Kunskapsrådet Västra Götaland

I= informationspunkt
B= beslutspunkt
D= dialogpunkt
U= uppföljningpunkt

Mötesanteckningar

Tid: 2021-06-02 13.00-15.00
Plats: Teams
Målgrupp/syfte: Kunskapsrådets arbetsmöte
Närvarande: Ann-Charlotte Järnström, Anne-Marie Svensson, Annika Waser, Carina Molander-Ivarsson, Charlotta Wilhelmsson, Ebba Gierow, Karin Andersson, Kerstin Hinz, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Tommy Ahlström, Susann Magnusson, Marianne Brattberg, Maria Björn, Sandra Säljö, Simina Gherman, Jörgen Månsson (delvis), Mats Börjesson (delvis), Åsa Fredriksson (delvis)

Ej närvarande: Magnus Schellin, Per-Gunnar Lundén
Sekreterare: Kerstin Hinz

AGENDA					ANTECKNINGAR OCH BESLUT			
Nr	**Tid**	**Typ**	**Ärende**	**Handling**	**Föredragande**	**Anteckningar**	**Beslut/uppdrag**	**Ansvar**
1	**13.00**		**MÖTET ÖPPNAS**					
2		**I**	**AKTUELLA STATUS I VERKSAMHETER SOM PÅVERKAR KUNSKAPSRÅDETS ARBETE**		Ann-Charlotte J	Utvärdering av Kunskapsrådets arbete pågår.		
3			**UPPFÖLJNING**					
3.1		**B**	Förgående mötesanteckningar	Kunskapsrådet - Vårdsamverkan i Västra Götaland (vardsamverkan.se)	Ann-Charlotte J	Inga synpunkter.		
3.2		**I**	Aktuell status kunskapsrådets arbete	Bilaga 1	Ingen dragning	Inga synpunkter.		
3.4		**I**	Uppföljning RPT arbete	Bilaga 2	Charlotta W Kerstin H	Genomgång av sammanställningen. Frågan uppstår hur RPT medlemmar kommunicerar och förankrar i sina verksamheter/nätverk. Gruppen betoner viktigheten av tydliga mandat och ansvar i regionala processteam.	Följdfråga ställs till alla som fick enkäten. Resultat tas med i utvärderingen.	Charlotta W Kerstin H
4			**BEREDNING NYA ÄRENDEN**					
4.1	**13.50**	**I/D**	Förfrågan om samverkan vård/omsorg kring diabetesfot		Katarina Eeg-Olofsson	Föredragande har fått förhinder.	Ärendet flyttas till nästa möte 8/9.	Charlotta W Kerstin H
5			**BESLUT**					
5.1	**14.20**	**B**	Uppdrag LMR palliativ vård	Bilaga 3	Charlotta W	Kunskapsrådet ställar sig bakom uppdragshandling.	Ordförande informerar i VVG och säkerställer undertecknande.	Ann-Charlotte J
6			**FÖRDJUPNING RPO Barn och ungas hälsa**					
6.1	**13.10**	**I/D**	Uppföljning och fortsättning av samverkan	Bilaga 4	Karin Andersson	Genomgång av bildspelet och dialog kring patientfallen. Gruppens reflektion: "vi måste vara mån om att göra rätt saker på rätt nivå." Behov finns att öka samordning på individnivå via SIP.		
14.10-14.20 Paus								
7			**ÖVRIGA ÄRENDE**					
7.1	**14.30**	**I/D**	Information om hur kommunal hälso- och sjukvård fungerar i praktiken	Bilaga 5	Carina Molander Ivarsson	Genomgång av bildspelet.	Fördjupning vid ett senare tillfälle önskas. VGRs RPO dag i september kommer att innehålla ett pass.	Charlotta W Kerstin H
7.2		**I**	Nästa möte			8 septemer 2021 13.00-15.00 Teams distansmöte Fokus RPO Äldres hälsa, information om elevhälsans roll och ansvar samt utvärdering kunskapsrådet		
8			**MÖTE AVSLUTAS**					

Bilaga 1

Interimistiskt kunskapsråd för kunskapsstyrning i samverkan

Aktuell status

- Hänt sedan senaste avrapportering
  - Bevakning av remisser vårdförlopp avslutas pga. resursbrist. Frågan är lyft på nationell nivå.
  - Fortsatt beredning av LMR och beslut för test inom palliativ vård för vuxna ihop med RCC Väst
  - Genomförd uppföljning av gemensamt bemannade RPT via enkätutskick
  - Planering för utvärdering kunskapsrådets arbete
- Händer kommande period
  - Arbetsmöte om struktur för samverkan om elevhälsa: RPO barn/unga, VästKom
  - Fortsatt beredning av LMR och beslut för test inom palliativ vård för vuxna ihop med RCC Väst
  - Analys och utvärdering av enkätsvaren för uppföljning RPT samverkan
  - Utvärdering av kunskapsrådets arbete

Utmaningar

- Pågående COVID-19 pandemi
- Hitta representanter till grupperna från såväl VGR som kommunerna
- Hitta det bästa sättet att samverka inom kunskapsstyrning på länsnivå som skapar nytta för medarbetare som möter invånarna och invånarna själva.

Aktiviteter för att möta utmaningar

- Löpande anpassning av tempo, aktiviteter, möten utifrån förutsättningar
- Utökad dialog med RESAK för utveckling av gemensam kunskapsstyrning
- Utvecklingsarbete på kommunsidan avseende representanternas uppdrag och spridning/förankring
- Delta i dialoger om samverkansstruktur i länet
- Följa upp arbetet med kunskapsstyrning i samverkan i RPT, kunskapsrådet, RESAK och kommunalförbunden

Förkortningar

- PSV = Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp
- RPT = Regionalt processteam
- NAG = Nationell arbetsgrupp
- VGR = Västra Götalandsregionen
- VGK = Västra Götalands kommuner
- RESAK = Regional samordning av kunskapsstyrning, funktion inom koncernkontoret
- RMR = regionala medicinska riktlinjer
- LMR = arbetsnamn för länsgemensam medicinsk riktlinje

Aktiviteter

Aktivitet	Status
1 Bemanning av prioriterade RPT	Pågår
2 Bemanning av prioriterade NAG	Pågår
3 Kommunikationsplan	Pausad
4 Plan för uppföljning av struktur för samverkan inom kunskapsrådet	Pågår
5 Utreda möjligheten att upprätta RMR/LMR i samverkan	Pågår
6 Arbetssätt för gemensam implementering av kunskapsstöd	Pågår
7 Bevaka remisser av PSV	Avslutat
8 Tydliggöra det gemensamma uppdraget för PRT	Pågår
9 Hitta former för gemensam kompetensutveckling	Pågår
10 Utreda möjligheten för harmonisering av styrande dokument FVM/klinisk innehåll	Dialog ska påbörjas
11 Utreda möjligheten för gemensam uppföljning	Pågår

År

2021 delperiod 2

Avrapporteringsdatum

Maj

Övergripande status

Tidplan

Leveranskvalitet

Resurser

Ledning

Ordförande delperiod 1:
Anders Carlqvist, VGR
Ordförande delperiod 2:
Ann-Charlotte Järnström, VGK

Processledarna:
Charlotta Wilhelmsson, VGK
charlotta.wilhelmsson@vastkom.se
Kerstin Hinz, VGR
kerstin.hinz@vgregion.se

Bemanning - rådet

Med hänsyn till pandemin, sjukdomar och byte av arbetsuppgifter är inte alla roller tillsatta eller delaktiga.

https://www.vardsamverkan.se/samverkanteman/kunskapsstyrning/kunskapsradet/

Detaljinformation aktuell status april 2021

Bemanning regionala processteam (RPT)

Grupp	Representant 1	Representant 2	Anmärkning
RPT diabetes	Bemannad	Vakant	Sedan länge – diabetesråd har blivit RPT
RPT stroke	Bemannad	Vakant	Sedan länge – strokeråd har blivit RPT
RPT KOL	Bemannad	Bemannad	
RPT schizofreni	Bemannad	Vakant	
RPT ADHD	Bemannad	Vakant	
RPT självskada	Vakant	Vakant	
RPT missbruk/beroende	Bemannad	Vakant	
RPT ångest-depression	Bemannad	Vakant	
RPT – ohälsosam viktutveckling	Bemannad	Bemannad	
RPT – uppföljning efter covid-19	Bemannad	Bemannad	En tredje kommunal representant finns
Regional grupp för omvårdnad och patientsäkerhet	Bemannad	Vakant	
RPT förvärvade hjärnskador	?	?	Två kommunala representanter har varit engagerade innan arbetet pausades – förnyad fråga får ställas inför nästa steg

Bemanning nationella arbetsgrupper (NAG)

Grupp	Representant 1	Representant 2	Anmärkning
NAG schizofreni	Bemannad	-	NAG har en kommunal representant per sjukvårdsregion
NAG KOL steg 2	Bemannad	Bemannad	
NAG matallergi	Bemannad	Bemannad	Representant 2 från kommunsidan i Halland
NAG missbruk/beroende	Bemannad	-	NAG har en kommunal representant per sjukvårdsregion
NAG ångest-depression	Bemannad	-	NAG har en kommunal representant per sjukvårdsregion
NAG ADHD	Bemannad	-	NAG har en kommunal representant per sjukvårdsregion
NAG självskada	Vakant	-	Förfrågan ute

LMR i samverkan

FVM och utvecklingen av den nära vården ökar behovet av styrande dokument. Frågan drivs därför med hög prioritering inom ram för andra uppdrag i samverkan.

