

DATUM

2023-10-25

Mötesanteckningar Operativ samverkansgrupp delregion mellersta

Närvarande:

Anna Jungqvist MAS Kävlinge
Helena Gängefors, MAS Lomma
Annika Atterlid Ohlsson Höör
Ingrid Schölin, ssk HMC Burlöv/Seniorhälsan (del av mötet)
Elina Opasiak SUS (del av mötet)
Eva-Marie Wendel MAS Burlöv
Ingrid Palmgren, ssk mobilt vårdteam mellersta.
Åsa Engblom verksamhetschef VC Nöbbelöv
Cecilia Mårtensson Höör (del av mötet)
Cornelia Björkling MAS Hörby
Marie Stadig utvecklingsledare Lund
Pia Arndorff, MAS Eslöv

Karin Ingelstedt Thunberg Processledare Skånes kommuner
Marie Bjerstam, Processledare Region Skåne

Förhinder:

Annika Gagnemo MAS Staffanstorp
Pia Månsson Zander, enhetschef Lomma
Katharina Borgström enhetschef SUS

1. Välkomna!

2. Reflektioner från workshopen med SVU-nätverket den 23 oktober:

- Givande möte med ett stort engagemang i gruppen
- Samstämmighet om vilket håll gruppen vill gå – komma till mer görande. En del radikala förslag som t ex pausa gruppen helt.
- Många grupper i vårdsamverkan som pratar om samma saker men känner inte till varandra MAS/MAR grupp, operativa grupp, SVU-nätverk m fl.
- Händer mycket på SVU- området och i Mina planer
- Informationsflödet haltar och behöver förtydligas
- Vad kokade det ner till, viktigt att jobba vidare med och följa upp. Vad är syftet? är det rätt personer? Och vart ska det leda?
- Våga ta bort saker
- Vad behöver vårdcentralerna kopplat till SVU och Mina planer och vad behöver övriga aktörer från primärvården

2. Allmän info

- Informationstillfälle för kommunerna om mobilt sjukhusteam, se bifogad presentation.
- Delregional tjänstemannaberedning 17 november.

3. Rådgivning, stöd och fortbildningsavtal.

Under hösten har problemen med rådgivning stöd och fortbildningsavtalen diskuterats och inför detta möte har en enkät gått ut (saknar en del svar som fortfarande processledarna önskar att få in, undertecknad kommer att skicka ut påminnelse). Se delar av enkätens sammanfattning i bifogad presentation, där kan finns också dokumenterat svaren på de frågeställningar som togs upp under mötet.

Grupp utses för att ta fram beslut till tjänstemannaberedning avseende fördelning av pengar, innehåll och uppföljning. Processledare, Marie Stadig, Annika Atterlid Ohlsson samt utsedda från vårdcentraler. Processledare sammankallande.

4. Guide för mobila team

Se bifogad presentation. En guide som beskriver de olika mobila teamens uppdrag är önskvärt. Dialog om innehåll, format och kommunikation. Lägga till info om vilken vårdnivå teamet tillhör samt var kommunen dokumenterar till vilket team patienten tillhör.

Generellt fungerar stödet till SÄBO bra men individer med kommunal hemsjukvård i OBO saknar läkarkontinuitet i stor utsträckning.

Går det att tydliggöra en väg in?

5. Planering för gemensamma SIP-utbildningar lokalt

- Hör jobba med det lokalt
- Lund - lyft i lokal samverkansgrupp - regionens restriktioner hindrar
- Hörby - lokalt med kommunens ssk - Har haft plan för gemensam utbildning - blev inställd
- Lomma - juni gemensam sittning - uppföljning. Ta ut kvalitetsindikatorer från SIP - ligger mycket på MAS
- Kävlinge - har det i handlingsplan
- Eslöv - beslut att ha en gemensam utbildning.
- Burlöv - har kört med egen personal. Ska titta på gemensam utbildning

En diskussion som uppstår är tolkningen av innehållet i SIParna och behovet av medicinska vårdplaner där t ex behandlingsbegränsningar ingår. Diskussion att ta vidare vid annat tillfälle.

