

Dagordning för samverkansmöte mellan Karlstads kommun och vårdcentralen

Målbild för samverkan

Jag kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg

Ingen kan göra allt men alla kan göra något – vi gör det lite bättre varje dag

- Mötet öppnas
- Sekreterare för mötet

1. **Samarbete och medverkan**

Fungerar samarbetet mellan kommunen och vårdcentralen? Om inte synliggör förbättringsområden.

Behöver något åtgärdas under året och vem/vilka är ansvarig?

2. **Plan för medicinsk vård – Ska initieras av patientansvarig sjuksköterska i kommunen**

Mycket viktigt att medicinsk vårdplan finns inför kväll, natt och helg, då läkare och övrig personal inte känner patienten så väl

Finns plan för medicinsk vård för personer med:

- Diabetes (insulinordinationer)
- Smärta (smärtbehandling vid behov)
- Hjärtsvikt (diuretikabehandling vid behov)
- Oro/ångest
- Vid risk för självmord
- God vård i livets slutskede (Palliativ vård)
 - Ställningstagande till att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling samt planering för brytpunktsamtal och efterföljande anhörigsamtal

Hur och när ska brytpunktsamtal ske? Läkare och patientansvarig sjuksköterska tillsammans med patient och anhörig? Annan

överenskommelse? Hur sker överrapportering av brytpunktsamtal mellan läkare och patientansvarig sjuksköterska så att registrering i palliativa registret sker?

Vem bevakar så att efterföljande anhörigsamtal erbjuds? Viktigt att samtalet utgår från anhörigas verkliga behov och att anhöriga får styra behovet av deltagare, läkare eller enbart patientansvarig sjuksköterska

Bilaga 1 till överenskommelse för samverkan mellan Karlstads kommun och tillhörande vårdcentraler

- Smärtskattning
- Munhälsa
- Ordination av injektionsläkemedel vid ångest
- Förväntat dödsfall (vem konstaterar)

Behöver något åtgärdas under året och vem/vilka är ansvarig?

3. Egenvård

Den behandlande legitimerade yrkesutövaren ska, inom sitt ansvarsområde, bedöma om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Vid utskrivning från sjukhus eller vid insatt behandling i samband läkarbesök är det läkaren som ska bedöma om åtgärden kan utföras som egenvård.

Ibland kan patienten behöva hjälp att själv utföra detta, med viss handräckning från en närstående, socialtjänst eller annan ansvarig befattningshavare.

Det är viktigt att då den som gör bedömningen ser om risk finns med åtgärden och att ett samråd görs med den som ska utföra åtgärden och hur framtida kontakter sker vid frågor och problem, förändringar hos både patient och vid personalbyte. Vid omfattande insatser bör en samordnad individuell plan (SIP) upprättas och den enskilde ska samtycka till detta. Ansvar och risker och uppföljning ska finnas dokumenterad i patientens journal samt att denne är informerad vad egenvården innebär.

Behöver något åtgärdas under året och vem/vilka är ansvarig?

4. Läkemedel

1. Följsamhet till instruktionen för hälsogenomgång och fördjupad läkemedelsgenomgång? Patientansvarig sjuksköterska ansvarar för kontakt med behandlingsansvarig läkare när fördjupad läkemedelsgenomgång ska ske, fungerar denna överenskommelse?
2. Läkemedelsgenomgångar enligt ESLiV
3. Läkemedelsskåp och kommunalt läkemedelsförråd
4. På våren ska höstens influensavaccinering planeras i samverkan

Behöver något åtgärdas under året och vem/vilka är ansvarig?

5. Allmän information från kommunen

Personalförändringar, övriga organisationsförändringar.

6. Allmän information från vårdcentralen

Personalförändringar, övriga organisationsförändringar.

7. Telefonframkomlighet och informationsöverföring

Finns aktuella telefonnummer tillgängliga? När man varandra?

Fungerar informationsöverföringen avseende journalanteckningar?

