



VästKom



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Rapport kring vårdprogram/riktlinjer i samverkan VGR/VGK

1. Bakgrund

Utifrån en presentation på LiSA-gruppens sammanträde 2013-09-18 om VGRs modell för systematiskt arbete med kunskapsstyrning, fick Regionkansliet och VästKom i uppdrag att komma med förslag på hur man kan säkerställa en process för framtagandet av länsgemensamma vårdprogram och riktlinjer, och hur dessa kan få genomslag hos huvudmännen.

För att ta oss an uppdraget har vi delat upp det i följande delar:

- Samla erfarenheter av tidigare gemensamt arbete med nationella kunskapsstöd som riktat sig till båda huvudmännen. Erfarenheter finns kring kunskapsstöd inom områdena palliativ vård, demenssjukdom, schizofreni och missbruk/beroende.
- Konkretisera vilka framgångsfaktorer som finns i arbetet när VGR och VGK tar emot nationella riktlinjer som riktar sig till båda huvudmännen.
- Inventera vårdsamverkansområdenas arbete med delregionala vårdprogram och riktlinjer.
- Beskriva förändringar i den statliga kunskapsstyrningen riktad till båda huvudmännen, och hur det påverkar gemensamt arbete i länet.

Utifrån dessa punkter ger rapporten en bild av vilka faktorer som underlättar gemensamt arbete, vad som pågår i länet kring gemensamma vårdprogram och riktlinjer och förutsättningar för fortsatt arbete.

1.1 Avgränsningar

Frågan om en arena/vårdaktörsportal för att publicera vårdprogram och regionala riktlinjer har inte behandlats utan hänvisas till kommunikationskonsult Tina Tibblings uppdrag kring gemensam webb-portal.

2. Sammanställning av erfarenheter från regionala och kommunala representanter kring gemensamt riktlinjearbete för palliativ vård, demenssjukdom, schizofreni och missbruk/beroende

För att samla erfarenheter och identifiera framgångsfaktorer av gemensamt mottagande av kunskapsstöd riktade till båda huvudmännen bjöds tidigare ansvariga från region och kommun in till en workshop. Från regionens sida deltog: Ingrid Nielsen, Maria Grip, Mia Harty, Anna Wallman och Wenche Jenssen. För kommunerna deltog: Pär Levander, Elisabeth Beijer, Pia Jonsson-Axelsson, Malin Camper och Katarina Thunander.

2.1 Framgångsfaktorer vid gemensamt mottagande av nationella och regionala kunskapsstöd

Stöd

- Tidigare kunskapsstöd, remisskonferenser och implementering har följts av destinerat ekonomiskt stöd från staten, vilket är en fördel.
- Ekonomiskt stöd möjliggör gemensamma utbildningsinsatser och facilitatorsfunktioner, d.v.s. en funktion/person som har i uppgift att hjälpa till i processen, och få huvudmännen och verksamheterna att arbeta mot gemensamma mål och resultat.
- VästKom/kommunalförbunden med dess FoU-miljöer kan bidra regionkansliet kan bidra med facilitatorsfunktion och informationsspridning.

Organisation

- Länet har en delregional struktur som fungerar, i vårdsamverkan och via kommunalförbunden och FoU-miljöerna, som underlättar gemensamt arbete med nationella kunskapsstöd.
- Det finns, i vart fall delvis, en struktur för samverkan med lärosäten.
- Västra Götaland behöver använda de strukturer som finns för att hantera att det ofta är korta varsel från den nationella nivån, till exempel när det gäller att planera och genomföra remisskonferenser.

Ledning och styrning

- Uppdraget om gemensamt mottagande bör vara sanktionerat i ledningsstrukturen. En uppdragshandling som är förankrad både i Västra Götalandsregionen och i den kommunala strukturen är en fördel.
- Vid framtagande av vårdprogram måste båda huvudmännen vara med från början och på lika villkor. Budskapet i ledningsorganisationen för samverkan bör vara att arbetet ska göras gemensamt.
- Ska vårdprogram få genomslag i kommunerna behöver omvårdnadsperspektivet ha utrymme. Socialtjänsten arbetar behovsbaserat och inte diagnosbaserat, och kunskap om organisationernas olika utgångspunkter är nödvändigt för gemensamt arbete.
- Implementeringen ägs av huvudmännen var för sig. Då finns det större förutsättningar för att verksamheterna själva efterfrågar den nya kunskapen.
- Personer och forum måste ha legitimitet för att implementeringsarbetet ska bli framgångsrikt, och breda tvärprofessionella grupper skapar legitimitet.

