

Bilaga – Workshop med chefer inom BUP och VUP

Innehåll

Inledning	2
Sammanfattning av workshop.....	3
1. Övergripande bedömning	3
2. Definition av specialistpsykiatri	3
3. Målbild 2040	4
4. Delmål 2030–2035	4
5. Saknade delar.....	5
6. Strategiska vägval framåt.....	5
7. Rekommenderat nästa steg	6
Kärnbudskap	6
Underlag från workshopen	7
Stämmer definitionen av specialistpsykiatri?	7
Är målbilden realistisk?.....	7
Saknas något?	8
Något som kan behöva ändras?	8
Är delmålen för 2030 och 2035 realistiska?	8
Saknas något?	10
Vilka strategier tar oss mot målbilden 2040 och de konkreta delmålen 2030 och 2035?.....	11

Inledning

Utvecklingsteamet bjöd in enhetschefer, verksamhetschefer och områdeschefer inom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri till en workshop. Syftet var att genom grupparbete och dialog diskutera ett första utkast till definition, målbild, delmål och strategier, vilket är en del av den fördjupade utvecklingsplanen för specialistpsykiatri.

Utkastet togs fram av utvecklingsteamet i samarbete med arbetsgruppen. Det bygger på en genomförd nulägesanalys och en omvärldsanalys.

Cheferna delades in i grupper utifrån verksamhetsområden och diskuterade frågorna utifrån det framtagna utkastet.

Dialogfråga 1: Definition av specialistpsykiatri och Målbild 2040

- Stämmer definitionen?
- Är målbilden realistisk?
- Saknas något saknas? Något som kan behöva ändras?

Dialogfråga 2: Konkreta delmål 2030 och 2035

- Är delmålen realistiska?
- Saknas något?

Dialogfråga 3: Strategier som tar oss framåt

- Vilka strategier tar oss mot målbilden 2040 och de konkreta delmålen 2030 och 2035?

Sammanfattning av workshop

Underlaget har sammanställts med stöd av Copilot, 19 maj 2026. Prompt: Sammanfatta det viktigaste under respektive rubrik utifrån både vad är det som stämmer / är realistiskt och vad behöver justeras. Utgå endast från det bifogade dokumentet.

1. Övergripande bedömning

Styrkor

- Planen har en tydlig riktning med fokus på rätt vårdnivå, evidens, patientsäkerhet och samverkan.
- Det finns en hög medvetenhet om organisatoriska och resursmässiga utmaningar.
- Engagemanget för att utveckla arbetssätt och ledarskap är brett.

Huvudutmaningar

- Begrepp, ansvar och gränser är otydliga.
- Ambitionsnivån är hög, med många mål och en kort tidplan.
- Förutsättningar för genomförande saknas delvis, till exempel resurser, struktur och uppföljning.

2. Definition av specialistpsykiatri

Bedömning: Delvis relevant men otillräckligt skarp

Det som fungerar

- Fokus på specialiserad kompetens och multiprofessionella insatser.
- Insikt om att viss problematik hör hemma i primärvård.

Behöver justeras

- Tydliga definitioner saknas, till exempel av medelsvår och svår problematik samt social komplexitet.
- Definitionen är för bred, vilket riskerar att omfatta fel patientgrupper.
- Gränsdragningen mot primärvård och kommun är otydlig.
- Beslutsmandat vid oenighet är oklart.
- Kriterierna behöver skärpas, till exempel genom att flera kriterier ska vara uppfyllda.

3. Målbild 2040

Bedömning: Delvis realistisk men för bred och otydlig

Det som fungerar

- Fokus på samverkan och patientperspektiv.
- Närstående inkluderas, förutsatt patientens samtycke.

Behöver justeras

- Evidensbaserad vård behöver tydligt anges som grund.
- Psykiatrins uppdrag behöver avgränsas, med mindre fokus på förebyggande arbete och större fokus på specialistuppdraget.
- Målbilden är tolkningsbar, vilket försvårar uppföljning.
- Balansen mellan intern och extern samverkan är ojämn.
- Ansvarsfördelningen mellan patient, närstående och vård är otydlig.

4. Delmål 2030–2035

Bedömning: Delvis relevanta men överlastade och orealistiska

Det som fungerar

- Flera viktiga områden är identifierade, till exempel patientuppföljning och kvalitet.
- Målen för 2030 kan vara möjliga att nå med tydligare prioritering.

