

**RAPPORT
HÖGSKOLAN VÄST**

Nr 2014:3

Elisabeth Dahlborg Lyckhage
Lars Fredén
Sven Hassler
Sandra Pennbrant
Maria Skyvell Nilsson

Gränshinder

En kvalitativ och kvantitativ studie av samverkande sjukvård



Gränshinder

- en kvalitativ och kvantitativ studie av samverkande sjukvård

Elisabeth Dahlborg Lyckhage, Docent
Högskolan Väst
Tel. 0520-22 39 41
E-post: elisabeth.dahlborg-lyckhage@hv.se

Lars Fredén, Docent
Högskolan Väst
Tel. 0520-22 38 55
E-post: lars.freden@hv.se

Sven Hassler, Fil.dr.
Högskolan Väst
Tel. 0520-22 38 62
E-post: sven.hassler@hv.se

Sandra Pennbrant, Fil.dr.
Högskolan Väst
Tel. 0520-22 38 74
E-post: sandra.pennbrant@hv.se

Maria Skyvell Nilsson, Fil.dr.
Högskolan Väst
Tel. 0520-22 38 78
E-post: maria.skyvell.nilsson@hv.se

Nyckelord: erfarenheter, interprofessionellt lärande, patientcentrerad vård, samverkande sjukvård, vårdpersonal

Border Barriers

– a qualitative and a quantitative study of health care interaction

Abstract

The project "Health care interaction" among different care providers was introduced as a trial activity in the municipalities of Strömstad and Tanum in the spring of 2010. The aim of health care interaction is to provide citizens health care adapted to their specific need within shortest possible time frame; Is emergency care not needed, the aim is to avoid that the care seeker ends up in an emergency room at the hospital. In this study experiences from health care interaction is described with quantitative as well as qualitative data. Empirical data is based on available medical statistics, focus group interviews with nurses with long experience from pre-hospital emergency care and home health care, questionnaires data gathered from other health professionals involved in the activity, individual interviews with nurses and physicians at call centers for medical information, primary health care centers, home health care, pre-hospital health care and elderly care. The analysis of the data reveal opportunities and expectations among the personnel as well as their willingness to develop and improve the health care. It's also evident that the general impression among health care personnel is that increased interaction among health care providers improves the quality of the health care given. Health care interaction also contributes to improved opportunities for person-centered care with an increased degree of continuity and participation for the patient. The study also reveals that collaboration between colleagues promotes development of individual and collective knowledge. Conclusions drawn from the study is that the documentation and information system used in health care interaction needs to strengthen the participation of the care seekers as well as to improve in accessibility for the personnel involved. In order for health care interaction to evolve and develop through close follow-up and evaluation, a more transparent and uniform system for documentation is recommended. It's also concluded from the study that the call center for medical information (1177) as one of the major actors in the health care interaction program has the best potential to instigate an expansion and development of the health care interaction among care providers.

Sammanfattning

Projektet "Samverkande sjukvård" infördes som försöksverksamhet i Strömstads och Tanums kommuner våren 2010, därefter har projektet implementerats i ytterligare ett antal kommuner i Bohuslän och Dalsland. Kommuninvånarna ska erbjudas vård, anpassad efter behov och så snabbt som möjligt. Föreligger inte behov av akutsjukvård skall patient inte heller behöva uppsöka den sjukhusanknutna akutsjukvården. I denna studie beskrivs erfarenheter av samverkande sjukvård utifrån både kvalitativ och kvantitativ data. Den kvalitativa studien baseras på fokusgruppsintervjuer med erfarna sjuksköterskor från ambulanssjukvård och hemsjukvård

våren 2012, enkätstudie med personal som har motsvarande bakgrund hösten 2012, individuella intervjuer genomfördes med sjuksköterskor och läkare anställda vid sjukvårdsupplysning, vårdcentral, hemsjukvård, medicinsk äldreomsorgsavdelning (MÄVA) och ambulans hösten 2012 samt våren 2013. Underlaget till den kvantitativa studien utgörs främst av två statistikkällor - dokumentationen från samverkansuppdrag samt statistik från sjukvårdsrådgivningen (1177). Analysen visar att deltagarna utifrån sina erfarenheter ser möjligheter genom ökad samverkan. Det finns 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. Det är viktigt att arbeta vidare med ett system för informationsöverföring som är mer tillgängligt för den personal som är involverad, men som också stärker delaktigheten hos de vårdtagare som kommer i kontakt med samverkande sjukvård. Ett mer enhetligt och transparent dokumentationssystem bör införas och utgöra basen för uppföljning samt återföring av aktiviteter/resultat inom samverkande sjukvård. Det framstår också som att den telefonbaserade sjukvårdsupplysningen (1177) är den samverkansaktör som har den största potentialen att skapa fler gemensamma ärenden.

Keywords: Experience, health care interaction, health care professionals, interprofessional learning, patient-centered care

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Inledning | 1 |
| Bakgrund | 2 |
| Problem/syfte | 4 |
| Metod och urval | 5 |
| Den kvantitativa studien | 5 |
| Material..... | 6 |
| Blankett B..... | 6 |
| 1177..... | 6 |
| Den kvalitativa studien..... | 7 |
| Urval och beskrivning av deltagare | 7 |
| Genomförande | 8 |
| Analys | 8 |
| Resultat - kvantitativ studie | 9 |
| Bakgrundskaraktäristika för samverkansuppdragen | 10 |
| Kontaktorsaker..... | 11 |
| Diskussion - kvantitativ studie | 13 |
| Samverkansuppdragen med avseende på kön och ålder | 13 |
| Kontaktorsaker..... | 14 |
| Resultat - kvalitativ studie | 14 |
| Utveckla och upprätthålla vårdkvalitet | 15 |
| Ett utökat kompetensområde..... | 16 |
| Samarbete för god och säker vård | 17 |
| Organisation och ledarskap för god och säker vård | 19 |
| Diskussion - kvalitativ studie | 21 |
| Slutsatser | 24 |
| Referenser | 27 |
| Bilagor I-V | |

I rapporten används följande förkortningar:

MÄVA – Medicinsk äldrevårdsavdelning

HSV – Hemsjukvård

IVPA – I väntan på ambulans

1177 – Sjukvårdsrådgivningen

HLR – Hjärt- lungräddning

ALMS-kurs – Advanced Medical Life Support-kurs

D-HLR – Defibrillering- och hjärtlungräddning

VC – Vårdcentral

Inledning

Före Ädel- och Psykiatrireformen i början av 90-talet fanns en struktur som inte gav något stort utrymme för förhandlingar mellan olika huvudmän i frågor som rörde vem som skulle göra vad när det gällde en patient med många och komplicerade behov. Det var också tämligen klart på vems premisser som samarbete kring enskilda patienter skulle ske - det var provinsialläkaren på den primära nivån och den aktuella överläkaren på sjukhusnivån. Båda fanns dock inom samma huvudman – landstinget. Distriktssköterskan kunde i kraft av sin kompetens ibland utöva en stark informell påverkan på hur den enskilde patienten skulle behandlas. Logistiken för vårdkedjan var också relativt given. I och med kommunaliseringen och senare det fria vårdvalet har många beslut som gäller en patient som är beroende av många insatser hamnat i en ”gråzon”. Samverkan mellan olika professioner fungerar inte smärtfritt, organisatoriska och ekonomiska villkor för varje enskild huvudman har en tendens att ha större betydelse än patientens behov. Det finns en stor medvetenhet i vården om existerande problem och som ett resultat startas många olika projekt med större eller mindre ambitionsnivå där avsikten som regel är att utveckla samverkansformer som underlättar för den enskilde patienten att så snabbt som möjligt få den vård han/hon behöver. Man kan tolka dessa projekt som ett försök att mildra de icke-avsedda konsekvenser som olika reformer som haft en utgångspunkt i New Public Management inneburit. I Sverige har New Public Management blivit en förvaltningsmodell som applicerats bl.a. i hälso- och sjukvård. Det har lett till att styrning av verksamhet utvecklats och preciserats till att bli mer kontrollerande och fokus är på effektivitet och resultat av verksamhetens utfall. I detta inryms risker för att det mätbara, det vägbara och det beräkningsbara tar överhanden över andra aspekter (Tarschys, 2002:58).

Ett sådant projekt som vi genom NU-Akademien Väst fick möjlighet att följa upp var ”Samverkande sjukvård”. Projektet infördes som försöksverksamhet i Strömstads och Tanums kommuner våren 2010. Därefter har projektet permanentats i Strömstad samt även införts som projekt i början av 2013 i ytterligare tre kommuner (Munkedal, Sotenäs och Mellerud). Ett syfte med projektet som betonas i ledningssammanhang är att använda de samlade resurserna så effektivt som möjligt. Kommuninvånarna ska erbjudas vård, anpassad efter behov och så snabbt som möjligt. Föreligger inte behov av akutsjukvård skall patient inte heller behöva uppsöka den sjukhusanknutna akutsjukvården (www.vgregion.se).

Projektet ”Samverkande sjukvård” innebär att utveckla ett mer organiserat samarbete mellan sjukvårdsrådgivning, hemsjukvård, ambulanssjukvård och medicinsk äldreårdsavdelning (MÄVA) gentemot patienter i kommunerna. Samarbetet möjliggör för patienter, som tar kontakt med sjukvårdsrådgivning under jourtid, att kunna få besök av hemsjukvårdssjuksköterska eller ambulanspersonal (1177-uppdrag). Sjukvårdsupplysningen har också möjlighet att boka tid för läkarbesök vid

närmaste vårdcentral. Vid ett SOS-alarm kan hemsjukvårdssjuksköterska, lokaliserad i närheten av patienten, uppsöka och stödja patienter i väntan på ambulans (IVPA-uppdrag). Äldre patienter som tidigare varit i kontakt med MÄVA-vården, kan förmedlas vård och stöd av MÄVA-klinikens personal direkt och behöver därmed inte söka sig till sjukhusets akutmottagning vid behov av vård. Vad som bör noteras är att MÄVA redan tidigare har ett utvecklat samarbete med ambulanssjukvården och samtliga kommuner i sitt upptagningsområde inom ramen för ett annat projekt. Det handlar också om att korta vägarna för patienter så att man kommer till rätt vårdnivå från början. Ytterligare projekt med samma mål har också tillkommit, exempelvis Aktiv hälsostyrning där en koordinator inom NU-sjukvården ska vara en länk mellan vissa hårt belastade patientgrupper och vården.

Projektet ”Samverkande sjukvård” innebär dock även i högre grad ett förändrat arbetsinnehåll och arbetsorganisation för involverad vårdpersonal. Projektets genomförande har föregåtts av ett arbete där samverkansmodeller utarbetats och riskanalyser utförts. Informationsmöten och utbildningsdagar har genomförts och kontakter mellan organisationer etablerats. Inom ramen för projektet har gemensamma riktlinjer utarbetats, och utifrån kompetens, resurser och förutsättningar inom respektive verksamhetsområde har mer detaljerade rutiner och samverkansformer beskrivits och implementerats. I avsikt att bredda hemsjukvårdssjuksköterskor och ambulanspersonalens kompetens har utbildningsdagar inom de olika verksamheterna och i form av uppdragsutbildning (Högskolan Väst) genomförts.

Föreliggande rapport är framtagen gemensamt av samtliga fem författare. Elisabeth Dahlborg Lyckhage, Sandra Pennbrant och Maria Skyvell Nilsson har huvudsakligen ansvarat för de kvalitativa avsnitten, Sven Hassler för den kvantitativa delen och Lars Fredén för inledning samt slutsatser. Den sistnämnde har också varit adjungerad ledamot i styrgruppen för projektet ”Samverkande sjukvård” och i det sammanhanget gjort observationer om projektets framväxt. Underlaget till rapporten är dock främst tre separata men sammanhängande uppdrag till NU-Akademien Väst från NU-sjukvården samt Styrgruppen för projektet genom Hälso- och sjukvårdskansliet i Uddevalla.