- Det är en fördel att ha med personer från de olika delregionerna i arbetsgrupper som arbetar med mottagandet av nationella kunskapsstöd. Det är en styrka med kunskap om delregionernas olika förutsättningar och kulturer.

Mottagningsprocessen

- Brukarperspektivet är centralt. När brukarrepresentanter är inbjudna från början i processen blir alla involverade påmind om varför samverkan mellan huvudmännen behöver fungera.
- Det är bra med bred förankring från länet när nationella kunskapsstöd ska tas emot. Involvera därför andra samverkansaktörer, till exempel privata aktörer och andra myndigheter.
- Det kan behövas att huvudmännen gemensamt tydliggör begrepp innan arbetet påbörjas. Begreppen riktlinje, program och rutin kan betyda olika för olika verksamheter.
- När Västra Götalandsregionen samordnar sina olika delar och verksamheter, och inkluderar primärvården, fungerar gemensamt mottagande bättre.

3. Erfarenheter kring mottagande av Socialstyrelsens reviderade nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014

VästKom och Regionkansliet fick under våren 2014 i uppdrag att ta emot Socialstyrelsens reviderade nationella riktlinjer (NR) för missbruks- och beroendevården. Denna mottagandeprocess har tjänat som exempel för att utarbeta en checklista för gemensamt arbete med nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har tidigare presenterat riktlinjer för välfärdsområdet riktade till båda huvudmännen, och mycket talar för att detta kommer fortsätta.

3.1 Bred arbetsgrupp

För mottagningsarbetet tillsattes en bred arbetsgrupp med kommunala representanter från de fem geografiska vårdssamverkansgrupperna, en representant för Göteborgs Stad och en representant från GR kommunalförbund. VGRs sektorsråd i allmänmedicin och psykiatri utsåg representanter, liksom beställarkansliet. I arbetsgruppen ingick också representanter från brukarorganisationer, Länsstyrelsen, Göteborgs Universitet och Kriminalvården.

Arbetsgruppen har samordnats av två personer från regionkansliet och en från VästKom. Arbetet pågick från januari till juni 2014. Arbetsgruppens uppdrag var att planera och genomföra remisskonferens i länet, genomföra en GAP-analys som underlag till konferensen samt skriva remissvar till Socialstyrelsen. Viktiga utgångspunkter för processen var att skapa delaktighet, legitimitet och förankring kring arbetet med de nationella riktlinjerna. Kostnader för arbetet och konferensen togs från statliga medel länet fått 2013-2014 för att utveckla arbetet med missbruks- och beroendevården. För att ta reda på vad i det gemensamma arbetet som varit framgångsrikt har arbetsgruppen, efter avslutat arbete, tillfrågats om processen.

3.2 Synpunkter kring processen

Majoriteten av deltagarna tycker att arbetsgruppen bestod av rätt personer. Det upplevs inte som ett problem att arbetsgruppen var stor. Från Västra Götalandsregionen uttrycks att beställarkansliet gärna kan representeras av fler personer. Även de som inte företrädde huvudmännen tycker att det var meningsfullt att delta i arbetet.

Deltagarna tycker att det varit svårt att förankra arbetet på hemmaplan, till exempel i nätverk med företrädare för kommuner eller i VGRs berörda verksamheter. Det var framförallt den korta tiden för arbetet som skapade svårigheterna att hinna med förankringsarbetet. Deltagarna har främst använt e-post som informationskanal och för feed-back.

Arbetsgruppen tycker att politiker och beslutsfattare, om möjligt, bör involveras tidigare i processen. Det upplevs frustrerande att det saknas uppdrag för fortsatt arbete med implementering och för att arbeta gemensamt med de brister som framkommit i GAP-analysen.

3.3 Vad i processen har stärkt delaktighet, legitimitet och förankring?

I enkätsvaren framkommer synpunkter om att ett brett angreppssätt där många aktörer och nivåer är delaktiga är viktigt. Tidigare erfarenheter av gemensamt arbete på området ska tas tillvara. Brukarmedverkan är särskilt viktigt. För att stärka delaktighet bör möten vara präglade av lyhördhet och dialog. Arbetsgruppens möten kräver tid.

