

---

DATUM  
2022-06-03

---

## Mötesanteckningar samverkansmöte 2022-06-03

### Deltagare:

Annika	Andersson	Capio Simrishamns Sjukhus
Alexandra	Nilsson	Capio Simrishamns Sjukhus
Ida	Andersson Borggren	Capio Vårdcentral Borrbj & Capio Vårdcentral Gärsnäs
Cecilia	Nilsson	Capio Vårdcentral Rydsgård
Åsa	Plath	Capio Vårdcentral Simrishamn
Elenor	Wirén	Capio Vårdcentral, Tomelilla
Magnus	Kraft	Capio Ystad Vårdcentral
Eva	Berggren Josefsson	Lasarettet i Ystad
Dan	Bergkvist	Lasarettet i Ystad
Agneta	Billmer	Lasarettet i Ystad
Marie	Busch	Lasarettet i Ystad
Martina	Lundmark	Lasarettet i Ystad
Anna	Malmer	Lasarettet i Ystad
Maria	Nygren	Lasarettet i Ystad
Katharina	Ornstein	Lasarettet i Ystad
Thomas	Persson	Lasarettet i Ystad
Rasmus	Strömblad	Lasarettet i Ystad
Petra	Sörme Lindström	Lasarettet i Ystad
Morgan	Nordén	Lasarettet i Ystad
Birgitta	Ender	Primärvården Östra Skåne
Irene	Fajersdotter	Primärvården Östra Skåne
Jolanda	Van Vliet	Region Skåne
Annelie	Bertilsson	Simrishamns Kommun
Annika	Forsgren	Simrishamns Kommun
Kristina	Flodfält	Simrishamns Kommun
Helena	Ozolins	Simrishamns Sjukhus
Christin	Andersson	Sjöbo kommun
Eva	Gustafsson	Sjöbo Kommun
Maria	Mårtensson	Sjöbo Kommun
Beatrice	Walldén	Sjöbo Kommun
Charlotte	Bjelkenkrantz	Sjöbo Vårdcentral
Mikael	Karlsson	Sjöbo Vårdcentral
Ola	Bentzen	Skurups Kommun
Anna	Palmgren	Skurups Kommun
Elisabeth	Persson	Skurups Kommun
Charlotte	Åkerman	Skurups Kommun
Emelie	Corselli	Skurups Kommun

Mats	Renard	Skånes kommuner
Camilla	Andersson	Tomelilla Kommun
Birgitta	Brorsson	Tomelilla Kommun
Sophie	Nilsson	Tomelilla Kommun
Patrik	Sikt	Tomelilla Kommun
Björn	Widlund	Tomelilla vårdcentral
Pia	Ståhlbrand	Vuxenpsykiatrimottagning Ystad
Anna	Nilsson	Vårdcentral Brösarp
Charlotte	Thrane	Vårdcentral Skurup
Dan	Kjellson	Ystad kommun
Åsa	Lundblad	Ystad Kommun
Ajsela	Music	Ystad kommun
Maria	Posa	Ystad kommun
Helena	Sjövall	Ystad Vårdcentral

**Plats:** Hotell Fritiden, Ystad

- 1. I HOPA** – Carin Erlandsson, Carina, Lottie Nord, Jeanette Nilsson  
Presentation av projektet, nära vård i samverkan. Projektet har pågått sedan 2020. Målet är att ge patienten en upplevelse av sömlös vård oavsett huvudman enligt intentionerna i HS-avtalet och att göra patienten mer delaktig i sin planering.

Projekt mål:

- Att utveckla användandet av IT stödet "mina planer" så att stödet fyller sin funktion
- Att implementera dagliga virtuella möten vid utskrivning från slutenvård samt för samordnade individuella planer (SIP) då behovet finns
- Att upprätta gemensamma rutiner och checklistor för virtuella möten och annan planering
- Att genom god planering förhindra återinskrivningar

Projektet har lett till ökad förståelse för varandras verksamhet, en tydligare ansvarsfördelning som kommer patienten till gagn, färre telefonsamtal, färre återinläggningar, ingen dubbeldokumentation, ökad patientsäkerhet med korrekt och uppdaterad information, bättre flöde och att resurserna används mer effektivt. Dagliga korta möten, måndag-fredag, genomförs för diskussion och förtydligande. Under helger endast bevakning av Mina planer.

