Kommun och sjukvård
Samverkan i Göteborgsområdet

Minnesanteckningar Partille Äldre

2024-05-21

Kl: 14:30 – 16:30

Kommunhuset Kommunstyrelserummet

Närvarande:	Anita Almqvist	Processledare
	Amira Donlagic	Närhälsan Partille VC
	Bodil Andersson	Doktor.se Vårdcentral VC Sävedalen
	Csaba Bannhegyi	Närhälsan Furlunds vårdcentral VC
	Daniel Pus	Äldreomsorg Partille Avd.Chef
	Emma Eggertsen	Partille avd.ch bistånd och hälsa
	Helen Ström	Partille 1:a biståndshandläggare och kontaktperson SAMSA
	John Thunberg	MAS Partille
	Sam Zolfaghari	Medipart Vårdcentral bitr verksamhetschef
	Tannaz Kamali Darabzabeh	Närhälsan Öjersjö EC
	Åsa Abrahamson	Hemsjukvård Partille EC (Ordförande)
Förhindrade:	Anna Rindeskär	Capio Vårdcentral VC Sävedalen
	David Gembäck	Slutenvård kan delta i början av mötet tidigt på agendan.
Bilagor:		

Mötespunkter

1. 14:30 Inledning/incheckning
2. Föregående möte (Minnesanteckningar till handlingarna)
3. 14:40 ViSam beslutsstöd och läkarkontakt – Beslutad NOSAM Partille 240312 (Åsa och John 10 min)
    a. Om ViSam-beslutsstöd rekommenderar vårdnivå akutmottagning så ska sjuksköterska i HSV kunna besluta att skicka in utan att först söka kontakt med läkare i primärvården men
    b. om det finns en möjlighet att inom rimlig tid först ta kontakt med läkare i primärvården innan så är det en fördel att göra så även framöver i syfte att fortsätta arbetet med att undvika onödiga inläggningar.
4. 14:50 Vårdbegränsningar (HLR) Diskutera fråga om utvecklat arbetssätt (John 20 min)
5. 15:10 "Rutin för Medicinskt rådgivningsansvar i NOSAM Partille" Hur komma berörda verksamheter till kännedom? bilägg rutinen (John 10 min)
6. 15:20 Paus
7. 15:30 Konkretiserad HPL (Åsa och Anita 30 min)
    a. Korrigeringar HPL förslag utifrån diskussion NOSAM Partille
    b. SIP arbetsgrupp konkretisera uppdrag
        i. (Föreslå uppstart när arbetsgruppen går igång igen)
8. 16:00 Provtagning på SÄBO (Daniels 5 min)
9. 16:05 Händelserna Furulund (Csaba rapporterar 15 min)
10. 16:20 Efter mötet/Kommunikation från mötet
11. 16:25 Kommande möte september
    a. Konkretisera Brukarmedverkan och SIP
    b. …
12. 16:30 Mötet avslutas

1. Inledning/Incheckning

Många påverkas av blockad och strejkvarsel just nu. Strejkvarsel är annonserat från 4 juni om överenskommelse inte nås innan dess. Ännu ej så stor påverkan av blockad men oro för sommaren. Privata vårdcentralerna inte påverkats så mycket ännu. Närhälsan Furulund haft utökade öppettider men inte möjligt att bibehålla från juni på grund av blockaden.

David Gemback SU meddelar att det i dagsläget är 29 enheter som varslats om strejken startar den 4 juni. SU sagt att de deltar på de punkter de är berörda av via teams. Behöver veta i förväg.

Sommarrekrytering pågår och det är lättare att anställa än de senaste åren.

Extrapunkt gällande övertidsblockad, patientrisker och enkla kontaktvägar

Vi har alltid en skör situation på kvällar, nätter och helger. Sedan tidigare har man en del av passen ökat till tre sjuksköterskor men nätter är det fortfarande två i tjänst. Om någon av dessa blir sjuk får man inte ringa in om det inte är skyddsarbete; dvs fara för liv och lem. De situationerna uppstår dock inte eftersom vi alltid har 112 som primär backup. För att inte överutnyttja 112 och inte heller frångå målet om att inte lägga in patienter på sjukhus om det inte är nödvändigt är behovet av enkla kontaktvägar nu desto större. Färre sjuksköterskor som kan åka gör att enkla kontaktvägar för telefonbedömning av läkare helt centralt.

Det finns en risk att utskrivningstrycket ökar om strejk träder i kraft. Skriver kanske ut patienter tidigare och avvaktar något med inskrivningar där läget inte är akut. Ser ett ökat tryck från vårdcentralerna om inskrivning önskemål att gå via äldresköterskor på vårdcentralerna.

