

Dokumenttyp Riktlinje	Framtagen inom Samverkansarenan Nya perspektiv	Organisation Region Värmland	Version 1
Dokumentägare Linnea Grankvist Utvecklingsledare	Fastställare Beredningsgruppen Nya perspektiv	Giltig fr.o.m. 2026-09-18	Giltig t.o.m. 2028-09-17

Samverkan mellan länets vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård

Gäller för: Hälso- och sjukvård, Kommunal vård och omsorg samt privata aktörer

Utarbetad av: Kristin Törnqvist och Linnea Grankvist tillsammans med samordningsgrupp för nära vård, arbetsgrupp, berörda nätverk samt enskilda dialoger.

Innehållsförteckning

Kommun- och regiongemensamma dokument	3
Utgångspunkter för samverkan.....	3
Hantering av tvister	3
Avvikelsehantering	3
Syfte och mål	4
Ingående parter.....	4
Ansvarsfördelning.....	4
Det gemensamma primärvårdsansvaret.....	4
Region Värmlands (vårdcentralens) primärvårdsansvar	5
Kommunernas primärvårdsansvar	6
Rehabilitering	7
Samordnad och trygg nära vård.....	7
Hur vi kontaktar varandra.....	7
Bedömning och rapportering.....	8
Medicinska vårdplaner	8
Trygg hemgång - samverkan vid in- och utskrivning från slutenvård	8
Samordnad individuell plan (SIP)	8
Dokumenterad överenskommelse (patientkontrakt)	8
Läkemedel och provtagningsmaterial.....	9
Tandvård.....	9
Egenvård	9
Gemensam planering och uppföljning	10
Lokala verksamhetsträffar	10
Fortbildning och kompetensutveckling.....	10
Plan för uppföljning av riktlinjen.....	10
Plan för implementering och kommunikation.....	11
Dagordning (bilaga 1).....	12

Kommun- och regiongemensamma dokument

Detta dokument ska ses som ett stöd i vårt gemensamma arbete. Varje situation är unik, och därför behöver vi alltid lyfta blicken, tänka helhet och utgå från vad som blir bäst för invånaren.

Genom att samarbeta över organisatoriska gränser, bygga tillit och ta gemensamt ansvar skapar vi ett sammanhang där invånaren står i centrum. Vi tar ansvar för vårt eget arbete, återkopplar bakåt och underlättar för nästa steg – så att kedjan håller ihop. Våra gemensamma utgångspunkter hjälper oss att rikta våra insatser, agera tillsammans och stärka värdet i varje möte.

Utgångspunkter för samverkan

Region Värmland och Värmlands kommuner har gemensamt beslutat att ha gemensamma utgångspunkter för samverkan. Utgångspunkterna fungerar som ett gemensamt förhållningssätt i samverkan och kan användas både som kompass och arbetsverktyg. De hjälper till att hålla fokus på det som är viktigast – invånaren – samtidigt som de skapar en gemensam kultur där tillit, ansvar och lärande står i centrum. Genom att återkoppla till utgångspunkterna i dialoger, ställningstagande och planering kan samsyn stärkas, roller tydliggöras och samarbete främjas.

De gemensamma utgångspunkterna är:



Hantering av tvister

Oenighet om tolkning av detta dokument får inte leda till att enskilda inte får sina behov tillgodosedda. Om en part anser att dokumentet inte följs, ska detta i första hand lösas genom dialog mellan chefer i kommunen och Region Värmland. Frågor av mer övergripande eller generell karaktär lyfts till Beredningsgruppen för Nya perspektiv för vidare hantering. Krävs ändringar i dokumentet inom giltighetstiden lyfts frågan till Beredningsgruppen för Nya Perspektiv.

Avvikelsehantering

En avvikelse är en händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat. Avvikelsehantering är att identifiera och rapportera avvikelser, klarlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera detta samt bedöma åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra resultaten. Rutiner för avvikelsehantering mellan kommun och Region Värmland nås genom [Avvikelsehantering på vårdgivarwebben](#).

Syfte och mål

Syftet med riktlinjen är att säkerställa att invånare i Värmland ska få en trygg, samordnad och tillgänglig hälso- och sjukvård och omsorg.

Målet är att invånare upplever kontinuitet, delaktighet och trygghet och att insatser planeras och genomförs samordnat och proaktivt.

