   

Vård och omsorg i glesbygd

****

**Norrlands inland, världsledande i utvecklingen av framtidens vård och omsorg i glesbygd**

Ett sätt att arbeta, ett sätt att leva, ett sätt att vara

**Innehåll**

Sammanfattning sid 3

Uppdragsbeskrivning sid 5

Avgränsning sid 6

Definition sid 6

Bakgrund sid 6

Internationellt och nationellt

Framgångsfaktorer

 Glesbygdsmedicin

 Sjukstugan

 Demografiskt och tekniskt försprång

 Samverkanskompetens

Övergripande utgångspunkter sid 8

Prioriterade områden för utveckling sid 8

 Likvärdig vård

 Utbildning och kompetensförsörjning

 Forskning, utveckling och innovation

 Samverkan i lokalsamhället

 Internationella nätverk

Bilagor: Pågående och planerade aktiviteter bilaga 1

**Vård och omsorg i glesbygd**

Runt om i världen finns det många glest befolkade områden där länderna i likhet med Sverige brottas med svårigheter att tillhandahålla en jämlik vård för glesbygdsbefolkningen.

Att kunna erbjuda likvärdig vård i glest befolkade områden är en utmaning. I Sveriges glesbygdsområden måste olika organisationer samverka för att samhällsservice ska kunna bibehållas och utvecklas.

Glesbygdsvården är därför vår kanske viktigaste kvalificerade lokala samhällsservice med stor betydelse för den trygghet befolkningen upplever.

Glesbygdsvården ska svara för ett tryggt och säkert akut omhändertagande och en verksamhet som är kostnadseffektiv och kompetensmässigt möjlig att bedriva lokalt. Glesbygdsvården är också en viktig motor i en fortsatt utbyggnad och utveckling av distansvården.

För att uppnå en långsiktigt god och hållbar hälso- och sjukvård i glesbygd behöver landsting och kommuner i norra regionen tillsammans med andra aktörer (universitet) prioritera arbetet och utvecklingen inom glesbygdsvården.

**Sammanfattande förslag på länsövergripande aktiviteter**

**Likvärdig vård**

* Fortsatt utveckling av det virtuella hälsorummet i samverkan med kommunal hälsovård. Målsättning att det inom 2 år finns ett 20 tal virtuella, samhällsbaserade rum. En del i samverkan med äldreboenden andra i skolmiljö eller ute i lokalsamhället.
* Gemensamt fortsätta arbetet med kompetensutveckling och kompetensväxling för att kunna erbjuda adekvat service nära våra patienter. Inom 2 år skall det finnas färdiga koncept för innovationer inom tjänstesektorn, exempelvis avancerade specialistsjuksköterskor i glesbygdsvård med tjänsteinnehåll anpassat efter den utökade kliniska utbildningen.

**Utbildning och kompetensförsörjning**

* Tillsammans verka för utökad student placering i glesbygd. Målsättning att starta två utbildningshälsocentraler per län. Där det finns hälsocentraler med vårdplatser (sjukstugor), verka för att det finns utbildningsavdelningar.
* Gemensamt påverka universitet mot ett kvoteringssystem där sökande från glesbygd ges förtur till läkarutbildningen vid Umeå universitet.
* Stötta och påverka Umeå universitet mot ökad student placering inom allmänmedicin/glesbygdsmedicin liknande den modell som utarbetats på Northern Ontario School of Medicine i Kanada.
* Gemensamt förbättra förutsättningarna för att fler AT-läkare ska kunna utföra sin primärvårdsplacering vid en hälsocentral i glesbygd.

**Forskning, utveckling och innovation**

* Gemensamt verka för inrättande av ett nationellt centrum för glesbygdsmedicin och samisk hälsa.
* Gemensamt utnyttja vårt demografiska och tekniska försprång för att utveckla forskning, utveckling och innovation i norrlands glesbygdsområde med glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman som nav.
* Verka för ett ökat antal ST-läkare och specialister i allmänmedicin i glesbygd går den grundläggande forskarutbildningskursen ”Grundläggande forskningsmetodik för läkare i norra sjukvårdsregionen” som ges vid Allmänmedicin, Umeå universitet.
* Inom 5 år skall minst 12 doktorander arbeta med forskning riktad mot frågeställningar relevanta för vård och omsorg i glesbygd i våra län.

