övergripande syftet med överenskommelsen är att den ska utgöra en grund och ett stöd för det gemensamma arbetet mellan kommunerna och landstinget på lokal nivå, samt klargöra ansvarsgränserna. Ett annat övergripande syfte är att eftersträva en effektiv samhällsekonomisk resursanvändning genom att verksamheter samverkar så effektivt som möjligt för att de enskilda/patienterna ska få uppleva en sammanhållen vård.

---

<sup>5</sup> Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Verksamheterna ska ha ett gott överlämnande till andra verksamheter i vårdnätverket<sup>6</sup> och olika funktioner ska samverka med respekt för varandras olika kompetens för att ge de enskilda en god och samordnad vård.

## 4. Övergripande mål

Det övergripande målet är att de enskilda/patienterna

- får en sammanhållen och individanpassad vård och omsorg efter sina behov
- upplever vård och omsorg som trygg och säker
- får vård och omsorg av god kvalitet, genom god samverkan mellan kommun- och landstingsfinansierade verksamheter.

Utöver dessa övergripande mål anges specificerade mål i respektive delöverenskommelse.

## 5. Helhetssyn och samtycke

Enskilda/patienter som tillhör målgruppen för respektive delöverenskommelse har rätt att få sina behov av insatser och behandling allsidigt utredda och tillgodosedda. Det innebär att hela situationen och alla behov vägs samman inom det område delöverenskommelsen gäller och att den enskilde/patienten upplever all vård och omsorg som en helhet.

De enskildas/patienternas intressen ska aldrig åsidosättas på grund av att skilda huvudmän har olika verksamhets- och kostnadsansvar. Delöverenskommelserna handlar om hur kommuner och landsting ska samverka för de enskildas/patienternas bästa. De enskilda/patienterna ska aldrig behöva utsättas för stridigheter mellan olika huvudmän, utan i stället uppleva hur gott olika huvudmän samverkar över huvudmannaskapsgränser.

Ett samtycke måste alltid inhämtas från den enskilde/patienten innan en samverkan kring denne kan ske mellan verksamheter där det råder sekretess. Samtycket måste inte vara skriftligt även om det ofta är lämpligt. Oavsett detta ska varje verksamhet dokumentera att samtycke har inhämtats. Den enskilde/patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke.

## 6. Samordnad individuell plan, SIP

För att personer som behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska få sina samlade behov tillgodosedda kan, efter samtycke från den enskilde, en samordnad individuell plan, SIP, behöva upprättas enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och socialtjänstlagen, SoL<sup>7</sup>. Planen ska om möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och, om det anses lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det, ska närstående ges möjlighet att delta i arbetet med planen.

Av planen ska det framgå

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för

---

<sup>6</sup> Vårdnätverk innebär att de enskilda/patienterna möter en vård och omsorg där vårdgivare och omsorgsgivare samverkar i ett nätverk. Vårdnätverket innebär att:

- Individens hälsa är i fokus i varje möte.
- Oavsett vart individen vänder sig ska denna få stöd att hitta rätt.
- Det finns tillräcklig och adekvat information och kompetens.
- Individens samlade behov är utgångspunkten för den vård och omsorg som ges.

<sup>7</sup> 3f § hälso- och sjukvårdslagen och 1 Kap. 7 § socialtjänstlagen har gemensam lydelse.

- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget
- vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen.

En partsammansatt grupp har tagit fram ett vägledningsdokument kring planeringen av SIP. Vägledningen finns på Kommunförbundet Stockholms Läns hemsida, [www.ksl.se](http://www.ksl.se), och på vårdgivarguiden på landstingets hemsida, [www.vardgivarguiden.se](http://www.vardgivarguiden.se)

## 7. Ledningssystem och kunskapspridning

### 7.1 Kunskapspridning om överenskommelserna

Det är mycket viktigt att de personer som ska arbeta enligt överenskommelsen och respektive delöverenskommelse har fått information om innehållet och förstår hur delöverenskommelserna ska tillämpas.

Verksamhetschefer för hälso- och sjukvården i landsting och kommun och förvaltningschefer eller motsvarande i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS<sup>8</sup>, och medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR<sup>9</sup> hos huvudmännen har ett särskilt stort ansvar att tillsammans med underställda chefer på alla nivåer inom landstinget och kommunerna bedriva informations- och utbildningsarbete kring innehållet i överenskommelsen, inklusive delöverenskommelserna, så att dessa blir kända och följs i respektive verksamheter.

### 7.2 Samverkan ska beskrivas i ledningssystemet

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem<sup>10</sup> som ställer krav på att vårdgivarna och de som bedriver socialtjänst ska upprätta ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete. De som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen, SoL<sup>11</sup>, eller lag om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS<sup>12</sup>, ska identifiera de processer där det behövs samverkan för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS. Vårdgivare i hälso- och sjukvård har samma krav på att identifiera de processer där det behövs samverkan för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Samtliga aktiviteter som ingår i respektive process ska identifieras. Vidare ska det fastställas i vilken ordning aktiviteterna behöver ske. De rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet ska beskrivas för varje aktivitet.

Det ska framgå av ledningssystemet 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.

Ledningssystemet hos respektive verksamhet ska således innehålla de processer (med aktiviteter och rutiner) som behövs inom den egna verksamheten för att säkra en god kvalitet när det gäller samverkan med andra verksamheter, med hänvisning till denna överenskommelse och de fem delöverenskommelser som ryms inom den.

Verksamhetschefer och övriga chefer har ett stort ansvar att realisera detta.

<sup>8</sup> MAS = Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska enligt 24 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

<sup>9</sup> MAR= Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering. Sjukgymnast/fysioterapeut eller arbetsterapeut som innehar samma uppdrag som MAS inom en verksamhet som omfattar rehabilitering enligt 24§ HSL.

<sup>10</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

<sup>11</sup> Socialtjänstlag (2001:453).

<sup>12</sup> Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

## **8. IT-system**

Dokumentation sker ofta i olika IT-system och det är viktigt att vidareutveckla de befintliga IT-systemen så att de kan vara till nytta i samverkan mellan olika aktörer runt de enskilda/patienterna. Självfallet måste de enskilda/patienterna samtycka till hanteringen. IT-systemen kan också behöva utvecklas för att förenkla uppföljningar.

## **9. Parter**

Stockholms läns landsting genom hälso- och sjukvårdsnämnden och ansvariga nämnder i länets kommuner.

## **10. Giltighetstid**

Överenskommelsen börjar gälla från parternas beslut i respektive ansvarig nämnd.

## **11. Övergripande kontaktpersoner**

Kommunen och landstinget ska utse varsin kontaktperson med ansvar för respektive delöverenskommelse. När kommunen eller landstinget byter kontaktperson ska detta skriftligen meddelas varandra.

## **12. Gemensamt ansvar för uppföljning**

Parterna har ett gemensamt ansvar för att överenskommelserna regelbundet följs upp och att stämna av resultatet av uppföljningen med varandra. Det första året är det viktigt att följa upp hur väl de som ska följa delöverenskommelserna i sitt dagliga arbete känner till dem. För varje delöverenskommelse tar hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Kommunförbundet Stockholms Län fram ett antal indikatorer som parterna ska följa upp lokalt varje år. Därefter tas ett särskilt dokument fram som gäller uppföljningen.



**Samverkan mellan läkarorganisation<sup>13</sup>/  
läkare och kommunfinansierad hälso-  
och sjukvårdsorganisation  
/personal i särskilt boende för äldre**

---

<sup>13</sup> Med läkarorganisation avses i hela dokumentet vårdgivare för läkarinsatser som godkänts av landstinget enligt LOV.

## 1. Inledning

### 1.1 Bakgrund

Kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar för dem som efter ett biståndsbeslut av kommunen bor i ett särskilt boende för äldre.<sup>14</sup> Det är inte en vårdinrättning utan en bostad som kommunen har inrättat enligt socialtjänstlagen. Den hälso- och sjukvård som bedrivs där kan därför betraktas som primärvård. Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar dock inte läkarinsatser.<sup>15</sup> Enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL<sup>16</sup>, ska landstinget sluta avtal med kommunerna i länet när det gäller omfattningen av och formerna för läkarnas medverkan<sup>17</sup>. Vidare ska landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende.

Denna delöverenskommelse motsvarar det avtal som landstinget enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sluta med kommunerna i länet när det gäller omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Landstinget har ett gemensamt beskrivet uppdrag för alla vårdgivare av läkarinsatser i särskilt boende för äldre. Uppdraget beskrivs i Förfrågningsunderlag enligt lag om valfrihetssystem, LOV, samt Vårdval läkarinsatser i särskilt boende för äldre, [www.vardgivarguiden.sll.se](http://www.vardgivarguiden.sll.se).

#### 1.1.1 Läsanvisning

Begreppet läkare används i första hand för den behandlande läkaren i den valda läkarorganisationen. I vissa fall finns det information om vad som gäller om de enskilda/patienterna har valt att vara fortsatt listade hos sin husläkare. De som behåller sin husläkare får vård och behandling enligt förfrågningsunderlaget Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård.

För att förenkla framställningen nedan uttrycks landstingets respektive kommunens ansvar som om det var kommunen eller landstinget själva som skulle genomföra det som avses. Kommunen och landstinget har alltid ansvaret, men genomförandet av det som avses sker dels genom verksamhet i egen regi, dels genom landstingsfinansierade eller kommunfinansierade verksamheter som är godkända enligt LOV, eller är upphandlade enligt LOU. I texten nedan används begreppen landstingsfinansierad och kommunfinansierad verksamhet för alla dessa verksamheter. Se vidare i avsnitt 2 om omfattning och gränsdragningsfrågor.

### 1.2 Syfte

Delöverenskommelsen syftar till att på en övergripande nivå

- klargöra ansvaret för sjukvårdshuvudmännen Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län.

Delöverenskommelsen syftar till att på lokal vårdgivarnivå

- klargöra ansvaret för samverkan mellan läkarorganisationen (i förekommande fall husläkarorganisationen<sup>18</sup>) och den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som den kommunfinansierade verksamheten ansvarar för i särskilt boende för äldre
- utgöra en grund för respektive läkarorganisation och kommunfinansierad verksamhet när det gäller att teckna en lokal överenskommelse som förtydligar respektive organisations ansvar för samverkan när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser inom särskilt boende för äldre

---

<sup>14</sup> Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar regleras i 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Kommunens skyldighet att inrätta särskilda boendeformer framgår av 5 kap. 5 § socialtjänstlagen.

<sup>15</sup> Ett undantag från bestämmelsen om att kommunen inte ansvarar för läkarinsatser är vad som gäller enligt 26 d § hälso- och sjukvårdslag (1982:763) om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter gentemot kommunen.

<sup>16</sup> Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

<sup>17</sup> 26 d § hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

<sup>18</sup> I de fall de enskilda/patienterna väljer att fortsätta vara listad hos sin husläkare, samt de som vistas på en korttidsplats.

- förtydliga hur hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt kan bidra till en god samverkan som fokuserar på de enskildas/patienternas situation i det gemensamma uppdraget att skapa en hälso- och sjukvård med god kvalitet.

### **1.3 Målgrupp för delöverenskommelsen**

De som efter ett biståndsbeslut av kommunen bor i ett särskilt boende för äldre, oavsett ålder, och har listat sig hos en läkarorganisation som är godkänd av landstinget och som valts av den kommunfinansierade verksamhet den enskilde bor i. I målgruppen ingår även enskilda patienter som har beviljats bistånd i form av vistelse på korttidsplats.

### **1.4 Mål för delöverenskommelsen**

De enskilda/patienterna

- ska känna sig trygga med att hälso- och sjukvårdshuvudmännen, kommun och landsting, samverkar i sin planering av hälso- och sjukvården i det särskilda boendet
- ska känna sig trygga med att hälso- och sjukvårdspersonalen i det särskilda boendet och läkarorganisationen samverkar kring utformning och genomförande av insatser och att förebyggande och hälsofrämjande insatser prioriteras
- får samordnade, goda och säkra hälso- och sjukvårdsinsatser som bygger på bedömningar av de enskildas/patienternas hela situation med respekt för självbestämmande och integritet.

### **1.5 Definitioner**

Definitioner återfinns i avsnitt 9 i denna delöverenskommelse.

### **1.6 Lokal samverkansöverenskommelse**

Den valda läkarorganisationen och kommunen ska för den kommunfinansierade verksamheten träffa en lokal samverkansöverenskommelse där formerna för och omfattningen av samverkan ska specificeras med utgångspunkt från denna överenskommelse.

Verksamhetschefen hos läkarorganisationen och den funktion som är utsedd av kommunen<sup>19</sup> ska säkerställa att det finns en tydlig struktur och beslutsordning för att ta fram, fastställa, implementera, följa upp och revidera den lokala samverkansöverenskommelsen.

Den lokala överenskommelsen ska tydliggöra ansvars- och rollfördelningen mellan de berörda aktörerna och utgå från nationella riktlinjer, regionala styrdokument och tillämpliga lagar och föreskrifter. Den ska genomsyras av en personcentrerad vård- och omsorg och patientsäkerhet.

En lokal samverkansöverenskommelse ska innehålla rutiner för

- en namngiven funktion som kan informera samt lämna material om läkarorganisationen, listningen och vara behjälplig med listningsblankett
- informationsöverföring vid påbörjad vistelse samt inflyttning
- informationsöverföring mellan läkare och hälso- och sjukvårdspersonal i särskilt boende

---

<sup>19</sup> Det kan exempelvis vara en MAS eller MAR, verksamhetschef eller annan chefsperson. Med en godkänd eller upphandlad utförare kan kommunen komma överens om att utföraren själv utser en kontaktperson direkt till läkarorganisationen.

- utformning av information till de enskilda/patienterna att om de väljer att behålla sin husläkare får de sin läkartillsyn genom besök på vårdcentralen eller hembesök av husläkaren
- information till läkarorganisation så snart en enskild/patient har listat sig hos vårdgivaren
- veckovisa besök, konsultation och akuta oplanerade besök
- närståendekontakt
- vårdplanering
- samordnad individuell planering, SIP
- läkemedelshantering
- läkemedelsgenomgångar
- konsultation av andra specialister
- basal minnesutredning
- brytpunktssamtal
- palliativ vård
- efterlevandesamtal
- eventuellt en lokal rutin för bedömning av egenvård med utgångspunkt från överenskommelsen Samverkan när en enskild/patient behöver praktisk hjälp med egenvård
- avvikelser
  - hantering av avvikelser i hälso- och sjukvården
  - samverkan om rapportering, utredning och uppföljning av avvikelser där läkare har varit direkt berörd (enligt avsnitt 4.1.1 och 4.4.1 samt 5. Säkerhet)
- avvikelser från delöverenskommelsen
  - definition av vad som kan anses vara otillräckligt stöd från läkare vid konsultationer då kommunen överväger att anlita en egen läkare (se avsnitt 6 – 8)
- förtydligande av rutin i avsnitt 8.