Vidare framkommer att det är viktigt med en samordnarfunktion. Förutom att leda arbetsgruppens möten så har samordnaren en viktig roll i att tydliggöra, och återkomma till, arbetsgruppens mål och syfte, och för att arbeta med planering och analys mellan arbetsgruppens möten. Ett väl samordnat arbete kan också ge skjuts i fortsatt förankringsarbete.

3.4 Erfarenheter från genomförd remisskonferens april 2014

I utvärderingen av konferensen framkommer att det är bra att hälso- och sjukvård och socialtjänst har en gemensam remisskonferens. Förutom gemensam kunskapsinhämtning är det ett bra tillfälle att träffa andra. På konferensen placerades deltagarna med andra personer från sin delregion, något som får bra betyg i utvärderingen. Utvärderingen säger också att det var många konstruktiva diskussioner vid borden, huvudmän emellan och mellan företrädare från olika verksamheter.

GAP-analysen beskrivs som en tankeväckare. Att det är stora svårigheter att nå primärvården är en återkommande synpunkt. Det framkommer att representanter från primärvården saknades under dagen eftersom de är en viktig part i det praktiska, lokala arbetet. Fler brukarföreträdare hade också varit önskvärt. Att ha en konferens som riktar sig både till politiker och verksamhetsföreträdare lyfts i utvärderingen som svårt.

3.5 Sammanfattande lärdomar och slutsatser av gemensamt mottagande av nationella riktlinjer

Det är centralt med bred förankring i länet, men svårt att åstadkomma under tidspress. Därför är en stor arbetsgrupp bra. När arbetet kräver det kan den delas in i mindre grupper.

En bred förankring ger många ambassadörer för det gemensamma uppdraget och ansvaret. Det är bra med en tydlig uppdragshandling, till exempel från LiSA-gruppen, och klargörande hur ekonomin ser ut för uppdraget. Arbetet behöver ledas och samordnas, något som kräver resurser.

Brukarmedverkan tidigt i processen är viktigt. Det är bra att redan i första steget av en arbetsprocess identifiera aktörer som behöver bjudas in i processen. Brukarrepresentanter kan med fördel vara med i den identifieringen.

En GAP-analys med fokus på innehållet i riktlinjerna i relation till dagens praxis är ett bra redskap, även om inte Socialstyrelsen kräver det. Eftersom det inte finns gemensam uppföljningsdata på området missbruk-beroende skapades en mall för GAP-analys av arbetsgruppen. Detta var svårt att göra heltäckande inom den givna tiden. Det blev tydligt att registerdata från båda huvudmännen både hade förenklat analysen och gjort den mer tillförlitlig.

En remisskonferens bidrar till kunskap om att riktlinjerna finns och deras innehåll, och är en mötesplats för olika aktörer. Enstaka informationstillfällen och utbildningsinsatser skapar dock inte faktisk förändring i praktiken. För att nå genomslag av riktlinjer behövs ett strategiskt gemensamt arbete för implementering. Ett samlat arbete mellan huvudmännen bidrar också till att Västra Götaland blir en starkare röst på den nationella nivån.

4. Vårdsamverkansområdenas arbete med delregionala vårdprogram och riktlinjer

Koordinatorerna/samordnarna/processledarna på de fem vårdsamverkansorganisationerna har svarat på frågor till kring vilka vårdprogram och riktlinjer man arbetar med och hur man på delregional nivå tänker kring kunskapsstöd och kunskapsstyrning. Nedan är en sammanställning över huvuddragen i svaren. För svaren i helhet hänvisas till bilaga 1.

4.1 Vad finns i form av gemensamma (för båda huvudmännen) delregionala vårdprogram och riktlinjer i din delregion?

Det finns såväl större överenskommelser som specifika vårdkedjeprogram kring enskilda diagnoser till exempel diabetes och astma/KOL. Det finns gemensamma rutiner för samordnade individuella planer på några håll i länet. Flera rutiner är tidsbegränsade och i nuläget inaktuella.

