



2017-02-15

Tjänstemannaberedningsgruppen till Centralt samverkansorgan  
Titti Gohed, Kommunförbundet Skåne  
Emma Borgstrand, Region Skåne  
Lars Stavenow, Region Skåne

### *Uppdragsbeskrivning för arbetsgrupp –*

## Informationsmaterial för det praktiska kliniska patientarbetet

### *Deluppdrag I – analog*

### *Deluppdrag II – e-hälsa/digital*

#### Bakgrund

Inom ramen för [Hälso- och sjukvårdsavtalet](#) behövs övergripande riktlinjer som inbegriper bla stöd för inventering av våra äldre och svårast sjuka patienter, mall för inskrivning, struktur/process för att kunna erbjuda rätt vårdnivå och rutin/system för informationsöverföring.

Målsättningen är att relevant och korrekt information ska kunna tillgängliggöras för behörig personal i olika delar av verksamheter, över geografiska, tekniska och organisatoriska gränser. Detta ska förbättra möjligheterna för personal inom vård och omsorg att planera och utföra insatser av hög kvalitet och bidra till att öka patientsäkerheten och förbättra möjligheten för individen eller anhörig/närstående att vara delaktiga i processen.

Vård- och omsorg är informationsintensiva verksamheter där behovet av en välfungerande informationsöverföring mellan vårdgivare och patient/anhörig/närstående är helt avgörande. Med hjälp av sammanhållna och användarvänliga IT-stöd kan informationen presenteras och överföras på ett säkert och effektivt sätt och säkerställa koordinerade insatser till den enskilde.



Gemensamma strategiska beslut om e-hälsa och informationsförsörjning är därför en avgörande förutsättning för att intentionerna med detta utvecklingsåtagande ska kunna uppfyllas. Mobila lösningar för informationshantering inom vård och omsorg kan skapa förutsättningar för ett mer effektivt arbetssätt och är ett i sammanhanget angeläget utvecklingsområde.

Som deluppdrag I har arbetsgruppen för *Informationsmaterial för det praktiska kliniska patientarbetet* tagit fram analogt stöd (pdf) för identifiering av de mest sjuka patienterna utifrån gemensamma bedömningskriterier. Vidare har det utarbetats ett dokument för inskrivningsstöd, inkluderande en processkarta över inskrivningen, samt en skriftlig patientinformation gällande den teambaserade vårdformen (som finns på 7 språk). Materialet innehåller även en lathund ”Exempel på aktiviteter för att påbörja utvecklingen av hälso- och sjukvårdsavtalet” vänligen läs mer på [KFSKs hemsida](#).

Centralt Samverkansorgan rekommenderar att material/dokument/IT-system framtagna av tjänstemannaberedningen och publicerat på [KFSKs hemsida](#) ska användas i det praktiska kliniska patientarbetet.

### Uppdrag

- Utveckla och föreslå lämpligt beslutsstöd där patienten ska kunna erbjudas rätt vårdnivå med syfte att öka kvaliteten och tryggheten i vården (deluppdrag I).
- Stöddokument och rutin för hur kommunikation och informationsöverföring kring enskilda patientärenden i syfte att minska riskerna för att viktig information glöms bort eller missuppfattas (deluppdrag I).
- Material framtagna och publicerad på [KFSKs hemsida](#) ska revideras minst en gång per år eller vid behov (deluppdrag I).
- Så långt som möjligt bör allt material som presenteras på [KFSKs hemsida](#) göras tillgängligt som digitala lösningar (deluppdrag II).



- Det är ett absolut måste att digitala applikationer och system är flexibla, användarvänliga och lättillgängliga för alla aktörer i vårdkedjan (vilket inkluderar patienten) men ska även vara dynamiska (tex kunna integreras med patientjournal) och kunna utvecklas över tid (deluppdrag II).
- E-hälsofrågan i ett bredare perspektiv, d.v.s. utveckling av digitala lösningar som stödjer informationsöverföring och kommunikation mellan vårdgivare inbördes och mellan patient-vårdgivare inom ramen för Hälso- och sjukvårdsavtalet kan komma att kräva nationellt samarbete och detta ska bevakas och stödjas (deluppdrag II).

### Tidplan och uppföljning

Arbetsgruppen har kontinuerlig dialog med Tjänstemannaberedningen om tidsplanen.

Under 2017 kommer följande prioriteras:

- Utveckla ett beslutsstöd för bedömning om vårdinsats och bedömning av vårdnivå samt implementering av dessa dokument planeras och påbörjas.
- Utveckla ett beslutsstöd och rutin för informationsöverföring mellan patient/närstående – personal och mellan berörd personal samt implementering planeras och påbörjas.
- E-hälsa/digitala lösningar initieras, följs upp och bevakas.

