

Länsgemensam överenskommelse i Värmland 2024 - 2025

Länets vårdcentraler och
kommunal hälso- och sjukvård



Innehåll

Inledning.....	3
Länsgemensam överenskommelse	3
Kommunala verksamheter, inklusive privata aktörer på uppdrag av kommunerna, som omfattas av överenskommelsen	3
Kommunens ansvar	3
Region Värmlands verksamheter, inklusive privata aktörer på uppdrag av Region Värmland, som omfattas av överenskommelsen	3
Förutsättningar för samverkan.....	3
Lokala verksamhetsträffar	3
Kontaktvägar	4
Gemensam fortbildning och kompetensutveckling	4
Kvalitetsindikatorer	4
Avvikelsehantering	4
Uppgift för verksamhetschef, med ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal i kommun och region (inklusive privata aktörer), för att skapa förutsättningar för god samverkande hälso- och sjukvård i hemmet	5
Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård	5
Särskilt boende (SÄBO).....	5
Ordinärt boende (med insatser från kommunal hälso- och sjukvård)	5
LSS och socialpsykiatri	5
Ansvar för kommunens sjuksköterska	7
SÄBO samt ordinärt boende och LSS med kommunal hälso- och sjukvård	7
Medicinska vårdplaner	7
Tandvård.....	7
Rehabilitering	8
Läkemedel	8
Läkemedelslista	8
Basförråd/läkemedel (förråd av läkemedel att ge enligt generella direktiv).....	8
Kommunalt läkemedelsförråd.....	8
Provtagningsmaterial	8
Egenvård.....	9
Nära vård (Övrig samverkan).....	9
Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården (Lag,2017:612)	9
Fast vårdkontakt.....	9
Samordnad individuell plan (SIP).....	10
Dokumenterad överenskommelse (patientkontrakt)	11

Inledning

I den nära vården sker arbetet utifrån ett personcentrerat förhållningssätt – den är samordnad, proaktiv och gör patienten och närstående till delaktiga medskapare. Samverkan finns och är viktig i länet på alla nivåer. Att det finns strukturer för samverkan där möjlighet ges att bygga relationer är viktigt både i mötet med patient, och med kollegor både inom och mellan verksamheter och organisationer. Samordningen kommer att bli ännu viktigare när befolkningen blir allt äldre och lever länge med en eller flera kroniska sjukdomar. Det finns även ett behov att överbygga mellanrummen mellan olika verksamheter och organisationer – där finns mycket att vinna för både invånarna, verksamheterna och medarbetarna. Det skapar en sammanhållen vård och omsorg för patienten.

Länsgemensam överenskommelse

Överenskommelsen omfattar det arbete och det ansvar som länets vårdcentraler och den kommunala hälso- och sjukvården har för gemensamma patienter. Samverkansavtalet reglerar grunden för samverkan i länet i de delar som är och bör vara lika. Vid behov kan lokala rutiner tas fram för att tydliggöra specifika delar inom överenskommelsen.

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

- Kommunal hälso- och sjukvård inom särskilt boende, ordinärt boende, på korttidsplats/ växelvård, inom psykiatri och LSS samt genom rehabiliteringsinsatser

Kommunens ansvar

Kommunen ansvarar för den hälso- och sjukvård som ges i det egna hemmet till personer som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentral eller mottagning. Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ska vara sammanhängande över tid.

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

- Allmänmedicinska mottagningen på samtliga vårdcentraler i länet.

Förutsättningar för samverkan

Genom att skapa strukturer för samverkan ökar möjligheten att nå goda resultat. Erfarenheter från verksamheterna visar att i de fall regionens och kommunens verksamheter har tätare, regelbundna kontakter ökar möjligheterna för att genomföra förbättringsarbeten och verksamhetsutveckling mot god och nära vård.