Inom ram för framtagning av riktlinjer för styrande dokument i samverkan används just nu benämningen ”Länsgemensam medicinsk riktlinje (LMR)”.

Förankring av uppdragshandling pågår hos parterna. Beslut planeras i juni.

https://www.vardsamverkan.se/samverkanteman/kunskapsstyrning/kunskapsradet/

Bilaga 2

Resultat enkätsvar

Uppföljning samverkan i regionala processteam (RPT)
med kommunal representants

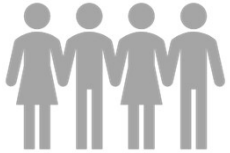
Maj 2021

Kerstin Hinz & Charlotta Wilhelmsson

Allmän om enkäten



10 frågor



173 personer



30 april-14 maj



103 svar
59,6%



05:44 minuter

Antal svar per tillhörighet







TILLHÖRIGHET	MOTTAGRE TOTALT 173	SVAR PER TILLHÖRIGHET
Patient	12 personer	7 personer – 58, 3%
Kommun	13 personer	8 personer – 61,5%
Region	148 personer	88 personer – 59,5%

Personer från alla RPT har svarat.
6 av 10 har svarat oavsett tillhörighet.

Vilka RPT medlemmar fick möjlighet att svara?

RPT ADHD	RPT diabetes	RPT förvärvade hjärnskador	RPT KOL
RPT missbruk/beroende	RPT – ohälsosam viktutveckling	RPT schizofreni	~~RPT självskada~~*
RPT stroke	RPT ångest-depression	RPT – uppföljning efter covid-19	

*Inbjudan skickades ut till RPT som inte har kommunal representants.
Berörda siffror för antal utskick är korrigerade.

Reflektioner kring resultatet

… med fokus på samverkan mellan vård-och omsorgsgivare för att skapa nytta för våra invånare

Mer än 92% av alla respondenter anser att det finns ett stort/mycket stort värde i att samverka i regionala processteam.



Mer än 90% av alla respondenter upplever att deras synpunkter och förslag beaktas delvis eller i stor utsträckning i arbetet.



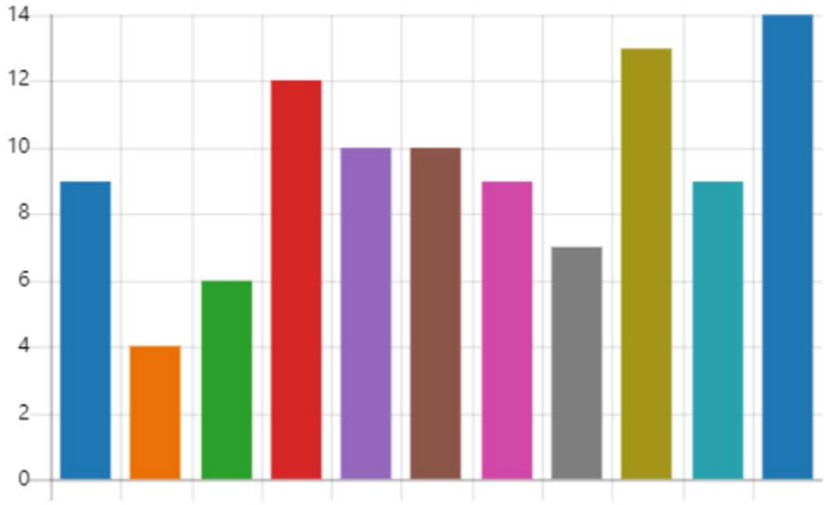
Våra kommunala representanter är överens om att samverkan i regionala processteam ger ett mycket stort värde.



Resultat i siffror och fritext

1. I vilket regionalt processteam är du medlem?

RPT ADHD	9
RPT diabetes	4
RPT förvärvade hjärnskador	6
RPT KOL	12
RPT missbruk/beroende	10
RPT – ohälsosam viktutveckling	10
RPT schizofreni	9
RPT självskada	7
RPT stroke	13
RPT ångest-depression	9
RPT – uppföljning efter covid-...	14



Obligatoriskt att svara
103 svar – visas som antal personer

2. Jag är anställd i/av eller deltar som

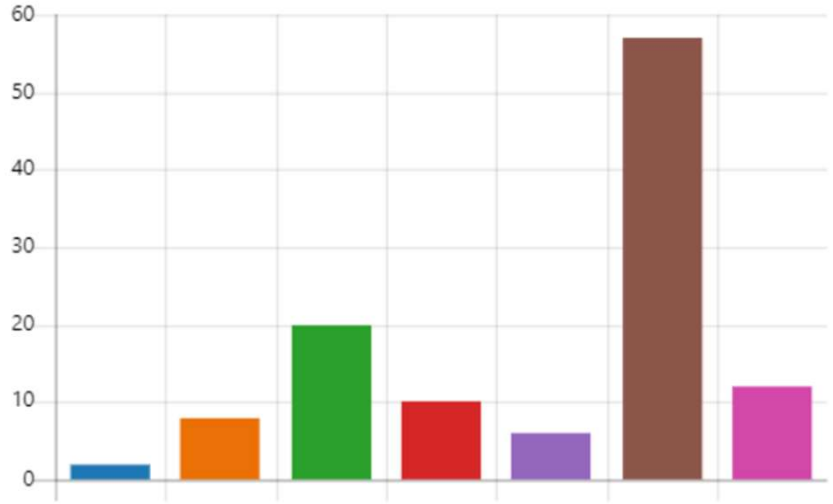
Kommun	8
Patientrepresentant	7
Privat utförare	4
Region	84



Obligatoriskt att svara
103 svar – visas som antal personer

3. Jag representerar följande perspektiv (möjligt att välja flera alternativ)

Elevhälsa	2
Patient och/eller närstående	8
Primärvård	20
RPT koordinator	10
Socialtjänst (inkl. LSS)	6
Specialistvård	57
Annat	12



Obligatoriskt att svara
115 svar – visas som antal personer (103 plus flervals)

4. Hur bedömer du din kännedom om vad arbetsgruppen har för uppdrag?

Mycket god kännedom	33
God kännedom	64
Låg kännedom	5
Ingen kännedom	0
Kan inte bedöma det	1



Obligatoriskt att svara
103 svar – visas som antal personer

5. Hur bedömer du din introduktion till arbetet?

Mycket bra introduktion	17
Bra introduktion	60
Bristfällig introduktion	15
Ingen introduktion	4
Kan inte bedöma det	7



Obligatoriskt att svara
103 svar – visas som antal personer

6. Hur relevanta är de frågor som diskuteras i arbetsgruppen utifrån ditt perspektiv?

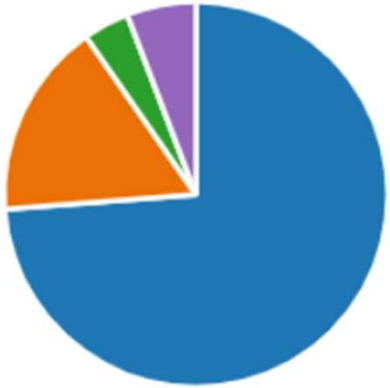
	Alla	Kommunrepresentanter	Patientrepresentanter
Mycket relevant	44	1	1
Mestadels relevant	40	5	5
Delvis relevant	18	2	2
Inte alls relevant	0	0	0
Kan inte bedöma det	1	0	0



Obligatoriskt att svara
103 svar – visas som antal personer

7. Beaktas dina synpunkter och/eller förslag i arbetet?

	Alla	Kommunrepresentanter	Patientrepresentanter
Ja, i stor utsträckning	76	5	3
Ja, in någon mån	17	2	1
I liten grad	4	0	0
Nej	0	0	0
Kan inte bedöma det	6	1	3



Obligatoriskt att svara
103 svar – visas som antal personer

8. Hur ser du på värdet av att processteamet är bemannad med representanter från regionen, kommunerna och patienter i förhållande till de uppdraget gruppen har?