Behöver något åtgärdas under året och vem/vilka är ansvarig?

Bilaga 1 till överenskommelse för samverkan mellan Karlstads kommun och tillhörande vårdcentraler

8. Uppföljning av kvalitetsindikatorer

Äldres hälsa

Gemensam inriktning

Huvudmännen ska i samverkan skapa förutsättningar för en trygg, frisk ålderdom för äldre i Värmlands län. Samverkan ska komma den enskilde till del genom en ökad kvalitet i berörda verksamheter och inom följande områden:

- *God vård i livets slutskede, palliativ vård.* Målet med palliativ vård är att stödja individen att leva med värdighet och största möjliga välbefinnande i livets slut. Att kontinuerligt samtala med patienten om vårdens innehåll och riktning är det som har högsta prioritet. Vi ska ha fokus på brytpunktssamtal, validerad smärtskattning, vid behovsordination av injektionsläkemedel mot ångest samt dokumenterad munhälsobedömning
 - Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit brytpunktssamtal
 - Minst 50 % av personer i livets slutskede har erhållit en validerad smärtskattning
- *Preventivt arbetssätt.* Det viktigaste i preventivt arbete är att regelbundet bedöma vilka risker som föreligger och vilka åtgärder som ska sättas in för den enskilda individen. Det görs bland annat genom att använda kvalitetsregistret Senior alert.
 - Minst 80 % av personer med risk för fall, trycksår, undernäring eller ohälsa i munnen ska erhålla minst en förebyggande åtgärd
- *God vård vid demenssjukdom.* Det går som i regel inte att bota demenssjukdom. Våra åtgärder inriktas på att lindra symtom och att på olika sätt kompensera för de funktionsnedsättningar som personen drabbas av. Insatserna syftar till att underlätta vardagen och ge så god livskvalitet som möjligt under sjukdomens olika skeden. I Värmland används ett strukturerat arbetssätt med hjälp av kvalitetsregistren SveDem för fullständig basal demensutredning och BPSD för symtomskattning.
 - Minst 90 % av de personer som får demensdiagnos ska ha genomgått en fullständig basal demensutredning
- *God läkemedelsbehandling för äldre.* I Värmland pågår arbetet utifrån länsgemensamma rutiner för enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång i primärvården samt hantering av läkemedelslistan, för att bland annat förebygga läkemedelsfel vid vårdens övergångar.
 - Andelen personer över 75 år som får olämpliga läkemedel ska minska
- *Sammanhållen vård och omsorg.* Det är lätt att den som är sjuk och gammal hamnar mellan stolarna trots många kontakter och mycket personal runt den äldre. Vår inriktning är att skapa en sammanhållen vård och omsorg av god kvalitet som bidrar till att sjuka äldre känner sig trygga och att behovet av slutna hälso- och sjukvård därmed kan minska. I Värmland pågår flera arbeten som syftar till att förbättra vårdkedjan för

Bilaga 1 till överenskommelse för samverkan mellan Karlstads kommun och tillhörande vårdcentraler

sjuka äldre som t.ex. standardiserad utskrivningsprocess, samordnande sjuksköterska på vårdcentral, bättre vård för hjärtsviktspatienter, samordnad individuell plan (SIP) och strukturerad kommunikation (SBAR).

- Andelen undvikbar slutenvård ska minska
- Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar ska minska

Behöver något åtgärdas under året och vem/vilka är ansvarig

9. Rehabilitering

Hur har samarbetet fungerat kring patienter med rehabiliteringsbehov?

Behöver något åtgärdas under året och vem/vilka är ansvarig

10. Fortbildning - Kompetensutveckling

Vilket behov av gemensam fortbildning föreligger?

Om anvisning ”konstaterande av dödsfall” förekommer till kommunens sjuksköterskor, skall årligen kommunen och vårdcentralen tillse att fortbildning och förlängning sker.

Behöver något åtgärdas under året och vem/vilka är ansvarig

11. Nästa möte