

# Nära vård – omställning pågår

Hälsovalsmöte 7 oktober 2022

Maria Svensson, Marie Ragnarsson

# Samordning av omställningen till nära vård

## Samordnande arbetsgrupp:

- Stödjer medarbetare och chefer i omställningen
- Kommunicerar och sprider kunskap och inspiration
- Följer nationell, regional och lokal utveckling och forskning
- Samverkar med andra aktörer i samhället
- Rapporterar till staten om länets utveckling
- Analyserar och följer upp på övergripande nivå

## Kontakta någon av oss!

- Marie Ragnarsson, samordnare nära vård
- Mathias Karlsson, analytiker
- Maria Svensson, utvecklingsledare
- Julia Ström, verksamhetsutvecklare
- Emma Rydh, kommunikatör

Öka samverkan ännu mer med kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. Följa upp SIP, inte vara nöjd med att en finns upprättad. Koordinatorsfunktion behövs Psykiatri och habilitering finns sällan med Komplettera listor på ACG och CNI med antalet besök för att hitta de med komplext vårdbehov. Specialistenheter behöver ställa om, inte bara lämna över ansvar

Läkare-läkare-kontakt: tex fast läkare har kontakt med sekundärvården under en vårdtid

ST allmänmedicin ska ha allmänmedicinen som utgångspunkt- dvs prio1 - förutsättningar för relationskontinuitet under randningar måste ordnas. Hemvårdardagar. Kortare randningar men möjlighet till digital konsultation. Kulturskifte måste till. Beslut från regionledningen att detta måste ske.

**Hur fortsätter vi förflyttningen tillsammans?**

Fortsätta dialogen med tex slutenvård och kommun

Tillsätta speciella koordinatörer som stödjer patientens behov

Pengar till fast läkare - grundbult

Informationsmaterial om vad nära-vård-erbjudandet innebär för just varje enskild hc/kommun

**Vilka är våra egna, på varje enhet, av de 5300 patienter i kvadranten "komplexa"? Där behövs en vårdplan, gemensamt.**

Även specialistmottagningarna på sjukhuset behöver rigga för att kunna ta emot "Eva" vid halvslutna besvär. Detta med tanke på alla besöken på akuten.

Var finns slutenvårdsmottagningarna i denna process? Hur får vi sjukhusen att ta ansvar för sina svårt sjuka patienter? Öka samarbetet med sjukhusläkarna.

**Vad behöver vi utveckla vidare?**

Skapa fokusgrupper med patienter och anhöriga för feedback

Samverka med kommunen - tex rekrytera tillsammans

Samverka kring våra multisjuka patienter PV/sjukhuskliniker/kommun

Vi har fungerande rutiner i kommunikationen mellan PV och Ksk och det arbetsättet vill vi utveckla med övriga vårdaktörer.

Läkar- Teleq

Tillräckliga resurser att kunna vara tillgängliga med kort varsel. Kulturförändringar inom slutenvården där vi vill se ett gemensamt ansvar för patienterna inom rätt kompetensområde.

Utveckla förutsättningar för samordning/SIP genom listning på läkare med tillhörande team

**Ser ni saker som behöver göras men inte görs?**

Avlöna anhöriga, liknande vab. Anhörigdagar

Epikriser från medicinkliniken! Journalanteckningar/dokumentation ska vara uppdaterad snarast från alla vårdaktörer.

Hembesök och åtgärder med kort varsel från sjukhusklinikernas sida. Tillföra resurser för att kunna anställa tillräckligt med specialistläk och spec ssk till att lösa dessa nya uppgifter

Snabbare informationsöverföring/remiss/direktkontakt från slutenvården när man önskar uppföljning.

Vi behöver hitta ett sätt att riva murar, minska revirtänkande. Vi behöver prata med varandra. Vem gör vad för patienten i samverkan PV och sjukhus. Se individen istället för sjukdomen, kroppsdelar. Läkare bör kunna ta hand om flera åkommor för sin pat i gränsområdena inom sitt kompetensområde

## Hälsovalsmöte i juni

# Utvecklingsområden

- Samverkan- Hälsoval, HSF, Psykiatri och länets kommuner
- Identifiera och samverka kring de mest komplexa patienterna
- Läkare till läkare kontakt
- Lyssna in vad patienter och närstående har att berätta

# Omställning pågår

## Arbetsätt för nära vård hösten 2022

# Bakgrund

- I Regionplanen avsätts en särskilda resurser under 2022 (30 MSEK) för fortsatt omställning av hälso- och sjukvården.
- Arbetet ska fokusera på genomförande av handlingsplanerna för nära vård och strategi för invånarens digitala vårdkontakter.
- Arbetet utgår från regionens strategi för Varje dag lite bättre – kraften hos många.



