Mötesanteckningar Utvecklingsforum äldre

Datum: 2026-05-06

Tid: kl 13-16

Plats: Kaserngården 3B, Uddevalla, lokal Översten

Närvarande

Johan Lundh, **ordförande**, förvaltningschef socialtjänsten
Camilla Högström, **vice ordförande**, verksamhetschef internmedicin
Sofia Sandberg, enhetschef Närhälsans rehab
Sofia Häller, vårdplaneringssjuksköterska Närhälsan
Åsa Weding, SAMSA-förvaltare Närhälsan
Lisa Gustafsson, NU-sjukvårdens rehab
Elin Hansson, vårdcentralchef Närhälsan
Laura Lindquist, ersätter Sanna Bialek, vårdcentralchef Capio
David Engkvist, chef biståndsenheten
Ida Andersson, enhetschef kommunal primärvård
Sara Nyman, enhetschef Närhälsan Fyrbodal mobilt vårdteam
Maria Möller, verksamhetschef SÄBO
Emelia Dahlberg, enhetschef kommunal primärvård
Kristina Ehne, sektionschef vuxenpsykiatri sektion 1
Jenny Mabäcker, enhetschef biståndsenheten
Ulrika Melander, sjuksköterska kommunal primärvård, adj punkt 4
Hanna Holgersson, Teamledare Vårdövergång i Samverkan, ViS, adj punkt 4

Helen Karlsson, processledare Vårdsamverkan Fyrbodal
Maria Klingberg, processledare Vårdsamverkan Fyrbodal
Lidija Beljic, processledare Vårdsamverkan Fyrbodal

Förhindrade

Jeanette Faeder, verksamhetschef neurologi, stroke och rehabiliteringsmedicin
Maria Viksten Eriksson, verksamhetschef kirurgi
Cecilia Johnson, regionrehab
Alexander Fåll, chef äldreomsorg

Mötespunkter

1. Dagordning och incheckning

Alla hälsas välkomna. Presentationsrunda då vi har flera nya deltagare i gruppen. Deltagarna checkar in i mötet med frågan ”Vad har tagit mest av din energi senaste veckan?”

2. Information om nytt uppdrag “Samverkan vid diabetesvård”

Utvecklingsforum äldre har fått i uppdrag av styrgruppen att arbeta med samverkan vid diabetesvård och har därför bjudit in Linda Sunnerdahl, Birgitta Gustavsson och Sheyda Sofizadeh som alla ingår i regionalt processteam diabetes. En femtedel av patientgruppen med typ 2 diabetes är över 80 år. Samsjuklighet är vanligt. Äldre personer med diabetes har ofta en komplex situation med många samtidiga behov och flera involverade aktörer och vårdnivåer. Ställer höga krav på samordning, helhetssyn och individanpassning. Gränserna mellan kommun och region är otydliga. Viktigt att både specialistvården, regional primärvård och kommun är med och samverkar tillsammans. Vill få till en delregional rutin kring diabetes.

Förslag på arbetsgruppsrepresentanter;

- En läkare från privat eller Närhälsan vårdcentral *(Elin och Laura tar med frågan till sina nätverk)*
- En diabetes ssk privat vårdcentral *(Laura tar med frågan till sitt nätverk)*
- Två diabetes ssk:or Närhälsan (Linda Sunnerdahl och Sheyda Sofizadeh)
- Diabetes ssk specialistvård *(Linda och Sheyda har ställt frågan till diabetesmottagningen i NU sjukvården)*
- Endokrinolog specialistvård (Åsa Tisad)
- Två st. medicinskt ansvarig sjuksköterskor kommunal primärvård, (Birgitta Gustavsson och Anette Hernvall)
- En chef från kommunal primärvård *(Ida och Emilia tar med frågan till nätverket för sjuksköterskechefer)*
- Sjuksköterska kommunal primärvård (2 st en från en lite minder kommun och en från en större kommun) *(Ida och Emilia tar med frågan till nätverket för sjuksköterskechefer)*
- En Biståndshandläggare/biståndshandläggarchef/förste handläggare *(David och Jenny tar med frågan till nätverket för biståndshandläggarchefer)*

  Tacksam för svar på namn på representanter till Helen Karlsson senast den 15 juni. Första mötet är i september i arbetsgruppen.

