

Läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende

Detta avtal syftar till att stödja den gemensamma ambitionen om att tillsammans tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård och i större utsträckning utgå från patientens behov, snarare än organisatoriska gränser. Genom att bibehålla och vidareutveckla en förtroendefull samverkan ska Regionen och kommunerna tillsammans bidra till en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Att få vård i hemmiljö kan innebära fördelar i form av mindre risk för bl.a. konfusion och vårdrelaterade infektioner. Behovet av samarbete och planering är en gemensam uppgift.

Målet är att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och behov, ökad tillgänglighet och kontinuitet samt att uppnå en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser.

Avtalsparter och avtalets omfattning

Detta avtal tecknas mellan Region Jönköpings län, nedan kallat regionen, och samtliga kommuner i Jönköpings län, nedan kallad kommunen. Avtalet omfattar patienter i särskilt boende inklusive korttidsboende, där boende eller vistelsen beviljats enligt Socialtjänstlagen eller Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, och patienter i ordinärt boende med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet. Lokala överenskommelser tecknas mellan vårdcentral och respektive kommun det gemensamma arbetet.

Definitioner/förtydliganden

Primärvård: den hälso- och sjukvård som bedrivs av vårdcentraler och kommuner. Med kommunal hälso- och sjukvård i hemmet avses i detta dokument hälso- och sjukvård i både särskilt och ordinärt boende (f.d. hemsjukvård).

Hälso- och sjukvård: när ordet används i texten inkluderas även rehabiliteringsinsatser.

Plan: en person kan ha flera planer. När så är fallet ska SIP, samordnad individuell plan, ange vilka andra planer som finns. Det kan vara Genomförandeplan enligt SoL eller LSS, Plan med behandlingsstrategier (medicinsk), Rehabiliteringsplan, eller Läkemedelsplan, åtgärdsprogram etc.

Fast vårdkontakt: person som ska tillgodose patientens behov av samordning, kontinuitet och säkerhet och bidra till ökad trygghet. Patienten kan mer än en fast vårdkontakt. Verksamhetschef utser fast vårdkontakt. Patienten kan också själv begära en sådan.

Fast läkarkontakt: namngiven läkare som ansvarar för att patienten undersöks, när möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hälsotillståndet kräver. Läkaren ska även informera patienten om dennes

hälsotillstånd och om de mest lämpliga behandlingsalternativ som finns tillgängliga. Den fasta läkarkontakten ska ge vägledning i övriga kontakter med hälso- och sjukvården, bidra med kontinuitet och ökad trygghet. Om det krävs, ska den fasta läkarkontakten samordna vidtagna utrednings- och behandlingsåtgärder. Patienten ska kunna välja fast läkarkontakt i primärvården.

Bakgrund

Avtalet bygger på tidigare avtal samt tar höjd för utveckling av en god och nära vård. Regionen, eller utförare med avtal, har ansvar för läkaruppdraget oavsett boendeform i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen. Tillgång till läkarinsats ska vara god och jämlik i hela länet oavsett utformning av vård och omsorg, ålderskategori eller funktionsnedsättning. Läkaruppdraget ska tillgodose behoven av fast läkarkontakt.

Kommunerna utför insatser kopplade till specialiserad vård. Det finns därför anledning att kontinuerligt synliggöra och stärka samarbetet mellan kommunerna och regionen på fler nivåer än primärvårdsnivån.

Många patienter vill vårdas hemma. En förutsättning är att vården upplevs som säker och trygg av både patient, närstående och vårdpersonal oavsett vårdnivå.