**Samverkan med lokalsamhället**

* Nyttja den potential som samverkan med medborgare och intresseorganisationer utgör. De FoU-projekt som utvecklas och berör speciellt distansteknik/distansvård skall  förankras i lokalsamhället via medborgardialoger.
* Vid utlokalisering av studenter till utbildningshälsocentraler skall berörda kommuner involveras för att vi gemensamt kunna erbjuda utbildning, boende och livsstil i toppklass.

**Internationella nätverk**

* Gemensamt bygga nätverk för FoU med andra länder med glesbygd. Inom 2 år skall vi genomföra årliga konferenser rörande vård och omsorg i glesbygd med internationellt deltagande.
* Gemensamt avsätta resurser för varumärkesarbete kring glesbygdsmedicin för att stärka konkurrenskraft och attraktionsförmåga.

 

 

Uppdrag Glesbygdsmedicin

Vi ser med stort intresse på den positiva utveckling som just nu sker inom området Glesbygdsmedicin i våra landsting. Redan vid en kort muntlig avstämning oss emellan noterar vi att det sker utveckling inom såväl arbetsmetoder, teknikstöd, utbildning och forskning Vi ser också att det finns en stor potential i ett ökat samarbete. Förutom den uppenbara nyttan för medborgare och patienter ser vi också möjligheter på den nationella arenan. Att göra norra Sverige ännu attraktivare som ett starkt utvecklingsområde och öka våra konkurrensfördelar på arbetsmarknaden.

För att kraftsamla ser vi att det skulle behövas något gemensamt att samlas kring och att kunna kommunicera ut. Vi behöver alltså en gemensam vision och ett policydokument som pekar ut riktningen!

Vi behöver kunna berätta vad vi siktar mot och hur vägen dit kan se ut.

Med en sådan grund kan vi sen hitta former för hur det fortsatta samarbetet ska se ut framöver.

För att ha ett konkret mål vill vi kunna presentera denna vision och policy vid Norrlandstingens förbundsmöte i Östersund den 20/5. Till samma möte önskar vi också en sammanställning av pågående glesbygdsmedicinska projekt/arbetsmodeller samt pågående och planerat regionalt samarbete.

Som sammankallande för arbetet utser vi Peter Berggren vid Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman.

2014-02-14

Anders Sylvan         VLL                 Björn Eriksson JLL

Anders L Johansson LVN                 Mats Brännström NLL

**Vård och omsorg i glesbygd**

*Vision: Norrlands inland, världsledande i utvecklingen av framtidens vård och omsorg i glesbygd*

*Ett sätt att arbeta, ett sätt att leva, ett sätt att vara*

Avgränsning av uppdraget

Vi uppfattar att uppdraget gäller främst primärvård och det är här vi lagt vårt fokus i detta dokument. Flera av de utvecklingsområden vi återkommer till stärks av och inbjuder till samverkan med sjukhusens och landstingsstabernas specialistfunktioner men också  till samverkan med kommuner, lokala företag och ideella föreningar.

Definition

Någon enhetlig definition av vad glesbygd är finns inte. Däremot så innebär långa avstånd till sjukhus att människor söker sig till primärvård för åkommor som man i städerna sköter på sjukhus. Detta gör att kompetenskraven inom glesbygdsmedicin blir ”bredare” än inom annan primärvård.

Bakgrund

I Sverige och Norrland, står vi inför en utmanande demografisk utveckling. Sedan 1970 har befolkningen i glesbygdskommunerna minskat med 20 procent. Knappt 300 000 personer i Sverige bor i en glesbygdskommun idag. Under samma tid har befolkningen i landet ökat med 1,2 miljoner.

Den förväntade utvecklingen är att glesbygdskommunerna beräknas få en ännu större andel äldre än idag, från 25 till 32 procent. Redan idag har glesbygdskommunerna den högsta andelen äldre och den högsta försörjningsbördan och i början av 2030-talet räknar man med att det finns fler personer i icke arbetsför ålder än i arbetsför ålder i glesbygdskommunerna. En utveckling som kommer att påverka behovet av hälso- och sjukvård men också möjligheten att rekrytera välutbildad personal till hälso- och sjukvård.

