

Regionsjukvårdsstaben
Natalie Bertling

2014-05-28

Minnesanteckningar från möte med regionsjukvårdsledningen (RSL)

Dag: onsdagen den **28 maj 2014**

Tid: kl. 09.30 – 16.00

Plats: Fredensborgs herrgård, Vimmerby

Kallade: Göran Atterfors, regionsjukvårdssakkunnig, ordförande E-län
Lena Lundgren, hälso- och sjukvårdsdirektör, E-län,
Tommy Skau, vårddirektör US, E-län
Christina Källgren-Pettersson, regionsjukvårdssakkunnig, E-län
Christina Edward, regionsjukvårdsansvarig, H-län
Ragnhild Holmberg, hälso- och sjukvårdsdirektör, H-län,
Krister Björkegren, regionsjukvårdssakkunnig, H-län
Gunnita Augustsson, regionsjukvårdssakkunnig, H-län
Muris Sipo, regionsjukvårdssakkunnig, H-län
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör, F-län
Therese Eklöv, regionsjukvårdssakkunnig, F-län
Jan-Erik Karlsson, regionsjukvårdssakkunnig, F-län,
Rolf Östlund, regionsjukvårdssakkunnig, F-län

Särskilt kallade: Kristina Söderlind-Rutberg, donationsansvarig, LiÖ
Cecilia Gunnarsson, Regionmottagningen klinisk genetik

Anmält förhinder: Henning Elvtegen, regionsjukvårdssakkunnig, sekreterare, E-län

Inledning

Ordföranden hälsade välkommen till dagens möte med RSL och berättade att punkt 4 utgår.

1 Efterdiskussion angående RSN 22 maj

Lena L återgav några reflektioner från RSN 22 maj. Reflektionerna fördes i god anda.

Sammanfattning om mål RSN 22 maj

1. Fortsätta med cancermålen – de 6 patientlöftena
2. Gör en behovsanalys om regionpatienter med faktaunderlag. RSN intervjuar patienter och anhöriga – därmed sätts mål
3. Hälsa – sjukdomsförebyggande är ett viktigt område att lära och utveckla – mål om livsstil
4. Jämlig hälsa – ett viktigt område är psykiskt sjuka med stor somatisk sjuklighet som inte behandlas
5. Inte göra regionala mål till en administrativ påлага utan använda befintliga mål som redan följs upp.

Fortsatt diskussion i RSL.

- Fokus på de regionala målen
- Vad gör vi med resultaten?
- Hur går vi praktiskt tillväga med att förverkliga ex. politikens vilja att intervjua patienter och anhöriga? Landstinget i Östergötland har erfarenhet av brukardialog – delar med sig av sina erfarenheter
- Värnamo på gång med projekt rörande psykisk ohälsa med somatisk sjukdom
- Det händer mycket – få ihop helheten – avgörande att vi lär av varandra
- Vart är vi gällande nationell kampanj avseende hälsa – livsstil? Lena Lundgren ger kort lägesrapport om att kraftsamla kring att införa de nationella riktlinjerna avseende hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder

Beslut:

- Punkt 1 Fortsätt med cancermålen - de 6 patientlöftena
- Punkt 2 Behovsanalys/brukardialoger, Christina Källgren-Pettersson tar ansvar
- Punkt 3 och 4 – Lena Lundgren för vidare till RMPG psykiatri och RMPG hälsofrämjande strategier.
- Punkt 5 RSL stab ansvarar

2 Strategi för stödstrukturer till Nationella programråd

Christina K-P reflekterade kring hur strategin ska se ut inför representation från vår region i framtida nationella programråd. Att jobba tillsammans genom benchmarking, likt diabetesrådet, har varit ett lyckat koncept. Uppdrag med flera programråd kommer och det gäller att vi är riggade för hur vi ska ta emot dem. Christoffer Martinelle, *hälso- och sjukvårdsstrateg i Landstinget i Östergötland*, kommer från och med hösten 2014 att jobba 50 % som processtöd till nationellt diabetesråd.

Strategin såhär långt har varit att Christia K-P fått frågan i och med hennes roll som sakkunnig i NCK och fört frågan vidare till RMPG. När experterna är på plats utses kontaktpersoner, med systemkunskap på tjänstemannanivå, från respektive landsting för att sy ihop helheten. Så har vi gjort hittills, hur ska vi göra nu? Vi behöver egna strukturer för att möta upp. Det vi har känts stabilt men kan bli bättre i övergångarna från nationellt – lokalt.