6. Samverkan/Samplanering av medicinska insatser hos gemensamma patienter. Lyfter [Kunskapsstöd för samverkande hälso- och sjukvård i hemmet | Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](#).

Här finns en del att arbeta gemensamt med. Till nästa möte fundera på hur innehållet i detta dokument kan skapa förutsättningar **för kommunal och regional primärvård där primärvården är navet** för våra sköra patienter/medborgare.

Finns rutiner kring punkterna i checklistan för insatser hos respektive aktör? Är dessa förankrade?

Det finns en rutin för kommunens ssk uppgifter vid läkemedelsgenomgångar som PV Skåne tagit fram. Dock oklart hur denna är förankrad ute i kommunerna. Se bilaga 1

 *Maria Bjerstam*

Primärvården Skåne Utvecklingsenhet

farmaceuter.prim@skane.se

BILAGA 1

Stöddokument

Skapad

22-08-15

Uppdaterad

4 (5)

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar för patienter i vård- och omsorgsboenden eller med kommunala insatser i hemmet

– stöddokument för sjuksköterska i kommunen

Vad är en tvärprofessionell läkemedelsgenomgång?

En läkemedelsgenomgång är en metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning, som genomförs enligt ett förutbestämt systematiskt arbetssätt, i enlighet med lokala riktlinjer och rutiner¹. Det övergripande syftet är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen.

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar inom primärvård/kommun riktar sig till patienter:

- i särskilda boenden för äldre
- i eget boende med insatser från hemsjukvård rörande läkemedelshantering
- övriga patienter vid behov

Vid tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar deltar patientansvarig läkare, farmaceut och sjuksköterska i kommunen i olika steg i processen. Patient deltar i möjligaste mån i förberedelsearbetet och vid beslut om eventuella förändringar.

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan i kommunen har en viktig roll i arbetet med tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar. Sjuksköterskan väljer tillsammans med patientansvarig läkare ut vilka patienter som ska erbjudas en tvärprofessionell läkemedelsgenomgång. Nedan följer några punkter i syfte att ge stöd i detta urval.

Att beakta vid urval av patienter

Årliga tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar för samtliga patienter på kommunala vård- och omsorgsboenden eller med hemsjukvård är av resursskäl inte möjligt, varför prioritering är nödvändig. Följande bör beaktas:

- Tidigare läkemedelsgenomgång: Patienter som *inte* tidigare fått en tvärprofessionell läkemedelsgenomgång bör prioriteras.
- Antal läkemedel: Patienter med många läkemedel bör prioriteras före de med få.
- Misstänkta läkemedelsrelaterade problem: Patienter med misstänkta biverkningar/försämrat mående, hanteringsproblem (t.ex. vid sväljsvårigheter), eller andra läkemedelsrelaterade problem bör prioriteras.

1. Skånemodellen för tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar [Läkemedelssäkerhet - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](https://www.skane.se/om-skane/omskane/laekemedelssakerhet-vaerdgivare-skane).

Symtomskattningar – viktig del av det förberedande arbetet

Sjuksköterskan i kommunen har en viktig roll för att se till att symtomskattningsskalor fylls i och lämnas till vårdcentralen en månad före bokat tillfälle för läkemedelsgenomgång. Symtomskattningarna (PHASE-20/PHASE-Proxy) är underlag för att uppmärksamma besvär som kan ha samband med läkemedelsbehandlingen.

- PHASE-20 används för patienter som kan medverka själva.
- PHASE-Proxy används för de som inte själva kan medverka och därför är beroende av att någon annan gör skattningen för deras räkning. I de fall symtomskattningen fyllts i av annan vårdpersonal är det värdefullt om sjuksköterskan går igenom skattningen, så att informationen är komplett och korrekt, innan den lämnas till vårdcentralen.