Patientlöften

”Jag får den vård jag behöver, där jag behöver och när jag behöver”

Målgruppen som omfattas av detta samverkansavtal har ökat behov av samordnade gemensamma insatser för att få god vård och omsorg. Huvudmännen ska i samverkan erbjuda:

- Hög tillgänglighet för kontakt, bedömning och besök (hembesök, digitala besök, mottagningsbesök)
- Hög kontinuitet. Målgruppen ska prioriteras i arbetet med att utse fasta vårdkontakter, fast läkarkontakt samt vart man vänder sig när behov uppstår
- Tvärprofessionellt samarbete och fokus på gemensam planering
- Sammanhållen vård och omsorg som upplevs sömlös med hög grad av delaktighet och möjlighet att påverka
- Möjlighet att vara välinformerad genom hela vårdkedjan
- Koordinering av vård, rehabilitering och läkemedelsbehandling
- Hög grad av personcentrering. Det ska finnas en plan som utgår från patientens behov och vad som är viktigt för denna. Planeringen ska skapa förutsättningar att agera proaktivt, tidigt upptäcka och möta förändrade hälsotillstånd, förebygga ytterligare försämring och ökat vårdbehov
- Vård, behandling och uppföljning enligt bästa kunskap i varje möte.

Läkaruppdrag i ordinärt boende

Vårdcentralen ska organisera verksamheten så att de mest sjuka invånarnas behov av hälso- och sjukvård särskilt tillgodoses. Vårdcentralen ska avsätta tid för planering och samordning. Konsultation och läkarbesök i hemmet ska ske både när patientens tillstånd kräver det eller då det kan antas förhindra en för patienten onödig sjukhusvistelse. Vårdcentralen ska erbjuda patienten fast namngiven läkarkontakt samt erbjuda vårdsamordnaren som fast vårdkontakt om patienten

begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Kommunal hälso- och sjukvård och omsorg ska göra det möjligt för patienter att vårdas hemma och avsätta tid för vård, planering och samordning. Konsultation och läkarbesök i hemmet ska ske i samverkan när patientens tillstånd kräver det eller då det kan antas förhindra en för patienten onödig sjukhusvistelse.

Kommunal hälso- och sjukvård utför planerade eller oplanerade sjukvårdsinsatser i hemmet dygnet runt.

Rutiner vid inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård i hemmet

Överrapportering ska ske enligt gällande rutiner vid in- och utskrivning av hemsjukvårdspatient. Namngiven hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen utses som den fasta vårdkontakten. Orsak till in- eller utskrivning i kommunal hälso- och sjukvård samt fortsatt planering görs gemensamt och dokumenteras i respektive huvudmans journalsystem. Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att läkare får aktuell information. Erbjudande av fast läkarkontakt och fast vårdkontakt samt dokumentation av detta i respektive verksamhetssystem ska ingå i rutinen.

Patienter med komplexa behov

Gemensamma rutiner ska finnas för att identifiera målgruppen och fortsatta behov. Att tillsammans kontinuerligt identifiera det gemensamma patientunderlagets behov är en förutsättning för samordning, proaktiv planering och insatser. Detta är prioriterat. Parterna ska avsätta den tid som behövs för förberedelser och genomförande.

Planerad vård

Patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård ska erbjudas minst ett årligt läkarbesök med läkemedelsgenomgång och när medicinskt behov finns ska detta ske i hemmet. Läkare och ansvarig sjuksköterska planerar gemensamt inför patientens läkarbesök, antingen det ska ske i hemmet eller på mottagning. Parterna ska avsätta den tid som behövs för förberedelser och genomförande av de årliga läkarbesöken, provtagning mm.

Oplanerad vård (behov av akutare karaktär)

Läkaren ska kunna ge nödvändiga oplanerade insatser och ge stöd till kommunens berörda personal i medicinska frågor kopplat till enskilda patienter. Ansvarig sjuksköterska i kommunen ska använda beslutstödet (se Beslutsstöd inom kommunal hälso- och sjukvård för bedömning när en persons hälsotillstånd försämrats) och kontakta läkare för bedömning av fortsatt behandling/behov. Dokumentation ska ske i respektive journalsystem. Patienter i kommunal hälso- och sjukvård ska kunna erhålla akuta läkarbesök inom fyra timmar i hemmet dygnet runt.

Annan särskild anpassad bostad enligt LSS

Annan särskild bostad är att betrakta som ordinärt boende.

Läkaruppdrag i särskilt boende

Kommunen väljer vilka vårdcentraler man vill teckna avtal med för särskilda boende för äldre och korttidsboenden. Vårdcentral har rätt att tacka nej till avtal med kommunen för boenden utanför vårdcentralens geografiska närområde. I de fall patienten valt annan vårdcentral än den som kommunen tecknat avtal med, ska dennes val av vårdgivare respekteras. Läkare från vårdcentral med avtal ska ge övergripande råd i medicinska frågor, konsultativt stöd samt ansvara för avgränsade insatser av enklare eller mer brådskande karaktär även för patienter som valt annan vårdcentral.