Efterföljande diskussion i RSL

- Hur får vi verkstad – att se kartan/få överblick? Vi behöver få ihop den interna bilden så vi vet hur vi ska göra. Det skulle ge oss mer kraft.
- Viktigt med mandat
- Hur säkrar vi kedjan i alla leden så att vi kan börja jobba tillsammans? Det måste finnas nätverk ute i våra verksamheter. Finns en struktur på hemmaplan underlättar det vid implementering av nationella uppdrag.
- Är våra RMPG riggade/finns en plattform för att ta emot uppdrag inför kommande nationella programråd?

Beslut:

- Christina K-P och Natalie Bertling får i uppdrag att ta fram en gemensam bild, karta, över hur vi är riggade i regionen inför nya nationella programråden.

3 Aktuellt från RCC

Christina E berättade att man går vidare i ledtidsprojektet och hoppas att man kan delta i RSL 13 augusti med några preliminära resultat.

Ragnhild H meddelade att man tar nya tag genom att exempelvis skriva om handlingsplanen. Viktigt att ha fokus på patientens perspektiv.

Struktur för den nya RCC SÖ ledningsgruppen presenterades. 15 regionala cancerprocesser är igång. Varje enskild processledare ska ges ett individuellt samtal för att ta fram handlingsplaner för respektive process. Var och en av processledarna leder på sitt sätt, avgörande att vi stöttar upp var och en för att få verkstad. Ändring efter varje process förutsättningar.

Uppdrag till regionala processcoacher ska skrivas om. Pressmeddelande ska skickas ut avseende resultatredovisning av *löften till cancerpatienter*.

Behov av ställningstagande:

ERAS-projektet – ha kvar eller inte ha kvar?

Slutsats:

- RCC kvartalsrapporter intressant regelbunden lägesrapport
- Viss förbättring av ledtider kan noteras
- Viktigt att jobba med att få till kontraktsjuksköterskor i respektive landsting

4 Donationer i regionen

Punkten utgår – återkommer i höst.

5 Regional konferens om patientsäkerhet dec 2014

Krister B visade Sverigekartan för den nationella bedömningen av landstingens patientsäkerhetsarbete. Landstinget i Jönköping och Landstinget i Kalmar län klarar samtliga kriterier och ligger således på nivå 5. Landstinget i Östergötland har några kriterier kvar att jobba med, exempelvis arbetet med vårdrelaterade infektioner (VRI).

Utkast till program för regional konferensen om patientsäkerhetsarbete 2 december 2014 presenterades.

Fråga till RSL – vill vi ha med något särskilt/medskick? Exempelvis lyfta fram goda exempel från arbetet med VRI. Krister bevakar och återkopplar till RSL under arbetets gång.

Krister visade även programmet för möte 11 juni med regionsjukvårdsledning, centrumchefer och sjukhuschefer.

6 Lägesrapport RSL-uppdrag:

Regional Traumagrupp (RSL 11)

Lägesrapport är avlämnad från regional traumagrupp

Kompetensförsörjning (RSL 5)

Specifik delrapport avseende kostnader för hyrpersonal i respektive landsting samt landstingens handlingsplaner för att dämpa kostnadsutvecklingen för detta har ej inkommit.

Regionalt projekt kring IT (RSL 6)

Ett samlat grepp om regionalt IT-projekt inklusive e-hälsa tas i samband med RSL-möte 13 augusti då respektive landstings LD deltar.

7 Tankar kring fortsatt finansiering och organisering av RCC, RCSO resp. CSD

Ingress där vi behöver har en diskussion om RCC:s och RCSO:s fortsatta organisering och finansiering behövs men ännu så länge inte är akut då finansiering de närmaste åren. Punkten inriktades fortsättningsvis mot CSD (förklara).

Cecilia gav en lägesrapport dels grunduppdrag (RSL 12) dels tilläggsuppdrag (RSL 14)

Gällande *centrum för sällsynta diagnoser (CSD)* har Cecilia Gunnarsson, docent och överläkare i klinisk genetik, drivit en förstudie som ligger till grund för hur vi går vidare. Cecilia var till dagens RSL inbjuden för att prata om framtidens organisering kring patientgruppen. Cecilia berättade att patientgruppen idag har stora behov som vi behöver hantera. En central del med lokalt anknutna verksamheter föreslås.

Enligt EU ska varje medlemsland ha handlingsplaner för omhändertagandet av personer med sällsynta diagnoser. I USA, där hon jobbar nu, arbetar man också i multidisciplinära team.

