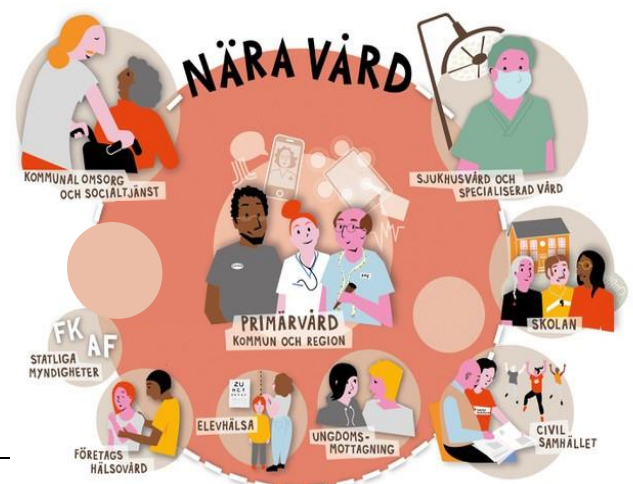


# Plan för samverkan mellan regional och kommunal primärvård

- Läkarmedverkan
- Kontinuitet
- Tillgänglighet
- Uppföljning
- Gemensam kompetensutveckling
- Utvecklingsområden

Hamnstadens Vårdcentral  
Guldvingens Vårdcentral  
Ågårdens Vårdcentral  
Lidköpings Kommun Social Välfärd



## Innehåll

Inledning och syfte.....	3
Mål.....	3
Målgrupp.....	3
Organisation.....	3
Kontinuitet .....	4
Teamarbete.....	4
Fast läkarkontakt.....	4
Mobil hemsjukvårdsläkare inom ordinärt boende .....	4
Fast vårdkontakt för patienter som har kommunal primärvård .....	5
Fast omsorgskontakt inom hemtjänst och särskilt boende.....	5
Tillgänglighet läkarmedverkan .....	5
Särskilt boende - Fasta planerade tider för läkarmedverkan.....	5
Korttidsboende - Fasta planerade tider för läkarmedverkan.....	5
Ansvarsfördelning mellan läkaransvar korttidsboende och ordinarie fast läkarkontakt .....	6
Ordinärt boende - Fasta planerade tider för läkarmedverkan .....	6
LSS - Fasta planerade tider för läkarmedverkan .....	6
Fasta inplanerade tider för läkarmedverkan inom Socialpsykiatri är inte planerat i dagsläget. ....	6
Läkarmedverkan vid dagverksamhet .....	6
Direktkontakt – Telefonkontakt.....	7
Oplanerade hembesök dagtid vardagar .....	7
Beredskapsjour.....	7
Beslutsstöd för vård i Skaraborg BViS .....	8
Medicinskt rådgivningsansvarig läkare .....	8
Medicinska rådgivningsansvarig läkare på enhetsnivå.....	8
Medicinska rådgivningsansvarig läkare på övergripande nivå; sektor Social Välfärd .....	8
Årlig medicinsk vårdplanering (ersätter årskontroller) .....	9
Samordnad individuell plan – SIP .....	10

Palliativ vård .....	10
Läkarbedömning av försämrad patient och ställningstagande till palliativ vård och trygghetsläkemedel .....	10
Brytpunktsamtal .....	10
Medicinsk vårdplan vid palliativ vård .....	10
Att fastställa dödsfall .....	10
Efterlevandesamtal .....	11
Anhörigstöd .....	11
Gemensam uppföljning .....	11
Gemensam kompetensutveckling .....	11
Utvecklingsområden .....	11
Referenser .....	13

## Inledning och syfte

Denna plan för samverkan mellan regional och kommunal primärvård är framtagen för att säkerställa en god och nära vård utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Planen tydliggör omfattning och former för samverkan inom kommunal primärvård (kommunal hälso- och sjukvård).

Planen börjar gälla 2023-01-01 och gäller tills vidare. Planen är en bilaga till närområdesplanen och ska följas upp och utvärderas en gång per år i samband med upprättande av närområdesplanen. Planen revideras vid behov.