## 2. Omfattning och gränsdragningsfrågor

Denna delöverenskommelse omfattar dels landstingsfinansierade läkarorganisationer som har godkänts enligt lag om valfrihetssystem, LOV, och som har valts av ett kommunfinansierat särskilt boende för äldre, dels kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation för särskilt boende för äldre samt kommunfinansierade särskilda boenden för äldre som har godkänts enligt LOV eller har upphandlats enligt lag om offentlig upphandling, LOU. Genom denna delöverenskommelse krävs att landstinget och kommunen ställer krav på att delöverenskommelsen gäller för godkännande och i förfrågningsunderlag och avtal med de verksamheter som anlitas.

Särskilda boenden som drivs av helt privata utförare av vård och omsorg som säljer köpta enstaka platser berörs genom att de behöver ha avtal med en läkarorganisation som godkänts av landstinget och att de ska ha lokalt avtal med den läkarorganisation de valt.

### 2.1 Relation till andra överenskommelser och delöverenskommelser

– *Samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården*

Överenskommelsen reglerar vilka uppgifter som ska följa med de enskilda/patienterna från ett särskilt boende till slutenvården och från slutenvården till ett särskilt boende. De enskildas/patienternas fasta läkarkontakt och kommunfinansierad personal behöver beakta dessa uppgifter.

- *God läkemedelsanvändning i särskilt boende för äldre*  
Delöverenskommelsen om god läkemedelsanvändning ska beaktas när det gäller läkemedelshantering i särskilt boende för äldre. Det gäller till exempel rutiner för läkemedelsgenomgångar, utveckling av icke-farmakologiska metoder och följsamhet till Stockholms läns landstings Kloka Listan.
- *Individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre*  
Nutritionsbehandling är lika viktig för enskilda/patienter som läkemedel, andningsunderstöd och andra terapeutiska insatser. Klinisk nutrition är en del av den medicinska behandlingen. Den behandlande läkaren ska delta i den inledande riskbedömningen för enskilda/patienter och för bedömning, ordination och behandling vid specifika sjukdomstillstånd, samt för utredning av fealnäring.
- *Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård*  
Vid bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan bedömas som egenvård ska överenskommelsen om samverkan vid egenvård med praktisk hjälp beaktas. Rutinen för samverkan vid bedömning av egenvård kan eventuellt behandlas även i den lokala samverkansöverenskommelsen, enligt avsnitt 1.6 ovan.

## 2.2 Relationer till landstingets förfrågningsunderlag enligt LOV

- *Läkarinsatser i särskilt boende för äldre*  
Aktuellt förfrågningsunderlag gäller vid samverkan mellan läkarorganisation/läkare, samt kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre.
- *Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*  
Aktuellt förfrågningsunderlag gäller vid samverkan mellan husläkare och läkarorganisation läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre. Detta gäller för de enskilda/patienter som har valt att fortsätta vara listad hos sin husläkare samt de som vistas på en korttidsplats.
- *Avancerad sjukvård i hemmet*  
Aktuellt förfrågningsunderlag gäller vid samverkan mellan ASiH/personal och läkarorganisation/läkare och kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i kommunfinansierat särskilt boende för äldre.

## 3. Delmål för enskildas/patienters hälso- och sjukvård

### 3.1 Samverkan

#### Enskilda/Patienter

- uppfattar vården som en helhet, oavsett huvudman, eftersom kommun och landsting informerar varandra om och samarbetar vid planering av sina hälso- och sjukvårdsresurser
- vet att läkarorganisationen (i förekommande fall husläkarorganisationen<sup>20</sup>) samarbetar och planerar deras hälso- och sjukvårdsinsatser tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen i boendet
- slipper onödiga besök på akutmottagningen tack vare en god samverkan mellan läkare och den kommunfinansierade hälso- och sjukvårdspersonalen.

---

<sup>20</sup>De enskilda/patienterna som har valt att fortsätta vara listade hos sina husläkare, samt de som vistas på en korttidsplats.

### 3.2 Information

#### Enskilda/Patienter

- vet vilka som är omvårdnadsansvarig sjuksköterska, ansvarig arbetsterapeut och ansvarig sjukgymnast/fysioterapeut på det särskilda boendet
- är informerade inför valet av läkarorganisation att lista sig hos
- får information om hälsotillstånd och de metoder som finns för undersökning, vård och behandling samt de hjälpmedel som behövs<sup>21</sup>
- vet att dokumentation om planerade och genomförda hälso- och sjukvårdsåtgärder är tillgänglig för personal som behöver informationen (om samtycke har lämnats).

### 3.3 Tillgänglighet

#### Enskilda/Patienter

- träffar läkare och sjuksköterska vid hembesök samt vid akuta behov dygnet runt
- får i samband med inflyttning en samordnad bedömning av sitt hälsotillstånd av arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast/ fysioterapeut och sjuksköterska.

### 3.4 Kompetens

#### Enskilda/Patienter

- får vård av hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens om åldrandet, åldrandets sjukdomar och de vanligaste folksjukdomarna och som följer kunskapsutvecklingen inom dessa områden
- får den medicinska behandling, omvårdnad och rehabiliterande behandling på primärvårdsnivå som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet samt evidens
- får vid behov konsultationer eller insatser av specialiserad hälso- och sjukvård.

### 3.5 Säkerhet

#### Enskilda/Patienter

- får stöd att förebygga och minska risken för fallskador, trycksår, inkontinens, felnäring och problem med munhälsa, samt vårdrelaterade infektioner
- får, om de skadas eller utsätts för risk att skadas, stöd med utredning och analys av situationen så att rutiner kan ändras och händelsen inte upprepas
- får vård och behandling av personal som aktivt samarbetar med varandra och med andra för att tillgodose deras behov av hälso- och sjukvårdsinsatser, både i vardagen och i vårdens övergångar, alternativt i övergångar mellan olika vårdformer.

### 3.6 Uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser

#### Enskilda/Patienter

- vet att planerade och utförda hälso- och sjukvårdsinsatser kontinuerligt följs upp och att resultatet av uppföljningen är tillgängligt för berörd personal
- vet att läkare och hälso- och sjukvårdspersonal samverkar så att nödvändiga hälso- och sjukvårdsinsatser genomförs enligt resultatet av uppföljningar och registrering i nationella kvalitetsregister
- får genomgång av sin läkemedelsbehandling.

---

<sup>21</sup> Patientlagen (2014:821) reglerar bl.a. den enskildes/patientens rätt till information

## 4. Ansvar och åtaganden för respektive part

### 4.1 Övergripande åtaganden

#### 4.1.1 Landstinget åtar sig att

##### *Krav*

- stämma av med kommunen när förfrågningsunderlag tas fram eller revideras
- se till att verksamhetens ledningssystem följer det lokala samverkansavtalet, enligt avsnitt 1.6 ovan, när det är aktuellt att ta fram, fastställa, implementera, följa upp och revidera avtalet
- se till att läkaren har ett förebyggande arbetssätt
- tillsammans med det kommunfinansierade särskilda boendet utreda och bestämma vilka åtgärder som behöver vidtas när det gäller avvikelser där läkare eller kommunfinansierad hälso- och sjukvårdspersonal tillsammans med läkare är berörd i ett händelseförlopp
- de enskilda/patienterna som har valt att behålla sin husläkare får vård och behandling av husläkaren<sup>22</sup>
- se till att läkaren tar emot konsultationer från en sjuksköterska innan en individ sänds till sjukhus, samt stödjer sjuksköterskan i bedömning och gör hembesök vid behov
- se till att läkare finns tillgänglig dygnet runt.

##### *Samverkan*

- delta i samverkansforum för information och diskussion om planering av respektive verksamhetsområden utifrån behoven hos de äldre som bor i särskilt boenden, i syfte att möta framtida hälso- och sjukvårdsbehov.

##### *Information*

- informera kommun/stadsdel om utsedda och de namngivna kontaktpersonerna hos hälso- och sjukvårdsförvaltningen och respektive vårdgivare
- meddela kommunens kontaktperson när läkarorganisationen avslutar sin avtalsrelation med hälso- och sjukvårdsförvaltningen senast sex månader före avslut<sup>23</sup>
- säkerställa informationsöverföring mellan primärvård, särskilt boende för äldre och slutenvård.

##### *Tillgänglighet*

- se till att läkare träffar enskilda/patienter som är listade hos sin husläkare om de har ett akut behov av läkarinsatser då läkarorganisationens läkare är på plats.

##### *Kompetens*

- se till att allmänläkare har kompetens om åldrandet, åldrandets sjukdomar och de vanligaste folksjukdomarna samt rehabilitering och tar del av kompetensutveckling
- se till att det finns tillgång till läkare med specialistkompetens inom geriatrik
- se till att läkare vid behov remitterar till specialistvård för konsultation och utbildning
- de beslut som tas om medicinsk behandling baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet samt evidens
- se till att läkare handleder och vidareutvecklar vård- och omsorgspersonal vid behov.

---

<sup>22</sup>Husläkarens ansvar för dem som har flyttat in på ett särskilt boende framgår av hälso- och sjukvårdsförvaltningens förfrågningsunderlag Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård.

<sup>23</sup>Om läkarorganisationen säger upp sitt uppdrag är uppsägningstiden sex månader innan avslut. Om hälso- och sjukvårdsförvaltningen säger upp uppdraget är den däremot tolv månader.

#### **4.1.2 Kommunen åtar sig att**

##### *Krav*

- alltid informera hälso- och sjukvårdsförvaltningen vid planering inför driftstart, ändrad driftsform, förändring av inriktning, förändring av platsantal och nedläggning av särskilt boende
- se till att hälso- och sjukvårdspersonalen har ett förebyggande arbetssätt
- se till att verksamhetens ledningssystem behandlar det lokala samverkansavtalet, enligt avsnitt 1.6 ovan, när det gäller att ta fram, fastställa, implementera, följa upp och revidera det lokala samverkansavtalet.
- se till att sjuksköterskan söker kontakt med läkare för konsultation innan en individ sänds akut till sjukhus
- säkerställa och ansvara för att det finns tillgång till sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter
- se till att sjuksköterska finns tillgänglig dygnet runt.

##### *Samverkan*

- delta i samverkansforum för information och diskussion om planering av respektive verksamhetsområde utifrån behoven hos de äldre som bor i särskilt boende för att därigenom möta framtida hälso- och sjukvårdsbehov.

##### *Information*

- säkerställa informationsöverföringen till primärvård, vid besök på akutmottagning och inskrivning i slutenvård
- informera hälso- och sjukvårdsförvaltningen om kommunens/stadsdelens utsedda kontaktperson, MAS, samt om upphandlade och godkända utförare
- skriftligen informera hälso- och sjukvårdsförvaltningen om förändringar
  - antalet korttidsplatser som redovisas per kombikakod
  - nystart av ett särskilt boende senast sex månader före driftstart
  - byte av utförare på ett särskilt boende senast sex månader före bytet
  - avveckling av ett särskilt boende senast sex månader före avvecklingen
  - en varaktig verksamhetsförändring, exempelvis från ett permanent särskilt boende för äldre till platser för korttidsboende inom befintlig verksamhet, senast två månader innan förändringen träder i kraft eftersom läkarinsatser berörs av boendeformen.

##### *Tillgänglighet*

- ha beredskap för att vid behov kunna erbjuda ledsagning till specialistvård.

##### *Kompetens*

- se till att arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter och sjuksköterskor har nödvändig kompetens och tar del av kompetensutveckling om åldrande, åldrandets sjukdomar och de vanligaste folksjukdomarna, samt har beredskap för att uppmärksamma behov av specialistkompetens
- se till att de beslut som tas i omvårdnad och rehabiliterande behandling baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet samt evidens.



## **4.2 Förberedelse inför inflyttning och påbörjad vistelse på korttidsplats**

### **4.2.1 Landstinget åtar sig att**

- se till att läkaren tar emot information från husläkare eller från slutenvården för dem som har listat sig hos läkarorganisationen (och kvitterar vårdplanen från slutenvården när det tekniskt blir möjligt).

*Anmärkning:* De enskildas/patienternas husläkare har kvar ansvaret för de som har valt att kvarstå som listade och för de övriga tills listningen är överförd till en annan läkarorganisation. Vid vistelse på en korttidsplats är de enskilda/patienterna alltid fortsatt listade hos sina husläkare.

### **4.2.2 Kommunen åtar sig att**

- informera läkarorganisation om att nyinflyttningar kommer att ske, men utan att uppge personuppgifter innan de enskilda/patienterna har valt var de vill vara listade.

## **4.3 Inflyttning och påbörjad vistelse**

### **4.3.1 Landstinget åtar sig att**

- se till att läkare besöker inflyttade och bedömer hälsotillståndet inom sju arbetsdagar efter listning hos den aktuella läkarorganisationen.

### **4.3.2 Kommunen åtar sig att**

- informera de enskilda om vilka som är ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal
- inom sju arbetsdagar informera läkaren om den bedömning av hälsotillståndet som hälso- och sjukvårdspersonalen har gjort
- informera de enskilda att den som tillfälligt vistas i korttidsvård, avlastning eller växelvård behåller sin ordinarie husläkare.

## **4.4 Boendetid och vistelsetid**

### **4.4.1 Landstinget åtar sig att se till att**

- läkaren bidrar med sin kompetens i situationer där annan hälso- och sjukvårdspersonal har behov av att samverka kring enskilda
- läkaren besöker de enskilda/patienterna efter överenskommelse och vid behov av akuta insatser dygnet runt
- läkaren genomför hembesök enligt önskemål från de enskilda/patienterna
- läkaren genomför hembesök enligt önskemål från hälso- och sjukvårdspersonalen
- de enskilda/patienterna får konsultationer eller insatser av specialiserad hälso- och sjukvårdspersonal vid behov
- läkaren stödjer de enskilda/patienterna med att identifiera och analysera risker i deras situation och tillsammans med dem vidtar nödvändiga förebyggande åtgärder
- läkaren vid behov medverkar i utredning och analys av situationen om de enskilda/patienterna skadas eller riskerar att skadas så att rutiner kan ändras och händelsen inte upprepas
- läkaren och hälso- och sjukvårdspersonalen i den särskilda boendeformen samverkar och åtgärdar de hälso- och sjukvårdsinsatser som behövs enligt resultatet av en uppföljning
- läkaren genomför en enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång tillsammans med berörd personal en gång per år eller vid behov.