Sköterskorna vänder sig till den jourhavande läkare man har avtal med. Kontakt med jourläkare funkar i huvudsak bra. De har direktnummer till läkare till vårdcentralerna. Närhälsan Partille vårdcentral har ett särskilt nummer för icke akuta ärenden 12-12:15 men där är det ingen som svarar. Berörda tar med sig detta och löser efter mötet.

I december bestämdes att vårdcentralen pratar med Malin och Åsa sen skulle vi sammanställa det här och därefter skicka in till koncernkontoret. Av olika skäl glömdes samverkan bort i december. När koncernkontoret sedan efterfrågade sammanställningen så fanns ingen men det gjordes då ett dokument.

Det finns ett telefonnummer som vårdcentralernas akutläkare alltid har med sig – så man kan nå dem. Men det är bättre att man om möjligt tar det planerat med ordinarie doktor.

John håller på att sammanställa NOP och läkarmedverkan till ett dokument så att det är förberett till nästa års NOP. Försöka hitta en smidigare lösning med alla kontaktvägar för på en gemensam bilaga så det blir enkelt att hitta.

Boendepersonal ringer till sjuksköterska i tjänst för konsultation och bedömning. Görs bedömningen att det är mer akut så ringer vi 112. Vårdcentralernas läkare har inte jour utan jourläkare är upphandlade för hela VGR. Det fungerar i huvudsak bra.

2. Föregående möte

Föregående mötesanteckningar godkänns och läggs till handlingarna.

3. ViSam beslutsstöd och läkarkontakt – Beslutad NOSAM Partille 240312 (Åsa och John)

Punkten har varit upp tidigare och är beslutad 240312 men kommer upp igen för att säkerställa att informationen når ut till alla berörda.

Målet är att man ViSam-beslutsstöd ska användas vid varje beslutstillfälle. Nu använt sedan i höstas då sjuksköterskorna inom hemsjukvården hade en utbildning. Nu har två instruktörer utbildats som kommer att ha ny utbildning i juni. Användandet utökas successivt och har införts mot bakgrunden av tidigare avvikelser. Vi-Sam används av mer än hälften av landets kommuner och regioner för att ha mer likvärdiga rutiner för bedömning. Kommer även underlätta kommunikation i och med införande av Millenium med smärre justeringar.

Om Vi-Sam beslutsstöd rekommenderar vårdnivå akutmottagning så ska sjuksköterska i HSV kunna besluta att skicka in utan att först söka kontakt med läkare i primärvården. Om det finns en möjlighet att inom rimlig tid först ta kontakt med läkare i primärvården innan så är det fortsatt en fördel att göra så utifrån arbetet med att undvika onödiga inläggningar.

Bodil tagit upp frågan på APT och det har tagits emot väl. Sjuksköterskorna jobbar med implementering. Alla medarbetare kommer nu att få träffa läkare för att få information vid de läkarmöten som sker på onsdagar 12-13. Sköterskor kommer då också för att informera om möjligheter och risker. Åsas sjuksköterskor bjuder in sig på möten och alla vårdcentraler kan vara aktuella.

Likväl som det efterfrågas fast läkarkontakt så efterfrågar läkare fasta sköterskor då det underlättar samarbete. Genom att träffas regelbundet så löser sig mycket och eventuell friktion minskar.

4. Vårdbegränsningar (HLR) Diskutera fråga om utvecklat arbetssätt (John 20 min)

Punkten var uppe på förra Nosam Äldre men behöver diskuteras vidare. Vi hamnar för ofta fel gällande äldre, äldre och de etiska ställningstagande som krävs när vårdbegränsning saknas. När hjärtstopp inträffar är det ofta en undersköterska eller vårdbiträde som är på plats. Personen uppfattas av dem som avliden men de kan inte göra en formell bedömning. Även om patienten inte gagnas av HLR så måste det göras om beslut om vårdbegränsning saknas. För att en annan bedömning ska göras krävs att en sjuksköterska är på plats. Talat med Christoffer i höstas och hans bedömning är att i målgruppen så är det kanske åttio procent som inte borde ha HLR. När det gäller palliativa finns rutiner som gör att bedömningen genomförs direkt men för övriga tas frågan oftast inte upp.

Fler aktiva ställningstagande behövs och vi behöver bestämma hur vi når dit. Mestadels saknas beslut för det saknas rutiner för att lyfta frågan när den är aktuell. I vintras hade man en fokusgrupp med berörde målgrupp. Deras slutsats var densamma samma som forskningen tidigare kommit fram till och de uttrycker att de vill gärna få ge sin synpunkt när frågan kan vara aktuell för dem själva. Vi behöver således skapa en gemensam rutin så att alla vet vad som gäller.