Ingående parter

Kommunala verksamheter inklusive privata aktörer på uppdrag av kommunerna: Hälso- och sjukvård i särskilt boende, ordinärt boende, på korttidsplats eller växelvård, inom socialpsykiatri och LSS samt genom rehabiliteringsinsatser.

Region Värmlands verksamheter inklusive privata aktörer på uppdrag av Region Värmland: Allmänmedicinska mottagningen på samtliga vårdcentraler i länet.

Ansvarsfördelning

Det gemensamma primärvårdsansvaret

Parterna har gemensamt ansvar för personer som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård och att prioritera personer med störst behov. Detta omfattar ofta personer med komplexa och sammansatta behov som kräver samordnade insatser.

Verksamhetschefens ansvar (region och kommun)

Verksamhetschefer, med ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal i kommun, region och privata aktörer, ska skapa förutsättningar för trygg och samordnad hälso- och sjukvård och för strukturer som säkerställer samverkan. Verksamhetschefen ska säkerställa att personalen har rätt kompetens och resurser för uppdraget, att ersättare finns vid frånvaro samt för att kontaktvägar mellan vårdgivare är tydliga och tillgängliga. Verksamhetschef ansvarar för att det finns rutiner för att utse fast vårdkontakt.

Verksamhetschef inom regional primärvård ansvarar för att utse fast läkarkontakt. Lagändringar i nästa steg för en god och nära vård som trädde i kraft 1 juli 2026 förtydligar att patienten ska få information om vem som är fast vårdkontakt och fast läkarkontakt och hur patienten kan komma i kontakt med sina fasta kontakter.

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt ska bistå och stödja patienten i att samordna vårdens insatser och kan utses inom både region och kommun. En fast vårdkontakt ska alltid utses när en patient med insatser från kommunal hälso- och sjukvård skrivs ut från slutenvården, likaså när patienter begär det. Fast vårdkontakt är inte detsamma som fast läkarkontakt men en fast läkarkontakt kan vara patientens fasta vårdkontakt. Till person med livshotande eller palliativt tillstånd utses fast vårdkontakt med lägst kompetensnivå legitimerad läkare.

Fast läkarkontakt

Syftet med fast läkarkontakt är bland annat att möta patienternas behov av trygghet och kontinuitet. För personer med komplexa behov, som till exempel multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar, kan behovet av kontinuitet i form av en fast läkarkontakt vara extra stort. Det kan även finnas patienter som av andra skäl vill ha en fast läkarkontakt. Patienten ska få information om möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt.

Region Värmlands (vårdcentralens) primärvårdsansvar

Vårdcentralen ansvarar för läkarinsatser för personer inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården, oavsett boendeform. Läkarinsatserna ska prioriteras och präglas av en god tillgänglighet, kontinuitet och kompetens. Medicinsk bedömning av läkare, fysisk eller digital, ska erbjudas vid behov dygnet runt efter bedömning av, och i dialog med, sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård. När bedömningen är att medicinskt behov föreligger ska invånaren skyndsamt (inom fyra timmar) kunna få akut hembesök av läkare dygnet runt.

- Vardagar klockan 08:00-17:00 ska bemanning säkerställas för konsultation och läkarbesök i hemmet när invånarens tillstånd kräver det eller då det kan antas förhindra en för invånaren undvikbar slutenvård. Tid ska avsättas för planerade och akuta hembesök (inklusive förberedelse och dokumentation), teamträff eller ronder (inklusive förberedelse och dokumentation), tillgänglighet för teamets medlemmar och kompetensutveckling.
- Övrig tid ansvarar läkare i beredskap för läkarinsatser.

