Kommun och sjukvård
Samverkan i Göteborgsområdet

Minnesanteckningar NOSAM Partille

2024-05-07

Kl. 14:00 – 16:00

Närvarande:	Ordförande Csaba Banhegyi *VGR Närhälsan Furulund* Anita Almqvist *Processledare Samverkanskontoret* Amira Donlagic *VGR* Anna Rindeskär *Capio* Bodil Andersson *Doktor.se* Carin Ekvall *Partille SAF* Daniel Pus *Partille ÄVO* Emma Eggertsen *Partille ÄVO Bistånd och hälsa* John Thunberg *Partille MAS* Petra Runevik *Partille VON Funktionsstöd Psykiatriboende* Ylva Wallentin *Partille VON Funktionsstöd* Åsa Abrahamsson *Partille VON Hemsjukvård*
Förhindrade:	Gisela Alftrén *VGR BUP Gamlestaden* Marika Abrahamsson *Partille UBF Kvalitet, stöd och utveckling* Emma Wirstad *VGR Närhälsan Sävedalen Rehab* Mina Mehrpour *VGR Folktandvård* Bijan Sahebi *Medipart*

Mötespunkter

1. Inledning/incheckning
2. 14:05 Val av justerare
3. 14:10 Föregående möte
4. 14:15 Val av vice ordförande
5. 14:20 Uppföljning

   Varvet runt gällande hur det har fungerat med information och implementering enligt föregående mötes beslut och tagits emot i respektive verksamhet

   a. Föregående möte - Punkt 5.
      - Beslut om att var och en förmedlar information vidare i respektive verksamhet i syfte att implementera inom egna verksamheterna.

   ❖ Föregående möte - Punkt 6.
      - Gruppen beslutar att till nästa möte ska var och en ha inventerat vilka brukarenkäter som genomförs från respektive verksamhet i syfte att eventuellt kunna göra uppföljningar via dessa.
6. 14:35 Uppföljning Handlingsplan
   a. Brukarmedverkan
   b. Carin Ekvall: Önskemål om samverkansrutin för personer som behöver vårdkontakt inom primärvården.
   c. Effektmått
7. 15:40 Presentation årshjul
8. 15:50 Efter mötet/Kommunikation från mötet
9. 15:50 Kommande möte
10. 16:00 Mötet avslutas

1. Inledning/Incheckning

2. Val av justerare

John väljs bredvid ordförande till justerare

3. Föregående möte

Beslut: NOSAM lägger mötesanteckningarna till handlingarna

4. Val av vice ordförande

Mötet beslutar att John Thunberg blir vice ordförande

5. Uppföljning

Föregående möte punkt 5: Information om Brukarmedverkan och SIP av Frida Palm och Eva Nilsson

Beslut*: Var och en förmedlar information vidare i respektive verksamhet i syfte att implementera inom egna verksamheterna.*

Mötet följer upp hur information och implementering enligt föregående mötes beslut har tagits emot i respektive verksamhet:

Upplevelse att frågan var lite diffus och att det ramlade ner nya uppdrag. Svår punkt då det inte heller kändes som att informationen var på vårdenhetsnivå. Förstår ju att vi ska arbeta med SIP och SAMSA och att kraven nu ökas på att vi ska arbeta utifrån detta. Valde att anmäl både sig själv och några av sköterskorna till utbildning för att förstå bättre. Uppfattade särskilt brukarmedverkan som en svår fråga, hur ska vi kunna få in det i vår verksamhet? Svårt uppdrag att tratta ner.

Medskick: Uppdraget behöver konkretiseras.

Kommunen arbetar mycket för att anpassa till sina verksamheter men menar att sådan här information till NOSAM skulle behöva bearbetas i mindre arbetsgrupper för att korta ner och paketera bättre så att det blir snurr på det hela.

Behöver göra det mer greppbart än att förmedla en bruksanvisning för att skapa brukarmedverkan. Samla några få kloka att omhänderta frågan om det inte är paketerat och klart.

