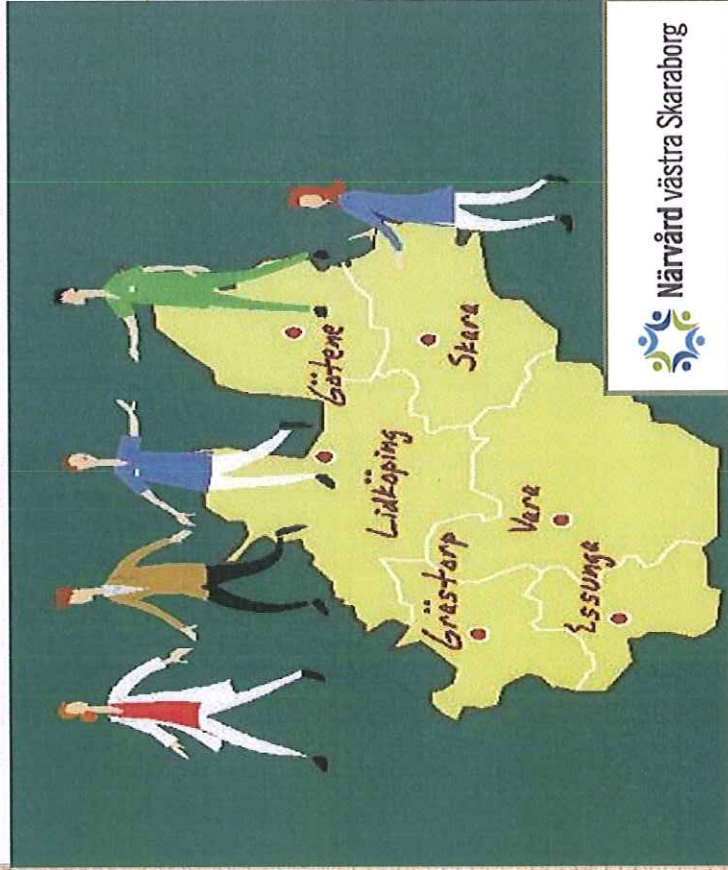


Gemensamt ansvar i praktiken

98.000 invånare
6 kommuner
10 vårdcentraler varav 4 privata
Skaraborgs sjukhus Lidköping

Start år 2001



Ledningsgrupp:

Sven-Ove Andersson	Vård- och omsorgschef, Lidköping (Ordförande i ledningsgruppen)
Per-Ola Olsson	Socialchef, Vara
Lena Bjugård-Bränfeldt	Socialchef, Skara
Bo Svensson	Socialchef, Essunga
Hans Ekensskär	Socialchef, Grästorp
Eva Thimgren	Sektorschef välfärd, Götene
Carina Karlsson	Verksamhetschef, Skaraborgs sjukhus
Nils-Gunnar Främberg	Vårdcentralschef, Närhälsan Götene (företrädare de offentliga vårdcentralerna)
Anders Olofsson	Verksamhetschef, Kinnekuhlehälsan (företrädare de privata vårdcentralerna)

Koordinatorer:

Kerstin Bjälkefur, Marianne Alärd

Problem



- Vård och omsorg är inte designad för grupper med sammansatta vård- och omsorgsbehov
- Nuvarande system baseras på insatser och utgår från flera skilda organisationer och budgetar
- Gränser mellan huvudmännen
- Flera olika finansieringar
- Parallella lednings-och styrsystem leder till bristande resursutnyttjande och ofta ” någon annans ansvar”
- Samverkan / samarbete fungerar dåligt – hitta andra organisationsprinciper för att skapa relationer
- Bristande systemtänk – organisation, flöden, volymer, takt och utveckling

Äldrelivets demografi

Medellivslängden förändras drastiskt



- Medellivslängden har ökat med cirka 10 år sedan 1950-talet

➔ Den ökar nu med 2 månader - varje år

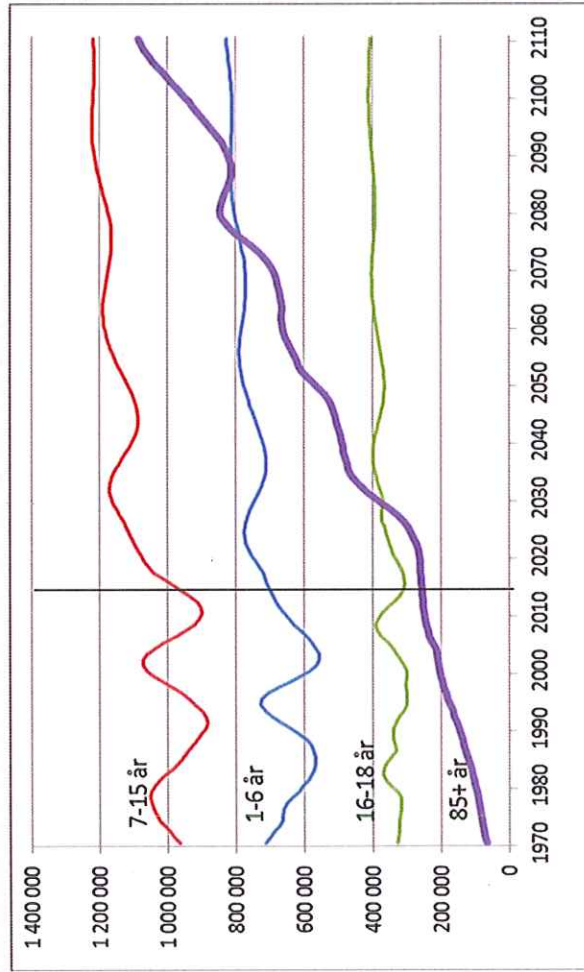
Källa: Institutet för framtidsstudier

Äldre blir äldre

Återstående levnadsår efter 65 år

	1970	2010	2050
Män	14,3	18,2	22,5
Kvinnor	17,0	21,1	24,4

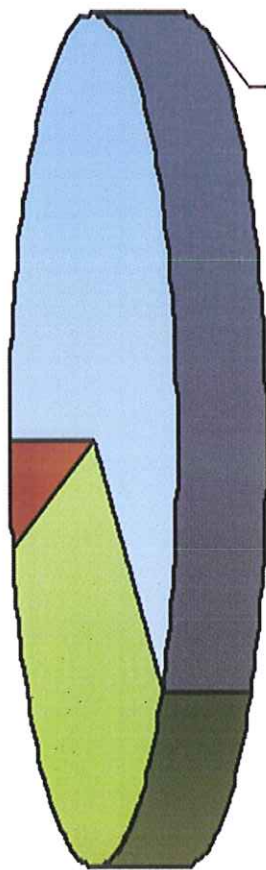
Andelen äldre – snabbare ökning på gång.....