Bakgrund

Ömsesidigt förtroende mellan professionella stärks av samverkan mot samma mål och är en grund för ett kollektivt ansvar, för kunskapsutveckling och för yrkesskicklighet, vilket gagnar patienten (Nilsson et al. 2005). När fokus är på den vårdsökande personen krävs djupare samverkan och att ny kunskap och nya rutiner konstrueras, samtidigt som de enskilda yrkesutövarna utvecklar sin kompetens (<http://www.caipе.org.uk/about-us/defining-ipe/> 2010-09-28). Att uppmärksamma den vårdsökandes frågor och att utgå från hans eller hennes livssituation är något som behöver utvecklas. Genom att avtacka förlagade normer och stereotypa föreställningar om olika yrkeskategorier

möjliggörs en djupare förståelse av andras praktik och på vilket sätt kan komplettera och förstärka den egna. Enligt Liaschenko (2000) är kulturens värderingar och underliggande ideologier knutna till institutionella sammanhang där kunskap och handlingsmönster, som uppfattas som självklara och naturliga, i själva verket är sociala konstruktioner.

Att utveckla personcentrerat vårdande är något som poängteras inom dagens hälso- och sjukvård. Den statliga myndigheten Vårdanalys (2012) lyfter fram att det patientcentrerade hälso- och sjukvårdssystemet skall utformas utifrån dem det ska tjäna, det vill säga patienterna.

Patientcentrerad hälso- och sjukvård ger bättre resultat och nöjdare patienter och kan leda till besparingar i hälso- och sjukvårdssystemet genom att patienterna i högre grad följer ordinerade behandlingar och snabbare kommer tillbaka i arbete (Vårdanalys, 2012). Vårdanalys menar också att om patienterna inte är delaktiga i sin vård kan detta leda till sämre vårdresultat och onödiga kostnader för hälso- och sjukvården och samhället i stort (a.a.s.12). Att arbeta personcentrerat innebär kontinuitet och delaktighet för patienten (Ekman et.al., 2011).

I Svensk sjuksköterskeförenings strategier för utbildningsfrågor (2010) beskrivs flera kärnkompetenser som är nödvändiga för att kunna möta personers olika vårdbehov nu och i framtiden. Kärnkompetenserna tydliggör såväl vikten av personcentrerad vård som samverkan i team. Sjuksköterskan måste öka medvetenheten om sina möjligheter att bidra till teamets resultat, något som kräver att sjuksköterskan utvecklar en kommunikativ förmåga och konfliktlösningsförmåga. I rapporten framkommer att utbildning bör skapa förutsättning för möjlighet att träna och utveckla samverkan med andra yrkesgrupper (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

Enligt Säljö (2000) är lärande inte enbart kognitivt utan även socialt, kulturellt och emotionellt. Syftet med att tillägna sig kunskaper och färdigheter är att de skall kunna användas i en social praktik. Den teoretiska kunskap som utvecklas och förmedlas inom ramen för olika akademiska professionsutbildningar är av olika art. Kunskapen skall integreras i hälso- och sjukvårdens praktiska utövning och leda fram till en praxiskompetens som grund för personcentrerad vård förutsatt att det sker ett kunskapsutbyte mellan professionella såväl inom, som mellan, olika vårdorganisationer. I det interprofessionella lärandet (IPL) kan yrkesgrupper och enskilda, lära sig med, av, och om varandra. IPL handlar, förutom lärande kring gemensamma begrepp, färdigheter, språk och perspektiv, men även att utveckla en ömsesidig tillit och respekt för varandras professioner. Att på detta sätt lära av varandra i arbetslivet kan öka den kompetens som krävs för att bedriva ett personorienterat vårdande. Lave och Wenger (1991) visar hur lärandet sker i olika praktiska verksamheter och lärlingssystem där novisen lär av mästaren, där den oerfarne tar del av den samlade kunskapen som reproduceras i den sociala praktiken. I den sociala praktiken skapas uppgifter och mening socialt och kulturellt. Lärandet är därigenom situerat i praktiken. Det innebär att det

är betydelsefullt att utveckla hälso- och sjukvården som en lärande organisation, för att möjliggöra lärsituationer där kunskap kan förenas (Rommetveit, 1974; Säljö, 1992). I en lärande organisation pågår en ständig kompetensutveckling med möjlighet till utbildning genom att lära av andras erfarenheter (Nilsson, 1999), och där ett innovativt tänkande för kunskapsutveckling är tillåtet (Mylopoulos & Scardamalia, 2008). Lärprocesser beskrivs i termer av interaktion och kommunikation i ett system (Lave & Wenger, 1991). Det är genom kommunikationen som vi möter och tar till oss nya sätt att tänka, resonera och handla och dialogen blir således nödvändig för att möjliggöra ett meningsskapande. Genom språket får orden en speciell betydelse och mening beroende på i vilket sammanhang och kultur de används (Vygotsky, 1987; Säljö, 2000). Språket används som ett medierat verktyg för information till såväl varandra som till patienten.

För att kunna tillgodose patientens behov behöver vården vara effektivt organiserad, det vill säga professionella, ekonomiska, administrativa och politiska beslut ska fungera interaktivt (Palmberg, 2003). Att beslut inte alltid fungerar interaktivt betonas av Säljö (2000) som beskriver att det kan råda glapp i samspelet mellan institutionella arrangemang på makronivå och individuella, kommunikativa verksamheter på mikronivå. Hälso- och sjukvård är en institution med olika samverkande praktiker och som fungerar med hjälp av olika dominansförhållanden. I dominansförhållandet utgör den medicinska kunskapens hegemoni ett socialiserande inslag för professionernas utveckling i vårdorganisationen (Sebrant, 2000).

Problem/syfte

Förändringar i samband med omstruktureringar inom NU-sjukvården, ambulansverksamheten, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården gör det nödvändigt att undersöka förutsättningar för en utökad samverkan mellan organisationer.

Syftet med studien är att kvantitativt och kvalitativt beskriva erfarenheter av samverkande sjukvård. Den kvantitativa delen syftar till att beskriva omfattning, innehåll och fördelning mellan aktörer av samverkansuppdragen i Strömstad/Tanum för perioden 2010-05-01–2012-12-31 samt utifrån denna beskrivning göra en grundläggande analys av samverkansprojektets utvecklingsmöjligheter. Den kvalitativa delen syftar till att belysa erfarenheter från vårdpersonal som är i implementeringsfasen av samverkande sjukvård och vårdpersonal med erfarenhet av sådan samverkan. Studien i sin helhet förväntas därmed bidra till en översiktlig beskrivning av förutsättningarna för samverkande sjukvård inom Västra Götalandsregionen, samt ge en fördjupad kunskap om hur att upprätthålla och skapa god och säker vård.

På grund av studierna olika fokus presenteras den kvantitativa och den kvalitativa metoddelen separat. Efter detta redovisas resultat och diskussion av den kvantitativa studien följt av resultat och diskussion

gällande den kvalitativa studien. Sist sammanfattas erfarenheter, från de båda studiernas resultat samt från observationer i styrgruppen för projektet ”Samverkande sjukvård”, i form av ett antal slutsatser.

De frågeställningar vi avser att belysa är följande:

1. Vilka patientflöden finns inom samverkande sjukvård med utgångspunkt från de olika medaktörernas roller och funktion?
2. Hur bedömer personal på olika nivåer och från olika huvudmän projektets styrkor, brister och potential?

Metod och urval

Underlaget till den kvantitativa studien utgörs främst av två statistikällor. Det är samtliga samverkansuppdrag i Strömstad och Tanum som registrerats på den för projektet speciellt framtagna blanketten (blankett B). För den studerade perioden 3 maj 2010 (när projektet startade) till siste december 2012 finns totalt 326 samverkansuppdrag registrerade. Det är också statistik från Sjukvårdsrådgivningen under motsvarande period och geografiska område vilket består av 177 uppdrag.

Den kvalitativa studien baseras på fokusgruppsintervjuer, individuella intervjuer samt ett frågeformulär där personal inom hemsjukvård, primärvård, länssjukvård (MÄVA), sjukvårdsupplysning, och ambulans deltog. De intervjuade var verksamma inom Strömstads, Tanums, Sotenäs, Munkedals och Melleruds kommuner, sjukvårdsupplysningen i Uddevalla och inom NU-sjukvården. Intervjuerna genomfördes hösten 2012 och våren 2013.

Den kvantitativa studien

Sammanställningen av den kvantitativa uppföljningen utgår från de insamlade data som finns att tillgå i projektet ”Samverkande sjukvård”. Uppdraget var att ta fram beskrivande och jämförande statistik baserat på data på genomförda samverkansuppdrag i Bohus Norr (Strömstad/Tanum) under perioden 120101–121231 samt att göra en tidsuppföljning baserad på tillgänglig data från projektstart i maj 2010. Uppföljningen *syftar* till att belysa patientflöden inom projektet ”Samverkande sjukvård” med utgångspunkt från de olika medaktörernas roller och funktion:

- Den kommunala hälso- och sjukvården
- Sjukvårdsrådgivningen 1177
- Ambulansverksamheten
- MÄVA (Medicinsk ÄldreVårdsAvdelning)

Den kvantitativa uppföljningen syftar till att utifrån insamlad data bedöma projektets utvecklingsmöjligheter, vilken nyttjandegrad projektet haft samt

ta fram underlag för bedömning av relevanta mätpunkter för framtida behov av datainsamling inom projektet.

Material

Underlaget till den statistiska analysen utgörs främst av två statistikällor. Dels den dokumentation som samlats in inom ramen för projektet via blanketter speciellt framtagna för samverkansprojektet och dels den statistik som sjukvårdsrådgivningen (1177) samlar in genom sin verksamhet. Viss uppföljning har också gjorts via journaluppföljning av de ambulansuppdrag som skett inom projektet.

Blankett B

Den projektknutna dokumentationen är ifylld av t.ex. kommunsjuksköterskor eller ambulanssjuksköterskor som utfört uppdrag inom projektet. Denna dokumentation har haft olika benämningar och förekommit i olika former dels som pappersblankett och i projektets senare del som en digital blankett via läsplattor speciellt avsedda för projektet. Via blanketten har bl.a. uppgifter om kontaktorsak och vem som tagit kontakten samlats in. Genomgående kommer denna dokumentation kallas för Blankett B i denna rapport. För tiden från projektstart (2012-05-03) till 2011-12-31 har informationen från Blankett B tillhandahållits uppföljningen i aggregerad form, d.v.s. samlad statistik för samtliga samverkansuppdrag under perioden endast uppdelat på uppdragstagare och från vem uppdraget förmedlats (se bilagor IVa och IVb). Från detta underlag går inte att utläsa t.ex. ålder hos patient eller specificerad kontaktorsak. För perioden 2012-01-01 till 2012-12-31 har uppföljningen dock fått tillgång till informationen från Blankett B på uppdragsnivå, d.v.s. där finns information om varje enskilt uppdrag specificerat med avseende på t.ex. kontaktorsak, ålder och kontaktande vårdenhet etc.

1177

Uppgifterna som tillhandahållits uppföljningen från Sjukvårdsrådgivningen i Uddevalla/Västra Götaland (Fortsättningsvis benämnd 1177) gäller för statistikperioden 2010-01-01 till 2012-12-31. Uppgifterna från 1177 omfattar bl.a. registrerad kontaktorsak, kön, ålder och folkbokföringskommun på vårdtagare samt tidpunkt för utfört uppdrag (timme på dygnet och veckodag). Uppgifterna som gjorts tillgängliga uppföljningen är på aggregerad nivå.