	Alla	Kommunrepresentanter	Patientrepresentanter
Mycket stort värde	77	8	4
Stort värde	18	0	3
Visst värde	5	0	0
Lågt värde	1	0	0
Kan inte bedöma det	2	0	0



Obligatoriskt
103 svar

9. Vilka möjligheter till förbättring/utveckling ser du i processteamets uppdrag och arbetssätt?

- fungerar utmärkt som den är
- Arbeta lokalt! Man måste få en lokal anknytning eftersom det är där arbetet sker. RPT medlemmarna måste få stöttning och hjälp med att kunna genomföra det som bestäms i processteamet och verksamhetschefer måste stå bakom teamen. Spelar ingen roll hur bra arbete processteamet gör om det inte finns en mottagare/ lokal enhet som är villig att arbeta med det
- Ibland blir det svårt att se hur arbetet i processteamet påverkar/förbättrar det kliniska vardagsarbete. När man jobbar på sin arbetsplats (och om man inte har jobbat med processarbete) saknas den tillhörighet till något större än själva kliniken. Detta leder till att var och en försöker hitta förbättringsförslag som hela regionen kunde få nyttja av. En snabbare implementering i hela regionen och att jobba för att förstärka gemenskapen för alla som jobbar inom VGR kan vara viktigt att fortsätta med.
- Med fördel skulle den kommunala representanten kunna vara med i beredandet av dagordningen för att även lyfta in ev. frågor från ett kommunalt perspektiv. Skulle då även kunna vara med och prioritera vilken del av mötet som är viktigt för den kommunala representanten att vara med på.
- Att det blir tydligare gällande min roll kring hur implementeringen av detta arbetet skall se ut i de olika kommunerna. Vad jag skall bära med mig för frågor utåt, det börjar klarna efter en tid i arbetsgruppen men det är ingen utifrån som tydligt sagt exakt vad jag har för ansvar. Jag är mån om att göra ett bra jobb som representant o därmed bära viktiga frågor vidare.
- Bättre framförhållning gällande mötestider med alternativ presenteras och datum väljs där de flesta kan. Nu kallas vi till tid som oftast ingen funkar.
- Mer tydlig agenda inför möten. Lätt att det svävar iväg och man fastnar i detaljer om lokala processer istället för att lyfta frågan till nästa nivå.
- Viktigt att ha med patienter all planering för att kunna utveckla verksamheten
- Vi har delvis delat upp oss i mindre undergrupper och det hade behövts i större grad. Det är en utmaning att sitta många personer i samma digitala möten och försöka lösa komplexa frågor.
- Goda möjligheter till förbättring. Behöver mer avgränsat och tydligt uppdrag.
- Tror att fler chefer på plats i grupperna skulle kunna leda till mer effekt. Resurssituationen kan inte vara obeaktad när man diskuterar olika förändringar.
- Jag tycker att det är ett mycket välfungerande team som aktivt driver strokevården och strokerelaterade frågor framåt i regionen och jag uppskattar möjligheten att delta digitalt eftersom det innebär att jag kan delta betydligt oftare än vad annars hade varit fallet.

Fritextsvar

64 svar, 1-12

9. Vilka möjligheter till förbättring/utveckling ser du i processteamets uppdrag och arbetssätt?

- Jag tycker att det är ett mycket välfungerande team som aktivt driver strokevården och strokerelaterade frågor framåt i regionen och jag uppskattar möjligheten att delta digitalt eftersom det innebär att jag kan delta betydligt oftare än vad annars hade varit fallet.
- Ångest - depression är ett stort och spretigt uppdrag. Möjligtvis att dela upp det i ett för Ångest och ett för Depression.
- Vi behöver tydligare koppling mellan kunskapsstyrning/RPT och linjeorganisation. Flera frågor kräver förankring och beslut i verksamheterna. Det är svårt att planera när man inte kan ta beslut och inte få svar då stannar arbete på diskussionsnivå. Det skulle vara önskvärt att standardisera arbetssättet. Det skiljer sig väldigt mycket i organisation och arbetssätt mellan olika förvaltningar i regionen vilket innebär att patienter inte få likvärdig vård. Vi behöver också ta med kommunen på ett mer aktivt sätt. Det finns brister i kunskap hos kommunanställda om olika sjukdomstillstånd och funktionshinder som sjukdomen kan innebära. Flera gemensamma utbildningar. Digital utbildning om uppdaterade RMR ska rikta sig båda till regionanställda och HSL personal i kommunerna.
- Är en alldeles för stor process- Ångest & Depression spänner "överallt". Gruppen behöver undergrupper eller delas. Självklart mycket fokus på primärvården var kommer den bipolära processen in?
- Att uppdraget är tydligt avgränsat, många saker faller in i RPT vilket gör det svårt att hinna med att fördjupa frågorna och arbetet. Krävs arbete mellan de månatliga mötena vilket kan vara svårt att få till för deltagarna.
- Arbetande grupper för specifika frågeställningar mellan mötena. Digitala arbetsformer underlättar detta.
- Det är främst representanter från landstinget. En fin utveckling skulle vara att ha fler från kommunen med i gruppen
- En jämnare fördelning av representanter från region och kommun vore önskvärt. Jag som ensam kommunrepresentant upplevde att förväntan på min roll i teamet var otydlig.
- Stora då vi gemensamt kan se svårigheter och i förväg kan försöka överbrygga synliga problem.
- Större engagemang från kommun och region. Framförallt kommunen ligger alldeles för lågt i dessa frågeställningar. Särskilt med tanke på att Stroke är en av våra största och dyraste folksjukdomar.

Fritextsvar
64 svar, 13-22

9. Vilka möjligheter till förbättring/utveckling ser du i processteamets uppdrag och arbetssätt?

- om det går att implementera i FVM ser jag mkt stora möjligheter till utveckling och förbättring
- Då just detta RPT, p g a behov, startade springande och sedan fortsatt i samma takt har arbetssättet fått anpassas därefter och resultatet kanske inte blir lika optimalt som om tiden hade funnits att arbeta på ett annat sätt. Men trots detta upplever jag ändå att ordförande gjort ett gott arbete på kort tid.
- Ganska nyligen startat mitt uppdrag i teamet, så svårt ha uppfattning ännu men en avgörande fråga är att BMI för befolkningen måste monitoreras, vilket är enkelt avseende barn och unga eftersom regelbundna mätningar göra och alla uppgifter är datoriserade. Utan att det görs tillgängligt, från både elevhälsa och region kommer uppdraget inte att kunna följas.
- Man borde lägga mer tid på att jobba för verkligt genomförande av kunskapsstyrd vård , jämlikt i regionen. Idag läggs alltför mkt tid på att formulera dokument, för mkt tid på att hitta processmått, som alla vet egentligen ändå inte mäter den kvalité vi vill mäta, för mkt tid på vad KPH och NPO vill. För lite tid på att jobba med vad som hindrar genomförande av kunskapsbaserad vård ute i verksamheterna. Sådant som aldrig blir genomfört pga ointresse och oförmåga i chefslinjen. RPT's koppling till chefslinjen är mkt otydlig. Enligt KPH skall processteamen vara koppling mellan verksamheterna och KPH kring kunskapsfrågor. Enligt chefslinjen skall all kommunikation (Kunskapsfrågor, kursinbjudningar/frågeställningar/riktlinjer, mm), med verksamheterna gå i chefslinjen. KPH och chefsrådet borde lägga tid på att få en samsyn kring hur kunskapsbaserad vård skall nå ut till patienten.
- Tydligare infor/dokumentation vad som förväntas förberedas till nästa möte/steg i arbetet.
- Möjlighet till mer avsatt tid för konkretiserat arbete hade varit värdefullt.
- Uppdraget brett och tar mycket tid för att bli verkligt engagemang. Numera jobbar vi med lunchmöten - utöver ordinarie RPT-möten och utöver det har vi inläsning och jobb mellan mötena. Jag lägger sannolikt dubbelt så mycket tid som är sagt att lägga på detta - plus att min enhet där jag är anställd öht inte ersätts för bortfall av arbetstid från ordinarie arbete (dvs ordinarie RPT-möten), eftersom jag inte jobbar i konkurrensutsatt verksamhet.
- Vi saknar kommunrepresentant, men med en sådan i teamet har vi hela bredden vilket vore en stor fördel.
- Jag tycker att det är bra. Får dagordning och tidigare protokoll i god tid inför nästa möte. Mötet är strukturerat, bra upplägg och styrning.
- Tydligare kommunicera uppdraget, planen och roller i början av processen. Förbättra kommunikation kring hur uppdraget framskrider och vad som görs mellan möten och i olika undergrupper.

