

Dokumenttyp Riktlinje	Ansvarig verksamhet Landstinget i Värmland	Version 1	Antal sidor 12
Dokumentägare Eva Bergquist	Fastställare Peter Nylander, Marita Halvarsson, Eva Bergquist, Anders Olsson, Kristin Törnqvist, Vendela Englund Burnett, Karin Köörgeaar	Giltig fr.o.m. 2016-05-01	Giltig t.o.m. 2017-05-31

LK/151570-1

## Överenskommelse för samverkan mellan Karlstad kommun och vårdcentralerna i Karlstad

Gäller för: Vård- och omsorgsförvaltningen, Arbetsmarknad- och socialförvaltningen och tillhörande vårdcentraler i Karlstad kommun

### Bakgrund

Denna överenskommelse reglerar samverkan mellan Vård- och omsorgsförvaltningen och Arbetsmarknads- och socialförvaltningen, nedan kallad kommunen och tillhörande vårdcentraler. Till grund för överenskommelsen ligger ”Samverkan mellan Landstinget i Värmland och Kommunförbundet Värmland angående hälso- och sjukvårdsfrågor”, daterat 2001-02-14 samt ”Ramöverenskommelse mellan Landstinget i Värmland och kommunerna avseende vård och omsorg”, daterad 2005-11-17. Överenskommelsen omfattar gemensamt arbete och ansvar för de patienter som tillhör kommunens hemsjukvård inom både särskilt och ordinärt boende.

Överenskommelsen undertecknas av verksamhetschefer inom Hälsoval Värmland, Karlstad samt verksamhetschefer för Hälso- och sjukvård i kommunen och revideras sedan årligen. Verksamhetschefer inom Hälsoval Värmland, Karlstad ansvarar för att revidering och underskrift sker.

### 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
- *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.

- *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 skeenden. I Värmland används ett strukturerat arbetssätt med hjälp av kvalitetsregistren SveDem för fullständig basal demensutredning och BPSD för symtomskattning.
- *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.
- *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 sjuka äldre som t.ex. standardiserad utskrivningsprocess, samordnande sjuksköterska på vårdcentral, bättre vård för hjärtsviktpatienter, samordnad individuell plan (SIP) och strukturerad kommunikation (SBAR).

## Lokal samverkan

Lokala verksamhetsträffar på operativ nivå mellan respektive vårdcentral och tillhörande kommunala enheter är basen i närsjukvårdssamverkan. Dessa träffar skall genomföras minst två gånger per år och inriktas på frågor som rör planering, kvalitet samt uppföljning av det lokala samarbetet. På våren ska höstens influensavaccinering planeras i samverkan. Förslagsmall för dagordning, se bilaga 1. Deltagande personal från vårdcentralen enligt enhetschefens bestämmande. Deltagande personal från kommunen enligt enhetschef inom Hälso- och sjukvårdens bestämmande.

Ansvarig för planering och kallelse till träffarna är enhetschefen på vårdcentralen. Kallelse ska skickas till enhetschefer inom kommunens Hälso- och sjukvård, vård- och omsorgsförvaltningen samt till MAS för arbetsmarknads och socialförvaltningen.

Hälso- och sjukvårdsenhetschefer i kommunen har att tillse att aktuella uppgifter för tillhörande enheter till vårdcentralen är uppdaterade i Värmlandskatalogen. Motsvarande gäller för respektive enhetschef på vårdcentralen.

## Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård/ vård- och omsorgsförvaltningen

Läkarinsatserna skall präglas av en god tillgänglighet, kontinuitet, servicenivå och kompetens.

## Särskilt boende

En ansvarig läkare skall vara utsedd för varje särskilt boende/alt. avdelning.

Rutiner skall finnas vid vakanssituationer för läkare då vårdcentralen inte har möjlighet att utse en ansvarig läkare för boendet eller då ansvarig läkare är frånvarande. Rutiner ska finnas för läkarkontakt dagtid och för jourtid. Rutinerna skall även omfatta akuta läkarbedömningar i ordinärt boende och akuta läkarbesök vid behov.