Då uppdragen inom projektet ”Samverkande sjukvård” utgör en ytterst begränsad del av den totala sjukvårdskonsumtionen (ca 7 promille – baserat på uppgifter från Sjukvårdsrådgivningen) för gällande sjukvårdsregion (Strömstad/Tanum) så har kvantitativa jämförelser med nuvarande statistikunderlag, som syftar till att värdera andelen samverkansuppdrag i relation till den totala sjukvårdskonsumtionen för att därigenom möjligen kunna värdera effektivisering eller förändrade flöden av sjukvårdskonsumtion, inte ansetts meningsfulla. Således har följande

rapport huvudsakligen fokuserat på att ta fram relevant beskrivande statistik av utförda uppdrag med avsikt att belysa medverkande enheters roll samt uppdragens karaktär med avseende på kontaktorsak, vårdtagarnas kön, ålder och boendeort/mantalsskrivningskommun. Viss betoning har också lagts på att jämföra statistikkällorna avseende t.ex. registrerad kontaktorsak, detta för att värdera validiteten samt i viss mån uppdragets händelsekedja och kvalitet på uppgifter.

För ökad överskådlighet och jämförbarhet mellan olika statistikkällor har uppföljningen delat in samverkansuppdragens kontaktorsaker i olika huvudkategorier utifrån gängse praktik inom medicin och omvårdnad (se bilaga V). Förutom redovisning av de enskilt vanligaste kontaktorsakerna så utgår redovisningen från dessa huvudkategorier.

Den kvalitativa studien

För att kunna identifiera ännu inte kända eller otillfredsställande kända företeelser är intervjun en lämplig datainsamlingsmetod (Silverman, 2001). Den kvalitativa delen av studien är undersökande med avsikt att få så mycket information som möjligt inom det specifika området. För att skapa en beskrivning som både är djup och bred är det viktigt att de professionella får möjlighet att så fritt som möjligt berätta om sina erfarenheter av samverkande sjukvård. I denna studie används därför flera datainsamlingsmetoder som fokusgruppsintervjuer, öppen enkät och individuella intervjuer. Med fokusgruppsintervjuer skapas möjlighet att ta del av flera personers erfarenheter under ett och samma intervjutillfälle. I interaktionen mellan gruppmedlemmar kan attityder, prioriteter, språk och förståelsegrund som inte alltid blir synliga i individuella intervjuer studeras. Dessutom skapas möjligt att ta del av erfarenheter från informanter som annars eventuellt inte skulle ställa upp i en individuell intervju (Kitzinger, 1994). Med en öppen enkät kan informanter mera anonymt beskriva erfarenheter av projektet. Individuella intervjuer skapar möjlighet att ställa följdfrågor till informanter, vilket kan bidra till en fördjupad förståelse för studieobjektet.

Urval och beskrivning av deltagare

Deltagare i den kvalitativa delen av studien var samtliga verksamma inom kommuner där projektet ”Samverkande sjukvård” var under planeringsstadiet eller redan var implementerat. Majoriteten av dessa hade deltagit vid informations- och utbildningsdagar där planering av projektet i den egna kommunen diskuterats.

I fokusgrupperna deltog erfarna sjuksköterskor från ambulanssjukvård och hemsjukvård (n=22). Fokusgruppsintervjuer genomfördes i samband med uppdragsutbildning, ”Prehospitala bedömningar av äldre med stort vårdbehov”, 7.5 hp, våren 2012 vid Högskolan Väst.

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 (n=17).

I de individuella intervjuerna deltog verksamhetsföreträdare (chefer), sjuksköterskor och läkare, anställda vid sjukvårdsupplysning, vårdcentral, hemsjukvård, medicinsk akutsjukvårdsavdelning (MAVA) och ambulans (n=29). De intervjuade var verksamma inom Strömstads, Tanums, Sotenäs, Munkedals och Melleruds kommuner, sjukvårdsupplysningen i Uddevalla och inom NU-sjukvården. I intervjuerna ingick vårdpersonal som vid tidpunkten för intervjuerna inte var involverade i projektet (Mellerud, Munkedal och Sotenäs), och personal med några års erfarenhet från projektet (Strömstad och Tanum) (för mera information se bilagor I-III).

Genomförande

Två fokusgruppsintervjuer (11 deltagare/grupp) genomfördes av tre forskare våren 2012. Sjuksköterskorna informerades om att utgå från de förutsättningar som var rådande i den verksamhet de befann sig i vid intervjuens genomförande. Frågor ställdes kring, patientens/anhörigas behov och perspektiv, förutsättningar/möjligheter för samarbetet och kompetensbehov. Fokusgruppsintervjuerna varade ca 60 minuter, bandades och transkriberades ordagrant.

Öppen enkät samt enskilda intervjuer med sjuksköterskor som deltog vid uppdragsutbildningen på Högskolan Väst hösten 2012 utfördes av två forskare. Frågeområden i enkäten belyste kompetens och lärande i syfte att bedriva samverkande sjukvård.

Individuella intervjuer med personal utfördes av fyra forskare hösten 2012 och våren 2013. Intervjuerna genomfördes på respektive arbetsplats. I intervjun fokuserades, möjligheter och hinder med projektet, risker, patientens roll, kompetens utveckling och samverkan. Intervjuerna bandades och transkriberades så ordagrant som möjligt.

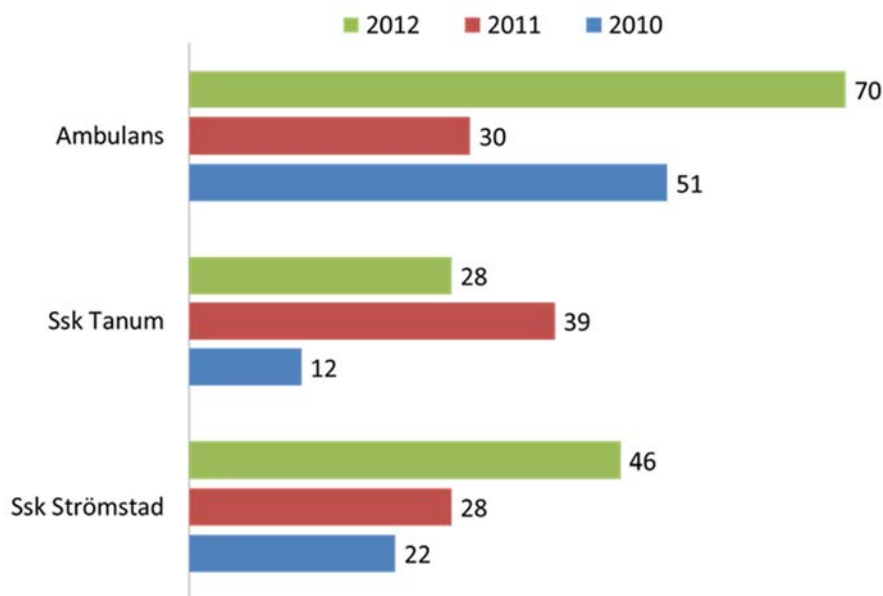
Analys

Texterna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Silverman, 2001). Samtliga texter lästes igenom ett flertal gånger för att klargöra vad som var framträdande i uttalandena med avseende på studiens syfte. I samband med genomläsningen ställdes frågor till texten om innehållet. Meningar och/eller fraser (direkta uttryck, ord och utsagor i texten) markerades. Därefter gjordes en grovsortering av ord, uttryck och meningar, det vill säga av de meningsbärande enheterna. Dessa kondenserades i syfte att korta ned texten, men med bevarad innebörd, d.v.s. kondensatet låg nära den ursprungliga texten. De meningsbärande enheterna kodades, där koden beskrev innehållet i respektive meningsbärande enhet på en något abstraktare nivå än kondensatet. De kodade meningsbärande enheternas underliggande mening grupperades efter sitt innehåll. För att utveckla sådant som inte explicit sägs i

textmassan, görs tolkningar vid analysfasen. Det innebär att utveckla de strukturer och relationer som inte omedelbart framträder i texten. Ur denna analysprocess identifieras subteman och utifrån dessa formuleras avslutningsvis ett övergripande tema, som beskriver den latenta innebörden i det som de intervjuade sagt. Analysprocessen har varit en läsning- och tankeprocess som gått mellan text och den avslutande analysen, där det varit ett samspel mellan syfte, frågor, kodning och slutligen subteman och teman. Analys och sammanställning av datamaterial samt rapportskrivning har genomförts av tre forskare (EDL, SP, MSN).

Resultat - kvantitativ studie

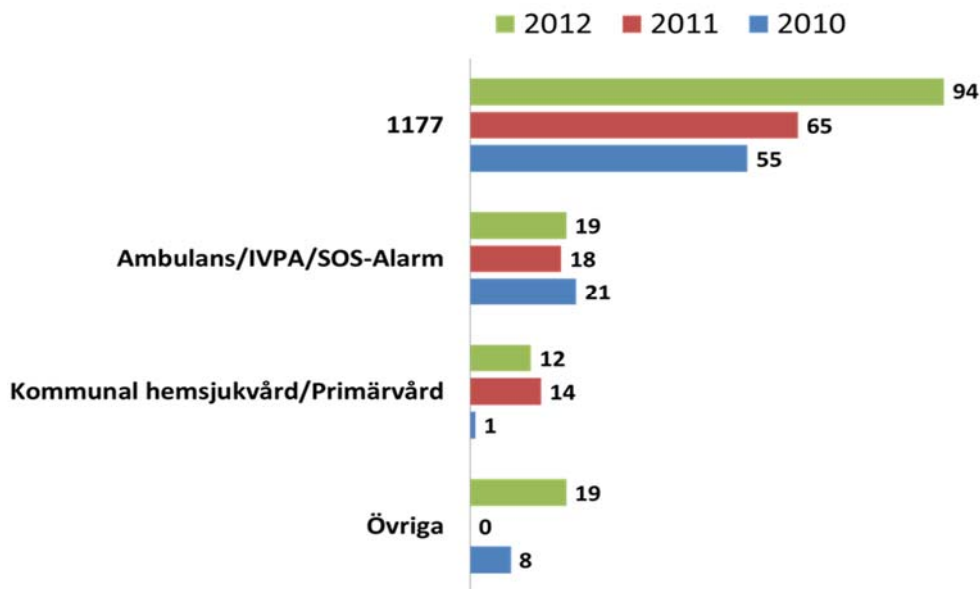
Under perioden 3 maj 2010 till siste december 2012 har totalt 326 samverkansuppdrag registrerats enligt Blankett B (Figur 1). Av dessa utgjorde uppdrag som utförts av ambulanssjuksköterska eller genom transport till medicinsk äldrevårdsavdelning (MÄVA) 151 uppdrag av totala antalet samverkansuppdrag under perioden medan 175 uppdrag utfördes av kommunsjuksköterska.



Figur 1. Antal uppdrag inom projektet "Samverkande sjukvård" för Strömstad/Tanum för åren 2010-2012 fördelat på utförare enligt Blankett B.

Uppdragen inom projektet "Samverkande sjukvård" har förmedlats eller initierats av främst tre aktörer, Sjukvårdsrådgivningen (1177), Ambulansknutna uppdrag (däribland I Väntan På Ambulans (IVPA) och SOS-alarm) samt Kommunsjukvården/primärsjukvården (Figur 2). Utöver dessa tre finns även en kategori övrigt som utgörs av t.ex. kontakt med anhörig eller jourcentral. Under perioden förmedlades/initierades

totalt 214 uppdrag via 1177, 58 uppdrag via Ambulansknuten verksamhet, 27 uppdrag via kommunsjukvården och 27 uppdrag av övriga.