Vårdkontakter i Västra Götaland

1 juli 2009 – 30 juni 2010

Slutenvård
4%

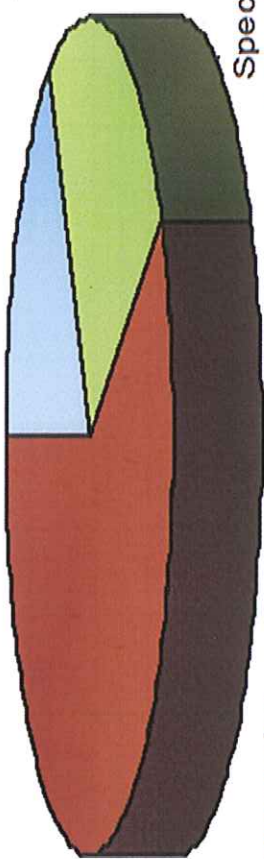


Spec.
öppenvård
36%

Primärvård
60%

Vårdkontakter; 2,5 miljoner st

Primärvård
17%

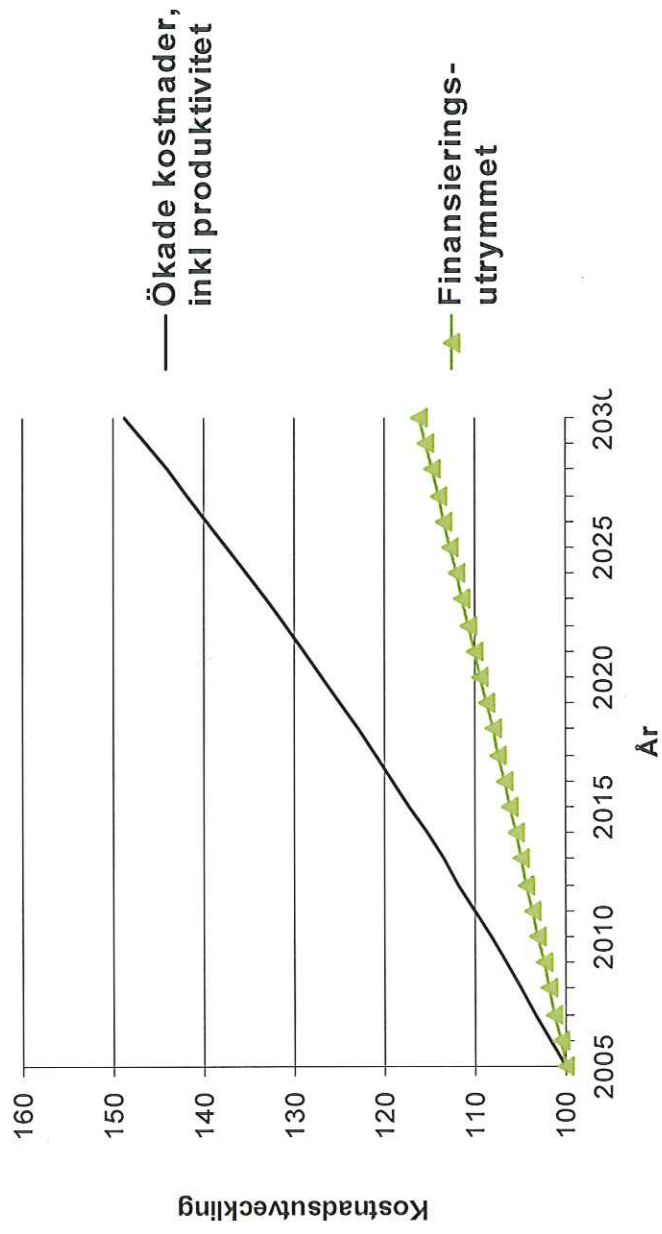


Slutenvård
58%

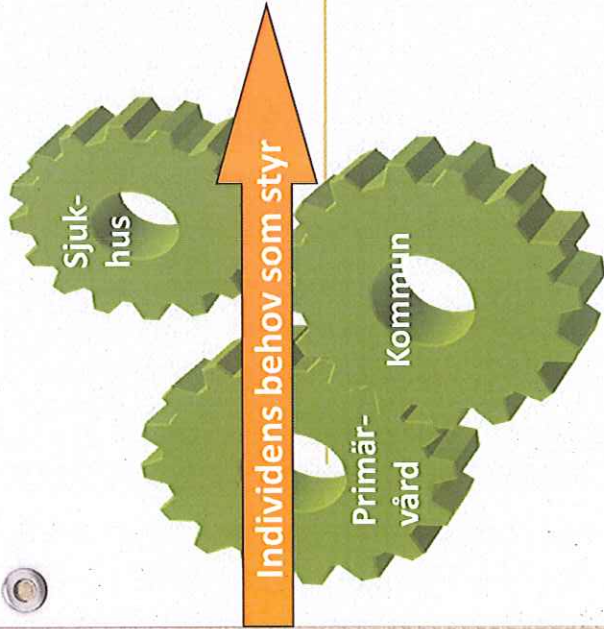
Spec.
öppenvård
25%

Kostnader; 8,4 miljarder kr

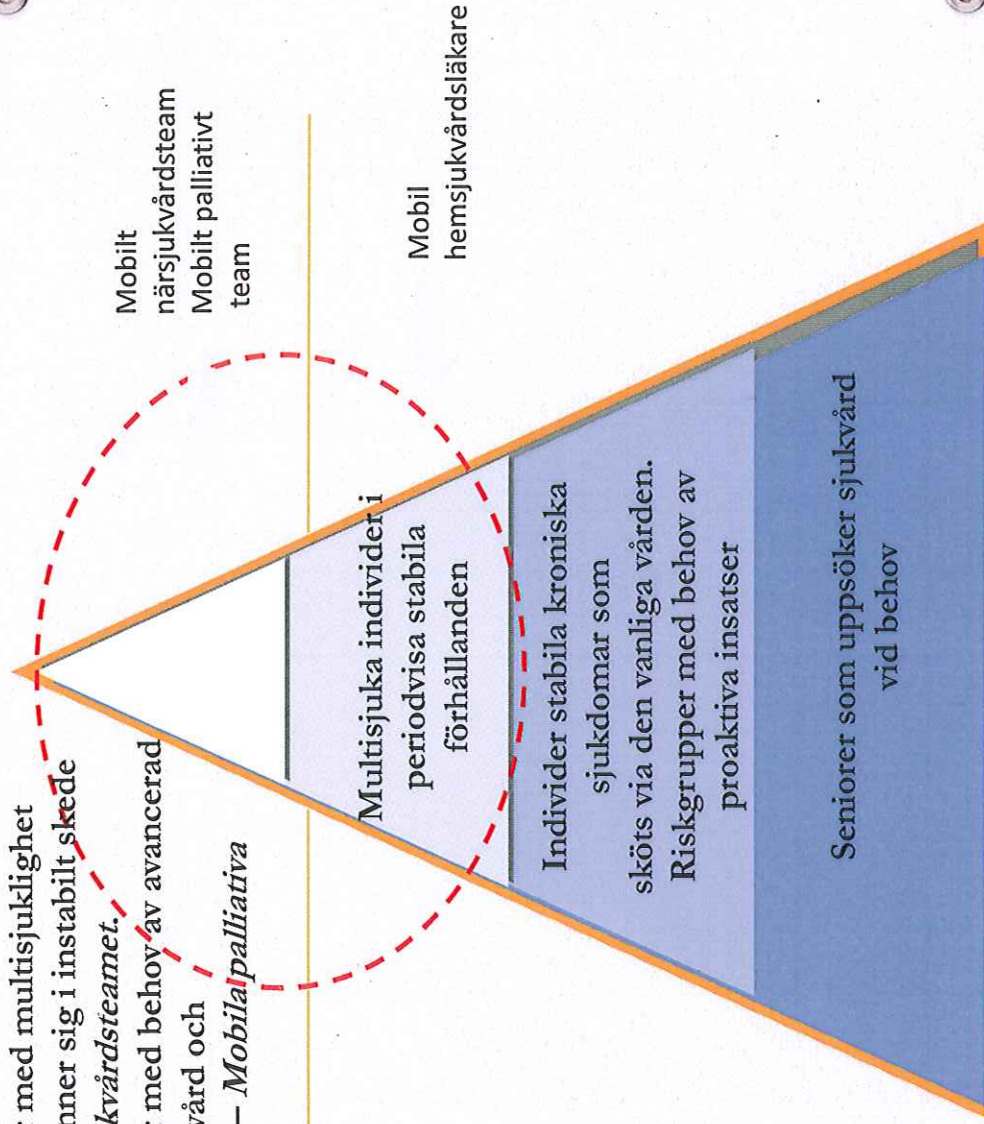
Resursgapet



Källa: SKL Hälso- och sjukvården till
2030



Individer med multisjuklighet som befinner sig i instabilt skede
 - *Närsjukvårdsteamet.*
 Individer med behov av avancerad palliativ vård och insatser - *Mobilpalliativa teamet.*