## 2. Workshop

Gruppdiskussion utifrån nedanstående frågeställningar med utgångspunkt i presentationen av projekt I HOPA.

*Vilka möjligheter ser vi med arbetssättet?*

- Planeringen kommer igång tidigare, mer förebyggande arbete
- Aktörer blir vana vid arbetssätt och planeringsmoment
- Direkt dialog
- Gemensam agenda och struktur
- Likheter och enighet
- Kontinuitet

- Kunskap om samt tydligare och gemensam bild av patientens behov
- Trygg och säker hemgång i rätt tid
- Dedikerade personer som ska hålla i det; biståndshandläggare, sjuksköterska som känner patienten, rehab personal
- Samsyn och tillit till varandras bedömningar
- Ökad flexibilitet
- Känd och bättre informationsöverföring/kommunikation och förståelse för varandras verksamhet för att optimera omhändertagandet av patienten
- Tidig information till primärvård, kommun, hem rehab
- Tidsbesparande
- Förkortning av vårdtiden
- Vinst med att arbeta mer förebyggande, slippa dra i frågor när patienten kommit hem
- Bättre och begripligt för patient/brukare och närstående
- Sömlös vård
- En koordinatorkfunktion på lasarettet höjer kvaliteten jämfört med i dag då arbetet i dagsläget sprids på många olika individer
- Teambaserat arbetssätt
- Färre aktörer på varje instans som blir vana vid arbetssättet och skickliga på att planera
- Möjliggör direkt dialog vilket är mycket positivt
- Arbetssättet viktigast sista dagarna innan utskrivning
- Grunden ska vara lagd på slutenvården så att relevant information finns tillgänglig
- Lika ut men på sikt lika in
- Lär känna varandra
- Kvalitetssäkring, säkra att de olika delarna är med
- Avstämning mellan olika samverkanspartner
- Komplement till Mina Planer

#### *Vad vill vi uppnå?*

- Fokus på medicinsk vårdplan
- Minska antalet ineliggande SIP
- Samsyn/utveckling kring SIP är nödvändig
- Identifiera behov av SIP i tid
- Bättre och effektivare kommunikation
- Samverkan och dialog
- Förhindra återinläggningar
- Patientens upplevelse av en sömlös vårdkedja med ökad trygghet och patientsäkerhet
- Säker utskrivning och hemgång för patient/brukare
- Rätt information till patient vid utskrivning
- Att det är förberett för patienten vid hemgång, 100 % rätt
- Ökad trygghet för patient, närstående och samverkanspartner
- Patientens upplevelse av en sömlös vårdkedja
- Tydligt gemensamt ansvarstagande
- Färre avvikelser
- På sikt spara resurser
- Koordinator på sjukhuset
- Effektmål: undvika dubbelarbete, en ingång för att få arbetet med Mina Planer att fungera, light variant?

#### *Vad krävs för att genomföra?*

- Börja med pilot
- Koordinator per enhet på sjukhuset
- Sjukhuset behöver bygga en ny roll som koordinator
- Tid avsatt per kommun-vårdcentral
- Styrgrupp och arbetsgrupp  
Styrgrupp – 1 representant per område; MAS, linjechef rehab alternativt MAR, väl insatt person gällande riktlinjer/regelverk och system från primärvården med mandat  
Arbetsgrupp – 1 representant per kommun/primärvård, 1 representant för lasarettet
- Översyn av organisation och strukturer samt att slutenvården tillkommer i teamet
- Etablerade samarbetsformer måste först identifieras
- Bygga strukturer/organisation
- Prioritering
- Gemensam struktur
- Ekonomiska möjligheter för att anställa/avsätta tid
- Delaktighet även från psykiatrin
- Riskbedömningar
- De flesta resurser finns redan men handlar om att organisera sig
- Hitta dedikerade personer/medarbetare
- Identifiera vilken som är den rätta kompetensen att koordinera
- God kännedom om patientens psykosociala situation och praktiska behov
- Resurser i realtid
- Patientdelaktighet
- Gemensamt IT-system för informationsöverföring och patientdokumentation på sikt
- Identifiera samarbetsformer som finns och göra dem kända, bygga på det goda

