

## Stöd i införande och implementering av arbetssätt för förstärkt lokal samverkan och gemensam uppföljning – som en del i Gemensam plan för primärvård

Ledningssystem för samverkan (systemhållare på **makronivå**) anger viljeinriktning och målbild genom Gemensam plan för primärvård och läns-gemensamma överenskommelser och avtal. Makrosystemet i länet är ledningsgruppen för samverkan region Jönköpings län och region Jönköpings läns kommuner (ReKo) och de tre strategigrupperna. Dessa forum tar fram en treårig strategi, med tillhörande handlingsplan och följer upp. Genom detta uttalas gemensamma förväntade resultat. Indikatorerna som processats fram i Samverkansresan (ReKo) integreras.

Verksamheter och medarbetare ska ha förutsättningar att forma gemensamma lokala arbetssätt och stärkta samarbeten utifrån invånarnas behov. Detta genom fokus på individen, platsen, de lokala behoven och förutsättningarna. Utifrån det byggs stödsystem där vi på bästa sätt tillvaratar våra gemensamma resurser.

**Mesosystem:** För att skapa förutsättningar att på lokal primärvårdsnivå (vårdcentral och kommun) följa upp specifika mål och resultat, åligger det vårdcentraler och kommuner att i samverkan skapa en struktur och arbetsform för lokal samverkan med tydliga mötesplatser för kontinuerlig planering, samordning och gemensam uppföljning som driver förbättringar utifrån de lokala behoven. Det gäller samverkan mellan vårdcentral och kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst, skola och elevhälsa. Utifrån inspiration från samsamarbetsvård breddas här innebörden till byggande av en kultur av "det bästa samarbetet i landet". Vi gör det genom att organisera en tydlig struktur av geografiska områden och mötesplatser med en tydlig agenda i mötet. Inom begreppet Samsamarbetsvård med erfarenheter i VGR och Dalarna innefattar samsamarbetsvård specifika arbetssätt för målgruppen inom psykisk hälsa. Det strukturerade arbetssättet utifrån en delad hälsobild/indikatorer, uppföljning och med tydliga roller, såsom vårdsamordnare – psykisk hälsa, är kärnan och visar också förbättrad uppföljning och stöd till personers somatiska hälsa/ohälsa. Internationella studier finns också som visar goda resultat.

Ledningar på mesosystemnivå har ett gemensamt ansvar för invånare med samordningsbehov och att gemensamt följa upp, efterfråga resultat och föra dialog om kvalitet med verksamheten. Primärvårdsnivån i den geografiska kommunen ska tillsammans vara aktiva i samordningsforum mellan verksamheter. Tydlig struktur av geografiska områden (kluster) och mötesplatser med en tydlig agenda i mötet. System för att vid behov av trepartssamverkan med specialistkompetenser kan det ske, genom att exempelvis använda arbetssätt så som fokusremiss, MDK – multidisciplinär konferens eller motsvarande.

**Mikrosystemen** (invånaren tillsammans med teamet) Det individuella standardiserade stödet utformas utifrån person, situation och behov. Förutsättningar att ge tidig insats och stödja egna resurser. Tillgänglighet, relation och kontinuitet prioriteras för invånare behov av stöd över tid och/eller komplexa behov och där samordning krävs. Viktiga delar är stärkt stöd till egenvård "Jag vet vad som påverkar min hälsa och vad jag själv, med hjälp av mina nätverk, kan göra för att må så bra som möjligt". Den läns-gemensamma "Överenskommelse om samverkan och samordning vid vård och

omsorg i hemmet” bildar utgångspunkten och beskriver arbetssättet för samordning utifrån Esthers behov.

Makrosystemet har genom avtal och överenskommelser uttalat gemensamma förväntade resultat.

Uppdraget är att på systemnivå ge förutsättningar att nå målbilden god och nära vård genom att omsätta överenskommelser. Mesosystemens förutsättningar att ta gemensamt ansvar för invånare med samordningsbehov, följa upp, efterfråga resultat och föra lokala dialoger om kvalitet med verksamheten bygger på att aktörerna tillsammans har tillgång till invånarnas hälsobild. Kvalitetsmått/mätetalen behöver kännas värdefulla att följa både för kommunen och vårdcentral.

### ***Förslag: Stöd i införande och implementering av förstärkt lokal samverkan och gemensam uppföljning***

I ett införande tillsätts lokala resurspersoner under en begränsad projekttid. Resurspersonerna har uppdrag av de lokala aktörerna. Resurspersonerna är behjälpliga att ta fram underlag och utgöra ett stöd för organisationerna. Stödet kan vara att ta fram underlag i form av mätetal, stödja i presentation och dialog kring invånarnas hälsobild.

De lokala aktörerna för dialog om:

- Aktuella gemensamma kvalitetsvariabler
- Dialog om förebyggande arbete, gemensamma utmaningar, resurser och möjligheter
- Goda exempel och förbättringsförslag i samverkan

Chefer och medarbetare vid vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård ska vara medvetna om begreppet ”Samarbetsvård” dess syfte och mål. Det datadrivna och mänskliga som synliggörs på mesonivå för området ska återkopplas ut till arbetslag och medarbetare. Det ska då stödja mesosystemens gemensamma planering på såväl en övergripande ledningsnivå, mellan kommun och vårdcentral, som ända till direkta personcentrerade insatser. Samverkan mellan kommun och vårdcentral ska vara välorganiserad med tydliga mötesplatser där närmare struktur och innehåll ska beslutas av båda parter. Hälsobilden omfattar såväl barn och unga, personer med psykisk funktionsnedsättning samt missbruk och beroende och äldre.

Uppföljning görs för värdera medarbetarnas upplevelse av samarbete.

### **Exempel på kvalitetsmått/mätetal följa upp och gemensamt utvärdera:**

**A)** Samverkansresans indikatorer från tre strategigrupperns handlingsplaner (Bästa platsen-mätetal/indikatorer)

**B)** Beslutade uppföljningsindikatorer från läns-gemensamma överenskommelser och avtal

- Överenskommelse om samverkan för trygghet och säker utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Jönköpings län
- Överenskommelse om samverkan och samordning vid vård och omsorg i hemmet i Jönköpings län
- Avtal Läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende

- Överenskommelse om samverkan mellan kommunerna i Jönköpings län och Region Jönköpings län kring barns och ungas psykiska, sociala och fysiska hälsa
- Överenskommelse kring samverkan gällande vård och stöd för personer med riskbruk, missbruk och beroende mellan kommunerna i Jönköpings län och Region Jönköping
- Handlingsplan fortsatta arbete med att utveckla den specialiserade palliativa vården i Jönköpings län
- Samverkan inom läkemedelsområdet

Den sammanlagda bilden utgör uppföljning av Gemensam plan för primärvård.

- Hälsa- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten
  - Tillgängligheten till sjukvård för äldre personer och invånare som får sin hälso- och sjukvård inom kommunalt finansierade verksamheter och sina läkarinsatser från regionalt finansierade verksamheter.
  - Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs.
- Målet med omställningen av hälso- och sjukvården bör vara att invånaren får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan
  - Patientkontrakt och Samordnad individuell plan för att främja delaktighet, kontinuitet, tillgänglighet och samordning.
- Invånaren är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferensen och en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås
  - Gemensamt identifiera ohälsogap och ojämlik hälsa
  - Tidig upptäckt och tidig insats, tjänsteutveckling och koncept som anpassas efter person, situation och behov
- Ökad tillit som leder till samsyn i agerande mellan huvudmännen – stärk samverkanskulturen
  - Medarbetarnas värderade upplevelse av samarbete