Figur 2. Antal uppdrag inom projektet "Samverkande sjukvård" för Strömstad/Tanum för 2010-12 fördelat på uppdragets ursprung/förmedlande aktör enligt Blankett B.

Bakgrundskaraktäristika för samverkansuppdragen

Samverkansuppdragen fördelar sig på två huvudaktörer, ambulans med 49 % av uppdragen och kommunsjuksköterska med 51 % av uppdragen (Tabell 1). Bland ambulansuppdragen är andelen män högre än för uppdragen hos kommunsjuksköterska, 53 % mot 35 %. Likaså är andelen yngre (0-25 år) högre bland ambulansuppdragen, 16 % mot 4 % för uppdrag för kommunsjuksköterska. Totalt sett gäller de flesta uppdragen vårdtagare över 65 år dessa utgör 79 % av samtliga uppdrag. I den mån vårdtagare förts till annan vårdande enhet så handlar det om vårdcentral, närakut, akuten NÄL eller MÄVA. 28 uppdrag stannade vid egen vård i hemmet.

Tabell 1. Beskrivning av samverkansuppdragen (Kön, ålder, tid på dygnet, månad samt geografiskt område för uppdrag) fördelat på uppdragande vårdenhet enligt Blankett B

| | Ambulans | Kommunsjuksköterska Strömstad | Tanum | Totalt |
|--|----------|----------------------------------|----------|-----------|
| Kön* | | | | |
| Man | 29 (53%) | 19 (35%) | 20 (34%) | 68 (41%) |
| Kvinna | 26 (47%) | 35 (65%) | 38 (66%) | 99 (59%) |
| Ålder | | | | |
| 0-25 | 11 (16%) | 3 (7%) | 0 (0%) | 14 (10%) |
| 26-65 | 5 (7%) | 9 (20%) | 1 (4%) | 15 (11%) |
| 66+ | 51 (76%) | 34 (74%) | 25 (96%) | 110 (79%) |
| Tid på dygnet för uppdrag | | | | |
| 22-07 | 27 (39%) | 16 (35%) | 7 (25%) | 50 (35%) |
| 16-22 | 33 (47%) | 21 (46%) | 15 (54%) | 69 (48%) |
| 07-16 | 10 (14%) | 9 (20%) | 6 (21%) | 25 (17%) |
| Vårdenhet till vilken patient förts | | | | |
| Akuten NÄL | 14 (20%) | 12 (26%) | 2 (7%) | 28 (19%) |
| Närakut | 12 (17%) | 5 (11%) | 0 (0%) | 17 (12%) |
| Vård hemma | 8 (11%) | 10 (22%) | 10 (36%) | 28 (19%) |
| MÅVA | 18 (26%) | 1 (2%) | 1 (4%) | 20 (14%) |
| Vårdcentral | 7 (10%) | 10 (22%) | 8 (29%) | 25 (17%) |
| Annan | 11 (16%) | 8 (17%) | 7 (25%) | 26 (18%) |

*Könsfördelningen är hämtad från 1177-statistiken då kön inte finns angivet i Blankett B.

Kontorsaker

Den enskilt vanligaste orsaken till ett samverkansuppdrag är "Andningsbesvär" som för 2012 utgjordes av 18 av de totalt 144 uppdragen redovisade enligt Blankett B. Därefter följer "Trötthet" och "Bröstmärta" med vardera 7 uppdrag (Tabell 2). Sett över hela perioden 2010-2012 är det enligt uppdrag förmedlade via 1177 "Urinvägsbesvär" som är den vanligaste kontorsaker med totalt 15 uppdrag av de 177 som förmedlats via 1177 Uddevalla. Därefter följer "Besvär i ben och fot" samt "Administrativa åtgärder" med 13 respektive 10 uppdrag.

Tabell 2. Vanligaste kontorsaker inom projektet "Samverkande sjukvård" från två olika statistikällor

| Blankett B för 2012 | 1177 för 2010-12 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1. Andningsbesvär (18) | 1. Urinvägsbesvär (15) |
| 2. Trötthet (7) | 2. Besvär i ben och fot (13) |
| 3. Bröstmärta (7) | 3. Administrativa åtgärder (10) |

Kontorsaker uppdelade efter medicinska och omvårdnadsrelaterade huvudkategorier visar att flest uppdrag hamnar inom kategorin "Övrigt" samt "Besvär från övre och nedre luftvägar" med vardera 22 uppdrag i vardera kategorin (Figur 3). Därefter följer "Problem associerade till

hjärnan” 21 uppdrag och ”Besvär associerade till matsmältningen” med 18 uppdrag. Tittar man däremot på de kontaktorsaker som angetts via 1177 under perioden 2010-12 så toppar ”Besvär associerat till matsmältningen” med 37 uppdrag (Figur 4), följt av ”Ortopediska besvär” med 26 uppdrag och ”Besvär associerade till hjärnan” med 24 uppdrag.



Figur 3. Antal uppdrag inom projektet "Samverkande sjukvård", 2012 fördelade på huvudgrupper av kontaktorsaker enligt Blankett B.



Figur 4. Antal uppdrag inom projektet "Samverkande sjukvård" via sjukvårdsrådgivningen (1177), 2010-12 fördelade på huvudgrupper av kontaktorsaker, källa 1177.

Diskussion - kvantitativ studie

Antalet samverkansuppdrag har ökat från de inledande 85 uppdragen 2010 till 97 för 2011 och 144 för år 2012. År 2010 utgjorde dock ett helt verksamhetsår då projektet inte kom igång förrän i maj. Ökningen från 2011 till 2012 var 48 % och största ökningen står ambulans för som ökade från 30 till 70 uppdrag mellan 2011 och 2012. Noterbart är också att uppdragen för kommunsjuksköterska i Tanum under samma period minskade med 11 uppdrag (28 %). Var orsaker till dessa förändringar ligger torde vara viktigt att analysera och kan möjligen förstås med hjälp av uppföljande studier av organisatoriska och personella förändringar. Inom projektet "Samverkande sjukvård" förmedlas 66 % av uppdragen via Sjukvårdsrådgivningen (1177). Det antyder vikten av att ha med 1177 i den fortsatta utvecklingen av verksamheten men också potentialen hos andra vårdaktörers del i verksamheten som t.ex. SOS-alarm som under perioden 2010-12 förmedlade 18 % av uppdragen.

Samverkansuppdragen med avseende på kön och ålder

Ambulans i samverkansuppdrag tar i större utsträckning hand om män och de yngre vårdtagarna. Det handlar om få fall men såväl könsskillnaden och åldersfördelningen är statistiskt signifikant (Chi2, $p < 0,05$). Då statistiken inte erbjuder att kontrollera kontaktorsaker efter kön går det inte att här närmare bedöma närvaron av en eventuell genusfaktor utöver

den rent medicinska bedömningen utifrån kontaktorsak. Med tanke på de strukturella aspekter som ofta lyfts fram vad gäller orättfärdiga skillnader i den vård som erbjuds män respektive kvinnor (se bl.a. (O)jämsättldhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt, Sveriges Kommuner och Landsting, 2007) torde detta var en indikation som bör följas upp och studeras närmare. Skillnad i åldersfördelning kan möjligen tydligare kopplas till förklaringar grundade på kontaktorsaker där över hälften av de 11 fall för ambulansuppdrag i ålderskategorin 0-25 år gällde ortopediska besvär (benskada/ryggbesvär) eller hudbesvär (hudförändringar/sårskada). Inget av uppdragen gällande ålderskategorin 0-25 renderade vård i hemmet utan medförde transport till akutmottagning eller vårdcentral.

Kontaktorsaker

En orsak till att tolka statistiken gällande studerade tidsperioder med viss försiktighet är att det delvis finns en skillnad i rapporterade kontaktorsaker mellan 1177 och Blankett B (Jämför Figur 3 och 4). Men då det inte varit möjligt att koppla ihop statistiken från 1177 med Blankett B för ett enskilt uppdrag, har det inte gått att spåra inom vilka kategorier det sker flest fall av ändrade bedömningar. Skillnaderna i rapporterade kontaktorsaker som antyds bör dock studeras vidare och förstås utifrån ett uppdrags hela händelsekedja där kontaktorsaken i initialskedet av ett uppdrag (samtal till 1177) uppenbarligen kan bedömas annorlunda efter uppdragets genomförande och direktkontakt med vårdtagaren. ”Allmän påverkan”, ”Ortopediska besvär” och ”Hjärtproblem” tycks vara de kategorier av kontaktorsaker som kan komma att få en annan bedömning i den senare delen av ett samverkansuppdrag genomförande. Eftersom 1177 är en viktig aktör för förmedling av samverkande sjukvård kan det således vara av värde att följa upp huruvida samstämmigheten i bedömningarna kan förbättras. Genom att analysera hela händelseförloppet från 1177 till genomfört uppdrag torde det vara möjligt att identifiera samverkansuppdrag med mer eller mindre ideala förutsättningar utifrån bl.a. kontaktorsaker, en analys som kan ge vägledning till hur verksamheten kan utvecklas. Det bör dock betonas att detta enbart är noterat utifrån statistiska skillnader och att medicinska eller andra aspekter av skilda bedömningar ligger utom den statistiska uppföljningens möjlighet att värdera.

Resultat - kvalitativ studie

I resultatet framträder fyra områden som de mest väsentliga att hantera vid införandet av samverkande sjukvård. Dessa beskrivs under följande teman:

- Utveckla och upprätthålla vårdkvalitet
- Ett utökat kompetensområde
- Samarbete för god och säker vård
- Organisation och ledarskap för god och säker vård

Nedan beskrivs dessa områden mera utförligt.

Utveckla och upprätthålla vårdkvalitet

Deltagarna anser att projektet ”Samverkande sjukvård” kan bidra till att förbättrad vårdkvalitet för vårdtagare, framför allt gällande tillgänglighet och möjligheten för vårdtagarna att vara delaktiga. Vårdkvalitet beskrivs som vård utförd utifrån ett professionellt yrkeskunnande och förhållningssätt, och i relation till vårdtagares behov. Vårdpersonalen betonar vikten av att ha möjlighet att skapa förståelse och insikt för vårdtagares och anhörigas situation. De understryker betydelsen av att kunna skapa en relation. För vårdkvalitet krävs också möjlighet att ge vårdsökaren tid, sitta ned, lyssna och prata. Kontinuitet och att upprätthålla fokus på vårdtagares behov anses viktigt. Vård med god kvalitet innebär att alla vårdtagare informeras av vårdpersonal om vilka vårdmöjligheter som erbjuds inom projektet. Men det var inte alla gånger som vårdtagaren fick vara med och besluta om val av vård, ”det förekommer att patienterna på grund av bristande information från vårdpersonalen och hälso- och sjukvårdens organisation inte har kunnat vara med och påverka sin vårdssituation”. Samverkande sjukvård anses framförallt kunna bidra till att öka vårdkvaliteten för äldre och multisjuka.

Med samverkande sjukvård skapas möjligheter att erbjuda vårdtagare kvalificerad vård och bedömning i hemmet, vilket i sin tur kan förhindra onödiga och, många gånger, långa resor till sjukhus. Dessutom kan en bedömning/eller kontakt med vårdpersonal, som har kännedom om den enskilde vårdtagarens situation, bidra till att lösa vårdtagarens problem. Genom möjligheten att kontakta 1177 blir vårdtagaren mer delaktig och kan genom stöd från vårdpersonal diskutera sina hälsoproblem, och exempelvis besluta att vara kvar i hemmet med hjälp av hemsjukvård och inte åka till sjukhus.