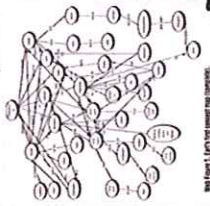
**Mobilt
Närsjukvårdsteam**

**Mobilt
Palliativt team**

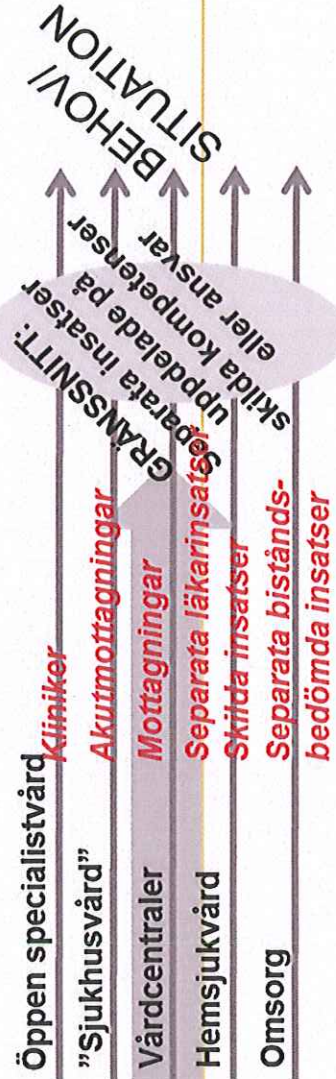


Mobil hemsjukvårdsläkare

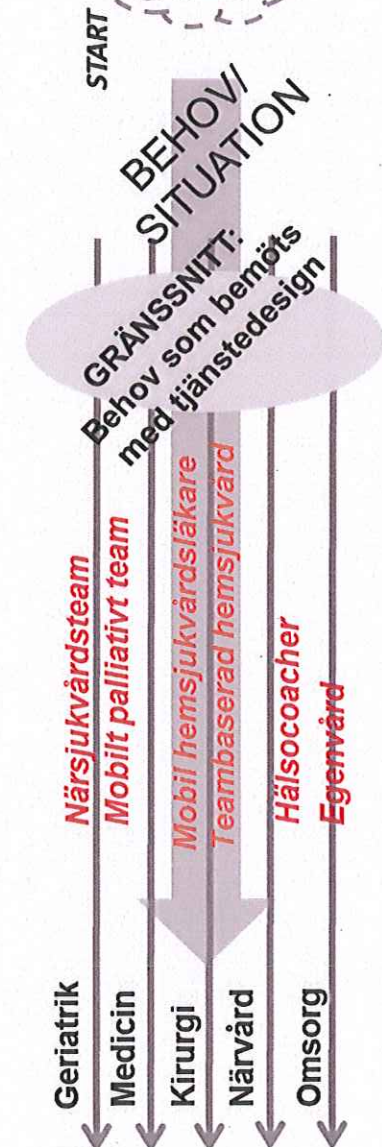
Ledning i samverkan mellan huvudmännen

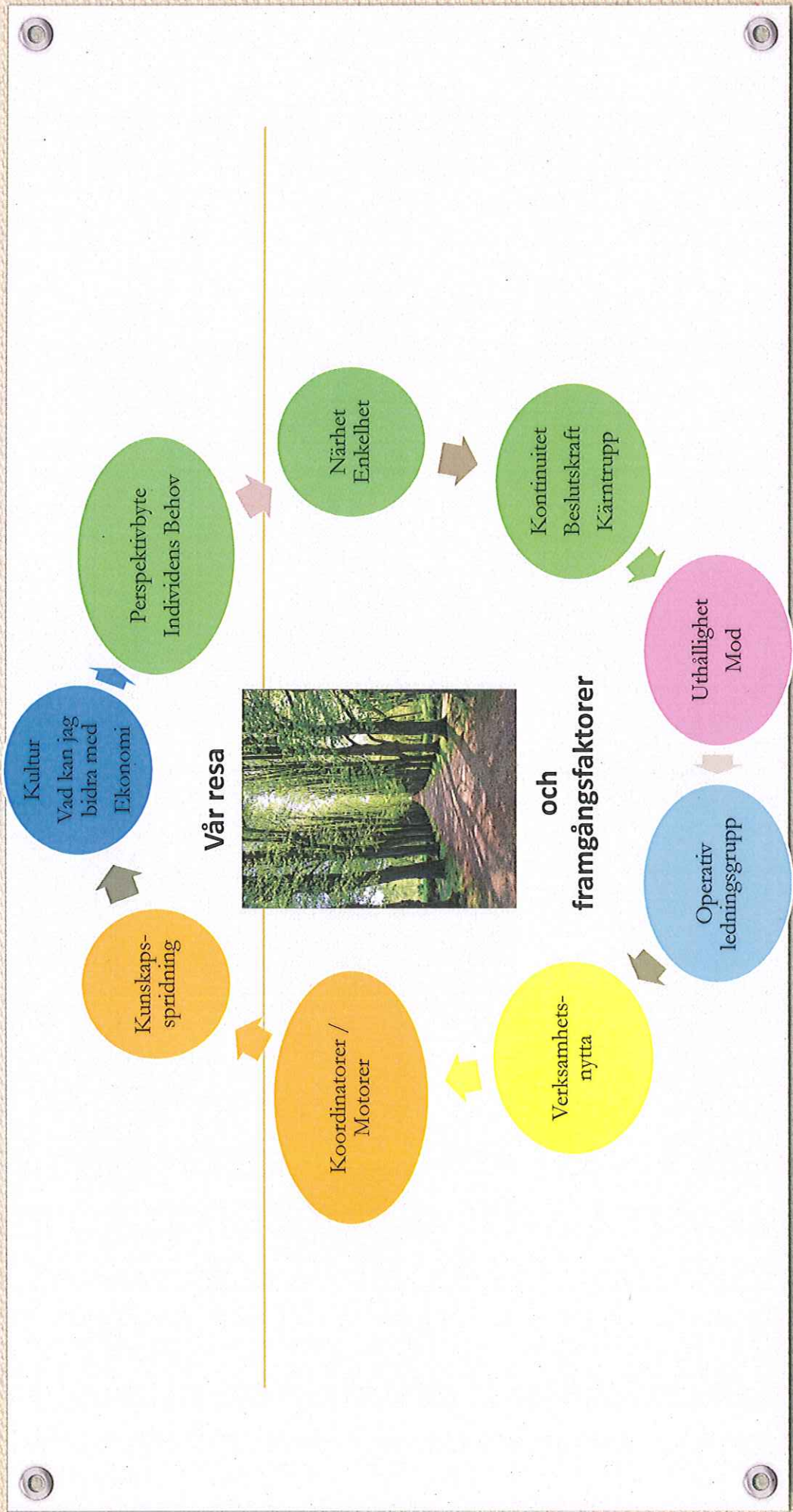


KOMPETENSER
IUPPGIFTER



KOMPETENSER
IUPPGIFTER





Uppgifter

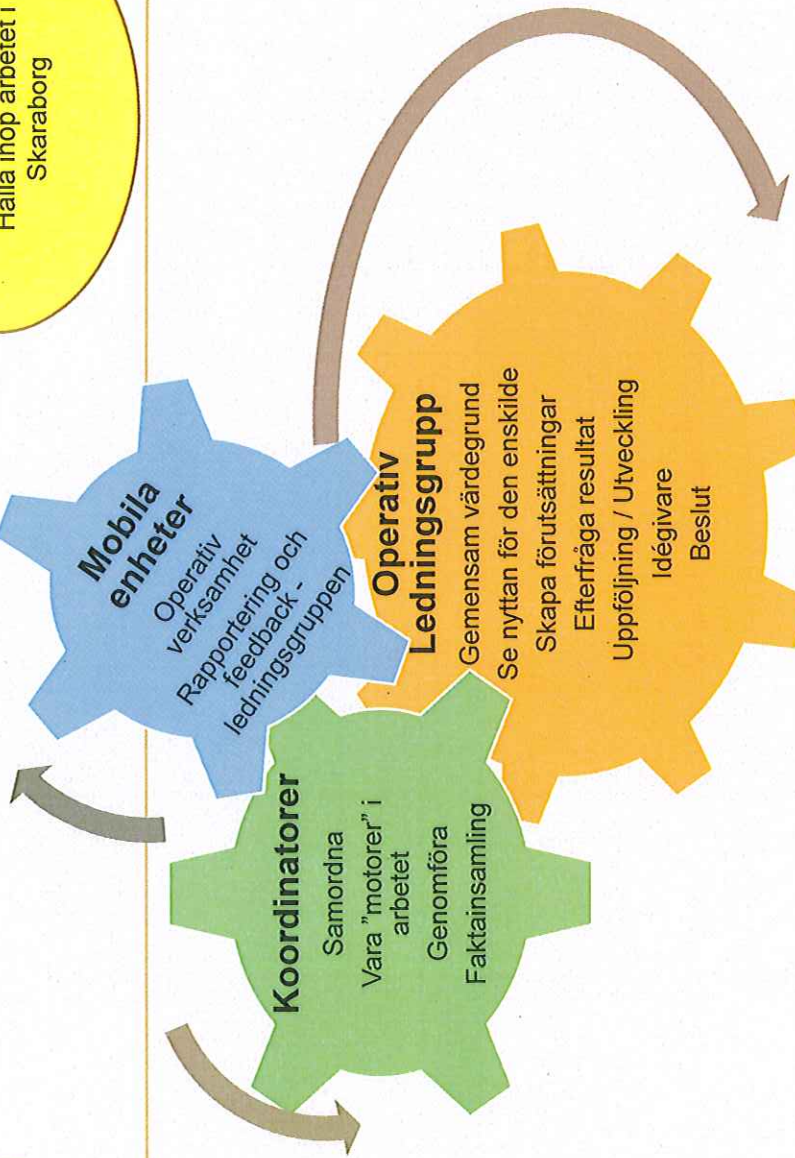
Vårdsamverkan
Hålla ihop arbetet i
Skaraborg

PSS
Synpunkter
Skapa
möjligheter
Beslut

Mobila enheter
Operativ verksamhet
Rapportering och feedback - ledningsgruppen

Koordinatorer
Samordna
Vara "motorer" i arbetet
Genomföra
Faktainsamling

Operativ Ledningsgrupp
Gemensam värdegrund
Se nytta för den enskilde
Skapa förutsättningar
Efterfråga resultat
Uppföljning / Utveckling
Idégivare
Beslut



Närsjukvårdsteamet vänder sig till patienter med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver en samverkan mellan kommunens hemsjukvård, primärvård och slutenvård. *Arbetsättet är symtomorienterat i stället för diagnosorienterat, vilket ska syfta till ett mer patientcentrerat arbetsätt.*

Syftet med närsjukvårdsteamet är att ge individanpassad, trygg och samordnad vård, där helhetssyn ska leda till att oplanerade vårdtillfällen i slutenvården minimeras.

Teamet har minst en korttidsplats per kommun som man har rätt att belägga samt fyra vårdplatser på medicinkliniken vid SkaS Lidköping.

Inskrivningskriterier:

- Tre eller fler kroniska diagnoser
- Inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste tolv månaderna
- Sex stående mediciner eller fler (exkl. ögondroppar, salvor etc.)
- Klarar ej sin personliga vård
- 75 år eller äldre
- Inskrivna i hemsjukvården

Minst fyra av dessa kriterier måste uppfyllas för att bli inskriven i teamet.

Kontakt: Varselblankett. All legitimerad personal inom sjukhus, primärvård och kommun kan skicka varselblankett.

Bemanning: En geriatriker och två sjuksköterskor, samtliga heltidstjänster.

Volym: ca 24 patienter samtidigt.

Närsjukvårdsteamet

Så här går det till!

Varselblankett från

- Sjukhuset
- Vårdcentraler
- Kommunsköterskor





Hur jobbar vi?

Hela patienten!