Lindas, Birgittas och Sheydas presentation bifogas mötesanteckningarna.

3. **Kampanj vårdbegäran**

Helen ger en kort tillbaka blick över syfte, målgrupp och innehåll för informationskampanjen. 1 november 2025 startade kampanjen. Resultatet följs genom statistikuttag från GITS. Statistik för mars månad har precis sammanställts och skickats ut till alla lokala vårdsamverkansgrupper. Siffrorna publiceras också på Vårdsamverkan Fyrbodals webbsida. Under mötet tittar utvecklingsforum äldre tillsammans på sifforna och konstaterar att Tanum och Mellerud utmärker sig genom att både ha skrivit fler vårdbegäran och dessutom höjt nivån på innehåller i vårdbegäran. Även Munkedal och Bengtsfors utmärker sig. Utvecklingsforum äldre kommer överens om att intervjua representanter från Tanum, representanter från Mellerud/Bengtsfors och representanter från Munkedal till Vårdsamverkan Fyrbodals nästa nyhetsbrev och fråga dem om hur de arbetat med vårdbegäran i deras kommuner. Lyfts att det inte är så lätt att i procentandelar ange patientens funktion. Viktigt att man på lokal nivå tillsammans tittar på siffrorna och pratar om resultatet. Utvecklingsforum äldre skickar med till styrgruppen att vi behöver få ut i linje och nätverk att vi behöver bli bättre på att fylla i pågående insatser samt aktivitet och funktion i vårdbegäran.

4. In- och utskrivningsprocessen – Planering – Ansvar

- **Reservrutin då patientadministration inte är ifylld**
  Enhetschefsnätverket för kommunal primärvård har kommit överens om att den lista med kontaktuppgifter till kommunal primärvård som används för samverkansuppdrag inom Samverkande sjukvård kan användas som reservrutin då patienter kommer in till akuten och kontaktuppgifter 24/7 inte är ifyllt i patientadministration i SAMSA, på både patienter som har beslut på kommunal primärvård och på de som inte har det utan enbart har insatser från hemtjänst.
  Helen kontaktar Samverkande sjukvård om beslutet som också kommer återrapporteras till operativa samverkansgruppen för Samverkande sjukvård.
  Information till akutens personal kommer att gå via Lisa Gustavsson, vårdövergångar i samverkan (ViS).

- **Fast vårdkontakt**
  Helen går igenom fast vårdkontakt, hur den utses och vilket ansvar denne har.
  - Fast vårdkontakt ska utses i regionens öppenvård (vårdcentral och specialistmottagning) när en patient skrivs in i slutenvård och bedöms kunna få behov av insatser efter utskrivning.
  - Verksamhetschef ansvarar för att fast vårdkontakt utses. Fast vårdkontakt ska vara en tydligt utpekad person.
  - Fast vårdkontakt ska: vara namngiven och dokumenterad i SAMSA under **Patientadministration**
  - När det finns fler än en fast vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården ska en av dessa utses som huvudansvarig fast vårdkontakt, den som utses som huvudansvarig fast vårdkontakt skall ange det i **Patientadministrationen**, vilket överförs automatiskt till **Checklistan**
  - Fast vårdkontakt ska informera patienten om vem som är fast vårdkontakt/huvudansvarig fast vårdkontakt.

  Helen visar också statistik över hur ofta fast vårdkontakt inte är ifyllt i SAMSA.

- **Genomgång av ett planering-ansvar meddelande**
  Hanna, Åsa och Sofia visar hur ett bra planeringsmeddelande ser ut utifrån ett fiktivt patientfall. Planeringsunderlaget består av två flikar; planering och ansvar. Diskussion i gruppen kring att det inte finns någon vedertagen ordning informationen skrivs i. Planeringsmeddelandet kan bli långt under en lång vårdtid. Svårt att hitta i informationen. Administrativa meddelanden väljs istället, ibland för att man tror att det är lättare att få svar och ibland av okunskap att man tror att det endast är sjukhuset som ska skriva i planeringsmeddelandet. Ingen medicinsk information får

skrivas i administrativa meddelanden men det förekommer ändå. Även beslut kan ligga i administrativa meddelanden vilket gör det väldigt rörigt. Patientfallet delas ut till mötesdeltagarna innan gruppdialogen.