Det är viktigt att sätta i sammanhang varför vi gör det och syftet med det. Frågan är etiskt känsligt och situationen måste bli bra för patienten. Behöver även tas på medarbetarnivå så att alla förstår behovet av frågan och hur den hanteras.

<u>Dialog om hur man kan tackla frågan</u>

Måste ta upp frågan mycket tidigare än idag. Alla som flyttar in på äldreboende skulle behöva få frågan.

<u>Frågeställningar och förslag:</u>

- Hur ser villigheten ut för att ta upp frågan bland läkarkåren. Viktigt eftersom läkaren måste signera.
- Kan ett kriterium vara att en bedömning om eventuell vårdbegränsning ska göras om bedömning görs att plötsligt hjärtstopp inom ett år inte är omöjligt?
- Ska vi sätta in ruta på frågeformuläret för inskrivningssamtalet?
- Alla inskrivna borde få frågan av legitimerad sköterska eller läkare vid årskontroll. Medicinskt ansvarig behöver ta ansvar för att genomföra och/eller efterfråga. Vi vill ha läkarkåren med då det inte bara är en fråga för hemsjukvården. Ta med i checklista vid årskontroll. Detta behöver i så fall journalföras för att berörda ska ha

tillgång till informationen. Att använda årskontrollen innebär att man får en systematik. En befintlig checklista där man bara kan lägga till HLR finns inte. Beslut om HLR finns det i vårdplan? Det finns inte någon process för HLR men däremot en process för palliativ vård. För läkarens bedömning finns journalanteckning och uppmärksamhetssymbol ”ej HLR”. Det finns tekniska svårigheter att göra process för HLR. Denna skulle inte nå ut i SoL och LSS verksamheter eftersom systemstöd saknas. Rondsköterska kan ta upp frågan med läkare att patient saknar HLR.

- Hur får vi med medarbetare på detta? Alla behöver veta; då finns det alltid någon som har koll. Tar upp här, vad kan vi behöva göra? Vad är villigheten att ta i dessa frågor trots att det inte är föranlett av diagnos. Ska frågan vara obligatorisk? Bra fråga att lyfta vid årskontroll. Checklista behöver finnas för årskontrollen.
- PAS byts vid inflytt. Måste upprätta vårdplan, ska förankras med den enskilde. Räknas som inskrivningssamtal.

Beslut

Arbetet behöver förbättras mötet enas om att ta dialogen vidare. Förändringsägare på båda sidor. Uppdrag gällande detta bör föras in i NOSAMS handlingsplan. Lägg in som läkarmedverkansfråga konkretiserad. Behöver diskutera frågan vidare. Många bra idéer men inga beslut. Tas upp igen nästa möte.

5. ”Rutin för Medicinskt rådgivningsansvar i NOSAM Partille” Hur komma berörda verksamheter till kännedom? Rutinen bilagd (John)

Det finns en rutin för medicinskt rådgivningsansvar men den nyttjas inte och det följs inte upp hur den används. Gäller verksamhets- och utvecklingsfrågor och inte individuella patientfrågor. Vi har en rutin som ingen känner till och därmed inte arbetar utifrån. John arbetar med Christoffer kring detta. Hemsjukvården är dock inte involverad men det finns en rutin för hur man ska implementera.

John går igenom rutinen som finns för frågor som gäller gemensamma arbetssätt. Standardiserade rutiner behöver förvaras och hanteras på samma sätt för att uppnå lika vård för alla. Önskan om att samverkan är lika fin för medarbetare som för oss i Nosam med stöd av våra rutiner och även vad vi förmedlar från våra möten. Involvera medarbetare och ge dem möjlighet att skicka med frågor som berör dem.

Önskemål om återkoppling direkt om något inte fungerar i samverkan eller mellan medarbetare. Finns det saker som vi behöver arbeta gemensamt från båda huvudmännen så ska man bära med sig och utgå från rutinen.

Gällande förskrivningen för äldre finns förbättringsbehov som ställer krav på alla berörda parter och medarbetarkategorier. Man kan ha arbetat jättebra från vårdcentralerna men vi som är med patienterna dagligen kanske inte är med på tåget. Det kan exempelvis handla om behov av bemötandeplaner innan man sätter ut medicin då det kan finnas risker med utagerande beteende. Hur fungerar kommunikationen mellan vårdcentral, hemsjukvård och boende? Boendet är inte involverade men får ta eventuella konsekvenser av förändringar gällande förskrivning.