#### *Farhågor*

- Möte har en tendens att svälla i tid
- Ska inte ersätta Mina Planer
- Ett misslyckande kring Mina Planer

#### *Sammanfattning*

Uppfattningen är att merparten av grupperna tycker att vi ska jobba vidare med I HOPA-projektet.

### **3. Aktivitetsplan – Eva Gustafsson**

Aktivitetsplanen vilar på HS-avtalet, överenskommelsen för god och nära vård samt arbetet med framtidens hälsosystem med fokus på Patientkontrakt och Samordnad individuell plan, SIP, som alla parter är involverade i och gemensamt behöver arbeta med.

### **4. Workshop**

Gruppdiskussion utifrån kapitel 1 *Personcentrerat arbets- och förhållningssätt* i aktivitetsplanen.

## A) Patientkontrakt och Samordnad individuell plan, SIP

*Var befinner vi oss i dag?*

- Utförs i rätt omfattning men görs inte alltid av rätt anledning
- Variation i utförandet, har inte samma struktur och inte alltid rätt innehåll
- Målet med SIP är inte alltid tydligt
- Innehållet ej komplett
- Används inte av alla involverade
- Medicinsk vårdplan, SIP, läkemedelslista och behandlingsbegränsningar finns inte på samma ställe vilket är ett problem
- Involverade vårdgivare läser inte SIP innan man skickar in patient
- Dålig kvalitet på ineliggande SIP då dessa utförs per telefon, stort värde av personligt möte
- Finns redan bra rutiner; SVU, SIP, checklistor, filmer etc.
- Använder ibland SIP på fel sätt, fel anledning och med fel representanter, ska vara förebyggande, behöver tydliggöras och spridas
- Finns tydliga riktlinjer kring SIP, dock råder delade meningar om SIP-tillvägagångs-sätt – vad ska tas upp, vem "äger" mötet, när ska det vara SIP, vem ska närvara, vem initierar SIP

*Var vill vi befinna oss?*

- Tanken med SIP är god, patientens möte
- Större samsyn behövs
- Överens om syftet med SIP, vad som ska tas upp
- Bättre förberedda och rätt representanter med
- Fler SIP som sker hemma hos patienten och färre i slutenvården
- Rätt tidpunkt för att upprätta en SIP
- Mandat att reda ut oenigheter
- Minskat behov av ineliggande SIP, vårdplanering ska ske i Mina Planer samt ökning av antalet medicinska vårdplaner
- Strukturerat innehåll i SIP samt även i medicinsk vårdplan och behandlingsbegränsningar
- Välinformerad patient som vet sin planering, nästa steg och vem hen ska vända sig till vid problem

*Vad behöver vi göra för att komma dit?*

- Gemensam utbildning
- Samma bild av syftet med SIP och dess innehåll
- Tydliga tillgängliga planer
- System där medicinsk vårdplan finns, länk till Pascal, vilka beviljade hjälpmedel som finns etc.
- Följa rutiner och checklistor som redan finns
- Ha gemensamma forum där SIP kan diskuteras
- Skriva avvikelser samt följa upp dessa
- Inte så ambitiösa mallar som finns i dag, släppa på ambitionsnivån och endast ha det som måste finnas med
- SIP används framför allt som beslutsunderlag, måste släppa den tanken och omvärdera hur vi tänker kring SIP

## B) Utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka

*Var befinner vi oss i dag?*

- Ser olika ut, några har effektiviserat bort kriterierna redan, andra använder kriterierna men de fungerar inte som intentionen var