Lokala verksamhetsträffar

Lokala verksamhetsträffar på operativ nivå mellan respektive vårdcentral och kommunala enheter ska genomföras **minst** en gång per termin och inriktas på frågor som rör patientsäkerhet, planering, kvalitet samt uppföljning av det lokala samarbetet enligt separat mall för dagordning. En förutsättning för att genomföra verksamhetsträffarna är att respektive enhetschef (eller liknande funktion) deltar. Enhetscheferna beslutar gemensamt vilka övriga funktioner som ska bjudas in till dessa träffar (exempelvis MAS, MAR, läkare, sjuksköterskor i respektive verksamhet, biståndsbedömare, ambulanspersonal, öppenvårdspsykiatrin och rehab). Mellan de lokala verksamhetsträffarna kan med fördel kortare regelbundna avstämningar ske mellan enhetscheferna. Dessa träffar kan även ske digitalt. Enhetschef på vårdcentral är ansvarig för att kalla till träffarna, om

inte annat är överenskommet lokalt. Kallelse ska skickas till de funktioner som enhetscheferna gemensamt beslutat ska delta på träffen.

Dagordning vid lokal verksamhetsträff

- Mall, dagordning se bilaga 1

Kontaktvägar

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

- 1) Akut kontakt (som inte innebär kontakt med 112)
- 2) Inom 1 dag
- 3) Inom 72 timmar
- 4) Inom en vecka
- 5) Långsiktigt

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

Akut kontakt

Vid behov av akut läkarbedömning vardagar 08.00 – 17.00 ska läkare på vårdcentralen kunna nås, via direktnummer eller andra överenskomna sätt. Helger, kvällar och nätter tas kontakt med läkare i beredskap (journläkare) via Region Värmlands växel, telefonnummer 010-831 50 00.

Mobila team

Kontaktas enligt separata instruktioner för respektive ort där teamen är verksamma.

Gemensam fortbildning och kompetensutveckling

För att skapa bästa förutsättningar att erbjuda patienterna en god vård och omsorg krävs en nära samverkan som bygger på respekt för varandras verksamheter och kompetensområden. Fortbildning och kompetenshöjande aktiviteter kan med fördel ordnas gemensamt. Det kan även handla om att bjuda in varandras personal på aktuella fortbildningsaktiviteter.

För att kommunens sjuksköterskor ska ha kompetens och befogenhet samt känna sig trygga i att bistå läkare med klinisk undersökning vid förväntat dödsfall krävs fortbildning via Region Värmlands utbildningsplattform. Berörd sjuksköterska ska efter genomgången utbildning uppvisa intyg.

Kvalitetsindikatorer

Patientsäkerhet och kvalitet ska följas upp gemensamt inom de områden där samverkan sker. I uppföljningen ingår gemensam analys av resultatet och arbete med åtgärder. Uppföljningen ska utgå från nedanstående länsövergripande indikatorer. Utöver dessa kan verksamheterna komma överens om ytterligare indikatorer som är av intresse att följa lokalt.

- Olämpliga läkemedel till äldre
- Fast läkarkontakt för boende på SÄBO
- Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom
- Fallskador

Avvikelsehantering

Samtliga medarbetare inom hälso- och sjukvården har en skyldighet att rapportera vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada [Patientsäkerhetslagen (2010:659)]. Vårdens medarbetare har även skyldighet att rapportera andra skador till följd av säkerhetsbrister.

Rapportering av avvikelser ska ske till vårdgivaren enligt fastställd rutin. Kommunen och Region Värmland (inklusive privata aktörer) har ett gemensamt ansvar att rapportera avvikelser som rör annan huvudman. För avvikelser mellan region och kommun ska en särskild avvikelseblankett användas. Region och kommun ska vid behov samverka i utredning och åtgärder då avvikelser inträffar. Länk till avvikelseblankett: [Avvikelseblankett](#)

Uppgift för verksamhetschef, med ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal i kommun och region (inklusive privata aktörer), för att skapa förutsättningar för god samverkande hälso- och sjukvård i hemmet

Verksamhetschefen ska:

- I samverkan med andra vårdgivare skapa en struktur som garanterar en trygg samverkande hälso- och sjukvård i boendeformer enligt socialtjänstlagen och i ordinärt boende.
- Säkerställa struktur som garanterar hög prioritet för personer med behov av trygg samverkande hälso- och sjukvård i hemmet.
- Säkerställa rutiner för att utse fast vårdkontakt och samordnande fast vårdkontakt. Verksamhetschef inom regional primärvård ska utse fast läkarkontakt.
- Säkerställa tydliga kontaktvägar och tillgänglighet mellan vårdgivare.
- Säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen har tillräcklig kompetens och resurs för uppdraget, inklusive säkerställa att det finns ersättare vid frånvaro.
- Säkerställa att tid avsätts och schemaläggs för planerade och akuta hembesök inklusive förberedelse och dokumentation, teamträff/ronder inklusive förberedelse och dokumentation, tillgänglighet för teamets medlemmar och kompetensutveckling.

