

Dokument nr:	Version: 0,3	Status:	Sida: (1)22
--------------	-----------------	---------	----------------

Dokumenttyp: Rapport kring Samverkande sjukvård 2009-2013	Projekt: <i>Samverkande sjukvård inom Fyrbodalen</i>	Projektnummer:	
Dokumentbeskrivning: Sammanfattning av bakgrund, modell, resultat och framtidsvision för Samverkande sjukvård i Fyrbodalen			
Utfärdat av: Lars Helldin, Amira Donlagic, Ulf-Peter Lundberg och Maria Klingberg	Utfärdat datum: 2014-01-09	Godkänt av : Håkan Sundberg och Lars Helldin	Godk datum:

- Tillsammans gör vi skillnad -



Rapport kring Samverkande sjukvård

Strömstad, Tanum, Munkedal, Sotenäs, Mellerud, Åmål, Lilla Edet och Trestad

2009-2013

Innehåll

1. Sammanfattning	4
1.1 Vision, mål och syfte.....	4
1.2 Invånarna vinner på samverkan	5
1.3 Alla vårdorganisationer vinner på samverkan.....	5
1.4 Resultat.....	5
1.5 Framtid och utveckling	6
2. Bakgrund	7
2.1 Förändrad demografi.....	7
2.2 Ökade behandlingsmöjligheter	7
2.3 Längre levnadstid med allvarliga sjukdomstillstånd.....	7
2.4 Färre särskilda boenden	7
2.5 Förändringar inom länssjukvård och primärvård	7
2.6 Ökande tryck på akut- och slutenvårdsbehandling.....	8
3. Början	8
3.1 Pilotprojekt.....	8
3.2 Utökning av projektet.....	8
4. Vision, syfte och mål	9
4.1 Vision	9
4.2 Syfte.....	9
4.3 Gemensamma mål	9
5. Modell	9
5.1 Samverkansformer	9
5.1.1 1177-uppdrag	9
5.1.2 Assistansuppdrag.....	9
5.1.3 MÄVA-uppdrag.....	10
5.1.4 IVPA- uppdrag.....	10
5.2 Implementering.....	10
6. Förutsättningar	10
6.1 Samtliga organisationers engagemang	10
6.1.1 Möjlighet att säga nej till uppdrag	10
6.2 Kommunikation	10
6.3 Utbildning.....	11

6.3.1 Grundutbildning av nya medarbetare.....	11
6.3.2 Högskoleutbildning.....	11
6.3.3 Utbildning i RETTS	12
6.3.4 Utbildning i D-HLR	12
6.4 Samverkanscoacher.....	12
7. Organisationsstruktur	12
7.1 Arbetssätt	12
7.2 Organisation och bemanning	13
7.2.1 Styrgrupp	13
7.2.2 Arbetsgrupp Prehospital samverkansenhet.....	13
7.2.3 Projektgrupper	14
8. Resultat	14
8.1 Sammanställning av uppdrag 2013	14
8.2 Journalstudie av 40 samverkansuppdrag	16
8.2.1 Diskussion kring studiens resultat	20
8.3 Singel responder för snabbare insatser och insatser på rätt nivå.....	20
9. Utvärdering.....	21
9.1. Hälsoekonomiska aspekter	21
9.2 Utvärdering av medarbetarnas erfarenheter.....	23
9.2.1 Resultat av studien	23
9.2.2 Lärdomar	23
10. Framtid.....	23
10.1 Utökning av projektet i Fyrbodal.....	23
10.2 Utveckling av samverkan genom pilotprojekt.....	24
10.2.1 Singel responder.....	24
10.2.2 Ambulant triagering	24
10.2.3 Telemedicin	24
10.3 Utökning av patienternas möjlighet till delaktighet.....	25

1. Sammanfattning

Samverkande sjukvård är ett utökat samarbete mellan kommunala hälso- och sjukvården, 1177 Vårdguiden och vårdcentraler inom primärvården, ambulansverksamheten och MÄVA (Medicinsk Äldrevårdsavdelning) inom NU-sjukvården. Geografiskt område för Samverkande sjukvård är hittills Strömstad, Tanum, Sotenäs, Munkedal, Mellerud och Åmål. Lilla Edet kommer att gå med 1 april och samtliga kringupplägg och former förs med Trollhättan, Uddevalla och Vänersborg.

Samverkande sjukvård har gått från ett projektarbete 2009 i Strömstad och Tanum till ett etablerat begrepp. Det är ett verksamhetsnära projekt där avståndet mellan grundtanke och handling är litet. Fokus är på invånarna, att ta tillvara de samlade vårdresurserna på bästa sätt och att ge invånare vård på rätt nivå och i närmsta möjliga närområde. Det utvidgade samarbetet mellan de olika vårdgivarna ger möjlighet att ge och ta emot hjälp från varandra samtidigt som det skapar förutsättningar för nytänkande och utveckling av framtidens vårdstrukturer.

1.1 Vision, mål och syfte

Vision, mål och syfte med Samverkande sjukvård är att tillgodose invånarens behov av god sjukvård, samordna sjukvårdsresurserna som finns i invånarens närområde så att invånaren får

- ✓ Rätt vård på rätt plats
- ✓ Använda de samlade sjukvårdsresurserna för invånarnas bästa
- ✓ Skapa en arena för utveckling och förbättring av samverkan

Samverkande sjukvård startade som ett projekt i Strömstad och Tanum 2009. Då var uppdraget att ta fram förslag till samverkansformer. En arbetsgrupp sattes samman bestående av samverkande vårdorganisationer. De samverkansformer man kom överens om var **1177-uppdrag**, sjuksköterska på 1177 Vårdguiden kan kontakta sjuksköterska inom kommunala hemsjukvården för bedömningsuppdrag eller behandlingsuppdrag på sjuksköterskenivå i patientens hem, **Assistansuppdrag**, sjuksköterskor inom de olika vårdorganisationerna kan be varandra om hjälp till exempel vid arbetsanhopning, med bedömningar eller lyfthjälp, **IVPA-uppdrag**, I Väntan På Ambulans, operatör på SOS Alarm kan kontakta sjuksköterska i kommunala hemsjukvården så att de åker till patienten i väntan på att ambulansen ska anlända, och **MÄVA-uppdrag**, MÄVA-patienter är patienter äldre än 75 år med ett flertal kroniska medicinska diagnoser som ofta är i behov av sjukhusvård. Dessa patienter kan efter kontakt med MÄVA läggas in direkt på NU-sjukvårdens äldrevårdsavdelning utan att behöva passera akuten då deras tillstånd försämras. Genom Samverkande sjukvård kan även patienter som inte är MÄVA-patienter läggas in direkt om sjuksköterska i ambulans eller primärvårdsläkare tillsammans med MÄVA gör bedömningen att patienten uppfyller kriterierna för MÄVA-patienter.

Sedan starten har ytterligare fyra kommuner gått med i samverkan: Sotenäs, Munkedal, Mellerud och Åmål. 2012 ingick även Lysekil och Bengtsfors i projektarbetet med att ta fram samverkansformer men valde sedan att avvakta med att gå med i Samverkande sjukvård. Lilla

Edet kommer att gå med under våren 2014 och samtal kring upplägg och former för samverkan förs även med Trollhättan, Uddevalla och Vänersborg.

1.2 Invånarna vinner på samverkan

En effekt av att vårdgivare på en ort samverkar med varandra är att akutbesök och inläggningar som inte är nödvändiga kan undvikas. Detta är en stor fördel för patienterna då långa väntetider på akuten och inläggningar på vårdavdelning som inte är helt nödvändiga är tärande för gamla och sköra människor och ökar risken för vårdrelaterade infektioner.

1.3 Alla vårdorganisationer vinner på samverkan

Vi lever allt längre, samtidigt som behandlingsmöjligheterna ökat, vilket gör att fler under längre tid kan leva med allvarliga sjukdomstillstånd som kräver mer vård. Kortare vårdtider på sjukhusen samt att antalet särskilda boenden minskat drastiskt under de senaste åren gör att allt fler patienter vårdas i hemmen. Detta ställer stora krav på befintliga vårdorganisationer, inte minst på den kommunala hälso- och sjukvården. Samverkan mellan vårdgivare skapar en tvärprofessionell organisation vilket gör att invånare kan få vård nära hemmet. Detta medför inte bara att slutenvård kan undvikas där det inte är nödvändigt utan kan även medföra att biståndsinsatser inte behöver sättas in på ett så tidigt stadium som det skulle behöva i annat fall. Att patienter inte åker in och ut på sjukhuset utan i större utsträckning blir kvar i hemmen gör också att antalet vårdplaneringstillfällen hålls nere.

I primärvårdens styrdokument, Krav- och kvalitetsboken, står det att den vård människor ofta behöver, ibland även under längre perioder, ska finnas nära människorna. Samverkande sjukvård stärker primärvårdens möjlighet att kunna erbjuda en god och tillgänglig hälso- och sjukvård till invånarna i närområdet. Detta genom att insatser för patienterna kan utföras även under tider på dygnet då den lokala vårdcentralen eller jourcentralen är stängd, samt möjligheten att i samverkan med andra vårdgivare kunna erbjuda vårdinsatser i patientens hemmiljö via assistansuppdrag.