Dessutom kan en bedömning/eller kontakt med vårdpersonal, som har kännedom om den enskilde vårdtagarens situation, bidra till att vårdtagarens problem åtgärdas på ett för vårdtagaren mer lämpligt sätt. Möjlighet att kontakta 1177 kan bidra till större valfrihet då vårdtagare får möjlighet, att med stöd av vårdpersonal, diskutera vårdproblem och hur detta kan lösas på ett för patienten tillfredställande sätt.

Samtidigt framhålls att samverkansformen kan riskera vårdkvaliteten, exempelvis vid bristande kompetens hos vårdpersonal. Enligt vårdpersonalen saknas också gemensam dokumentation och vårdrutiner i de olika verksamhetsområdena exempelvis gällande läkemedelshantering och bedömningsunderlag. Vårdpersonalen efterfrågar ett dokumentationssystem som följer vårdtagaren i vårdkedjan och som möjliggör för samtlig vårdpersonal att lättare ta del av väsentlig information. Förhoppningen är att samverkan ska leda till nya arbetssätt och rutiner där det inte finns några hinder mellan vårdverksamheterna. Risken att för många vårdgivare blir inblandade kan i sig leda till otrygghet för vårdtagaren.

Det fanns en osäkerhet gällande att resurser, i framför allt den kommunala vården, inte skall räcka för att upprätthålla god kvalitet. Därmed kan projektet medföra ett behov av att omfördela resurser, ”hemsjukvården kommer att behöva mer resurser då den vårdverksamheten har mest kunskap om vårdtagaren och har huvudansvaret för vårdtagarens vård”. Vårdpersonalen betonar risken att politiker och tjänstemän har fokus på ekonomiska vinster i en samordnad vårdkedja och att vårdtagaren kan hindras att söka sig till specialistvård p.g.a. projektet. Vårdtagaren som behöver och önskar stöd skall också få detta för att komma i kontakt med specialistvård. På vilket sätt detta stöd kunde utformas var oklart.

Ett utökat kompetensområde

För flertalet vårdpersonal förväntas att en samverkande sjukvård medför ett utökat och förändrat ansvarsområde. Dessutom kommer det att krävas en utökad kunskap och förståelse för andra arbetsgruppers ansvarsområde och arbetsinnehåll.

Införandet av samverkande vård skapar således en förändringsprocess som påverkar yrkesrollen. Processen kommer att ta tid och flera uttrycker en osäkerhet och rädsla för nya arbetsuppgifter: Osäkerhet, ”*vad blir det för oss?*”, samt ”*rädsla att tappa greppet om sin egen yrkesroll*”. Några uppfattar förändringarna som en belastning. Ambulanspersonalen beskriver att arbetsinnehållet kan förändras radikalt med ett helt annat uppdrag ”*på ett helt nytt sätt och tänka om*”. En upplevd osäkerhet eller ovilja till förändring kan komma till uttryck i ett motstånd eller ett revirtänkande där annan vårdpersonal ses som konkurrenter och är ”*inne och nosar på vårt område, skall ni åka ut nu och göra vårt arbete klarar ni det verkligen?*”. Andra beskriver hur de hanterar de nya kraven genom att ta hjälp av andra och lita till sin egen förmåga ”*man har lite is i magen*”.

Behov av utbildning anses dock vara central för att kunna möta krav att hantera nya arbetsuppgifter. Det krävs teoretisk- och praktisk kompetens för att känna sig trygg och veta vad man gör. Utbildning skapar möjlighet att växa i sin nya yrkesroll. Brister gällande utbildning kan resultera i bristande förståelse för vad projektet innebär samt avsaknad av reell kompetens. ”*det kan resultera i att det görs bedömning att patienten inte behöver åka in på sjukhus utan att hemsjukvården skall göra flera tillsynsbesök under natten tills patienten har fått tid hos VC*”. Det kunskapsinnehåll som efterfrågas varierar beroende på funktion och tidigare erfarenheter.

Kommunsjuksköterskor efterfrågar framförallt mera kunskap inom akutsjukvård, medan ambulanspersonal efterfrågar kunskap gällande vård av äldre. MÄVA-sjuksköterskor påtalar att deras arbete är mycket komplext och skulle kräva både vidareutbildning och mycket erfarenhet. Ytterligare kunskapsområden som vårdpersonalen tror kommer att krävas är: Akutsjukvårdsutbildning (HLR, akutsjukvårdsfunktioner, första hjälpen insatser, akutbedömning, ALMS-kurs, DHLR); Praktisk utbildning (auskultation inom ambulansverksamhet och kliniska undersökningar);

Medicinsk-teknisk utbildning; Barnsjukvård. Det finns även förväntningar på en kvalificerad utbildning för en mer självständig roll som sjuksköterska, såsom utbildning på avancerad nivå till specialistsjuksköterska.

Deltagarna beskriver också stora möjligheter för professionell utveckling i samverkansformen, exempelvis genom att utbyta professionella erfarenheter av hur vårdpersonal från andra verksamheter utför bedömningar och genomför vården. Denna professionella utveckling kan bidra till nya sätt att tänka som kan föra med sig både fördjupad och vidgad förståelse för vårdsökandes problematik, behov och resurser. En professionell utveckling innefattar också en större medvetenhet om det egna arbetsinnehållet och den egna kompetensen. Kunskap är viktigt för att förstå vad som bör ingå i det egna ansvarsområdet och vad som skall hanteras av andra medarbetare med mera lämplig kompetens.

Samarbete för god och säker vård

Samarbetet ses som en förutsättning för att bedriva god och säker vård. Samarbete beskrivs som en process där medarbetare och organisation skapar förutsättningarna.

Vårdpersonal, det vill säga sjuksköterskor med olika specialiteter, beskriver hur samarbetet skapar möjlighet att; hjälpa varandra i praktiska vårdarbetet, effektivisera vården, förkorta beslutsvägar och skapa effektiv informationsöverföring mellan verksamhetsområden. Samarbetet ger möjlighet till erfarenhetsutbyte vilket kan medföra en ökad kunskap och förståelse för kollegors uppdrag, insikt i andras yrkesroller och ökad respekt för kollegors bedömningar. Kunskap om övrig vårdpersonals expertkunskap möjliggör att kunskapen blir mer tillgänglig dvs. man vet vem som skall kontaktas för att kunna få råd och stöd vid specifika frågeställningar.

Vårdpersonalen uttrycker ett behov av att utveckla ett förtroende mellan de som skall samverka, att utveckla ett ”*samförstånd*” mellan de olika professionerna där de ställer upp för varandra. I intervjuerna betonas en förväntan om samverkan mellan hemsjukvård, ambulans och läkare. Dessutom efterfrågas ett mera utvecklat samarbete med sjukhusvården, ”*kanske genom att utveckla en gemensam planeringsplan för patienten, annars är risken att patienten kommer hem och inte är riktigt färdigbehandlad och åker in igen till sjukhuset*”.

Samarbetet uppfattas som positivt och stimulerande. Utbildningsdagar har anordnats med undervisning inom olika specialområde samt med diskussioner om samverkansformer. Vårdpersonalen beskriver hur utbildningsdagarna skapat större förståelse för varandras verksamheter och arbetsformer och därmed bidragit till bättre samverkan mellan olika professionsgrupper. Framförallt mellan MÄVA, hemsjukvård och ambulans.

I samverkan mellan kollegor framkommer betydelsen av en god kommunikation. Genom kommunikation förmedlas värdefull kunskap om vårdtagaren och ett lärande sker vid gemensam problemlösning. Det öppnar också möjligheter att friktionsfritt, ta kontakt vid senare tillfällen. Möjligheten att träffas anses viktigt för att utveckla ett samarbete *"får ett ansikte på kollegan, med ett ansikte är det lättare att ta kontakt och att ha en rakare kommunikation"*. Genom att delge varandra kunskaper och erfarenheter stärks såväl samarbete som kompetens.

Vid flertalet verksamheter lever en ambition att vårdpersonalen från hemsjukvården och ambulansen skall träffas för att lära känna varandra och utbyta erfarenheter. Vid ett antal enheter finns redan välfungerande former för träffar medan vid andra enheter fungerar dessa träffar sämre. Mindre lyckat är när möten ordnats som sociala aktiviteter utanför arbetstid, vilket inte skapar förutsättningar för samtliga att delta och att dessa möten inte heller har det professionella fokus som krävs.

Hos vårdpersonalen finns en förväntan att samverkansprojektet skall innebära en samordning gällande vårdrutiner och dokumentation. Att ha gemensamt utarbetade riktlinjer som till exempel olika PM, skulle främja samarbetet mellan kommuner och olika verksamheter. Gemensamma mål kan utvecklas och gemensamma bedömningsinstrument kan användas för att säkerställa en säker vård.

Samarbetet mellan sjuksköterska och läkare framhålls av deltagarna i projektet som en viktig förutsättning för en effektiv vård. Det handlar om ett professionellt team, där man litar på varandra och varandras kunskap och tillsammans kan erbjuda vårdtagare en vård som bygger på bådas kompetens och erfarenhet, *"sjuksköterskan tillsammans med läkaren kan ge möjlighet för ett hembesök och ha tid att sitta ned, och lyssna på vad patienten har för önskemål med sin vård. Det kan utveckla vården och vården kan bli på en helt annan nivå"*. Ett samarbete som bygger på att de olika professionerna bidrar med sina specifika kunskaper och förståelse av vårdtagarens problem. Samarbetet innebär även att både medicinska- och omvårdnadsåtgärder kan beslutas och vidtas om så krävs. Sjuksköterskor beskriver dock en upplevelse att de ibland *"saknar inflytande över vårdbeslut"* vilket hämmar samarbetet med framförallt läkarna. Det medför en upplevelse av att inte kunna påverka vården. Att våga ta initiativ och att *"sätta ned foten"* är viktiga faktorer för att ha ett ömsesidigt samarbete och en tro på sin yrkeskunskap.

Läkarna beskriver att samarbetet med sjuksköterskorna är betydelsefull för att kunna hantera framförallt de äldres vårdbehov. Det finns läkare som framhåller möjligheten att deras medicinska kompetens kan användas inom projektet i större utsträckning, att de exempelvis tillkallas vid akuta situationer innan transport till sjukhus. Läkarna understryker att de inte alltid ser sig som en del av projektet och att läkarnas funktion i projektet inte är tydliggjord. De deltar inte i samma utsträckning i de möten och

utbildningar som anordnas med de olika sjuksköterskeprofessionerna i kommunerna. Det förekommer även uttalanden som tyder på att projektet inte medfört några förändringar gällande läkarnas arbetsinnehåll.

Organisation och ledarskap för god och säker vård

Vårdpersonalen beskriver organisationens och ledarskapets betydelse för att skapa förutsättningar, utveckla och driva en samverkande sjukvård. De betonar även behovet av professionellt stöd från chefer och övriga beslutsfattare.

Projektet "Samverkande sjukvård" ses som en möjlighet att samordna vård mellan de olika vårdverksamheterna. Samordning kan ske genom att "sudda ut" gränserna mellan vårdverksamheter och bidra till att "*vårdkedjan hålls samman och att patienten inte faller utanför hälso- och sjukvårdens organisation*". Organisationen inom hälso- och sjukvården är svår att överblicka. Detta medför att möjlighet till samarbete, informationsutbyte och kunskapsutveckling försvåras. En ofta förekommande förklaring till hinder för samarbete sägs vara att det idag finns "*ganska många vattentäta skott*" mellan de olika vårdinstanserna, länssjukvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård, vilket hämmar integrering av samtliga verksamheter i samarbetsprojektet. En annan ofta förekommande förklaring till hinder för samarbete sägs vara att varje vårdinstans har sin egen budget. För att inte den vårdsökande skall förbises och hamna mellan två verksamhetsområden, krävs att ansvaret för den enskilde vårdtagaren tydliggörs. Det krävs politiska beslut för att utveckla hemsjukvården då "*hemsjukvården har mest kunskap om patienten och har huvudansvaret för patientens vård*". Detta innebär en önskan om att hemsjukvården skall ha huvudansvaret för patienten vilket ses som en utmaning för att projektet skall kunna genomföras fullt ut. Risker finns att samverkan mellan vårdverksamheterna hindras på grund av överbelastning och en bristande tilltro till att få hjälp mellan de olika verksamhetsområdena, exempelvis mellan ambulans och hemsjukvården. Vårdpersonal menar att det finns en otydlig besluts- och ansvarssystem mellan politiker och samverkansprojektets ledning. Bristande kommunikation och otydliga besluts- och ansvarssystem resulterar i att samarbetet mellan de olika vårdverksamheterna hindras.

