

Länsgemensam överenskommelse i Värmland 2022–2023

Länets vårdcentraler och
kommunal hälso- och sjukvård



HAGFORS
KOMMUN



Arjängs kommun



SUNNE KOMMUN



ARVIKA
KOMMUN



Eda kommun



FILIPSTADS
KOMMUN



KARLSTADS KOMMUN



Forshaga kommun



SÄFFLE KOMMUN



Hammarö



STORFORS
KOMMUN



KILS
KOMMUN



MUNKFORS
RANSÄTER
Med föräldrarna



Kristinehamns
kommun



GRUMS KOMMUN



Capio



Praktikertjänst



Prima Vård



Region
Värmland

Innehåll

Inledning.....	3
Bakgrund	3
Länsgemensam överenskommelse	3
Kommunala verksamheter, inklusive privata aktörer på uppdrag av kommunerna, som omfattas av överenskommelsen	3
Region Värmlands verksamheter, inklusive privata aktörer på uppdrag av Region Värmland, som omfattas av överenskommelsen	3
Förutsättningar för samverkan	3
Lokala verksamhetsträffar	3
Enkla kontaktvägar	4
Avvikelsehantering	4
Gemensam fortbildning och kompetensutveckling	4
Kvalitetsindikatorer	4
Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård	5
Särskilt boende (SÄBO).....	5
Ordinärt boende.....	5
LSS	5
Följande aktiviteter ingår i läkarens uppdrag	5
Nära vård (Övrig samverkan)	6
Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården (Lag,2017:612)	6
Fast vårdkontakt.....	6
Samordnande sjuksköterska på vårdcentral	7
Samordnad individuell plan (SIP)	7
Patientkontrakt	7
Läkemedel	7
Hantering av läkemedelslistan	7
Läkemedelslista	8
Basförråd/läkemedel (Förråd av läkemedel att ge enligt generella direktiv).....	8
Kommunalt läkemedelsförråd	8
Rehabilitering	8
Kommunens åtagande	8
Egenvård.....	9

Inledning

Bakgrund

I den nära vården sker arbetet utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, den är samordnad, proaktiv och gör patienten och anhörig/närstående till aktiva medskapare. Samverkan finns och är viktig i länet på alla nivåer. Att skapa relationer blir inte bara viktigt i mötet med patient/brukare, utan även med kollegor, både inom och mellan verksamheter och organisationer. Samordningen är viktig, och kommer bli än viktigare, när befolkningen blir allt äldre och lever länge med en eller flera kroniska sjukdomar. Vi är redan idag duktiga på att ge vård och omsorg inom våra respektive organisationer, men vi behöver bli ännu bättre på att samordna vården. Målet är att överbrygga mellanrummen ytterligare mellan våra olika verksamheter och organisationer. Där finns mycket att vinna för både invånarna, verksamheterna och medarbetarna och det ger en samordnad vård och omsorg för patienten.

Länsgemensam överenskommelse

Överenskommelsen omfattar gemensamt arbete och ansvar för de patienter som har kommunal hälso- och sjukvård. Samverkansavtalet reglerar grunden för samverkan i Värmland i de delar som är och bör vara lika. Därefter kan det göras lokala rutiner utifrån verksamhetsområden i länet.

Överenskommelsen undertecknas av verksamhetschefer inom Vårdval Vårdcentral i Värmland samt verksamhetschefer för hälso- och sjukvård i kommunen och revideras sedan årligen. Verksamhetschefer inom Vårdval Vårdcentral ansvarar för att revidering och underskrift sker.

Kommunala verksamheter, inklusive privata aktörer på uppdrag av kommunerna, som omfattas av överenskommelsen

- Patienter med kommunal hälso- och sjukvård inom särskilt boende
- Patienter med kommunal hälso- och sjukvård inom ordinärt boende
- Patienter med kommunal hälso- och sjukvård på korttidsplats/ växelvård
- Patienter med kommunal hälso- och sjukvård inom psykiatri och LSS
- Patienter med kommunal hälso- och sjukvård genom rehabiliteringsinsatser

Region Värmlands verksamheter, inklusive privata aktörer på uppdrag av Region Värmland, som omfattas av överenskommelsen

- Allmänmedicinska mottagningen på vårdcentralen

Förutsättningar för samverkan

Lokala verksamhetsträffar

Lokala verksamhetsträffar på operativ nivå mellan respektive vårdcentral och kommunala enheter ska genomföras minst en gång/termin och inriktas på frågor som rör planering, kvalitet samt uppföljning av det lokala samarbetet. En förutsättning för genomförandet av verksamhetsträffarna är att respektive enhetschef samt MAS deltar. Önskvärt är också att hela eller delar av personalgruppen från respektive verksamhet träffas vid samverkansmöten där gemensamma områden diskuteras eller där gemensamma utbildningar genomförs.