På webbsidan Vårdgivare Skåne, [Läkemedelssäkerhet - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](https://www.skane.se/om-skane/omskane/laekemedelssakerhet-vaerdgivare-skane), finns symtomskattningsskalorna att ladda ner och även användarinstruktioner som är viktiga att ta del av.

Teammöte för läkemedelsgenomgång

Sjuksköterskan i kommunen har en viktig roll som deltagare vid de tvärprofessionella möten där patientens läkemedel, mående, och åtgärdsförslag diskuteras. Beslut tas av läkare gällande vilka läkemedelsförändringar som ska genomföras och hur de ska följas upp. Sjuksköterskan har sedan en nyckelroll i att följa upp patientens mående enligt sedvanlig rutin.

Vid eventuella frågor om läkemedelsgenomgångar, kontakta Vårdcentralens administrativa samordnare.

Operativ samverkansgrupp



Delregion
Mellersta
2023-10-25



Vårdsamverkan Skåne – vardsamverkanskane.se



A decorative graphic on the left side of the slide. It features a large, bright yellow maple leaf in the center, with its stem pointing towards the bottom left. Below it, there is a smaller, blurred orange-red leaf. The background is a soft, light blue with white, cloud-like shapes. The overall style is clean and modern.

Välkomna

Dagens agenda:

- | | |
|-------|--|
| 13.00 | Välkomna! |
| 13.15 | Check in/Reflektion från workshop med SVU-nätverket. |
| 13.30 | Råd & Stöd – workshop |
| 14.15 | Paus |
| 14.30 | Mobila Team – dialog om vad bör ett beslutsstöd innehålla? |
| 15.00 | SIP – utbildning – pågår gemensam planering inför kommande utbildning? |
| 15.20 | Lokala rutiner för medicinska insatser – finns det? – behov av gemensam ram? |
| 15.50 | Övriga frågor |



Vi lär oss
inte av våra
erfarenheter.
Vi lär oss när
vi reflekterar
över våra
erfarenheter.

facebook.com/herregudco

SVU – workshopen
och/eller
SVU i stort

Allmän info

- Info Mobilt sjukhusteam i

Eslöv	27 oktober	13.00-14.30
Staffanstorps	2 november	13.30-15.30
Lomma	8 november	14.30-16.00
- Delregional tjänstemannaberedning 17 november
- Har ni något att dela med er av?

Enkäten - Rådgivning, stöd och fortbildning



**Princip för fördelning
av pengar**

Inga fastslagna principer
hur pengarna ska fördelas
inom kommunen

Principerna
kopplas inte
avtalet

Av
ty
nå

Innehåll i avtalet

- Tycker den täcker och tydliggör problematiken väl
- Missvisande i texten då det står att läkaren även ska ge anhöriga information och stöd. Detta innebär då även till de patienter som inte är listade hos "Råd o Stöd" läkaren. (kanske ingår i "benet" otydligt, men egentligen är det ganska tydligt, men fel.
- Jag tycker verkligen ni fångat problematiken. Största skav mot avtalet är att det är MASar i regel som håller på med detta. I mitt fall har det inte främjat samverkan med vårdcentralerna. Pengarna fördelas till olika vårdcentraler och är omöjligt att följa upp för kommunen. Patienterna är listade på olika vårdcentraler och sjuksköterskorna fördelade fysiskt på olika ställen. Bara detta leder till svårigheter.

regionsidan tillkommer

**Syfte och
avgränsningar av
avtalet**

g, stöd och
lig till VC
a insatser
om

**Uppföljning och
uppdatering av
avtalet**

Avtal för
rådgivning, stöd
och utbildning

Vad har du och din verksamhet för förslag för att förbättra fördelningen av pengarna som är kopplade till avtal för rådgivning, stöd och fortbildning