Uppdrag för läkare i kommunal hälso- och sjukvård

- Utföra medicinska bedömningar, utredningar och planerade/opplanerade behandlingsinsatser. Behovet av palliativa insatser och vård i livets slutskede ska särskilt prioriteras. (se stycke Framtidsplanering/planera palliativ vård)
- Erbjuda årliga genomgångar av hälsotillstånd.
- Genomföra läkemedelsgenomgångar enligt rutinen **Enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång (RUT-11714)** [Läkemedelsgenomgångar - Region Värmland](#)
- Omgående meddela förändringar i läkemedelsordinationer till sjuksköterska i kommunen för personer som är anslutna till kommunal hälso- och sjukvård med läkemedelsövertag
- Medicinsk konsultation inklusive rådgivning via telefon eller digitala sätt till sjuksköterska i kommun.
- Patientanknuten handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal.
- Vid behov samverka vid utskrivning från slutenvård, enligt riktlinje **Samverkan vid utskrivning av vuxna från slutet hälso- och sjukvård (RIK-18839)** [Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården - Region Värmland](#).
- I samverkan med sjuksköterska i kommunen upprätta, revidera och följa upp medicinska vårdplaner (se stycke medicinska vårdplaner).
- Utfärdande av dödsbevis och dödsorsaksintyg, kontakt med närstående samt utfärdande av intyg för tvångsvård inom psykiatri.

SÄBO (särskilda boendeformer för äldre inklusive korttidsboenden)

För varje SÄBO eller avdelning ska det finnas en utsedd ansvarig läkare. Det ska också finnas rutiner för hur läkaransvaret hanteras vid vakans eller tillfälliga förändringar. Kommunen ska informeras vid sådana förändringar enligt lokala överenskommelser.

Läkaruppdraget på SÄBO innefattar både medicinskt ansvar och fysisk närvaro på boendet. Tider för regelbundna ronder planeras gemensamt mellan läkare och verksamhet utifrån bådas förutsättningar. Målet är att den totala läkartiden ska motsvara **minst** en (1) timme per vecka för tio (10) boende, men det är alltid patienternas behov som ska styra vilket kan innebära att mer tid behöver avsättas. I tidsåtgång för läkarmedverkan ingår medicinska bedömningar och behandlingar samt uppföljning av dessa, konsultation för sjuksköterskor och annan legitimerad personal samt dokumentation och anhörigsamtal.

Varje nyinflyttad person ska erbjudas läkarbesök inom fyra veckor för att fastställa hälsostatus och vid behov framtidsplanering eller planering av palliativ vård (enligt beskrivning nedan). Sjuksköterska i kommunen är ansvarig för att läkarbesöket initieras.

Ordinärt boende, LSS och socialpsykiatri med insatser från kommunal hälso- och sjukvård

För läkarmedverkan i ordinärt boende, LSS och socialpsykiatri med insatser från kommunal hälso- och sjukvård ska tid avsättas för att, utifrån behov, kunna fullfölja läkaruppdraget. Tidsomfattningen ska överenskommas lokalt mellan vårdcentral och kommun. En fast läkarkontakt ska finnas för varje patient.

Åtagandet omfattar den kommunala hälso- och sjukvård som ges i patientens hem över tid och som inte kräver slutenvård, avancerad hälso- och sjukvård i hemmet (jämförd med slutenvård) eller täcks av annan huvudman. Vårdcentralen har även ansvar för akuta insatser till personer med kommunal hälso- och sjukvård som bor eller vistas inom närområdet och som är listade på annan vårdcentral.

Framtidsplanera eller planera palliativ vård

Palliativ vård är en helhetsinriktad vård för patienter med obotliga och livshotande sjukdomar. Målet är att lindra lidande och främja bästa möjliga livskvalitet ända fram till livets slut.

I palliativa processer ska brytpunktssamtalen vara flera samtal över tid. Ett brytpunktsamtal ska vara läkarlett, genomföras med patient och/eller närstående. Ansvarig sjuksköterska i kommunen bör närvara, i annat fall informeras i efterhand. I brytpunktsamtalet bör man ta reda på hur patienten tänker om sin sjukdom samt var och hur hen vill vårdas om tillståndet försämras. Vid samtalet ska det upprättas en medicinsk vårdplan inklusive plan vid försämring. Samtalet ska dokumenteras i regionens och kommunens journalsystem så att alla som deltar i vården vet hur planen ser ut och vilka önskemål patienten har.

Palliativa läkemedel ordinerar enligt rutin **Läkemedel vid palliativ vård i livets slutskede (RUT-14684)** [Kommun - Region Värmland](#)

Efter patientens bortgång ska närstående erbjudas efterlevandesamtal. Samtalet ska initieras av sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård eller läkare.