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 ska meddelas kommunen. Hur detta kommuniceras beslutas mellan verksamheterna. Läkarmedverkan på särskilt boende innefattar även fysisk närvaro på boendet. Tider för ronder ska planeras gemensamt utifrån förutsättningar för både SÄBO och läkare.

Tidsåtgång läkarmedverkan särskilt boende

Målet är att den totala tidsresursen som avsätts ska motsvara cirka en timme för 10 patienter/vecka. Behovet ska alltid vara styrande om mer tid behöver avsättas.

Ordinärt boende (med insatser från kommunal hälso- och sjukvård)

En utsedd läkare ska finnas för varje patient. Åtagandet omfattar den hemsjukvård som ges i patientens hem över tid och som inte kräver slutenvård, avancerad hemsjukvård (jämförd med slutenvård) eller täcks av annan huvudman. Vårdcentralen har ansvar för akuta insatser till hemsjukvårdspatienter som bor eller vistas inom närområdet och som är listade på vårdcentral i annat närområde.

LSS och socialpsykiatri

Patienter inom LSS och socialpsykiatri med kommunal hälso- och sjukvård räknas som ordinärt boende.

Följande aktiviteter ingår i läkarens uppdrag

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

- Utföra medicinska bedömningar, utredningar och planerade/oplanerade behandlingsinsatser. Behovet av palliativa insatser och vård i livets slutskede ska särskilt beaktas.
- Utse namngiven ansvarig vårdkontakt för patienten.
 - Till patient med livshotande tillstånd eller palliativa patienter ska det utses en vårdkontakt med lägst kompetensnivå läkare.
- Erbjuda årliga genomgångar av hälsotillstånd.
- Genomföra läkemedelsgenomgångar enligt Region Värmland fastställd riktlinje.
Länk till riktlinje: [Riktlinje enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång](#)
 - Snarast utföra enkel läkemedelsgenomgång vid påbörjad hemsjukvård eller inflyttning till SÄBO.
 - Årligen genomföra enkel läkemedelsgenomgång för patienter med hemsjukvård respektive inskrivna på SÄBO
 - Genomföra fördjupad läkemedelsgenomgång enligt riktlinje.
- Medicinsk konsultation inklusive rådgivning via telefon eller andra digitala sätt till kommunens sjuksköterskor.
- Patientanknuten handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal.
- Vid behov samverka vid utskrivning från slutenvård, enligt Region Värmland fastställd riktlinje Länk till riktlinje: [Samverkan vid utskrivning från slutenvård](#).
- I samverkan med sjuksköterska i kommunen upprätta, revidera och följa upp medicinska vårdplaner (se separat stycke nedan om medicinska vårdplaner).
- Utfärdande av dödsbevis och dödsorsaksintyg, kontakt med närstående samt utfärdande av intyg för tvångsvård inom psykiatri.
- Framtidsplanering/planera palliativ vård:
 - När det står klart att vården syftar till att lindra och trösta inför livets slutskede ska ett läkarlett brytpunktsamtal genomföras med patient och/eller närstående. I en palliativ process ska brytpunktssamtalen vara flera samtal över tid. Om möjligt bör ansvarig sjuksköterska inom kommunen delta, i annat fall informeras i efterhand. Vid samtalet ska det upprättas en medicinsk vårdplan vid försämring av tillståndet. Samtalet ska alltid dokumenteras i deltagande professionernas (regionen och kommunen) patientjournal.
 - Palliativa läkemedel enligt gemensam rutin.
Länk till rutin: [Rutin läkemedel vid palliativ vård i livets slutskede](#)
 - Närstående ska erbjudas samtal efter patientens bortgång. Samtalet ska initieras av sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård eller läkare.

SÄBO och kommunala trygghetsboenden (med insatser från kommunal hälso- och sjukvård):

- Varje nyinflyttad ska erbjudas läkarbesök för fastställande av hälsostatus och framtidsplanering/planering av palliativ vård (enligt beskrivning ovan) senast fyra veckor efter inflyttning. En sammanfattning ska göras i journalen.
- Kommunens sjuksköterska är ansvarig för att läkarbesöket initieras.
- Regelbundna ronder på boendet ska genomföras efter överenskommelse. Det ska dessutom finnas tid för medicinska bedömningar, behandlingar och uppföljning av dessa samt konsultationer för sjuksköterskorna.
- I tidsåtgång för läkarmedverkan ingår, förutom medicinska bedömningar och behandlingar, tid för uppföljningar av behandling, dokumentation och anhörigsamtal.
- Medicinska vårdplaner ska upprättas.