För medarbetarna innebär Samverkande sjukvård en kompetenshöjning. Nya sätt att arbeta och nya arbetsuppgifter kräver ny kompetens och utifrån Samverkande sjukvårds behov har Samverkande sjukvård i samarbete med Högskolan Väst utarbetat en skraddarsydd utbildning på sammanlagt 15 hp. Numer ingår utbildningen i Högskolan Västs ordinarie kursutbud och utöver de platser som är förbehållna medarbetare i Samverkande sjukvård finns även sökbara utbildningsplatser.

1.4 Resultat

Under 2013 genomfördes 378 uppdrag inom ramarna för Samverkande sjukvård. 225 av dessa var 1177-uppdrag, uppdrag från S1177 Vårdguiden till sjuksköterska inom kommunala hälso- och sjukvården eller sjuksköterska i ambulans. Sjuksköterskan på 1177 Vårdguiden ger uppdraget om hon behöver hjälp med ytterligare bedömning av patienten eller då hon gör bedömningen att åtgärden som behöver utföras är på sjuksköterskenivå. Sannolikt skulle många av dessa patienter hänvisats till akutsjukvården om Samverkande sjukvård inte funnits. Av de 225 uppdrag 1177 Vårdguiden gav 2013 kunde 87 procent av patienterna få vård i sitt närområde, antingen i hemmet eller på vårdcentral eller jourcentral.

81 IVPA-uppdrag utfördes under 2013 inom ramarna för Samverkande sjukvård. Vid IVPA-uppdrag, i Väntan På Ambulans, kontaktar SOS Alarm en sjuksköterska inom kommunala hemsjukvården då ambulansen bedöms ha lång framkörningstid. Vid 11 procent av uppdragen behövde patienterna inte transporteras med ambulans utan klarade sig med egenvårdsråd i hemmet. I ytterligare 9 procent av fallen kunde patienten hänvisas eller föras till vårdcentral eller jourcentral istället för till akuten.

För en djupare analys gjordes en journalstudie av 40 väldokumenterade uppdrag ambulansen i Tanum och Strömstad utfört inom ramarna för Samverkande sjukvård under 2010-2012. Patientfallen som studerades rörde patienter med relativt allvarliga kontaktorsaker som till exempel hjärt- och lungsjukdomar, trauma och urologi. Knappt hälften av patienterna hade haft tidigare slutenvårdstillfällen under de senaste fem åren. I samtliga fall hade ambulans tillkallats men endast 15 av patienterna behövde föras till sjukhus, 5 av dem till akutmottagningen och 10 till MÄVA (Medicinsk äldreomsorgsavdelning). I resterande del av fallen kunde vården för 10 av patienterna lösas med hjälp av vårdcentral, i 7 av fallen var behovet vård i hemmet och för ytterligare 8 patienter saknas uppgift om vårdform men de har inte vårdats inom NU-sjukvården.

Statistiken för 2013 omfattar 378 uppdrag och den fördjupade journalstudien omfattar 40 uppdrag men resultaten är påfallande samstämda. Utan att lägga vikt vid kontaktorsak eller typ av uppdrag kan man se att generellt kan uppdrag inom ramarna för Samverkande sjukvård lösas i patienternas närområde med hjälp av vårdcentral, jourcentral eller vård i hemmet i sextio till sjuttio procent av fallen.

1.5 Framtid och utveckling

Samverkande sjukvård är ett projekt under ständig utveckling. Nya samverkansområden och nya vägar till samarbete upptäcks. Ny teknik ger också nya möjligheter vilket man försöker ta tillvara inom Samverkande sjukvård. Under 2014 pågår tre pilotprojekt inom ramarna för Samverkande sjukvård.

- **Singel responder**, en fullutrustad ambulans bemannad med en sjuksköterska; en ny bil i Dalsland och fortsatt drift av bilen i Lilla Edet. I och med att singel responderbilarna nu ingår i Samverkande sjukvård har uppgiften utökats till att även gälla samverkansuppdrag.

- **Ambulant triagering**, en utbildningsinsats för att ge medarbetare på vårdcentraler och inom kommunala hälso- och sjukvården ett gemensamt triageringsverktyg, RETTS. Projektet innebär också att ambulansen kör patienter äldre än 75 år med en lägre prioritetnivå till vårdcentral istället för till akutmottagningen, det vill säga att patienten får vård på rätt vårdnivå.

- **Telemedicin**, med hjälp av uppkoppling via dator och surfplatta ges möjlighet till videosamtal med såväl patienter som medarbetare i behov av konsultation. Ett försök pågår sedan hösten 2013 med ett äldreboende och en vårdcentral och under 2014 kommer piloten att utökas till att omfatta även ambulans och MÄVA.

Ett viktigt utvecklingsområde är patienternas inflytande och delaktighet i sin egen vård. Under 2014 kommer synpunkter och tankar från patienter att fångas in via de samverkanscoacher som finns lokalt i varje organisation ansluten till Samverkande sjukvård.

2. Bakgrund

Samhällets utveckling gör att vi blir allt äldre samtidigt som fler under längre tid lider av allvarliga sjukdomstillstånd som kräver mer vård. Möjligheterna att behandla olika tillstånd har ökat vilket gör att överlevnaden idag är högre än för ett antal år sedan. Stora omorganisationer har skett inom primärvård och länssjukvård samtidigt som antalet särskilda boenden i kommunerna minskat drastiskt under 2000-talet. Dessa faktorer skapar nya situationer och behov av utveckling av samverkan mellan vårdgivare inom Fyrbodalsområdet för att gemensamt kunna erbjuda invånarna rätt vårdnivå i närområdet. Med detta som bakgrund skapades visionen om Samverkande sjukvård.

2.1 Förändrad demografi

Antalet äldre ökar. NU-sjukvårdens patientunderlag är lika stort idag som tidigare men en större andel av patienterna är äldre. Regionens prognos för NU-sjukvårdens upptagningsområde 2020 är 1000 färre invånare än idag men totalt 10000 fler över 65 år. Medicinska undersökningar visar entydigt att både antalet sjukdomar och frekvensen av dem ökar efter 65 år.

2.2 Ökade behandlingsmöjligheter

Under en lång tid har sjukvårdens möjligheter att behandla olika tillstånd ökat. Ökningen består av olika komponenter såsom effektivare läkemedel, läkemedel med färre biverkningar som gör dem tillgängliga för fler samt effektivare behandlingar både farmakologiskt och kirurgiskt. Behandlingar som tidigare var förbehållna universitets- och regionsjukhusen och yngre patienter görs idag över hela landet och till äldre och generellt sett sjukare personer.

2.3 Längre levnadstid med allvarliga sjukdomstillstånd

En mycket positiv konsekvens av de utökade behandlingsmöjligheterna är att patienter har en längre överlevnadstid. I och med detta får fler patienter behandling samtidigt och parallellt är de beroende av insatser av både sjukvårds- och omvårdnadskaraktär inom kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och länssjukvård.

2.4 Färre särskilda boenden

Både nationellt och regionalt har antalet särskilda boenden minskat under hela 2000-talet. I kombination med ett ökat antal äldre med längre vårdtider förstärks förhållandet att en större andel bor under allt längre tider i eget boende. Många personer har både insatser från hemvården och hemsjukvården. Möjligheten att öka insatserna i samband med kortare eller längre perioder med försämrat sjukdomstillstånd varierar mellan olika kommuner och ifrån fall till fall. En vårdmässig infrastruktur har skapats där rådande förhållanden ställer nya krav på alla vårdgivare oavsett organisationstillhörighet.

2.5 Förändringar inom länssjukvård och primärvård

Det har skett många förändringar i samband med omstruktureringar inom NU-sjukvården, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården i området. I och med dessa förändringar fanns behov av att se över förutsättningarna för bättre samverkan mellan organisationerna för att ge medborgaren vård på rätt nivå och i närmsta möjliga närområde.

2.6 Ökande tryck på akut- och slutenvårdsbehandling

Under de senaste fyra åren har antalet sökande på akutmottagningen på NÄL ökat med cirka 20 procent. Parallellt har MÄVA tillskapats med direktinläggningar för patienter över 75 år. Mer än 50 procent av patienterna läggs in utan att först behöva söka på akutmottagningen vilket motsvarar cirka 1000 patienter varje år. Medelvårdtiderna har minskat men kompenserar inte den samtidigt minskningen av vårdplatser. Parallellt med vårdplatsreduktionen har antalet överbeläggningar ökat.

3. Början

De förändrade förutsättningarna samt omstruktureringar inom vårdorganisationerna gjorde att man behövde se över förutsättningarna för bättre samverkan mellan organisationerna. En gemensam grundtanke var och är att ta tillvara de samlade vårdresurserna på bästa sätt och att ge invånare vård på rätt nivå och i närmsta möjliga närområde.

3.1 Pilotprojekt

Under 2009 startade ett samverkansprojekt i Strömstad och Tanum. Uppdraget var att ta fram förslag till samverkansformer. Samverkansformer arbetades fram av en gemensam arbetsgrupp bestående av representanter från den kommunala hälso- och sjukvården, 1177 Vårdguiden och vårdcentraler inom primärvården samt ambulansverksamheten och MÄVA (Medicinsk äldrevårdsavdelning) inom NU-sjukvården. Samverkansformerna provades i ett pilotprojekt mellan 3 maj 2010 och 31 december 2011.