4.2 Finns det planer på att utveckla något mer och i så fall vad?

Göteborgsområdet ser behov av att på delregional nivå förtydliga arbetet med VästBus, men också att ta fram riktlinjer för sjukhusvistelse för personer med funktionsnedsättning. Trenden är dock att använda nationella eller regionala riktlinjer. Södra Älvsborg avvaktar med att ta fram delregionala riktlinjer, Skaraborg och Fyrbodal resonerar i stort likadant.

4.3 Kan något av dessa program lyftas på länsnivå?

Ja, Göteborgsområdet föreslår länsgemensamt arbete runt sjukhusvistelse och för utveckling av vård- och stödsamordning för personer med funktionsnedsättning. Dessutom föreslås att Skaraborgs arbete med sårwebben används i hela länet.

4.4 Finns det någon fråga på detta tema som behöver hanteras på länsnivå?

SIP (samordnad individuell plan) lyfts som ett sådant exempel¹.

SIMBA redogör för att processledarna och medarbetarna på kanslierna för de olika vårdsamverkansorganisationerna träffas tillsammans ca 1-2 gånger per år och för bland annat dialog kring frågor som det kan finnas ett värde av att arbeta gemensamt med. Detta upplevs som av SIMBA som det naturligaste forumet för lyfta frågor om gemensamt arbete.

4.5 Vad anser du/ni krävs för att få genomslag för gemensamma vårdprogram och riktlinjer?

Flera påtalar vikten av att båda parter är med under hela processen vid framtagande av gemensamma vårdprogram och riktlinjer. Utbildningsbehoven när nya riktlinjer kommer är ofta stora och kompetensutvecklingsinsatser kan med fördel göras gemensamt, gärna via webb.

En väl sammanhållen, transparent samverkansprocess i länet, från LiSA-gruppen till lokal samverkan, krävs för bra implementering av gemensamma riktlinjer. Att samverkan har hållbara strukturer är centralt.

Implementering underlättas om det finns en medvetenhet i verksamheterna om att det finns ett gemensamt problem för brukarna. Då efterfrågar verksamheterna förändring och ett "uppifrån- och nerperspektiv" undviks.

4.6 Rapportförfattarnas reflektioner

Trenden i det delregionala vårdsamverkansarbetet är att använda nationella och regionala riktlinjer och göra lokala anpassningar där det krävs. Det passar väl ihop med ett regionalt grepp kring gemensam kunskapsstyrning utifrån delregionala behov.

5. Statlig kunskapsstyrning

I Socialdepartementets promemoria DS 2014:9 läggs förslag som ska leda till en förbättrad statlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utgångspunkten är att statliga myndigheters kunskapsstyrning ska bli samordnad, effektiv och anpassad till de behov patienter, brukare, olika professioner och huvudmän har. Patienters och brukares kunskaper ska beaktas i myndigheternas arbete med kunskapsstyrning. Man konstaterar att kunskapsstyrning är en förutsättning för evidensbaserad praktik, d.v.s. att patienter och brukare ges vård och insatser som baseras på bästa tillgängliga kunskap.

En grundläggande utgångspunkt är att regeringen ser kunskapsstyrning som en nyckelfråga för att verksamheterna ska kunna möta kommande utmaningar, och för att säkerställa att olämpliga metoder rensas bort. För att den enskilde ska få vård och insatser som vilar på

¹ Länsgemensamt arbete med SIP pågår under hösten 2014 och våren 2015.

bästa tillgängliga kunskap måste hela kedjan fungera, där staten är en av flera aktörer. En väl fungerande kunskapsstyrning hänger nära samman med en väl utvecklad samverkan mellan huvudmännen och mellan huvudmännen och den statliga nivån.

Regeringens styrning av verksamheterna ska bli mer samlad och strategisk och det ställs krav på vad den statliga kunskapsstyrningen ska uppfylla. Flera statliga myndigheter² som idag har centrala roller i den statliga kunskapsstyrningen föreslås ingå i ett strategiskt råd – Kunskapsstyrningsrådet³. Detta råd får i uppgift att se till att den statliga kunskapsstyrningen är samordnad, effektiv och anpassad till de behov som patienter och brukare, personal och huvudmän har.

5.1 Konsekvenser för Västra Götaland?

Socialdepartementet har uttryckt att den regionala stödstrukturen i länen är en del av infrastrukturen för kunskapsstyrningen. Statskontoret har i sina utvärderingar av överenskommelsearbetet visat på att den regionala stödstrukturen har bidragit till verksamhetsutveckling även om det är en bit kvar. Även om regeringen fokuserar på samordning och samverkan på statlig nivå pekar man också på att det krävs samordning mellan huvudmännen.