#### **4.4.2 Kommunen åtar sig att se till att**

- arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och sjuksköterska rapporterar sina bedömningar av den enskildes hälsotillstånd och de behov som har framkommit och samarbetar med läkaren i den fortsatta bedömningen
- uppmärksamma behov av specialistkompetens
- ha beredskap för att vid behov kunna erbjuda ledsagning till specialist
- hälso- och sjukvårdspersonal vid behov samverkar med läkare för att ge de enskilda/patienterna stöd att förebygga och minska risker i vårdsituationen, särskilt fallskador, trycksår, inkontinens, felnäring, problem med munhälsa och vårdrelaterade infektioner
- om de enskilda/patienterna skadas eller utsätts för risk att skadas, får de stöd med utredning och analys av situationen så att rutiner kan ändras och händelsen inte upprepas
- sjuksköterska och vid behov annan personal medverkar i läkemedelsgenomgångar enligt den lokala överenskommelsen
- hälso- och sjukvårdspersonalen bidrar med sin kompetens i situationer där läkare behöver samverka kring den enskilda.

### **4.5 Livets slutskede**

#### **4.5.1 Landstinget åtar sig att**

- se till att läkaren följer det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede och socialstyrelsens författningar kring dödsfall<sup>24</sup>
- se till att läkaren genomför brytpunktsamtal med den enskilde/patienten och i förekommande fall närstående, tillsammans med sjuksköterska
- informera vårdpersonalen om vilka åtgärder som ska vidtas för den enskilde då ett dödsfall kan förväntas.

#### **4.5.2 Kommunen åtar sig att se till att**

- hälso- och sjukvårdspersonalen följer det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede och socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död
- sjuksköterskan håller läkaren informerad om de enskildas tillstånd och kallar på läkare vid behov
- sjuksköterskan vid behov deltar i brytpunktsamtal tillsammans med läkare.

### **4.6 Utflytt och avslut**

#### **4.6.1 Landstinget åtar sig att se till att**

- informera husläkaren om enskilda/patienter som avslutar sin korttidsvistelse
- läkaren fastställer ett dödsfall skyndsamt genom att personligen göra en klinisk undersökning av den avlidne, dödförklara samt skriva dödsbevis och intyg om dödsorsaken
- husläkaren fastställer dödsfall med mera för de som har valt att behålla sin husläkare
- jourläkaren fastställer oväntade dödsfall med mera, både i permanenta boenden och på korttidsplatser under jourtid
- läkaren som har fastställt dödsfallet säkerställer vem som ska meddela närstående om ett dödsfall.

---

<sup>24</sup>Te.x. socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människans död m.fl.

*Anmärkning:* Vid ett väntat dödsfall kan läkaren fastställa dödsfall med mera utan att personligen infinna sig, om det är överenskommet med sjuksköterskan. Förutsättningen är att sjuksköterskan har gjort en klinisk undersökning<sup>25</sup> och lämnar uppgifter om resultatet av undersökningen till läkaren. Om den tjänstgörande sjuksköterskan anser att läkaren behöver infinna sig trots att dödsfallet är väntat ska läkaren infinna sig så snart det är möjligt.

#### **4.6.2 Kommunen åtar sig att se till att**

- sjuksköterskan vid ett väntat dödsfall gör en klinisk undersökning enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död<sup>26</sup>
- sjuksköterskan vid dödsfallet lämnar efterfrågad information till läkaren som därmed kan fylla i blanketten för transport och informera om eventuell pacemaker med mera
- sjuksköterskan kallar på den ordinarie läkaren på boendet, husläkaren eller jourläkaren, beroende på var de enskilda är listade respektive tiden på dygnet
- sjuksköterskan informerar de närstående om dödsfallet efter överenskommelse med läkare.

### **4.7 Närstående**

#### **4.7.1 Landstinget åtar sig att se till att**

- läkaren lämnar medicinsk information, vid behov i samverkan med sjuksköterska, som närstående har behov av eller har efterfrågat
- läkaren ger stöd till närstående, vid behov i samverkan med sjuksköterska, som är anpassat till situation och behov
- läkaren genomför brytpunktsamtal, vid behov i samverkan med sjuksköterska, angående ändringar av vårdens inriktning
- läkaren genomför efterlevandesamtal, vid behov i samverkan med sjuksköterska.

#### **4.7.2 Kommunen åtar sig att se till att**

- sjuksköterskan genomför samtal, vid behov i samverkan med läkare, vid inflyttning i permanent boende samt påbörjad vistelse på korttidsplats
- sjuksköterskan ger stöd och för samtal som är anpassat till situation och behov
- med närstående, vid behov i samverkan med läkare och i förekommande fall med annan personal,
- sjuksköterskan utför avslutssamtal, vid behov i samverkan med läkare och i förekommande fall med annan personal.

## **5. Säkerhet**

Landsting och kommun åtar sig gemensamt att

- uppmuntra enskilda/patienter att själva vara uppmärksamma på risker i deras situation och rapportera till hälso- och sjukvårdspersonalen
- se till att all personal är uppmärksam på risker och rapporterar identifierade risker i respektive system

---

<sup>25</sup>Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människans död.

<sup>26</sup>3 kap socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människans död.

- vid behov tillsammans analysera och utreda rapporterade risker och genomföra nödvändiga åtgärder för att minimera eller eliminera risker för vårdskador
- rapportera avvikelser i respektive verksamhets avvikelse-system
- vid behov tillsammans analysera och utreda rapporterade avvikelser och genomföra nödvändiga åtgärder för att minimera eller eliminera vårdskador.

## 6. Skäl för kommunen att på egen hand anlita läkare enligt 26 d § HSL

Om läkarorganisationen vid upprepade tillfällen<sup>27</sup> inte uppfyller sina skyldigheter gentemot det särskilda boendet enligt förfrågningsunderlaget, äger kommunen med stöd av 26 d § HSL rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina faktiska kostnader för detta från landstinget.

Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt denna delöverenskommelse att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina faktiska kostnader för detta från landstinget.

Förutsättningarna för att kommunen ska få ersättning för sina faktiska kostnader anges i avsnitt 7.

Skäl för kommunen att anlita läkare och få ersättning av landstinget:

- Vårdgivaren lämnar inte information om medicinsk status för en enskild individ till sjuksköterska inom en vecka efter det att individen har valt att lista sig hos vårdgivaren
- Besöksverksamheten som ska genomföras minst en gång per vecka har inte genomförts
- Läkaren svarar inte då sjuksköterska ringer för konsultation (gäller även jourhavande läkare)
- Läkaren ger otillräckligt stöd<sup>28</sup> i individrelaterade medicinska frågor, särskilt kring stöd vid vård och behandling i livets slutskede
- Läkaren kommer inte på akut oplanerade besök<sup>29</sup> eller då sjuksköterskan uttrycker att det finns ett behov av läkarkonsultation på plats (exempelvis vid behov av proaktiva ordinationer eller ett oväntat dödsfall)
- Det föreligger allvarliga risker<sup>30</sup> för patientsäkerheten
- Läkare som inte talar, förstår, kan läsa eller skriva begriplig svenska
- Det saknas förutsättning att utföra uppdraget till följd av bristande kompetens hos läkaren, eller av annat skäl
- Läkaren åsidosätter bestämmelser i lagar eller andra författningar
- Inställelsetiden för akuta, oplanerade besök vid akuta tillstånd har överskridit två timmar efter det att vårdgivaren har erhållit en förfrågan och det inte finns några andra överenskommelser med boendets personal.

Om läkaren inte kan utföra sina arbetsuppgifter på grund av att den kommunfinansierade hälso- och sjukvårdspersonalen inte har följt denna delöverenskommelse, måste läkarorganisationen påtala förhållandet för kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation så att kommunen kan vidta åtgärder.

<sup>27</sup>Två gånger eller fler inom en kalendermånad, eller en gång per kalendermånad två kalendermånader i rad.

<sup>28</sup>Vad ett otillräckligt stöd innebär ska parterna komma överens om i en lokal överenskommelse, enligt avsnitt 1.6.

<sup>29</sup>Se förfrågningsunderlaget Läkarinsatser i särskilt boende, avsnitt 5.14 och definitioner i detta uppdrag, sid. 34 i förfrågningsunderlaget från 20140201.

<sup>30</sup>Vägledning om vad som kan betraktas som allvarliga risker finns i 4 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria.

## **7. Förutsättningar för kommunen att anlita läkare och erhålla ersättning från landstinget**

Den praktiska hanteringen av kontakterna mellan kommunen och läkare eller läkarorganisation samt hälso- och sjukvårdsförvaltningen anges i avsnitt 8.

Brister och avvikelser enligt ovan ska dokumenteras och överlämnas skriftligt till vårdgivarens verksamhetschef. Om bristerna och avvikelserna inte åtgärdas omedelbart av läkarorganisationen ska kommunen rapportera dessa skriftligt till registraturen på hälso- och sjukvårdsförvaltningen som då ansvarar för att kontakta vårdgivaren och skyndsamt kräva åtgärder.

Om kommunen anser att det finns skäl att på egen hand anlita läkare och erhålla ersättning ska ett beslut om detta fattas av ansvarig nämnd eller ledningsperson inom en upphandlad eller godkänd utförare, eller i förekommande fall av en medicinskt ansvarig sjuksköterska eller annan person, enligt delegationsordningen. Beslutet ska omedelbart meddelas hälso- och sjukvårdsförvaltningen skriftligt (e-post går bra), med en hänvisning till inrapporterade avvikelser.

Landstingets ersättning till kommunen ska motsvara kommunens styrkta kostnader för åtgärderna.

Om behovet av läkarinsats hänger samman med att kommunen har eftersatt sitt hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, kan ersättningen sättas ned. Parterna får i dialog värdera och komma överens om ersättningen med hänsyn till omständigheterna.

## **8. Rutin för kontakter mellan kommun, läkarorganisation och landsting**

1. Sjuksköterskan kontaktar den ansvarige läkaren för en rättelse.
2. Om en rättelse inte sker skriver sjuksköterskan en avvikelserapport.
3. Sjuksköterskan kontaktar MAS eller MAR, och överlämnar en avvikelserapport.
4. MAS eller MAR kontaktar verksamhetschefen för läkarorganisation samt lämnar en skriftlig avvikelserapport.
5. Om en rättelse inte sker kontaktar MAS eller MAR hälso- och sjukvårdsförvaltningen via telefon eller e-post och överlämnar avvikelserapporten skriftligen.
6. Om en rättelse inte sker meddelar den ansvariga nämnden, eller MAS eller MAR i förekommande fall enligt delegationsordning eller annan, att kommunen avser att anlita en egen läkare och få ersättning för detta av landstinget.
7. Kommunen anlitar en egen läkare. I första hand anlitas en vårdgivare som är godkänd av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och som utför läkaruppdrag i särskilt boende.
8. Kommunen erhåller ersättning från landstinget tills hälso- och sjukvårdsförvaltningen har löst situationen.
9. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen måste lösa frågan permanent och under tiden ska kommunen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen hålla kontakten.

## 9. Definitioner

<p><b>Avlastning</b> (Egen definition)</p>	<p>Särskild form av korttidsplats där syftet är att de enskildas/patienternas närstående får möjlighet till vila och avlastning när de enskilda/patienterna vistas på korttidsplatsen – ofta en till två veckor – efter biståndsbeslut av kommunal biståndshandläggare.</p>
<p><b>Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede</b> (Socialstyrelsens termbank) (Egen kommentar)</p>	<p>Samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.</p> <p><i>Kommentar:</i> Initiativet till ett brytpunktssamtal tas av den behandlingsansvarige läkaren. Brytpunktssamtal är ett samtal för att planera för de fortsatta vårdinsatserna då livets slutskede inleds. Samtalet hålls mellan den ansvarige läkaren, ofta en sjuksköterska och de enskild/patienterna, samt – om dessa önskar – de enskildas/patienternas närstående. Detta kan också vara nödvändigt när patienten är kognitivt sviktande eller medvetslös. Vid övergång till en tidig palliativ vård kan samtalet innehålla en plan för en fortsatt aktiv behandling, men vid övergång till palliativ vård i livets slutskede fokuseras på lämpliga insatser för lindring och stöd till den enskild/patient, samt närstående. Brytpunktssamtalet dokumenteras i patientjournalen.</p>
<p><b>Fast läkarkontakt</b> (Egen definition)</p>	<p>Den (hus)läkare i primärvården som de enskilda/patienterna har valt enligt 5 § HSL. Observera att de enskilda/patienterna som bor i ett särskilt boende för äldre istället kan välja att lista sig hos en läkarorganisation eller vårdgivare som hälso- och sjukvårdsförvaltningen har ett avtal med och som hälso- och sjukvårdsnämnden har godkänt.</p>
<p><b>Förfrågningsunderlag, FFU</b> (Egen definition)</p>	<p>Ett regelverk enligt lag om valfrihetssystem som innehåller ansökningsblankett, avtalstext, uppdragsbeskrivning, ersättnings- och rapporteringskrav. Det används för att godkänna vårdgivare och teckna avtal med hälso- och sjukvårdsförvaltningen.</p>
<p><b>Huvudman</b> (Socialstyrelsens termbank)</p>	<p>Myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet.</p>
<p><b>Kommunfinansierad verksamhet</b> (Egen definition)</p>	<p>En verksamhet som oavsett driftsform finansieras av en kommun. Den kan vara i kommunal regi, en upphandlad entreprenör enligt LOU, en godkänd utförare enligt LOV, eller enstaka platser som en kommun köper av en privat verksamhet.</p>
<p><b>Korttidsplats</b> (Socialstyrelsens termbank) (Egen kommentar)</p>	<p>En bäddplats utanför det egna boendet som är avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt. <i>Anmärkning:</i> Korttidsplatser används för bland annat rehabilitering, omvårdnad, växelvård och avlastning av närstående. Husläkaren ansvarar för den planerade och långsiktiga behandlingen för en person som vistas på en korttidsplats.</p>
<p><b>Landstingsfinansierad verksamhet</b> (Egen definition)</p>	<p>En verksamhet som oavsett driftsform finansieras av landstinget. Den kan vara i landstingets regi, en upphandlad verksamhet enligt LOU, en godkänd utförare enligt LOV.</p>