- Kontakter (patienten, närstående, kommunen, primärvården, sjukhus)
- Läkemedelsgenomgång och symtomskattning
- Vårdnivåbedömning (ställningstagande till "kuration-palliation")
- Kuratorskontakt vid behov
- Tillgång till journalsystem både på sjukhus och i primärvård
- Närsjukvårdsplatser på SkaS Lidköping och i varje kommun

Symtom

Yrsel
Ostadighet
Smärta
Illamående
Aptitlöshet
Tugg/svälj
Törst
Förstoppning
Urinläckage
Svullna ben
Andfäddhet
Bröstmärta



Sömn
Trötthet
Orkeslöshet
Ensamhet
Nedstämdhet
Meningslöshet
Oro
Ångest
Nöjdhet
Livskvalitet

Mobil Hemsjukvårdsläkare

**Doktorn
kan komma™**



Mobil Hemsjukvårdsläkare - Bakgrund

- Dålig kontinuitet
- Vårdcentralens läkare – distriktssköterska i kommunen
- Individer som har svårt att ta sig till vårdcentralen
- Närsjukvårdsteamet
- 700 st
- Bristande planering
- Otrygghet

Köksbordet

- Bättre diskussion
- Hur det är i verkliga livet
- Att orka berätta, förklara och förstå
- Små operationer
- Läkemedel
- Undersökningar

• Tankar om det mobila arbetssättet

- Sjukvårdens olika tempo
- Att arbeta inne i hemsjukvården
- Kompetensen hos alla
- Att lita på varandra och våga gå över gränsen
- Vikten av en fungerande vardag - flexibel
- Reserverad tid – svara i telefon och "e-post"
- Trygghet i situationen kring patienten

Mål:

Trygg individ
Förbättrad läkemedelsbehandling
Trygg hemsjukvård

Förbättrad medicinsk planering
Ökad tillgänglighet för individ och medarbetare

Inskrivningskriterier:

- Medicinskt behov – definierat som tre eller flera insatser inom hemsjukvården
- Kognitiv svikt
- Långvarigt behov
- De näst mest sjuka – de mest sjuka sköts av Närsjukvårdsteamet
- Inskrivna i hemsjukvården och ej självständigt vård sökande
- Individier som har svårt att ta sig till vårdcentralen
- Från Närsjukvårdsteamet – utskrivningsklara
- Multisviktande situation

Vad gör den mobile hemsjukvårdsläkaren

- Utgör fast vårdkontakt –heltidsgrepp på vården, avsluta onödiga/önskade vårdkontakter
- Årskontroller – läkemedels genomgång
- Brytpunktssamtal

Hur gör den mobile hemsjukvårdsläkaren

- Ca 500 patienter.på en heltidstjänst. Denna siffra är i dagsläget mycket relativ då den beror på hur man organiserar sig kring tjänsten
- >50% - föreslås som ett *minimum* av tjänst för att det inte ska bli för många småtjänster/del av tjänst som försvårar mobiliteten och friställdheten
- Gemensamma hembesök – tillsammans med dsk från kommunen
- Friställd från tidbok
- Arbetar i den kommunala hälso- och sjukvården, i patientens hem Köksbordet – bättre diskussion då patient är i sin hem miljö, lättare att få en rättvis bild etc
- Rutin för samarbete med kommunens sjuksköterska

Kontakt: Kommunens sjuksköterska initierar kontakt

• Inskrivningskriterier

- Över 18 år
- Patientens önskemål
- Obotbar sjukdom, främst cancer
- Besvärande komplexa symtom
- Patienten ska vara informerad om sjukdomens obotlighet av behandlande läkare (Brytpunktsamtal)
- Förväntad kort överlevnad

Kontakt: Remiss från patientens behandlande läkare

Palliativa teamets arbetsätt

Teamets läkare bedömer remissen utifrån inskrivningskriterierna

Sjuksköterska från teamet tar kontakt med patienten och tidpunkt för hembesök planeras in tillsammans med patient, närstående, kommunens hemvårdssköterska, läkare och sjuksköterska från palliativa teamet.

Läkare och sjuksköterska i palliativa teamet gör fortsatta hembesök utifrån patientens behov.

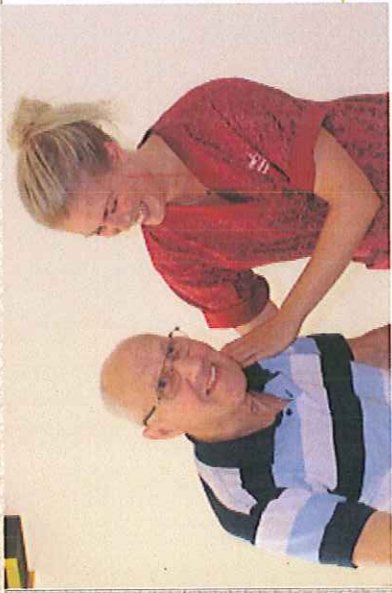
Läkemedelsansvaret tas över av teamets läkare som ordinerar och skriver recept på läkemedel

Sjuksköterskan i palliativa teamet har kontinuerlig uppföljning och kontakt med patient, närstående och hemsjukvårdens personal

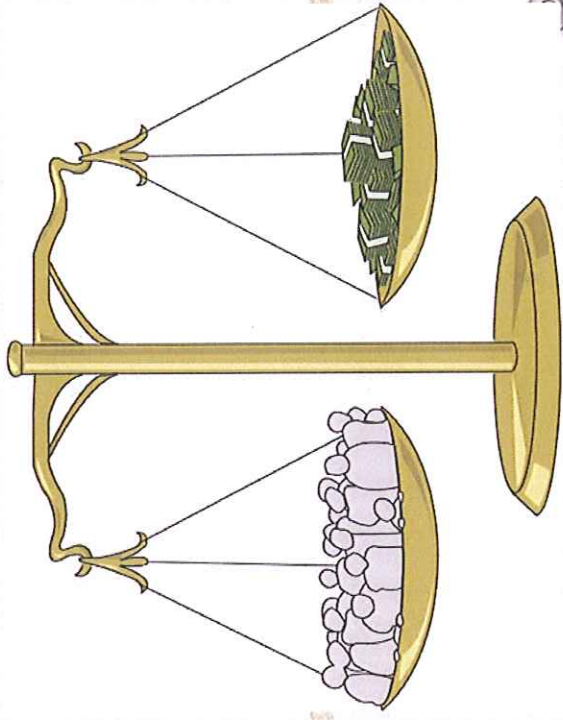
Då det uppstår behov av slutenvård har patienten möjlighet att komma till sin hemavdelning s.k. Öppen retur eller för symtomlindrande vård på Hospice Gabriel. Samarbetsavtal finns mellan Skaraborgs Sjukhus och Hospice Gabriel.

Bemanning: Två läkare som delar på 1,0 heltidstjänst och 3 sjuksköterskor som delar på 2.0 heltidstjänst.

Volym: ca 45 patienter samtidigt.



Resultat



Presentation av slutrapport Närvård i västra Skaraborg

HCM Health Care Management

16 april 2014

Rolf Bowin

rolf.bowin@hcmconsulting.se

Tfn 070-492 25 48

Fördjupad utvärdering av Mobil Hemsjukvårdsläkare
och mobilt Palliativt team
Hösten 2014

TRYGGHET för

Patient



Personal



Organisation



Ekonomisk redovisning och analys

Mobil Hemsjukvårdsläkare

- Efter inskrivning uppvisar patienterna en betydligt lägre konsumtion av slutenvård
- Minskade akutbesök på vårdcentral och sjukhus
- Hemsjukvårdsläkaren tar ett helhetsansvar för denna patientgrupp tar därmed över dessa från övriga läkare (patientgruppen lyfts ur ordinarie verksamhet) vilket borde innebära att primärvårdens ” mottagningsläkare ” kan hantera flera listade patienter och därmed öka den totala effektiviteten för vårdcentralen





Men pengar är inte allt...