## Tidsåtgång

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

### **Följande aktiviteter ingår i uppdraget:**

- ✓ Varje nyinflyttad skall erbjudas läkarbesök för fastställande av hälsostatus samt läkemedelsgenomgång enligt ESLIV senast 4 veckor efter inflyttning. En sammanfattning skall göras i journalen
- ✓ Samtliga boende skall erbjudas ett läkarbesök årligen på boendet eller på vårdcentralen
- ✓ Läkemedelsgenomgång enligt ESLIV ska dessutom genomföras minst en gång årligen per boende samt när behov uppstår
- ✓ För det löpande arbetet skall regelbundna besök genomföras efter överenskommelse. Det skall finnas tid för medicinska bedömningar, behandlingar och uppföljning av dessa, utarbetande av medicinska vårdplaner samt konsultationer för sjuksköterskorna.
- ✓Handledning/konsultation i enskilda patientärenden, även per telefon
- ✓ Det ska utses en fast vårdkontakt (på lägst kompetensnivå leg. läkare) till boende med livshotande tillstånd. Denne ska rådgöra med leg. sjuksköterska inför ställningstagande att inte inleda/inte fortsätta livsuppehållande behandling
- ✓ När det står klart att vården syftar till att lindra och trösta inför livets slutskede ska brytpunktsamtal genomföras med patient och/eller anhöriga. Om möjligt ska också ansvarig sjuksköterska inom kommunen delta, i annat fall informeras i efterhand. Vid samtalet ska man komma fram till en medicinsk vårdplan vid försämring av tillståndet. Samtalet ska dokumenteras enligt riktlinjerna i palliativa registret
- ✓ Läkaren ska tillsammans med sköterska på boendet säkra att fastställda rutiner finns för konstaterande av förväntat dödsfall liksom att andra gällande anvisningar finns tillgängliga på boendet och att dessa rutiner och anvisningar följs
- ✓ Anhöriga ska erbjudas samtal efter patientens bortgång
- ✓ Fortlöpande, ömsesidig information inom respektive verksamhet.

### **Eget boende**

En ansvarig ordinarie läkare skall vara utsedd för varje patient

Rutiner ska finnas för läkarkontakt dagtid och för jourtid. Rutinerna skall även omfatta akuta läkarbedömningar och akuta läkarbesök vid behov.

### **Följande aktiviteter ingår i uppdraget:**

- ✓ Varje ny Kund/patient skall erbjudas läkarbesök för fastställande av hälsostatus samt läkemedelsgenomgång enligt ESLIV senast 4 veckor efter att kommunens sjuksköterska tagit över läkemedelsansvaret. En sammanfattning skall göras i journalen
- ✓ Patienten ska få träffa sin läkare minst en gång årligen vid hembesök eller på vårdcentralen. Därutöver ska läkaren erbjuda regelbunden kontakt med kommunens sköterska avseende dessa patienter. Det skall finnas tid för medicinska bedömningar, behandlingar och uppföljning av dessa, utarbetande av medicinska vårdplaner samt konsultationer för sjuksköterskorna.
- ✓ Läkemedelsgenomgång enligt ESLIV ska dessutom genomföras minst en gång årligen per patient samt när behov uppstår
- ✓ Det ska utses en fast vårdkontakt (på lägst kompetensnivå leg. läkare) till patient med livshotande tillstånd. Denne ska rådgöra med leg. sjuksköterska inför ställningstagande att inte inleda/inte fortsätta livsuppehållande behandling
- ✓ När det står klart att vården syftar till att lindra och trösta inför livets slutskede ska brytpunktsamtal genomföras med patient och/eller anhöriga. Om möjligt ska också ansvarig sjuksköterska inom kommunen delta, i annat fall informeras i efterhand. Vid

samtalet ska man komma fram till en medicinsk vårdplan vid försämring av tillståndet. Samtalet ska dokumenteras enligt riktlinjerna i palliativa registret

- ✓ För att möjliggöra att vården kan fortsätta under trygga former i det egna hemmet ska läkaren tillsammans med kommunsjuksköterska i god tid säkra att fastställda rutiner för konstaterande av förväntat dödsfall liksom att andra gällande anvisningar finns tillgängliga och att dessa rutiner och anvisningar följs
- ✓ Anhöriga ska erbjudas samtal efter patientens bortgång

Vid behov kan sjuksköterska i samråd med läkare omdisponera läkartid från det särskilda boendet till planerade läkarbesök i ordinärt boende eller tid för anhörigsamtal.