Vårdpersonalen påtalar att det inom projektet finns otydliga strukturer, oklara arbetsrutiner samt otydliga styrdokument vilket skapar otrygghet och osäkerhet. Risker finns att samverkan kan skapa intressekonflikt gällande resurser, prioritering av arbetsuppgifter och att "*vissa vårdverksamheter kan utnyttja projektet till sin fördel*". Vårdpersonalen beskriver risken med att vårdsökande, som är inskrivna i hemsjukvården, får stå tillbaka för att hemsjukvårdspersonal måste ta på sig andra uppdrag. Det finns risk att inte hinna med "*sina patienter*" eller att hemsjukvårdspatienter får vänta längre innan någon vårdpersonal kan göra hembesök. Samverkan kräver en styrning (ledningen och politiker) som ser vårdpersonalens funktion och roll. För att bedriva samverkande sjukvård krävs

kommunikation mellan beslutsfattare på organisationsnivån, chefer på ledarskapsnivå och vårdpersonal. En MÅVA-sjuksköterska beskriver hur hemsjukvårdssjuksköterskor oftast inte har möjlighet till samråd med läkare. Detta kan leda till att vårdtagare söker sig vidare till sjukhusvård istället för att få vård i hemmet.

I intervjuerna beskrivs också hur den befintliga verksamhetens riktlinjer styr åt ett håll och projektet åt ett annat. Det finns därmed brister i upplägg och ledarskap, vilket påverkar planering och engagemang i projektet negativt. Vårdpersonalen beskriver att de inte har något att säga till om. Avsaknad av mandat och oklarheter gällande ansvars- och arbetsfördelning motverkar arbetstillfredsställelse och möjligheten till samverkan mellan vårdverksamheterna.

Vårdpersonalen beskriver en obalans mellan projektets/ledningens förväntningar och krav, och vårdpersonalens upplevelse av om det är möjligt att *”lägga till nya arbetsuppgifter”*. Vårdpersonalen beskriver att de krav som ställs på dem idag är mer än tillräckligt. Alla har mycket att göra på sina enheter och svårt att hinna med något extra. Det finns en risk att arbetsbelastningen blir allt för stor. De som ännu inte har erfarenhet av projektet beskriver, i större utsträckning, en oro för hur projektet kommer att påverka arbetsbelastningen. De framhåller dock att det är mycket svårt att avgöra hur det kommer att bli och efterfrågar också ett kontinuerligt stöd från arbetsledning. De mera erfarna beskriver att arbetsbelastningen inte blivit så stor som de tidigare befarat. Det påpekar dock att projektet inte tycks vara känt för alla kommuninvånare eller vid 1177, vilket kan ha påverkat tillströmningen av vårdtagare. Uppfattning av vilka resurser som kommer att krävas varierar och anses mycket svårt att uppskatta av verksamhetsföreträdare. Flertal chefer, som deltog vid den individuella intervjun, anser att de med befintliga resurser kan hantera projektet. En del chefer anser att det kommer att krävas extra personalresurser för att hantera en ökad belastning av vårdtagare. Andra chefer anser sig klara av uppdraget inom ramen för befintlig verksamhet, men med förbehållet att de kan avsäga sig ansvaret om arbetsbelastningen skulle bli för stor.

Samverkande sjukvård medför att nya förväntningar och behov framträder, exempelvis gällande utrustning, kompetens och lön från vårdpersonal. Vårdpersonal efterfrågar utrustning för att kunna genomföra olika former av undersökningar i hemsjukvården till exempel bladder scanner, pulsoxymeter och temperaturmätare. En sådan utrustning anses kunna innebära en effektivisering av vården. Vårdpersonalen efterfrågar en ledning som har förståelse och kunskap om den kompetens som krävs.

Det finns en förväntan att arbetsgivaren skall tillhandahålla tid och pengar för utbildning *”Vi har inte har gått in i detta projekt frivilligt det är ju inte vi som bestämmer att vara med i projektet, så då kan jag tycka att det faktiskt får se till att utbilda oss också”*. Kompetensutveckling kräver tid, trots detta är stödet i form av betald utbildningstid mycket varierande mellan de olika

verksamheterna, vilket beskrivs som frustrerade och olyckligt. Organisatoriska hinder, ekonomiska åtstramningar och personalbrist, kan utgöra hinder för utbildning. Vårdpersonalen uttrycker också att det finns en risk att *”kunskapsutvecklingen inte premieras med högre lön”*.

Diskussion - kvalitativ studie

Analysen visar att deltagarna utifrån sina erfarenheter ser möjligheter att arbeta mer personcentrerat. Det finns en vilja att förändra och förbättra vården. Det finns även en förväntan att samverkan mellan organisationer kan bidra till ökad vårdkvalitet eftersom det leder till att vårdkedjan hålls samman och då ger möjligheter till personcentrerad vård. Att arbeta personcentrerat innebär kontinuitet och delaktighet för patienten (Ekman et al., 2011). De fem teman som påverkar och påverkas av en ökad samverkan handlar om vårdkvalitet, om deltagarna eget lärande, om samarbetet, samt om organisationen och ledarskapet.

Resultatet av de olika intervjuerna visar att deltagarna utifrån sina erfarenheter ser möjligheter genom ökad samverkan och de lyfter i intervjuerna fram sina förväntningar. Det handlar om att ändra fokus från de professionella till den vårdsökande.

Deltagarna i projektet anser att det finns goda möjligheter att öka vårdens kvalitet. För att detta skall ske är det viktigt att ha patienten i centrum, vilket bland annat innebar att använda resurser som finns inom vårdorganisationen på ett effektivt sätt. En samordning skulle även ge möjligheter till personcentrerad vård med kontinuitet och delaktighet för patienten. En förutsättning är att det finns utrymme för att skapa en vårdrelation tillsammans med patienten. Att utveckla personcentrerat vårdande är något som poängteras inom dagens hälso- och sjukvård.

Deltagarna i projektet använder olika benämningar på de vårdsökande, såsom patient, brukare och kund. Harré (1998) skriver om person och själv, där begreppet person är det övergripande utifrån att en person har rättigheter. I personens olika själv finns den narrativa identiteten utifrån mitt självbiografiska minne och som uttrycks genom min livsberättelse. Dels har varje person ett semantiskt minne, där relevanta personliga fakta om oss själva finns, dels ett episodiskt minne med livets olika händelser och det tredje som är vårt implicita minne, d.v.s. det undermedvetna och det kroppsliga minnet. I en del av självet finns även sättet på vilket vi visar oss för andra, olika och beroende på sammanhang. Detta själv konstrueras i samspel med andra och såväl bemötande som andras reaktioner är viktiga för att bli bekräftad, få eller utsättas för makt, att tillåtas vara den man är eller inte. Att beakta patienten som en person som finns i ett sammanhang är att ha en helhetssyn på patienten. Det kan innebära en skillnad mellan att använda begreppet patient eller begreppet person. Att använda begreppet patient, innebär en risk att det blir sjukdomen som är i fokus. Om begreppet person används så är det inte lika lätt att bortse från den människa som har den specifika sjukdomen/ohälsan. Vårdanalys påpekar att utgå från en helhetssyn på patienterna kan kräva mer

samordnade insatser av vårdgivarna inom och utanför vårdsektorn och möjligtvis en utvidgning av rollerna för viss vårdpersonal, t.ex. sjuksköterskor (Vårdanalys 2012, s.11).

Under intervjuerna var det möjligheterna till det egna lärandet som upptog mycket av respondenternas resonemang. Det handlade om att lära om och av varandra och att utveckla personlig kunskap (kompetens). Detta kan knytas till ett interprofessionellt lärande (IPL) som förutom lärande kring gemensamma begrepp, färdigheter, språk och perspektiv även handlar om att utveckla en ömsesidig tillit och respekt för varandras professioner, något som vi tror kan öka den kompetens som krävs för att bedriva ett personcentrerat vårdande i samverkan mellan kollegor. Det framkommer även att det är ”*viktigt att man för en dialog*” och kommunikation sågs som en viktig del för att kunskapsutveckling skulle ske. Deltagarnas diskussioner stärker uppfattningen att det är betydelsefullt att utveckla hälso- och sjukvården som en lärande organisation, för att möjliggöra lärsituationer där kunskap kan förenas (Rommetveit, 1974; Säljö, 1992). Något som deltagarna förväntade sig var att kunna vidareutbilda sig eller få kompetensutveckling på arbetstid vilket gör det möjligt att utveckla och/eller bibehålla kompetens. Det blir således en utmaning för vårdorganisationen 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 (Mylopoulus & Scardamalia, 2008).

Att samarbetet ökar uppfattas mycket positivt och deltagarna såg att samarbete mellan olika individer kunde leda fram till att det även skedde en samverkan mellan organisationerna vilket i sin tur gav ökade förutsättningar för ett professionellt vårdande. Det var mycket diskussioner i fokusgrupperna kring det specifika samarbetet mellan sjuksköterska och läkare som de ansåg kunde förbättras betydligt. Traditionellt och historiskt är hälso- och sjukvård en institution med olika samverkande (samverkan!) praktiker som fungerar med hjälp av olika dominansförhållanden. I dominansförhållandet utgör den medicinska kunskapens hegemoni ett socialiserande inslag för professionernas utveckling i vårdorganisationen (Sebrant, 2000). Ett sådant dominansförhållande anses inte längre som självklart. I föreliggande projekt fanns uppfattningar att läkarna inte varit med i projektet i tillräcklig omfattning, vilket vi menar är olyckligt eftersom det vid organisationsförändringar är centralt att alla berörda inkluderas och ges samma förutsättningar. Det är dessutom viktigt att läkarnas medicinska perspektiv sätts in i ett sammanhang där det medicinska utgör en av flera olika kunskapsformer. Utövare inom skilda vårdprofessioner har olika kunskap, såväl teoretisk som praktisk. Kunskapen kan identifieras i en hierarkisk ordning och professioner tilldelas olika status (los Reyes, 2007; Mättää & Dahlborg Lyckhage, 2011).