- Bättre läkarkontinuitet.
- Det är lite märkligt att det är upp till kommunerna att skriva avtal för råd och stöd med dem som man önskar samtidigt som vi enligt FFUn har läkaransvar för alla våra listade individer som enligt "tröskeln" tillfaller kommunen primärvård och är skyldiga att svara på frågor från kommun-ssk, göra hembesök mm. Detta ingår i grunduppdraget. Avtalet känns därför lite märkligt. Jämn fördelning utifrån antalet listade vore bättre.
- Önskemål om att pengarna läggs i en Skånegemensam pott. Önskemål om övergripande kompetensutbildningar som vi kan "skicka" personal på löpande. Det blir samma kunskap för alla och en vinst i om att personal byter vårdgivare. Kan vara kompetensutbildning, workshops utifrån olika teman tex.
- Fortsätta samarbetet med kommunen
- Krav på kvalitet för att lyfta pengar
- Förslaget är att slopa det helt. Ge pengarna till - Kunskapsstyrning- som kan utveckla fler webbutbildningar som även kommunens personal har tillgång till. var och en kan då själv avgöra när det finns tid för personalen att gå utbildningen och den som håller utbildningen har både kunskap, intresse och erfarenhet, vilket det inte alltid är fallet då det skulle hållas någon "råd o stöd" utbildning
- Svårt att svara på då vi inte vet hur stor fördelningen är eller vad kommunen prioriterar.
- Det borde finnas enklare sätt att fördela pengarna på till exempel utifrån antal listade äldre på vårdcentralen. Det skulle innebära att slippa teckna enskilda avtal som måste skrivas om när det tillkommer nya enheter inom kommunen. Fördelningen borde också vara kopplad till prestation från vårdcentralens sida och vad de ska leverera. Kommunen bör också precisera vad de vill ha för fortbildning och stöd som kan ingå i "Råd och stöd".
- Viktigt att varje kommun identifierar vilken typ av stöd de efterfrågar och har behov av.

Vad har du och din verksamhet för förslag för att **förbättra** **förståelsen** av vad avtalet för rådgivning, stöd och fortbildning bör innehålla?

- Mycket tydligare. Lika för alla.
- Nämns endast mycket kort i vår FFU. Svårt att förstå skillnaden mot grunduppdraget utöver åtagandet att undervisa kommunens personal.
- Tycker som sagt att råd och stöd delen (den övergripande dvs inte kopplat till den individuella vården ska lyftas ifrån de lokala avtalen.
- Inga
- Inget specifikt som sådant MEN en tydlighet vad avtalet innehåller
- Slopa det
- Tycker det är tillräckligt tydligt.
- Avtalet bör formuleras om med tydligare skrivning om vad ett "Råd och stöd" avtal innebär, från vårdcentralens sida och från kommunens sida

Vad har du och din verksamhet för förslag till vilket innehåll avtalet för rådgivning, stöd och fortbildning bör ha?

- "Fortbildning bör ligga digitalt idag. Finns inte utrymme att sända flera ssk på fysiska utbildningar. Rådgivning och stöd för ssk fungerar hos oss ute i verksamheterna gällande patienter. Vid dessa tillfällen undersöks också patienter, hembesök. Vad det anbelangar drömscenariot hade kommunen haft egna läkare för patientsäkerhetens skull."
- "Avtålets bilaga reglerar fördelningen av SABOn inom kommunen men vems ansvar är det att göra den fördelningen? Listningen bör ju styra vem som ansvarar för patienten men i realiteten så är det vissa enheter som har huvudansvar för vissa boenden. Känns oklart. Hur ofta och i vilken omfattning ska fortbildning hållas?"
- Palliativ vård, demens, avancerad sjukvård i hemmet, gemensam SIP, rehabilitering mm
- Som idag, finnas till för råd och stöd till kommunen, undervisning i vissa fall
- Tydlighet i avtalet
- Fokus på det som verksamheten ser att de saknar, se tidigare fråga.

Vad har du och din verksamhet för förslag för att **förbättra rutiner för uppföljning och uppdatering av avtalet** för rådgivning, stöd och fortbildning?