- Team från lasarettet saknas på vissa ställen
- SIP används luddigt ibland för beviljande av mobilt vårdteam, ifyllning av blankett kan vara olika
- Uppdraget är definierat i förfrågningsunderlaget avseende akuta respektive planerade hembesök (i tid), uppfyllelse och förmåga varierar, definierad basnivå saknas dock

*Var vill vi befinna oss?*

- Vill leva upp till HS-avtalet, dock har vi olika lång väg dit
- Bättre kontinuitet, får ej bli personbundet
- Större samsyn mellan primärvård och kommun hur vi gör
- Tydlighet
- Arbeta likvärdigt var man än befinner sig
- Möjlighet till att medicinska insatser ska ges på rätt sätt och rätt vårdnivå
- Att patienten kan vara på rätt vårdnivå och plats utefter sitt behov

*Vad behöver vi göra för att komma dit?*

- Tillräcklig bemanning och personalkontinuitet
- Bra grundplanering för att klara jourtid
- Slopa kriterierna
- Ingen läkarbedömning vid ökade SOL-insatser
- Fortbildning
- Tidplan ok, utmaningen är jourtid
- Delge varandra hur man arbetar, gemensam bild hur mobila teamet ska fungera
- Samverkansgrupp mobilt team sydost
- Samkörning med I HOPA
- Gränsdragning till ASiH
- Motiverande att se goda exempel samt statistik
- Definiera basnivån för kompetens, utrustning och material
- Bygga på befintliga strukturer, planerat – vårdcentral, akut - ASiH

**C) Etablera en jämlik läkarmedverkan på primärvårdsnivå för den kommunala hälso- och sjukvården**

*Var befinner vi oss i dag?*

- Vårdcentral tillhandahåller stöd i form av utbildning m.m., dock brister i detta
- Vårdvalet styr individens stöd
- Läkarmedverkan är avtalad lokalt, upplevelse från kommunens sida av att denna inte till fullo uppfylls
- Saknar läkarkontinuitet, inga läkare alls eller hyrläkare

*Var vill vi befinna oss?*

- Fast läkarkontakt, fast vårdkontakt
- Tydlighet kring mobila team
- Bra avtal som reglerar det stöd som ska finnas

*Vad behöver vi göra för att komma dit?*

- Följa upp befintliga lokala avtal.
- Nyckeltal?
- Alla aktörer involveras i hemsjukvården
- Bättre uppföljning
- Tydliggöra avtalen

## D) Utveckling av insatser för tidvis sviktande

*Var befinner vi oss i dag?*

- Oklart kring Falck
- Det finns patienter som skulle kunna erbjudas vård hemma, vill jobba med den frågan
- Ej fungerande mobilt vårdteam

*Var vill vi befinna oss?*

- Erbjudna vård i hemmet
- Olika insatsnivåer; videobesök? läkarbesök i hemmet?
- Mobila vårdteam

*Vad behöver vi göra för att komma dit?*

- Starta dialog om möjlighet till mobilt team eller besök i hemmet när patient sviktar, specialistnivå?
- Kompetensöverföring/utbildningsinsatser
- Använda den nya kunskapsstyrningen
- Analysera och identifiera åtgärder för att förhindra inläggning
- Videokonsultation specialist/primärvård/patient
- Göra det hållbart, börja stegvis, hämta kunskap som redan finns
- PcSVF t.ex. KOL, hjärtsvikt - kunskapsstyrning

## 5. Sammanfattning av dagen

Thomas, Birgitta och Eva tar med sig inkomna frågeställningar till tjänstemannaberedningen gällande vad som ska prioriteras på delregional nivå, lyftas till centrala tjänstemannaberedningen samt hur vi ska ta den 3 juni vidare.

En översyn av underliggande grupperingar, exempelvis operativa gruppen med flera, kommer att göras.

## 6. Mötesanteckningar

Mötesanteckningar och material från delregionala samverkansgruppen och tjänstemannaberedningen finns samlat på [Sydöstra Skåne - Vårdsamverkan Skåne](#)

Vid anteckningarna

Iréne Fajersdotter