Under första halvåret 2015 hanteras flera frågor som rör ledningsstrukturen i samverkan i Västra Götaland. För kommunalförbunden handlar det om att avgöra vilken roll kommunalförbunden och VästKom har för betydelse i kunskapsutvecklingen, hur rollen gentemot kommunerna i ett kunskapsstödande perspektiv ska se ut och hur samordningen för detta ska ske. Det pågår också en process kring hur den regionala samverkan mellan kommunerna och regionen ska se ut långsiktigt.

6. Reflektioner och slutsatser

Uppdraget; att komma med förslag på hur man kan säkerställa en process kring framtagandet av länsgemensamma vårdprogram och riktlinjer, och hur dessa kan få genomslag hos huvudmännen, har under arbetets gång visat sig vara ganska stort. Här presenteras därför några reflektioner kring samverkansstrukturen i länet, och hur den kan stödja gemensamt arbete, samt ett förslag på en checklista som kan användas som stöd när Västra Götalandsregionen och länets kommuner ska ta emot nationella kunskapsstöd gemensamt. Denna checklista återfinns i bilaga 2.

Den samverkansstruktur som finns i Västra Götaland kan användas för gemensam kunskapsutveckling och bland annat bidra med att utveckla och sprida lokala kunskap. Länsnivån kan också ge stöd till användning av nationellt framtagen och sammanställd kunskap. För att initiera och stötta gemensamma utvecklingsarbeten krävs smidighet och flexibilitet, både på delregional och länsnivå, men det krävs framförallt tydlighet från ledningsnivå om vilka utvecklingsarbeten som är prioriterade.

² E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

³ Rådet för statlig kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst= Kunskapsstyrningsrådet

Att samordna processer både för framtagande av riktlinjer, mottagande av nationella och hur dessa sak få genomslag hos 50 huvudmän är ett komplext åtagande. Samtidigt som varje huvudman för sig behöver ta ansvar för implementering skulle fler till exempel utbildningsinsatser kunna göras över huvudmannagränserna. Strategier och resurser för implementering saknas i samverkansarbetet på regional nivå idag.

I länet finns en rad huvudmannagemensamma grupper som samtliga arbetar med olika typer av kunskapsstöd - rutiner och riktlinjer, handböcker eller annat material - till stöd för verksamheterna. Exempel på sådana grupper är Ledningsrådet för läkemedel, Styrgrupp KLARA/SVPL och olika grupper inom område hjälpmedel. För dessa grupper finns inte någon gemensam ledning/styrning eller process för spridning, men de är viktiga att inkludera i ett fortsatt arbete i huvudmännens samverkan och med att ta fram strategier för gemensam kunskapsstyrning.

Det kan bli tydligare hur lokala och delregionala behov av gemensamma riktlinjer kan lyftas till länsnivån. Det kan med fördel ingå i vårdsamverkanskansliernas uppdrag att gemensamt komma fram till vilka som bör arbetas fram länsgemensamt. Då behöver det finnas en mottagandefunktion hos VästKom och regionkansliet som kan delta i dessa samtal, förankra i ledningsstrukturen och arbeta vidare med olika typer av arbetsgrupper för olika uppdrag. Samverkan mellan huvudmännen bör inte hänga på enskilda kontakter och nätverk utan bör följa en särskild struktur.

När Västra Götalandsregionen som huvudman tar fram vårdprogram eller riktlinjer för exempelvis enskilda diagnosgrupper som kan få konsekvenser för den kommunala sektorn är det viktigt att det kommunala perspektivet säkras redan i inledningen av processen. Det går dock aldrig att ställa krav på genomförande i kommunerna eftersom det inte finns en kommunal linjeorganisation.

Identifiering av länets egna behov av gemensamma rutiner och riktlinjer skulle underlättas av gemensam systematisk uppföljning, något som är ett utvecklingsområde i samverkansstrukturen. Både Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner borde ha en gemensam bild av var de stora gapen mellan tillgänglig kunskap och faktisk praktik finns och systematiskt arbeta för att minska dem, med eller utan nationella riktlinjer.

Göteborg 2015-01-28

Malin Camper
VästKom

Maria Grip
Regionkansliet