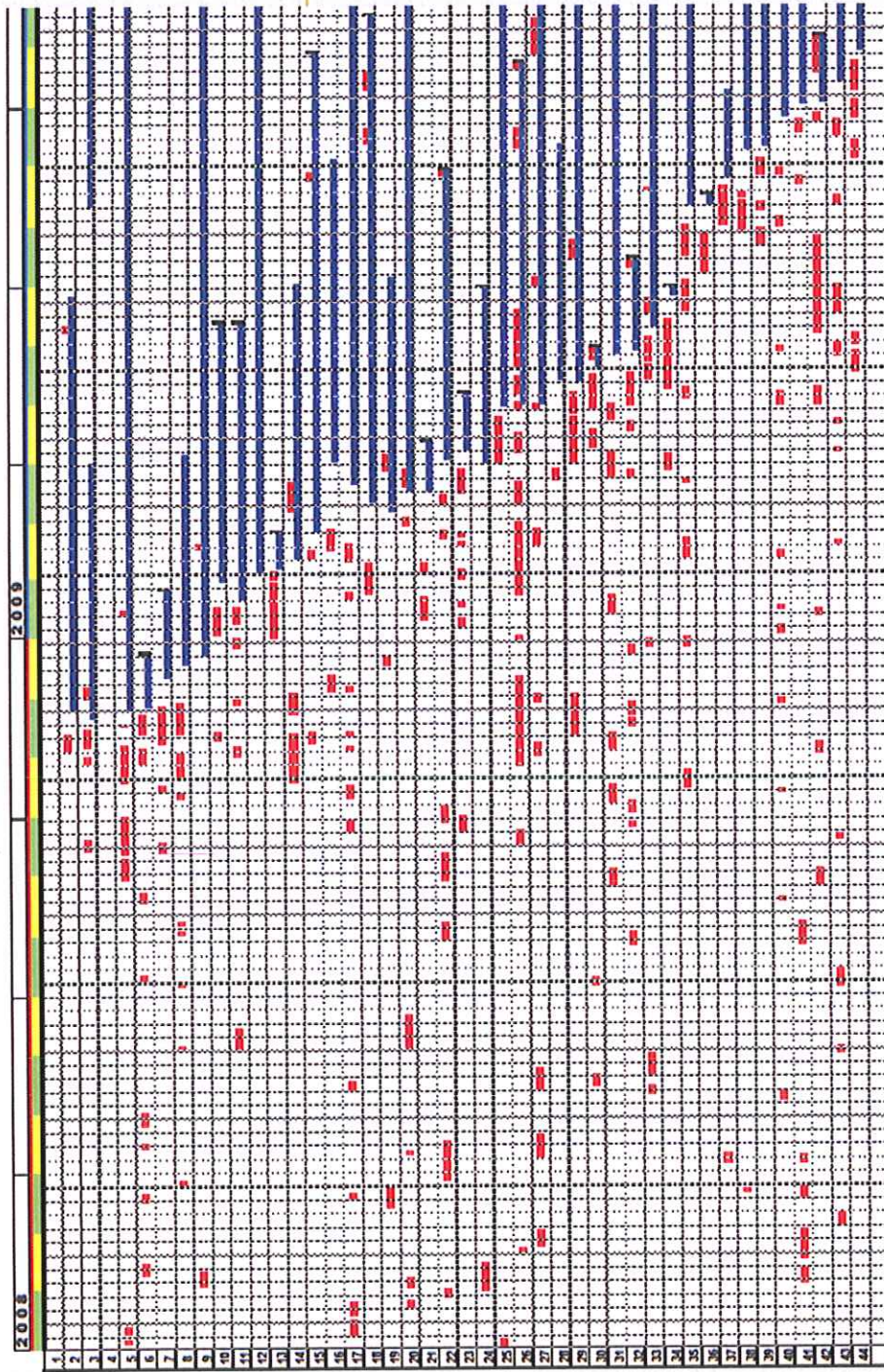
Resultat

- Ökad trygghet och nöjdhet
- Involverar individ och anhörig – personcentrerad vård
- Ökad kvalitet
- Drastisk minskning av akutbesök och oplanerade inläggningar
- Effektivitet, Resurssparande - Delägarskap mellan huvudmännen
- Rätt vård på rätt nivå - Mobilitet, närhet
- Symtom- och situationsanpassad vårdform som ges på rätt sätt

Symtomskattning

n=96

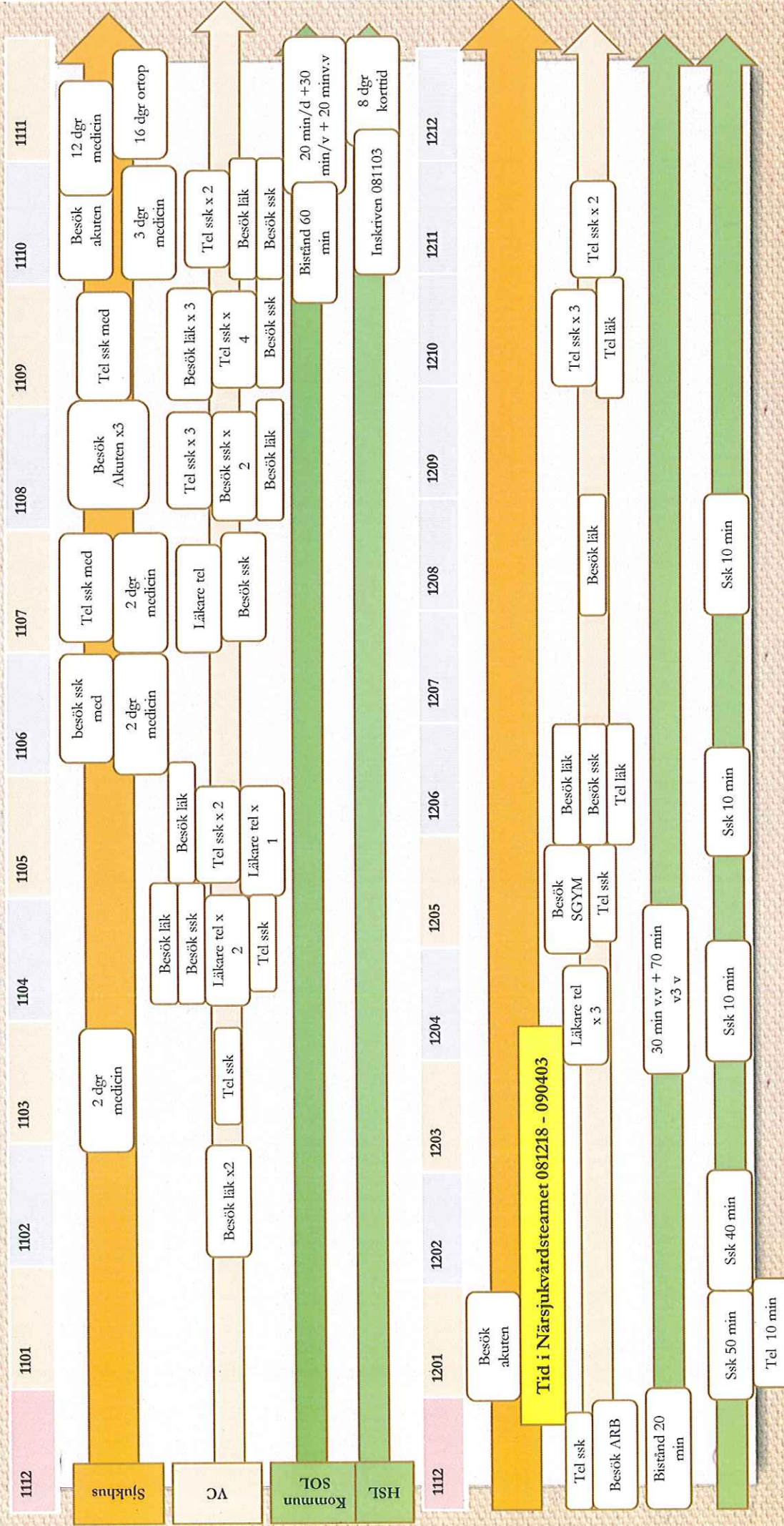
	pat	anh		pat	anh
Yrsel	2,7	2,5	Illamående	1,8	1,9
5. Ostadighet	4,5	5,7	Matleda	3,0	3,2
4. Smärta	4,8	4,5	Tuggsvårighet	1,1	1,7
Meningslöshet	2,7	3,5	Förstoppning	1,8	1,9
Ensamhet	2,4	4,1	Urinläckage	1,8	2,3
1. Orkeslöshet	6,7	7,1	Svullna ben	2,9	2,9
2. Trötthet	5,7	6,5	3. Andfåddhet	5,2	5,4
Nedstämdhet	3,0	4,2	Bröstsmärta	2,1	1,6
Oro	3,1	4,2	Törst	2,9	2,8
Ångest	2,0	2,4			