- Ökat invånarfokus
- Ökad användarvänlighet i tillgängliga digitala tjänster (både vårdgivarperspektiv och invånarperspektiv)
- Ökad förståelse i organisationen för invånarens och verksamhetens behov (kopplat till bemötande och digitala tjänster)
- Ökad samverkan över verksamhetsgränser och huvudmannagränser

## Mål med satsningen





**Behov:** Socialt stöd och socialt sammanhang är centralt för hälsa och livslängd

**Vad vill vi uppnå:** Social förskrivning. Hälsolots en mänsklig länk mellan allmänmedicin och lokalsamhälle. En person man kan hänvisa till när det framgår att det finns faktorer i den sociala situationen som bidrar till att en människa inte mår bra.

**Vad ska vi göra:** Hälsolots anställd i kommunen, kultur och fritid. Ett regionalt utvecklingsprojekt i samarbete med Högsby kommun.

**Vilka ingår i projektet:** Regional utveckling, hälsocentral, nära vård, Kommunen: MAS/folkhälsa, kultur/fritid, kommunledning

## Exempel 1: Högsby – hälsolots



## Exempel 1: Högsby – Samverkan vid beroendeproblem

**Behov:** Beteendeproblem relativt vanligt i Högsby. Ett samhällsproblem med många dimensioner. Flera aktörer som har olika uppgifter. Vi kan bli bättre tillsammans.

**Vad vill vi uppnå:** Vi vill uppnå förbättrade förutsättningar för samverkan. Det ska vara lätt för en person som arbetar i hemtjänsten att veta hur man kan initiera hjälpsamma insatser när man ser att det finns beroenderelaterade problem hos en brukare.

**Vilka ingår i projektet:** Regionen: HC (läk ssk bec), socialmedicin, Indigolpex, Kommunen: hemtjänst/säbo, bib, ifo, mas/folkhälsa.



**Behov:** Vi behöver förbättra samverkan kring våra gemensamma patienter i hemsjukvården – Primärvård/kommunal vård/sjukhusvård för att vården ska bli sömlös och trygg för patienten. Vi förväntar oss att allt sjukare patienter kommer att vårdas i hemmen och vi behöver rigga våra verksamheter inför detta tillsammans.

**Vad vill vi uppnå:** En trygg och sömlös vård för våra sjukaste och sköraste patienter i Västervik. Vi vill undvika onödig sjukhusvård och minska återinläggningar orsakade av otrygghet.

**Vad ska vi göra:** Vi vill veta och inte agera utifrån tro. En genomlysning av nuläget, gap-analys, med intervjuer av patienter/anhöriga och medarbetare och sen ta tag i skavet.

**Vilka ingår i projektet:** Primärvården norr och då ffa allt Esplanaden och Stora Trädgårdsgatan, Kommunens hemsjukvård, Styrgrupp Äster och i utkanten Västerviks sjukhus. Patienter och anhöriga kommer också att involveras.

## Exempel 2: Västervik – samverkan kring hemsjukvård

## Exempel 3: Hultsfred

**Behov:** Under utvecklingsdagen i maj arbetade vi i arbetsgruppen på HC fram mål vad vi behövde göra för en omställning till "Nära vård". Vid brukarmedverkan på HC så fick de framföra vad som är viktigt för dem och ger trygghet på HC. Vid ett första möte i projektet med akutmottagningen Hultsfred kommun och ambulansverksamheten har ytterligare faktorer lyfts.

### Vad vill vi uppnå:

- Fast vårdkontakt
- Anpassa läkartiderna efter behov
- Vårdkontrakt/planer i överenskommelse med patienten.
- Samarbete mellan HC, Hultsfred kommun, ambulansverksamhet så att "rätt" patienter kommer till akuten.
- Patient hamnar på rätt vårdnivå, kan vara en ny vårdnivå.

*Forts. på nästa sida*



## Exempel 4: Hultsfred

- Färre återinläggningar
- Högre andel [SIP:ar](#)
- Integrerade system mellan primärvård och Hfred kommun, tex Cosmic
- Primärprevention-Erbjuda hälsosamtal 40, 50, 60 och 70 åringar. Ta upp kost, motion, alkohol och tobak vid vårdbesök.