## Mål

- Öka och säkerställa patientens delaktighet
- Öka och säkerställa kontinuiteten för patient och medarbetare
- Utveckla teamarbetet med/kring patienten
- Öka och säkerställa tillgängligheten

## Målgrupp

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsavtal ansvarar Västra Götalandsregionen för läkarmedverkan till de patientgrupper som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (2017:30).

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), SoL.
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 § 9 LSS.
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- I Västra Götaland har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet sedan regionbildningen 1999, avtal enligt möjligheten i 12 kap. 2 § HSL (2017:30)

## Organisation

Ambition är att det ska finnas en särskilt utsedd fast läkarkontakt/mobil hemsjukvårdsläkare som har patientansvaret inklusive medicinskt rådgivningsansvar på enhetsnivå, inom respektive enhet inom; Särskilt boende, kommunal primärvård inom ordinärt boende samt LSS och socialpsykiatri. När en person påbörjar insatser enl. kommunal primärvård så ska den personen, med respekt för det fria valet, erbjudas att lista sig på den vårdcentral som har ansvar för läkarmedverkan inom områdesindelningen enl. närområdesplanen.

Vid planerad förändring av antalet boende på SÄBO samt antal patienter inom kommunal primärvård i ordinärt boende, utanför framtagandet av närområdesplanen, ska verksamhetschef på vårdcentralen informeras av sektorchef Social Velfärd om planerat antal platser samt när denna förändring är planerad att genomföras.

## **Kontinuitet**

I god och nära vård spelar kontinuitet en viktig roll, främst för den enskilde men också för verksamhetens effektivitet. Genom kontinuitet i vården möjliggörs en relation som skapar tillit och trygghet hos den enskilde. Det ökar förutsättningarna för god och säker vård och omsorg.

## **Teamarbete**

Den fasta läkarkontakten är en del i teamet kring patienten. I Lidköpings kommun finns ett utarbetat och etablerat arbetssätt med teamarbete som är grunden i alla Social Velfärds verksamheter. Syftet med ett teambaserat arbete är att ge den enskilde ett samlat och individanpassat stöd av hög kvalitet. Alla brukare ska känna att det stöd och den vård de får, tar hänsyn till hela livssituationen. Den enskilde och anhöriga ska vara delaktiga, ha ett avgörande inflytande över det stöd som ges och känna sig trygga. När alla professioner samverkar blir det lätt och enkelt för brukaren och korta beslutsvägar. Ledningsteamerna ska driva och utveckla enhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete (se *Riktlinje Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9*).

## **Fast läkarkontakt**

Verksamhetschef från Vårdcentralerna utser fast läkarkontakt i upprättandet av närområdesplanen.

Den som utses till fast läkarkontakt ska samordna den medicinska vården och utgör en del av patientens team. Vid frånvaro ansvarar verksamhetschef från Vårdcentralen att den fasta läkarkontakten ersätts av annan läkare.

Vid varaktiga förändringar gällande läkarmedverkan meddelas kommunens berörda enhetschef för Hälso- och sjukvården.

## **Mobil hemsjukvårdsläkare inom ordinärt boende**

Vuxna patienter inskrivna i kommunal primärvård i eget boende, med omfattande vård- och omsorgsbehov ska erbjudas teambaserad vård i hemmet. Den mobila hemsjukvårdsläkaren ska vara patientens fasta läkarkontakt.

Det kan vara en till två läkare kopplade till respektive hemvårdsområde.

En samverkansrutin med Närsjukvårdsteam och team med palliativ kompetens finns framtagen i Vårdsamverkan Skaraborg.

### **Fast vårdkontakt för patienter som har kommunal primärvård**

En fast vårdkontakt i kommunen ska planera, samordna och följa upp den enskildes hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunens primärvård och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Den fasta vårdkontakten i kommunen ska vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård är det inom den regionala primärvården som den fasta vårdkontakten utses, det innebär att det kan finnas fler fasta vårdkontakter för patienten.