RESULTATEN*

- ✓ Minskning av akutbesök:
Upp till 80%
- ✓ Minskning av antalet
slutenvårdsdagar:
Upp till 90%
- ✓ Minskning av antalet
vårddagar totalt:
Mer än 92%

Patient – 26 Vara



Palliativa teamet blad 1

1401

1402

Sjukhus

Tel
Ssk Onk

Hospice

Inlagd
140131 - 140204

Kommun
SOL

Inga SOL insatser

HS
I

Ssk besök
90 min

Tel ssk 15
min

besök
Ssk 30
min

Tel ssk 15
min

besök
Ssk 20
min

Tel ssk 10
min

besök
Ssk 40
min

besök
Ssk 40
min

besök
Ssk 30
min

besök
Ssk 40
min

besök
Ssk 30
min

besök
Ssk 30
min

besök
Ssk 30
min

besök
Ssk 30
min

Palliativa
teamet

Tel
Ssk inför
in-skrivn.

Team
besök

Tel
ssk

Tel
ssk

Tel
ssk

Tel
ssk

Tel
ssk

Tel
ssk

Tel
ssk

Tel
ssk

Tel
ssk

Tel
ssk

Tel
ssk

Tel
ssk

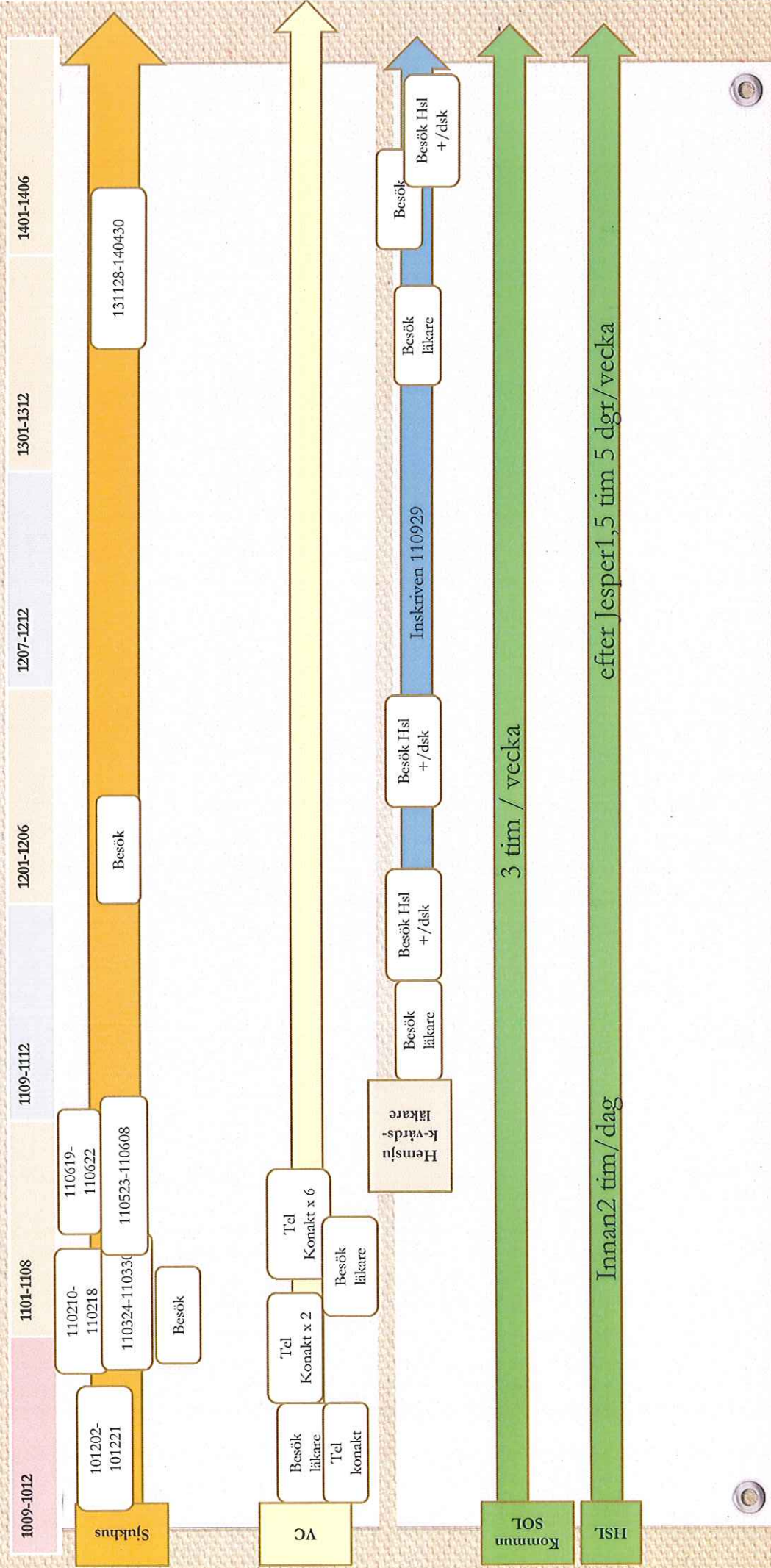
Inskriften Palliativa teamet 140114 - 140325