- Bör väl egentligen ske årligen, tror till och med att det står så men det följs inte riktigt.
- "Tydlig mall, likriktning så våra medborgare erhåller vård på lika villkor. Tänker vi även på de lokala samverkansavtalen hade jag önskat att vi kunde få en gemensam gräns för minimitid som vårdcentralerna ska ha för ""rond"" läkarmedverkan på Säbo, telefontider, hembesök mm"
- Fler möten med kommunen. Att ha en god samverkan med kommunen.
- Från kommunens sida någon som håller samman behovet av fortbildning och stöd, vad kan vårdcentralerna gemensamt bidra med och vad kan de lokalt bidra med. Följa upp tillsammans med vårdcentralerna att det blir något konkret som händer och vilka är behoven framöver. Återkoppla till kommun och region hur och till vad pengarna använts.

Workshop

Tänka kort – vad kan vi göra med nuvarande förutsättningar?

- Fördelning av pengarna
- Innehåll i avtal
- Kan vi göra något gemensamt?

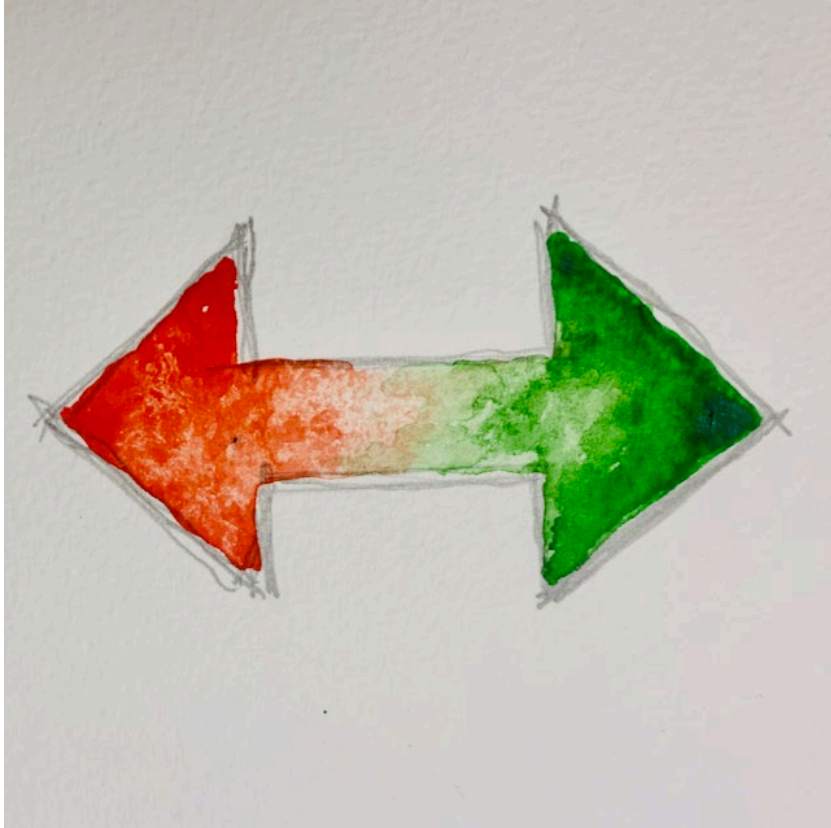
Diskussion i smågrupper!