### **Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård/ arbetsmarknad- och socialförvaltningen**

Individer med psykisk funktionsnedsättning samt somatiska sjukdomar, kan likställas med multisjuka äldre och är därmed en prioriterad grupp för fast läkarkontakt.

Patientansvarig sjuksköterska på boendet bör vid behov kalla till en samordnad individuell plan (SIP)

### **Akuta bedömningar**

Vid behov av akut läkarbedömning vardagar 08.00 – 17.00 kan läkare nås på telefonnummer enligt bilaga för respektive vårdcentral. ***OBS, dessa telefonnummer får endast brukas av kommunens sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och får inte lämnas ut till personal, patienter eller anhöriga.***

Helger, kvällar och nätter tas läkarkontakt via Landstingets Televäxel, tfn:

054-61 50 00.

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

### **Rehabilitering**

En plan som tydliggör den enskilda patientens rehabiliteringsbehov skall vid behov utarbetas för varje person med behov av sådana insatser. Planen skall följa patienten genom hela vårdkedjan och revideras, följas upp och avslutas efter behov. Var rehabiliteringen skall 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.

### **Dokumentation**

För de enheter (privata vårdcentraler i Hälsoval) som inte är anslutna till Nationella patientöversikten (NPÖ) ska kopia på läkarens dokumentation skickas till Hälso- och sjukvård, hemvården, Tingvallagatan 1 C, 651 84 Karlstad för hemsjukvårdspatienter i Karlstad kommun. Gällande hemsjukvårdspatienter som bor på Åsbacka eller Sveagatan 10 skickas kopior direkt till boendet.

### **Sekretess**

Patienten skall alltid ge sitt samtycke till informationshämtning från NPÖ. Om patienten är oförmögen att lämna samtycke ska alltid menprövning ske innan informationshämtningen.

## Läkemedel

### Instruktion hälsogenomgång och läkemedelsgenomgång

Vårdgivare inom hälso- och sjukvård har ett gemensamt ansvar att se till att läkemedelsgenomgångar genomförs såväl inom särskilt boende som ordinärt boende.

Fördjupad läkemedelsgenomgång skall utföras minst en gång/år på de kunder som har en hälso- och sjukvårdsinsats från kommunens Hälso- och sjukvård i samverkan med behandlingsansvarig läkare. Däremellan kan justering av läkemedel ske vilket vi benämner enkel läkemedelsgenomgång. Fördjupad läkemedelsgenomgång sker kontinuerligt under året utifrån plan från patientansvarig sjuksköterska.

#### Rutin för fördjupad läkemedelsgenomgångar särskilt boende

Patientansvarig sjuksköterska ansvarar för kontakt med behandlingsansvarig läkare när läkemedelsgenomgång skall ske, i regel den ansvarige läkaren på boendet.

Kund skall erbjudas en hälsogenomgång inom 4 veckor från inflyttning till boendet.

Inför läkemedelsgenomgång skall hälsogenomgång vara utförd. Till grund för genomgången ligger bedömningsblanketten Phase 20. Efter utförd läkemedelsgenomgång (genomgång med läkare av Phase 20, laboratorieprov, beräkning av eGFR samt genomgång av patientens läkemedelslista) signerar sjuksköterska Phase 20 blanketten i övre högra hörnet och tar en kopia av blanketten som sparas på enheten som en journalhandling.

Originallet av Phase 20 tar läkare med sig till vårdcentral där det sparas enligt separat rutin.

#### Rutin för fördjupad läkemedelsgenomgång ordinärt boende:

Patientansvarig sjuksköterska ansvarar för kontakt med behandlingsansvarig läkare när läkemedelsgenomgång skall ske. När kund/ patient får första insats av kommunens sjuksköterska dvs. när läkemedelsansvaret tas över skall fördjupad läkemedelsgenomgång initieras inom 4 veckor.