Fritextsvar
64 svar, 23-32

9. Vilka möjligheter till förbättring/utveckling ser du i processteamets uppdrag och arbetssätt?

- Tydligare kontinuerlig koppling till ledning/linjen och den kliniska verksamheten.
- Viktigt att det finns utrymme för alla professioner och representanter för olika delar av vårdkedjan att lyfta sina prioriterade frågor och perspektiv i arbetsgrupper samt gemensamma processmöten för att främja utveckling och förståelse.
- Hade varit bra med större representation från primärvård och även från elevhälsa i processteamet. Många frågor kring medicinska riktlinjer för specialistvård bygger på hur uppdragen ser ut för primärvård och elevhälsa (där det senare ju har ett kommunalt snarare än regionalt huvudmannaskap). I nuläget jobbar man parallellt med likartade frågor i olika arbetsgrupper kommunalt, regionalt och nationellt. Det saknas bra samordning kring detta, vilket innebär svårigheter vid införande av nya rutiner och riktlinjer. Risken är stor att det snarare blir fler "stuprör" i hälso- och sjukvård, där patienter hamnar mellan stolarna, vilket i förlängningen leder till ökade samhällskostnader.
- Utvecklingsområde är kanske hur vi finner mer synergier med information som mestadels berör regionen också kommer kommunen tillhanda, då informationen direkt berör personer med adhd som är inom regionen men indirekt berör samma personer hos kommunen. Tror att kommunen skulle gagnas av att ta lärdom från regionen och tvärtom. I övrigt finns det är bra dynamik i gruppen där olika perspektiv beaktas och jag tror berikar oss alla. En utmaningar är också sannolikt att aktuell relevant information når ut till berörda, inklusive personer i målgruppen och deras anhöriga.
- Jag känner mig ganska ensam från min position. Jag arbetar direkt med patienter i en mycket slimmad organisation. Att ha ordentligt avsatt tid är inte möjligt som det verkar. Har kunnat vara med på alla möten, men varit svårt att få mer tid. Känns inte riktigt förankrat på kliniken. Jag företräder både läns- och barnmott.-nivå. För att få en mer jämlik vård tror jag det borde finnas fler representanter utanför stora Göteborg. Jag tror också det hade varit bra med en intro. innan uppstart med hur hela regionen är organiserad. Hur ser kontakt- och beslutsvägar ut? Jag känner att de som jobbar på mer ledande positioner har en helt annan koll och det är lite svårt att hänga med i vissa diskussioner från "golvnivån". Sedan är det ju vi på "golvet" som behöver bra riktlinjer och resurser för att kunna jobba på ett bättre och mer jämlikt sätt. Jag försöker ändå bidra med det jag kan från "verkligheten"!
- Jag är mycket ny i teamet och kan inte bedöma detta ännu.
- Företräder barn som anhöriga. Ser att det är viktigt att vi finns med så att inte barnperspektivet tappas bort, även något en kan arbeta mer med.
- Representant från kommunen har växlat och just nu deltar inte någon representant. Med tydligare struktur och bättre planering hade kanske uppdraget för kommunrepresentant kunnat avgränsas och göras tydligare. Då kunde representanter för flera olika kommuner (ex både storstad/glesbygd) delta under den viktiga inledande fasen i arbetet gällande problembeskrivning och gemensam bild.
- Lättare väg till beslut och förankring i verksamheter i VGR.

Fritextsvar

64 svar, 33-41

9. Vilka möjligheter till förbättring/utveckling ser du i processteamets uppdrag och arbetssätt?

- Uppdraget är ganska brett. Inkl övervikt och obesitas. Inkluderar prevention och behandling. Hoppas vi kan fokusera fullt ut på att ge de med sjukdomen obesitas god vård inom vår region.
- Oklart om RPT är rätt forum att samverka med kommun och primärvård samt representanter från annnan region. Det är naturligtvis viktigt med samverkan, men samtidigt blir det stora möten. Initialt var endast VUP regionalt representerat, BUP tillför nya perspektiv, men allt är naturligtvis inte relevant för alla. ADHD är än så länge en specialistvårdsfråga, så många av teamets frågor är av psykiatrisk karaktär. Jag har ibland känsla av att mycket tid går åt till att förklara vissa begrepp eller rutiner, alternativt att flera deltagere inte känner sig delaktiga.
- Utveckla en jämlik vård för KOL-patienter. Ökat samarbete mellan kommun, primärvård och specialistvård, mellan olika mottagningar. Mycket viktigt att patienten finns representerad i RPT KOL. Nätverksbyggande.
- Mera fokuserat på det som ska göras, mindre "fria" diskussioner.
- Jag tror att medlemmarnas roller kan förtydligas. Kan ofta uppleva att arbetet i RPT är längre prioriterat än mycket annat och det kan påverka hur snabbt gruppen kan få resultat.
- Mer tydlig plan vad som ska göras och vart fokus ligger.
- Svårt att få med alla synpunkter och representanter från alla håll då processen är stor liksom regionen.
- Hade varit givande med tätare/tydligare återkoppling från praktiken om hur riktlinjerna osv följs. Hinder och möjliggörare för detta hade varit intressant att få återkoppling på.
- Kommunrepresentanterna behöver en kommunalförankring. MAS-nätverket eller likande. Svårt att nå ut till alla kommuner,
- stora möjligheter vad det gäller nätworking, profesionell utveckling inom stroke, bättre kunskap om svenska systemet
- Jag ser stora möjligheter, framför allt när det gäller att planera och genomföra relevanta utbildningsinsatser inom området.
- Svårt att bedöma nu när vi alltid är digitala.
- Att få en bredare representation. Saknas från kommun.
- Jag är för ny för att kunna bedömman det ännu

Fritextsvar
64 svar, 42-55

9. Vilka möjligheter till förbättring/utveckling ser du i processteamets uppdrag och arbetssätt?

- Antal deltagare i teamet har över tid ökat avsevärt. Finns förstås för- och nackdelar med det.
- Det hade varit bra om uppdragsbeskrivningen och metodiken i arbetssättet tagit hänsyn till folkhälsoaspekten mer - nu är inriktningen helt och hållet behandling. Det har att göra med kunskapsnivån hos dem som formulerat uppdraget, som jag uppfattar det. Ledningen för RPT:t är väldigt öppen för och intresserad av folkhälsoaspekten, och medveten om dess betydelse.
- Fler representanter fån elevhälsa och lokala regionala mottagningar utanför storgöteborg. Fler personer med mer tid avsatt
- Viktigt med en väl insatt teamledare samt utsedd sekreterare, vilket jag tycker att vi har. Ser fram emot det fortsatta arbetet.
- Att utöka agenda med frågeställningar från kommunalt håll. Att kanske ha en kommunal referensgrupp att möta vid behov av diskutera kunskapsfrågor/överenskommelser för hur vi ska arbeta vid särskilda funktionsnedsättningar/tillstånd inom samverkan
- Att utöka agenda med frågeställningar från kommunalt håll. Att kanske ha en kommunal referensgrupp att möta vid behov av diskutera kunskapsfrågor/överenskommelser för hur vi ska arbeta vid särskilda funktionsnedsättningar/tillstånd inom samverkan
- Höja kompetens och kunskap i vården för patienter med självskada.
- F.n. är jag för ny i rollen, men återkommer gärna i ev. framtida enkät.
- Mötesplanering i god tid skulle underlätta. Det är många som inte kan delta då möten bokas med kort framförhållning. Tydligare mål och delmål. Önskvärt med fler privata aktörer som är med i arbetet.

Fritextsvar
64 svar, 56-64

10. Övriga förslag, frågor och synpunkter (på enkäten eller arbetet generellt)

- Ha "mindre grupper" under möten.
- I RPT missbruk och beroende är det en bra struktur där relevanta frågor och adekvata funktioner som deltar. Samtalsklimatet är även gott som ger utrymme för givande dialog och utveckling.
- Det är ett mycket bra arbete i och kring kunskapsstyrningen som sker. Det är ett spännande och inspirerande arbete som kommer ta tid, men som är superviktigt. Väldigt bra att Charlotta Wilhelmsson samlar alla representanter då och då, det ger mycket förståelse för uppdraget.
- Hur ska vi arbeta med att skapa nätverk av berörda utanför gruppen för att fånga upp viktiga frågor?
- Vår representant från RPO/Koncernkontoret Katrine Modig har varit oerhört hjälpsam när vi haft frågor. Viktig pusselbit som vi inte kunde klarat oss utan.
- fortfarande relativt ny i gruppen. Strukturen och agendan är ganska svåröverblickbar och komplex. Kan man förenkla för att få mer kraft?
- "Några har kommit och några har passerat och gått - Är ett gott gäng som jobbar sig framåt och vi har mer och mer hittat formen.
- Vi behöver troligen jobba mer med team/undergrupper. Jmf det finns en process för Schizofreni men ingen för bipolär, vilket är märkligt med bakgrund av att fler troligen har den diagnosen. prevalens 0,2% jmf med 2% . Båda behöver ett snabbt omhändertagande så människor inte lider i onödan."
- Tydlig struktur och etablering av lokala processteam ökar förutsättningarna för arbetet. Att alla medlemmar är införstådda med vem de representerar men ändå har ett regionalt perspektiv och förankring.
- "Tydligt avgränsat uppdrag så att arbetsbördan för RPT och tiden är rimlig. Struktur och etablering av lokala processteam en förutsättning för genomslag av arbetet.
- Hur tar kommunen hem frågorna till sina lokala organ? "
- Ännu mer tydligt att vi ska att enheterna ska följa de riktlinjer som finns och arbeta utifrån vad VIP säger.
- Bra med regionala processteam, men för att nå ett resultat tror jag att uppdragen behöver vara tydligt förankrade inom både kommun och region.
- Större och mer långsiktigt fokus på livslång rehab

Fritextsvar
30 svar, 1-14

10. Övriga förslag, frågor och synpunkter (på enkäten eller arbetet generellt)