Information måste vara verklighetsbaserad, kort och koncis. Inom Närhälsan finns också utsedda personer som paketerar information och som man kan ta hjälp av och kan ställa frågor till. Man har SIP-ansvariga som tar hand om frågorna. Man har inte någon form av överbyggnad men lyckas lösa det inom ram. Närhälsans SAMSA-sköterska upplever inte några problem utan man gör de SIP:ar som ska göras. Upplever gott samarbete mellan vårdcentralerna. Att man hjälps åt och vet exakt vem man ska ringa både på sköterskesida och biståndssidan.

Dr.se har inte själva arbetat med enkäter men märker att det sker mer och mer centralt ifrån. SIP en annan sak och det blir man allt bättre på det. Det är egentligen väldigt självklart och enkelt men det har blivit så krångligt. Används inte som det verktyg det skulle kunna vara av det skälet. Om det bara blir jobbigt och patienterna ändå verkar nöjda så nöjer man sig med det. SIP har blivit en administrativ börda som inte kan hanteras på ett enkelt sätt om den sjuksköterska som kan det är frånvarande. Det säger en del. Vårdplanering däremot är "basic" men SIP har blivit så tillkrånglat. I jämförelse med erfarenheter från Fyrbodal är upplevelsen att de har kommit mycket längre.

Medskick: Särskilj olika processer, alla behöver inte ha SIP men alla måste ha en plan.

> *Om vi använder "Trafikljusmetaforen" för att definiera vilka som måste hanteras och vilken arbetsinsats som krävs så blir det en bra hjälp för sköterskorna att prioritera. Fokusera på gula, gröna behöver inte SIP, röda ska få den redan på sjukhuset.*

Hemtjänsten är ofta mottagare av personer som kommer hem efter utskrivning. Det händer att personer kommer hem och allt som behövs är inte planerat. SIP kanske inte kan göras på sjukhus men måste i vissa fall göras i anslutning till att personen kommer hem. Särskilt då personer skrivs ut som inte är inskrivna i hemsjukvård och situationen är plötsligt akut. Hemtjänsten är flexibla men det blir inte bra utan information och möjlighet att planera.

Exempel: För en tid sedan skickade en person som inte är känd av kommunen hem. På något sätt hade hen ramlat igenom alla system och när man väl tog kontakterna så har situationen blivit akut. Man blev tvungna att skicka tillbaka personen till sjukhus men de returnerade personen hem igen. Självklart blev det inte bra vare sig ur brukarperspektiv eller arbetsmiljöperspektiv!

Medskick: Akuta placeringar kan ofta undvikas om alla följer rutinerna. I det här fallet genom att använda SAMSA för informationsöverföring och möjlighet till planering.

När en person skrivs ut så ska vårdcentralen klicka ok. Det innebär att personen ska klara sig hemma. Det stämde inte i vårt exempel och är en följd av att SIP inte kunde genomföras. Även om det inte kunde göras i sjukhusmiljön så kunde man gjort det i hemmet med vårdcentralens medverkan och då hade man kanske kunnat lösa situationen. Ofta inträffar sådana här saker på helger, röda dagar mm.

Här menar vårdcentralerna att det inte är SIP som saknas eftersom det ska planeras dagar innan hemgång och ske inom tre veckor efter hemgång. I det här fallet är det i så fall vårdplaneringen som inte har fungerat. Det vill säga sjukhusets ansvar. Det står i SAMSA att personen är i behov av boende, hen är inte känd av kommunen och har inte haft insatser tidigare. Hur kunde då den personen gå hem?

Medskick: Använd MedControl Pro för avvikelsehantering

Det kan naturligtvis vara andra faktorer som gjorde att personen gick hem. Kanske hen gick själv eller någon anhörig valde att ta hem. Då är det ju eget beslut och ingen avvikelse. Allt detta borde då ha framgått av SAMSA. Om sjukhuset gör bedömningen att personen behöver korttidsvård så måste sjukhuset bjuda in till ett möte. Samtidigt så är det någon som trycker på ok-knappen!

