

Sammanställning av gruppdiskussioner vid Work-shopen

Del 2

Frågeställning: *"Hur tycker du/ni att vi tillsammans ska göra för att stärka kopplingen mellan MK, de medicinska grupperna/motsvarande och berörda ledningsfunktioner, samt vidare till verksamheten?"*
"Har ni exempel från er medicinska grupp eller verksamheten på hur detta kan fungera"?

Precis som vid sammanställningen av gruppdiskussionerna i del 1, så har materialet från diskussionerna i del 2 sammanställts på liknande sätt, men här i sju områden som presenteras med tillhörande text här nedan.

Goda exempel på vad som redan görs för att stärka kopplingen mellan MK/LK, MG/motsvarande grupper och ledningsfunktioner, samt vidare till verksamheten?

I flera av grupperna så ansågs det positivt att ordförande för MK numera deltar i HoS-ledningsgruppsmöten, vilket sågs som ett bra sätt att både stärka kopplingen mellan kunskapsorganisationen och ledningen, samt medverka och påverka strukturen. Andra exempel på vad som görs för att stärka kopplingen mellan kunskaps- och linjeorganisationen, samt vidare ut i verksamheten var t.ex. att i en verksamhet genomfördes ett möte mellan ordförande i MG och verksamhetsansvarig efter ett arbetsgruppsmöte, vilket sedan underlättade samordningen. På en annan enhet genomfördes en avstämning mellan den medicinska gruppen, linjen och berörd personal, när nya riktlinjer kom och genom detta så startades implementeringsprocessen. Det fanns även MG som bjöd in verksamhetschefer vid något tillfälle, för att både återskapa och informera om vad som var på gång.

Även olika grupperingar lyftes som värdefulla resurser, som t.ex. Primärvårdsforum där representanter från samtliga VC i Region Kronoberg är inbjudna.

Men i flera grupper framkom i diskussionerna att det är en utmaning att förmedla och implementera ny kunskap/riktlinjer/metoder både till chefsledet, ut till verksamheten och de behandlande professionerna. Men för att underlätta vid implementering så användes olika aktiviteter för att förenkla t.ex. när en ny riktlinje/metod skulle implementeras i tandvården så anordnades en Work-shop där berörda parter deltog. En annan aktivitet som beskrevs underlätta var information från MG till sektionsansvariga läkare som hade kontakt med verksamhetschef, vilket blev en naturlig kontaktpunkt.

Återkommande kommentarer i diskussionerna var att det finns utmaningar att implementera ny kunskap, riktlinjer, arbetssätt både till linjeorganisationen, men också ut i verksamheten. Men sedan beskrevs även många goda exempel på ”aktiviteter” som upplevdes som positiva och underlättade vid implementering t.ex. läkemedelskommitténs utbildningsdagar, tandvårdens utbildningar, olika Work-shop.

Vad kan vi göra för att stärka kopplingen mellan kunskapsorganisationen (MK/LK, MG m.fl.) och linjeorganisationen, samt verksamheten?

Något som ansågs stärka kopplingen mellan kunskaps- och linjeorganisationen, samt vidare till verksamheten var ett ökat antal chefer i de olika grupperna, då det upplevdes bli lättare i diskussioner när kunskap om verksamheten finns och en automatisk återkoppling till linjen kan ske. En annan aktivitet som nämndes var att ordförande i MG bjuds in till berörd ledningsgrupp, (*vilket beskrivs som en åtgärd i verksamhetsplanen*), men att även hen kan bjudas in till andra forum på olika nivåer där beslut tas. Något som diskuterades i flera grupper var att det är viktigt med ett bra samarbete mellan kunskaps- och linjeorganisationen, för att både skapa relationer men även för att underlätta implementering av bl.a. ny kunskap. Olika förslag på hur kopplingen kunde stärkas var t.ex. att bjuda in aktuell klinikchef till MG för att främja dialogen och samarbetet, utbildningar/Work-shop med olika innehåll/ämnesområden.