<p><b>Läkarmedverkan</b> (Egen definition)</p>	<p>Avser samarbete med en läkare hos en vårdgivare som tillhandahåller läkarinsatser i ett särskilt boende för äldre genom avtal med hälso- och sjukvårdsförvaltningen, samt dennes samverkan med enskilda/patienter samt personal inom ett särskilt boende för äldre. (Det kan i förekommande fall gälla husläkare som enskilda/patienter har valt att behålla, eller husläkare på en korttidsplats.)</p>
<p><b>Läkarorganisation</b> (Egen definition)</p>	<p>Den vårdgivare som erbjuder läkarinsatser i särskilt boende för äldre genom avtal med hälso- och sjukvårdsförvaltningen och som har valts av respektive kommunfinansierad verksamhet.</p>
<p><b>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska</b> (Enligt Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, 2005)</p>	<p>Namngiven sjuksköterska som utsetts att ha ett särskilt sammanhållande omvårdnadsansvar för vissa namngivna personer/patienter i verksamheten.</p>
<p><b>Permanent plats</b> (Egen definition)</p>	<p>En bostad dit enskilda/patienter har flyttat för att bo varaktigt efter beslut av kommunens biståndshandläggare.</p>
<p><b>Personcentrerad vård och omsorg</b> (Egen definition)</p>	<p>Vård och omsorg som i hög grad fokuserar på de resurser varje person har, på vad det innebär att vara människa samt behovet av vård och omsorg. Personen betraktas inte utifrån ett ohälsotillstånd eller en funktionsnedsättning. Vården och omsorgen planeras i samförstånd med enskilda/patienter. Vårdrelationen bygger på ett partnerskap mellan dem som utför vård och omsorg och enskild/patient (ofta tillsammans med anhöriga eller närstående). Den enskilde/patienten är aktiv i planeringen och genomförandet av vård, omsorg och rehabilitering. Utifrån den enskildes/patientens situation och behov görs en vårdplan och en genomförandeplan som innehåller mål och strategier för genomförandet och en kort och långsiktig uppföljning.</p>
<p><b>Primärvård</b> (Socialstyrelsens termbank)</p>	<p>Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.</p>
<p><b>Samordnad individuell planering, SIP</b> (Egen definition) (Egen kommentar)</p>	<p>Planering av vem som ansvarar för att tillgodose de behov en person har när det gäller insatser från socialtjänst, hälso- och sjukvård och eventuellt andra aktörer. En förutsättning är att den enskilde lämnar sitt samtycke till att en sådan planering görs. Deltagare i en SIP är den enskilde/patienten och, om denne önskar och det är lämpligt, närstående samt de som har ansvar för respektive insatser. SIP regleras i likalydande texter i 3f § HSL och i 2 kap. 7 § SoL</p>
<p><b>Särskilt boende för äldre</b> (Socialstyrelsens termbank) (Egen kommentar)</p>	<p>Boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd Enligt 5 kap. 5 § 2:a stycket socialtjänstlagen ska kommunen "inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd."</p>

<p><b>Utförare</b> (Egen definition)</p>	<p>Kommunfinansierad verksamhet i egen regi eller aktör som enligt avtal med kommunen levererar vård- och omsorgsinsatser i de verksamheter denna delöverenskommelse omfattar.</p>
<p><b>Vårdgivare</b> (Socialstyrelsens termbank) (Egen kommentar)</p>	<p>Statlig myndighet, landsting och kommun när det gäller sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare), samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare).</p> <p><i>Kommentar:</i> I denna delöverenskommelse avser vårdgivare den juridiska eller enskilda fysiska person som hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom landstinget har tecknat ett avtal med enligt förfrågningsunderlaget Läkarinsatser i särskilt boende. (Det gäller både landstingets verksamhet i egen regi och andra godkända utförare.) Vårdgivare är</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• den nämnd som kommunfullmäktige har utsett att vara vårdgivare eller ansvarig för kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet. (Om kommunfullmäktige inte har utsett en sådan nämnd är kommunfullmäktige vårdgivare.)</li> <li>• den nämnd som landstingsfullmäktige har utsett att vara ansvarig för landstingets hälso- och sjukvård (hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting).</li> <li>• utförare enligt LOU/LOV</li> </ul>
<p><b>Godkänd vårdgivare</b> (Egen definition)</p>	<p>Begreppet godkänd vårdgivare används av Stockholms läns landsting för bland annat den läkarorganisation som hälso- och sjukvårdsförvaltningen har avtal med och som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget Läkarinsatser i särskilt boende. Det gäller både landstingets verksamhet i egen regi och andra godkända utförare enligt LOV.</p>
<p><b>Vårdplanering</b> (Egen definition) (Egen kommentar)</p>	<p>Planering av den hälso- och sjukvård och omvårdnad en person behöver, med hänsyn till personens tillstånd, resurser och förmåga att samverka för nå de uppställda målen för vården. Vårdplanering sker i ett möte mellan sjuksköterskan, den enskilde/patienten och i förekommande fall de anhöriga eller närstående, om den enskilde/patienten önskar det. Vid utskrivning från slutenvård är vårdplaneringen ett strukturerat samtal kring den enskildes/patientens behov av vård och omsorg. Förutom den enskilde/patienten, deltar läkare och sjuksköterska från slutenvården och vid behov sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut, samt i vissa fall en sjuksköterska från hemsjukvården (primärvården) och en biståndshandläggare från kommunen. Vårdplanering i samband med utskrivning från slutenvården regleras i lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.</p>
<p><b>Växelvård</b> (Egen definition)</p>	<p>En särskild form av korttidsplats med regelbundet återkommande vistelse som kan pågå över lång tid, men där varje vårdtillfälle är kort – ofta en till tre veckor – efter beslut av en kommunal biståndshandläggare.</p>



## 10. Uppföljning

En uppföljning av denna delöverenskommelse ska ske årligen. Ett särskilt dokument som gäller uppföljningen kommer att utarbetas i särskild ordning.

## 11. Referenser

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
- Socialtjänstlag (2001:453).
- Patientsäkerhetslagen (2010:659).
- Patientlag (2014:821), trädde i kraft den 1 januari 2015.
- Lag (2007:1091) om offentlig upphandling.
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem.
- Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människans död.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria.
- Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede (Socialstyrelsen).



**Samverkan för individuell  
nutritionsbehandling i särskilt  
boende för äldre**

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

Sedan Ädelreformen år 1992 råder det viss osäkerhet om vilket ansvar kommunen respektive landstinget har för nutritionsomhändertagandet. Enskilda/patienter inom de särskilda boendeformerna för äldre<sup>31</sup> har i dag begränsade möjligheter att få en individuell nutritionsbehandling av dietist, trots att behovet är mycket stort i denna grupp. Många som bor inom en särskild boendeform för äldre har flera olika sjukdomar och konsumerar en stor mängd läkemedel med stora sammanhängande nutritionproblem som följd.

Kombinationen hög ålder, kroniska sjukdomar och många läkemedel är problematisk och leder till förändrade metabola förutsättningar och ätsvårigheter på grund av till exempel aptitlöshet, illamående och muntorrhet. Samtidigt kan behovet av energi och näring öka. Om inte rätt åtgärder sätts in är risken stor för undernäring under dessa omständigheter.

Enligt patientsäkerhetslagen och patientlagen<sup>32</sup> ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Individuella nutritioninsatser ska alltså göras utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet genom oral, enteral eller parenteral nutrition.

Patientsäkerhetslagen<sup>33</sup> stadgar vidare att ”vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador<sup>34</sup>. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas”. Det innebär ett långtgående ansvar för att undvika undernäring.

Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver att ”hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa” och i patientlagen står det att ”vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”. ”Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt” enligt hälso- och sjukvårdslagen<sup>35</sup>.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring<sup>36</sup> föreskriver att vårdgivaren ska fastställa rutiner för när en patients näringstillstånd ska utredas och hur en utredning ska göras, samt hur undernäring ska förebyggas och behandlas.

För att möta de krav som patientsäkerhetslagen, patientlagen, hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ställer, krävs teamarbete och legitimerad personal med specialistkompetens inom området nutrition, oavsett huvudman. Dietister är sedan år 2005 en legitimerad yrkesgrupp som genom individuell nutritionsbehandling kan säkerställa ett gott nutritionsomhändertagande av äldre inom vård och omsorg. Det är den enda legitimerade yrkesgrupp som har en djupgående utbildning inom nutritionsbehandling. Utöver dietistens specialistkompetens är faktorer som teamarbete, tillgänglighet och väl utvecklade och kända rutiner i verksamheterna viktiga för att säkerställa en god och säker nutritionsbehandling. Här krävs ett tvärprofessionellt teamarbete där dietisten har en central roll.

Socialstyrelsen är tydlig i sin vägledning Näring för god vård och omsorg<sup>37</sup>: ”Rätt mat och näring är en viktig patientsäkerhetsfråga. Säker vård med god kvalitet måste baseras på bedömningar av risk för undernäring, utredning av orsaken till undernäringstillstånd samt adekvat näringsbehandling, inklusive uppföljning av insatta åtgärder. Denna vård är lika viktig för omsorgstagaren/patienten som läkemedel, andningsunderstöd och andra terapeutiska insatser. Klinisk nutrition är en del av den medicinska behandlingen”.

---

<sup>31</sup> Särskild boendeform enligt 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlag (2001:453).

<sup>32</sup> 3 kap. 2§ patientsäkerhetslag (2010:659), 1 kap. 7 § patientlag (2014:821).

<sup>33</sup> 3 kap. 2§ patientsäkerhetslag (2010:659).

<sup>34</sup> 3 kap. 5 § patientsäkerhetslag definierar vad som avses med vårdskada (se definitioner).

<sup>35</sup> 2c § hälso- och sjukvårdslag (1982:763), 5 kap. 1 § patientlag (2014:821), 2a § hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

<sup>36</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring.

<sup>37</sup> Näring för god vård och omsorg, en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen september 2011.

## 1.2 Målgrupp

Målgruppen utgörs av personer som efter beslut av kommunen bor inom särskilda boendeformer för äldre, oavsett personens faktiska ålder. Det är särskilt viktigt att vara uppmärksam på personer som uppfyller en eller flera av nedanstående kriterier:

- ofrivillig vikt förlust – oavsett tidsförlopp och omfattning
- ättsvårigheter – till exempel aptitlöshet, tugg- och sväljproblem, orkeslöshet och motoriska störningar
- undervikt – det vill säga ett Body Mass Index (BMI) under 20 för individer under 70 års ålder, eller under 22 för den som är över 70 år.

## 1.3 Syfte

Denna överenskommelse syftar till att tydliggöra ansvaret för individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre.

## 1.4 Mål

Målet är att de enskilda/patienterna får sitt energi- och näringsbehov tillgodosett utifrån sina individuella förutsättningar och behov, genom ett lämpligt nutritionsomhändertagande, baserat på en individuell bedömning och individanpassade åtgärder, med en nödvändig uppföljning och utvärdering.

## 1.5 Definitioner

<b>Berikning</b>	Tillsättning av livsmedel eller specifika berikningsmedel i mat och dryck för att öka innehållet av energi, protein, vitaminer och/eller mineralämnen.
<b>BMI</b>	Body Mass Index. Uträkning av BMI görs enligt följande formel: vikt i kg/ (längd i meter x längd i meter).
<b>Dietetik</b>	Kostbehandling vid sjukdomstillstånd.
<b>Enteral nutrition</b>	Näringstillförsel direkt via mag-tarmkanalen.
<b>SNR-kost</b>	Kost enligt svenska näringsrekommendationer (Livsmedelsverket).
<b>A-kost</b>	Allmän kost för sjuka (Livsmedelsverket).
<b>E-kost</b>	Energi- och proteintät kost (Livsmedelsverket).
<b>Kosttillägg</b>	Kompletterar ordinarie kost genom att tillfredsställa behovet av energi och/eller näringsämnen.
<b>Livsmedel för särskilda näringsändamål</b>	Livsmedel som till följd av särskild sammansättning eller tillverkningsmetod är lämpliga för enskilda/patienter som behöver särskild kost, samt personer som kan ha nytta av ett kontrollerat intag av särskilda ämnen i kosten.
<b>Malnutrition</b>	Tillstånd där brist på eller obalans av energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller vid sjukdomsförlopp.
<b>MNA</b>	Mini Nutritional Assessment. Riskbedömningsverktyg (screeningverktyg) för att upptäcka risk för undernäring.

<b>Nutrition</b>	Näring och/eller näringstillförsel.
<b>Näringsdryck</b>	Flytande kosttillägg.
<b>Parenteral nutrition</b>	Intravenös näringstillförsel.
<b>Perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG)</b>	Kort sond som införs genom bukväggen till magsäcken och används för enteral nutrition.
<b>Riskbedömning</b>	Systematisk undersökning av en population för att identifiera individer som är omedvetna om att de har ohälsa eller är i riskzonen för att utveckla ohälsa.
<b>Sarkopeni</b>	Minskad muskelmassa med förlust av muskelfunktion.
<b>Sjukdomsrelaterad undernäring</b>	Definieras som ett tillstånd med brist på energi, protein och andra näringsämnen som orsakar mätbara skadliga effekter på kroppens struktur och funktion och kan leda till kliniska komplikationer.
<b>Sondnäring</b>	Näringslösning som ges vid enteral nutrition.
<b>Specialkost</b>	Kost vid specifika sjukdomstillstånd.
<b>Undernäring</b>	Tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller vid sjukdomsförlopp (jämför malnutrition).
<b>Verksamhetschef</b>	I denna delöverenskommelse avser begreppet verksamhetschef endast verksamhetschef enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen.
<b>Vårdskada</b>	I patientsäkerhetslagen avser begreppet vårdskada lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom, samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

## 2. Omfattning och gränsdragningsfrågor

Överenskommelsen omfattar kommunalt finansierade särskilda boendeformer för äldre.

Vid nutritionsproblem och behandling finns både ett omvårdnadsperspektiv och ett medicinskt perspektiv. Vid nutritionssvårigheter följs perspektiven ofta åt innan det blir en tydlig medicinsk frågeställning.

## 3. Nutritionsomhändertagande

Socialstyrelsen rekommenderar att undernäring uppmärksammas genom riskbedömning och rapportering företrädesvis i Senior Alert<sup>38</sup>. Om riskbedömningen visar på undernäring eller risk för undernäring krävs vidare utredning. På grund av den oklarhet som råder mellan kommun och landsting när det gäller att tillhandahålla dietistkompetens för basal och specifik nutritionsbehandling, finns en påtaglig risk för att de åtgärder som genomförs med

<sup>38</sup>Socialstyrelsens definition återfinns i "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre", 2013.

anledning av en utförd riskbedömning inte motsvarar kraven på att följa vetenskap och beprövad erfarenhet.

Utgångspunkten för all kosthållning är att den enskilde har ett eget ansvar. När den enskilde inte har möjlighet att ta ansvar för hela eller delar av sitt kost- och näringsintag ansvarar kommunen för att se till att behoven i möjligaste mån tillgodoses.

Den enskilde har rätt att få en lämplig nutritionsbehandling av personal med särskild nutritionskompetens. Med rätt nutrition kan sjukdom förebyggas, lindras eller behandlas. Nutritionsinsatser vid rätt tidpunkt är avgörande för en god och säker vård.