Medskick: Fler SIP i hemmet.

Erfarenheten säger att det är bättre att göra SIP i hemmet. Viktigt att vi har den kommunikationen via hemtjänsten, hemsjukvård och alla insatser vi har. När vi ser att patient går hem utan någon hemma så ringer vårdcentralen till patienten inom fem dagar (oftast) och frågar hur det går. Vill de inte ha någon utredning så släpper man det där.

Sen kommer hemtjänsten och konstaterar att det inte fungerar. Då kan det ha gått lång tid innan vårdcentralerna får denna respons. Patienterna är ofta livrädda att hamna någon annanstans. Det är viktigt att alla instanser har någon form av kommunikation.

Någonstans måste vi också släppa greppet om patienter. Vårdcentralerna har 7800 patienter där kanske 4000 behöver följas upp. Det är kommunikationen som måste fungera för att identifiera de som behöver mer hjälp.

En vårdcentral har exempelvis två ”äldresköterskor” som sitter två dagar i veckan och följer upp. Ingen vill skicka in patienter i onödan. Ändå känns som vi har en ökning av när ambulans blir tillkallad men inte tar med sig personen.

Föregående möte punkt 6: Dialog kring hur brukarenkäter kan användas som en del i att lyfta frågan om brukarmedverkan.

Beslut: *Gruppen beslutar att till nästa möte ska var och en ha inventerat vilka brukarenkäter som genomförs från respektive verksamhet i syfte att eventuellt kunna göra uppföljningar via dessa.*

Beslut: Punkten utgård på grund av tidsbrist.

6. Uppföljning Handlingsplan

A. Brukarmedverkan
B. Carin Ekvall: Önskemål om samverkansrutin för personer som behöver vårdkontakt inom primärvården.
C. Effektmått

A. Brukarmedverkan

BoU ny version konkretiserad handlingsplan: Öka insatser kring sammanhållet stöd har konkretiserats till Familjeperspektivet

Partille kommun inför ett nummer in. Du har alltid hamnat rätt. Kundcenter ska ha all kunskap om vart man vänder sig i olika frågor.

Beslut: Sprid information om ett nummer in.

Främjande arbete genom ett generellt föräldraskapsstöd införs i Partille kommun genom den så kallade *Päronguiden* som kommer att erbjudas till alla föräldrar med barn i alla åldrar. Skolan möter alla och kan då nå nästan alla. Man kommer att använda sig av föräldramöten för att sprida informationen. Information kommer att finnas på hemsidan och arbetet drar igång i augusti.

Det kommer att finnas möjlighet till en fördjupad föreläsning som arrangeras av socialtjänsten för de som är extra intresserade. Insatsen kräver inget bistånd och det blir familjebehandlare från Familjehuset som kommer att hålla i det i samverkan med socialtjänsten. Man utvecklar även samverkan familjecentralen.

Ett *skolsocialt team* kommer att starta i augusti. Det är ett dubbelt huvudmannaskap mellan socialtjänst och utbildningsförvaltningen och arbetet kommer att genomföras av socionomer och socialpedagoger och riktas mot elever som har en frånvaro av 40-70 %. Forskningen visar att man kan nå den gruppen med insatser. Om frånvaron är högre än så krävs andra insatser men där finns inga evidensbaserade metoder för hur man framgångsrikt kan arbeta genom skolsociala team. Socialtjänsten ger normalt bara

insatser efter biståndsbeslut men de här insatserna startar man nu upp utifrån vad den nya socialtjänstlagen, som ännu inte är beslutad, kommer att ge för möjligheter. Det kommer därför inte att krävas något bistånd för detta stöd.

Ibland ringer föräldrar till vårdcentralen och tror de kan göra något men de bör hänvisas till skolan. I undantagsfall kan de komma fram en annan väg. Men här finns ett gränssnitt.