Behöver justeras

- Antalet mål är för stort, särskilt till 2030.
- Tidplanen är orealistisk.
- Den röda tråden mellan 2030, 2035 och 2040 är otydlig.
- Vissa mål är placerade i fel tidsperspektiv.
- Flera formuleringar är otydliga, till exempel vad som menas med rimlig arbetsbelastning.
- Fokus ligger mer på organisation än på patientnytta.
- Det finns en risk för stuprör, till exempel genom många specialiserade team.

5. Saknade delar

Identifierade brister

- Uppföljning över tid, inklusive hur förändringar i politisk styrning påverkar planen.
- Ekonomiska förutsättningar och budget.
- Tydliga gränssnitt mot primärvården.
- Beslutsstruktur vid oenighet.
- Definition av arbetsmiljö och arbetsbelastning.
- Kompetensförsörjning, där tidsramarna upplevs som orealistiska.
- Större fokus på intern samverkan i ett initialt skede.

6. Strategiska vägval framåt

Det finns en bred samsyn kring följande prioriteringar:

Fokusera

- Färre, tydligare och mätbara mål.
- Rätt patient till rätt vårdnivå.
- Evidensbaserad vård som grundprincip.

Förtydliga

- Specialistpsykiatrins uppdrag.
- Ansvarsfördelning och beslutsvägar.
- Vad verksamheten ska prioritera bort.

Stärka förutsättningar

- Hållbart ledarskap och stöd till chefer.
- Kompetensförsörjning och bemanning.
- Intern samverkan som grund för vidare extern samverkan.
- Stabs- och stödfunktioner.

Utveckla arbetssätt

- Effektiva patientflöden och triagering.
- Bättre användning av befintliga resurser.
- Medarbetardriven utveckling.
- Digitala stöd där de skapar värde.

7. Rekommenderat nästa steg

- Renodla definition och målbild så att de blir korta, tydliga och avgränsade.
- Prioritera ett begränsat antal mål till 2030.
- Säkerställ en realistisk koppling mellan mål, resurser och tid.
- Etablera en tydlig modell för uppföljning och styrning.
- Börja med att stärka den interna strukturen och arbetssätten.

Kärnbudskap

Planen har en relevant riktning men behöver **tydliggöras, fokuseras och anpassas** till faktiska förutsättningar för att bli genomförbar.

Underlag från workshopen

Stämmer definitionen av specialistpsykiatri?

Delvis.

Vad innebär en medelsvår problematik och vem har tolkningsrätten?

Vad innebär social komplexitet i ett vårdperspektiv, speciellt då det räcker som kriterium?

Trauma innebär inte per automatik psykiatri då singeltrauma ska behandlas inom primärvården.

Skulle kunna förtydligas. Vad menas med "ett av följande kriterier" är det en av de tre rubrikerna eller en av de åtta underliggande punkterna? Vad menas med social komplexitet? Gränsdragning till kommunernas uppdrag?

Vi behöver definiera vad som är medelsvår och svåra tillstånd. Ska alla medelsvåra tillstånd ligga hos psykiatri? Medelsvår problematik ska enbart behandlas på psykiatri om andra svåra omständigheter föreligger. Vi behöver ta ställning till vart ansvaret för det habiliterande uppdraget ska ligga.

Den är för otydlig och för generös när det handlar om specialistpsykiatri

Överlag ja, men är lite för generell på punkt 2a (samsjuklighet) och 2b (beroendeproblematiken). Dessa behöver nyanseras; "Specialistpsykiatri ansvarar för utredning, behandling och uppföljning av patienter som har behov av specialiserad kompetens och multiprofessionella insatser" - tycker vi är bättre. Det sätter nivån redan från början.

Viktigt att definiera nivågraderingen i samsjukligheten. 2a (se ovan) behöver definieras tydligare. Man behöver lyfta in den personcentrerade vården redan i definitionen. Är det specialistpsykiatri som är bäst vårdnivå eller är det primärvård/somatisk vård.

Hur gör man när man inte är överens om nivån och vem som har ansvaret.

Är målbilden realistisk?

Delvis

"Närstående involveras i hela vårdkedjan" vilket kräver patientens medgivande.

Cosmic och dess struktur tar tid för oss!

Alla behöver inte krisplan och/eller fast vårdkontakt.