Verksamhetschefen i landstingsfinansierad verksamhet respektive kommunfinansierad hälso- och sjukvård ansvarar för att alla medarbetare engageras, har rätt kompetens samt får ansvar och befogenheter för att kunna bedriva vård av god kvalitet inom nutrition.

Inom området nutrition ansvarar den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, MAS, för kvalitet och säkerhet och har ett övergripande ansvar för att hälso- och sjukvårdspersonalen känner till och följer lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer.

Den behandlade läkaren som den enskilde/patienten är listad hos har det medicinska huvudansvaret, vilket också omfattar nutritionsproblem. Vid specifika sjukdomstillstånd och vid utredning av malnutrition (felnäring) ansvarar läkaren för att delta i den inledande riskbedömningen för den enskilde, samt för bedömning, ordination och behandling. Läkaren ordinerar en lämplig nutritionsbehandling i samråd med den enskilde och personal, såsom sjuksköterska, dietist, logoped och undersköterska.

Tillsammans med den ansvarige läkaren eller sjuksköterskan ansvarar dietisten för att utreda, ordinera, behandla och följa upp tillstånd utifrån en nutritionsdiagnos. Vid behov gör dietisten en kostanamnes och kan ordinera en individuellt anpassad nutritionsbehandling. Vidare har dietisten kunskaper om livsmedel och specialprodukter. Dietisten är en resurs för verksamhetschefen och MAS när det gäller att ta fram processer, aktiviteter och rutiner i ledningssystem för nutritionsomhändertagande.

Den ansvariga sjuksköterskan ansvarar för att, i samråd med den enskilde/patienten, vaka över den enskildes/patientens nutritionsstatus, identifiera ättsvårigheter och vid behov göra egna ordinationer, samt se till att den enskilde/patienten får mat och näring enligt givna ordinationer. Sjuksköterskan bedömer när särskild kompetens behövs och kontaktar dietist och/eller läkare om det är aktuellt med en nutritionsbedömning, utredning och åtgärder utanför det egna kompetensområdet. Att hjälpa den enskilde/patienten med en god munhälsa är också avgörande för ett gott nutritionstillstånd.

Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för utprovning och ordination av lämpliga hjälpmedel och sittställningar som kan underlätta och ge bästa möjliga fysiska förutsättningar för ätandet.

Omvårdnadspersonal har ett viktigt ansvar för att observera förändringar i nutritionsstatus och rapportera dessa till berörd hälso- och sjukvårdspersonal (ansvarig sjuksköterska), samt dokumentera detta i den sociala dokumentationen.

Efter remiss från läkare ansvarar logoped för utredning av sväljproblem. Den enskilde/patienten kan behöva hjälp att kontakta sin tandläkare vid tandproblem.

### **3.1 Individuell nutritionsbehandling**

#### **3.1.1 Näringsbehov**

Näringsbehovet är individuellt och ska anpassas efter den enskilde/patienten. Vid inflyttning till särskilt boende för äldre ska den enskilde/patienten få en individuell bedömning av sitt behov, samt att alla som bor i ett boende för äldre får en kontinuerlig uppföljning och utvärdering.

### **3.1.2 Måltider**

Den enskilde/patienten ska få måltiden individuellt anpassad efter sina vanor, behov och önskemål. En anpassning av måltidsmiljön, måltidsstöd, rätt sittställning, möbler och äthjälpmiddel bör göras inom en vecka efter inflyttning till ett särskilt boende. Insikten att måltiden är en viktig del av den medicinska behandlingen ska vara utgångspunkten i måltidens planering och utformning, liksom den enskildes/patientens behov och önskemål. För detta krävs samverkan mellan olika kompetenser.

### **3.1.3 Kost utifrån individuella behov**

Grundkost, konsistensanpassad kost enligt Konsistensguiden, kost vid olika sjukdomstillstånd samt kost efter religiösa, etiska och kulturella behov ska kunna erbjudas. För att kunna förstå skillnaderna mellan olika slags kost krävs fördjupad kunskap hos såväl hälso- och sjukvårdspersonalen som omsorgspersonalen.<sup>39</sup>

För en patientsäker och kostnadseffektiv ordination av kosttillägg och annat nutritionsstöd krävs en individuell ordination på en tydlig indikation, vilket i sin tur förutsätter en individuell utredning. För att den enskilde/patienten ska få lämplig behandling i kurativt eller palliativt syfte behövs tillgång till rätt slags kompetens.

## **4. Ansvar, åtaganden och inflytande**

### **4.1 Ansvar och åtaganden för respektive part**

Den kommunfinansierade verksamheten ansvarar för den basala nutritionsbehandlingen. Landstinget ansvarar för nutritionsbehandlingen på specifik nivå. Vårdgivare inom både kommun och landsting ska fastställa rutiner i sina respektive verksamheter för när den enskildes/patientens näringstillstånd ska utredas och hur en sådan utredning ska göras, samt hur undernäring ska förebyggas och behandlas.<sup>40</sup>

#### **4.1.1 Kommunens åtagande**

Kommunfinansierade särskilda boendeformer för äldre ansvarar för den basala nutritionsbehandlingen, vilket innebär att kommunen har ett ansvar för nutrition. I det ingår alla insatser för att uppfylla patientsäkerhetslagens bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete<sup>41</sup>. Kommunen ansvarar för att verksamhetschefer inom kommunfinansierad hälso- och sjukvård ges resurser som gör det möjligt att ta ansvar för att nutritionskompetens finns tillgänglig inom verksamheten.

Basal nutritionsbehandling innebär följande:

- riskbedömning/nutritionscreening
- beräkning av energi- och näringsintag
  - energi
  - protein
  - vitaminer
  - mineralämnen
- beräkning av energi- och näringsbehov i relation till intag
- kostordination

---

<sup>39</sup>Rätt mat inom äldreomsorgen, 2008. Christina Sollenberg, Celiakiförbundet och Sveriges Pensionärsförbund.

<sup>40</sup>5–6 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring.

<sup>41</sup>3 kap. 5 § patientsäkerhetslag (2010:659).



- kosttyper enligt gällande nationella rekommendationer
- jämn måltidsfördelning över dagen
- förutsättningar för en begränsad nattfasta
- handledning av personal i nutritionsfrågor och -behandling
- anpassad mat utifrån överkänslighet och allergier
- konsistensanpassning av maten (gäller även mellanmål)
- upplägg och servering för att främja ätandet
- ordination av specialkost vid behov
- ordination av kosttillskott vid behov
- ordination av specialprodukter vid behov
- enteral nutrition (mängd och typ av sondmat, matningshastighet och tidpunkt)
- uppföljning och utvärdering av insatta nutritionsåtgärder.

För att uppfylla kraven om basal nutritionsbehandling behöver verksamheten ha tillgång till dietistkompetens. Verksamhetschefen avgör ansvarsfördelningen mellan dietist, undersköterska och sjuksköterska utifrån medarbetarnas samlade kompetens.

#### **4.1.2 Landstingets åtagande**

Vid komplicerade nutritionsproblem som hänger samman med sjukdom och kräver specifik bedömning och ordination, ansvarar landstinget för nutritionsinsatser. Läkarens medverkan i riskanalys, bedömning och behandling är lika viktig för nutrition som för läkemedel.

Nutritionsinsatser på specifik nivå utförs av landstinget och omfattar

- behandling av nutritionsproblem där de basala nutritionsinsatserna inte är tillräckliga
- insättning, start och överrapportering av enteral nutrition till omvårdnadsansvarig sjuksköterska och/eller dietist
- kostbehandling vid svår malnutrition (utifrån bedömning av dietist och/eller läkare)
- tugg- och sväljutredning
- utredning, behandling, uppföljning och överrapportering av nutritionsproblem vid sjukdomar som:
  - njursjukdom
  - cancersjukdom
  - leversjukdom
  - ämnesomsättningssjukdom.

#### **4.2 Inflytande (information, delaktighet) och sekretess för berörda personalgrupper, enskilda och närstående**

Den enskilde/patienten, och vid önskemål även dennes närstående, ska ha inflytande över behandlingen. Det innebär att den enskilde/patienten samtycker till och är delaktig i beslutet där det är möjligt och att den enskildes/patientens erfarenheter, kunskaper och önskemål tas tillvara vid valet av insatser. Det är viktigt att vara lyhörd för den enskildes/patientens individuella behov och önskemål och att den enskilde/patienten medverkar i aktuella åtgärder. Att den enskilde/patienten accepterar förebyggande och behandlande åtgärder är en förutsättning för ett gott resultat.

För att hälso- och sjukvårdens personal i landsting och kommun ska kunna tala med varandra och med närstående om en aktuell situation krävs ett samtycke till informationsöverföring. Samtycket måste inte ske skriftligt, men ska dokumenteras i den enskildes journal hos

respektive huvudman. Observera att inre sekretess gäller, det är endast den personal som arbetar med den enskilde/patienten som har rätt till informationsutbyte.

## 5. Säkerhet

### 5.1 Hur den enskilde/patienten kan medverka i säkerhetsarbetet

Det är väsentligt att den enskilde/patienten är informerad om sin behandling. Ju mer den enskilde/patienten förstår, desto bättre förutsättningar för ett samarbete kring nutritionen.

### 5.2 Information om risker och avvikelser mellan parter och verksamheter

I de fall endera parten uppfattar att överenskommelsen inte följs, ska en avvikelserapport skrivas och sändas till en utsedd kontaktperson hos den andre parten. Detta ska inte förväxlas med avvikelser i vård och omsorg inom en och samma verksamhet som ska behandlas enligt interna rutiner i verksamhetens ledningssystem.

## 6. Ekonomi

### 6.1 Åtaganden, konsekvenser och ersättning för parter i förekommande fall

Delöverenskommelsen innebär att det kan tillkomma kostnader för kommunalt finansierad verksamhet när det finns ett behov av att anställa eller på andra sätt säkra tillgången till dietister. Studier visar att nutritionsbehandling besparar den enskilde/patienten lidande och är kostnadseffektivt. Enligt studier som har belyst kostnadseffektiviteten av nutritionsbehandling, bör de ökade kostnaderna kunna hämtas in över tid. <sup>42 43 44 45 46 47 48 49</sup>

## 7. Uppföljning

En uppföljning av delöverenskommelsen ska ske årligen. Ett särskilt dokument som gäller uppföljningen kommer att utarbetas i särskild ordning.

---

<sup>42</sup>Elia, M., Stratton, R., Russell, C., Green, C. och F. Pang. The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults. BAPEN; 2005 [ ]; No.: 1 899467 01.

<sup>43</sup>Guest, J.F., Panca, M., Baeyens, J.P., de Man, F., Ljungqvist, O., Pichard, C. et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2011. Epub 2011/03/17.

<sup>44</sup>Russell, C. The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements. Clin. Nutr. Suppl. 2007;2(1):25-32.

<sup>45</sup>Elia, M., Russell, C.A. och R.J. Stratton. Malnutrition in the UK: policies to address the problem. Proc. Nutr. Soc. 2010;69(4):470-6. Epub 2010/06/17.

<sup>46</sup>Stratton, R., Green, C, och M. Elia. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI; 2003. xvi, 824 s. p.

<sup>47</sup>NICE Clinical guideline 32. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. 2006; Available from: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

<sup>48</sup>Stratton, R.J., Ek, A.C., Engfer, M., Moore, Z., Rigby, P., Wolfe, R. et al. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. Ageing research reviews. 2005;4(3):422-50.

<sup>49</sup>Elia, M. och R. Stratton. A cost-benefit analysis of oral nutritional supplements in preventing pressure ulcers. ESPEN; Monday, 29 August 2005 Brussels: Clinical Nutrition; 2005. p. 640-1 (P210).

## 8. Referenser

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
- Patientsäkerhetslag (2010:659).
- Patientlag (2014:821).
- Socialtjänstlag (2001:453).
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring.
- Näring för god vård och omsorg, en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen september 2011.
- Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, 2013.
- Elia M., Stratton R., Russell C., Green C. och F. Pang. The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults. BAPEN; 2005 [ ]; No.: 1 899467 01].
- Guest, J.F., Panca, M., Baeyens, J.P., de Man, F., Ljungqvist, O. och C. Pichard et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2011. Epub 2011/03/17.
- Russell, C. The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements. Clin. Nutr. Suppl. 2007;2(1):25-32.
- Elia, M., Russell, C.A. och R.J. Stratton. Malnutrition in the UK: policies to address the problem. Proc. Nutr. Soc. 2010;69(4):470-6. Epub 2010/06/17.
- Stratton, R., Green, C. och M. Elia. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI; 2003. xvi, 824 s. p.
- NICE Clinical guideline 32. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. 2006; Available from: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).
- Stratton, R.J., Ek, A.C., Engfer, M., Moore, Z., Rigby, P. och R. Wolfe et al. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. Ageing research reviews. 2005;4(3):422-50.
- Elia, M. och R.A. Stratton. Cost-benefit analysis of oral nutritional supplements in preventing pressure ulcers. ESPEN; Monday, 29 August 2005 Brussels: Clinical Nutrition; 2005. p. 640-1 (P210).
- Rätt mat inom äldreomsorgen, 2008. Christina Sollenberg, Celiakiförbundet och Sveriges Pensionärsförbund.



**God läkemedelsanvändning  
för äldre – gemensam målbild**

## 1. Inledning

### 1.1 Bakgrund

I en partsgemensam grupp med sakkunniga från landstinget och kommuner, enligt uppdrag från den gemensamma presidiegruppen för båda organisationerna, har Stockholms läns landsting, SLL, genom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF, och Kommunförbundet Stockholms län, KSL, tagit fram ett förslag till överenskommelse mellan landstinget och kommunerna i Stockholms län om en gemensam målbild för att förbättra de äldres läkemedelsanvändning. Målbilden är tänkt att mynna ut i en gemensam samverkansmodell för bättre läkemedelsanvändning och optimal läkemedelsförsörjning.

### 1.2 Målgrupp

Målgruppen omfattar de som oavsett ålder och efter beslut från kommunen bor i ett särskilt boende för äldre<sup>50</sup> inom Stockholms län.

### 1.3 Syfte

Det gemensamma målbildsarbetet ska leda till en bättre samverkan och syftar till att förbättra utvecklingen av vård och omsorg i Stockholms län.

Överenskommelsen ger en samlad målbild över läkemedelsområdet och utgör en grund för ett gemensamt kvalitetsutvecklingsarbete inom läkemedelsområdet.

### 1.4 Mål

De enskilda/patienterna ska få en god och optimal vård samt patientsäker läkemedelsbehandling.