Det ansågs även viktigt att en koppling mellan respektive klinik och MK finns, i både val av och implementering av kunskap/riktlinjer – så att både verksamhet och MK är resurser åt varandra och ett samarbete sker.

Vad kan göras för att stärka de medicinska grupperna både kunskapsmässigt och på andra sätt?

I diskussionerna framkom att det ansågs viktigt att involvera olika professioner med olika kompetens och kunskap i de olika grupperna. Andra faktorer som ansågs viktiga för att stärka de medicinska grupperna var att förbättra kopplingen mellan de olika grupperna, att återkoppling på frågeställningar/uppdrag behöver ske oftare och snabbare, t.ex. att ge feed-back till en grupp som genomfört ett uppdrag.

Vad behöver vi fokusera på i vårt arbete med att stärka kopplingen mellan kunskaps- och linjeorganisationen?

I diskussionerna framkom ett stort antal områden som vi behöver arbeta vidare med, men något som uttrycktes var att många medarbetare i RGK kanske inte har vetskap om kunskapsorganisationen (MK/LK, MG och övriga grupper) och dess funktion, vilket är viktigt att synliggöra. Det ansågs även att det saknas en struktur för kopplingen till organisationen idag, att det inte finns givna kanaler och vägar att kommunicera genom.

En annan reflektion från grupperna var att det skiljer sig i arbetet mellan de olika medicinska grupper, hur tätt och naturligt de *"hänger ihop"* med verksamheten/linjen – vilket behöver arbetas vidare med för att få en mer likartad nivå för samtliga. Sedan finns det medicinska grupper som berör flera olika verksamheter t.ex. MG barn, och då är det svårare att få en koppling mellan MG och linjeorganisationen, samt ut till verksamheten. Ytterligare utmaningar var att det upplevdes komplext att få ut kunskapen i övergripande grupper som går över specialistgränserna, som när patienten har flera diagnoser som behandlas/vårdas i olika verksamheter och på olika vårdnivåer.

En annan aspekt som lyftes var att det pratas mycket om sjukvård, men vi behöver även ge patienterna mer kunskap om vad de själva kan göra t.ex. patientkontrakt. Det finns en koppling mellan psykisk ohälsa och patientens levnadsvanor som är viktig att vara medveten om, för att sedan kunna arbeta så personcentrerat som möjligt i mötet med patienten.

Något som diskuterades i flera grupper var att *"vårdrutiner ska vara bra"* och enkla att följa, ha en gemensam struktur så de ser lika ut inom alla områden/genom samtliga led och inte vara personbunden, samt vara tillgängliga för alla medarbetare och verksamheter. En kommentar var att t.ex. om en region utarbetat något inom området kunskapsstyrning som är bra, så borde det kunna användas nationellt i större utsträckning. Vissa ansåg att det var svårt att sälla bland allt som presenteras och hade en önskan om att ledningen i verksamheten sällade/styrde vad som skulle

finnas och även att grupperna borde äga sitt område. Vidare efterfrågades åter igen en återkoppling till t.ex. en arbetsgrupp som har utarbetat en riktlinje, en önskan av att få veta vad hände sedan, (vilket även framkom i första diskussionen).

En grupp beskrev det som att vi har en del utmaningar framför oss i arbetet med kunskapsstyrningen och att det kommer att krävas återkommande dialoger, en gemensam syn och att återkomma till det gemensamma målet för att kunna bidra på bästa sätt. Kopplingen mellan de olika organisationerna ansågs som en förutsättning för att få ett genomslag för helheten och en viktig del för att detta ska kunna genomföras är kommunikationen mellan de olika grupperna. En annan aspekt som framkom i diskussionerna var att omvårdnadskompetensen behöver fångas upp och förstärkas i MG. Det uttrycktes även ett behov av en ökad förekomst av medarbetare med samordnarfunktion inom olika områden, som ett stöd för den personal som ofta arbetar ensam på sin enhet.