**Vad ska vi göra:** Nulägesanalys genom att intervjua brukare samt arbetsgruppen.

**Vilka ingår i projektet:** Hultsfred HC, Psykisk hälsa, Hfred kommun, Ambulansverksamheten, Akutmottagningen Västervik och Oskarshamn, Öppenvårdspsykiatri Vimmerby, 1177 och brukare/invånare



### Beskriv behovet:

- Stärka samarbetet med patientens behov i centrum.

### Vad vill vi uppnå:

- En verklig förändring för invånarna och medarbetarna.
- Få verkstad i arbetet!

### Vad ska vi göra:

- Inventering av de mest komplexa patienterna
- Intervjuer med patienter och medarbetare
- Workshops

### Vilka ingår i projektet:

- Oskarshamns kommun
- HSF; sjukhuset, samrehab
- Psykiatrin
- Ambulansen
- PV; Kristineberg, Gripen och Blå Kusten



# Bensträckare



## Hälsovalsmöte

Vi säger hela tiden samverkan – vi behöver samverka mer... men vad betyder det?

Att kunna ta kontakt med de som behövs när det finns behov



Samverkan

- \* Att LYSSNA på övriga parter
- \* Gemensam målbild
- \* Vilja att förändra
- \* Konkreta beslut & åtgärder.
- Gärna börja i smått/avgränsad
- \* Relationellkontakt med samverkansparterna
- \* Avsatta forum att diskutera gemensamma frågor.

Vi säger hela tiden samverkan – vi behöver samverka mer... men vad betyder det?

När vi arbetar mot samma mål  
Har samsyn  
Förstår varandra  
Har bra dialoger  
Vi tillsammans inte vi och dem  
Gemensamt ansvar

Innebörd samverkan för oss

Kommunikation

Jobba och utveckla tillsammans

Hitta - diskutera och lösa gemensamma problem

Överbrygga de organisatoriska mellanrummen

Tvärfunktionella förbättringar -  
Jobba i sidled inta bara i stuprör.

Att samverka är att samarbeta och då måste man vara positivt inställd till ämnet och varandra. Man måste se behovet- det måste komma ifrån verksamhetens eller de enskilda människornas önskemål. Inga påbud uppifrån

Vi säger hela tiden samverkan – vi behöver samverka mer... men vad betyder det?

Bra samverkan



Förutsätter:

- Någorlunda lik verklighetsbild
- Gemensam målbild/gränsdragning
- Ökad kommunikation med patientperspektiv

Vi samverkar över gränserna med kommun, sjukgymnast, sjukhuset, arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Viktigt att vi upprättar en kontakt med 2-vägskommunikation genom telefon alternativt brev el remiss istället bara för att hänvisa patienten, så samverkan för oss innebär ett närmare samarbete som inbegriper en dialog. En kännedom och yrkesrelation parterna emellan. Underlättar samverkan.

Vad konkret behöver du/ni göra för att öka samverkan – nästa steg?

Hitta tiden att träffas, prioritera den tiden. Behöver hitta konkreta saker. Gemensamt journalsystem.

Gemensam anställning både kommun och region

Jag skulle vilja ha telefonnummer till dem jag ska samverka med. Att kunna ta direkt kontakt vid behov! Möten är bra ibland men inte i tid o otid. Mail blir ofta envägskommunikation som kan fortgå i det oändliga

Kommunicera

Tid för samtalet

Hitta rätt forum för att samarbeta

## Frågor:

- Vi säger hela tiden samverkan – vi behöver samverka mer... men vad betyder det?
- Vad konkret behöver du/ni göra för att öka samverkan – vad är nästa steg?

## Vad händer i höst?

- Särskilt satsning på nära vård hösten 2022
- Gemensam målbild för nära vård i Kalmar län
- Turné i kommunerna tillsammans med Kommunförbundet
- Öppna, digitala forum
- Sprider goda exempel
- Identifiering av de mest komplexa patienterna



# Övriga frågor/reflektioner

## Önskemål till nästa gång på tema Nära vård?

- Få med sjukhusen
- Hur pratar sjukhusen om nära vård
- Få fler utvecklingsarbeten presenterade



**Tillsammans**  
för ett **friskare**  
**tryggare** och  
**rikare liv**