3.2 Utökning av projektet

Från och med 1 januari 2012 ingår samverkansformer i ordinarie verksamhet inom Strömstads kommun. Inom Tanums kommun fortsätter samverkan i projektform.

Den 7 januari 2013 startade Samverkande sjukvård i projektform inom Sotenäs och Munkedals kommun, samt från 1 april 2013 inom Melleruds kommun och från 15 oktober inom Åmåls kommun. Idag finns alltså Samverkande sjukvård i sex av Fyrbodals 15 kommuner; Strömstad, Tanum, Sotenäs, Munkedal, Mellerud och Åmål. Inledningsvis 2012 ingick även Lysekil och Bengtsfors i projektarbetet i framtagandet av samverkansformer men valde sedan att avvakta med att gå med. Lilla Edet kommer att gå med under våren 2014 och samtal kring upplägg och former för samverkan förs även med Trollhättan, Uddevalla och Vänersborg.



4. Vision, syfte och mål

Styrgruppen för Samverkande sjukvård har antagit följande gemensamma vision, syfte och mål för verksamheten

4.1 Vision

Tillgodose invånarens behov av god hälso- och sjukvård.

4.2 Syfte

Samordna sjukvårdsresurser som finns i invånarens närområde.

4.3 Gemensamma mål

- ✓ Rätt vård på rätt plats
- ✓ Använda de samlade hälso- och sjukvårdsresurserna för invånarnas bästa
- ✓ Skapa en arena för utveckling och förbättring av samverkan.

5. Modell

5.1 Samverkansformer

Vid pilotprojektet i Strömstad och Tanum utarbetades samverkansformer för hur samarbetet skulle gå till. Dessa samverkansformer har sedan utvecklats under tidens gång och i takt med att nya kommuner anslutit sig.

Samverkansformer så som de ser ut idag:

5.1.1 1177-uppdrag

Patienten ringer till 1177 Vårdguiden för rådgivning där sjuksköterskan efter bedömning kan kontakta sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård eller områdets ambulanssjukvård/singel responderbilen för att be dem att fysiskt uppsöka patienten för ytterligare bedömning eller behandling på sjuksköterskenivå.

Kriterier för uppdrag gällande medicinsk bedömning utifrån sjuksköterskekompetens till kommunensköterska gäller för patienter över 18 år under dygnets alla timmar och för uppdrag till sjuksköterska inom ambulanssjukvård kan uppdrag ges för patienter i alla åldrar.

5.1.2 Assistansuppdrag

Här erbjuds möjlighet att kunna hjälpa varandra över vårdgränserna och använda sig av varandras kompetens, resurser och utrustning. Organisationerna kan kontakta varandra och begära assistans, exempelvis kommunensköterska kan få hjälp med svåra provtagningar, lyfthjälp och hjälp med bedömning genom att kontakta kollegor i ambulansen. Sjuksköterska i ambulans kan få hjälp med tillsyn av en patient som lämnats hemma. Ett annat exempel är att distriktsläkare på vårdcentralen kan få hjälp med EKG-tagning på en patient efter kontakt med ambulansen.

5.1.3 MÄVA-uppdrag

Patienter som uppfyller MÄVAs kriterier kan direkt läggas in på avdelningen efter konsultation med MÄVA. Även patienter som inte är kända av MÄVA tidigare kan efter kontakt med MÄVA läggas in direkt på avdelningen om bedömningen är att patienten uppfyller kriterierna.

5.1.4 IVPA- uppdrag

Kommunenssköterska kan larmas ut av SOS-Alarm på ett I Väntan på Ambulans uppdrag om SOS beräknar att ambulansen har lång framkörningstid. Kommunenssköterska är utrustad med defibrillator, POX, vissa läkemedel, syrgas och har möjlighet att starta vissa behandlingar efter ambulansens behandlingsriktlinjer i väntan på att ambulansen ska anlända.

5.2 Implementering

Avtal skrivs årsvis mellan ingående kommuner i Samverkande sjukvård och områdets Hälso- och sjukvårdsnämnder gällande uppdragstagande och dessa kommuner ersätts med en grundsumma samt en prestationsersättning för antal utförda uppdrag. Avtal gällande IVPA uppdrag skrivs mellan berörda kommuner och NU-sjukvården. NU sjukvården har ett riktat uppdrag från områdets Hälso- och sjukvårdsnämnder som regleras i vårdöverenskommelsen att driva projektet Samverkande sjukvård.

6. Förutsättningar

6.1 Samtliga organisationers engagemang

För att samverkan ska kunna fungera krävs att samtliga vårdgivare engagerar sig och tror på idén. Under projektets gång har det visat sig att vårdgivare har olika resurser och olika saker att tillföra i samverkan, men det viktiga är att det finns en uttalad vilja från de olika parterna att ingå i samverkan.

Likaså är det av avgörande betydelse att vårdgivarna på den lokala orten ges förutsättningar till samverkan från sina respektive huvudmän. Centrala omorganisationer och strukturförändringar inom organisationerna kan få stora konsekvenser för Samverkande sjukvård på lokal nivå. Till exempel har införande av vårdval och organisatoriska förändringar inom 1177 Vårdguiden visat sig påverka Samverkande sjukvård i stor utsträckning.

6.1.1 Möjlighet att säga nej till uppdrag

Samtliga samverkansformer bygger på organisationernas möjlighet att utföra uppdrag. Sjuksköterskor har rätt att säga nej till uppdragen på grund av hög arbetsbelastning, eget larm inom organisationen eller brist på kompetens.

Uppdragen dokumenteras av respektive sjuksköterska på en särskild blankett, blankett B, som utgör Samverkande sjukvårds statistiska underlag. Blankett B är webbaserad och kan nås via läsplattor som organisationerna har fått låna via Samverkande sjukvård.

6.2 Kommunikation

Samverkande sjukvård bygger på att organisationer kommunicerar med varandra i utökad omfattning både på verksamhetsnivå men framförallt på individnivå. En viktig del i arbetet med

Samverkande sjukvård har varit och är att bygga ut kontaktvägarna och öka kännedomen om varandra hos de medverkande organisationerna. I flera av kommunerna som ingår i Samverkande sjukvård arrangeras frukostmöten och andra träffar med medarbetare från de olika organisationerna på orten som ingår i samverkan.

Samverkande sjukvård har en extern webbsida där allmänheten kan få information om verksamheten, www.prevard.se. Webbsidan byter inom kort domänadress till www.samverkandesjukvard.se. Via webbsidan kan medarbetare i Samverkande sjukvård logga in på en Medarbetarsida där de kan hitta dokument, riktlinjer, lathundar, blanketter, kontaktuppgifter med mera som de kan behöva i arbetet.

Samverkande sjukvård har även en facebookside, www.facebook.com/samverkandesjukvard, som framförallt vänder sig till medarbetare i samverkan med syfte att skapa större öppenhet, delaktighet, tillgänglighet och gemenskap. Ett nyhetsbrev skickas ut från projektledningen där medarbetare informeras om vad som är på gång och förändringar som är viktiga att känna till.

Projektet har en gemensam grafisk profil med en gemensam logotyp för att skapa samhörighet och för att visa att man inom Samverkande sjukvård tänker utanför de ordinarie verksamhetsgränserna. Det finns också en gemensam kommunikationsplan för hur kommunikationen inom projektet ska gå till.

6.3 Utbildning

Nya sätt att arbeta och nya arbetsuppgifter kräver ny kompetens och samtliga sjuksköterskor som arbetar inom Samverkande sjukvård erbjuds utbildning.

6.3.1 Grundutbildning av nya medarbetare

Inför start med Samverkande sjukvård i en kommun organiseras utbildning för medarbetare som kommer att arbeta med samverkande sjukvård. Inför starten arrangeras en workshop-dag för medarbetare inom berörda huvudmän som kommer att arbeta inom Samverkande sjukvård. Syftet med dagen är att ge medarbetarna information om Samverkande sjukvård, möjlighet att diskutera farhågor och rädslor, blicka framåt och visa på möjligheterna med samverkan och att träffas över vårdgränserna för att knyta kontakter och ge förutsättningarna för ett gott samarbete.

Utbildningar i samverkansformerna, behandlingsriktlinjer, utrustning, läkemedelshantering och D-HLR arrangeras. Under utbildningsdagarna introduceras den gemensamma webbaserade Medarbetarsidan där medarbetarna kan hitta de riktlinjer, PM och blanketter de är i behov av. Den blankett som används som statistikunderlag för insatser i Samverkande sjukvård är webbaserad och fylls i via läsplattor som Samverkande sjukvård förser de medverkande organisationerna med.

6.3.2 Högskoleutbildning

Utifrån projektets behov har Samverkande sjukvård i samarbete med Högskolan Väst utarbetat en skraddarsydd utbildning på sammanlagt 15 hp. Numer ingår utbildningen i Högskolan Väst ordinarie kursutbud och utöver de platser som är förbehållna medarbetare i Samverkande

sjukvård finns även sökbara platser. Utbildningen består av två delkurser på 7,5 hp vardera: ”Prehospitala bedömningar av äldre med stort vårdbehov”, och *Medicinska bedömningar – akutsjukvård*. Från 2012 till 2013 har 80 medarbetare avslutat kurserna inom ramen för Samverkande sjukvård. Det är medarbetare från kommunen, primärvården, ambulansverksamheten, MÄVA och akutmottagningen som har gått utbildningen.