"Närvarande ledarskap" behöver ändras till "Närvarande coachande ledarskap" i enlighet med modern sjukvårdsledning

Vi saknar evidensbaserad vård, bör vara en av 4 hörnstenar. Och ska stå i första meningen "år 2040 erbjuder specialistpsykiatri i region Värmland EVIDENSbaserad vård av hög kvalitet".

I hörnstenarna, den tredje punkten, "god samverkan med andra aktörer - internt och externt - som överlappar..."

S

Bör ta bort "stärkande förebyggande arbete" - psykiatri ska inte arbeta förebyggande.

Återfallspreventivt arbete behöver vara på en rimlig nivå. Ska ej ingå i definitionen. Bör ta bort att behandlingsutbudet ska vara "brett" - psykiatri ska mer jobba djupt och specialiserat. Bör ta bort var vården ska bedrivas, omformuleras som att vården kan ske på olika platser. Kan man använda begreppet arenaflexibelt istället? Vi håller inte med om definitionen av de tre hörnstenarna.

Medarbetarperspektivet känns malplacerat, och det blir för stort fokus på enbart extern samverkan, när också intern samverkan är lika viktig. Att vi internt har flexibilitet och bra vårdflöden. Det är viktigt att det framkommer att denna definition gäller alla oavsett ålder. Vad menas med delaktighet av

patienter? Inte tillräckligt fokus på patient och anhörigas egna ansvar, förmåga att söka hjälp hos annan vårdgivare.

Ska behandlingsutbudet vara brett och individanpassat? Ska vi inte vara spetsen när lägre vårdnivå inte är tillräcklig? Evidensbaserad!

Vi tycker att den är tolkningsbar på lite olika sätt och vi tycker att det ska vara tydligt för att kunna följas.

Saknas något?

Vi vet ju inte alls egentligen hur specialistpsykiatri ska/ kan se ut 2040. Vi har ju samsjukligheten på gång och lagändring. Hur ska utvecklingsplanen följas upp om vi byter politiskt skifte? Hur kommer utvecklingsplanen följas upp under 14års tid. Hur får vi budget att faktiskt göra verklighet av detta? Behöver bli mer tydligt vad som tillhör till primärvård.

Se ovan!

Se ovan

S

Se ovan.

Kortare och tydligare målbild önskas!

Det saknas beskrivning om vem som har rätt om båda hävdar rätt. Vem är beslutande organ om vi inte överens.

Något som kan behöva ändras?

För detaljerat. Många meningar som säger samma sak. Lovar mycket. Ett brett behandlingsutbud? Behandlingen bör utgå från vad patienten behöver. Vem avgör vad som är en uttalad påverkan på funktionsförmåga i vardagen? ECT är inte en sällan förekommande behandling så den behöver inte vara med i kontexten eftersom det är en av de mest beprövade och verksamma behandlingar inom psykiatri. Inte heller är slutenvård sällan förekommande. Vi behöver utökade vårdplatser inom slutenvården. Då andra verksamheter just nu är verksamma i slutenvården har vi snart inga kontor eller ytor kvar att bedriva god vård på. Varför peka ut just läkarna att vi behöver fler, vi behöver fler sjuksköterskor, psykologer och andra viktiga kompetenser också.

Målet med specialistpsykiatri bör vara att ge en patientsäker vård i rätt tid och främja en god livskvalité för våra patienter.

Se ovan!

Se ovan

S

Se ovan.

- Medelsvår, var är gränsdragningen?
- Social komplexitet, räcker det som enda kriterium?
- Uttalad påverkan på funktionsförmåga i vardagen? Räcker det som enda kriterium? På flera arenor?
- Behov av multiprofessionellt team, räcker det som enda kriterium?
- Insatser ska ha provats på primärvårdsnivå innan man kan säga att det inte är tillräckligt

Sammanfattningsvis: flera kriterier inom definitionen behöver vara uppfyllda för att omfattas av specialistpsykiatri

Sociala insatser behöver tas bort och vi behöver även en definition om vad är god arbetsmiljö.

Är delmålen för 2030 och 2035 realistiska?

Nej. För kort tid dit. Det tar tid att utveckla vårdprosedurer.. eller vad innebär det? Betyder? Individuell utvecklingsplan vill inte alla medarbetare ha. Kan inte vara ett krav. Ska vi tillsätta

stödfunktioner för utveckling av detta? Första linjen chefer hinner inte med mer. Hur ska de följas upp? Vad ska erbjudas? Vad händer om det inte efterföljs av medarbetaren? Avvikelse hanteras redan enligt det som står.