- Mycket bra framförhållning vad gäller mötestider och agenda, trevlig stämning trots digitalt. Fantastiskt bra att vi har med i alla fall en patientrepresentant. Bra spridning på yrken, kurator, tandläkare och logoped saknas? Mötena konkurrerar med kliniskt arbete då ingen ersättning utgår, vilket medför risken att det blir brist på deltagare som jobbar nära patienterna och att det är svårt att hinna göra de uppgifter mellan mötena, som skall föra arbetet framåt.
- Rollen på egna förvaltningen efter återkoppling om RPT-gruppens arbete har varit otydlig, men är under utveckling så det blir förhoppningsvis tydligare och bättre framöver.
- Samtliga allmänläkare som arbetar i ordinarie konkurrensutsatt verksamhet har slutat efter 6-12 månaders engagemang - de hinner inte med. Jag hinner eftersom jag jobbar på övertid och inte jobbar 100% och alltså kan lägga en hel del engagemang (fritid och luncher) på RPT-arbetet (och det räcker in fullt ut i alla fall). Men det är att beklaga att den allmänmedicinska representationen i RPTn blir så oregelbunden och liten i förhållande till övriga kompetenser och specialiteter, vilket ger en svår situation för primärvården som helhet. Så min åsikt om kunskapsorganisationen är att den är ett för primärvården och allmänmedicin mycket kompetensslukande sätt att vidarebefordra och operationalisera Nationella riktlinjearbetet.
- Vi borde ha fler representanter från kommunerna tror jag, då det stora problemet är hur vi ska nå ut till alla i hela regionen. Socialtjänstens roll? Kanske arbetet i RPT bidrar till ett förslag som sedan når fler intressenter och på det viset utvecklas en mer jämlik metod i regionen?!
- Jag är mycket ny i teamet och kan inte bedöma detta ännu.
- När det kommer till arbete med att förändra arbetssätt eller strukturer så har enstaka representant från kommunen inte mandatet men kan ha synpunkter.
- Bra att det har tagits ett omtag efter pandemins påverkan på tidigare arbete.
- Rollen som RPT-Koordinator bör byta namn. Rollen är inte att koordinera vilket är vilseledande för rollinnehavaren och andra aktörer. Risk att koordinatorn blir en "allt-i-allo".
- Väldigt bra introduktion och stöd av koordinatorn och ordföranden!
- Samverkan med kommunerna och regionen (primärvård och specialistvård) behöver förstärkas och prioriteras
- Apropå kunskap och "kunskapsstyrning" kan man över vad våra lärosäten, universitet mm bör ha för roll i detta sammanhang.
- Det är en avvägning mellanrepresentativitet och hanterbar storlek

Fritextsvar
30 svar, 15-26

10. Övriga förslag, frågor och synpunkter (på enkäten eller arbetet generellt)

- Det behövs ett generellt kunskapslyft om villkor för utförande och utvärdering av förebyggande och hälsofrämjandes arbete. Att folkhälsovetetenskap är något annat än medicinsk vetenskap.
- Försöka boka upp mötestider med bättre framförhållning, då kalendern fyller på sig snabbt.
- Behov av gemensam kunskapsbas är väldigt central i vissa frågor, att man vet vad den andra huvudmannen har kunskap om/kan åtgärda/förväntas kunna göra.
- gemensam kunskapsbank är nödvändig för samverkan, ökar förutsättning för samverkan. Tydligare gränsdragning gällande ansvarsfrågor behövs generellt men också tydlig inriktning kring vilka frågeställningar vi behöver utveckla gemensam kunskapsbank.

Fritextsvar
30 svar, 27-30

Bilaga 3

2021-05-24

Uppdragshandling

Länsgemensam medicinsk riktlinje för tillämpning av nationellt vårdprogram för palliativ vård

1. Bakgrund

Ungefär 1 % av Sveriges befolkning dör årligen. Data från Svenska Palliativregistret visar att drygt 80 % av alla som avlider dör en förväntad död, dvs. avlider i sviterna av en eller flera kroniska sjukdomar. Hos dessa patienter finns alltid ett större eller mindre behov av palliativ vård. Det innebär att drygt 70 000 personer per år under kortare eller längre tid har behov av vårdinsatser som kan rubriceras som palliativ vård. Behovet kan föreligga från dagar till år beroende på sjukdomstillstånd och komplexitet. Den demografiska utvecklingen innebär att andelen äldre i befolkningen ökar. Förbättrade medicinska behandlingsmöjligheter innebär att fler personer lever längre med olika kroniska sjukdomar. En andel av dessa förväntas ha omfattande palliativa vårdbehov som en effekt av komplexa sjukdomstillstånd.

Ungefär 25 % av dessa 70 000 personer (ca 20 000 pers.) har ett mer komplext palliativt vårdbehov. För att möta dessa personers komplexa vårdbehov krävs det specialiserad palliativ hemsjukvård eller specialiserad palliativ slutenvård. Specialiserad palliativ vård kan ges i ordinärt boende med insatser på hemtjänst, hemsjukvård med stöd av specialiserat palliativt konsultteam.

I Västra Götaland bedrivs palliativ vård inom primärvården, i egna hem, på korttidsboende, på särskilda boende, och på alla sjukhus. Samtlig personal som i sitt arbete möter personer med behov av palliativ vård, inom slutenvården, primärvården, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänsten kommer att beröras av LMR Palliativ vård.

För att uppnå en god palliativ vård är samverkan mellan olika vårdgivare en förutsättning. Palliativ vård

- berör personer som har palliativa vårdbehov som behöver koordineras mellan huvudmännen
- berör socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård i samtliga kommuner och hälso- och sjukvård i VGR
- berör många personer som får vård och omsorg i kommunerna
- har behov av stöd för gemensam tillämpning

Nationellt vårdprogram för palliativ vård godkändes i Regionala cancercentrum i samverkan i mars 2021. Vårdprogrammet är giltigt för all palliativ vård, oavsett om patienten har lång eller kort tid kvar i livet. Det längre perspektivet behövs för att klargöra sammanhanget. Generellt sett är ambitionen att integrera den palliativa vårdens förhållningssätt och kompetens allt tidigare i olika sjukdomsförlopp, även om det kortsiktiga målet är att erbjuda alla personer som behöver god vård under livets allra sista tid. Vårdprogrammet ska, tillsammans med bland annat Svenska palliativregistret och Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, ge förutsättningar för en bättre palliativ vård. Det behandlar olika delar av den palliativa vården och ska vara en del av underlaget för att planera den nationella, regionala och lokala allmänna palliativa vården.

Vårdprocessgruppen för palliativ vård inom Regionalt cancercentrum väst (RCC Väst), där även kommunala representanter ingår, har identifierat behovet av att ta fram ett gemensamt styrdokument för tillämpning av Nationellt vårdprogram för palliativ vård inom både regional och kommunal vård och omsorg. Arbetet ses som ett steg i utvecklingen av en god och nära vård.

Utifrån detta föreslås en länsgemensam riktlinje i samverkan mellan huvudmännen tas fram som först i sitt slag.

På nationell nivå pågår inom programområde äldres hälsa arbete med att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Detta beräknas vara klart andra kvartalet 2022 och får beaktas i den mån det är möjligt.

2. Uppdraget

Ta fram länsgemensam medicinsk riktlinje (LMR) för palliativ vård för tillämpning av nationellt vårdprogram för palliativ vård, som är gemensam för Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Riktlinjen ska utgå ifrån respektive huvudmans ansvarsområde enligt hälso- och sjukvårdsavtalet.

3. Syfte

Säkerställa att personer som är i behov av palliativ vård identifieras och får tillgång till vård- och omsorg utifrån bästa tillgängliga kunskap i rätt tid och på rätt vårdnivå, oavsett vilken sjukvårdshuvudman som ansvarar för, eller ger insatsen.

4. Organisation

a. *Uppdragsgivare*

Kunskapsrådet är uppdragsgivare under sin interimistiska tid. Ansvaret går över till Vårdsamverkan Västra Götaland om kunskapsrådet avslutas.

b. *Arbetsgrupp*

Kommunerna i VG via kommunalförbunden och Göteborgs stad

- MAS
- Verksamhetschef för hälso- och sjukvård
- Verksamhetschef för ordinärt boende eller särskilt boende
- Arbetsterapeut
- Fysioterapeut

Västra Götalandsregionen

- Läkare inom specialiserad palliativ vård
- Sjuksköterska inom specialiserad palliativ vård
- Hälso- och sjukvårdskurator inom specialiserad palliativ vård
- Hemsjukvårdsläkaren (utses via primärvårdsrådet)
- Representant från Regionalt programområde (RPO) Äldres Hälsa

Patient-/närståenderepresentant

- Utses av Patient- och närståenderådet (PNR) vid RCC Väst

Ordförande och vice ordförande utses inom gruppen, en från vardera huvudmannen

c. *Referensgrupper*

Regional processgrupp Palliativ vård

d. *Beredningsgrupp*

Processledare samt ordförande och vice ordförande bereder dagordning tillsammans inför arbetsgruppens möten.

e. *Processledare*

En processledare från vardera huvudman ca 20-25 % tjänst.