Till grund för genomgången ligger bedömningsblanketten Phase 20 alternativt Phase Proxy. Efter utförd läkemedelsgenomgång (genomgång med läkare av Phase 20, laboratorieprov, beräkning av eGFR samt genomgång av patientens läkemedelslista) signerar sjuksköterska Phase 20 blanketten i övre högra hörnet och tar en kopia av blanketten som sparas på enheten som en journalhandling.

Originallet av Phase 20 tar läkare med sig till vårdcentral där det sparas enligt separat rutin.

Patientansvarig sjuksköterska skall regelbundet (1 g/månad) skicka in en lista till aktuell vårdcentral på de kunder som har Hälso- och sjukvårdsinsats från kommunen.

#### Rutiner för skriftlig läkemedelslista

En aktuell, skriftlig läkemedelslista ska skickas med när en patient i kommunal hälso- och sjukvård besöker en sjukhusmottagning och vid akut eller planerad sjukhusinläggning. En skriftlig läkemedelslista ska ges till patienten vid utskrivning från sjukhus, vid läkarbesök på vårdcentral och på sjukhusmottagning. För patienter i

kommunal hemsjukvård eller i särskilda boenden ska läkemedelslistan också skickas till den kommunala vårdgivaren.

Efter varje ordinationsändring (utan läkarbesök) bör läkemedelslistan skrivas ut och ges till patienten eller skickas per post. I de fall patienten inte har eget läkemedelsansvar ges listan till den läkemedelsansvarige sjuksköterskan i kommunen.

Patienten/den läkemedelsansvarige ska ombes att i lugn och ro gå igenom den skriftliga listan och höra av sig om den inte stämmer eller vid frågor.

Naturläkemedel kan inte alltid föras in i läkemedelslistan, men bör i så fall ändå dokumenteras i journaltexten.

För patienter med dosdispenserade läkemedel gäller särskild rutin. Varje vårdgivare ansvarar för att en aktuell läkemedelslista (dosrecept) tas ut ur Pascal vid varje vårdkontakt. Efter mottagningsbesök, på vårdcentral eller sjukhus, och efter utskrivning från slutenvård skrivs dosreceptet ut till patienten.

Förlängning av Dosrecept ansvarar patienten för i första hand. Då patienten inte själv kan ansvara för detta skall utsedd person, anhörig, kontaktperson, god man, distriktssköterska/sjuksköterska vid kommunen vara patienten behjälplig.

Inom vård & omsorgsförvaltningens, grupp- och serviceboenden sammanställer PAS en lista till behandlingsansvarig läkare över vilka Dosrecept som skall förnyas. Listan överlämnas, vid ordinarie besök.

### **Läkemedelsskåp**

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 läkare.

### **Kommunalt läkemedelsförråd**

Värmlands läkemedelsråds riktlinjer ska följas. Detta förråd är ett komplement som skall fungera som ett akut - och buffertförråd inom hemsjukvården i Värmland vid tillfällig medicinering och i väntan på ordinarie försändelse eller recept. De vanligaste infektionerna behandlas lämpligen via förrådet. Beställning sker av vård & omsorgsförvaltningens ansvariga sjuksköterska via nätet [www.apoteket.se/rek](http://www.apoteket.se/rek) utifrån fastställd lista. Endast genom skriftlig läkarordination eller från förskrivande distriktssköterska kan läkemedel tas ut förråden. Kostnaden bärs av allmänmedicin centralt.

### **Vårdplanering - utskrivningsklar/Behandlingsansvarig läkare ansvar**

Patienten skall inte betraktas som utskrivningsklar förrän behandlingsansvarig läkare på vårdcentral har accepterat övertagandet. Detta ansvar krävs vid fortsatt vård av svårt sjuka patienter som skrivs ut och som framför allt behöver fortsatt hemsjukvård med hög medicinsk kompetens.