Ska vi ta bort något för att tillsätta specialiserade team?

Triagering avseende vårdnivå borde redan nu vara ett vedertaget arbetssätt. Det är det inom slutenvården.

Kan utvecklingsgruppen ta fram karriärvägar? T.ex skötare? Vad ska de göra för karriärresa? Läkare inom slutenvård vill absolut inte ha videomöten. Vad innebär digitala lösningar? 1177 och videomöten?

I huvudsak.

"Väntande patienter får regelbunden uppföljning" - vad innebär det?

Evidensbaserade insatser ges utan dröjsmål/i närtid- menas vårdgarantin?

Vad innebär rimlig arbetsbelastning och vem bedömer det?

Mycket fokus på medarbetare och organisation i delmålen.....

Kan delmålen uppfyllas med befintlig budget?

Om målen ska hålla över tid så kan man behöva stanna vid brukarorganisation och inte i detalj beskriva som peer support och DISAM.

Målen är för långt bort. Alla punkter under 2035 Patient och närstående är i pipeline just nu. Särskilt patientsäkerhet och kvalitet ang avvikelser hänvisas till SOSF från 2011, ser extremt konstigt ut att ha det som mål för 2035. Punkten Kliniska vårdprocesser (först på 2030 och sist på 2035 är samma och hör hemma 2030.

S

Alla delmål upplevs inte ligga under rätt rubrik (2030 eller 2035). Vårdplaner och kontinuitet bör läggas under 2030. Korta väntetider är inte ett eget mål, utan väntetid utifrån behov. Stryk korta väntetider - fokusera på snabb bedömning. Vi ska hålla vårdgarantin. Ställer oss tvekande till formuleringar kring attraktiv arbetsplats och god arbetslastning. Styrk mening gällande att arbetsplatsen präglas av respekt, samarbete och glädje. Känns malplacerat. Var är medarbetarnas ansvar i texten? Vi vill formulera det som trygga medarbetare som kan fatta kloka beslut och ge patienter rätt insatser. Ledarskapet behöver få större fokus, där chefen sätter mål och riktning. Det är sedan ett samskapande mellan chef och anställd, där medarbetare har stort eget ansvar. Ska medarbetarnas återhämtning stå med? Hela stycket kring medarbetarens arbetsmiljö behöver ses över. Gällande sömlös vård - det ligger under organisation och samverkan. Ligger det rätt? Den sömlösa vården ska vara patientfokuserad. Vi behöver ha med nationella riktlinjer med när vi arbetar. Kliniska vårdprocesser ligger under patient och närstående, och under organisation och samverkan - förvirrande. Gällande samverkan - den specialiserade vården stöttar primärvård och andra vårdnivåer. Det innebär inte att psykiatri tar över ärendet. Förslag på att lägga till att vi använder kontaktvägar anpassade för patienters behov.

Mycket bra innehåll, exempelvis att väntande patienter får regelbunden uppföljning!

Korta väntetider och adekvat bedömning istf snabb bedömning, alternativt en dast ha kortare väntetider

Att i verksamheterna ha en implementerad förbättringskultur som drivs av medarbetarna men inte nödvändigtvis avsatta tider för detta

Samsjuklighet i specialiserade team, risk för stuprör och många team. Kanske detta bör finnas överallt

Samverkan med primärvård och kommuner behövs tillägg samverkan inom specialistvården

Delaktighetssamordnare känns som en onödig titel, detta ska finnas utrymme för att hanteras av de som arbetar nära patienten

Vi saknar en röd tråd mellan 2030 - 2035 - 2040.

Vi tycker överlag att det är lite för många mål 2030, det är knappt fyra år bort. Vi behöver ha lite färre mål där och kanske sätta basen först för att sedan utveckla 2035.

2030:

De är realistiska överlag. Vi tänker att man ska fokusera på att korta köerna och då inte behöva lägga tid på att informera patienter som väntar information. Snabba bedömningar och korta väntetider bör ge effekten att man får en rimlig arbetsbelastning.

Målet för medarbetare är att ha en attraktiv arbetsmiljö, det behövs inte mer än så. Mer engagemang än glädje.

När man säger att det ska vara standardiserat i remissrutiner och informationsöverföring, var tog man den personcentrerade vården vägen?