6.3.3 Utbildning i RETTS

Kommunens sköterskor och medarbetare inom primärvården kommer att utbildas i RETTS som används vid triagering av patienter. Detta för att all vårdpersonal som ingår i Samverkande sjukvård ska använda sig av samma verktyg vid bedömning av patienter. Ett steg för att kvalitetssäkra bedömningar.

6.3.4 Utbildning i D-HLR

Under 2014 kommer Samverkande sjukvård att utbilda D-HLR instruktörer i kommuner som ingår i Samverkande sjukvård. Detta för att möjliggöra för medarbetarna att kontinuerligt öva på sina HLR-kunskaper.

6.4 Samverkanscoacher

I syftet att förbättra vårdprocesserna inom Samverkande sjukvård kommer utbildning i samverkanscoaching att genomföras där en eller två medarbetare från respektive organisation (kommunen, ambulansen, 1177 Vårdguiden och MÄVA) kommer ingå för att fånga idéer och frågeställningar som uppkommer inom Samverkande sjukvård.

Coaching är en modell som har vuxit fram på senare tid som visar att de team som får coachingstöd får bra resultat och uppnår sina mål där kunskapsbaserad vård, stabila uthålliga system och resurssnåla processer eftersträvas.

Med hjälp av coaching stimuleras nyfikenhet och förmågan att minska gap, vilka kan finnas mellan idag och imorgon, mellan förståelse och kunnande och i att lära av varandra. Bra coaching hjälper till att lära genom partners, att se dem som "kritiska vänner" – vilka genom sitt görande eller reflekterande öppnar för nya frågor.

Samverkan och samarbete är förutsättningar för bra utvecklingsklimat och öppnar dörren för coaching och samlärande. Gott samarbete är en nyckel till att agera tillsammans i sökandet efter ny kunskap, förståelse och nya effektiva arbetssätt.

7. Organisationsstruktur

7.1 Arbetssätt

Genom samverkan mellan den kommunala hälso- och sjukvården, primärvården och NU-sjukvården utarbeta arbetsmodeller för samverkande omhändertagande inom ett geografiskt område, som bas projekt Samverkande sjukvård.

Uppdragsgivare: Områdets Hälso- och sjukvårdsnämnder

Uppdragstagare: NU-sjukvården

Ansvarig för drift av förvaltningsorganisation: Verksamhetschef för NU-sjukvårdens akutverksamhet. Inom NU-sjukvården har en enhet bildats, prehospita samverkansenheter, som driver och förvaltar Samverkande sjukvård inom Fyrbodal. Prehospita samverkansenheter bildar tillsammans med kommunala hälso- och sjukvården, vårdcentraler och 1177 Vårdguiden arbetsgruppen för Samverkande sjukvård.

Lokala projektgrupper: Inför uppstart av samverkansformer bildas lokala projektgrupper, bestående av representanter från områdets samtliga vårdgivare, med uppdrag att ta fram förslag till genomförandeplan för start av samverkansformer och uppföljning under projekttid. I samråd med områdets projektgrupper ansvarar Prehospital Samverkansenhet för uppföljning och utveckling av samverkansformer. Beslut tas av gemensam styrgrupp, bestående av representanter från ingående samverkanspartners.

7.2 Organisation och bemanning

7.2.1 Styrgrupp

Social/omsorgschefer inom kommunal hälso- och sjukvård
Primärvårdsområdeschef Närhälsan
Hälso- och sjukvårdschef Hälso- och sjukvårdskansliet Uddevalla (ordf)
Primärvårdschef 1177 Vårdguiden Närhälsan
Områdeschef, Område Medicin och Akut, NU-sjukvården
Verksamhetschef NU-sjukvårdens Akutverksamhet
Samordnare ”Prehospital samverkansenhet”

Styrgruppen fattar beslut om samverkansformer och utveckling, samt ansvarar för förankring och beslutsprocess inom respektive organisation.

7.2.2 Arbetsgrupp Prehospital samverkansenhet

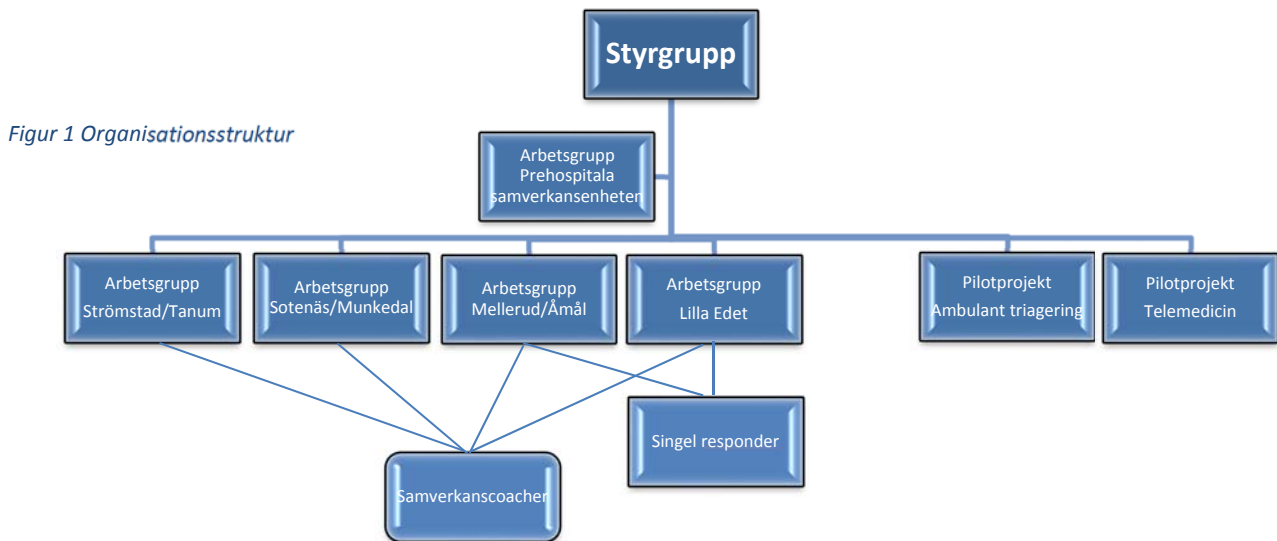
Till styrgruppens förfogande finns en arbetsgrupp med representanter från berörda huvudmän; primärvård, kommunal hälso- och sjukvård, 1177 Vårdguiden, MÄVA, NU-sjukvården och ambulanssjukvård, samt projektledare, informatör och projektsekreterare från Prehospital samverkansenhet.

Arbetsgruppens uppdrag är att i samråd med projektgrupper ansvara för framtagande, utveckling, förankring och utvärdering av samverkansformer, samt ta fram beslutsförslag inför beslut i styrgrupp.

7.2.3 Projektgrupper

Projektgrupperna består av representanter från berörda huvudmän; primärvård, kommunal hälso- och sjukvård, 1177 Vårdguiden, MÅVA, NU-sjukvård och ambulanssjukvård, samt projektledare, informatör och projektsekreterare från Prehospital samverkansenhet.

Projektgruppernas uppdrag är att ta fram förslag till utformning och utveckling av samverkansformer inför beslut av styrgrupp och respektive huvudman, samt förankra och genomföra beslut tagna av styrgrupp för Samverkande sjukvård.



8. Resultat

Alla uppdrag inom ramen för Samverkande sjukvård dokumenteras på en blankett framtagen för ändamålet. Blanketten finns i digital form och sjuksköterskor som utför uppdrag kan dokumentera via läsplatta eller dator. Blanketten innehåller inga personuppgifter utan är endast tänkt som ett statistiskt underlag.

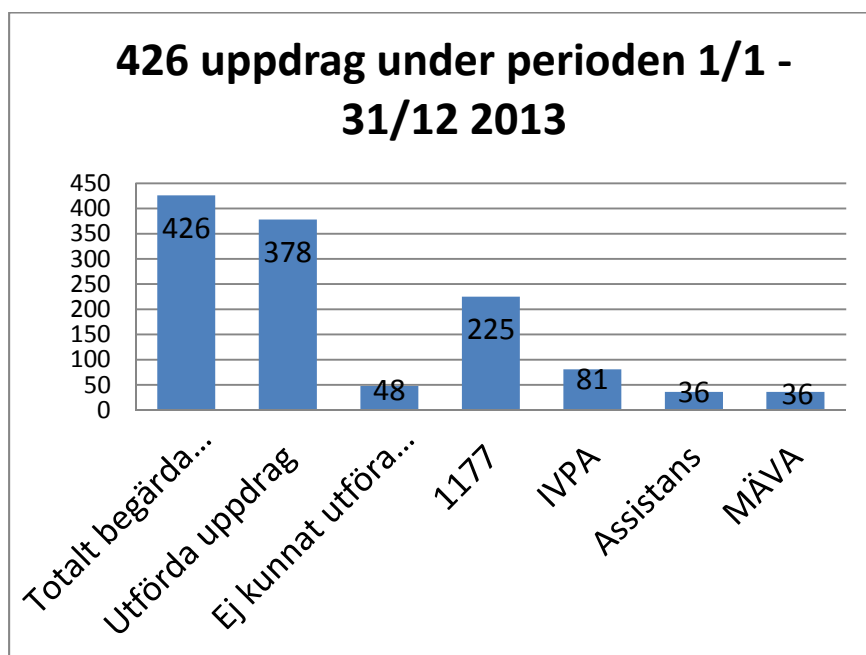
För att visa på ett statistiskt resultat för Samverkande sjukvård följer här redovisningen dels för statistiken för 2013, dels en fördjupad journalstudie av 40 uppdrag ambulansen utfört inom ramen för Samverkande sjukvård i Strömstad och Tanum under 2010-2012 och dels en redogörelse för försöket med en singel responder i Lilla Edet under 2013.