### **Fast omsorgskontakt inom hemtjänst och särskilt boende**

De äldre som bor på särskilt boende eller har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt. Den fasta omsorgskontakten ska se till behoven av kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning.

## **Tillgänglighet läkarmedverkan**

Fasta planerade läkartider (rond) innebär att det finns en fast bokad starttid inplanerad kontinuerligt. Patientens behov styr den fasta planerade tidens längd. Tiden avses för sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut. Sjuksköterskan samordnar och planerar inför den planerade fasta läkartiden.

### **Särskilt boende - Fasta planerade tider för läkarmedverkan**

Varannan vecka på Bäckliden

En gång i veckan på övriga SÄBO

På Lugnet och Björkhaga är den planerade läkartiden telefontid/teamsmöte varannan vecka för avstämningstid med sjuksköterskan.

Tiden avser:

- medicinsk årlig vårdplanering (tidigare årskontroller)
- planerade hembesök dagtid vardagar
- avstämningstid med sjuksköterska och vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut för ärenden som inte kräver hembesök.

### **Korttidsboende - Fasta planerade tider för läkarmedverkan**

Två gånger i veckan.

Tiden avser:

- vid behov uppdatering av medicinsk vårdplan
- planerade patientbesök
- avstämningstid med sjuksköterska och vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut för ärenden som inte kräver besök hos patienten.

### **Ansvarsfördelning mellan läkaransvar korttidsboende och ordinarie fast läkarkontakt**

För de patienter som har ett beslut om växelvård på Galeasen och Glunten har den fasta läkarkontakten på ordinarie vårdcentral patientansvaret.

Exempel på åtgärder för läkaransvaret på korttidsboendet:

- vid förändring av hälsotillstånd, oro och ångest
- t ex recept på läkemedel som förskrivits på sjukhuset och förnyelse av recept som inte kan vänta.

Exempel på åtgärder som ordinarie fast läkarkontakt ansvarar för:

- förnya apodos
- årlig läkemedelsgenomgång
- remisser från sjukhuset med uppföljningar och provtagning
- utredningar.

### **Ordinärt boende - Fasta planerade tider för läkarmedverkan**

En gång i veckan i respektive enhet inom hemvården, i första hand inom kommunens lokaler.

Tiden avser:

- medicinska årlig vårdplanering (tidigare årskontroller)
- planerade hembesök dagtid vardagar
- avstämningstid med sjuksköterska och vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut för ärenden som inte kräver hembesök.

### **LSS - Fasta planerade tider för läkarmedverkan**

En timma varannan vecka på respektive vårdcentral.

Tiden avser:

- avstämningstid med sjuksköterska vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut för ärenden som inte kräver hembesök.

Medicinska årlig vårdplanering (tidigare årskontroller) och planerade hembesök dagtid vardagar, planeras in på separata tider.

**Fasta inplanerade tider för läkarmedverkan inom Socialpsykiatrin är inte planerat i dagsläget.**

### **Läkarmedverkan vid dagverksamhet**

Hänvisas till patientens ordinarie fasta läkarkontakt vid Vårdcentral och ingår inte i närområdesplaneringen.

### **Direktkontakt – Telefonkontakt**

Vid akuta fall när omedelbar bedömning eller rådfrågning av läkaren under dagtid vardagar finns telefonnummer direkt till utsedd hemsjukvårdsläkare inom ordinärt boende, inom respektive område enligt närområdesplanen.

### **Oplanerade hembesök dagtid vardagar**

Utöver fasta tider för läkarmedverkan ska det finnas möjlighet att utföra medicinska bedömningar, utredningar och behandlingsinsatser för oplanerat vård. Möjlighet till akuta hembesök senast nästkommande vardag ska kunna erbjudas efter medicinsk bedömning.

### **Beredskapsjour**

Måndag – torsdag kl.17.00 till 08.00

Fredag 17:00 – måndag 08:00

Dag före helgdag 17.00 till 08.00 närmast efterföljande vardag. Som helgdag räknas även midsommarafton, julafton och nyårsafton.