Enhetschef på vårdcentral är ansvarig för att kalla till träffarna om inte annat är överenskommet lokalt. Kallelse ska skickas till enhetschef inom kommunens hälso- och sjukvård, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Dagordningen

- Mall, dagordning se bilaga 1

Enkla kontaktvägar

Vägledning angelägenhetsgrad

God planering och tillgänglighet är avgörande för en bra samverkan och en sömlös vård för patienterna och gäller i båda riktningar.

Vid behov av kontakt, ordination, rådgivning eller behandling beaktas följande tidsintervall för val av kontaktväg:

- 1) Akut kontakt
- 2) Inom 1 dag
- 3) Inom 72 timmar
- 4) Inom en vecka
- 5) Långsiktigt

Hur denna kontakt bör tas, görs upp lokalt. Tydliggör när telefon, Cosmic Link och/eller Cosmic Messenger ska användas.

Akuta bedömningar

Vid behov av akut läkarbedömning vardagar 08.00 – 17.00 ska läkare nås, via direktnummer till läkare eller vårdgranne telefon alternativt via andra överenskomna digitala sätt. OBS, dessa telefonnummer får endast brukas av kommunens sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och får inte lämnas ut till patienter eller anhöriga.

Helger, kvällar och nätter tas läkarkontakt via Region Värmlands växel, tfn: 010-831 50 00.

Under jourtid ska kommunens verksamhet erbjudas samma service som övrig befolkning inom jourområdet.

Avvikelsehantering

Kommunen och Region Värmland har ett gemensamt ansvar för att i samverkan analysera och åtgärda avvikelser som inträffat mellan berörda enheter.

- Länk till avvikelseblankett: [Avvikelseblankett](#)

Gemensam fortbildning och kompetensutveckling

För att skapa bästa möjliga förutsättningar att erbjuda patienterna en god vård och omsorg krävs en nära samverkan som bygger på respekt för varandras verksamheter och kompetensområden.

Fortbildning och kompetenshöjning kan med fördel anordnas gemensamt. För att detta ska fungera i praktiken krävs att varje huvudman utgår från sina egna resurser och frågar sig vad man själv kan bidra till samt att vara öppen för att bjuda in varandras personal på fortbildningsaktiviteter.

För att kommunens sjuksköterskor/ distriktssköterskor ska känna sig trygga i att bistå läkaren att konstatera ett förväntat dödsfall, ska de erbjudas fortbildning när behovet uppstår. Det är regionen som står för utbildningsinsatsen.

Kvalitetsindikatorer

Kom överens lokalt, utifrån befolkningens behov, om vilka kvalitetsindikatorer och vilken uppföljning som ska följas gemensamt samt hur arbetet med resultatet ska ske.

Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård

Läkarinsatserna ska präglas av en god tillgänglighet, kontinuitet och kompetens.

Särskilt boende (SÄBO)

En ansvarig läkare ska vara utsedd för varje särskilt boende alternativt avdelning.

Rutiner ska finnas vid vakanssituationer för läkare och tillfälliga förändringar meddelas kommunen. Läkarmedverkan på särskilt boende innefattar även fysisk närvaro på boendet.

Tidsåtgång läkarmedverkan särskilt boende

Målet är att den totala tidsresursen som avsätts ska motsvara cirka 1 timme för 10 patienter/vecka.

Ordinärt boende

Med hemsjukvård avses hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden. Patienten ska vara registrerad som mottagare av kommunal hälso- och sjukvård. Åtagandet omfattar den hemsjukvård som ges i patientens hem och som inte kräver slutenvård, avancerad hemsjukvård (jämförd med slutenvård) eller täcks av annan huvudman. Vårdcentralen har även ansvar för akuta insatser till hemsjukvårdspatienter som bor eller vistas inom närområdet och som är listade på vårdcentral i annat närområde.

LSS

Boende inom LSS med kommunal hälso- och sjukvård räknas som ordinärt boende, se rubrik ovan.