Ordinärt boende (med insatser från kommunal hälso- och sjukvård):

- Läkarbesök enligt överenskommelse.
- Konsultation och läkarbesök i hemmet när sjuksköterska i kommunen bedömt att patientens tillstånd kräver det eller då det kan antas förhindra undvikbar slutenvård för patienten.

Ansvar för kommunens sjuksköterska

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

- I SÄBO informera patienterna att det finns en utsedd vårdcentral för boendet och uppmuntra dem till att lista sig på den vårdcentralen.
- Informera läkare/vårdcentral vid ny hemsjukvårdspatient med läkemedelsövertag.
- Påkalla behov av medicinska bedömningar, utredningar och behandlingsinsatser till läkare samt utföra vård och behandling enligt ordination.
 - I samband med hembesök av läkare finnas tillhands för att bistå med adekvat information. Arbetsterapeut och fysioterapeut ska delta vid behov.
- Initiera och delta i fördjupade läkemedelsgenomgångar.
 - Informera patienten och/eller närstående om att en fördjupad läkemedelsgenomgång ska utföras.
 - Dokumentera läkemedelsgenomgången inklusive KVÅ-kod i sitt journalsystem.
- Initiera och medverka till att det utformas medicinska vårdplaner för individer med vissa diagnoser/tillstånd enligt nedan.
- Kontakta behandlingsansvarig läkare eller jourläkare innan patienten skickas in akut till sjukhus.
 - Vid situationer där behandlingsansvarig läkare eller jourläkare inte kan nås eller vid situationer där akut transport bedöms nödvändig agerar kommunens sjuksköterska utifrån egen bedömning.
 - Kommunens sjuksköterska ska säkerställa att aktuell information om patienten finns tillgänglig för mottagande akutmottagning snarast efter transport.
 - 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.

Medicinska vårdplaner

För att öka den medicinska kvaliteten och patientsäkerheten samt tydliggöra vilka åtgärder som ska vidtas i samband med förändringar hos patienter med särskilda diagnoser/tillstånd, ska det utformas planer för medicinsk vård. Planerna utformas i samverkan mellan sjuksköterska i kommunen och behandlingsansvarig läkare på vårdcentralen. Planer för medicinsk vård utformas för patienter med följande diagnoser och/eller tillstånd:

- Diabetes (insulinordinationer)
- Smärta (smärtbehandling vid behov)
- Hjärtsvikt (diuretikabehandling vid behov)
- Oro/ ångest
- Vid risk för suicid
- God vård i livets slutskede, palliativ vård

Tandvård

Tandvård regleras enligt länsöverenskommelsen avseende samverkan mellan Folktandvården Värmland och Värmlands kommuner gällande Munhälsa – uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.

Rehabilitering

- 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. Ansvarig läkare på vårdcentralen har ansvar för rehabiliteringen inklusive uppföljning för de gemensamma patienterna, även om rehabiliteringen sker av personal inom kommunen.
- En plan som tydliggör den enskilde patientens rehabiliteringsbehov ska utarbetas för varje patient 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 ska utföra den beslutas i samråd med patienten och sjukvårdshuvudmännen. Insatserna ska ges i den miljö som är mest gynnsam för patienten. Behov av vård, rehabilitering och hjälpmedel skall hanteras i ett sammanhang och inte var för sig.
- Kommunens arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarar för rehabilitering till patienter inom särskilda boendeformer samt till de kommuninnevånare som behöver få sina behov tillgodosedda i hemmet. I ansvaret ingår att exempelvis att förskriva hjälpmedel enligt fastställda riktlinjer i Värmland. [Riktlinje för förskrivning av hjälpmedel vuxna](#)

Läkemedel

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. Läkemedelslistan i Cosmic ska alltid överensstämja med läkemedelslistan i Pascal avseende läkemedel på recept. Om sjuksköterska i den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar för patientens läkemedel ska läkaren omgående meddela förändring i läkemedelsordinationen till vederbörande.