Ett ökat samarbete mellan kollegor kan leda till kunskapsutveckling, en utveckling av såväl personlig som kollektiv kunskap. Enligt Lave och

Wenger (1991) sker lärandet i olika praktiska verksamheter där den oerfarne tar del av den samlade kunskapen som reproduceras i den sociala praktiken. I föreliggande studie kan det illustreras av att sjuksköterskor från olika verksamheter är noviser i den andres specialområde. Att träda in i något nytt skapar rädsla och osäkerhet och projektet skapar en förändringsprocess som påverkar de olika vårdverksamheterna olika mycket. En del av deltagarna såg projektet som en belastning eftersom de redan hade så mycket att göra. En förväntning var att ha en överblick och ett avgränsat ansvarsområde för att kunna utföra sitt ordinarie arbete professionellt. När det gällde samarbetet mellan politiker och ledningarna i de olika organisationerna fanns förhoppningar om att det skulle kunna skapa en positiv arbetsmiljö för vårdpersonalen om samarbetet ökade. Det framkommer även en förväntan på att det genomförda projektet ”Samverkande sjukvård” kan bidra till att vårdkedjan hålls samman och att patienten inte faller utanför hälso- och sjukvårdens organisation. För att kunna tillgodose patientens behov behöver vården vara effektivt organiserad, det vill säga professionella, ekonomiska, administrativa och politiska beslut ska fungera interaktivt (Palmberg, 2003). Att beslut inte alltid fungerar interaktivt betonas av Säljö (2000) som beskriver att det kan råda glapp i samspelet mellan institutionella arrangemang på makronivå och individuella, kommunikativa verksamheter på mikronivå. Enligt den statliga myndigheten Vårdanalys (2012) finns det utmaningar som både gäller kostnadsbesparingar och förändringar i attityder hos vårdpersonal och administrativ personal. Detta framkom även under intervjuerna där en förväntning som uttrycktes var möjligheten till omfördelning av ekonomiska resurser till förmån för hemsjukvården, den vårdverksamhet som har mest kunskap om den vårdsökande och som har huvudansvaret för vården. Att använda resurserna för att utveckla en samverkan mellan de olika kommunerna var viktigt och kunde enligt deltagarna ge många fördelar.

Det fanns förväntningar på att organisation och ledarskap skulle ge dem stöd i sina nya yrkesroller och i arbetet med samverkan mellan andra yrkesgrupper och vårdverksamheter. Att försöka utjämna skillnader i vård beroende på geografiska skillnader var också något som de såg att projektet kunde mynna ut i. En personcentrerad vård motverkas av bristande tid, bristande valmöjlighet, motstånd till förändring, och där det finns ett starkt fokus på rutiner. Däremot är organisatorisk flexibilitet en nyckelfaktor för personcentrerad vård (Ekman et al., 2011). För att vårda utifrån personens behov krävs att även organisationen utgår från personen. Enligt Vårdanalys (2012) är bristande samordning och samverkan mellan vårdgivare en svaghet i svensk hälso- och sjukvård som har en negativ inverkan dels på patientens upplevda vårdkvalitet, dels på vårdens resultat och kostnader. Deltagarna tar bl.a. upp att tekniska problem med elektroniska patientjournaler förhindrar en optimal användning av dem, något som krävs för att kunna förbättra samordning och säkerställa kontinuitet i patientens vård. Detta kom även fram i intervjuerna, där brist på information om patienten, avsaknad av gemensamt datajournalssystem sågs som hinder för en god vård. Såväl

ambulans som personal på MÄVA tar upp att de inte har tillgång till viktig information om patienter, vilket försvårar möjligheten till snabba och korrekta beslut. Förväntningar fanns att beslut om ökad samordning även skulle leda till förändring av journalföringssystemet så att det skulle finnas en dokumentation som följer patienten genom hela vårdkedjan. Detta skulle kunna leda till nya arbetssätt och till färre hinder mellan vårdverksamheterna.

Slutsatser

Underlaget i föreliggande projekt är för begränsat för att kunna dra alltför långtgående slutsatser. Uppgifter saknas före det projektet startade och det statistiska underlaget har varit svårt att kontrollera. Vidare blev implementeringen i ett antal kommuner (Sotenäs, Munkedal och Mellerud) försenade vilket innebar att några intervjuer i den kvalitativa studien genomfördes innan det var ”skarpt läge”. I planeringsdokument om projektet ”Samverkande sjukvård” och i styrgruppen fanns inga uttalade mål om hur många uppdrag i projektet man förväntade sig. I styrgruppen och i de intervjuer vi har gjort framgår emellertid att antalet uppdrag har blivit mycket färre än vad man förväntade sig. Det gäller alla former av uppdrag, men i synnerhet IVPA (i väntan på ambulans) och Assistent uppdrag. Vår kvantitativa studie visar att det sedan projektet startade i maj 2010 och till den siste december 2012 har genererats totalt 326 uppdrag i Strömstad/Tanum. Det är en försvinnande liten andel (mindre än en procent) av den totala sjukvårdskonsumtionen i denna region.

En samlad bild utifrån de här presenterade studierna och medverkan i styrgruppen pekar dock på ett antal tänkbara orsaker till att omfattningen av antalet uppdrag under de tre första åren av projektet var begränsat. De olika källorna stödjer varandra i våra slutsatser.

Sjukvårdsupplysningen som huvudsaklig uppdragsgivare har blivit mer regional och det finns enheter som inte har så stor kännedom om projektet ”Samverkande sjukvård”. Produktionskravet att expediera minst 90 % av alla inkommande samtal inom tre minuter gör det svårare att ge nödvändig tid i kontakt med patient och vårdgivare.

Det finns en inställning bland både personal i sjukvårdsupplysningen och hemsjukvården att inte ”störa” ambulansen. Det blir enklare att göra som man alltid har gjort i synnerhet som det finns en osäkerhet kring vilka rutiner som ska tillämpas. Med få ärenden, en stor variation på kontaktvägar och flera olika former av dokumentation blir förutsättningarna för tydliga rutiner sämre. Osäkerhet och okunskap innebär att enskilda personer finner andra lösningar. Om de större kommunerna blir en del av projektet ”Samverkande sjukvård” finns givetvis förutsättningarna för helt andra volymer och därmed att det byggs upp en större säkerhet kring rutiner.

Det finns ett antal närbesläktade projekt som inte är helt lätta att särskilja från projektet ”Samverkande sjukvård”. Det är bl.a. ”Hembesök av kommunsjuksköterskor”, MÄVA-projektet och ”Aktiv hälsostyrning”. Man bör här göra ett val; endera sammanföra relevanta projekt eller tydligt skilja ut de som inte berör projektet ”Samverkande sjukvård”.

Sjuksköterskor i hemsjukvården kan många gånger inte utföra behandlingar utan att få läkarstöd. Samtidigt har inte läkarna blivit involverade i projektet ”Samverkande sjukvård” i någon större utsträckning. I primärvården finns en stor potential som dock försvåras av den stora andelen stafettläkare i glesbygd.

Olika dokumentationssystem och bristande uppföljning har flera negativa konsekvenser som inte särskiljer projektet ”Samverkande sjukvård” från traditionell vårdverksamhet. Allvarligast är att det ökar risken för felbedömningar inklusive felmedicinering, samt att man i en del av vårdkedjan inte får feedback på de åtgärder eller rekommendationer man själv stått för. Med många överlämningar blir det också otympligt och tidskrävande när det är olika system som används. I projektet ”Samverkande sjukvård” finns incitament och en grund för att komma tillrätta med dessa kvalitetsbrister.

Den grundläggande idén bakom projektet ”Samverkande sjukvård” är i princip något som alla de vi kommit i kontakt med ställer sig bakom. De anser att vård ska utföras så nära vårdtagaren som möjligt och på rätt vårdnivå. För att nå detta mål krävs det en funktionell organisation, kompetent personal som har god kunskap om andras kompetens, samt ett organisatoriskt och kulturellt klimat som främjar samarbete.

Med många olika parter, många olika rutiner, olika dokumentationssystem och olika incitamentssystem behövs en större samordning. Flertalet (65 %) av de noterade uppdragen kommer via sjukvårdsrådgivningen. Ett förslag är att samtliga samverkansuppdrag koordineras och följs upp via Sjukvårdsrådgivningen. Förslaget ligger i linje med det som nämns i den ”Regionala handlingsplanen 2012 – 2014 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre”. Man menar i den rapporten att 1177 kan utvecklas och breddas för att bli en naturlig ingång till vården. Viktigt i en mer samordnad organisation är att alla ingående parter får ett tydligare ansvar för att implementera och utveckla projektet ”Samverkande sjukvård”. Här är det möjligt att man också behöver se över incitamentsstrukturen.

På utförarnivå finns också behov av större samordning och koncentration. En modell kan vara att bygga upp särskilda kompetensteam med ansvar för samverkande sjukvård. De kan bestå av personal från hemsjukvård, Vårdcentral, ambulans och MÄVA. De skulle utgöra navet och vara förmedlare till sina arbetskamrater kring vad som sker i projektet, men också vara de som i första läget tar på sig uppdrag av samverkanskaraktär. Syftet skulle vara att skapa ett team som stod för kompetens, kontinuitet och trygghet.

Det är viktigt att arbeta vidare med ett system för informationsöverföring som är mer tillgängligt för den personal som är involverad, men som också stärker delaktigheten hos de vårdtagare som kommer i kontakt med projektet "Samverkande sjukvård". Ett mer enhetligt och transparent dokumentationssystem bör sedan utgöra basen för uppföljning och återföring av aktiviteter/resultat inom "Samverkande sjukvård". Inför en utvidgning av projektet "Samverkande sjukvård" är det angeläget att lägga upp en kvalificerad utvärdering som innehåller "baseline data" och där man kan säkerställa uppgifternas kvalitet i en studie som idealiskt borde sammanföra en före-efter med en processororienterad studie.

Det finns en vilja hos samtliga parter att förändra och förbättra vården samt en förväntan att samverkan mellan organisationer kan bidra till ökad vårdkvalitet. En samverkan ger möjligheter till personcentrerad vård och att arbeta personcentrerat innebär kontinuitet och delaktighet för patienten. Detta medför att samverkan bidrar till att vårdkedjan hålls samman. Ett ökat samarbete mellan kollegor kan leda till kunskapsutveckling av såväl personlig som kollektiv kunskap. En viktig förutsättning för samverkan blir därmed en organisation som kan stödja en kontinuerlig kompetensutveckling där det finns möjligheter att lära genom andras erfarenheter och där lokala förutsättningar beaktas och integreras i lösningarna.

Referenser

- CAIPE *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* [Elektronisk]
Hämtad 2013-12-07 Tillgänglig: www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/
- de los Reyes, Paulina (2007). *Att segla i motvind: en kvalitativ undersökning om strukturell diskriminering och vardagsrasism inom universitetsvärlden*. Rapport 5. Arbetsliv i omvandling. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Ekman, Inger; Swedberg, Karl; Taft, Charles & Lindseth, Anders (2011). Person-centered care - ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251.
- Harré, H. Romano (1998). *The singular self*. London and Los Angeles: Sage.
- Kitzinger, Jenny. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of health & Illness*, 16 (1) 103-121
- Lave, Jean & Wenger, Etienne (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Liaschenko, Joan. (2000). The Moral Geography of Care Work. *Home Care Provider*, 5(4), 126-128.
- Mättää, Sylvia & Dahlborg Lyckhage, Elisabeth (2011). "Higher education, gender and academic ideals- a case study at a university college". *Equality Diversity and Inclusion - An International Journal*, 30(5), 379-393.
- Nilsson, Viveka. (1999). *Empati och distans. En studie av överläkares förhållande till ekonomistyrning*. (Akad. avh.). Göteborg: Göteborgs universitet. Förvaltningshögskolan.
- Nilsson, Kerstin; Hertting, Anna; Petterson, Inga-Lill & Theorell, Töres (2005). Pride and confidence at work: potential predictor of occupational health in a hospital setting. *BMC Public Health*, 5, 92.
- Mylopoulos, Maria & Scardamalia, Marlene (2008). Doctors' perspectives on their innovations in daily practice: implications for knowledge building in health care. *Medical Education*, 42(10), 975-981.
- Palmberg, Margareta (2003). *Kunskapsunderlag om ledarskap i Hälso- och sjukvården. Inom ramen för utredningen om skolans ledningsstruktur*. U2003:3. I SOU 2004:116. Stockholm: Socialdepartementet.
- Rommetveit, Ragnar (1974). *On message structure*. London: John Wiley and Sons.
- Sebrant, Ulla (2000). *Organiserande och identitet. Om arbetsorganisation i geriatrisk sjukvård*. (Akad. avh.). Stockholm: Stockholms universitet. Pedagogiska institutionen.
- Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Strategier för utbildningsfrågor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. [Elektroniskt]. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Publikationer-->

Remisser/Publikationer/Utbildning/Svensk-sjukskoterskeforenings-
strategi-for-utbildningsfragor-ute/

Säljö, Roger (1992). Kunskap genom samtal. *Didaktisk tidskrift*, 2-3, 16-27.