Under 2017-2020:

- Fungerande e-hälsa/digitala lösningar ska implementeras.
- Kontinuerlig utveckling av e-hälsa för att säkerställa Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Ansvaret för framtagande av gemensamma strategiska beslutsförslag om e-hälsa och övergripande samverkan på detta område åvilar Centralt Samverkansorgan. Utvecklingen på e-hälsoområdet är en viktig del i samtliga av de gemensamma utvecklingsområden som omfattas av avtalet.



Kommunförbundet Skåne



Information sker fortlöpande från Tjänstemannaberedningsgruppen till Centralt samverkansorgan. Vidare information och implementering av processerna sker i de Delregionala samverkansorganen.

## Uppföljning av sammanhållen vård och omsorg

Minnesanteckningar från möte 7 februari 2017

Närvaro: Peter Nilsson (myndigheten för vårdanalys), Lars Stavenow (Region Skåne), Jan Olov Strandell (Reg Gävleborg), Dennis Nordvall (Reg Jönköping), Stina Gäre Arvidsson, Helena Henningson och Maj Rom (SKL)

Förhinder: Ejja Häman Aktell (Skellefteå Kommun)

### Välkommen och presentation

Maj hälsade välkommen och konstaterade att det finns behov av att komma vidare kring hur vi följer upp sammanhållen vård. Med tanke på kommande lagändring kring utskrivning från sjukhus är frågan extra angelägen i år.

I gruppen finns personer som har nära anknytning till ÖJ äldre, pv-kvalitet och insamling av data kring utskrivningsklara patienter på sjukhus. Peter jobbar med rapporter kring sammanhållen vård för Myndigheten för Vårdanalys. Lars har ansvar för den nya överenskommelsen i Skåne kring läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg. Dennis jobbar med statistik i Jönköping och även på SKL.

### Indikatorer i ÖJ äldre och pv-kvalitet

Stina berättade att 20% av landets vårdcentraler nu kan se sina data i pv-kvalitet. Alla landsting deltar i arbetet. 82 indikatorer finns varav några kommer att visas på Vården i siffror. ÖJ äldre visar 30 olika indikatorer.

### Nya mål i Skåne

Lars berättade kort om nya överenskommelsen i Skåne. Den har ett stort fokus på planerade insatser och SIP. Det handlar om att ligga steget före.

Två löften har satts upp som utvecklingsmål på 4 år:

- Tillgång till oplanerat läkarbesök inom 2 timmar
- Tillgång till planerat läkarbesök inom 5 dagar

Sköterskan i kommunen bedömer det medicinska behovet.

### Personcentrerad uppföljning – vad vill vi mäta?

Data kring diagnoser och vårdproduktion bedömer vi som mindre viktigt.

Önskemål finns om att ha patientfokus. Det vi vill fånga är:

- Trygghet
- Patienttillfredsställelse
- Tillfredsställelse bland närstående
- Tillgänglighet till vård och omsorg
- Kontinuitet
- Samordning – förekomst av SIP
- Helhet
- Delaktighet. Möjlighet att vara aktiv medskapare.

Sätten att mäta kan vara såväl kvalitativa som kvantitativa.

Indelning av måtten i struktur, process och resultat kan vara användbart.

Olika nivåer i vården kan också vara i behov av olika mått beroende på syftet med uppföljningen.

Myndigheten för vårdanalys skriver i sin rapport Samordnad vård och omsorg (sid 39) om vad som är viktigt för patienten:

- Trygghet
- Se till hela ens behov
- Inga onödiga upprepningar
- Fasta kontakter och kontinuitet
- Får hjälp att ta nästa steg

Detta får följande konsekvenser för organisationen:

- Helhetsansvar
- Information följer patient/brukare
- Väl fungerande överlämningar
- Gemensam bild av patientens/brukarens sammantagna behov
- Synliggör nästa steg i vården och omsorgen

## **Detta finns idag**

### **Webbkollen**

Webbkollen är en it-baserad, strukturerad intervjumetod där frågorna anpassats till återinskrivna på sjukhus, ring upp inom 72 timmar eller uppföljning i ordinärt boende.

<http://www.webbkollen.com/>

### **SIP-kollen**

Den webbaserade enkäten SIPkollen ger återkoppling från brukare/patienter om hur de upplevde det att få en SIP. Webbenkäten kan användas såväl första gången någon får en SIP som vid uppföljning.

<http://www.uppdragpsykiskhalsa.se/sip/material-som-ror-sip/sip-kollen-for-vuxna/>

## Brukarundersökningen

Brukarundersökningen är en totalundersökning som genomförs en gång per år. Målgruppen är personer som bor i SÄBO eller har hemtjänst. Svarefrekvensen ligger på cirka 50%. Många i målgruppen har kognitiv svikt vilket gör att närstående många gånger fyller i istället för personen själv.

## SIP

En bra SIP av är avgörande för vårdens kvalitet. SIP kommer att vara ett inträdeskrav till den nya vårdformen i Skåne.