Vid oklara fall kontaktar sjuksköterskan i kommunen vid gruppboendet ordinarie läkare för boendet. Det kan resultera i fortsatt behandlingsansvar från sjukhusspecialisten eller att behandlingsansvaret överlämnas till primärvårdsläkare. Det åligger läkaren som ansvarar för utskrivningen att rapportera om accepterat behandlingsansvar vid vårdplaneringsmöte. Medicinsk dokumentation från landstinget skall medfölja den patient som behöver kommunal hemsjukvård.

## Samordnande sjuksköterska på vårdcentral för den äldre och/eller mångsökande patienten

Syftet är att skapa en fungerande sammanhållen vård kring den äldre och/eller mångsökande patienten för att förhindra undvikbar slutenvård och/eller oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar. En framgångsfaktor är en utvecklad samverkan mellan vårdcentral, slutenvård och kommunen.

*Arbetsätt:* Patienterna kan identifieras på den egna vårdcentralen eller av slutenvården alternativt kommunen genom landstinget i Värmlands projekt Standardiserad utskrivningsprocess och det webbaserade intervjustödet, webbkollen hemma.

Den verksamhet som har huvudansvaret för patientens vård för det aktuella sjukdomstillståndet ansvarar för fortsatt handläggning av patienten tills ett eventuellt övertagande har skett.

Identifierad patient med förhöjd risk där patientens behov ska hanteras av vårdcentralen överlämnas till utsedd sjuksköterska på vårdcentral.

### Samordnad individuell plan

Alla som har behov av insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL) och som har behov av samordning skall erbjudas en samordnad individuell plan (SIP).

Även den som har behov av samordning av HSL- och SoL-insatser med insatser enligt Lag om stöd och service till funktionshindrade (LSS) kan använda denna rutin utifrån föreskriften om samordning av insatser för rehabilitering och habilitering (SOSFS 2008:20).

Individen måste **vilja** att en samordnad individuell plan upprättas och de måste godkänna, lämna sitt samtycke till att de olika verksamheterna får samarbeta

Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen är oftast en långsiktig plan, och ersätter därför inte samordnad utskrivningsplanering som gäller för de patienter som är utskrivningsklara från slutenvården. Den ersätter inte heller den enskildes plan hos en vårdgivare.

I Värmland har vi beslutat att använda det webbaserade IT-stödet, Meddix öppenvård i arbetet med de samordnande individuella planerna. IT-stödet ger specialiserad öppenvård, primärvård och kommuner tillgång till samma information om valda personer. IT-stödet underlättar och effektiviserar också kommunikationen mellan olika vårdgivare.

### Planer för medicinsk vård – ska initieras av patientansvarig sjuksköterska i kommunen

För att öka den medicinska kvaliteten och patientsäkerheten och tydliggöra vilka åtgärder som skall vidtas i samband med förändringar hos individer med särskilda diagnoser/tillstånd, skall det utformas planer för medicinsk vård. Planerna utformas i samverkan mellan patientansvarig sjuksköterska i kommunen och behandlingsansvarig läkare på vårdcentralen. Planerna förvaras i patientens journal i kommunen. Detta för att även underlätta tillgången till informationen under jourtid.

Planer för medicinsk vård utformas för patienter med följande diagnoser och/eller tillstånd:

- Diabetes (insulinordination)
- 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
  - Smärtskattning
  - Munhälsa
  - Palliativ ordinationer
  - Väntat dödsfall (vem konstaterar)

## 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. Se 3 kap.4§ fjärde stycket SOSFS 2005:27 om samverkan vid in-och utskrivning samt i läkemedelsföreskriften 1kap. 1§ fjärde stycket SOSFS 2000:1.

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. Landsting och kommunen ska enligt egenvårdsföreskriften 3 kap. 1 och 2§ tillsammans ta fram övergripande rutiner för samverkan i samband med egenvård

## Modell för att finna personer med demenssjukdom tidigt och därefter kunna erbjuda relevanta stödåtgärder

En tidigt upptäckt av sjukdomen är av största vikt. För att personer med minnesproblematik ska kunna få säker vård och stöd krävs ett bra kontaktnät mellan vård- och omsorgsförvaltningen och vårdcentralerna. För att kunna bidra till kontinuitet för personen med demenssjukdom är behovet av samordnade insatser högt prioriterat.