8.1 Sammanställning av uppdrag 2013

För verksamhetsåret 2013 finns en sammanställning av alla uppdrag som utförts av både ambulanspersonal och kommunsjuksköterskor för alla kommuner som nu ingår i den Samverkande sjukvården – Mellerud, Munkedal, Sotenäs, Strömstad, Tanum och Åmål. Mellerud gick med i samverkan 1 april och Åmål gick med den 15 oktober 2013. Antalet uppdrag fram till och med november är lika stort som det totala antalet som utfördes i Strömstad och Tanum under perioden maj 2010 till och med 2012.

Under 2013 begärdes totalt 426 uppdrag till sex kommuner i Fyrbodalsområdet och av dem kunde 378 utföras.

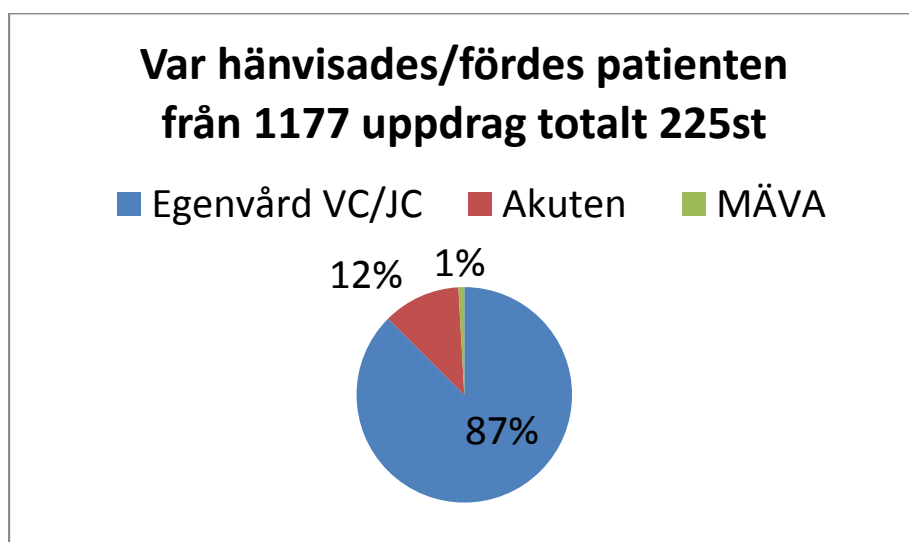
Tabell 1



Vi följer även vilken vårdnivå patienten har hänvisats till och majoriteten, visar på att medarbetarna i Samverkande sjukvård har kunnat använda sig av patientens närmaste vårdgivare.

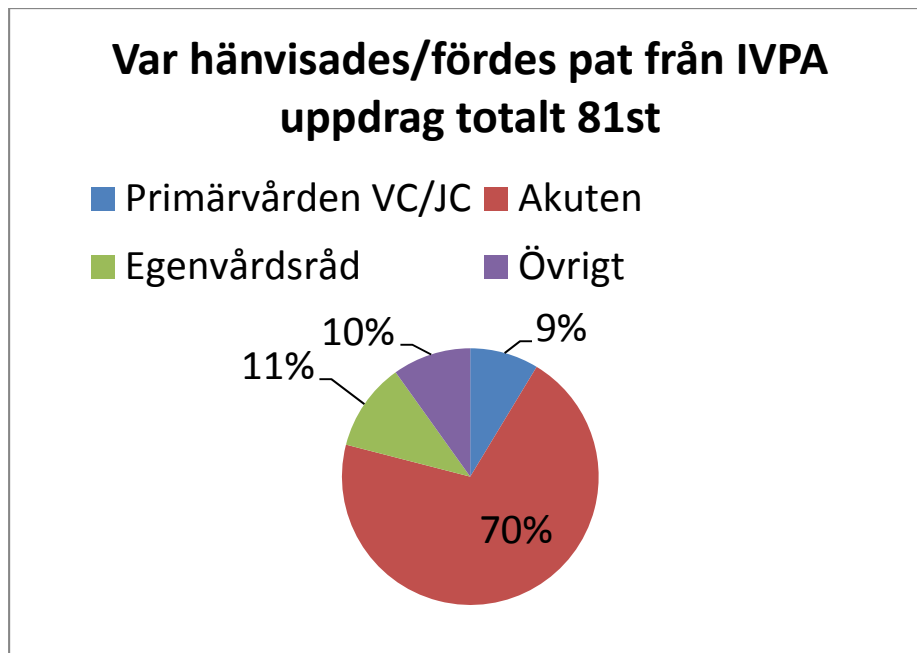
Nedanstående diagram visar var patienter i 1177-uppdrag hänvisats:

Tabell 2



Nedanstående diagram visar var patienten i IVPA uppdrag har förts eller hänvisats:

Tabell 3



8.2 Journalstudie av 40 samverkansuppdrag

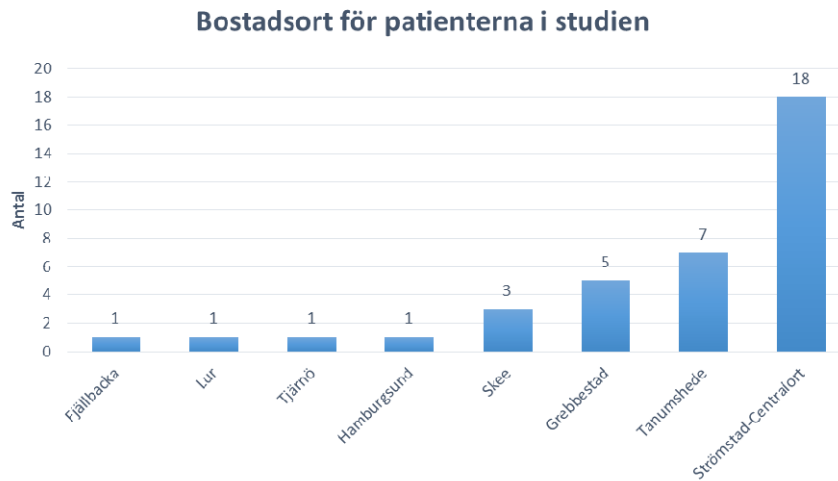
Under perioden 3 maj 2010 till 31 dec 2012 utfördes 389 uppdrag inom Samverkande sjukvård i Tanum och Strömstad i hemmen hos patienterna.

I en journalstudie i NU-sjukvården valdes slumpvis 40 patienter ut boende i kommunerna Strömstad och Tanum som fått insatser av ambulansen inom ramen för Samverkande sjukvård. Urvalskriteriet var att det skulle finnas en omfattande dokumentation av god kvalitet som gjorde det möjligt att dra slutsatser kring deras symptom och insatserna som gjordes då samt i efterhand. Hypotesen var att dessa skulle ge en rättvisande bild av verksamheten inklusive vad som är möjligt att behandla utanför akutmottagning och vårdavdelning på sjukhuset. För att känna sig trygg med den redovisade bilden krävdes att ingående patienter hade en spridning mellan olika sjukdomstillstånd, av olika svårighetsgrad och olika akutgrad samt geografisk spridning.

70 procent av uppdragen initierades av 1177 Vårdguiden och övriga från kommunerna. Detta innebär att samtliga patienter hade en bedömning av sjuksköterska som ansåg att det fanns orsak att skicka en sjuksköterska för fortsatt handläggning av ärendet. Alla uppdrag utfördes uteslutande av ambulanspersonal.

Var insatserna skedde, det vill säga var patienterna bodde, framgår av följande diagram.

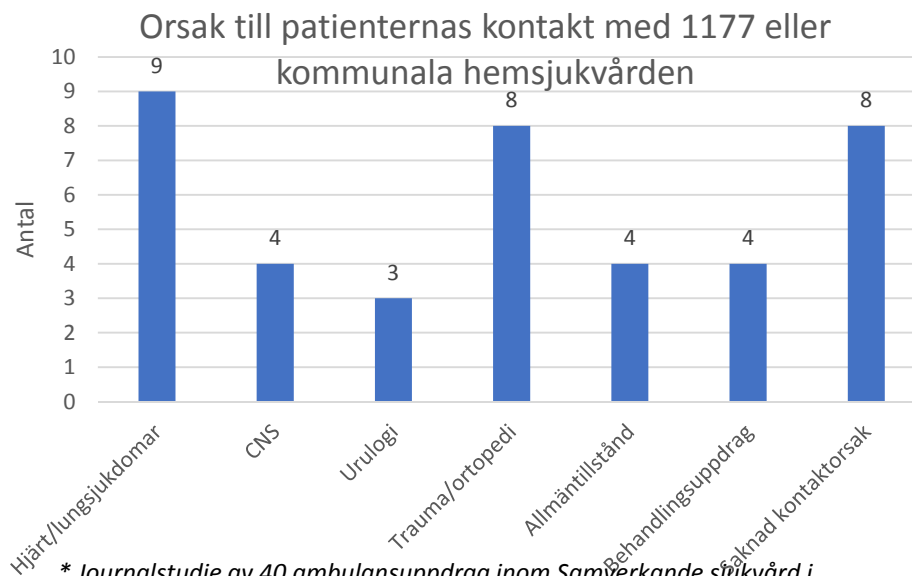
Tabell 4



* Journalstudie av 40 ambulansuppdrag inom Samverkande sjukvård i Tanum och Strömstad under 2010-2012.