I övrigt så ansågs att patientnyttan borde prioriteras då det är den stora vinsten, men även ekonomisk nytta och tidssparande är andra viktiga aspekter att väga mot varandra. Men kunskap, arbetssätt och värderingar var delar som måste hänga ihop för att det ska bli det bästa på alla nivåer för patienten.

Ansvarsfördelningen – ”Vem har ansvaret?”

I några av grupperna så diskuterades vem som har det egentliga ansvaret och en fråga som lyftes var vilket mandat MK har och vilka frågor MK kan *”lägga sig i”*, då verksamhetschefen är medicinskt ansvarig och har ansvar för att verksamheten arbetar efter vetenskap och beprövad erfarenhet. En reflektion var att verksamhetschefen är medicinskt ansvarig, men MK kan ses som ett stöd i detta och att frågor kan *”ta varvet”* via MK för att få en mer tyngd när beslut ska fattas. Men verksamhetschef har även ansvar för ekonomi och budget, vilket inte är enkla delar, men har bättre förutsättningar nu med det stöd som finns. Det framkom i diskussionerna att det inte alltid är givet om det är kunskapsorganisationen eller ledningen som gör de ekonomiska analyserna, samt att det blir svårigheter när kostnadsförflyttningar sker.

Kommentar: *”Det nya kostar här men sparar där eller tvärt om?!?”*

Uppföljning och utvärdering av verksamheten

Även i den andra diskussionen i Work-shopen lyftes vikten av uppföljning och mätningar av genomförd hälso- och sjukvård, där några goda exempel lyftes fram som t.ex. kvinnoklinikens uppföljning av både bristningar efter förlossning, prolaps och hysterectomier. Det finns andra MG som t.ex. tandvården, urologiska sjuk-

domar där olika former av uppföljning genomförts, men den urologiska sidan upplevde svårigheter med genomförandet då dels inte ansvarig personal var på plats och att det inte finns något forum att presentera uppföljningen i.

Faktorer som ansågs viktiga vid uppföljning av olika procedurer var att bl.a. en mätning av Base-line genomförs innan, syftet med uppföljningen och vad som ska följas upp är tydligt, täta uppföljningar, samt att inte tid från själva patientkontakten tas när mätningen sker. Något som diskuterades var även att man i de medicinska grupperna kunde enas om ett nyckeltal och vad som ska följas upp gemensamt för att då få en större genomslagskraft.

Övriga diskussioner - viktiga reflektioner

I diskussionerna framkom många reflektioner och tankar som är viktiga i vårt framtida arbete med kunskapsstyrningen i Region Kronoberg, både i stort och smått.

I någon grupp så fanns farhågor att MK kan bli ett problem om det är ett *"stuprör"* för det medicinska området, däremot så upplevdes primärvården mer som en *"hängränna"*. Men sedan diskuterades det även att AMK's Primärvårdsråd, enbart verkar inom primärvården och inte inom den specialiserade vården.

Det fanns en upplevelse hos någon grupp att det finns oskrivna regler att MG *"tittar"* på kunskapen men att ledningen tar beslut, men cheferna har ändå det medicinska ledningsansvaret. Det fanns andra enheter där linjeverksamheten ibland utarbetar egna riktlinjer som inte förankrades i aktuell MG, men att en önskan finns om en process där berörd MG får ge synpunkter.

I en grupp så diskuterades hur MG fångar upp förbättringsförslag från verksamheterna och att det är möjligt att genomföra behovsinventering i verksamheterna för att fånga de behov som finns. En fråga som lyftes var om MG deltar i arbetet med avvikelshantering så är det möjligt att hitta förbättringsförslag för verksamheten inom avvikelshantering och Synergiverktyget.

En viktig resurs för MG kan vara en verksamhetsutvecklare och då att MG står för kunskapen och verksamhetsutvecklaren hjälper till med implementeringsprocessen. Viktigt att även koppla verksamhetsutvecklare till funktioner ute i verksamheten, som t.ex. genom att sårombud på vårdcentraler har en kontakt med resurspersonen inom området sår- och sårbehandling.