B. Önskemål om samverkansrutin för personer som behöver vårdkontakt inom primärvården

Placerade barns rätt till hälsoundersökning:

> ”Alla barn och unga som inte har fyllt 21 och som placeras, ska erbjudas en hälsoundersökning om det inte är "obehövligt", som det uttrycks i Socialtjänstlagen (11 kap. 3 a § SoL). Det innebär att en hälsoundersökning till exempel inte behöver göras om barnet nyligen har gjort en och socialtjänsten bedömer att en ny undersökning inte är nödvändig. Undersökningen ska omfatta fysisk och psykisk hälsa samt tandhälsa. Socialnämnden i kommunen ska ta initiativ till att undersökningen görs, och regionen ska tillhandahålla den.”
>
> Socialstyrelsen

Detta gäller oavsett skäl till placering och berör både region och kommun. Det är egentligen inget bekymmer i samverkan men det är lätt att man tappar någon bit. Det finns en oro för om man klarar att hålla ordning på alla dessa bitar. Det ska hämtas in information från tandvården mm. Alla vårdcentraler omfattas av detta. Vårdcentralerna blir kontaktade av socialtjänsten och begär då in den information de behöver.

Vilken vårdcentral som blir aktuell styrs av det GPS-områden som barnet är placerad i. Det är bara att fråga vårdcentralerna. Det är bara att slå in adressen så ser man GPS-området. Barnen kan vara listade någon helt annanstans men det är fullt möjligt att vara listad på placeringsorten även om man är folkbokförd någon annanstans. Vårdcentralerna följer fritt vårdcentral. Det är ett uppdrag vårdcentralerna har. Man kan inte begära att de ska resa land och rike runt.

Följ upp: Carin tar med sig frågan om det finns något annat som hindrar att placerade barn får de hälsoundersökningar de har rätt till via placeringskommun.

Följ upp: Är detta en rutin som bör finnas omnämnd i NOP?

Följ upp: Behöver det göras något särskilt kring detta?

Följ upp: Titta på möjliga konkretiseringar.

Personer med långvarigt missbruk och behov av vårdkontakt:

Försörjningsstöd har klienter med stort behov av vård. Man har kontakt med personer med ett långvarigt missbruk (mer än tio månader, för många handlar det om många år) och som inte kommer ur bidragsberoende. Socialtjänsten har en roll som innebär att bland annat stötta dem att få kontakt med vården men har ett behov av att man kan hitta en rutin för detta. Bistånd och AME personerna behöver kunna få kontakt med vården. En kontakt mellan socialtjänst och primärvården krävs för att socialtjänsten ska kunna stödja dessa klienter med sin vårdkontakt då de ofta har både psykiatriska och fysiska behov.

Handläggare hjälper dem redan och bokar tider men ofta kommer de inte. När de väl kommer behöver de få en smidig ingång. De behöver också få hjälp att bli sjukskrivna. Kanske man tror inte behövs någon sjukskrivning då de går på bidrag men det behövs ändå. Av flera skäl behöver de läkarintyg om de inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande. Det berättigar till andra system, exempelvis något som heter SIG-0 som ger rätt till ersättningar och man förväntas då delta i aktiviteter där man behöver sjukskrivning om man inte kan delta eller stå till arbetsmarknadens förfogande. Det kan även gälla att de är aktuella för insatser från samordningsförbundet och då är vårdkontakt ett krav.

Även vårdcentralerna uttrycker behöver samverkan med kommunen. De kommer ibland och kräver intyg och det är inte alltid vårdcentralen har tillräcklig kännedom eller information för att kunna skriva det.

Förtydligande gällande sjukskrivning:

Även om man inte får ersättning från försäkringskassa kan man behöva sjukintyg. Är man aktuell för ersättning från försäkringskassa så är det en särskild blankett som måste fyllas i. Ofta kan de behöva både den blanketten, intyg om nedsatt arbetsförmåga och sjukintyg. Från vårdcentralen behöver man veta precis vad för typ av intyg det är patienten behöver för att det inte ska hamna fel eller starta något som inte är aktuellt för situationen.