Länkar: [Hantering av läkemedelslistan](#) och [Hantera läkemedel inom kommun - Region Värmland](#)

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

Läkemedelskommittén i Värmlands riktlinjer ska följas. Detta 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 läkemedel ur förrådet. Beställning sker av kommunen utsedd sjuksköterska via rekvisitionsunderlag som tagits fram av Läkemedelskommittén Värmland. Endast genom skriftlig läkarordination eller från förskrivande distriktssköterska kan läkemedel tas ut förråden. Kostnaden bärs av område allmänmedicin centralt.

Provtagningsmaterial

Regionen ansvarar för kostnaderna för provtagning (provtagningsmaterial och remisser) för ordinerade prover. Laboratorierna tillhandahåller material för blod- och urinprovtagning. Övriga

provtagningsmaterial (exempelvis material för odlingsprover) lämnas ut via vårdcentralen. Varje huvudman ansvarar för förbrukningsartiklar i samband med provtagning.

Egenvård

Syftet med egenvård är att möjliggöra och bidra till att den enskilde får möjlighet att leva sitt liv utifrån sina egna förmågor och resurser utan täta kontakter med hälso- och sjukvården.

Egenvård innebär att en patient får utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet, antingen själv eller med hjälp av en närstående eller en personlig assistent. Vilka åtgärder som kan vara aktuella som egenvård beror på omständigheterna i varje enskilt fall.

Den hälso- och sjukvårdspersonal som beslutar om en patient själv kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd måste bedöma om det finns några risker med att åtgärden utförs som egenvård. Bedömning om egenvård ska journalföras och en separat mall i Cosmic ska användas inom regionen.

Om det krävs praktisk hjälp via socialtjänsten behövs ett egenvårdsintyg. Intyget utfärdas av den hälso- och sjukvårdspersonal i regionen som bedömt egenvården och dokumenteras i Cosmic (särskild mall).

Den som har gjort bedömningen ansvarar för att följa upp beslutet och att det görs en ny bedömning av utförandet av egenvårdsåtgärderna om förutsättningarna ändras.

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 slutenvården 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 länsgemensamma riktlinjer ge stöd i arbetet.

Länkar:

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

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt är en person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna och som ska hjälpa till att samordna vårdens insatser. Det är inte samma sak som en fast läkarkontakt, men en fast läkarkontakt kan också vara patientens fasta vårdkontakt. En fast vårdkontakt ska alltid utses när en patient med insatser från kommunal hälso- och sjukvård skrivs ut från slutenvården, likaså när patienter begär det. På så sätt skapas en trygghet för patienten då hans behov alltid blir styrande. Patientens önskemål om vem som ska bli den fasta vårdkontakten ska tillgodoses så långt som möjligt och patienten ska få vara delaktig i processen. Vem som bör utgöra patientens fasta vårdkontakt ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose det behovet.

Fast läkarkontakt

Fast läkarkontakt är en viktig del i utvecklingen mot en god och nära vård. För personer med komplexa behov, som till exempel multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar, kan behovet av kontinuitet i form av en fast läkarkontakt vara extra stort. Det kan även finnas patienter

som av andra skäl vill ha en fast läkarkontakt. Patienten ska få information om möjligheten att välja fast läkarkontakt.

Fast läkarkontakt ska:

- ansvara för att patienten undersöks
- så långt det är möjligt ställa diagnos
- se till att patienten får den medicinska vård som hälsotillståndet kräver
- vidta andra åtgärder som kan vara nödvändiga
- ge patienten vägledning i övriga kontakter med hälso- och sjukvården
- samordna vidtagna utrednings- och behandlingsåtgärder, om det krävs
- informera patienten om dennes hälsotillstånd och om de behandlingsalternativ som finns tillgängliga samt vilken av dessa som ur medicinsk synpunkt bedöms som mest lämplig
- se till att patienten har en möjlighet att samråda om, och påverka vården och behandlingen.

Vid vård av patienter med komplexa behov är det särskilt viktigt att ha ett helhetsperspektiv, utgå från ett personcentrerat förhållningssätt och säkerställa att samverkan fungerar mellan olika yrkesgrupper som bidrar till patientens vård. Ett exempel är att bilda ett team runt patienten. En fast läkar- eller vårdkontakt kan här bidra till att vården för patienter med komplexa behov anpassas till patientens individuella situation. Personer med fast läkarkontakt uppger i högre utsträckning att de får vara delaktiga i sin behandling jämfört med personer som inte har en fast läkarkontakt.