Ågrenska nationellt kompetenscentrum för sällsynta diagnoser.

Patientperspektiv

- vårdplan för att veta vad som händer i nästa steg
- multidisciplinära konferenser
- kommunikationen brister – man vill ha någon att kontakta som känner till patientens historia, ”någon som ej bollar vidare”

Det är av stor vikt att övergången mellan barn- vuxenhabiliteringen fungerar, idag fungerar den bäst i verksamheter som redan har ett nära samarbete

Diskussion i RSL om CSD om hur vi går vidare

- 6000 diagnosgrupper totalt, 60-70 % inskrivna i habiliteringen
- Den medicinska kompetensen relativt osynlig inom habiliteringen
- Hur spridd är vår kompetens i regionen? Lite mer i Östergötland men stor kompetens i övriga landsting också
- Hur vi tar tillvara på kompetensen? Vi skickar kanske för många till andra landsting som vi kan ta hand om själva.
- Hur få loss de lokala personerna att jobba regionalt?
- Hur många lokala diagnosteam – går de att samordna?
- CSD uppgift att koordinera, sprida information – ”skalet” som kommunicerar med andra CSD nationellt
- Hur samla erfarenheter och synpunkter från patienter när diagnoserna är så många
- Uppföljning viktig

Beslut:

- E-län startar från 2015
- F-län och H-län tar med sig frågan hem inför vidare beslut efter sommaren.

8 Ekonomi

Ordföranden gick igenom fyra ekonomiska ärenden

Avräkning KPP 2011-2013

Behandlad i regional ekonomi och uppföljningsgrupp 2014-04-09. Förankring hos respektive landstings ED.

Effekt

F-län ökar avtalsbelopp med 14,4 mkr

H-län reducerar avtalsbelopp med 6,3 mkr

Arbetas in i avtalsramar 2014

Framtidens US (FramUS)

Begränsade ekonomiska effekter beräknas under 2015. HMC, CKOC påverkas inte. BKC NSC får begränsade effekter sista kvartalet. SC påverkas där framförallt NK:s kostnader ökar från 1/7.

Bedömd kostnadseffekt 2015 ca 8 mkr: E-län 4 mkr, F-län 2 mkr, H-län 2 mkr

Mer preciserade beräkningar redovisas i höst som även innefattar en längre tidshorisont

Övriga avtalspåverkade förändringar från centrumråd

- Endovaskulär jourlinje thorax/kärl
- Neonataljour (bakjour på plats)
- Skandion (relationen regionen – US)
- Hematologi (överföring av delar till Jkpg)

I sammanhanget dök även frågan om barnkirurgin vid US upp.

Slutsats: En utredning är under framtagande och redovisas efter färdigställande.

Beslut i RMPG kirurgi om ekonomisk hantering av röntgenkostnader för ej färdigutredda patienter

Frågan är behandlad i den regionala ekonomi- och uppföljningsgruppen med utgångspunkt i följande principer

- Ej medicinskt ställningstagande från den regionala ekonomi- och uppföljningsgruppen
- Rättvis kostnadsfördelning
- Avtalsmodell ska tillämpas

Handlingsplan innebärande uppdrag till RMPG kirurgi och CKOC

1. Definition av patientgrupper och volymer i RMPG kirurgi
2. Kalkylering av kostnader (CKOC)
3. Åter till regional avtal- och uppföljningsgrupp

9 Handlingsplaner inom cancerområdet från respektive landsting

Handlingsplan Landstinget i Östergötland

- Ingen samlad LiÖ-plan;
- Generellt följa de 6 patientlöftena
- Nyckelindikationer i verksamhetsplanen

Tre markerade processer

- Bröst
- Kolon
- Hud

Utredningsenhet sätts i höst: ny utredningsprocess när misstanke om allvarlig sjukdom konstateras.

Bröstprocessen; definition av process, processens nuläge, målbild, prioriteringar i verksamhetsplanen, mätbara mål, aktivitetsplan, ansvarig är centrumchef – *resultat börjar märkas*

Handlingsplan Landstinget i Kalmar län

Riktat processarbete, läkare processledare i samtliga processer (förutom en där en sjuksköterska är processledare).

- Bröstcancer
- Colorectalcancer
- Lungcancer
- Prostatacancer
- Malignt melanom
- I samverkan med regional processledare

Generellt

- Multidisciplinära konferenser
- Kontaktsjuksköterska
- Individuell cancerplan
- Överenskommelse

Gällande tidig upptäckt fanns tidigare en grupp i primärvården som nu startar upp igen.