Kontaktorsaken kunde fastställas i 32 av de 40 fallen och fördelar sig enligt följande:

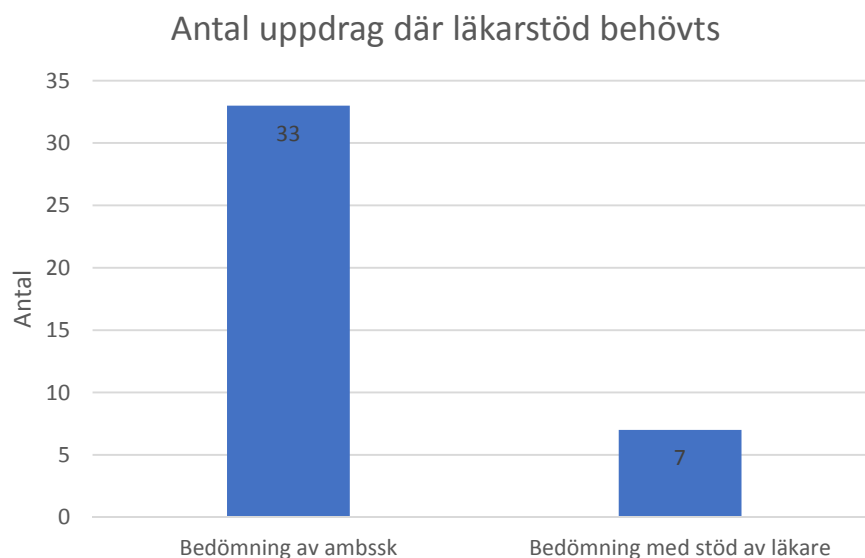
Tabell 5



* Journalstudie av 40 ambulansuppdrag inom Samverkande sjukvård i Tanum och Strömstad under 2010-2012.

Vid 33 av de 40 uppdragen behövdes ingen läkarkonsultation vid bedömningen.

Tabell 6

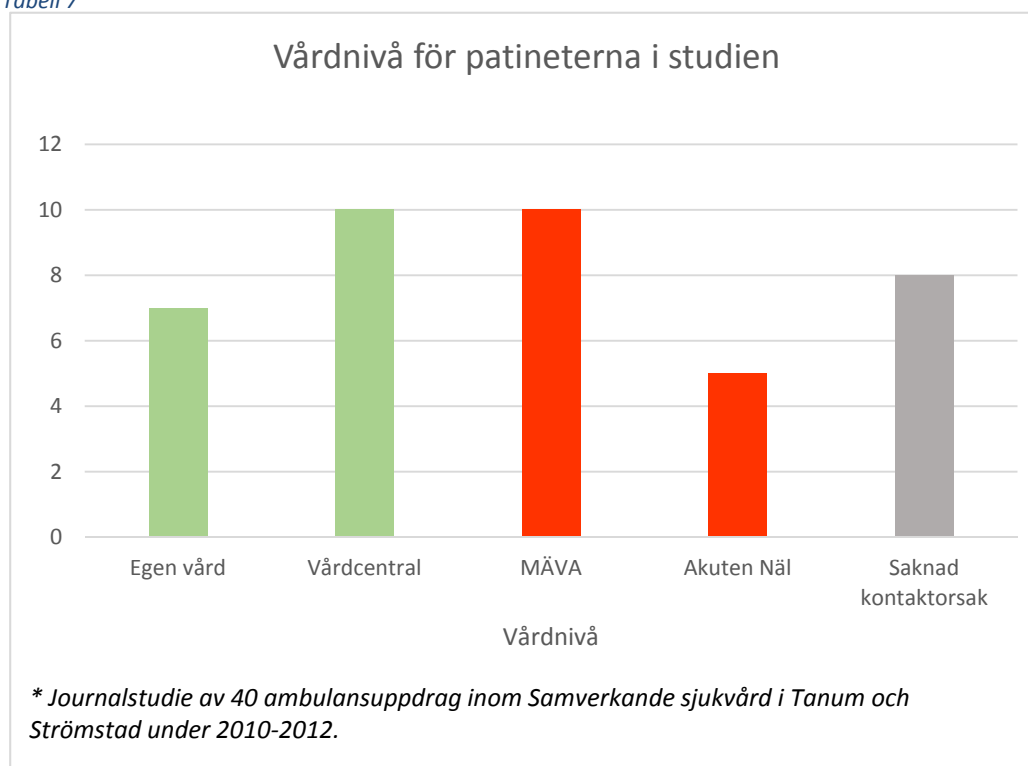


** Journalstudie av 40 ambulansuppdrag inom Samverkande sjukvård i Tanum och Strömstad under 2010-2012.*

15 av patienterna fördes till sjukhus varav 5 av dessa till akutmottagningen och 10 till MÄVA (medicinsk äldrevårdsavdelning för patienter över 75 års ålder). Av de senare hade 4 tidigare vårdats på MÄVA medan 6 kunde föras dit direkt utan att vare sig vårdats där tidigare eller gå via akutmottagningen.

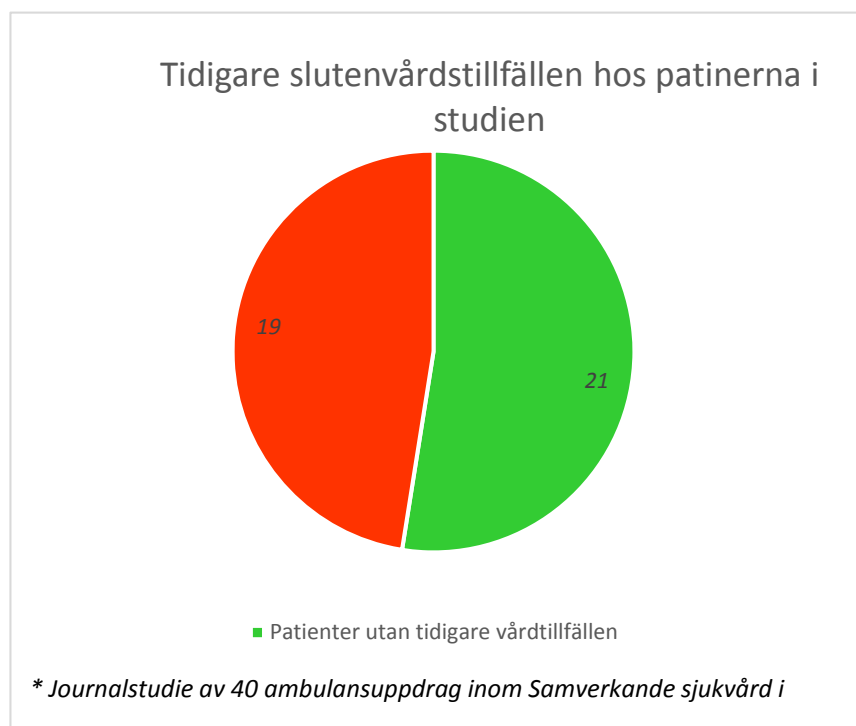
10 patienter kunde få sin vård tillgodosedd via vårdcentralen och 7 genom egenvård eller insatser i hemmet av ambulanspersonalen.

Tabell 7



19 av de 40 patienterna hade tidigare journalförda slutenvårdstillfällena under de senaste fem åren.

Tabell 8

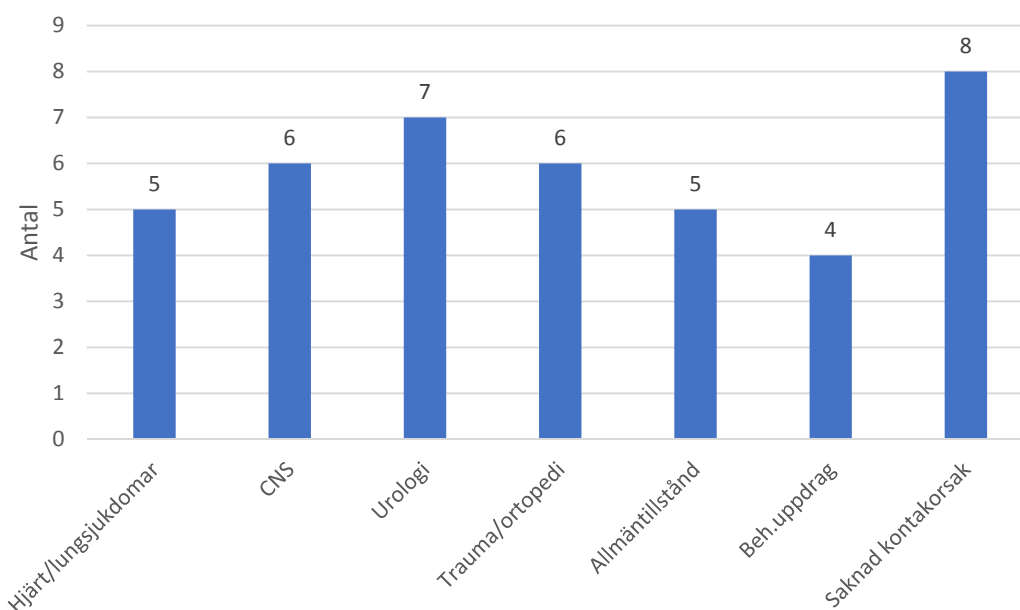


Sammanlagt hade de 19 patienterna med tidigare vårdtillfällen 41 journalförda sjukvårdstillfällen fördelade enligt behandlingsorsakerna angivna i tabellen nedan:

Tabell 9

Antal tidigare sjukvårdstillfällen och behandlingsorsak

Tabellen avser de 19 patienter som haft tidigare slutenvårdstillfällen. Samma patient kan ha haft flera vårdtillfällen.