Följande aktiviteter ingår i läkarens uppdrag

SÄBO samt ordinärt boende och LSS med kommunal hälso- och sjukvård

- Utföra medicinska bedömningar, utredningar och behandlingsinsatser planerat och oplanerat. Behovet av palliativa insatser och vård i livets slutskede ska särskilt beaktas.
- Utse namngiven ansvarig vårdkontakt för patienten.
 - Till personer med livshotande tillstånd utses vårdkontakt med lägst kompetensnivå legitimerad läkare. Denne ska rådgöra med legitimerad sjuksköterska inför ställningstagande att inte inleda/ inte fortsätta livsuppehållande behandling.
- Erbjuder årliga genomgångar av hälsotillstånd.
- Utföra enkel läkemedelsgenomgång enligt av Region Värmland fastställd rutin snarast efter registrering i hemsjukvård eller inflyttning till boende och därefter fördjupad läkemedelsgenomgång.
 - [Riktlinje enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång](#)
- Medicinsk konsultation inklusive rådgivning via telefon eller andra digitala sätt till kommunens sjuksköterskor.
- Patientanknuten handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal.
- Medverka i samverkan vid utskrivning från slutenvård (enligt rutin inom Region Värmland).
- Medverka vid upprättande, revidering och uppföljning av planer för medicinsk vård.
- Utfärdande av dödsbevis och dödsorsaksintyg, kontakt med närstående samt utfärdande av intyg för tvångsvård inom psykiatri.
- Planera palliativ vård:
 - När det står klart att vården syftar till att lindra och trösta inför livets slutskede ska brytpunktsamtal genomföras med patient och/eller anhöriga. I en palliativ process ska brytpunktsamtalen vara flera samtal över tid. Om möjligt ska också ansvarig sjuksköterska inom kommunen delta, i annat fall informeras i efterhand. Vid samtalet ska

man komma fram till en vårdplan vid försämring av tillståndet. Samtalet ska alltid dokumenteras i vårdgivarnas (regionen och kommunen) patientjournal.

- Läkaren ska tillsammans med sjuksköterska säkra att fastställda rutiner för konstaterande av dödsfall liksom andra gällande anvisningar finns tillgängliga och att dessa rutiner och anvisningar följs.
- Närstående ska erbjudas samtal efter patientens bortgång som initieras av sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård eller läkaren.

SÄBO/kommunala trygghetsboenden:

- Varje nyinflyttad ska erbjudas läkarbesök för fastställande av hälsostatus senast fyra veckor efter inflyttning. En sammanfattning ska göras i journalen.
 - Patientansvarig sjuksköterska (PAS) är ansvarig för att läkarbesök initieras.
- För det löpande arbetet ska regelbundna besök genomföras efter överenskommelse. Det ska finnas tid för medicinska bedömningar, behandlingar och uppföljning av dessa, utarbetande av medicinska vårdplaner samt konsultationer för sjuksköterskorna.
- I tidsåtgång för läkarmedverkan ingår förutom medicinska bedömningar och behandlingar; tid för uppföljningar av behandling, dokumentation och anhörigsamtal.

Ordinärt boende

Vårdcentralen ska säkerställa tid för konsultation och läkarbesök i hemmet när invånarens tillstånd kräver det eller då det kan antas förhindra en för invånaren undvikbar slutenvård.

- Planerade besök enligt överenskommelse.
- Efter läkarbedömning och då medicinskt behov föreligger, ska patienter kunna erhålla akuta läkarbesök i hemmet för boende i närområdet. (Kvällar, helger och nätter ansvarar läkare i beredskap för läkarinsatser i hemmet.)

LSS

Boende inom LSS med kommunal hälso- och sjukvård räknas som ordinärt boende, se rubrik ovan.

Nära vård (Övrig samverkan)

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården (Lag,2017:612)

Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för de individer som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och/eller den regionfinansierade öppna vården. Insatserna samordnas utifrån individens behov och förutsättningar. För att reglera processen kring samverkan ska länsgemensam riktlinje ge stöd i det dagliga arbetet.

Länkar:

- [Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården](#)
- [Överenskommelse samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården](#)
- [Riktlinje samverkan vid utskrivning från slutenvård i Värmland](#)

Fast vårdkontakt

Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses och utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

En fast vårdkontakt är en person som ska hjälpa patienten i kontakterna med vården och som ska hjälpa till att samordna vårdens insatser.

Samordnande sjuksköterska på vårdcentral

Syftet med den samordnande sjuksköterskan är att skapa en fungerande sammanhållen vård för patienter med behov av stöd och samordning. En fungerande sammanhållen vård bidrar till trygghet, hälsa och självständighet för den enskilde och syftar även till att förhindra undvikbar slutenvård och/eller oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar. Det handlar om patienter som har ett ökat behov av vård, identifierat via vårdpersonal och/eller som sökt vård vid ett flertal tillfällen under en angiven tidsperiod. Vården ska enhetligt och enkelt kunna identifiera patienter med komplicerade vårdbehov och erbjuda ett samlat helhetsansvar.