Samordnande sjuksköterska på vårdcentral

Den samordnande sjuksköterskan ska arbeta för att skapa en trygg och sammanhållen hälso- och sjukvård för patienter med behov av stöd och samordning enligt Region Värmlands rutin. Den samordnande sjuksköterskan ska samordna patientens hälso- och sjukvård och kan vara patientens fasta vårdkontakt. Samordnande sjuksköterskan ska vara aktiv i planeringsprocessen, bland annat genom daglig bevakning i Cosmic Link. Bevakning i Cosmic Link ska ske på helger som omfattar mer än två dagar.

Kommunernas primärvårdsansvar

Kommunerna ansvarar för den hälso- och sjukvård som ges i det egna hemmet till personer som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentral eller mottagning. Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ska vara sammanhängande över tid.

Sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård ska finnas tillgänglig för medicinsk bedömning dygnet runt när invånarens tillstånd kräver det. Insatserna ska prioriteras och präglas av en god tillgänglighet, kontinuitet och kompetens.

Kommunen ska tillse att det finns riktlinjer för att styrka individens identitet för de tillfällen där transport sker från kommunal vård till akutmottagning på sjukhus.

Uppdrag för sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård

- I SÄBO informera patienterna att det finns en utsedd vårdcentral för boendet och uppmuntra till listning på den vårdcentralen.
- Varje nyinflyttad person på SÄBO ska erbjudas läkarbesök inom fyra veckor för att fastställa hälsostatus och vid behov framtidsplanering eller planering av palliativ vård. Sjuksköterska i kommunen är ansvarig för att läkarbesöket initieras.
- Informera läkare eller vårdcentral när person ansluts till kommunal hälso- och sjukvård med läkemedelsövertag.

- Påkalla behov av medicinska bedömningar, utredningar och behandlingsinsatser till läkare samt utföra vård och behandling enligt ordination.
 - Förbered rapportering och informationsöverföring genom SBAR (inklusive bedömning genom ABCDE(F) och NEWS2).
 - I samband med hembesök av läkare finnas tillhands för att bistå med adekvat information. Arbetsterapeut och fysioterapeut ska delta vid behov.
- Initiera till och medverka vid fördjupade läkemedelsgenomgångar enligt rutin **Enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång (RUT-11714)** [Läkemedelsgenomgångar - Region Värmland](#)
- Initiera och medverka till att det utformas medicinska vårdplaner för individer utifrån överenskomna diagnoser/tillstånd (se stycke [Medicinska vårdplaner](#)). Saknas medicinsk vårdplan uppmärksammas behandlingsansvarig läkare.
- Kontakta behandlingsansvarig läkare eller läkare i beredskap innan patient skickas till sjukhus:
 - Vid situationer där läkare inte kan nås eller vid situationer där akut transport bedöms nödvändig agerar kommunens sjuksköterska utifrån egen bedömning.
 - Rapportering och informationsöverföring sker utifrån SBAR (inklusive bedömning genom ABCDE(F) och NEWS2). I de fall skörhetsbedömning (CFS) är gjord dokumenteras det med fördel i Cosmic Link.
 - Säkerställ att aktuell information om patienten finns tillgänglig för mottagande akutmottagning snarast efter transport.

Rehabilitering

Patientens samlade behov av vård, rehabilitering och hjälpmedel ska mötas genom tidig samordning mellan berörda professioner. Ansvarig läkare på vårdcentralen har det medicinska helhetsansvaret för rehabiliteringen, inklusive uppföljning, medan kommunen ansvarar för de rehabiliteringsinsatser som utförs inom deras verksamhet. En gemensam rehabiliteringsplan tas fram tillsammans med patienten och följer hela vårdkedjan med insatser som ges i den miljö som bäst stödjer patientens återhämtning.

Arbetsterapeut och fysioterapeut i kommunal hälso- och sjukvård ansvarar för rehabilitering till patienter i ordinärt boende, särskilda boende, korttidsboende och bostad med särskild service enligt LSS som behöver få sina behov tillgodosedda i hemmet. I ansvaret ingår till exempel bedömning av och träning, intygsskrivning och handledning.

I ansvaret ingår även förskrivning av hjälpmedel enligt [Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel vuxna - Region Värmland](#)

Samordnad och trygg nära vård

I situationer där behov, ansvar eller lämplig insats inte är tydlig behöver berörda aktörer gemensamt resonera sig fram till en lösning utifrån individens behov. Olikheter i bedömning är en naturlig del av arbetet och hanteras genom dialog och samspel, inte genom att avvakta eller frånsäga sig ansvar.

