# Mall för lokal överenskommelse gällande läkarstöd i särskilt boende

1. **Parter**

Samverkansavtal mellan …………….och ………………… i ………….. kommun.

1. **Övergripande bestämmelser**

Ramavtal har tecknats mellan Region Gävleborg och XX kommun angående

läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvård för patienter i särskilt boende.

Denna överenskommelse reglerar den lokala samverkan.

1. **Åtagande**
   1. ***Tillgänglighet***

Familjeläkare från …………………hälsocentral finns tillgänglig för planerade

insatser enligt följande;

* strukturerat teamarbete, (rond) klargör om möjligt dag, tid och plats
* planerade hembesök klargör om möjligt dag och tid
* telefonkonsultation klargör om möjligt dag och tid

Akuta insatser genomförs utifrån medicinsk bedömning;

* Vardagar 08-17.00 kontaktas hälsocentralen på tfn xxxxxx för snar läkarkontakt och planering av ev. akuta hembesök.
* Övrig tid såsom kvällar, nätter och helger ansvarar primärvårdens jourverksamhet

Boendets sjuksköterskor nås på tfn xxxxx kl xx-xx. Kvällar,

nätter och helger på tfn xxxxxx.

* 1. ***Kontinuitet***

Båda parter förbinder sig att verka för en god kontinuitet i samtliga yrkesgrupper som ingår i teamsamverkan i särskilda boenden. Ansvar gentemot enskild patient framgår av vårdplan. Där namnges både vem som är fast vårdkontakt och övrig ansvarig sjukvårdspersonal

För det strukturerade teamarbetet ansvarar:

* Läkare (en eller fler) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Distriktssköterska/sjuksköterska (en eller fler) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sjukgymnast/fysioterapeut (en eller fler) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Arbetsterapeut (en eller fler) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vid förändrad bemanning som påverkar teamsamverkan informeras ansvarig chef

inom resp enhet:

* NN, VEC vid hälsocentralen, tfn xxxx
* NN, VC eller motsvarande inom…………………, tfn xxxx

Vid akuta förändringar i planeringen meddelas:

* Sjuksköterska inom, tfn …
* Hälsocentralens VIP tfn …

1. **Omfattning och innehåll**

Innehållet i verksamheten är medicinsk bedömning, planering, genomförande och

uppföljning;

* Genomgång av patients problem, symtom efter sjuksköterskans bedömning.
* Planering av uppföljning i samråd med övriga teamkompetenser.
* Planerade läkarbesök hos patient utifrån behov.
* Akut läkarbesök när behov uppstår
* Årlig fördjupad läkemedelsgenomgång enl. fastställd rutin,
* Varje patient ska erbjudas minst ett årligt besök/genomgång av ansvarig läkare. Hembesök är av stort värde.
* Handledning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal utifrån aktuell vårdsituation.
* Läkare ansvarar för brytpunktsamtal, samt information till patient och/eller anhörig vid vård i livets slutskede enl. fastställd rutin, Vård vid livets slutskede – gemensam rutin för hälso- och sjukvård Region Gävleborg (ID 09-311 24).

1. **Informationsutbyte**

För patienter boende på särskilt boende bör följande dokumentation finnas tillgänglig hos

båda enheter:

* Ansvarig läkares kortfattade sammanfattning av sjukhistorien (aktuella diagnoser och ev utredningar av vikt)
* Uppdaterad läkemedelslista/läkemedelsordination
* Fortlöpande läkardokumentation/NPÖ
* Gemensam planering/SIP vid inflyttning
* Planering av egenvård
* Namngiven fast vårdkontakt

Informationsutbytet bör ske utan fördröjning då en samlad information är avgörande för att säkerställa att patienternas behov av god vård tillgodoses. Information om provsvar och utredningsresultat delges lämpligen vid planerad teamsamverkan.

Båda parter har en aktuell förteckning över de som bor på boendet. Ansvarig sköterska meddelar hälsocentralen vid varje in/utflytt.

1. **Uppföljning och utvärdering**

Inom ramen för denna överenskommelse skall utvärdering göras minst 1 ggr per år. Resultatet skall ligga till grund för ny överenskommelse mellan parterna. Ansvaret för uppföljning och utvärdering åligger båda parter gemensamt och följande ska utvärderas;

* Kontinuitet i läkar- och sjuksköterskemedverkan
* Muntlig uppföljning
* Uppföljning av strukturerat teamarbete
* Muntlig uppföljning med fokus på långsiktig planering och uppföljning av vården
* Upplevd tillgänglighet till läkarmedverkan
* Muntlig uppföljning av tillgång och tillräcklig tid
* Antal patienter med årligt läkarbesök
* Via resp. journalsystem i primärvård
* Antal patienter med fördjupad läkemedelsgenomgång.
* Läkardokumentation ska finnas tillgänglig för kommunens sjuksköterska och vice versa
* Muntlig uppföljning
* Avvikelser (antal och allvarlighetsgrad) samt klagomål från vårdtagare
* Plockas ur resp. avvikelsesystem
* Resultat i Svenska Palliativregistret
* Brytpunktsamtal
* Informerande samtal

1. **Avtalstid och uppsägning**

Avtalstid ……………….till och med ……………

Skriftlig uppsägning av överenskommelsen skall göras senast 2 månader före dess

utgång. Om uppsägning inte är gjord löper avtalet ytterligare ett (1) år.

1. **Kontaktpersoner**

Kontaktpersoner gällande detta avtals innehåll är

MAS i kommun namn ………………… tel.

PV namn ………………………………. tel.

1. **Utväxling av avtal**

Detta avtal är upprättat i två (2) original, där vardera parten har varsitt

1. **Avtalstecknare**

Kommun X den……………… Hälsocentral X den………………

Verksamhetschef HSL Verksamhetschef/Vårdenhetschef

…………………………… …………………………………..