Den samordnande sjuksköterskan kan vara patientens fasta vårdkontakt och samordna planeringsprocessen vid in och utskrivning från sjukhus. Detta innebär bland annat att vara aktiv i planeringsprocessen bland annat genom daglig bevakning i Cosmic Link.

Samverkan ska ske med berörda vård- och samhällsaktörer samt övriga engagerade personer i patientens vård när patientens behov inte kan tillgodoses enbart av vårdcentralen.

Samordnad individuell plan (SIP)

Patienter med behov av samordning av insatser från både socialtjänst och den regionala och kommunala hälso- och sjukvården kan få stöd genom en samordnad individuell plan (SIP).

En samordnad individuell plan ska upprättas om någon inom regionens hälso- och sjukvård eller kommunal vård och omsorg uppmärksammar att en persons vård och/eller omsorgssituation sviktar eller kan samordnas bättre. Behovet av en plan kan också påkallas av patienten själv, vårdnadshavare eller närstående.

- [Riktlinje SIP](#)
- [Rutin SIP](#)

Patientkontrakt

En viktig del i utvecklingen är hur vi tillsammans bygger relationer mellan patienter och vården för att främja en god hälsa och vård. Patientkontrakt möjliggör personcentrering och handlar om att skapa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan där individens perspektiv är utgångspunkten. Ett patientkontrakt är ett sätt att ge patienten och närstående möjlighet att vara mer delaktig i sin egen vård och nyttja patientens egna resurser. Patientkontrakt är en gemensam överenskommelse mellan vårdgivaren och patienten. Det är inte ett formellt eller juridiskt bindande kontrakt utan något som vården och patienten utformar tillsammans. Innehållet i överenskommelsen ska spegla vad som ska ske i vårdkontaktarna, när det ska ske, och vem patienten ska vända sig till. Kontraktet ska tydliggöra både vad patienten och vad vården ska göra. Det kan se olika ut till innehåll eftersom den anpassas efter personens behov och förutsättningar. Patientkontraktet ska vara dokumenterat och tillgängligt för personen och aktuella parter.

Arbetet med att implementera patientkontrakt pågår i länet.

Läkemedel

Hantering av läkemedelslistan

Enligt rutin, länk:

- [Hantering av läkemedelslistan](#)
- [Hantera läkemedel inom kommun - Region Värmland \(regionvarmland.se\)](#)

Läkemedelslista

Läkemedelslistan ska ge en samlad bild av patientens läkemedelsbehandling. I kommunens journal ska det finnas en skriftlig läkemedelslista utfärdad eller signerad av behandlande läkare. I Region Värmland är utskrivna läkemedelslista från Cosmic giltig ordinationshandling. Om sjuksköterska i den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar för patientens läkemedel ska läkaren omgående meddela förändring i läkemedelsordinationen till vederbörande.

Basförråd/läkemedel (Förråd av läkemedel att ge enligt generella direktiv)

Kostnaden bärs av respektive vårdcentral och särskilda rutiner för beställning av läkemedel finns utformade av vårdcentralen. Läkemedel kan administreras av kommunens sjuksköterskor efter generellt direktiv från utsedd läkare.

Kommunalt läkemedelsförråd

Värmlands läkemedelsråds riktlinjer ska följas. Detta förråd är ett komplement som ska fungera som ett akut- och buffertförråd inom den kommunala hälso- och sjukvården i Värmland vid tillfällig medicinering och i väntan på ordinarie försändelse eller recept. De vanligaste infektionerna behandlas lämpligen via förrådet. Beställning sker av kommunen utsedd sjuksköterska utifrån fastställd lista. Endast genom skriftlig läkarordination eller från förskrivande distriktssköterska kan läkemedel tas ut förråden. Kostnaden bärs av område öppenvård centralt.

Utifrån ett rekvisitionsunderlag som tagits fram av Läkemedelskommittén i Värmland beställer utsedd sjuksköterska läkemedel till det/de kommunala läkemedelsförråden (basförråden) i respektive kommun. Förråden ska i första hand användas vid tillfällig medicinering eller i väntan på ordinarie försändelse eller förskrivning.