Det är ofta i övergångarna eller när en persons tillstånd förändras som det finns risk att information faller bort, att ansvar blir otydligt eller att personen själv känner sig otrygg. Det är ett gemensamt ansvar att minska onödiga förflyttningar, akuta besök, oplanerade återinskrivningar och påverkbar slutenvård.

Hur vi kontaktar varandra

När ett behov uppstår under ordinarie arbetstid, dagtid, väljs kontaktväg utifrån hur brådskande situationen är. Telefon, Cosmic Link, Cosmic Messenger, rond eller planerad samverkan används enligt lokala överenskommelser utifrån följande tidsaspekter:

- akut kontakt (som inte innebär kontakt med 112),
- subakut inom 24 timmar,

- inom tre dagar,
- mer än tre dagar.

Under ordinarie arbetstid, dagtid, ska läkare på vårdcentralen och sjuksköterska i kommunen kunna nå varandra via överenskommet direktnummer eller andra överenskomna sätt.

Övrig tid nås läkare i beredskap via Region Värmlands växel 010-831 50 00. Via växeln kan läkare i beredskap få kontaktuppgifter till sjuksköterska i kommunen.

Mobila team kontaktas enligt instruktion för respektive team.

Bedömning och rapportering

Inför kontakt med läkare gör kommunens sjuksköterska bedömning enligt ABCDE(F) och NEWS2, rapportering görs enligt SBAR.

Medicinska vårdplaner

Medicinska planer ska utformas i samverkan mellan kommunens sjuksköterska, behandlingsansvarig läkare på vårdcentral och patienten för personer med följande diagnoser och/eller tillstånd:

- Skörhet eller personer med komplexa behov
- Diabetes (insulinordinationer)
- Smärta (smärtbehandling vid behov)
- Hjärtsvikt (diuretikabehandling vid behov)
- Oro eller ångest
- Risk för suicid
- God vård i livets slutskede, palliativ vård

Trygg hemgång - samverkan vid in- och utskrivning från slutenvård

Hemgång från slutenvård ska ske på ett, för individen, tryggt och säkert sätt i enlighet med riktlinjer och rutiner för [Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården - Region Värmland](#)

Samordnad individuell plan (SIP)

SIP är ett verktyg som ska användas vid behov av samordning och som bidrar till ett helhetsperspektiv, delaktighet och avlastning för individen. En SIP ska göra det tydligt för den enskilde personen, för närstående och för personalen om vem som ansvarar för vad i efterföljande vård och omsorg.

Den som arbetar inom kommun eller region och upptäcker ett behov av samordning har ett ansvar för att starta upp arbetet med en SIP. Även en enskild person, dennes närstående eller vårdnadshavare kan efterfråga en SIP.

[Riktlinjer och rutiner för SIP - Region Värmland](#)

Dokumenterad överenskommelse (patientkontrakt)

En gemensam dokumenterad överenskommelse mellan patient och vårdgivare ska bidra till samförstånd och delat ansvar mellan patienten och vården. Syftet är att uppnå delaktighet, samordning och tillgänglighet. Alla kan erbjudas en dokumenterad överenskommelse. Överenskommelsen kan initieras av både vårdpersonal och av personen själv.

[Dokumenterad överenskommelse, patientkontrakt - Region Värmland](#)

Läkemedel och provtagningsmaterial

Läkemedelslista

Läkemedelslistan ska ge en samlad bild av patientens läkemedelsbehandling. I kommunens journal ska det finnas en skriftlig läkemedelslista utfärdad eller signerad av behandlande läkare. I Region Värmland är utskriven läkemedelslista från Cosmic giltig ordinationshandling. Läkemedelslistan i Cosmic ska alltid överensstämma med läkemedelslistan i Pascal avseende läkemedel på recept.

[Läkemedelsgenomgångar - Region Värmland](#),

Riktlinje **Dosexpedierade läkemedel (RIK-14495)** [Hantera läkemedel inom kommun - Region Värmland](#)

Basförråd läkemedel (förråd av läkemedel att ge enligt generella direktiv)

Kostnaden bärs av respektive vårdcentral enligt särskilda rutiner för beställning av läkemedel. Läkemedel kan administreras av sjuksköterska i kommun efter ett generellt direktiv från utsedd läkare.