### 1.5 Definitioner

<b>Profilboende</b> <i>(Egen definition)</i>	Profilboende är ett särskilt boende för personer med särskilda behov utifrån någon form av gemensam sjukdomsdiagnos eller funktionsnedsättning, t.ex. Parkinson.
<b>Läkemedel</b> <i>(läkemedelslagen)<sup>51</sup></i>	Varje substans eller kombination av substanser <ol style="list-style-type: none"> <li>1. som tillhandahålls med uppgift om att den har egenskaper för att förebygga eller behandla sjukdom hos människor ... eller</li> <li>2. som kan användas på eller tillföras människor ... i syfte att återställa, korrigera eller modifiera fysiologiska funktioner genom farmakologisk, immunologisk eller metabolisk verkan, eller för att ställa diagnos.</li> </ol>
<b>Servicehus</b> <i>(Egen definition)</i>	Särskilt boende där personer tidigare kunde flytta in utan att ha stora behov av särskilt stöd. Insatserna gavs i form av hemtjänstinsatser. Flera servicehus har sedan dess avvecklats. I dag flyttar endast personer som behöver särskilt stöd in i servicehus efter biståndsbeslut.
<b>Läkemedelsnära produkter</b> <i>(läkemedelsförmånslagen)<sup>52</sup></i>	Medicintekniska produkter som behövs för att tillföra kroppen läkemedel, för egenkontroll av medicinering samt för stomivård.

<sup>50</sup>Med särskilt boende för äldre avses särskilda boendeformer för äldre, enligt 5 kap. 5§ socialtjänstlagen (2001:453).

<sup>51</sup> 1 § Läkemedelslag (1992:859). Läkemedelslagen är en av lagarna som reglerar läkemedelsområdet. Vad som klassificeras som ett läkemedel bestäms av läkemedelslagen. Klassificeringen grundar sig på två faktorer: produktens innehåll och syfte.

<sup>52</sup>Lag om läkemedelsförmåner med mera (2002:160), med ändring genom lag (2003:76)/.

<b>Huvudman</b> (Socialstyrelsens termbank)	Myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för en viss verksamhet.
<b>Vårdgivare</b> (Socialstyrelsens termbank)	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen ansvarar för (offentlig vårdgivare), samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare).
<b>Trygghetskvitto</b> (Egen definition) <sup>53</sup>	Information om patientens behov av hälso- och sjukvård som ska medfölja patienten från slutenvården och som visar behovet av fortsatt vård inom kommunen och/eller landstingets öppna hälso- och sjukvård. Den behandlande läkaren ansvarar för att informationen eller trygghetskvittot överlämnas till patienten vid utskrivning från slutenvården. Det ska framgå i både journalen och i trygghetskvittot att en läkemedelslista och en läkemedelsberättelse har överlämnats till patienten. (Trygghetskvittot motsvarar den utskrivningsinformation som slutenvården ska använda för att kommunicera med primärvården eller mottagande hälso- och sjukvårdsverksamhet.)

## 1.6 Lokal samverkansöverenskommelse

En handlingsplan för genomförandet och implementeringen av denna delöverenskommelse ska tas fram av respektive vårdgivare på lokal nivå, exempelvis i de lokala avtal som tas fram i samverkan med läkarorganisationen på det särskilda boendet. De kan med fördel harmoniseras med den lokala instruktionen för läkemedelshantering som ska finnas enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering<sup>54</sup>. Förslag på punkter som bör regleras i detta avtal:

- samverkansformer
- rutiner för läkemedelsgenomgångar
- om fullständiga förråd eller DOS<sup>55</sup> ska användas<sup>56</sup>
- årlig utbildningsplan inom läkemedelsområdet för berörda personalkategorier
- ordinationer enligt generella direktiv
- checklista för hur man bedömer om icke-farmakologiska behandlingar eller omvårdnadsåtgärder är ett alternativ
- checklista för åtgärder för att minska kassation av läkemedel
- lokal behörighetsadministration i de IT-system som är relevanta för uppdraget.

<sup>53</sup> Se vidare i Överenskommelse angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården.

<sup>54</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

<sup>55</sup> DOS innebär att Läkemedlen beställs av förskrivaren och levereras dosförpackade (där varje dospåse innehåller de läkemedel som ska tas vid ett och samma tillfälle) för två veckors förbrukning (i vissa fall för en veckas förbrukning.) Det är lämpligt för enskilda/patienter med regelbunden och stabil medicinering som inte kan klara sin läkemedelshantering själv t.ex. på grund av fysiska och/eller psykiska funktionsnedsättningar.

<sup>56</sup> Vid begäran från en kommun inom landstinget får landstinget enligt 18d § hälso- och sjukvårdslagen erbjuda samtliga som bor i en viss, särskild boendeform för äldre, eller i en del av en sådan boendeform, läkemedel ur läkemedelsförrådet vid det särskilda boendet.

## 2. Omfattning och gränsdragningsfrågor

Delöverenskommelsen omfattar de som oavsett ålder bor i en särskild boendeform för äldre, efter beslut från kommunen. Delöverenskommelsen omfattar även personer som efter beslut från kommunen vistas på korttidsplats, servicehus och profilboenden.

### 2.1 Relation till andra delöverenskommelser

#### 2.1.1 *Samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården*

I överenskommelsen om in- och utskrivning i slutenvården anges att enskilda/patienter som behöver fortsatta insatser från primärvården eller socialtjänsten efter utskrivning från slutenvård ska få med sig ett trygghetskvitto. Den mottagande verksamheten ska även få utskrivningsinformation, bland annat en aktuell läkemedelslista och en läkemedelsberättelse.

#### 2.1.2 *Samverkan mellan läkarorganisation/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende*

I delöverenskommelsen om samverkan mellan läkarorganisation/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre tydliggörs samverkan mellan läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal.

#### 2.1.3 *Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård*

I överenskommelsen om samverkan för praktisk hjälp med egenvård finns en överenskommelse om hur regelverket kring egenvårdsbedömningar ska tolkas i Stockholms län. Bedömningar av om den enskilde/patienten själv kan ansvara för och genomföra egenvårdsinsatser gäller ofta läkemedel. Den behandlande läkaren ska alltid bedöma om den enskilde/patienten kan ansvara för och genomföra sin läkemedelsbehandling själv eller behöver hjälp med egenvården, eller om läkemedelsbehandlingen ska vara hälso- och sjukvård. Det finns även möjlighet att komma överens om en lokal samverkan i hanteringen av egenvårdsbedömningar i särskilda boendeformer för äldre. Om parterna önskar det kan detta eventuellt arbetas in i den lokala handlingsplan som ska göras enligt avsnitt 1.6 i delöverenskommelsen.

#### 2.1.4 *Samverkan för individuell nutritionsbehandling*

Eftersom läkemedelsbehandling och eventuella biverkningar kan påverka nutritionstillståndet hos de enskilda/patienterna finns det också en koppling till delöverenskommelsen om individuell nutritionsbehandling.

### 2.2 Gränsdragningsfrågor

Stockholms läns landsting, SLL, ansvarar för hälso- och sjukvård i ordinära boenden.

Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och biståndsbedömda dagverksamheter enligt socialtjänstlagen, samt särskilda boendeformer och dagliga verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Kommunens ansvar omfattar inte läkarinsatser.

## 3. Bättre läkemedelsanvändning

### 3.1 Den gemensamma målbilden

Den enskilde/patienten kan förvänta sig att den läkemedelsbehandling som är ordinerad är individuellt anpassad för att ge mesta möjliga nytta och minsta möjliga skada.



Den enskilde/patienten har fått god information, är delaktig i sin behandling och vet när och till vem man vänder sig om det uppstår problem. Behandlingen ska följas upp och omprövas regelbundet.

*Delmål:*

- medicinskt ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling
- resurseffektiv läkemedelsbehandling
- vården är organiserad för att kunna erbjuda patienten den bästa läkemedelsbehandling
- vården är utvecklingsorienterad.

Nedan följer respektive delmål med en specificerad målbild för de enskilda/patienterna.

### **1. Medicinskt ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling**

Den enskilde/patienten känner sig trygg i att

- vara informerad och delaktig i sin behandling
- få läkemedelsbehandling av en förskrivare som, tillsammans med vårdteamet, har rätt kunskap och information för att föreslå den bästa behandlingen, samt att förskrivaren inleder eller avslutar den behandling – med eller utan läkemedel – som man är överens om
- under- respektive överbehandling uppmärksammas och åtgärdas av förskrivaren
- biverkningar registreras av förskrivare och vårdteam och ordinationen anpassas för att i möjligaste mån undvika biverkningar och ge största möjliga nytta
- få det stöd som behövs för att kunna förstå och använda sina läkemedel
- förskrivna läkemedel finns på rätt plats, i rätt tid och blir rätt administrerade.

### **2. Resurseffektiv läkemedelsbehandling**

De enskilda/patienterna känner sig trygg i att

- de beslut som fattas kring läkemedelsbehandlingen baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet samt evidens
- landsting och kommun verkar för att gemensamma resurser används för att skapa mesta möjliga hälsa
- de läkemedel som används är valda för att ge minsta möjliga miljöpåverkan utan att göra avkall på effekt och säkerhet
- få en individuell läkemedelsbehandling som är säker och anpassad efter individuella behov, oavsett typ av boendeform.

### **3. Vården är organiserad för att kunna erbjuda patienten den bästa läkemedelsbehandlingen**

Den enskilde/patienten känner sig trygg i att

- hälso- och sjukvården är organiserad för att ge rätt läkemedelsbehandling
- respektive vårdgivare samarbetar för att säkra patientens läkemedelsbehandling
- respektive vårdgivare är organiserad för att snabbt värdera och införa ny kunskap, nya riktlinjer och metoder som är kostnadseffektiva och till gagn för den enskilde/patienten
- landsting och kommun bedriver läkemedelsarbetet på ett professionellt och ojävigt<sup>57</sup> sätt.

---

<sup>57</sup> Ett ojävigt sätt innebär att förskrivaren inte ska ha några relationer till läkemedelsindustrin som gör att de till exempel favoriserar ett visst preparat. Se vidare: <http://www.lakartidningen.se/OldPdfFiles/2001/22393.pdf>

#### 4. Vården är utvecklingsorienterad

De enskilda/patienterna känner sig trygga i att:

- hälso- och sjukvårdspersonalen har lämplig kompetens och uppdaterade kunskaper om äldres läkemedelsbehandling
- landsting och kommun bidrar till utveckling och bättre kunskap om läkemedelsbehandling för äldre
- få tillgång till nya läkemedel efter behov och på ett säkert sätt
- landsting och kommun bidrar till utvecklingen av icke-farmakologisk behandling.

#### 4. Ansvar och åtaganden

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar kommunen för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionsnedsättning, förutom läkarinsatser. Vanligen uttrycks detta som att ansvaret är ”upp till och med sjuksköterskenivå”, men nivån omfattar även fysioterapeuter/sjukgymnaster samt arbetsterapeuter. Landstinget ansvarar för all hälso- och sjukvård som utförs av läkare i särskilda boendeformer för äldre och för de läkemedelskostnader och läkemedelsnära produkter som ingår i läkemedelsförmånen. Se vidare i överenskommelsen om kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter, samt listan om innehåll i akut- och buffertförråd.

##### 4.1 Ansvar och åtaganden för respektive part med avseende på delmålen 1 – 4

###### 4.1.1 Den enskilde/patienten får medicinskt ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling

Landstinget och kommunen åtar sig att

- genomföra och implementera läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering<sup>58</sup> och landstingets riktlinjer för läkemedelsgenomgångar<sup>59</sup>
- följa upp läkemedelsbehandlingen kontinuerligt och göra förändringar vid behov
- förskrivaren senast inom tre månader följer upp läkemedelsförskrivningen när en ordination förändras.

Landstinget åtar sig att se till att

- den ansvarige läkaren<sup>60</sup> gör de enskilda/patienterna delaktiga i läkemedelsgenomgångarna
- de enskilda/patienternas läkare<sup>60</sup> ansvarar för att samordna alla läkemedelsordinationerna för att ge en säker läkemedelsbehandling
- den ansvarige läkaren<sup>60</sup> tar ställning till om den enskilda/patienten kan utföra sin läkemedelsbehandling som egenvård
- den enskildes/patientens läkare<sup>60</sup> genomför en enkel läkemedelsgenomgång inför en påbörjad vistelse på korttidsplats, enligt landstingets förfrågningsunderlag (FFU) 2014
- enskilda/patienter som har vistats inom slutenvård och som överförs till annan

---

<sup>58</sup>Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. Läkemedelsgenomgångar regleras i ändring av läkemedelsförfattningen genom SOSFS 2012:9).

<sup>59</sup>Riktlinjer för läkemedelsgenomgångar inom Stockholms läns landsting. [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se) ([http://www.janusinfo.se/imcms/images/laksak/Lakemedelsgenomgangar\\_riktlinjer\\_SLL\\_130301.pdf](http://www.janusinfo.se/imcms/images/laksak/Lakemedelsgenomgangar_riktlinjer_SLL_130301.pdf))

<sup>60</sup>Detta avser den läkare som de enskilda och patienterna är listade hos.

vårdgivare förses med läkemedel (inte bara recept) fram till dess att läkaren vid det aktuella boendet har tagit del av den aktuella läkemedelsordinationen och kan fullfölja behandlingen

- arbeta för att dosförpackade läkemedel, där det är möjligt, används för patienter och enskilda med regelbunden och stabil läkemedelsbehandling, även vid vistelse på avlastningsplats och korttidsplats
- den enskildes/patientens läkare<sup>60</sup> ansvarar för att de samlade läkemedelsordinationerna är aktuella och att läkemedelslistan är uppdaterad i journalen
- att all slutenvård och öppenvård registrerar förändringar av läkemedel i det aktuella och överenskomna IT-systemet<sup>61</sup> om patienten har dosförpackade läkemedel
- den enskildes/patientens läkare<sup>60</sup> ansvarar för att överlämna trygghetskvittot till patienten vid utskrivning från slutenvård och att överlämna utskrivningsmeddelande och läkemedelsberättelse till det särskilda boendet
- regelbundet följa upp att den läkemedelshantering som anges i respektive förfrågningsunderlag<sup>62</sup> följs.

Kommunerna åtar sig att se till att

- överlämna rätt läkemedel i rätt dos och till rätt patient, samt i rätt tid och på rätt sätt för dem som behöver hjälp med detta
- ha en organisation och rutiner för en säker läkemedelshantering
- sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal är delaktiga i läkemedelsgenomgångarna
- sjuksköterskorna gör en symtomskattning<sup>63</sup> innan läkemedelsgenomgången
- sjuksköterskan i det särskilda boendet dokumenterar mottagandet av utskrivningsmeddelandet och läkemedelsberättelsen.