5. Genomförande

Processledarna ansvarar för att hålla ihop arbetet och processen.

Deltagare i arbetsgruppen ansvarar för att bidra med kunskap och kompetens utifrån sin profession och sitt verksamhetsområde. De ska också förankra arbetet inom sina respektive organisationer utifrån interna

rutiner/överenskommelser. Processledaren på kommunsidan ska ha en kontaktperson på varje kommunalförbund. Regelbunden avstämning med MAS- och MAR- nätverk, verksamhetschefer för hälso- och sjukvård/ÄO. Processledare på VGR ska stämma av med nätverk inom VGRs cancervård som dietister, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Arbetsgruppen ska under arbetet överväga om LMR får påverkan på resurser/resursfördelning. En ekonomisk konsekvensbeskrivning ska göras. Utifrån det bedöms om förslaget behöver gå på formell remiss eller om det räcker att inhämta synpunkter från huvudmännen.

6. Finansiering

Arbetet förutsätts genomföras inom ramen för ordinarie uppdrag.

7. Tidplan

Framtagande av förslag – hösten 2021
Remiss/inhämtning av synpunkter – våren 2022
Ställningstagande - Kunskapsrådet/Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG) - Ställningstagande, Politiska samrådsorganet (SRO) – om det blir politisk hantering
Beslut hos respektive huvudman – våren 2022

Kontaktpersoner

VGK: Charlotta Wilhelmsson, VästKom
VGR: Carina Mannefred, Västra Götalandsregionen

Göteborg, dag som ovan

För Västra Götalandsregionen

Jan Kilhamn
Koncernledning Hälso- och sjukvård

För VästKom

Ann-Charlotte Järnström
VästKom

Länk: Nationellt vårdprogram Palliativ vård

Bilaga 4

Barn och Ungas Hälsa i VGR
Kunskapsrådet 2 juni 2021

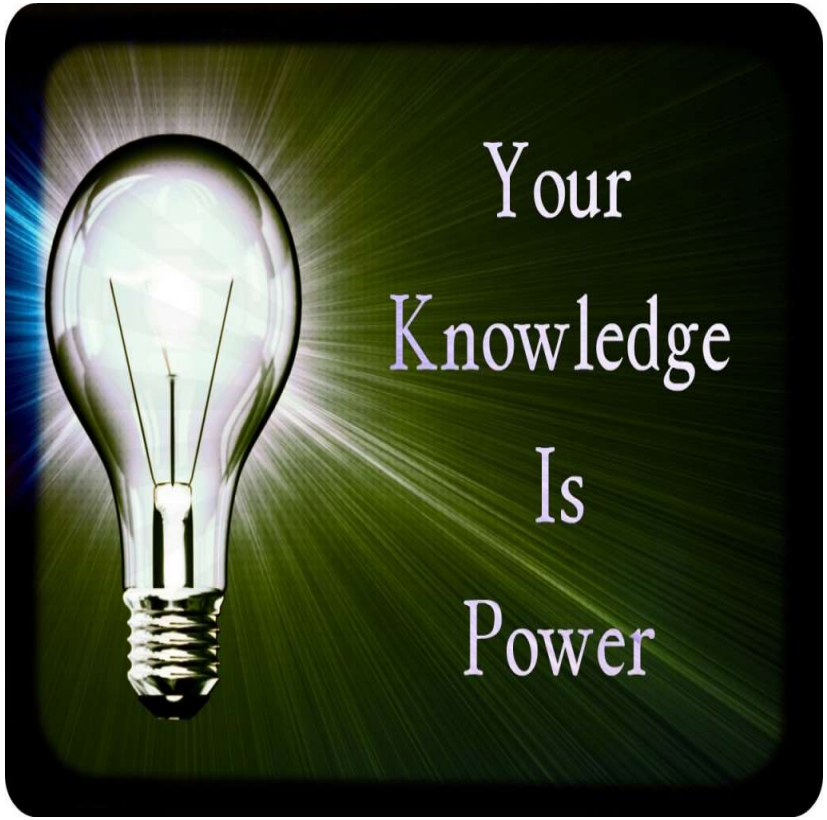
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN


En sammanhållen och effektiv region som arbetar för barn och unga

Kunskaps organisationen- RPO

Regionala Barnuppdraget och Samordningsråden/ Primärvårdsrådet arbetar nära tillsammans med Kunskaps

organisationen RPO/ NPO



Samordningsrådens uppdrag

Gruppen ska bidra till en god samverkan mellan förvaltningarnas organisation och kunskapstyrning samt säkerställa en ändamålsenlig implementering av beslutade och överenskomna förändringar. Det är av största vikt att överenskomna förändringar förankras och genomförs på den egna förvaltningen



Regionala Barnuppdraget-7 utvecklingsområden men 3 i huvudfokus

- Digitalisering
- Koordination och samordning
  - Kontinuerliga vårdflöden
- Nära vård
  - Rätt insats
  - Rätt nivå
  - Rätt tid

Barnrätt Utveckling

1. Rätt kompetens i rätt tid tillgänglig för konsultation
2. Datafångst och helhetssyn är en förutsättning för verksamhetsutveckling
3. Koordination och samordning av vården
4. Kontinuerliga vårdflöden
5. Samverkans- och konsultationsmodeller för lärande och utveckling
6. Stöd och tidiga insatser när det behövs
7. Delaktighet från barn och unga med närstående



Fyra utredningar att samordna (5 med tillgänglighet)

- Sammanhållet vårdförlopp för Barn och unga med utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser – Uppdrag från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (Sammanhållande Antonia Reuter och Ulrika Söderlund).
- Utredning av den specialiserade Barn och ungdomsmedicinska öppenvården- Uppdrag från Regionstyrelsen (Sammanhållande Karin Andersson och samordningsråd Barns hälsa och samordningsråd Barnpsykiatri).
- Uppdrag att genomlysa Specialist BVC nuläge till möjligt nyläge- Uppdrag från Omställnings- och samordningsberedningen (Sammanhållande Lars Gelander och Karin Andersson).
- Uppdrag att genomlysa Barnlogopedi/ Nuläge till möjligt Nyläge- Uppdrag från Omställnings- och samordningsberedningen (Sammanhållande Agneta Berntsson och Karin Andersson)
- Samordnas med tillgänglighetsutredningen inom Barn och ungdomspsykiatri- Uppdragstagare Ulrika Söderlund.
- Påverkas av Nationella utredningar som Peter Almgren, Anna Nergårdh och Göran Stiernstedt.

Nationellt- många utredningar



- Anna Nergårdh- Nära Vård
- Göran Stiernstedt- God och effektiv vård
- Peter Almgren God och sammanhållen vård för barn och Unga
- Och många, många, många fler

Nationell utredning Peter Almgren

- **Sammanhållen barn-och ungdomshälsovård 0-20 år**
  - Tidiga samordnade insatser all HoS
  - Förstärkt lagstöd för hälsofrämjande och förebyggande insatser
  - Bemyndigande och föreskrifter
  - Nationellt hälsovårdsprogram
  - (Samlat regionalt huvudmannaskap)
  - (Regional samlad hälsoövervakning)

- **Psykisk hälsa 6 steg**
  - Primärvårdens ansvar psykiska vårdbehov barn o unga
  - Nära, tillgänglig och samordnad specialistvård

- **Samordning / samverkan**
  - Samverkan region – skolhuvudmän
  - Fast vårdkontakt barn

Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa

1. Ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa. Utgångspunkter för vårdens arbete. Insats före diagnos.

2. En sammanhållen barn- och ungdomshälsovård och ett nationellt hälsovårdsprogram med skärpt fokus på psykisk hälsa.

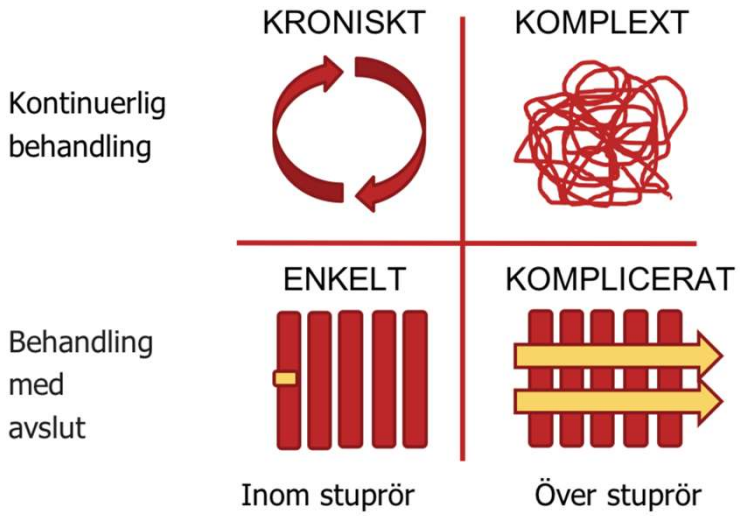
3. Primvårdens ansvar för psykiska vårdbehov hos barn och unga

4. Primärvården behöver stärkas med resurser, kompetenser för ansvaret psykiska vårdbehov.

5. Den specialiserade vården behöver stärka sin konsultativa roll och bli mer nära och tillgänglig för primärvården och elevhälsan.