Tel
läkare

Tel
läkare

Tel
läkare

Patient -54 Lidköping



Vad tycker vård- och omsorgstagarna

- "Bra deluxe-vård, man ringer så kommer de hem både läkare och sjuksköterska"
- "Jag har inte varit inlagd sen jag fick kontakt med närsjukvårdsteamet och jag har inte behövt larma"
- "Jag åkte in och ut i akutsjukvården för fem år sen i tre års tid. Nu har teamet hjälpt mig och det är ordning och reda"
- "Jag hade 15 inläggningar eller akutbesök på ett år innan jag fick hjälp av teamet"
- "Vårdcentralen fungerar inte , kontinuiteten brister" - nu kommer läkaren hem
- "De är snabba och närvarande"
- "De håller reda på vanliga vardagen och underlättar för oss anhöriga och gör oss trygga"
- "Man är delaktig i vården och får rätt information"

Vad tycker kollegorna

- Mobil hemsjukvårdsläkare

- "Primärvården avlastas av hemsjukvårdsläkarens arbete med de multisjuka"
- "Korttidsvården undviks och tryggheten ökar inför utskrivning från slutenvård"
- "Detta är ett patientorienterat arbetssätt som sparar resurser som kontrast till sparbetning som skär ner personal"
- "Patientsäkerheten ökar när hemsjukvårdsläkaren kan sätta ut medicin som vi kan kolla effekten av och snabbt återrapportera till honom"

Vad händer nu?

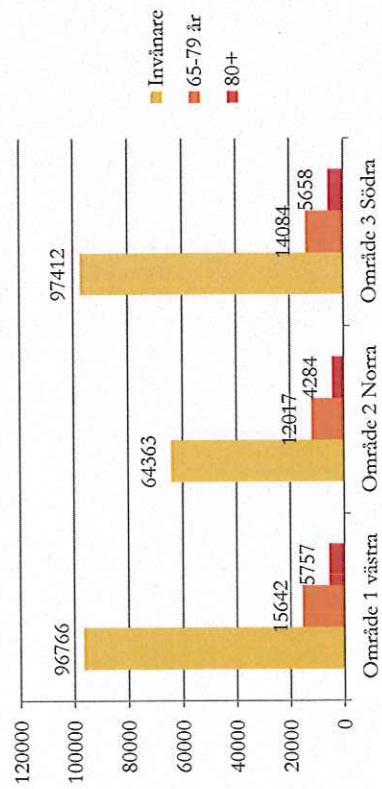
Några exempel

- Operativa ledningsgrupper bildats i övriga två delar i Skaraborg december 2014. Uppstarts dagar i januari. Planerade träffar för samtliga ledningsgrupper 1 gång/månad
- En projektledare/område. Koordinatorer indelade i områdena
- Närsjukvårdsteam – i väster och söder
- Anställningsintervjuer på gång Närsjukvårdsteam norra delen
- Dialogdag – Mobil närvård ur ett primärvårdsperspektiv 20/2
- 4 st Mobila hemsjukvårdsläkare i västra Skaraborg
- Forskningsplan / mätområden på operativ och strategisk nivå – arbete pågår
- Verksamhetsplan för Närsjukvårdsteam – pågår
- Spridning inom VG
- Utveckling av vårdmodellen
- Studiebesök i västra Skaraborg





Antal invånare och äldre förslag ny områdesindelning



Projektorganisation Mobil närvård

Styrgrupp Vårdsamverkan Skaraborg

Projektleddning:
Samverkan geriatrik, demens och palliativ vård

Projektleddning
Verksamhetschefer från
Kommun
Primärvård
Sjukhus
Representant från Vårdvalsenheten VG

Projektleddare
1 från varje organisation

Internt expertstöd

- Svante Lifvergren

Externt expertstöd

- Andreas Hellström, Chalmers

Referensgrupp

- Utvecklingschefer från kommun, primärvård och sjukhus
- Jarl Graf, SPF
- Margareta Karlqvist, PRO

Västra Skaraborg

Verksamhetsledning
projektleddare
Koordinatorer

Södra Skaraborg

Verksamhetsledning
projektleddare
Koordinatorer

Norra Skaraborg

Verksamhetsledning
projektleddare
Koordinatorer

Lokal samverkan mellan primärvård och kommun



Projektplan- mål

- Implementering av modellen i Skaraborg
- Skapa och utveckla operativ ledningsstruktur i varje område
- Utveckla och förädla vårdmodellerna i västra Skaraborg
- Utveckla förslag till ersättningsmodell som stödjer vårdmodellerna

Projektplan - syfte

- **Öka individens upplevelse av trygghet och nöjdhet**

Från "insats- och sjukhusbunden vård" till en individ- och hembaserad närvård" för målgrupper med stora vård-och omsorgsbehov

Personcentrerad vård – medaktör, respekt för individuella

behov, samordning, kontinuitet, helhetssyn

- **Effektivisera resurser utifrån ett samhällsperspektiv**

Minska onödiga besök och inläggningar på sjukhus

Teambaserade, mobila och situationsanpassade vårdformer

- **Öka kvaliteten**

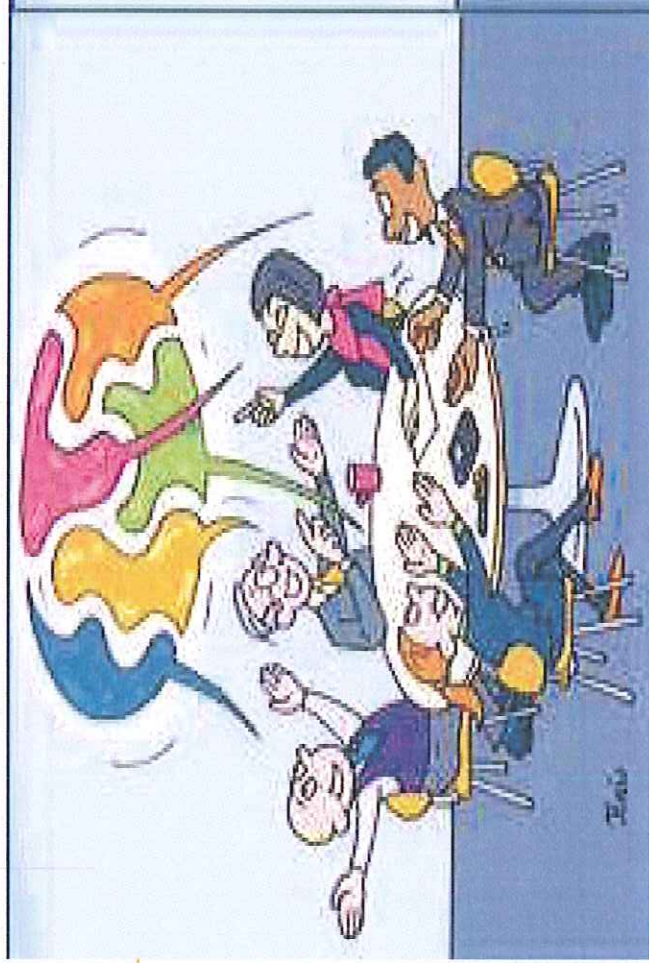
Ökad samordning av vården

Ökad kontinuitet

Skapa kunskapsspridning mellan specialistvård, allmänläkare och den kommunala hälso-och sjukvården

- **Utveckla "delägarskap" och gemensam syn och förståelse för vårdsamverkan/närvården och det nya arbetssättet med en gemensam målbild**

Att lyckas tillsammans



” Vad kan jag bidra med”