Internationellt och nationellt

Runt om i världen finns det många glest befolkade områden där länderna i likhet med Sverige brottas med liknande svårigheter för att tillhandahålla en jämlik vård för glesbygdsbefolkningen. Rapporter från Kanada, USA, Australien, Norge, Skottland med flera länder visar på skillnader i ohälsotal mellan glesbygd/landsbygd och städer, en växande andel åldrad befolkning med komplexa behov, svårigheter att rekrytera och behålla läkare och annan vårdpersonal, behov av att utveckla och öka användningen av distansvård och annan informations- och kommunikationsteknik samt behov av att förbättra forskningen om glesbygdens/landsbygdens hälsofrågor.

**Framgångsfaktorer**

Demografiskt och tekniskt försprång

Den enskilt viktigaste faktorn för att förutspå behov av sjukvård i en befolkning, är befolkningens ålder. I många länder i Europa, Amerika samt Asien sker nu en snabb demografisk förändring med en alltmer åldrande befolkning. Detta förväntas ställa allt större krav på sjukvården och man förutspår en mycket stor kostnadsökning inom sjukvårds- och omsorgssektorn. Ett sätt att möta denna kostnadsökning är att med hjälp av olika tekniska lösningar erbjuda hälso- och sjukvård så nära patienten som möjligt utan att denne behöver förflytta sig till sjukhus, hälsocentral eller annan vårdinrättning. Inlandskommunerna i norra Norrland har en åldersstruktur på sin befolkning, där mellan 25-30 procent är äldre än 65 år. I några kommuner är mer än 10  procent av befolkningen äldre än 80 år. Vi ligger i detta perspektiv ca 25 år före resten av världen. Det finns alltså i vårt norrländska inland en unik möjlighet att idag testa medicintekniska produkter, arbetssätt och processer av olika slag i en existerande befolkning med en åldersstruktur som om 25 år kommer att vara en realitet i många länder. Detta demografiska försprång kombinerat med ett av världens bäst utbyggda högkvalitativa bredbandsnät samt sammanhållna patientjournalsystem av god kvalité ger utomordentliga förutsättningar för prövning av nya innovativa lösningar inom sjukvårds- och omsorgssektorn.

Samverkanskompetens

Till skillnad från annan serviceverksamhet i lokalsamhället sker inte samma centralisering i primärvården. Den är därför vår kanske viktigaste kvalificerade lokala samhällsservice med stor betydelse för den trygghet befolkningen upplever

I områden med låga flöden fungerar sällan specialisering utan generalism och samverkan ger bäst förutsättningar för framgång. Detta sätt att arbeta är en naturlig del av glesbygdsmedicinens natur. I Sveriges glesbygdsområden måste olika organisationer samverka för att samhällsservice ska kunna bibehållas och utvecklas. Här finns en möjlighet att utnyttja litenhetens livsnödvändiga samverkan för att beforska och utvärdera samverkansprojekt mellan organisationer. Detta kan ge viktig kunskap för större urbana sammanhang där samverkan inte är lika av nöden tvunget men ändå sannolikt lika nödvändigt.

Glesbygdsmedicin

Rural medicine eller glesbygdsmedicin är internationellt ett mycket levande begrepp. I många länder finns akademisk inriktning mot ämnet och det finns professorer i rural medicine i exv. USA, Kanada och Australien. I Sverige är ämnet dock aldrig riktigt definierat. Glesbygdsmedicin kan kanske ändå sammanfattas i några karaktäristika:

* Personal arbetande inom glesbygdsvård möter alla sjukdomar, olycksfall, symptom, och tecken på ohälsa som finns i befolkningen. Det kräver både en bred och djup medicinsk kunskap med tillämpning inom öppenvård, slutenvård och hemsjukvård. I Kanada beskriver man den kompetens som krävs med orden ”extended generalism”. Vi har inget riktigt bra motsvarande ord på svenska men det man menar är att primärvården har ett utökat ansvar i glesbygdsområden och att detta kräver utökad kompetens.
* För förståelsen av detta fordras dessutom en ingående kunskap om människors sociala, psykologiska, ekonomiska och samhällsstrukturella villkor i glesbygd.
* Sjukvårdspersonal i glesbygd bör vara väl förtrogen med de existentiella problem som människor i glesbygd kan möta.