Samverkan tänker vi att det är viktigt att arbeta med fram till 2030 och vi behöver börja med att tänka på det internt. Vi måste samarbeta inom psykiatrin innan vi kan samverka med andra aktörer.

2035:

Specialiserade team; Vi skulle vilja se att patienter med behov av insatser från flera professioner får vård med teambaserade insatser utifrån patienterna individuella behov.

Vi har inte all vård som vi behöver inom regionen som vi behöver, vi saknar inom beroendevården. Det är ett glapp. Vilka saker ska vi erbjuda?

Vi behöver arbeta mer kring avvikelser. Vi kanske behöver ha en mer dialog innan vi gör en skriftlig avvikelse. Avvikelser är viktigt men behöver vara grundade i en genomtänkt dialog.

2030 pratar man om jämlik vård oberoende av var man är bosatt i Region Värmland. Detta finns inte med 2035 eller 2040. Det behöver antingen inkluderas i de målen eller tas bort från 2030.

Saknas något?

Vad som är en rimlig arbetsmiljö? Vad är en rimlig arbetsbelastning? Planen innebär mer administration för chefer vilket inte bidrar till närvarande och coachande ledarskap. Hur får cheferna mer resurser för att fungera som "möjliggörare" brister i stödfunktioner finns redan idag.

Aktivt medarbetarskap. Perspektivet jämlik vård. Attraktiv arbetsmiljö och god arbetsbelastning kan inte vara endast ett delmål utan ska tillgodoseas kontinuerligt.

Sammanhållen vårdplan är önskvärt men är inte förenligt med dagens lagstiftning.

Saknas röd tråd från 2030 till 2035 till 2040.

Tillägg mål 2030:

Fasta vårdkontakter

Enkla kontaktvägar

Kloka kliniska val

Effektivisera remisshantering - träffa högsta kompetensen först som sorterar vilken vårdnivå och vilken prioritet patienten har så det blir rätt vård i rätt tid

Stöd till chefer, HR och controller

Tillägg mål 2035:

Fler mobila team

S

Se ovan.

Viktigt att målen 2030 hänger ihop med målen 2035. Behövs en bra plan för hur vi ska vara självförsörjande på specialiserad personal 2035, känns ngt orealistiskt.

Samsjuklighetsutredning mer tydligt kring denna

Om vi ska undvika hyrläkarberoendet till 2030 är det mer rimligt att tro att vi är självförsörjande på läkare 2040 istf 2035

Vi måste börja i den här gruppen, inom psykiatrin. Det vi gör nu mot andra aktörer kanske får vara bra nog och fokusera på internt för att sedan 2035 satsa på att ha en bra intern samverkan och då börja med de externa aktörerna på en annan nivå.

Vilka strategier tar oss mot målbilden 2040 och de konkreta delmålen 2030 och 2035?

Ett hållbart arbetsliv för chefer som inkluderar tillgång till stöd samt lugn och ro i arbetet.

Medarbetardrivet förbättrings- och utvecklingsarbete.

Fokus på hur vi använder befintliga resurser och patientflöden.

Färre mål som också är realistiska.

Mindre detaljerade mål som ger möjlighet till att anpassa till lokala förutsättningar.

Tydliga och gemensamma prioriteringsgrunder.

Ta emot "rätt" patienter för specialistpsykiatrin.

Se över budgeten. För slutenvården har den varit fel sedan 2011 och vi har nedmonterat den steg för steg. Man har lovat att se över den i många år, men drygar aldrig kommit till skott.

Bemanna så att slutenvården ha var 3:e helg bemanning istället för idag varannan. Ingen annan avdelning på CSK förutom ambulansen arbetar varannan helg. Dock har ambulansen fler lediga dagar så det är ändå inte samma.

Se över lokalerna - vilka patienter ska vårdas eller vistas tillsammans. Varför behöver barn möta missbrukspatienter i hissen? Vilka verksamheter behöver närhet till akut somatiska vård?

Definiera uppdraget för specialistpsykiatrin, vilken vård och behandling ska vi erbjuda?

Är avdelningarna rätt dimensionerade? Vilka vårdnivåer behövs?

Mobila tjänster - sluta tro att vi kan bemanna mottagningar överallt i länet, istället utgå från Karlstad och att man får åka ut till mottagningar.

Konkurrenskraftiga löner med andra regioner.