Inkommande kommentarer från WS

Fördelning av pengarna	Innehåll i avtal	Kan vi göra något gemensamt?	Övrigt
Avtalen måste skrivas om när ny VC kommer in, bökigt för MAS att hålla i	Ganska mkt samma behov vi har Behövs mer lika arbete	Kvalitetssäkring Mindre egna lösningar, eller lösningar som inte sker.	Administrativa vinster, idag tar det mkt tid för MAS:arna
Som det är nu ska varje kommun uppfinna hjulet	Innehåll efter Hälso- och sjukvårdslagen och Nära Vård	Vi tycker vi kan göra mer gemensamt.	Ex modell att införande av NVP bekostas av dessa pengar
Finns fördelning utifrån listade patienter.	Mall behöver skrivas om, avtalsmall behöver skrivas om så det blir tydligt Mkt tolkningsutrymme som det är idag	Mellersta Skånes utbildningar ex, om någon är bra på något. Utbildningspeng bör användas gemensamt, blir mer lika vård. Det förhindrar också att vissa VC inte kan undkomma ansvaret, den kommunen har svårt hävda rätt.	SIP utbildning också ett ex. Pengar kan också användas ersätta personal gå SIP utbildning
Vi tänker att peng för listade utifrån viss ålder hade varit bra	Förslag dela på läkarstöd och utbildning, huvudsak det blir tydligare.	Kostnadseffektivt med större föreläsningar, mindre sårbart om leg. personal kan gå flera tillfällen.	Samverkansvinster när leg personal träffar leg personal i andra kommuner
Okunskap om mandat för kommun	Otydligt uppdrag.	Flera kommuner saknar utb under flera år tillbaka	Primärvården talar lite om pengarna internt
Alla kommuner gör olika.	Kommuners behov ser olika ut. Ställa tydliga krav och önskemål till primärvården från kommunerna.		Låt delar av pengarna gå tillgemensamma digitala utbildningar. Läkarkontinuitet hos patient viktigare än råd och stöd. Råd o stödspengar - försvinner ut i ett mörkt hål. När det gäller tiden på olika boende så borde det finnas en miniminivå.

Guide för "Mobila team"



Innehåll

Vilka team behöver ni veta om?

Vilken information?

Förklaring av begrepp

Format

Kommunikation

Var kommunicerar vi det bäst?

Exempel

MOBILT VÅRDTEAM MELLERSTA

PATIENTER

Patienter med kommunal hemsjukvård

Patienter som är listade på vårdcentralerna [lista]?

För patienter som ej är listade på ovanstående vårdcentraler gäller följande:
[?????]

Kostnad för patient?

- Motsvarande för läkarbesök på vårdcentral

Ingår i högkostnadsskydd för patient

- Ja

Remiss

- Nej
-

Vem har det medicinska ansvaret

- Läkaren på vårdcentral där patienten är listad

KOMMUNER

Burlöv
Eslöv
Kävlinge
Hörby
Höör
Lomma
Lund

PERSONAL FRÅN REGIONEN

Läkare
Sjuksköterska

PERSONAL FRÅN KOMMUNEN

Sjuksköterska

Ansvarar för:

Möta upp vid besöket
Dokumentera i patientens medicinska journal hos kommunen

KONTAKT

Vem?

Kommunens sjuksköterska
Vårdcentral
1177
Ambulans

Telefon

- 0724 - 67 45 58

Fax

- 046 - 17 37 12

TILLGÄNGLIGHET

måndag till fredag
08.00-21.30
lördag, söndag
10.00-21.30
helgdagar

MOBILT VÅRDTEAM MELLERSTA

MEDICINSKA INSATSER

Akuta medicinska bedömningar och behandlingar (patientnära lab: CRP, Hb, B-glukos, U-sticka, Na, K, krea, iv-antibiotika, iv-diuretika, inhalationer mm).

Blodtransfusion (dagtid) och dropp till patienter på SäBo.

Samordna direktinläggningar, dagtid vardagar.

GÖR INTE

Skriver ej LPT
Utför ej demensutredningar eller andra utredningar.
Ger ej blod eller dropp i ordinärt boende (pga behov av övervakning).
Ej konstaterande av dödsfall
Ej möjlighet till EKG
Ej möjlighet till syrgas och sug.

IT-STÖD

Dokumenterar i journal

- Melior
- Övriga IT-stöd
- Itachi

Vilka team?