- **NU-sjukvårdens kvalitetsmätning SAMSA**
  Hanna och Lisa visar sammanställning av en kvalitetsmätning ViS i NU-sjukvården genomfört. Mätningen görs för att se att sjukhuset har gjort det de ska i planeringsunderlaget. Två månader varje år mäter man och det är den somatiska vården som mäts. Tittar på saker där man vet att det är bekymmer och ofta blir fel. Till exempel mäts om det är ifyllt tillräcklig information kring läkemedelshantering. Sammanställning över vad som saknas i planeringsunderlaget. Man tittar också på om allt verkligen är rapporterat som färdigt då patienten sätts som utskrivningsklar. Mätningen är en del i NU-sjukvårdens arbete med utveckling och förbättring.

- **Gruppdialoger**
  Mötesdeltagarna får arbeta i tre grupper och delge varandra resultatet av hemläxan utifrån följande tre frågor:
  1. Hur ska vi arbeta vidare med planeringsmeddelandet för en trygg och säker utskrivning från slutenvård?
  2. Gott exempel – vad var det som var bra?
  3. Hinder – vad gör det svårt i vardagen?

  Därefter får grupperna diskutera och skriva ner:
  - Vilka aktiviteter ska vi göra för att nå ett bättre ifyllt planeringsmeddelande?
  - Vilka aktiviteter ska vi göra för att säkerställa att rätt parter läggs till?
  - Något annat vi behöver göra?

  Läxa till nästa gång:
  Utifrån sammanställning av gruppdialogerna idag – ta med hem till verksamheter och nätverk – stäm av och fyll på och ta med till nästa gång.
- Använd det fiktiva patientfallet
- Använd sammanställningen av enkätsvaren

4. Återapportering från utvecklingsforum äldres arbetsgrupper

- **Säker läkemedelshantering och medicinsk planering vid in- och utskrivning i slutenvården**
  Arbetsgruppen för medicinsk planering vid utskrivning från slutenvården kommer ha ett

informationsmöte 21 maj för de verksamheter som kommer ingå i piloten. Helen visar en kort flödesbild över piloten.

- **MVO på slutenvårdspatienter**
  Arbetsgruppen har haft möte och kommer presentera förslag vid nästa möte.

- **Delregional rutin: Intravenös behandling med antibiotika för patienter i kommunal primärvård**
  Godkänd av styrgruppen. Arbetsgruppen kommer ta fram modell för uppföljning. Börjar gälla 1/9. Plan för implementering kommer göras tillsammans med två andra delregionala rutiner.

- **Delregional rutin: Ansvarsfördelning för arbetsterapeuter och fysioterapeuter gällande hjälpmedelsförskrivning för trygg och säker utskrivning från sluten hälso- och sjukvård**
  Arbetsgruppen vill fortsätta sitt arbete och vaka över hur rutinen fungerar. Önskar göra en första uppföljning redan i oktober. Utvecklingsforum äldre ger arbetsgruppen detta uppdrag.

5. Till styrgruppen och övriga frågor

Utvecklingsforum äldre skickar med till styrgruppen att vi behöver få ut att vi behöver bli bättre på att fylla i pågående insatser och aktivitet och funktion i vårdbegäran.

6. Utcheckning

Mötesdeltagarna checkar ut genom att svara på frågan ”Vad är ditt nästa steg efter det här mötet?”

Läxa till nästa gång:
Utifrån sammanställning av gruppdialogerna idag – ta med hem till verksamheter och nätverk – stäm av och fyll på och ta med till nästa gång.

- Använd det fiktiva patientfallet
- Använd sammanställningen av enkätsvaren

Vid anteckningarna

Maria Klingberg