[Hantera läkemedel inom kommunen - Region Värmland](#)

Kommunalt läkemedelsförråd

Läkemedelskommittén i Värmlands riktlinjer ska följas. Det är ett komplement som ska fungera som ett akut- och buffertförråd inom den kommunala hälso- och sjukvården i Värmland vid tillfällig medicinering och i väntan på ordinarie försändelse eller recept. De vanligaste infektionerna behandlas lämpligen via läkemedel ur förrådet. Beställning sker av en sjuksköterska som kommunen utsett via rekvisitionsunderlag som tagits fram av Läkemedelskommittén Värmland. Endast genom skriftlig läkarordination eller från forskrivande distriktssköterska kan läkemedel tas ur förråden. Kostnaden bärs av område allmänmedicin centralt.

[Hantera läkemedel inom kommunen - Region Värmland](#)

Provtagningsmaterial

Regionen ansvarar för kostnaderna för provtagning (provtagningsmaterial och remisser) för ordinerade prover. Laboratorierna tillhandahåller material för blod- och urinprovtagning. Övriga provtagningsmaterial (exempelvis material för odlingsprover) lämnas ut via vårdcentralen. Varje huvudman ansvarar för förbrukningsartiklar i samband med provtagning.

Tandvård

När behov uppstår på vardagar under ordinarie arbetstid kontaktas patientens ordinarie tandläkare. Om patienten inte har någon ordinarie tandläkare kontaktas närmsta folktandvårdsklinik. Vid akuta behov på helger kontaktas jourhavande tandläkare via Region Värmlands växel 010-831 50 00.

Tandvård för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård regleras enligt *Länsöverenskommelsen avseende samverkan mellan Folktandvården Värmland och Värmlands kommuner gällande munhälsa*.

Egenvård

Egenvård innebär att behandlande legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom Region Värmland, eller kommunen har bedömt att patienten själv eller med hjälp av någon annan kan utföra en åtgärd.

Egenvårdsintyg ska skrivas vid behov. [Egenvård - Region Värmland](#).

Gemensam planering och uppföljning

Lokala verksamhetsträffar

Fysiska verksamhetsträffar genomförs minst en gång per termin (minst två timmar) med syfte att stärka samverkan, det gemensamma uppdraget och ansvaret för patienterna samt identifiera och planera förbättringsaktiviteter. Dagordning finns i bilaga 1.

- Enhetschef (eller liknande funktion) på vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård, MAS samt läkare med uppdrag för kommunal hälso- och sjukvård ska delta.
- Enhetscheferna beslutar gemensamt vilka övriga funktioner som ska bjudas in.
- Enhetschef på vårdcentral är ansvarig för att kalla till och leda träffarna, om inte annat är överenskommet lokalt.

Mellan de lokala verksamhetsträffarna ska regelbundna avstämningar ske mellan enhetschefer (och liknande funktioner) för respektive verksamhet. Dessa träffar kan ske digitalt.

Fortbildning och kompetensutveckling

Fortbildning och kompetenshöjande aktiviteter kan med fördel ordnas gemensamt. Det kan även handla om att bjuda in varandras personal på aktuella fortbildningsaktiviteter.

För att kommunens sjuksköterskor ska ha kompetens och befogenhet samt känna sig trygga i att bistå läkare med klinisk undersökning vid förväntat dödsfall krävs utbildning via Region Värmlands utbildningsplattform. Berörd sjuksköterska ska efter genomgången utbildning uppvisa intyg till närmaste chef.

Värmland har enats om att rapportering och informationsöverföring från kommunens sjuksköterska ska göras enligt SBAR inklusive bedömning med exempelvis ABCDE(F) och NEWS2. Kompetens krävs både i att genomföra och förmedla bedömningen samt i att ta emot, tolka och agera på den överförda informationen. Kompetens fås genom utbildning i SBAR, NEWS2 och ABCDE(F) via KTC för både region och kommun.

För personalutbildning inom Revised Oral Assessment Guide (ROAG) se utbildningsplattformen på Region Värmlands vårdgivarwebb där finns en digital utbildning riktad mot vård- och omsorgspersonal.