6. Den specialiserade vården, socialtjänsten elevhälsan och förskolan/skolan behöver samordna sig kring barn med stora och långvariga behov.

Utmaningarna idag är många, men tillsammans kan vi lösa dem ☺



Samverkan med kommunala verksamheter och gemensam drivkraft är en nyckelfaktor ☺

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Hur hjälper vi barnen gemensamt?

- Ahmed är 8år och bor tillsammans med mor, far och två systrar (4 och 10 år) i en liten lägenhet i centrala Göteborg. Ahmed hade under sin första tid i livet en tuff start, han föddes prematurt i v 29 och behövde sondas till 3 månaders ålder. Ahmed hade mycket skrikighet och svårt att komma till ro sina första två år i livet och föräldrarna fick stöd av sin BHV- sjuksköterska och Mödrabarnhälsovårds psykologen med strategier. Efter 2 år ålder började Ahmed sova bättre och kunna kommunicera med fler ord. Ahmed har roligt på förskolan och interagerar väl med kompisar och pedagoger. Vid 4 års ålder kopplas specialpedagog i förskolan och logoped in då Ahmed inte kommer vidare i sin talutveckling. De ger insatser och hjälper föräldrarna med tecken som stöd och utveckling av talet fram till skolstart. Viss förbättring sker, men en hörselundersökning och utvecklingsbedöming görs inför skolstart. Ahmed är oftast glad och skolstarten går fint, Ahmed har många kompisar. I årskurs 2 börjar Ahmed säga till sina föräldrar att han har ont i magen och inte vill gå till skolan. Han har också börjat att ibland kissa eller bajsa ned sig i skolan. Ahmeds föräldrar söker hjälp på vårdcentralen och pratar med skolsjuksköterskan. Ahmed undersöks och vid provtagning på vårdcentralen uppmärksammas glutenintolerans och multipla allergier och remiss går till en barnläkare för vidare omhändertag. Ahmeds allergier utreds och kosten korrigeras, men trots detta vill Ahmed helst inte vara i skolan. Föräldrarna får kontakt med skolkuratorn, och tillsammans försöker de stärka Ahmed i att vilja vara i skolan. Via en UPH- vårdcentral får föräldrarna gå en föräldrastödskurs. När Ahmed fyller 9 år berättar han hemma att några barn retar honom för att han har ett otydligt tal. Ahmed känner sig ledsen, och det onda i magen gör nu också ont i bröstet ibland. Skolkuratorn och Skolsjuksköterskan kallar till ett SIP möte med alla som träffat Ahmed tillsammans med hans föräldrar. Vad ska vi göra tillsammans för att stärka och stödja Ahmed? Vad hade du gjort?

Eller om Ahmed är 17 år och ensamkommande

Ahmed är 17 år och ensamkommande till Sverige, Ahmed kom under 2016 och sedan dess har Ahmed bott i olika boenden och fått stöd av Barn och ungdomsmedicin och Barn och ungdomspsykiatrin. Ahmed har Epilepsi, mycket ångest och mardrömmar. Nu 2021 får Ahmed ett beslut att han åldersuppskrivs till 19 år, Ahmed förlorar sitt nuvarande boende och stöd. Ahmed blir erbjuden ett nytt boende i Vänersborg. Men då Ahmed går på Angeredsgymnasiet och skolan är hans viktigaste och tryggaste plats väljer han inte att ta boendet. Ahmed börjar sova utomhus i Nordstan, alla hans tillhörigheter har han i en väska. Vid fler tillfällen blir Ahmed rånad och av med sina epilepsimediciner då de tror att det är droger. Ahmed sluter sig och försöker klara sig från dag, till dag. Den hjälp som Ahmed hade i vården börjar bli svår att upprätthålla då han inte har någon adress eller bra kontaktsätt. Ahmed börjar att tvivla på en god framtid, han har en viktig vuxen person i sitt liv och det är skolkuratorn. Men vad händer om han inte får gå kvar i skolan? En dag hittas Ahmed krampandes av en ordningsvakt utanför Nordstan, han körs med ambulans till sjukhuset och vad ska hända nu?

FVM – Kopplingen till kommunala verksamheter (14- 49), riktlinjer och rutiner komplex struktur

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN



Frågor för samverkan- många fler såklart

- Kommunal referensgrupp- värdefullt, fin input längs vägen ☺
- Frågor som återkommer- när "vården ordinerar"
- LSS, kortidsverksamhet, egenvård
- SIP, överenskommelsen, psykisk ohälsa
- Behov av systemisk samverkan för flera grupper barn och unga, förskola, skola och elevhälsans medicinska insats central
- RUS Kraftsamling fullfölja studier, SIM mm
- Prevention och förebyggande som gemensam arena
- Omhänderta Peter Almgrens nationella utredning, Hälsoreform 0-20 år

OBS ett första förslag som dialogunderlag, arbetsmaterial

Ledning och styrning – hälsa, vård och omsorg i samverkan

Samtliga beredningsgrupper behöver omhänderta och förvalta:

- Länsgemensamma styrdokument
- Riktlinjer/rutiner inom sitt område
- ”Beställning” till FVM gällande option 1, 2 och 3 utifrån länsgemensamma riktlinjer/styrdokument
- Handlingsplan (om det finns)
- Avvikelser
- Tillfälligt tillsätta arbetsgrupper

Politiskt samrådsorgan SRO

Beredning medicintekniska produkter till SRO?

Kompetensråd? Folkhälsan?

Länsstyrgrupp i Samverkan (VVG, SITIV och FVM)

Arbetsutskott

Beredning VGR och VästKom

Länsgemensam beredningsgrupp Barn och unga

Länsgemensam beredningsgrupp Psykisk hälsa, beroende

Länsgemensam beredningsgrupp Äldre

Ledningsråd MTP samt välfärdsteknik

Delregional samverkan

Lokal samverkan

Uppdaterad 2021-04-14

* Vilket behov ser ni kring länsgemensam samverkan?
* Andra reflektioner eller frågor som ni har behov av att lyfta utifrån er vardag kring barn och unga?
* Vad har vi för goda exempel idag?
* Vilka utmaningar har vi idag?

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Bilaga 5

Kommunal hälso- och sjukvård

- Carina Molander-Ivarsson och Åsa Fredriksson

Hälso- och sjukvård i kommunen

- Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL
- Västra Götalandsregionen har avtal med 49 kommuner om hemsjukvård
- Kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer
- I all hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas en verksamhetschef
- Medicinsk ledning är lagstyrt. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig rehabilitering.

Hälso- och Sjukvårdsavtalet



- ✓ **Patientens behov är utgångspunkten**
- ✓ **Beslut om hemsjukvård**
  Patienter som på grund av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning inte kan ta sig till VGR:s mottagningar utan större svårigheter och där det på grund av insatsernas omfattning och frekvens motiverar att vården ges i patientens hem.

Underavtal

Med en underavtal/tillägg innefattar exempelvis ramavtal för läkarmedverkan i den kommunala Hälso- och sjukvården

Vårdgivarens ansvar

- Vårdgivaren har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård.
- Det finns också särskilda regler om vårdgivarens ansvar inom olika områden.
- Vårdgivaren ska till exempel
  - ansvara för att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens
  - anmäla verksamheten till vårdgivarregistret
  - se till att verksamheten har ett ledningssystem, det vill säga de rutiner och processer som behövs för att verksamheten ska ha en hög kvalitet
  - se till att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler
  - utreda och anmäla händelser som kan leda till vårdskador.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet- Övergripande styrning och ledning-ansvarsfördelning

Resurser, Mål, Ledningssystem - vårdgivare

Av kommunfullmäktige utsedd nämnd = Vårdgivaren

Organisation- verksamhetschef

- Ekonomi
- Personal
- Systematiskt förbättringsarbete
- Lokaler
- Teknik

Patientsäkerhet - MAS/MAR

- Kvalitet och patientsäkerhet
- Läkarordinationer
- Läkemedel
- Delegeringar
- Samverkan med andra vårdgivare
- Dokumentation
- Vård- och behandling
- Hjälpmedel
- Rehabilitering
- Anmälan av skador

§

Medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS
Medicinskt ansvarig rehabilitering MAR

- Patientsäkerhet
- Följsamhet till ordinerad vård- och behandling
- Dokumentation
- Delegering
- Rutiner
- Läkemedelshantering
- Utreda och rapportera risk för vårdskada och Lex Maria
- Samverkan

Medicinskt ledningsansvar

Chefsläkare



Chefsläkare



MAS/MAR



Vad är hemsjukvård?