Rutiner vid flytt till särskilt boende

Läkarbesök ska erbjudas senast inom två månader från inflyttning, tidigare vid behov. Rutiner för bedömning av behov, utformande av individuell plan och behandlingsstrategi samt läkemedelsgenomgångar ska finnas. Erbjudande av fast läkarkontakt och fast vårdkontakt samt dokumentation av detta i respektive verksamhetssystem ska ingå i rutinen.

Planerade besök

Utlagd läkarmottagning ska utföras regelbundet av ansvarig vårdcentral en gång i veckan vad gäller särskilda boenden för äldre, om inget annat är överenskommet. Inför planerade kontakter ska läkare och sjuksköterska vara förberedda och uppdaterade på aktuella patienters situation. Läkare från vårdcentral med avtal ska ge övergripande råd i medicinska frågor, konsultativt stöd vid behov. I de fall den boende har valt annan vårdcentral än den som kommunen tecknat avtal med kan det innebära att patienten erbjuds läkarinsatser på sin vårdcentral istället för på boendet.

Oplanerad vård (behov av akutare karaktär)

Läkaren ska ge nödvändiga oplanerade insatser och ge stöd till kommunens berörda personal i medicinska frågor kopplade till enskilda patienter. Ansvarig sjuksköterska i kommunen ska, efter att ha använt relevant beslutsstöd, kontakta läkare och bedömning av behov av insats och hembesök görs gemensamt. Konsultation och läkarbesök i hemmet ska ske både när patientens tillstånd kräver det eller då det kan antas förhindra en onödig sjukhusvistelse. Dokumentation ska ske i respektive journalsystem. Patienter ska kunna erhålla akuta läkarbesök inom fyra timmar i hemmet dygnet runt.

Korttidsboende

Vårdcentralen med avtal övertar ansvar för samtliga patienters medicinska behandling under vistelsen, efter patientens samtycke. Ansvaret gäller under vistelsen på korttidsboendet oavsett vilken vårdcentral patienten är listad på. När behov föreligger ska samråd ske mellan läkare på korttidsenheten och läkare på listad vårdcentral för behandling och vid eller inför hemgång. Arbetssätt för läkaruppdrag på korttidsboende ska beskrivas i den lokala överenskommelsen. Man ska vara extra uppmärksam på patientens tillstånd och behov i samband med vårdövergången. Besök inom en vecka och upprättande av vårdplan, behandlingsstrategier vid förändrat hälsotillstånd ska övervägas för varje enskild patient. Patientens vårdkedja ska säkerställas i samverkan mellan aktörerna på

korttidsboendet och övriga inblandade i patientens vård. Samordnad vårdplanering ska genomföras enligt riktlinjer.

Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS

För personer som bor i bostad med särskild service (gruppboestad eller serviceboestad) enligt LSS är läkaruppdraget detsamma som i ordinärt boende. Dessa personer listar sig på valfri vårdcentral och har kontakt med vårdcentralen vid behov. Läkarbesök förplaneras då det är medicinskt befogat. Kommunens hälso- och sjukvård ansvarar för hälso- och sjukvård och rehabilitering för personerna som bor i gruppboestad eller serviceboestad.

Läkemedelsanvändning och läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgång ska erbjudas enligt Läkemedelskommitténs riktlinjer för läkemedelsgenomgång, läkemedelsplan, ordination och hantering av läkemedel. Vid förskrivning av läkemedel ska rekommendationer enligt FAKTA dokument följas. Fast läkarkontakt har samordningsansvar för läkemedelsbehandlingen och ansvarar för att aktuell läkemedelslista, med angiven indikation, finns tillgänglig för patient och sjuksköterska. Läkemedelsbehandling och läkemedelslista ska utvärderas i samband med uppföljning efter utskrivning från sjukhus. Läkemedelskommittén beslutar om vilka läkemedel som ska finnas tillgängliga i kommunala akutförråd. Generella direktiv för ordination av läkemedel till patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård undertecknas av ordförande i Läkemedelskommittén och MAS i respektive kommun.