#### **4.1.2 Den enskilde/patienten får resurseffektiv läkemedelsbehandling**

Landstinget och kommunen åtar sig att

- arbeta evidensbaserat
- följa Kloka Listan och de riktlinjer och rekommendationer som gäller
- använda relevanta system<sup>64</sup> för rekvisition av läkemedel till läkemedelsförråd och för ordination och rekvisition av DOS-läkemedel<sup>65</sup> på ett effektivt sätt
- ha en lokal organisation för behörigheter, utbildning och tillgång till berörda system
- arbeta för att få en kostnadseffektiv hantering av läkemedel och fakturor
- gemensamt hitta former för att minska kassationen av läkemedel för minskad miljöpåverkan
- se över funktionen i de fullständiga förråden.

---

<sup>60</sup> År 2014 användes IT-systemet Pascal.

<sup>62</sup> Det gäller förfrågningsunderlag som avser de verksamheter som enskilda och patienter kommer i kontakt med under sin tid i särskilt boende. Det kan till exempel gälla läkarinsatser i särskilt boende, husläkare, geriatrik och slutenvård samt ASIH.

<sup>63</sup> Till exempel genom att använda symtomskattningsverktyget Phase 20.

<sup>64</sup> År 2015 användes Visma Proceedo.

<sup>65</sup> År 2015 användes Pascal.

#### **4.1.3 De enskildas/patienternas läkemedelsbehandling är organiserad för deras bästa**

Landstinget och kommunen åtar sig att

- organisera sig utifrån de enskildas/patienternas behov
- säkerställa att det finns tillgång till sjuksköterskor och läkare dygnet runt
- ge ömsesidig insyn i journaler genom att införa nationell patientöversikt, NPÖ.

#### **4.1.4 De enskildas/patienternas läkemedelshantering är utvecklingsorienterad**

Landstinget och kommunen åtar sig att

- utbilda läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster, arbetsterapeuter och övrig personal i Stockholms läns landstings riktlinjer om läkemedel för äldre
- läkare och sjuksköterskor ansvarar för fortbildningen av övrig personal
- ge berörda personalkategorier utbildning om dos-tjänsten och tillhörande system<sup>66</sup>
- alltid bedöma om en icke-farmakologisk behandling, omvårdnads- eller rehabiliteringsåtgärd är ett likvärdigt eller acceptabelt alternativ, innan förskrivning av läkemedel.

Landstinget åtar sig att

- ansvara för workshops om bland annat Läkemedelskommitténs rekommendationer, nya riktlinjer, avtal och överenskommelser som riktar sig till medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS, och verksamhetschefer hos de båda huvudmännen en gång per år.

## **4.2 Ledningens ansvar och åtaganden hos respektive part**

De anställda inom vård och omsorg i huvudmännens ansvarsområden för äldre och personer med funktionsnedsättning ska ha den kompetens som krävs för en säker läkemedelshantering. Fortbildning och praktisk handledning är en ständigt pågående process för att säkerställa att all personal har rätt kompetens för sitt uppdrag.

Landstinget och kommunen åtar sig att

- se till att chefer rekryterar och fortbildar personal för att få lämplig kompetens för uppdragen.

## **4.3 Lokala kontaktpersoner**

I lokala överenskommelser ska lokala kontaktpersoner för respektive part anges.

## **5. Uppföljning**

En uppföljning av delöverenskommelsen ska ske årligen. Ett särskilt dokument som gäller uppföljningen kommer att utarbetas i särskild ordning.

---

<sup>66</sup> År 2014 används Pascal.

## 6. Referenser

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Socialtjänstlag (2001:453)
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Läkemedelslag (1992:859)
- Lag om läkemedelsförmåner m.m. (2002:160)
- 11§ Principöverenskommelsen (1994)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
- Läkartidningen nr 6 2001 (volym 98), artikeln Skärpta krav på ojävig hantering vid val av läkemedel, av Folke Sjöqvist.

## Bilagor

### Målbild läkemedel – förslag

- Som äldre kan jag förvänta mig att den läkemedelsbehandling jag är ordinerad är individuellt vald för att ge mesta möjliga värde och minsta möjliga skada.
- Jag har fått god information om behandlingen och vet när och vart jag ska vända mig om det blir problem
- Min behandling följs upp och omprövas regelbundet.



**Kostnadsfördelning för  
medicintekniska produkter  
i särskilt boende för äldre**

## 1. Inledning

### 1.1 Bakgrund

Ädelreformen innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för hälso- och sjukvård och omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning. En skatteväxling mellan Stockholms läns landsting, SLL, och kommunerna skedde i samband med detta. Med åren har både hjälpmedel och verksamheter inom kommun och landsting utvecklats och förändrats och det har uppstått ett behov av tydligare riktlinjer för kostnadsfördelningen.

### 1.2 Målgrupp

Målgruppen omfattar personer som bor i något av Stockholms läns särskilda boenden för äldre, vilket även omfattar korttidsplats, servicehus och profilboenden.

### 1.3 Syfte

Syftet är att tydliggöra kostnadsansvaret för respektive huvudman, kommun respektive SLL när det gäller tekniska hjälpmedel i särskilda boenden för äldre. Fokus ska ligga på behandlingen och nyttan – inte på vem som ska betala – genom klara och tydliga regler för kostnadsfördelningen.

### 1.4 Mål

De enskilda/patienterna får en trygg och säker användning av tekniska hjälpmedel.

### 1.5 Definition och förtydligande

Specialanpassning innebär att ett hjälpmedel tillverkas eller ändras för att passa en enskild/patient.

### 1.6 Lokal samverkansöverenskommelse

Detta dokument avser alla nivåer i respektive organisation. Det är inte nödvändigt att ha en lokal samverkansöverenskommelse.

## 2. Omfattning och gränsdragningsfrågor

### 2.1 Gränsdragningsfrågor

Överenskommelsen gäller endast kostnadsansvaret för personer som bor i något av Stockholms läns särskilda boenden för äldre, oavsett den enskildes/patientens ålder.

## 3. Hjälpmedel

En tabell för kostnadsansvaret finns i bilaga 1.

## 4. Ansvar, åtaganden och inflytande

Respektive part ansvarar för att följa nedanstående kostnadsfördelning.



## 5. Uppföljning

En uppföljning av delöverenskommelsen ska ske årligen. Ett särskilt dokument som gäller uppföljningen kommer att utarbetas i särskild ordning.

### Bilaga 1

#### Kostnadsfördelning

Typ av behandling/produkt	Kommun/privat aktör	SLL/auktoriserad läkarorganisation
<b>BASHJÄLPMEDEL</b>		
Till exempel: –hjälpmedel för överflyttning och vändning – hjälpmedel vid toalettbesök – gånghjälpmedel	X	
<b>SÄNGAR OCH LYFTAR</b>		
– sängar – sänglyftar – personlyftar – tillbehör till ovanstående	X	
<b>ANTIDECUBITUSHJÄLPMEDEL</b>		
– madrasser för att förebygga trycksår	X	
– madrasser för att läka trycksår	de första sex månaderna	efter ny förskrivning efter sex månader
– antidecubitusdynor till förskrivna rullstol		X
– antidecubitusdynor till rullstol som är inköpt av kommunen	X	
<b>HYGIENHJÄLPMEDEL</b>		
– duschstolar på hjul som framförs självständigt av brukare		X
– övriga hygienhjälpmedel	X	
<b>LARM</b>		
– trygghetslarm	även specialanpassning	
– epilepsilarm		X

Typ av behandling/produkt	Kommun/privat aktör	SLL/auktoriserad läkarorganisation
<b>RULLSTOLAR</b>		
– manuella rullstolar som brukaren kör själv		X
– elrullstolar som brukaren kör själv		X
– komfortrullstolar (per stol)	25 %	75 %
– transportrullstolar	X	
– vårdaggregat och vårdarstyrda elrullstolar som framförs av personal	X	
<b>ORTOPEDTEKNISKA HJÄLPMEDEL</b>		X
<b>KOSMETISKA HJÄLPMEDEL</b>		X
<b>HÖRSELHJÄLPMEDEL</b>		X
<b>SYNHJÄLPMEDEL</b>		X
<b>SPECIALANPASSNING</b>		X

## **Kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter i särskilt boende för äldre i Stockholms län<sup>67</sup>**

---

<sup>67</sup>Denna del i överenskommelsen har tidigare behandlats i HSN samt KSLs styrelse. I denna version har målgruppen och uppföljningen formulerats om för att anpassas till de övriga delarna i denna sammanhållna överenskommelse

## 1. Bakgrund

Kommunförbundet Stockholms Län och hälso- och sjukvårdsförvaltningen fick i uppdrag av den gemensamma presidiegruppen att ta fram ett förslag till överenskommelse mellan Stockholms läns landsting, SLL, och Kommunförbundet Stockholms Län, KSL, om en gemensam målbild för att förbättra de äldres läkemedelsanvändning. Överenskommelsen ska innehålla förslag till handlingsplan, riktlinjer och avtal. Målbilden ska mynna ut i en gemensam samverkansmodell för förbättrad läkemedelsanvändning och optimal läkemedelsförsörjning. Ansvarsfördelningen mellan SLL och kommunerna styrs av olika lagar, författningar och ingångna avtal. Kommunerna ansvarar för vård och omsorg i särskilt boende för äldre, upp till och med sjuksköterskenivå, medan SLL ansvarar för all hälso- och sjukvård som utförs av läkare i särskilt boende för äldre, samt för läkemedelskostnader och läkemedelsnära produkter som ingår i förmånen.

## 2. Syfte

Att tydliggöra kostnadsansvaret för respektive huvudman, kommun respektive Stockholms läns landsting, när det gäller läkemedel och läkemedelsnära produkter i särskilda boenden för äldre, SÄBO.

## 3. Målgrupp

Målgruppen omfattar alla, oavsett ålder, som efter beslut av kommunen bor i någon av Stockholms läns särskilda boenden, vilka även omfattar korttidsvård, servicehus och profilboenden.

## 4. Mål för överenskommelsen

Målet är att ta fram klara och tydliga regler för kostnadsansvaret som skapar förutsättningar för en trygg och säker användning av läkemedelsnära produkter, där fokus är på behandlingen och nyttan och inte på vem som ska betala. Överenskommelsen ska tydliggöra kostnadsansvaret för respektive huvudman, kommunerna respektive Stockholm läns landsting.

## 5. Läkemedel

Läkemedelslagen<sup>68</sup> är en av de lagar som reglerar läkemedelsområdet. Den bestämmer vad som ska klassificeras som ett läkemedel. Klassificeringen grundar sig på två faktorer, produktens innehåll och syfte:

- Enligt 1§ läkemedelslagen klassificeras varje substans eller kombination av substanser som tillhandahålls med uppgift om att de har egenskaper för att förebygga eller behandla sjukdom hos människor som läkemedel.
- Läkemedel kan användas på eller tillföras människor i syfte att återställa, korrigera eller modifiera fysiologiska funktioner genom farmakologisk, immunologisk eller metabolisk verkan, eller för att ställa en diagnos.

---

<sup>68</sup>Läkemedelslag (1992:859)

## 6. Läkemedelsnära produkter

Medicintekniska produkter som behövs för att tillföra kroppen läkemedel, för egenkontroll av medicinering samt för stomivård, enligt läkemedelsförmånslagen<sup>69</sup>.

## 7. Stockholms läns landsting respektive kommunernas ansvar

Stockholms läns landsting har ett kostnadsansvar för läkemedel som finns i de fullständiga förråden i akut- och buffertförråden och dosdispenserade läkemedel i särskilda boenden. De boende har ingen kostnad för läkemedel från förråden, men betalar läkemedelskostnaden upp till högkostnadsskyddet för dosdispenserade läkemedel.

I övrigt föreslås en kostnadsfördelning enligt nedan:

Typ av behandling och produkter	Kommun	SLL
<b>INFUSIONS- OCH INJEKTIONSBEHANDLING</b>		
Infusionspumpar		X
Morfinpumpar – läkemedelspumpar		X
Trevägskranar, sprutor, infusions- och injektionskanyler, propp, injektionsventil		X
Droppställning	X	
Infusionsaggregat för blodtransfusion och intravenösa infusioner		X
Porth á Cath + tillbehör		X
MiniSpike, överföringskanyler		X
PICC-line + tillbehör		X
Spädningsvätska för intravenösa injektioner		X
<b>ENTERAL NUTRITION</b>		
Sondspruta	X	
Enterala nutritionskatetrar, till exempel gastroknapp, PEG, Jejuno-katetrar, matningsslang		X
Droppställning	X	

<sup>69</sup> Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner mm.

Typ av behandling och produkter	Kommun	SLL
Sondnäring	X	
Sondpump och aggregat	X	
Kosttillägg	X	
<b>ANDNINGSHJÄLPMEDEL</b>		
Inhalatorer, nebulisatorer och tillbehör		X
Oxygenbehandling och tillbehör		X
Ventilatorer med tillbehör		X
Syrgas, personförskriven		X
<b>SLEMSUGAR</b>		
Personförskriven sug med tillbehör, laddare, transformator, sugfilter, kopplingslangar		X
Sugkatetrar	X	
Enhetsbunden sug med tillbehör, laddare, transformator, sugfilter, kopplingslangar, sugkatetrar	X	
<b>KOMPRESSIONSBEHANDLING</b>		
Kompressionspump, inkl. stövlar eller dylikt		X
Behandlande kompressionsmaterial enligt ordination av läkare, specialismottagning Stödstrumpa utan ordination betalas av den enskilde själv		X
<b>APPARATER FÖR SMÄRTLINDRING</b>		
TENS med tillbehör	X	
<b>INKONTINENSHJÄLPMEDEL</b>		
Inkontinenshjälpmedel	X	
Stomimaterial	X	
<b>PROVTAGNINGSMATERIAL</b>		
Till exempel vaccutainer, blodprovskanyler, butterflykanyler, provtagningsrör, odlingspinnar, faecesburkar, microkuvetter, teststickor för urinanalys		X
Stickor till blodsockermätare, personligt förskrivna enligt läkarordination		X
<b>REMISSBLANKETTER</b>		
Undersöknings- och provtagningsremisser		X
<b>PERMANENT TRACHEOSTOMA</b>		
Kanyler och nässpeculum		X
Kanylband	X	
Förband	X	
Specialförband och specialkanylband för tracheostomerade		X
Fuktväxlare		X
Talventil		X
<b>DIALYSBEHANDLING</b>		
Utrustning för hemdialys		X

SÄRVÅRDSPRODUKTER OCH FÖRBANDSMATERIAL		
Omläggingsmaterial och förbrukningsmaterial <sup>68</sup> som ordineras av kommunal distriktssköterska eller sjuksköterska	X	
Läkarordinerade specialbehandlingar med		
läkemedelsnära produkter som inte är förmånsgrundande. Specialförband, salvor material som har ordinerats av specialistsjukvården enligt särskilt beslut		X
Urinkateter (tappningskatetrar och KAD), sterilt vatten, klorhexidinlösning	X	
Katetreringsset, uppsamlingspåsar, fixationsanordningar, Nacl	X	
Blodtrycksmanschett, stetoskop med mera	X	