- Kommunal hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård som bedrivs i hemmet av kommunens personal
- Regleras av lagstiftning, överenskommelser VGR- och 49 kommunerna och lokala överenskommelser vårdcentraler - hemsjukvård
- Två lagstiftningar i kommunen: Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Kommunens ansvar

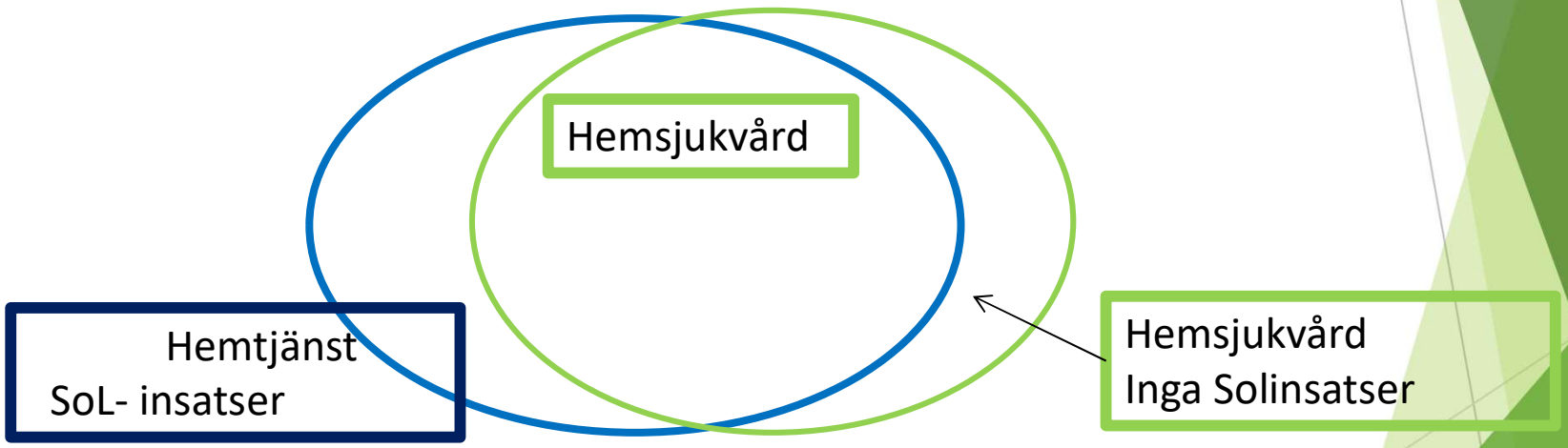
- Socialtjänstlagen
- Biståndshandläggare
- Hemtjänst

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Legitimerad personal
- Hemsjukvård



omvårdnadspersonal

Hemtjänst och hemsjukvård



Hemsjukvård

Arbetsterapeut

Sjuksköterska/
distriktssköterska



baspersonal

Fysioterapeut/
sjukgymnast

Var sker hemsjukvård?

- I hemmet
  - ordinärt boende
  - vård- och omsorgsboende, LSS, psykiatri
  - korttidsenhet
  - 24 timmar /7 dagar i veckan
- Vistelse

Dagverksamhet, daglig verksamhet



Vilka skrivs inte in?

- Patient har svårt att transportera sig pga. olika omständigheter som väder, långt till buss, mm
- Hög ålder är inte grund för inskrivning
- Ensamhet är inte grund för inskrivning
- ”Bra att ha”
- Anhörigas önskan
- Enstaka insatser

Inskrivning i hemsjukvården innebär:

- Patienten betalar en kostnad/månad, ingår ej i högkostnadskort
- Arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska,
- Hembesök, olika insatser
- Riskförebyggande arbete
- Övertag av kostnader för hjälpmedel, inkontinens, sårvårdsmaterial

2017 Ny lag om samverkan vid utskrivning

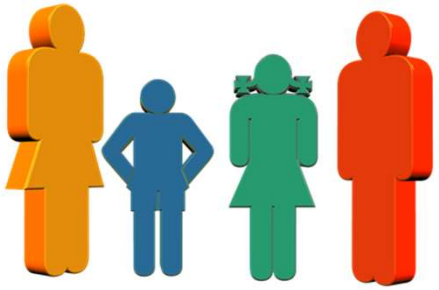
MÅL

Att säkerställa individens rätt till trygg, säker och effektiv hemgång för fortsatt omsorg, stöd och vård i hemmet efter utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

VARFÖR?

- Det är ett gemensamt ansvar
- Vård på rätt nivå. Sjukhusvård till de som behöver det
- Inte bara hur kan patienten skrivs ut – utan hur den kommer hem på ett tryggt, effektivt och säkert sätt
- Ständiga förbättringar i samverkan. Systematiskt. Hållbart.
- Om vi inte kan samverka och samarbeta så kommer vår omgivning att märka det.

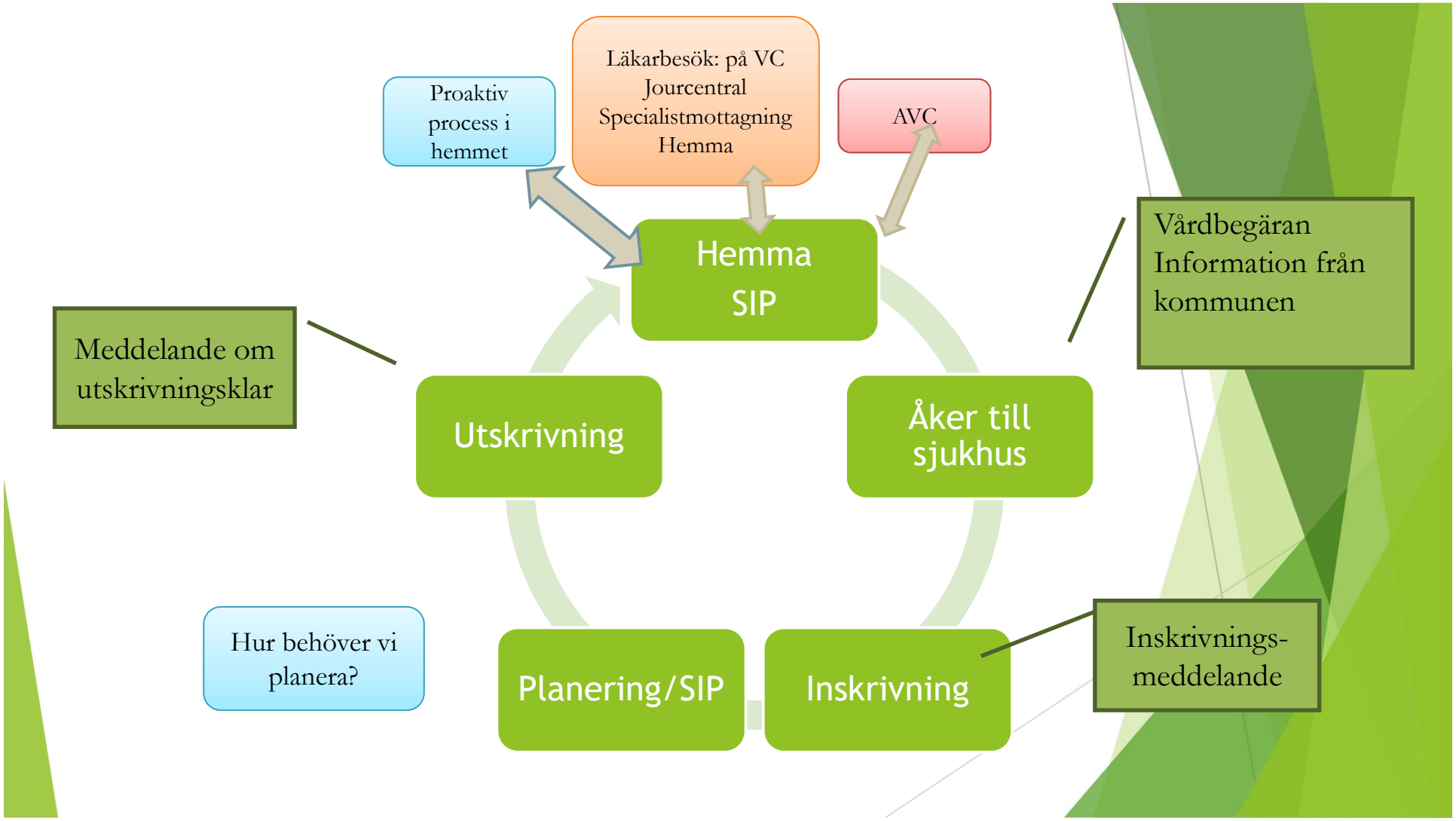
Målgrupp



Personer i alla åldrar som efter utskrivning från sluten hälso- och sjukvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården

SIP

Samverkan vid utskrivning från slutenvård


Läkarbesök: på VC
Jourcentral
Specialistmottagning
Hemma
Proaktiv process i hemmet
AVC
Hemma SIP
Vårdbegäran
Information från kommunen
Meddelande om utskrivningsklar
Utskrivning
Åker till sjukhus
Hur behöver vi planera?
Planering/SIP
Inskrivning
Inskrivnings-meddelande