Listning:

Det finns regler för vilken vårdcentral man är kopplad till. Finns det en adress då är de kopplade till en vårdcentral (GPS-område. Bara att kontakta vilken vårdcentral som helst om man känner till adressen så hjälper de till och tar fram vilken vårdcentral som är aktuell).

NOSAM föreslår att man ska tillsätta en arbetsgrupp för att ta fram en rutin för kontakt mellan socialtjänst och primärvård utifrån målgruppen ”långvarigt missbruk”.

- Klienterna behöver en fast vårdkontakt
- SIP – ej möjligt i dagsläget eftersom motpart saknas hos vården. Vårt vanliga sätt att samverka fungerar därför inte.

Vårdcentralerna menar att man måste starta igång oavsett arbetsgrupp. Man behöver sprida information om det här till vårdcentralerna. Det finns omkring 150 klienter som man inte riktigt vet vad vi ska göra med. De bara går i det här. Kollar med patientansvarig läkare hur det fungerar.

Följ upp: Mer komplicerat – frågan lyfts igen till hösten.

C. Effektmått

Sjukhusen blivit snabba på att skriva ut och vara effektiva men den nära vården har inte fått resurser till den utbyggnad som krävs för nära vård. Det saknas 600 allmänspecialister i Västra Götalandsregionen och primärvården är inte rustade att ta emot patienterna. Läkarbristen drabbar även kommunal hemsjukvård.

Det är skillnad mellan medicinskt färdigbehandlad och utskrivningsklar. Sjukvården kan göra bedömningen att en patient är medicinskt färdigbehandlad men patienten är inte utskrivningsklar innan kommunen fått information och kunnat planera för patienten. Vi är bra på att ta hem folk men inte bra på att genomföra SIP. Det är ett stort bekymmer eftersom konsekvensen är att patienter ofta inte får det stöd de behöver efter utskrivning.

Kommunen måste betala för varje dygn en patient blir kvar men det finns inget motsvarande krav när sjukhusen skriver ut utan tillräcklig information. Det kommun och primärvård kan göra i det här läget att kroka arm då båda parter är beroende av information från sjukhus och möjlighet till planering. Kommun och primärvård måste hjälpas åt att sätta stopp för mottagande om det inte följer med tillräcklig information från slutenvården. Ofta uppstår dessa situationer på fredag eftermiddag.

Kommunen är skyldiga att ta emot patienterna och behöver vårdcentralernas stöd för att klara uppdraget. Vårdcentralerna har inte tillräckligt många läkare men får heller inte säga nej till patienter. Vi måste hitta vägar fram här. Vad behöver och kan vi göra i samverkan? Vad måste vi vårdcentralerna göra. Ett exempel är att det ändå ofta räcker med att det finns med en sjuksköterska från vårdcentralen i samband med utskrivning.

Förslag om konkreta aktiviteter till handlingsplan gällande in- och utskrivningsprocessen

Avstämningsmöten mellan vårdcentralernas SAMSA-sköterska, bistånd och hemsjukvård måste fungera. Man har regelbundna möten men det är ett ständigt flöde av patienter.

Följ upp: Här måste man ytterligare ha möjlighet att stämma av innan hemgång.

Följ upp: Kan vårdcentralen öka kontrollen av att det finns tillräcklig information i SAMSA och den vägen stoppa inflödet av oplanerad hemgång?

Följ upp: När man konstaterar att en planering inte har fungerat efter att en patient kommit hem så behöver man återkoppla till vårdcentralen att det här inte blev bra.

Med sjuksköterskorna i hemsjukvården finns oftast en naturlig kontakt. Däremot inte med hemtjänsten som ofta är den första kontakten. Har patienten inte hemsjukvård så står hemtjänsten ensamma. Hemtjänsten kan inte vänta till på måndag för att få tala med dottern och så behöver hon några dagar och så får hon kanske fel uppfattning.