- **Antal genomförda SIP** via KVÅ-kod är ett bra kvantitativt mått
- **Antal SIP-uppföljningar** via KVÅ-kod är också ett bra mått

En frågeställning är hur vi ska mäta kvalitet i SIP. SIP-kollen ger patientens bild. Vi behöver mer information, helst något enkelt.

Möjligheter som diskuterades:

- **Antal besök på akutmottagning och oplanerade vårdtillfällen på sjukhus** för personer som har fått en SIP.
- Skulle det vara möjligt att använda **markörbaserad journalgranskning och trigger-tools** som man gör inom patientsäkerhet? (Finns tydlig ansvarsfördelning? Finns vidbehovsordinationer? Hur gick det?)  
Mer om markörbaserad journalgranskning finns på:  
<http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/markorbaserad-journalgranskning-for-att-identifiera-och-mata-skador-i-varden.html>
- Går det att mäta kontinuitet kring personer som fått SIP?
- Eventuellt skulle det behövas en SIP-kollen för vårdgivare – har vi följt överenskommen SIP? Är det lättare att få kontakt? mm

## Fokuspatient i Jönköping – prediktiva modeller

Dennis visare hur han arbetat fram prediktiva modeller för personer som riskerar återinskrivning på sjukhus. Detta har resulterat i ett arbete med Fokuspatienter i Jönköping. På vårdavdelningen får man automatiskt en beräknad risk för återinskrivning för varje inskriven patient. Ett intressant resultat man fångat är att ju längre vårdtid, desto större risk för återinskrivning.

## Sammanfattning

När dagen summerades hade vi kommit fram till följande:

- Vi ska inte uppfinna något nytt men följa upp att vi gör det vi har bestämt oss för inom vården.
- Vi ska vidareutveckla det vi har avseende kvalitet och spridning från några till alla.
- Det är bråttom att hitta sätt att följa upp SIP-kvalitet och kvantitet.

**Nästa möte:**

Vi enades om att träffas igen. Till nästa möte ska även Västra Skaraborg bjudas in.

Nästa möte: **12 april kl 09 – 12**. Kaffebuffé finns på Tolvan från 08.30. Vi ska vara i lokalen Mallorca på plan 12, SKL. Lunch bokad kl 12.

Vid tangenterna

Maj



---

Uppföljning av

**Avtal om ansvarsfördelning och utveckling  
avseende hälso- och sjukvården i Skåne**

KEFU förslag till forskningsinsats

2017-01-31

# Grundidé

- Går ej att frikoppla ekonomi från andra perspektiv (patient/verksamhet samt process).
- Utvecklingsplanen är ingången
  - Fånga successivt lärande
  - Kräver olika metoder över tid (intervjuer, följeforskning, både riktade och breda enkäter)

# Samlad uppföljning i tre delar

- Gör det forskningsmässigt intressant
- Nyckeln är den teambaserade vårdformen
  - Berör alla utvecklingsområden (mest sjuka, tidvis sviktande, riskgrupper samt rehab/hjälpmedel)
  - Möjligt att koppla till både kostnadsutveckling och effekter av HS
  - Möjligt med relevant årsvis återkoppling med allt "tyngre analysdel" ju längre HS-avtalet har löpt
- Arbetsinsatser och datainsamling inom Uppföljningsuppdragets Ekonomi- samt Processperspektiv

## Del A: Följa vårdteam

- Utvecklingen av vårdteam i de sex delregionala samverkansorganen följs årligen
  - Kompletterande datainsamling med samverkansorganens ledning och stöd (E-hälsa, IT, Kompetensutveckling).
  - Kvalitativ data samt enkäter till medarbetare
- Årlig återkoppling

## Del B: Kostnadsutveckling

- Prognostiserad utveckling relateras till faktisk baserad på teambaserad vård (fångar både grundöverenskomelse och utvecklingsavtal)
- Beroende variabel:
  - Kostnadsutvecklingen per patient/eller grupper av patienter
- Oberoende variabler, ex.:
  - Utvecklingen av antalet äldre
  - Utvecklingen av teamvården (från enkätdata)
  - Registerdata
- Årlig återkoppling

## Del C: Effekter av team

- Standardiserade enkäter till patienter och anhöriga relateras till olika registerdata
- Enkäter genomförs av annan part men bör fånga dimensioner som kopplas till avtalets gemensamma värdegrund (patientcentrerade lösningar, respekt, gemensam organisation mm)
- Registerdata kan t. ex. undvikbara sjukhusbesök
- Återkoppling av effekter viss tidsfördröjning, 2018-

## Övrigt

- År 2016 utgångspunkt
- Kolada samt registerdata i fokus
- Jämförelsen löper mellan 2016-2020
- 500 000 kr/år
- Forskargruppen publicerar löpande i KEFUS skriftserie, forskningsartiklar samt KEFUS seminarier
- Analysdelen allt tyngre i slutet, samlad slutrapport