För att komma i kontakt med beredskapsjouren: direkt till beredskapsläkaren på telefonnummer 077-011 02 88.

Om det är upptaget eller läkaren är förhindrad att svara ber vi er ringa igen lite senare. Om ni fortfarande inte får svar och har ett brådskande ärende kan ni ringa chauffören i läkarbilen i Göteborg som vid behov kan förmedla kontakt med beredskapsläkare i annat område. Telefonnummer till chauffören: 076-880 86 80.

Vid frågor och synpunkter vänligen vänd er till Läkarjourens kontor vardagar 08.00- 16.30 på telefonnummer 031-190 180. [Beredskapsjouren Skaraborg \(vgregion.se\)](http://vgregion.se)

I ansvaret ingår:

- Akuta besök efter medicinsk bedömning och utifrån medicinska behov för patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.
- Att konstatera dödsfall utanför sjukhus och utfärda dödsbevis samt kontakta anhöriga och närstående såvida inte annan myndighet gör detta. Läkare som konstaterar dödsfall ska kontakta den vårdcentral där patienten varit listad för utfärdande av dödsorsaksintyg. Vid okänd identitet eller misstänkt onaturlig död ska ärendet överlämnas till polismyndighet.
- Att undersöka och bedöma eventuellt behov av psykiatrisk tvångsvård enligt gällande lagar och föreskrifter. Tjänstgörande läkare kan vid behov begära polishandräckning.
- Konsultationer till kommunens hälso- och sjukvårdspersonal, sjukvårdsrådgivningen och socialtjänst i akuta patientärenden.

### **Inställelse och svarstider**

Fysiskt besök efter medicinsk bedömning av läkare i beredskap:

Läkare ska finnas på plats senast två (2) timmar efter första kontakt.



Telefonkontakt:

Läkarkontakt ska kunna etableras senast 30 minuter efter första kontakt.

[Beredskapsjour - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](http://vgregion.se)

Rutin för hantering av ärenden i skarven mellan beredskapsjour och vårdcentral finns framtagen.

## **Beslutsstöd för vård i Skaraborg BViS**

Inför kontakt med läkaren ska en bedömning genomföras enligt BViS (Beslutsstöd för vård i Skaraborg) för att förbättra patientsäkerheten och säkerställa att primärvårdsläkare involveras i bedömning och ställningstagande till vårdnivå.

Beslutsstödet ökar tryggheten för sjuksköterskor vid bedömning av försämrat hälsotillstånd hos personer med kommunal primärvård inom äldreomsorgen. Checklistan med vitalparametrar kompletteras med observationerna och sjuksköterskans kliniska kompetens. Läkaren får då en tydlig bild över personens tillstånd och kan i dialog med sjuksköterskan bedöma behovet av akut hembesök alternativt vård på annan nivå, d.v.s. sjukhusvård.

## **Medicinskt rådgivningsansvarig läkare**

Den medicinskt ansvariga rollen delas in i två nivåer; enhetsnivå samt övergripande ledningsnivå för Social Vålfärd.

### **Medicinska rådgivningsansvarig läkare på enhetsnivå**

Medicinskt rådgivningsansvar på enhetsnivå; särskilt boende, inklusive korttidsboende, ordinärt boende, samt i bostäder med särskild service är den fasta läkarkontakten/mobila hemsjukvårdsläkaren enl. närområdesplanen.

Mobil hemsjukvårdsläkaren/fast läkarkontakten blir inbjuden till ett ledningsteamsmöte från respektive enhet 2 gånger/år för att:

- medverka och ansvara för patientsäkerhetsarbetet
- ansvara för råd och stöd till personalen i hälso- och sjukvårdsfrågor
- utvärdera gemensamma riktlinjer och rutiner
- medverka i resultat och uppföljning av avvikelser i samverkan

### **Medicinska rådgivningsansvarig läkare på övergripande nivå; sektor Social Vålfärd**

Övergripande frågor för de medicinskt rådgivningsansvariga läkarna hanteras i samverkansmötet mellan regional och kommunal primärvård:

- medverka i att ta fram gemensamma riktlinjer och rutiner samt vara behjälplig i uppföljning av avvikelser

- bistå ledningen för den kommunala verksamheten i planering av verksamhetsförlagd medicinsk fortbildning
- medverka i att ta fram gemensamma riktlinjer och rutiner samt vara behjälplig i uppföljning av avvikelser

## **Årlig medicinsk vårdplanering (ersätter årskontroller)**

Innehåller medicinsk vårdplanering, årskontroll med hälsoundersökning samt en fördjupad läkemedelsgenomgång

### **Medicinska vårdplaneringar**

- genomförs minst en gång/år
- vid försämrat hälsotillstånd
- för nya patienter inom kommunal primärvård

### **Planering:**

- sjuksköterskorna samordnar planeringen i god tid, informerar patienten och bjuder in närstående/anhöriga enl överenskommelse med patienten
- läkaren och sjuksköterskan tar fram en årsplanering med inplanerade medicinska vårdplaneringar:
  - jämn fördelning över arbetsdagarna
  - jämn fördelning över året
  - planeras inte in under ordinarie semestertider

### **Förberedelser ca två veckor innan hembesöket:**

- förankras med läkaren via ett ”Planeringsunderlag fast planerad läkartid”
- sjuksköterskan informerar om eventuell förändring i patientens hälsotillstånd
- läkaren ordinerar provtagning
- sjuksköterskan utför ordinerad provtagning
- sjuksköterskan gör symtomskattning, t.ex. PHASE-20
- sjuksköterskan, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och omvårdnadspersonal genomför överenskomna riskbedömningar

### **Under hembesöket**

- analys av provsvar, symtomskattningar och hälsotillstånd
- läkaren gör en läkemedelsgenomgång, hälsoundersökning och fördjupad läkemedelskontroll
- medicinska vårdplaneringsmötet genomförs tillsammans med närstående och eventuellt fast omsorgskontakt samt berörda
- läkaren upprättar eller uppdaterar den Medicinska vårdplanen.

## **Samordnad individuell plan – SIP**

Samordnad individuell plan, SIP ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsvariation eller behov och är den enskildes plan.

SIP ska erbjudas alla patienter vid:

- beslut om kommunal primärvård
- utskrivning från sjukhus
- behov om gemensam planering uppstår

## **Palliativ vård**

Arbets sättet utgår från Palliativ vård Nationellt vårdprogram 2021-03-11 version 3.0

### **Läkarbedömning av försämrad patient och ställningstagande till palliativ vård och trygghetsläkemedel**

Planering och ställningstagande till vård i livets slutskede ska alltid fattas av legitimerad läkare i samverkan med sjuksköterska. Sjuksköterska får inte inleda medicinsk vård i livets slutskede utan läkarkontakt. Det är läkarens ansvar att göra en medicinsk bedömning av var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig och om hen har nått tidpunkten för övergång till palliativ vård i livets slutskede. Om ordinationen av trygghetsläkemedel är insatt sen tidigare (längre tid tillbaka än 14 dagar) ska en ny kontakt tas med läkare innan trygghetsordinationer startas. *Vidare hänvisning till Social Velfärd – Rutin palliativ vård*

### **Brytpunktsamtal**

En patient genomgår under sin sjukdomstid en serie övergångar eller brytpunkter då sjukdomen och behandlingen skiftar karaktär. Brytpunkten till palliativ vård i livets slutskede handlar oftast om en process över tid snarare än ett distinkt tillfälle. Brytpunktsamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede är samtal mellan den ansvariga eller tjänstgörande läkaren och patienten/närstående om beslutet att övergå till palliativ vård i livets slutskede. Samtalen utgår från patientens situation och önskemål så långt det är möjligt och anpassas till patientens kognitiva förmåga, kulturella bakgrund och önskan om delaktighet.

### **Medicinsk vårdplan vid palliativ vård**

Ett brytpunktsamtal bör leda till en uppdatering av den medicinska vårdplanen som innehåller en strategi för fortsatt vård och behandling. Den ska innehålla ställningstagande till fortsatt läkemedelsbehandling, ordinationer på ”Trygghetsläkemedel” samt åtgärder vid exempelvis infektion och minskat näringsintag.