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. Patienter som har ett ökat behov av vård, och/eller som sökt vård vid ett flertal tillfällen under en angiven tidsperiod ska ha en samordnande sjuksköterska. Vården ska enhetligt och enkelt kunna identifiera patienter med komplicerade vårdbehov och erbjuda ett samlat helhetsansvar.

Den samordnande sjuksköterskan ska samordna patientens hälso- och sjukvård och kan vara patientens fasta vårdkontakt. Samordnande sjuksköterskan har också en viktig roll i planeringsprocessen vid in- och utskrivning från sjukhus, där en del är 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 med patientens samtycke upprättas om någon inom regionens hälso- och sjukvård eller kommunal vård och omsorg uppmärksammar att en patients 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](#)

Dokumenterad överenskommelse (patientkontrakt)

En gemensam dokumenterad överenskommelse mellan patient och vårdgivare. Den består av flera delar som tillsammans ska bidra till samförstånd och delat ansvar mellan patienten och vården. Syftet är att uppnå delaktighet, samordning och tillgänglighet.

Överenskommelsen är ett sätt att säkerställa patientens delaktighet i sin hälsa och vård samt att stödja patienten att tillvarata och nyttja sina egna resurser. Innehållet ska spegla:

- Vad som ska ske i kontakt med vården och när.
- Vem personen vänder sig till inom vård/omsorg.
- Vad personen själv ska göra runt sin vård samt vad vården ansvarar för.

Alla kan erbjudas en dokumenterad överenskommelse (patientkontrakt). Värdet kan vara lika stort även om det bara finns behov av något av dess delar. Överenskommelsen kan initieras av både vårdpersonal och av personen själv.

Region Värmland, länets 16 kommuner och privata aktörer arbetar tillsammans med att utveckla och införa dokumenterad överenskommelse, patientkontrakt.

Dagordning för samverkansmöte mellan kommun och tillhörande vårdcentraler

1. Mötet öppnas, kort genomgång av föregående minnesanteckningar

2. Val av sekreterare

3. Allmän information från kommunen och/eller privat aktör

Eventuella personalförändringar, övriga organisationsförändringar eller annan information att delge

4. Allmän information från Regionen och/eller privat aktör

Eventuella personalförändringar, övriga organisationsförändringar eller annan information att delge.

5. Samarbete och samverkan

Dialog om det som fungerar bra men även om något behöver åtgärdas/förbättras.

- Hur fungerar samverkan?
- Hur har gemensam samverkan fungerat med andra områden exempelvis slutenvården och psykiatrin?
- Telefonframkomlighet och informationsöverföring?
- Får vi kontakt när vi behöver? Finns aktuella telefonnummer tillgängliga?
- Fungerar informationsöverföringen?

6. Patientsäkerhet

Avvikelse lyfts på mötet och diskuteras lösningsfokuserat. Lyft gärna goda exempel

7. Fortbildning - kompetensutveckling

Vilket behov av gemensam fortbildning föreligger? Ska utbildning anordnas tillsammans eller finns det någon utbildning på gång som vi kan bjuda in varandra till?

8. Uppföljning

Patientsäkerhet och kvalitet ska följas upp gemensamt inom de områden där samverkan sker. I uppföljningen ingår gemensam analys av resultatet och arbete med åtgärder. Uppföljningen ska utgå från nedanstående indikatorer. Utöver dessa kan verksamheterna komma överens om ytterligare indikatorer att följa lokalt.

- Olämpliga läkemedel till äldre (kan följas på vårdcentralsnivå via ex Medrave eller på kommunnivå via vården i siffror)
- Fast läkarkontakt för boende på SÄBO (dialogfråga, data går ej att få fram i dagsläget)
- Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom (kan följas ex via regionens datalager)
- Fallskador (kan ex följas via kolada.se alt via avvikelser)

9. Medicinska vårdplaner

Finns medicinska vårdplaner för alla som behöver?

10. Läkemedel

Hur fungerar läkemedelsgenomgångar, det kommunala läkemedelsförrådet och är läkemedelslistorna uppdaterade?

Planering inför vaccinering.

11. Övriga frågor

12. Nästa möte