Rehabilitering

Ansvarig läkare på vårdcentralen har ansvar för rehabiliteringen även om den sker av personal inom kommunen. Läkaren har även uppföljningsansvaret. I förekommande fall ligger ansvaret på ansvarig läkare att utreda rehabiliteringsbehov och utarbeta rehabiliteringsplan.

- Patientens samlade vård-, rehabiliterings- och hjälpmedelsbehov ska tillgodoses genom att samtliga professioner som behövs för en god rehabilitering, finns med i ett samarbete runt patienten så tidigt som möjligt.
- En plan som tydliggör den enskilde patientens rehabiliteringsbehov ska utarbetas för varje person med behov av sådana insatser. Planen ska följa patienten genom hela vårdkedjan och revideras, följas upp och avslutas efter behov. För detta ansvarar ansvarig läkare tillsammans med rehabiliteringspersonalen.
- Var rehabiliteringen ges och vem som skall utföra den beslutas i samråd med patienten och sjukvårdshuvudmännen. Insatserna skall ges i den miljö som är mest gynnsam för den enskilde. Behov av vård, rehabilitering och hjälpmedel skall hanteras i ett sammanhang och inte var för sig.

Kommunens åtagande

Kommunen ska informera patienterna att det finns en utsedd vårdcentral för boendet och uppmantra dem till att lista sig på den vårdcentralen.

Kommunens sjuksköterska bör kontakta behandlingsansvarig läkare eller jourläkare innan patienten skickas in akut till sjukhus. Vid situationer där behandlingsansvarig läkare eller jourläkare inte kan nå agerar kommunens sjuksköterska utifrån egen bedömning.

Kommunens fysioterapeut och arbetsterapeut ansvarar för rehabilitering till patienter inom särskilda boendeformer samt till de kommuninnevånare som behöver få sina behov av tillgodosedda i hemmet. I ansvaret ingår att exempelvis förskriva hjälpmedel enligt fastställda riktlinjer i Värmland.

- [Riktlinje för förskrivning av hjälpmedel vuxna](#)

I samband med läkarbesök ska sjuksköterskan finnas tillhands för att bistå med adekvat information. Arbetsterapeut och fysioterapeut ska delta vid behov.

Patientansvarig sjuksköterska ska initiera och delta i fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Patientansvarig sjuksköterska ska initiera och medverka till att det utformas och efterfråga planer för medicinsk vård för individer med vissa diagnoser/tillstånd.

Kommunen ska tillse att det finns riktlinjer för att styrka individens identitet för de tillfällen där transport företas från kommunal vård till akutmottagning på sjukhus.

Egenvård

Egenvård är när en patient får utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet, antingen själv eller med hjälp av en närstående eller en personlig assistent. Det kan till exempel handla om medicinering eller omläggning av ett sår och bidrar till att patienten får möjlighet att leva sitt liv utan täta kontakter med hälso- och sjukvården.

Den hälso- och sjukvårdspersonal som bedömer om en patient själv kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd måste bedöma om det finns några risker med att åtgärden utförs som egenvård. Om det finns risk för att patienten skadas kan inte åtgärden utföras som egenvård och ska då i stället utföras av hälso- och sjukvårdspersonal.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska bedöma om en patient kan utföra hälso- och sjukvårdsåtgärden själv eller med hjälp av någon annan. Vilka åtgärder som kan vara aktuella som egenvård beror på omständigheterna i varje enskilt fall. Bedömningen ska göras i samråd med patienten och ta hänsyn till hans fysiska och psykiska hälsa samt livssituation. Bedömningen om egenvård ska journalföras.

Den som gör bedömningen om egenvård ska informera patienten om vad egenvården innebär. Hen ska även informera andra som ska hjälpa patienten med egenvården. Det kan till exempel handla om personal på ett korttidsboende eller skolpersonal.

Den som har gjort bedömningen ansvarar för att en planering görs, om patienten

1. har behov av stöd och hjälp i samband med egenvården,
2. behöver praktisk hjälp av en närstående, socialtjänsten* eller någon annan aktör för att utföra egenvården
3. av något annat skäl har behov av planeringen

* Om aktuellt med praktisk hjälp genom socialtjänsten behöver ett egenvårdsintyg utfärdas av den person som bedömt egenvården

Den som har gjort bedömningen ansvarar för att det görs en ny bedömning av utförandet av egenvårdsåtgärderna om förutsättningarna ändras. Kommunen eller patienten själv signalerar till den som gjort bedömningen om förutsättningarna förändras. Det kan tex vara när en person ansöker om handräckning i sin egenvård eller flyttar in i ett kommunal boende.