Palliativ vård

Vårdcentralen ansvarar för läkarinsatser inom allmän palliativ vård enligt Fakta-dokument i samarbete med kommunens hälso- och sjukvård. Respektive huvudman ansvarar för att personal har god kunskap i allmän palliativ vård.

Kvalitet, dokumentation och samordning

Säker och kunskapsbaserad vård

Personalen arbetar gemensamt och utifrån väl beprövade kvalitetsutvecklingsmetoder. Gemensamma utvecklingsarbeten kommer att genomföras under avtalsperioden. Uppföljning av vård och behandling sker enligt handlingsplaner, överenskommelser och avtal inom hälso- och sjukvårdsfrågor. Personalen använder beslutsstöd i kontakt och kommunikation.

Dokumentation

Dokumentation angående rådgivning och vidtagna åtgärder sker i respektive huvudmans verksamhetssystem. Om patienten haft läkarkontakt som har betydelse för de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i hemmet, ansvarar behandlande läkare för att personal i kommunal hälso- och sjukvård får skriftlig information om detta enligt gällande rutiner. Om patientens hälsotillstånd förändras ska sjuksköterska meddela läkare så att vården går att följa i dokumentationen. Information förmedlas via Cosmic Link.

Teknik

Region Jönköpings län och kommunerna ska gemensamt arbeta för att utveckla tekniska lösningar som kan möjliggöra egenmonitorering, informationsöverföring och utgöra IT- stöd i det dagliga arbetet. De tekniska lösningar som finns och utvecklas ska användas för att uppnå en hög patientsäkerhet. Digitala möten och konsultationer ska möjliggöras genom gemensamma IT-lösningar och programvaror. Varje huvudman ansvarar för utrustning (dator, smartphone) och kompetens som behövs för uppdraget.

Medicintekniska produkter som inte är individuellt förskrivna

Vårdcentral och kommun ska ha den utrustning som behövs för uppdraget. Det bör inom kommunal hälso- och sjukvård finnas tillgång till plasmaglucomätare, bladderscanner, pulsoxymeter och handdoppler. Medicinteknisk utrustning som läkaren behöver för vidare utredning och behandling bekostas, anskaffar och serverar vårdcentralen alternativt berörd specialistklinik.

Uppföljning

Uppföljning av avtal

Avtalet följs upp avseende tillämpning inför tecknande av nytt länsövergripande avtal. Ledningsgrupp för samverkan (ReKo) ansvarar för att initiera uppföljning på länsnivå.

Uppföljning av resultat

ReKo följer upp resultatet av samarbetet genom resultatindikatorer.

Kvalitetsuppföljningen används som grund för gemensamt förbättringsarbete, kunskaps- och kompetensutvecklingsbehov.

- Samarbete, mötesplatser, tillgänglighet till varandra
- Kontinuitet, andel med fast vårdkontakt, fast läkarkontakt
- Sammanhållen vård och omsorg(indikatorer finns) Förekomst av SIP, samt Plan för medicinsk vård, behandlingsstrategier
- Läkemedelsbehandling
- Kvalitetsindikatorer Palliativ vård
- Användning av teknik (digitala konsultationer)

Uppföljning av den lokala överenskommelsen

Uppföljning av den lokala överenskommelsen sker minst årligen och på det sätt som lokalt överenskommits. Som stöd används Checklista för uppföljning Läkarpuppdrag och samverkan mellan vårdcentraler och hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende.

Förändringar i avtalet

Parterna har möjlighet att diskutera om väsentliga förändringar i förutsättningarna inträffar under avtalstiden, exempelvis förändrad lagstiftning eller myndighetsbeslut. Ändringar av avtalet kan ske utan formell uppsägning om parterna är överens. Ändringar och tillägg till avtalet ska vara skriftligen överenskomna mellan parterna och fastställas av Reko.

Avvikelser från avtalet

Om avtalet inte följs ska avvikelser i samverkan sändas till respektive inblandad verksamhet inom vårdcentral och kommun.