### Arbetsätt i stort:

- Vårdcentralerna har en kontaktperson, sjuksköterska, som vård- och omsorgsförvaltningens personal kan hänvisa till för att få genomföra ett minnestest på vårdcentralen (finns en informationsfolder om demenssjukdom som vårdcentralen kan ge patient)
- Vårdcentralen (sjuksköterskan eller läkaren) skickar vårdbegäran för aktivitetsutredning till arbetsterapeut i Landstinget eller till kommunens arbetsterapeut.
- Sjuksköterskan eller läkaren på vårdcentralen har samtal med patienten och anhörig efter att patienten fått demensdiagnos och informerar om kommunens stödinsatser (folder ska finnas) samt hjälper patienten med kontakt vid behov



- När sjuksköterska inom vård- och omsorgsförvaltningen utför minnestest som innehåller MMSE-R, klocktest och 5x3 ska testresultaten skickas till behandlingsansvarig läkare
- När diagnos finns ska registrering ske i SveDem av kontaktperson på vårdcentralen.

**Preciserat arbets sätt:**

***1. Gäller för personer som upplever minnesvårigheter (eller att deras anhöriga upplever att personen har minnesproblem) och som har möjlighet att ta sig till vårdcentralen för att genomgå minnestest.***

- All personal inom vård och omsorg som upptäcker att kunder/patienter eller deras anhöriga upplever minnesproblem har ansvar för att informera om att de kan ta kontakt med vårdcentralen för att få genomgå minnestest. Vid behov hjälper personalen kunden/patienten att få en kontakt med vårdcentralen
- Om det finns behov av utredning enligt Socialtjänstlagen (SOL)/Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) tas sedvanliga kontakter inom kommunen
- Om testerna på vårdcentralen indikerar demenssjukdom skickar vårdcentralen en vårdbegäran om aktivitetsbedömning till arbetsterapeut i Landstinget.
- Aktivitetsbedömning utförs och ett remissvar skickas till vårdcentralen
- När utredningen på vårdcentralen är färdig och kontakt önskas med vård- och omsorgsförvaltningens demenssjuksköterska, biståndsbedömare eller anhörigkonsulent ska kontaktuppgifter vara dokumenterade där det ska framgå om diskussion har förts om hjälpinsatser. Vårdcentralen ska ha tillgång till folder om Anhörigcentrum samt om kommunala insatser

***2. Gäller för personer som upplever minnesvårigheter (eller att deras anhöriga upplever att personen har minnesproblem) och som inte har möjlighet att ta sig till vårdcentralen för att genomgå minnestest.***

- All personal inom vård och omsorg som upptäcker att kunder/patienter eller deras anhöriga upplever minnesproblem har ansvar för att informera om att de kan ta kontakt med vårdcentralen för att initiera en demensutredning. Läkaren på vårdcentralen skickar då en vårdbegäran till den hälso- och sjukvårdspersonal som utför minnestest
- Om det finns behov av utredning enligt SOL/HSL tas sedvanliga kontakter inom kommunen
- Sjuksköterskan utför minnestest i hemmet. Om testerna indikerar demenssjukdom så skickas en remiss om aktivitetsbedömning till arbetsterapeut. En folder om demenssjukdom ges till kunden/patienten och anhörig. Behandlingsansvarig läkare kontaktas för tidsbeställning. Testresultat ska skickas till behandlingsansvarig läkare
- Aktivitetsbedömning utförs efter att vårdbegäran har skickats till kommunens arbetsterapeut. Resultatet skickas till behandlingsansvarig läkare
- När utredningen på vårdcentralen är färdig och kontakt önskas med vård- och omsorgsförvaltningens demenssjuksköterska, biståndsbedömare eller anhörigkonsulent ska kontaktuppgifter vara dokumenterade där det ska framgå om diskussion har förts om hjälpinsatser. Vårdcentralen ska ha tillgång till folder om Anhörigcentrum samt om kommunala insatser

Följande dokument kan underlätta arbetet inom området demens:

[Demensprogrammet - Landstinget i Värmland](#)

## **Kvalitetsarbete och kvalitetsindikatorer, utvecklingsarbete**

Vårdcentralen och kommunen kan årligen komma överens om att följa/utveckla vissa specifika och gemensamma vårdproblem.