Vårdcentralernas grunduppdrag "Mobilt team"

Mobilt Vårdteam mellersta

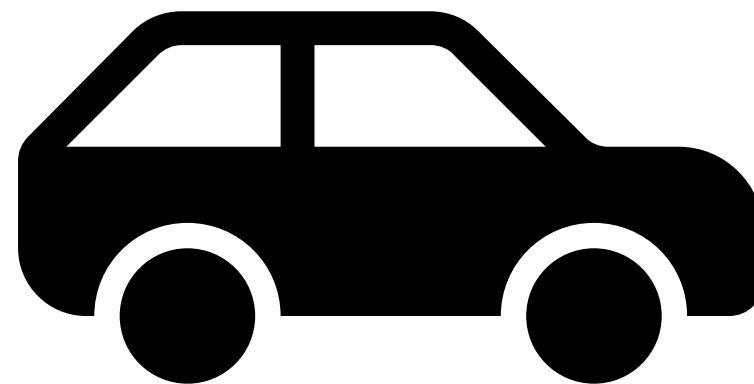
HMC mobilt team

Mobilt sjukhusteam

ASIH

Idoc

Team från psykiatrin?



SIP-utbildning – Lokal plan finns det?

Lokala rutiner för medicinska insatser

- Vad kan det gälla?
- Hur tas de fram och av vem?
- Vem säkerställer den medicinska säkerheten?

Kunskapsstöd

- Samverkande sjukvård i hemmet



Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet är den hälso- och sjukvård som regionernas och kommunernas primärvård bedriver tillsammans för sköra personer med varaktiga behov av hälso- och sjukvård.



Syftet med kunskapsstödet är att förbättra samordningen av omsorgen i primärvården, för vuxna sköra individer med behov av hälso- och sjukvård i hemmet. Kunskapsstödet är tänkt att användas både som stöd för personal i det praktiska arbetet och för chefer som behöver skapa förutsättningar för samverkan.

Teamets inskrivning och uppföljning i samverkande hälso- och sjukvård i hemmet – en av två checklistor i materialet.

1. Aktivt **delta i in- och utskrivningsprocessen** i samband med att teamets patienter har vårdats på sjukhus och har behov av fortsatt vård.
2. Genomföra inskrivningssamtal med patient och närstående. På korttidsenhet ska inskrivningssamtal och läkarbedömning ske så tidigt att patientens behov tillgodoses på ett säkert sätt.
3. **Undersöka kroppslig och psykisk hälsa, inklusive munhälsa**, och kontroll av laboratorieprover vid behov.
4. Genomföra **adekvata riskbedömningar**.
5. Undersöka rätt till **tandvårdsstöd och utfärda intyg**.
6. Kontinuerligt bedöma behov av **proaktiva och rehabiliterande insatser**.
7. Upprätta eller följa upp samordnad individuell plan **SIP och/eller Patientkontrakt**. Delta i upprättande och uppföljning av den individuella planen i digitala system.
8. **Upprätta medicinsk vårdplan**, inklusive behandlingsstrategi och rehabiliteringsplan i samråd med patient och närstående, på korttidsenhet vanligen inom en vecka och på särskilt boende inom två veckor. Vårdplanen ska klargöra huvuddragen om vårdens inriktning.
9. **Dokumentera eventuella behandlingsbegränsningar** samt hur sannolika medicinska händelser ska hanteras. Uppföljning vid behov och minst årligen.
10. **Planeringen ska dokumenteras och vara tillgänglig för vårdgivare dygnet runt**.
11. Förbereda och **genomföra läkemedelsgenomgång**.
12. För personer på **korttidsenheter ska uppföljning och överlämning av vårdansvar säkerställas och vid behov ska det göras en SIP**.
13. Genomföra **brytpunktssamtal och efterlevandesamtal**.
14. Ha **rutiner för uppföljning** minst årligen, tätare vid behov, och ska omfatta punkt 3 till och med 10.

Medskick.....

Till nästa möte den 6 december kommer vi att titta vidare på detta dokument.

Fundera på hur innehållet i detta dokument kan skapa förutsättningar för kommunal och regional primärvård där **primärvården är navet** för våra sköra patienter/medborgare.