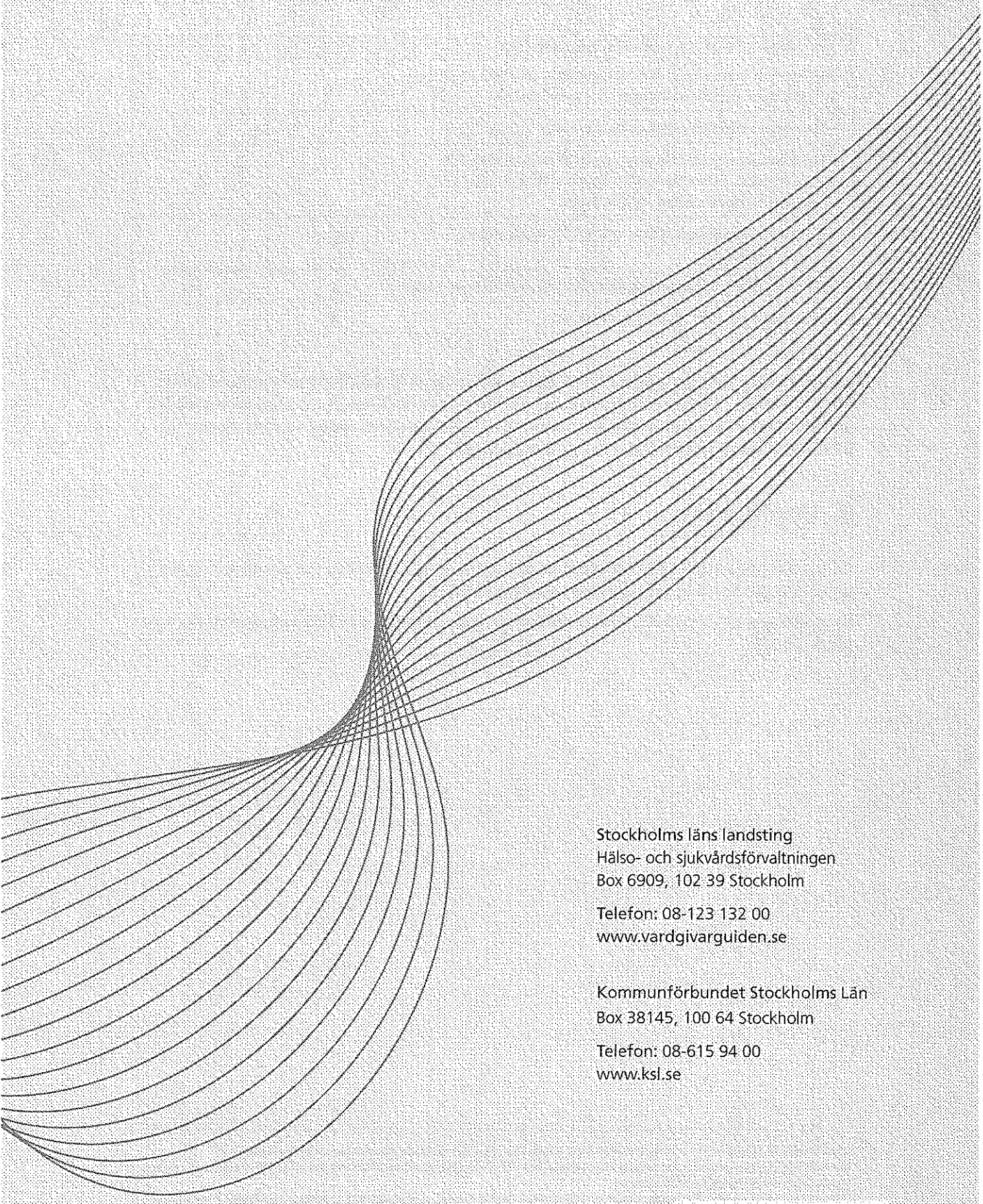
En gemensam rutin för avvikelshantering och förslag på förändringar av kostnadsfördelningen tas fram. Förslagen och avvikelserna från verksamheterna ska skickas till respektive medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen, MAS, och den namngivna funktionen på hälso- och sjukvårdsförvaltningens medicinska stab.

## 8. Uppföljning

En uppföljning av delöverenskommelsen ska ske årligen. Ett särskilt dokument som gäller uppföljningen kommer att utarbetas i särskild ordning.

Uppföljningsmöten med XX och representanter som har utsetts av KSL kommer att ske var sjätte månad.

<sup>70</sup>Omläggingsmaterial och förbrukningsmaterial där kommunen eller det särskilda boendet har ett kostnadsansvar. Kommunen står för kostnader för omläggingsmaterial och förbrukningsmaterial som inte i sig kräver en läkarordination och som ingår i omvårdnadsuppdraget, till exempel:  
Sterila kompresser, rena kompresser, sterila omläggingsset, sterila handskar, rena handskar, absorptionsförband, fixationsförband (sterilt) till PVK, fixeringsnät (till exempel tubnät) eller lindor till PVK, kanylförband, sterilt häftande sårfilm till venport, hudvänlig häfta, plåster, tejp, gasbindor, kompressionslindor, tubgas, polyestervadd och dylikt, steristrip och fixeringstejp. Spritsuddar, zinkpasta, salva, sprej, mjukgörande salva och dylikt som sjuksköterska har ordinerat för behandling, träspatlar, bomullspinnar, tvål, tvättlappar, pincetter, sax, peang och suturkniv



Stockholms läns landsting  
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen  
Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon: 08-123 132 00  
[www.vardgivarguiden.se](http://www.vardgivarguiden.se)

Kommunförbundet Stockholms Län  
Box 38145, 100 64 Stockholm

Telefon: 08-615 94 00  
[www.ksl.se](http://www.ksl.se)



*Innehållet i detta dokument ska arbetas in i Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende när denna revideras. Denna tilläggsöverenskommelse upphör då att gälla.*

## **Tilläggsöverenskommelse om samverkan kring att förebygga och behandla missbruk och beroende hos äldre**

---

### **Målgrupp och avgränsningar**

Personer som är 65 år och äldre och som har eller riskerar att få en missbruks- eller beroendeproblematik. Området befinner sig i gränslandet mellan psykiatri, geriatrik, beroendevård, primärvård, socialtjänstens äldreomsorg samt individ- och familjeomsorg, vilket ställer höga krav på samverkan mellan olika verksamheter samt på personalens kompetens.

### **Syfte och mål med överenskommelsen**

Det finns behov av en överenskommelse kring samverkan mellan verksamheterna eftersom behoven hos äldre är komplexa. En samverkan förutsätter att anhängiga är delaktiga i vårdplaneringen.

Huvudmännen ska inkludera målgruppen personer 65 år och äldre som har eller riskerar att få missbruk och/eller beroendeproblematik i de lokala samverkansöverenskommelserna kring förebyggande arbete, vård och behandling som ska upprättas enligt länets policy. I enlighet med policyn åtar sig huvudmännen också att förtydliga och specificera samverkan i de olika verksamheternas uppdragsbeskrivningar där tid avsätts för samverkansarbetet.<sup>1</sup> De lokala överenskommelserna bör beskriva vilka insatser som ska göras gemensamt för att öka medarbetarnas kompetens i att möta målgruppens behov.

### **Överenskommelsen berör**

#### *Landstinget*

- primärvård, inklusive primärvårdsrehabilitering och hemsjukvård
- specialiserade psykiatri i öppen- och slutenvård, till exempel äldrepsykiatri
- geriatrik, avancerad sjukvård i hemmet – ASIH
- beroendevården.

---

<sup>1</sup> Ref. sid. 65 i policyn.

### *Kommunen*

Förvaltningar i respektive kommun med ansvar för

- socialförvaltning eller motsvarande
- äldreförvaltning eller motsvarande.

## **Samverkansöverenskommelsens innehåll**

### **Fortsatt fokus på samordnad individuell plan, SIP**

För att personer som behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska få sina behov tillgodosedda kan en samordnad individuell plan, SIP, enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och socialtjänstlagen, SoL, behöva upprättas<sup>2</sup> efter samtycke från den enskilde. Planen ska om möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet om det anses lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget
- vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen.

Kommunförbundet Stockholms län och Stockholms läns landsting har utarbetat ett vägledningsmaterial till dem som behöver stöd i arbetet med att utveckla och ta fram en samordnad individuell plan.<sup>3</sup>

### **Flexibilitet och anpassade insatser utifrån den enskildes behov av vård och omsorg**

Det är viktigt att det finns kontinuitet och sammanhållande insatser även för dem som har fyllt 65 år. Det förutsätter flexibilitet inom och mellan verksamheter samt inom och mellan huvudmännen, exempelvis mellan individ- och familjeomsorg, äldreomsorg och beroendevård, specialistpsykiatri och primärvård.

Ett annat exempel är att kunna fortsätta med den dagliga sysselsättning som personen har sen tidigare.

### **Erbjuda samordningsresurser**

Huvudmännen åtar sig att erbjuda samordningsresurser som vid behov koordinerar vård och stöd för personer med missbruks- och beroendeproblematik, eller där det finns en risk att denna problematik kan uppstå.

---

<sup>2</sup> 3f § HSL och 1 Kap. 7 § SoL har en gemensam lydelse.

<sup>3</sup> Vägledningsmaterialet kan hämtas på [www.ksl.se](http://www.ksl.se) (sök på Samordnad individuell plan för vuxna och äldre vägledning).

Det kan också handla om handledning och konsultationer.

### **Stöd till anhöriga och närstående**

Enligt socialtjänstlagen har kommunen en särskild skyldighet att ge stöd till anhöriga och närstående till personer som lider av missbruk eller beroende.<sup>4</sup>

Båda huvudmännen åtar sig att vid behov ordna anhörigutbildningar.

### **Uppföljning och indikatorer**

I samband med revideringen av policyn tas indikatorer för uppföljningen fram.

---

<sup>4</sup> 5 kap 10 § socialtjänstlagen

*Innehållet i detta dokument ska arbetas in i överenskommelsen Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning när denna revideras. Denna tilläggsöverenskommelse upphör då att gälla.*

## **Tilläggsöverenskommelse avseende samverkan kring äldre med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning**

---

### **Målgrupp och avgränsningar**

Personer som är 65 år och äldre och som har en psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Området befinner sig i gränslandet mellan psykiatri, geriatrik, socialpsykiatri, äldreomsorg samt primärvård, vilket ställer höga krav på samverkan mellan olika verksamheter samt på personalens kompetens.

Riktlinjer för utredning och vård av, samt omsorg om, personer med demenssjukdom finns i separata regionala och lokala överenskommelser. Därför omfattar denna överenskommelse inte personer med demenssjukdom.

### **Syfte och mål**

Överenskommelsen om samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning behöver kompletteras eftersom behoven hos äldre är komplexa. Samverkan förutsätter att anhöriga görs delaktiga i vårdplaneringen.

Huvudmännen ska tillsammans komplettera de lokala samverkansöverenskommelser mellan kommunala och landstingsfinansierade verksamheter som beskrivs i *samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning* (se sid. 8). Kompletteringarna ska definiera målgruppen, tydliggöra ansvaret för omsorgen i förhållande till den enskildes behov av vård och insatser, samt ange gemensamma mål och rutiner för samverkan. De lokala samverkansöverenskommelserna bör beskriva vilka insatser som ska göras gemensamt för att öka medarbetarnas kompetens när det gäller att möta målgruppens behov.

### **Överenskommelsen berör**

### *Landstinget*

- primärvård, inklusive primärvårdsrehabilitering och hemsjukvård
- specialiserade psykiatrin i öppen- och slutenvård, till exempel äldrepsykiatri
- geriatrik, avancerad sjukvård i hemmet – ASIH
- beroendevården.

### *Kommunen*

Förvaltningar i respektive kommun med ansvar för

- socialförvaltningen eller motsvarande
- äldreförvaltningen eller motsvarande.

## **Samverkansöverenskommelsens innehåll**

### **Fortsatt fokus på samordnad individuell plan, SIP**

För att personer som behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska få sina behov tillgodosedda kan en samordnad individuell plan, SIP, enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och socialtjänstlagen, SoL, behöva upprättas<sup>1</sup> efter samtycke från den enskilde. Planen ska om möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet om det anses lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget
- vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen.

Kommunförbundet Stockholms län och Stockholms läns landsting har utarbetat ett vägledningsmaterial till dem som behöver stöd i arbetet med att utveckla och ta fram en samordnad individuell plan.<sup>2</sup>

### **Flexibilitet och anpassade insatser utifrån den enskilde äldres behov av vård och omsorg**

Det är viktigt att det finns kontinuitet och sammanhållande insatser även för dem som har fyllt 65 år. Det förutsätter flexibilitet inom och mellan verksamheter samt inom och mellan huvudmännen, exempelvis mellan socialpsykiatri och äldreomsorg eller mellan specialistpsykiatri och primärvård.

---

<sup>1</sup> 3f § HSL och 1 Kap. 7 § SoL har gemensam lydelse.

<sup>2</sup> Vägledningsmaterialet finns att hämta på [www.ksl.se](http://www.ksl.se) (sök på Samordnad individuell plan för vuxna och äldre vägledning).

Ett annat exempel är att kunna fortsätta med den dagliga sysselsättning som personen har sen tidigare.

#### **Erbjuda samordningsresurser**

Huvudmännen åtar sig att erbjuda samordningsresurser som vid behov koordinerar vård och stöd för personer med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning.

Det kan också handla om handledning och konsultationer.

#### **Stöd till anhöriga och närstående**

Enligt socialtjänstlagen har kommunen en särskild skyldighet att ge stöd till anhöriga och närstående till personer som lider av psykisk sjukdom eller funktionshinder.<sup>3</sup>

Båda huvudmännen åtar sig att vid behov ordna anhörigutbildningar.

#### **Patient- och brukarutbildning**

Huvudmännen åtar sig gemensamt att inkludera psykisk sjukdom och funktionsnedsättning i de befintliga patient- och brukarutbildningarna för personer 65 år eller äldre.

#### **Uppföljning och indikatorer**

Indikatorer för uppföljning kommer att tas fram för överenskommelsen om samverkan kring äldre. I samband med revideringen av överenskommelsen om samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning bör de indikatorer som rör äldres psykiska hälsa införlivas i den reviderade överenskommelsen.

---

<sup>3</sup> 5 kap 10 § socialtjänstlagen