### **Att fastställa dödsfall**

Vid förväntade dödsfall, kan den kliniska undersökningen för att fastställa dödsfallet, göras av legitimerad sjuksköterska efter delegation från läkaren. Det är

läkaren som fastställer dödsfallet och skriver dödsbevis enligt Socialstyrelsens formulär. (SOF SF 2005:10, 3 kap. § 1-2).

### **Efterlevandesamtal**

Den palliativa vården fortsätter även efter dödsfallet, genom att ta hand om den avlidna och genom att erbjuda närstående efterlevandesamtal i överenskommelse mellan läkaren och sjuksköterskan.

### **Anhörigstöd**

I Lidköpings kommun finns utarbetat anhörigstöd som erbjuds vid behov till alla kommunens invånare. Anhörigamordnare finns inom äldre och för de med långvarig sjukdom samt inom funktionsnedsättning. Informationsmaterial finns framtaget som ska finnas tillgängligt på Vårdcentralerna så att information kan förmedlas till anhöriga när behov uppstår.

### **Gemensam uppföljning**

Uppföljning sektorsövergripande samt enhetsnivå i respektive ledningsteam:

Denna plan ska årligen följas upp i samband med planering av närområdesplanen:

- Teamarbetet och samarbetet
- Tillgänglighet läkarmedverkan
- Fasta planerade läkartider
- BViS
- Läkemedelskartläggning
- Medicinska vårdplaner och SIP
- Oplanerade transporter
- Avvikelser i samverkan
- Palliativa registret ex brytpunktsamtal, smärtskattning

### **Gemensam kompetensutveckling**

En gång/år gemensamt bedöma och planera behov av kompetensutveckling och utbildningsstöd för gemensamma satsningar inför kommande år.

Vi ska löpande under året ta ställning till utbildningsinsatser som vi gemensamt behöver tillgodose till chefer och medarbetare inom regional och kommunal primärvård.

### **Utvecklingsområden**

- Ta fram planeringsunderlag från kommunen inför fast planerad läkartid
- ta fram informationsmaterial; årskontroller byter namn till årlig medicinsk vårdplan

- ta fram information till de patienter som erbjuds byta fast läkarkontakt den utsedda fasta läkaren/mobila hemsjukvårdsläkaren inom enheten
- planerade och oplanerade hembesök – samsyn kring behovet
- digifysiska möten (digitala möten)
- tillgång till journalen mobilt för läkare och sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter
- hälsofrämjande och förebyggande
- egenmonitorering i hemmet

## Referenser

- Hälsa- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelse
  - Överenskommelse läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård [Överenskommelse läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård](#)
- Färdplan- läns gemensam strategi för god och nära vård i Västra Götaland [Remissversion, Färdplan Läns gemensam strategi för god och nära vård \(vgregion.se\)](#)
- Samverkansavtal för Mobil Närvård i Skaraborg [Samverkansavtal Mobil närvård Skaraborg](#)
- Krav och kvalitetshandboken 2022-2023 [Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral \(vgregion.se\)](#)
- Närområdesplanen
- Närhälsans handlingsplan för kvalitetssäkrad läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården
- [Beredskapsjour - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#)
- Rutin för tillåten hantering av ärenden i skarven vid byten mellan beredskapsjour och vårdcentral [Skarvningsdokument 1 2021 \(vgregion.se\)](#)
- Riktlinje för Samordnad individuell plan i Västra Götaland [Riktlinje för SIP i Västra Götaland 2020-2023 \(vgregion.se\)](#)
- Inskrivning inom kommunal hälso- och sjukvård för Skaraborgs kommuner
- Social Vålfärd – Rutin palliativ vård 21-05-27
- Palliativ vård Nationellt vårdprogram 2021-03-11 version 3.0 [Nationellt vårdprogram palliativ vård \(palliativregistret.se\)](#)