* Journalstudie av 40 ambulansuppdrag inom Samverkande sjukvård i Tanum och Strömstad under 2010-2012.

8.2.1 Diskussion kring studiens resultat

En analys baserad på redan insamlade data har tydliga begränsningar i form av kvalitet både kring hur väl dokumentationen genomförts och hur samstämda rapportörerna är i sina bedömningar. I det aktuella arbetet gjordes urvalet utifrån hur komplett dokumentationen var i det för verksamheten speciellt framtagna dataformuläret. Antalet patienter, 40, är representativt för explorativa studier i syfte att ge en bild men måste parallellt styrkas av andra samtida observationer.

Arbetet baserades på enbart ambulansinsatser men där alla patienter var förbedömda av sjuksköterskor på 1177 Vårdguiden eller av kommunsjuksköterskor i de två kommunerna Strömstad och Tanum. Ett mer traditionellt arbetssätt hade sannolikt lett till att flertalet av patienterna hade sökt sjukvård på en högre nivå då deras behov inte kunde tillgodoses med den primära kontakten.

Populationen i arbetet visar på en spridning i diagnoser, allvarhetsgrad och hur akuta de var. Det finns också en geografisk spridning av var insatserna skedde liksom slutligen en stor variation i de insatser som utfördes.

Den möjliga slutsatsen är att en bedömnings-/behandlingsnivå mellan 1177 Vårdguiden och kommunsjuksköterskor och den regionala specialistnivån kan erbjuda behandlingsalternativ till den senare av dessa. I studien fördes 15 (37,5 procent) av de 40 patienterna direkt till sjukhus varav 10 (25 procent) av dessa via fast-track direkt till vårdavdelning. Primärvården utförde behandlingar på ytterligare 10 (25 procent) och för resterande 15 (37,5 procent) gjordes behandlingsinsatser i hemmet alternativt genom egenbehandling.

8.3 Singel responder för snabbare insatser och insatser på rätt nivå

Under 2013 pågick ett regionalt pilotprojekt med en så kallad Singel responder i Lilla Edets kommun för handläggning av prio 1 larm. Singel responder omfattar en utryckningsenhet bestående av en utryckningsregistrerad personbil utrustad med siren, blåljus, RAKEL kommunikation, kartnavigator och fordonsdator för statussignering. Den medicinska utrustningen är identisk med den utrustning som en akutambulans har med undantag för bår och viss fixationsutrustning. Sjuksköterskan förfogar över samma akutläkemedel som finns i akutambulanserna och har samma befogenheter och generella direktiv som övrig ambulanspersonal. Den stora skillnaden mellan en singel responder och en traditionell ambulans är att singel respondern är bemannad med en sjuksköterska samt att singel respondern aldrig transporterar patienter. Sjuksköterskan i singel respondern larmas ut via SOS Alarm för att kunna göra insatser innan ambulansen är på plats. Insatserna är av samma slag som ambulansen normalt utför innan transporten av patienten inleds. Därmed kan patienten få insatserna snabbare än vad som är fallet om de tvingas vänta på ambulansens ankomst och transporten till sjukhuset sker tidigare än vad annars varit fallet.

Projektet pågick mellan 1 april och 31 december 2013 med uppehåll under sommarmånaderna. Under denna period har singel respondern i Lilla Edet larmats ut på 596 uppdrag. Sjuksköterskan har då hon/han kommit fram till patienten kunnat konstatera att det både förekommit ett överanvändande av prio 1 funktionen och att patienter både kunnat

nedprioriteras transportmässigt i 15 procent av fallen och till viss del, 15 procent, har insatserna helt kunnat begränsas till hemmet. Att så är fallet visar på att även inom gruppen av högst prioriterade patienter finns ett inslag av undvikbar akut- och slutenvård. I Fyrbodalen ser vi möjligheter att i områden med låg prio 1 tillgänglighet kombinera Samverkande sjukvård med Singel responder funktionen.

9. Utvärdering

9.1. Hälsoekonomiska aspekter

En del av hälsoekonomin innefattar kostnadseffektivitetsanalyser i vilka uppnådda hälsorelaterade effekter relateras till förändringen i kostnader. I Samverkande sjukvård är grundtanken att ta tillvara de samlade vårdresurserna på bästa sätt och ge invånarna vård på rätt nivå och i närmaste möjliga närområde. En effekt av Samverkande sjukvård kan därför vara att viss vård kan undvikas och att det därmed kan innebära besparingar. Insatserna kan också innebära hälsovinsterna i och med en tidigarelagd professionell vård och att patienten slipper att utsättas för onödiga påfrestningar såsom en transport till sjukhus.

Dessvärre är det inte möjligt att göra en fullständig hälsoekonomisk analys då det saknas uppgifter om vilken effekt insatserna har haft för patienternas hälsa. Det är dock möjligt att i viss utsträckning uppskatta minskade kostnaderna som en konsekvens av Samverkande sjukvård som initierats efter ett samtal till Sjukvårdsrådgivningen 1177.

Under 2013 initierades 225 uppdrag via 1177. Av dessa resulterade 143 i att 1177 endast kom att ge egenvårdsråd tillsammans med insatsen från Samverkande sjukvård. I 53 fall kunde patienten efter Samverkande sjukvård hänvisas till primärvård och i 29 fall behövde patienten uppsöka sjukhus. Detta är i genomsnitt en betydligt lägre vårdnivå än den vård som vanligtvis ges motsvarande population efter ett samtal till 1177 i de aktuella samverkanskommunerna. Enligt statistik från sjukvårdsrådgivningen så skulle denna åldersstandardiserade population istället fått egenvårdsråd i 70 fall, besökt primärvården i 89 fall och behövt uppsöka sjukhus i 66 fall. Det kan dock finnas tveksamheter till att de som får en insats av Samverkande sjukvård i lika hög utsträckning skulle ha fått egenvårdsråd som den genomsnittliga patienten. En försiktig uppskattning från Sjukvårdsrådgivningen är att högst 25 procent i annat fall skulle ha fått egenvårdsråd vilket innebär att siffrorna behöver korrigeras något. Ytterligare en osäkerhet är fördelningen i ambulanstransporter till sjukhus och att uppsöka sjukhus på egen hand. Här antas att denna fördelning är densamma som för det totala antalet patienter i motsvarande ålder som behövt sjukhusvård efter ett samtal till 1177. Resultatet av beräkningarna framgår av Tabell 10.

I Tabell 10 redovisas också skattade kostnadskonsekvenser. Dessa har beräknats på följande sätt. Som kostnad för ambulanstransport har antagits en kostnad om 500 kr per mil, vilket överensstämmer med ambulanssjukvårdens genomsnittskostnad, och att ambulansen i 80 procent av fallen inte har någon retur. Som avstånd till sjukhus har antagits 7,4 mil vilket

överensstämmer med det genomsnittliga avståndet till akutmottagningen för de 225 som ringde 1177. För omhändertagande i akutsjukvården och för ett specialistbesök har antagits en kostnad om 3700 kr. För samtliga patienter som anländer till sjukhus har grovt antagits att 30 procent läggs in för observation till en kostnad av 10 000 kr. Detta då en regionalstudie visat att 30 procent av de patienter som triagerats som ”gröna” också läggs in. Grön triagering innebär inget krav på monitorering men regelbunden tillsyn av undersköterska och att läkare ska bedöma patienten inom 4 timmar. Som kostnad för ett primärvårdsbesök har antagits 1 318 kr. Vidare har en insats av Samverkande sjukvård antagits kosta 4 410 kr per uppdrag. Detta baseras på en rörlig ersättning om 4000 kronor som ges till kommunerna, 240 kr för förbrukningsmaterial och 170 kr för avskrivning av utrustning.

Tabell 10. Uppskattade förändringar i hänvisningar och kostnader till följd av 225 insatser initierade av 1177

	Fördelning av hänvisningar i Samverkande sjukvård	Skattad fördelning av hänvisningar i samverkanskommuner	Förändring i insatser	Förändring i kostnad
Ambulans till akutmottagning	15	38	-23	-307 280 kr
Specialist-/akutbesök på egen hand	14	34	-20	-134 000 kr
Primärvårdsbesök	53	97	-44	-57 992 kr
Egenvårdsråd	143	56	87	-
Delsumma				-499 272 kr
Samverkande sjukvård			225	992 250 kr
Totalt	225	225	225	492 978 kr

Den förhållandevis grova kalkylen visar att minst hälften av kostnaderna för Samverkande sjukvård kan finansieras av minskade sjukvårdskostnader. Framhållas bör dock att osäkerheten är stor och att viktiga förhållanden som medicinskt utfall, ökad trygghet och bekvämlighet för patienten och minskade kostnader på sikt inte har inkluderats. Ingen hänsyn har heller tagits till kostnader för patient och dennes anhöriga. Det faktum att 30 procent av besparingen kan härledas till färre ambulanstransporter innebär att kostnadseffektiviteten förefaller vara bättre i kommuner med långt avstånd till akutintag.