Säljö, Roger (2000). *Lärande i praktiken*. Stockholm: Prisma.

Tarschys, Daniel (2002:58) *Huru skall statsverket granskas? Om riksdagen och den demokratiska kontrollen*. Ds 2002:58.

VG-regionen. *Samverkande sjukvård* [Elektroniskt] Tillgänglig: [hämtad: 2012-03-21] <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Om-Vastra-Gotalandsregionen/Nyheter/Aktuella-nyheter/Samverkande-sjukvard-vaxer/>

Vygotsky, Semyonovich (1987). *Thought and language*. Cambridge, Mass. MIT Press.

Vårdanalys (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*. Rapport 2012:5.

Fokusgruppsintervjuer

Tabell 1. Nuvarande befattning (n=22)

| Nuvarande befattning | Kvinnor | Män | Totalt |
|----------------------|-----------|----------|-----------|
| Sjuksköt. Ambulans | 4 | 3 | 7 |
| Sjuksköt. HSV | 9 | 0 | 9 |
| Sjuksköt. Kommun | 2 | 0 | 2 |
| Sjuksköt. Akutmott. | 1 | 0 | 1 |
| Områdeschef/HSV | 1 | 0 | 1 |
| Vårdutvecklare | 0 | 1 | 1 |
| Enhetschef | 1 | 0 | 1 |
| Totalt | 18 | 4 | 22 |

Tabell 2. År i yrket (inom vård- och omsorg) (n=22)

| År i yrket | Kvinnor | Män | Totalt |
|---------------|-----------|----------|-----------|
| 5-9 | 3 | 0 | 3 |
| 10-14 | 3 | 1 | 4 |
| 15-19 | 6 | 0 | 6 |
| 20-24 | 1 | 2 | 3 |
| 25-29 | 2 | 0 | 2 |
| 30-34 | 1 | 0 | 1 |
| 35-39 | 2 | 1 | 3 |
| Totalt | 18 | 4 | 22 |

Medelålder: 44,7 år

Bilaga I.

Tabell 3. Professionellas ålder och kön (n=22)

| Ålder | Kvinnor | Män | Totalt |
|--------|---------|-----|--------|
| 30-34 | 1 | 0 | 1 |
| 35-39 | 4 | 1 | 5 |
| 40-44 | 4 | 1 | 5 |
| 45-49 | 1 | 1 | 2 |
| 50-54 | 5 | 0 | 5 |
| 55-59 | 3 | 1 | 4 |
| Totalt | 18 | 4 | 22 |

Median: 42,5 år

Tabell 4. Utbildning i relation till vård- och omsorg (n=22)

| Utbildning | Kvin- nor | Män | Totalt |
|-----------------------------------|--------------|-----|--------|
| Demensutbildning | 1 | 0 | 1 |
| Distriktssjuksköterska | 4 | 0 | 4 |
| Forskningsmetodik | 1 | 0 | 1 |
| Förskrivningsrätt vissa läkemedel | 1 | 0 | 1 |
| Handledarutbildning | 2 | 0 | 2 |
| Lindrautbildning | 1 | 0 | 1 |
| Medicinsk Akutsjukvård | 4 | 0 | 4 |
| Mikrobiologi | 1 | 0 | 1 |
| Prehospital Akutsjukvård | 1 | 0 | 1 |
| Spec. SSK. Operationssjukvård | 1 | 0 | 0 |
| Spec. SSK. Anestesi/IVA/Amb. | 3 | 4 | 7 |
| Spec. SSK. Vård av äldre | 2 | 0 | 2 |
| Sjuksköterskeutbildning | 18 | 4 | 22 |
| Traumautbildning | 0 | 1 | 1 |
| Undersköterska | 4 | 1 | 5 |
| Vidareutbildning Medicin/Kirurg | 1 | 0 | 1 |
| Vidareutbildning Neurokirurgi | 1 | 0 | 1 |

Enkätstudie

Tabell 1. Nuvarande befattning (n=17)

| Nuvarande befattning | Totalt |
|------------------------|--------|
| Sjuksköterska ambulans | 3 |
| Sjuksköterska HSV | 14 |
| Totalt | 17 |

Tabell 2. År i yrket (inom vård- och omsorg) (n=17)

| År i yrket | Totalt |
|------------|--------|
| 1-9 | 6 |
| 10-14 | 0 |
| 15-19 | 2 |
| 20-24 | 2 |
| 25-29 | 3 |
| 30-34 | 1 |
| 35-39 | 1 |
| Totalt | 15 |

Medelår = 14 år

Median = 17 år

Bilaga II.

Tabell 3. Professionellas ålder (n=17)

| Ålder | Totalt |
|--------|--------|
| 25-29 | 2 |
| 30-34 | 2 |
| 35-39 | 2 |
| 40-44 | 6 |
| 45-49 | 2 |
| 50-54 | 3 |
| Totalt | 17 |

Medelålder = 42 år

Median = 42 år

Tabell 4. Utbildning i relation till vård- och omsorg (n=17)

| Utbildning | Totalt |
|----------------------------------|--------|
| Akut-Olycksfallssjukvård | 1 |
| Diverse kurser på Högskolan Väst | 1 |
| Distriktssjuksköterska | 2 |
| Vidareutbildning Geriatrik | 1 |
| Prehospital Akutsjukvård | 1 |
| Psykiatrisk vård | 1 |
| Sjuksköterskeutbildning | 17 |
| Undersköterska | 4 |

Individuella intervjuer

Tabell 1. Nuvarande befattning och erfarenhet av arbete inom samverkande sjukvård (n=29)

| Nuvarande befattning | Erfarenhet av arbete inom samverkande sjukvård ¹ | Ej erfarenhet av arbete inom samverkande sjukvård ² | Totalt |
|---------------------------------------|---|--|----------------|
| Sjuksköterska/enhetschef HSV/ambulans | 2 | 4 | 6 ³ |
| Sjuksköterska, ambulansvård | 1 | 2 | 3 |
| Sjuksköterska, HSV | 4 | 5 | 9 |
| Sjuksköterska, sjukvårdsupplysning | 3 | | 3 |
| Sjuksköterska, MÄVA | 3 ⁴ | | 3 |
| Läkare, MÄVA | 2 ⁵ | | 2 |
| Läkare, Vårdcentral | 2 ⁶ | 1 | 3 |
| Totalt | 17 | 12 | 29 |

¹ Innebär att intervjupersonen har arbetat i verksamhet där samverkande sjukvård införts.

² Innebär att respondenten inte har erfarenhet av arbete i verksamhet där samverkande sjukvård införts. Respondenten har dock erhållit information från chef och/eller deltagit vid informationsmöten gällande projektet.

³ Fem respondenter har varit/är involverade i projektgrupper (samverkande sjukvård).

⁴ Två av dessa respondenter har endast erhållit information från personal som är involverade i samverkande sjukvård (ambulanspersonalspersonal och/eller sjuksköterskor vid hemsjukvård och vårdcentraler).

⁵ En respondent har i ett tidigt skede varit delaktig i projektgrupp (planering av samverkande sjukvård).

⁶ Har endast fått information från kollegor.

Bilaga IVa.

| Uppdrag | Uppdragstagare | Antal |
|---|---------------------------------------|--|
| Sjukvårds- rådgivning | Sjuksköterska Strömstads kommun | 12 |
| | Sjuksköterska Tanums kommun | 5 och 2 som ej kunde utföras |
| | Ambulans- sjukvård | 38 |
| Ambulans- sjukvård | Sjuksköterska Strömstads kommun | 1 |
| | Med mott Strömstads sjukhus | 0 |
| | Sjuksköterska Tanums kommun | 0 |
| IVPA uppdrag | Sjuksköterska Strömstads kommun | 1 |
| | Sjuksköterska Tanums kommun | 6 6 som ej kunnat utföras |
| Från anhöriga, jourcentral och region | Sjuksköterska Strömstads kommun | 8 |
| Sjuksköterska Tanums kommun | Ambulans | 1 |
| Ambulans- sjukvård | MÄVA | 13 samtal varav 10 direktinlagda på MÄVA, två hänvisade till AVC/NÄL och 1 rådgivning |

Bilaga IVb.

Period: 2011-01-01 – 2011-12-31

| Uppdrag | Uppdragstagare | Antal | Uppdrag |
|------------------------|-----------------------|-------|--|
| Sjukvårdsrådgivning | Ssk Strömstads kommun | 21 | Kräkning, illamående, urinbesvär, bltr. kontroll, bedömning |
| | Ssk Tanum | 23 | Utlämning av läkemedel., huvudvärk, såromläggning, ont i rygg, ödem, näsblod, fall/smärta, förstoppning |
| | Ssk Ambulans | 21 | Kontroll av allmäntillstånd vid magbesvär, Psykisk oro, postop.sår, näsblödning samt andningsbesvär vid förkylning hos barn. |
| Ssk. Strömstads kommun | Ssk Ambulans | 9 | Hjälp med EKG-tagning, KAD besvär samt bär/lyfthjälp. |
| Primärvård | Ssk Strömstad | 1 | Bedömning/kontroll. |
| Ssk Tanums kommun | Ssk Ambulans | 4 | Hjälp med EKG-tagning |
| Ambulans/SOS-Alarm | Ssk Strömstads kommun | 6 | Hjälp med bedömning av pat., hjälp med KAD, omläggning, bröstsmärtor |
| | Ssk Tanums kommun | 12 | IVPA-larm, kramp, bröstsmärtor Transport av helikopterpersonal |

Kategorisering av kontaktorsaker för uppdrag inom samverkande sjukvård

| Huvudgrupp | Undergrupp |
|---------------------------------------|--|
| Besvär från övre och nedre luftvägar | Andningsbesvär, andningssvårigheter, hosta, |
| Besvär från öron-näsa | Öron och ögon besvär |
| Ortopediska besvär | Bensbesvär, benskada, fotbesvär, fotledsbesvär, ryggbesvär, armbesvär, armskada, bröstkorngskada, handbesvär, höftbesvär, bäckenbesvär, nack- och ryggskada, knäbesvär |
| Hudbesvär | Hudförändringar, sårskada, bett av djur, blåmärke, klåda, knöl |
| Hjärtproblem | Bröstmärta, hjärtsjukdom, rytmrubbningar |
| Endokrina eller metabola besvär | Högt blodsocker, diabetes |
| Problem associerade till hjärnan | Bortfallssymtom, kramper, huvudvärk, medvetlöshet, stroke, förvirring, medvetandeförlust, slag mot huvudet |
| Övrigt | Bärhjälp, övrig, administrativa åtgärder |
| Behandlingar | EKG, postoperativa besvär |
| Psykiska besvär | Oro, ångest, nedstämdhet |
| Besvär associerat till cirkulation | Feber, allergiska symtom, blödningsrubbning, |
| Besvär associerat till matsmältningen | Buk, urinvägarna, kräkning, illamående, avföringsförändring, buksmärta, urinvägsbesvär, utebliven avföring, sväljningsbesvär, munhålsbesvär |
| Annan vårdkontakt | MÄVA |
| Allmän påverkan | Trötthet, orkeslöshet |
| Intag av giftigt ämne | Förgiftning |
| Läkemedelshantering | Läkemedelsfråga |



Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan Tel 0520-22 30 00 Fax 0520 22 30 99