Följ upp: Hur kan vi stödja hemtjänsten och involvera dem i det här arbetet?

Beslut: Handlingsplanen antas med följande tillägg:

> Arbetsgrupp ska tillsättas för att utarbeta de rutiner som krävs för att patienter kopplade till biståndsenheten ska kunna erbjudas den vård och i förekommande fall de intyg de behöver.
>
> Aktiviteter kopplade till in- och utskrivningsprocessen ska startas.

7. Årshjul

Presentation årshjul

Beslut: Punkten utgår på grund av tidsbrist.

8. Efter mötet/Kommunikation från mötet

Brukarmedverkan och SIP

Medskick: Uppdraget behöver konkretiseras.

Medskick: Särskilj olika processer, alla behöver inte ha SIP men alla måste ha en plan.

> *Om vi använder "Trafikljusmetaforen" för att definiera vilka som måste hanteras och vilken arbetsinsats som krävs så blir det en bra hjälp för sköterskorna att prioritera. Fokusera på gula, gröna behöver inte SIP, röda ska få den redan på sjukhuset.*

Medskick: Akuta placeringar kan ofta undvikas om alla följer rutinerna. I det här fallet genom att använda SAMSA för informationsöverföring och möjlighet till planering.

Medskick: Använd MedControl Pro för avvikelsehantering

Medskick: Fler SIP i hemmet

Uppföljning handlingsplan:

Beslut: Sprid informationen om att det finns ett nummer in (växeln) för att nå rätt person i Partille

9. Kommande möte

Placerade barns rätt till hälsoundersökning:

Följ upp: Carin tar med sig frågan om det finns något annat som hindrar att placerade barn får de hälsoundersökningar de har rätt till via placeringskommun.

Följ upp: Är detta en rutin som bör finnas omnämnd i NOP?

Följ upp: Behöver det göras något särskilt kring detta?

Följ upp: Titta på möjliga konkretiseringar.

Personer med långvarigt missbruk och behov av vårdkontakt:

NOSAM föreslår att man ska tillsätta en arbetsgrupp för att ta fram en rutin för kontakt mellan socialtjänst och primärvård utifrån målgruppen ”långvarigt missbruk”.

- Klienterna behöver en fast vårdkontakt
- SIP – ej möjligt i dagsläget eftersom motpart saknas hos vården. Vårt vanliga sätt att samverka fungerar därför inte.

Följ upp: Mer komplicerat – frågan lyfts igen till hösten.

Förslag om konkreta aktiviteter till handlingsplan gällande in- och utskrivningsprocessen

Avstämningsmöten mellan vårdcentralernas SAMSA-sköterska, bistånd och hemsjukvård måste fungera. Man har regelbundna möten men det är ett ständigt flöde av patienter.

Följ upp: Här måste man ytterligare ha möjlighet att stämma av innan hemgång.

Följ upp: Kan vårdcentralen öka kontrollen av att det finns tillräcklig information i SAMSA och den vägen stoppa inflödet av oplanerad hemgång?

Följ upp: När man konstaterar att en planering inte har fungerat efter att en patient kommit hem så behöver man återkoppla till vårdcentralen att det här inte blev bra.

Med sjuksköterskorna i hemsjukvården finns oftast en naturlig kontakt. Däremot inte med hemtjänsten som ofta är den första kontakten. Har patienten inte hemsjukvård så står hemtjänsten ensamma. Hemtjänsten kan inte vänta till på måndag för att få tala med dottern och så behöver hon några dagar och så får hon kanske fel uppfattning.

Följ upp: Hur kan vi stödja hemtjänsten och involvera dem i det här arbetet?

10. Mötet avslutas

Anita tar kontakt med folkhälsoutvecklare Johanna Thorén utifrån eventuellt gemensamma punkter i handlingsplan

Frågan om vilka brukarenkäter som finns och används utgick från dagordningen och behöver fångas upp igen

Kommande möte:	10 september 3 december
Vid anteckningarna:	Anita Almqvist