Delade tjänster mellan öppenvård och slutenvård, som somatiska vården, att man går mellan mottagning och avdelning.

Följ smarta mål (specifika mätbara applicerbara realistiska och tidseffektiva)

Kloka kliniska val

Aktivt medarbetarskap

Schema som ska vara hållbart och ge personal återhämtning vilket kräver utökning av personal. Just nu är det bara slutenvård psykiatrin och ambulansen i region Värmland som jobbar var 2 helg.

Personal ska ha ett patientperspektiv (vad blir det bästa för patienten)

Personalförsörjning bör drivas genom en gemensam plan och tydlig kravbild för att skapa en arbetsplats med ansvarstagande och drivande medarbetare som vill arbeta inom och vara med att utveckla specialistpsykiatrin.

Viktigt att vi stannar upp och reflekterar i arbetet med den fördjupade utvecklingsplanen, så att de mål vi sätter upp och strategier vi väljer blir genomtänkta. Inte stressa fram detta. Viktigt att medarbetarna får fortlöpan information.

Model Area - modern sjukvårdsledning - fokus på medarbetaren. Aktivt medarbetarskap är avgörande.

Fånga upp den unga generationen hos medarbetarna och deras idéer. Samtidigt är det viktigt med ett helikopterperspektiv där man tänker in bra förutsättningar för ledarskap. Närvarande aktivt ledarskap. Större nationell samsyn - ta inspiration av andra fungerande regioner. Använda AI. Viktigt att BUP och VUP arbetar mot samma mål, där även BUP finns med. Att BUP och VUP har samma riktning gällande mål, ålder, uppdrag. Fokus på att vända pyramiden. Vad ska psykiatrien sluta göra för något/ta bort insatser? Fokusera inte bara på start utan också uppföljning och avslut i behandlingar och insatser. Antipiloter. Självreflektion - vad kan jag göra mer? Gott stabsstöd, där stödjande funktioner, IT, system stöttar och avlastar chefer. Stegvis vård. Ha god kunskap om kapacitetsstyrning. Tydliga kompetensförsörjningsplaner.

- Tydlig definition av specialistpsykiatriens uppdrag utan utrymme för tolkning
- Fortsatt arbete med modern sjukvårdsledning
- Ständigt pågående ST-rekrytering med tydlig plan
- Digitala verktyg för behandling
- Rätt person gör rätt sak
- Verksamhetsstöd ex, administrativt, HR, controller som är med på banan från början och hela vägen
- Få med alla i verksamheten på banan, alla ska veta var vi ska

Bra att börja med grundstenarna, få en stabil grund för att bygga uppåt.

Har man tittat på det man har gjort tidigare? Identifiera det som inte har blivit bra och gör tvärtom.

Model area är ett bra sätt att få fram kreativiteten hos våra medarbetare. Vi behöver också arbeta för att alla är lika värda.

Vi behöver ha samma arbetssätt och samma förhållningssätt. Vi arbetar så olika mellan BUP och vuxenpsykiatri. Det är också stora skillnader mellan öppen och slutenvård.

Vi behöver sätta patientens behov i centrum. Det är viktigt att prata om arbetsmiljö men vad har vi för krav, vad förväntas av oss? Tydligare i vad som ingår i arbetet.

Viktigt att ge chefer mandat att vara chef. Medarbetaren ska veta vad som förväntas.

Man ska använda resurser på ett bra sätt.

Se över vad vi ska göra, börja där och sedan se vad vi kan göra utöver det som är ska.

Tydliggöra vad vi menar med attraktiv arbetsplats och arbetsbelastning.

Medarbetar driven utveckling måste vara en del i det hela. Ha några få mål att arbeta utifrån, som vi kan hålla fast vid. Vi behöver vara tillgängliga för våra patienter och arbeta för att uppnå god tillgänglighet.

Evidensbaserad vård, vissa saker ska vi göra. Vi behöver göra dem först innan vi gör det vi bör göra. Ska göra ska genomsyras genom hela vården.

Tillse att vi har bemanning på plats.

Psykologisk trygghet behöver genomsyras i hela verksamheten. Att vi kan prata med varandra på ett konstruktivt sätt och snälltolka vad andra säger.

Sammanfattning, detta ser vi som viktiga delar framåt:

- Nära ledarskap
- Gemensamma verksamhetsmässiga prioriteringar utifrån evidens
- Modern sjukvårdsledning
- Färre mål