Under 2016 ska särskilt fokus läggas på målområden inom Äldres hälsa och säker kommunikation enligt SBAR.

### **Mål äldres hälsa**

- Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit brytpunktssamtal
- Minst 50 % av personer i livets slutskede har erhållit en validerad smärtskattning
- Andelen undvikbar slutenvård ska minska
- Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar ska minska
- Minst 90 % av de personer som får demensdiagnos ska ha genomgått en fullständig basal demensutredning
- Minst 80 % av personer med risk för fall, trycksår, undernäring eller ohälsa i munnen ska erhålla minst en förebyggande åtgärd
- Andelen personer över 75 år som får olämpliga läkemedel ska minska

## **Fortbildning - Kompetensutveckling**

För att skapa bästa möjliga förutsättningar att erbjuda den enskilde 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 skall 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 avlasta läkarna vid konstaterande av förväntade dödsfall skall de erbjudas fortbildning när behov uppstår. Verksamhetschefer/enhetschefer, Hälsoval Värmland Karlstad är ansvariga att för att erbjuda fortbildningen. Enhetschef inom hälso- och sjukvården Karlstads kommun är ansvarig för att administrera utbildningstillfällena till kommunens personal.

## **Kommunens åtagande**

Kommunen skall informera de boende om att det finns en utsedd vårdcentral för boendet och uppmuntra dem till att välja denna vårdcentral.

Kommunens sjuksköterska skall alltid kontakta behandlingsansvarig läkare eller jourläkare innan patienten skickas in akut till sjukhus. Vid situationer där behandlingsansvarig läkare eller jourläkare inte kan nås får dock kommunens sjuksköterska agera utifrån egen bedömning.

Kommunens sjukgymnaster ansvarar för sjukgymnastik till kommuninnevånare inom särskilda boendeformer samt till de kommuninnevånare, som behöver få sina behov av sjukgymnastik tillgodosedda i hemmet. I ansvaret ingår att förskriva hjälpmedel, bl.a. gånghjälpmedel.

Kommunens arbetsterapeuter ansvarar för arbetsterapi till samtliga kommuninnevånare med behov av arbetsterapi. I ansvaret ingår att förskriva hjälpmedel.

På varje enhet skall det finnas telefonnummer till ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. I samband med läkarbesök skall sjuksköterskan finnas tillhands för att bistå med adekvat information. Arbetsterapeut och sjukgymnast skall delta vid behov.

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

### **Avvikelsehantering**

I syfte att stärka patientsäkerheten skall avvikelser, bl.a. när det gäller informationsöverföring mellan kommun/landsting rapporteras skriftligt mellan huvudmännen. Vårdcentralen skickar sin rapport till MAS för vidare handläggning och kommunen skickar till Hälso- och sjukvårdsstaben, Landstinget i Värmland 651 82 Karlstad, märkt kuvertet med avvikelse. Inträffade avvikelser diskuteras vid de lokala verksamhetsträffarna.

## **Fastställare**

Datum

Peter Nylander  
Verksamhetschef Hälso- och sjukvård  
Vård & omsorgsförvaltningen  
Karlstads kommun

Datum

Marita Halvarsson  
Verksamhetschef Hälso- och sjukvård  
Arbetsmarknads och socialförvaltningen

Datum

Eva Bergquist  
Verksamhetschef  
Vårdcentraler Östra Karlstad

Datum

Verksamhetschef  
Vårdcentraler Västra Karlstad

Datum

Kristin Törnqvist  
Verksamhetschef  
Vårdcentralen Vålberg  
Legevisitten

Datum

Vendela Englund Burnett  
Verksamhetschef  
Vårdcentralen Åtkanten  
Praktikertjänst

Datum

Karin Körgesaar  
Verksamhetschef  
Vårdcentralen Kasernhöjden  
Praktikertjänst