Handlingsplan Landstingen i Jönköping

Stort arbete på gång i bröstcancerprocessen, men andra större processer påverkar. Använder mer pengar än vad som är budgeterat för. Utmaning: minska landstingets kostnader i somatisk vård med 150 miljoner kronor. Uppnå bättre resultat i fem parametrar ex. patientnöjdhet – personcentrerad vård – exempelvis genom egenvård, individuell vårdplanering, webbokning och journal på nätet. Påverkar delaktigheten i patientens cancerprocess.

Prevention och planering av nästa steg – åtgärder: vårdplanering och uppföljning, mobilt geriatriskt team osv.

Minska över-, under- och felanvändning – rätt åtgärder = effektivare administration. Kan bli bättre på att använda gemensamma dokument.

Standardiserade arbetssätt, specialisering. Samla kompetensen till ett sjukhus – ökar kvaliteten och patientsäkerheten. Kraftsamlar för specialiserade enheter och standardiserade processer inom kirurgi och cancervård. Tittar exempelvis på möjligheter till särskild barnklinik.

Regional styrka, jobbar enligt de cancerlöften som politiken har ställt upp men på olika sätt

10 Metodrådets skrivelse

På förekommen anledning behandlades en inkommen skrivelse från Metodrådet avseende informationsspridning av rådets utlåtanden till verksamheten.

Slutsats: Regionsjukvårdsledningen ser ingen anledning till ändrad rutin då bristen i det aktuella fallet inte ligger hos metodrådet. Däremot ser RSL ett behov att få hjälp från metodrådet i vissa fall att identifiera målgrupper för informationsspridningen.

11 Vård av EDS-patienter (Ehlers-Danlons syndrom) i Västervik

I Västervik finns en specialist på EDS. Sjukhuschefen i Västervik har fått en fråga från Martin Magnusson vid US om Västervik kan bli ett kompetenscentrum för dessa svåra fall. Sjukhuschefen anser att man i Västervik har möjlighet att ta emot dessa patienter och att det göra på uppdrag av US. I Kalmar arbetar vi vidare med frågan och Ragnhild Holmberg och Henrik Holmberg tar kontakt med Martin Magnusson.

12 Regionalt remissvar på förslag till reviderat riksavtal för utomlänsvård

Remissförfarandet mer ”symboliskt” då reviderat riksavtal följer lag.

Konsekvenser:

- Patienter som väljer vård hos privata utförare kan inkräkta på landstinget egen upphandlade volym
- Undanträngningseffekter på det egna landstingets tillgänglighet
- Hemlandstingets remissregler gäller

Respektive landsting svarar var för sig men avstämt med varandra.

Maria Funk, landstinget i Östergötland, har fått i uppdrag att se över regionsamerkansavtalet utifall det behöver ändras som en konsekvens av kommande lag.

13 Agenda för nästa RSL (13 aug)

Förslag fm (LD närvarar):

Lägesrapport RSL-uppdragen om IT och E-hälsa. Håkan Nilsson inbjuden.

Förslag em (LD närvarar inte):

RCC

- *Lägesrapport: Pilotprojekt ledtider bröstcancer F- och H-län*

Lägesrapport RSL 16 (Regionala Upphandlingar)
CSD

Medfinansiering och tilläggstjänster i hälso- och sjukvården – PM som nyligen redovisades för SKL:s sjukvårdsdelegation? Diskussion?

RSN-agenda (25 sep)

Övrigt

- Nationella riktlinjer kring depression, ångest och schizofreni. Socialstyrelsen – pilotprojekt. Seminarium/implementering av riktlinjer i primärvården i Sydöstra sjukvårdsregionen.
- Utvecklingsdirektörerna i regionen har träffats – återkoppling under hösten
- Ortopedtekniska hjälpmedel, landstinget i Kalmar län på gång att revidera sin lista, – respektive landsting tar hem frågan för vidare diskussion
- Inbjudan från Svensk Förening för Diabetologi, Svenska Psykiatriska Föreningen, Svensk Förening för Allmänmedicin, Socialdepartementet och Läkarsällskapets Levnadsvaneprojekt till höstmöte *Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa – helhetsyn för god och jämlik vård* (inbjudan bifogas minnesanteckningarna)

Vid anteckningarna

Natalie Bertling

hälso- och sjukvårdsstrateg

Landstinget i Östergötland