En utökning av Samverkande sjukvård förväntas kunna minska kostnaden per utfört uppdrag vilken idag förefaller hög. Sammantaget har Samverkande sjukvård goda förutsättningar för att vara kostnadseffektivt, i alla fall i kommuner med ett längre avstånd till akutmottagning. Graden av kostnadseffektivitet är i hög grad avhängig kostnaden för själva insatsen. Skulle denna halveras, vilket borde vara möjligt, kan det inte uteslutas att Samverkande sjukvård är kostnadsbesparande. Det skulle innebära att en ökad trygghet och bekvämlighet kan ges patienten till en lägre kostnad. För att få ytterligare kunskap så skulle en medicinsk bedömning

behöva göras på grundval av journalmaterial för att bättre kunna uppskatta medicinska konsekvenser av Samverkande sjukvård.

9.2 Utvärdering av medarbetarnas erfarenheter

Under hösten 2013 presenterades en uppföljning av Samverkande sjukvård, gjord av NU-Akademien och Högskolan Väst, för Samverkande sjukvårds styrgrupp. Studien *”En kvalitativ uppföljning av samverkande sjukvård utifrån vårdpersonalens erfarenheter”*, genomfördes med hjälp av fokusgrupper, enkät och intervjuer med sjukvårdspersonal som ingick i arbetet Samverkande sjukvård under 2012. I fokusgrupperna deltog erfarna sjuksköterskor från ambulanssjukvård och hemsjukvård. Enkätundersökningen genomfördes under hösten 2012 och besvarades av sjuksköterskor som deltog i uppdragsutbildningen, ”Medicinska bedömningar – akutsjukvård” 7.5 hp, Högskolan Väst. Sjuksköterskorna var verksamma inom ambulanssjukvård och hemsjukvård. I de individuella intervjuerna deltog verksamhetsföreträdare, sjuksköterskor och läkare, anställda vid 1177 Vårdguiden, vårdcentral, hemsjukvård, medicinsk akutsjukvårdsavdelning (MAVA) och ambulans. De intervjuade var verksamma inom Strömstad, Tanum, Sotenäs, Munkedals och Melleruds kommuner, 1177 Vårdguiden i Uddevalla och inom NU-sjukvården.

9.2.1 Resultat av studien

Analysen visar bland annat att deltagarna utifrån sina erfarenheter ser möjligheter genom ökad samverkan och de lyfter fram sina förväntningar. Det finns en vilja att förändra och förbättra vården. Det finns även en förväntan att samverkan mellan organisationer kan bidra till ökad vårdkvalitet. Samverkan bidrar till att vårdkedjan hålls samman och ger möjligheter till personcentrerad vård. Att arbeta personcentrerat innebär kontinuitet och delaktighet för patienten. Ett ökat samarbete mellan kollegor kan leda till utveckling av såväl personlig som kollektiv kunskap. I studien framkom även vikten av en tydlig organisation och struktur, att klara arbetsrutiner finns, tydliga styrdokument samt gemensamt dokumentationssystem.

Det är en utmaning att utvecklas till en lärande organisation. En organisation där kontinuerlig kompetensutveckling och möjligheter att lära genom andras erfarenheter är viktigt och där ett innovativt tänkande för kunskapsutveckling är tillåtet.

9.2.2 Lärdomar

De i studien framkomna erfarenheterna har nyttjats vid implementeringen av Samverkande sjukvård i de kommuner som senare ingått i verksamheten och kommer så även göra framgent.

10. Framtid

10.1 Utökning av projektet i Fyrbodal

Lilla Edet är på väg in i Samverkande sjukvård och utbildningsprocessen har startats upp. Målet är att de ska gå med i samverkan 1 april 2014.

Trestadskommunerna, Trollhättan, Vänersborg och Uddevalla, har sagt ja till Samverkande

sjukvård och planeringsarbete pågår där förutsättningar för respektive kommun kommer att beaktas för att se hur samverkan kan byggas upp med de förutsättningar som finns. Önskemål från Trestadskommunerna är att ha de nationella målen med undvikbar slutenvård som utgångspunkt och bryta ner dessa till lokalnivå. Arbetsprocessen är under utveckling i dessa kommuner.

10.2 Utveckling av samverkan genom pilotprojekt

Samverkande sjukvård är ett projekt under ständig utveckling. Grunden i projektet är samverkansformerna som verksamheterna gemensamt utarbetat. Ju närmare de olika vårdorganisationerna kommer varandra ju fler samverkansområden och nya vägar till samarbete upptäcks. Behov av gemensamma system som journalverktyg och triageringsverktyg uppdagas och inom ramarna för projektet försöker man tillsammans finna lösningar. Ny teknik utgör också nya möjligheter, något man försöker ta tillvara inom Samverkande sjukvård. Inom ramarna för Samverkande sjukvård bedrivs tre pilotprojekt, Singel responder i Dalsland och Lilla Edet, Ambulant triagering och Telemedicin.

10.2.1 Singel responder

Efter de lyckosamma resultatet med singel responder i Lilla Edet startades ytterligare en singel responder, denna gång i Dalsland och i Samverkande sjukvårds regi. I november 2013 startades Singel responder i Dalsland som larmas ut på prio 1 och prio 2 uppdrag. Singel responder kan larmas av 1177 Vårdguiden, SOS Alarm, kommunens sköterska och vårdcentral. Arbetstiden var från kl 13 till 23 men redan efter två månader insåg medarbetarna i singel respondern att arbetstiden behöver skjutas fram till senare på kvällen och natten då behovet är större. Medarbetarna har även framfört önskan om att utlarmingen vidgas ut till prio 3. Från den 1 januari 2014 drivs även singel respondern i Lilla Edet i Samverkande sjukvårds regi. Då Lilla Edet går med i samverkan under våren 2014 kommer även singel respondern i Lilla Edet utföra samverkansuppdrag i kommunen.

10.2.2 Ambulant triagering

Under senhösten 2013 startade en utbildningsinsats för medarbetare på vårdcentraler i triageringsverktyget RETTS. Syftet är att ge olika vårdgivare ett gemensamt bedömningsverktyg och på så vis utarbeta en gemensam arbetsmodell där patienter förs till rätt vårdnivå. Som ett pilotprojekt kommer vårdcentralerna inom Uddevalla kommun att börja använda sig av RETTS för bedömning av patienter äldre än 75 år med start i början av 2014. Detta innebär att ambulansen kör patienter äldre än 75 år med en lägre prioritetsnivå till vårdcentral istället för till akutmottagningen, det vill säga att patienten får vård på rätt vårdnivå. Utvärdering av projektet kommer att presenteras för styrgruppen i september 2014 för vidare beslut om utvidgning av projektet till att gälla även vårdcentraler i övriga Fyrbodalen.

En ambition från Samverkande sjukvård är att även sjuksköterskor inom kommunala hälso- och sjukvården ska få utbildning i RETTS så att samtliga medarbetare inom Samverkande sjukvård använder sig av samma triageringsmetod.

10.2.3 Telemedicin

Ytterligare ett pilotprojekt som bedrivs inom ramen för Samverkande sjukvård är användandet

av telemedicin. Piloten omfattar Närhälsan Herrestads vårdcentral och Rotviksbro Äldreboende. Med hjälp av uppkoppling via dator och surfplatta får läkare möjlighet att kommunicera via bild med sjuksköterskor och de boende på äldreboendet. Genom att se patienten får läkaren en bättre uppfattning om motorik och allmäntillstånd hos patienten än vid ett vanligt telefonsamtal. Patienten blir också mer delaktig i sin vård då det blir lättare för läkare, patient och sjuksköterska att samtala tillsammans. Videosamtalen ersätter inte de ordinarie läkarronderna på äldreboendet utan är ett komplement till de fysiska besöken då en läkare vill ha extra kontakt med patienten till exempel då läkemedel bytts eller tagits bort eller då allmäntillståndet försämrats samt då sjuksköterska på äldreboendet vill ha en kontakt med läkare beträffande tillståndet hos en patient på boendet.

Under 2014 utökas användningen av telemedicin inom projektet. Ambulanser i Strömstad och Tanum har utrustats dels för att vid behov kunna konsultera medicinjour eller kirurgjour via videosamtal och dels för att kunna kommunicera via videosamtal med MÄVA då det kan vara aktuellt med direktinläggning av en patient.

10.3 Utökning av patienternas möjlighet till delaktighet

Ett viktigt utvecklingsområde är patienternas inflytande och delaktighet i sin egen vård. Under 2014 kommer synpunkter och tankar från patienter att fångas in via de samverkanscoacher som finns lokalt i varje organisation ansluten till Samverkande sjukvård.

Samverkande sjukvård är även delaktiga i en ansökan till Vinnova för ett projekt som vill ge de vårdgivare som finns närmast patienten möjlighet att tillsammans med patienter föra utvecklande diskussioner om hur patienterna upplever den vård de erbjuds.