Plan för uppföljning av riktlinjen

Uppföljning ska bidra till gemensamt lärande och förbättring utifrån invånarnas upplevelse av kontinuitet, delaktighet och trygghet samt hur vi lyckas vi med målet att planera och genomföra insatser samordnat och proaktivt.

Rapport med indikatorer samt mall för minnesanteckningar finns på den gemensamma webbsidan [Samverkan mellan länets vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård - Region Värmland](#)

Gemensamma indikatorer:

- Olämpliga läkemedel äldre över 75 år
- Oplanerad återinskrivning
- Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom
- Fallskador som resulterar i slutenvård
- Besök på akuten
- Antibiotikaföreskrivning
- Fördjupad läkemedelsgenomgång
- Skörhetsbedömningar
- Antal personer med kommunal HSV

- Individuella vårdplaner (dialogfråga, data finns ej i nuläget)

Uppföljningen sker på två nivåer:

- **Lokal nivå:** Uppföljning av arbete i enlighet med riktlinjen sker två gånger per år i samband med lokala verksamhetsträffar. Uppföljningen utgår från gemensamma indikatorer och dialog kring hur samverkan fungerar lokalt. Resultatet ligger till grund för gemensamma förbättringsåtgärder. Identifierade utvecklingsområden tas om hand lokalt eller lyfts vidare vid behov. Minnesanteckning enligt mall för dagordning fylls i på mötet och skickas av sammankallande enhetschef, förutom till deltagarna i mötet, även till stödstrukturen för god och nära vård.
- **Länsgemensam nivå:** Stödstrukturen för god och nära vård gör sammanställning och analys på länsnivå och återkopplar skav, hinder och framgång till berörda nätverk, två gånger per år, med syfte att bidra till gemensamt lärande.

Plan för implementering och kommunikation

Dialog med berörda nätverk och grupperingar kommer att ske. Utöver det kommer två digitala tillfällen att erbjudas för information om riktlinjen och möjlighet att ställa frågor.

Gemensam webbsida [Samverkan länets vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård](#)

Här finns aktuella länkar [Kommun- och regiongemensamma dokument – vårdgivarwebben](#)

Dagordning (bilaga 1)

Lokal verksamhetsträff vårdcentral och kommun

Rapport med indikatorer samt en mall för minnesanteckningar finns på den gemensamma webbsidan [Samverkan mellan länets vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård](#)

Minnesanteckning skickas, förutom till deltagarna i mötet, även till stödstrukturen för god och nära vård som sammanställer och synliggör skav, hinder och framgång på länsnivå och återkopplar till berörda nätverk. **Tänk på att inte skriva personuppgifter.**

Deltagare regionen/privata aktörer/kommuner:

Sekreterare för mötet:

1. Tillbakablick

Genomgång av föregående möte och vad som hänt sedan sist

- Vad har gått bra/mindre bra av det vi kom överens om senast?
- Vad lärde vi oss?

2. Nuläge

Diskutera följande frågor tillsammans och sammanfatta dialogen

Hur upplever vi att samverkan och samarbete mellan oss fungerar idag?

Gå laget runt, låt alla komma till tals, gör en samlad bedömning 1-10

Hur lyckas vi planera och genomföra insatser samordnat och proaktivt? Utgå från indikatorsrapporten

- Känner vi igen oss i siffrorna?
- Varför ser det ut som det gör?
- Hur ser det ut med avvikelser?

Hur ser läkartillgången ut för den kommunala hälso- och sjukvården? Hur ser sjukskötersketillgången ut i kommunen?

3. Gemensam planering

Diskutera följande frågor tillsammans och sammanfatta dialogen

Vilka är våra gemensamma mål och aktiviteter till nästa gång?

Hämta gärna inspiration från [Gemensam plan för primärvård \(vårdgivarwebben\)](#)

- Vad behöver vi agera på? Vad kan vi testa?
- Gemensam kompetensutveckling?
- Vem gör vad?
- Hur och när följer vi upp våra mål och aktiviteter?

Finns det något i det gemensamma arbetet som vi inte löser ut själva, eller behöver hjälp med? Enas om hur ni tar frågan vidare.

Finns det arbetssätt, lösningar och/eller resultat vi vill sprida vidare och dela med andra? Svaren tas med i sammanställning på länsnivå, enas om ni vill lyfta era exempel på fler sätt.

4. Övriga frågor

5. Boka tid och börja planera inför nästa möte