Beslut: *Alla går ut med rutinen och gör den känd.*

Behöver dock ta ställning till vad rutinen ska innebära, varför vi vill ha den och vad syftar den till? Viktigt att tänka till innan vi går ut med informationen.

6. Provtagning på SÄBO (Daniel)

Ett boende fick magsjuka och skabb men det krävdes provtagning men möttes av restriktivitet och fick då en spridning. Kommunen ser behov av omedelbara åtgärder i liknande situationer. Vikten av att provtagning i dessa fall är generös för att kunna vidta rätt åtgärder och stoppa spridning oavsett vad det är. Ofta personal som sprider. Vid minsta tveksamhet behöver man ringa distriktsköterska eller läkare och rådgöra med smittskydd.

7. Händelserna Furulund (Csaba)

Ett arbete pågår för att minska medicinering och en läkare satte ut medicin utan att kommunicera med boende. Avvikelserapport gjordes och personen jobbar inte kvar eftersom ordinarie läkare är tillbaka. Läkare hade inte kunnat delta på SIP-möte då samma läkare fått tre SIP-bokning på samma tid. Stressad sjuksköterska trippelbokade men man har talat om det därefter. Kommer att prioritera SIP framöver.

Samverkan med kommunen viktig. Ej personbunden fråga, viktigt att titta mer på strukturella frågor och göra strukturella lösningar. Försiktighetsprincip. Inte bara att sätta ut. Behöver också ta ställning till frågor som:

- Varför personen fick läkemedlet från början
- Kan utsättning ge biverkan
- Finns det risk för abstinens?

örbättri

Frågorna är viktiga för boende ifall man exempelvis behöver bemanna upp. Också viktigt att ha med rätt personer från enheten på rond för kunskapsöverföring. Att exempelvis ha med en undersköterska på ronden är fördelaktigt bland annat för att de ofta har ytterligare perspektiv att bidra med och än mer kännedom om reaktioner mm. Det är också en fråga om vilka signaler vi skickar ut.

Ta ställning till om undersköterskor kan vara med och ronda, sköterskor behövs egentligen på alla boende och det finns goda erfarenheter från andra kommuner. De som deltar kan också hjälpa till att informera vidare till övrig boendepersonal.

Kommer upp idéer om att bjuda in föreläsare som exempelvis Marie Eckerlid. Kan hon ha ngt för omvårdnadspersonal. En annan förståelse för läkemedel, ingen idé att exempelvis stå på sömnmedel mer än två veckor då det inte ger någon effekt sedan.

Multiprofessionella team. Utbyte av kunskap. Utmana klassiskt rondtänk.

8. Konkretiserad HPL (Åsa och Anita)

Anita visar handlingsplanen och frågan gällande att öka kvalitet och säkerställa SIP-nätverk med utsedd sammankallande. Mötet konstaterar att man haft arbetsgrupper gällande SIP i olika konstellationer med liknande uppdrag under många år nu. Varje verksamhet behöver ta ansvar för att man använder SIP. Att skapa en ny arbetsgrupp anses inte tillföra något ytterligare. Tar bara resurser från verksamheter.

Beslut:

Ingen ny arbetsgrupp SIP

Varje patient som skrivs in i kommunal primärvård och särskilt boende ska erbjudas ett multidisciplinärt inskrivningssamtal genom SIP. Kommunen utser SIP-samordningsansvarig för denna målgrupp.

Handlingsplanen uppdateras utifrån dessa justeringar.

9. Efter mötet/Kommunikation från mötet

Punkt 1

Sköterskorna vänder sig till den jourhavande läkare man har avtal med. Kontakt med jourläkare funkar i huvudsak bra. De har direktnummer till läkare till vårdcentralerna. Närhälsan Partille vårdcentral har ett särskilt nummer för icke akuta ärenden 12-12:15 men där är det ingen som svarar. Berörda tar med sig detta och löser efter mötet.

örbättri

Punkt 3

Informera alla berörda om att Partille arbetar utifrån ViSam beslutsstöd

Punkt 5

Bilagan "Rutin för Medicinskt rådgivningsansvar i NOSAM Partille" ska spridas inom alla berörda verksamheter.

Punkt 8

Konkretiserad handlingsplan för Nosam Partille Äldre tas med till NOSAM Partille i september för uppdatering

10. 16:25 Kommande möte september

a. Konkretisera Brukarmedverkan och SIP

11. Mötet avslutas

Kommande möte:	2024-09-03
Vid anteckningarna:	Anita Almqvist