Det sjukvårdssystem som utvecklats i norra Sveriges glesbygd genom åren är genuin glesbygdsmedicin.

Hälsocentral med vårdplatser, sjukstugan, (internationellt community eller cottage hospital)

Sjukstugemodellen är en variant av det glesbygdsmedicinska konceptet och består av:

* Läkar- och sjuksköterskemottagning som även inkluderar sjukgymnastik och psykosocial mottagning med uppdrag som inkluderar barn- och mödravårdscentral samt en osorterad akutmottagning
* Ambulansverksamhet
* Akutvårdsplatser
* Röntgen

När dessa delar fungerar optimalt och helst är samlokaliserade med kommunala korttidsplatser är konceptet formidabelt och definitivt ett föredöme som primärvårdssystem. Vi har erfarenhet av att funktionerna tillsammans borgar för ett gott och patientsäkert omhändertagande av befolkningen i glesbygdsområden. Det finns internationell forskning som talar för att detta sätt att arbeta är kostnadseffektivt och ger en väl så god kvalité som traditionell sjukhusvård, men det behövs mer forskning innan vi säkert vet. Kanske är detta en kostnadseffektiv vårdmodell även för städerna?

**Övergripande utgångspunkter**

En god och hållbar glesbygdsvård ska tillgodose eller förebygga sådana hälso- och sjukvårdsbehov som är vanligt förekommande i befolkningen. Glesbygdsvården ska även svara för ett tryggt och säkert akut omhändertagande och en verksamhet som är kostnadseffektiv och kompetensmässigt möjlig att bedriva lokalt. Glesbygdsvården är också en viktig motor i en fortsatt utbyggnad och utveckling av distansvården.

För att uppnå en långsiktigt god och hållbar hälso- och sjukvård i glesbygd behöver landsting och kommuner tillsammans med andra aktörer prioritera arbetet och utvecklingen inom följande områden:

* Satsning på forskning och utveckling inom glesbygdsområdet
* Kompetensförsörjning och kompetensväxling ur ett glesbygdsperspektiv
* Fortsatt utveckling av samarbetet och samverkan i norra regionen och i länet med sjukhusen, kommunerna, lokala företag och ideella föreningar.
* Verka för tillgång till bredband med hög kapacitet och full mobiltäckning för alla invånare i länet.
* Verka för att knyta internationella kontakter med andra länder som har glesbygd.

**Prioriterade områden för utveckling**

Likvärdig vård

Att kunna erbjuda likvärdig vård i glest befolkade områden är en utmaning. Distansöverbryggande teknik samt samverkan med kommunal hälsovård är nyckelfunktioner för att lyckas.

Utbildning och kompetensförsörjning

Om man kan identifiera studenter som vuxit upp eller har anknytning till glesbygd och sen erbjuder dem bra utbildningsmöjligheter, så har man de bästa chanserna att rekrytera tillbaka dem till glesbygd efter studierna. Detta har bekräftats i många internationella studier.

**Internationella erfarenheter**

Tillgång till välutbildad vårdpersonal i glesbygd är en stor fråga som många länder arbetar för att hitta lösningar på. Flera universitet bland annat i Australien, Kanada och Norge har tagit fasta på de särskilda rekryteringsproblem man har haft för att trygga god tillgång till specialister i allmänmedicin i glesbygd. Delvis andra intagningskrav eller olika kvoteringar av studenter till läkarutbildningen har prövats för de studenter som är uppvuxna i glesbygd.

Ett exempel är läkarutbildningen vid Tromsö universitet där samer och sökande med anknytning till trakten har företräde till utbildningen.

Ett annat exempel är Kanada där det 2001 togs ett beslut i Ontario som innebar en ny läkarutbildning genom Northern Ontario School of Medicine (NOSM).  Läroplanen vid NOSM bygger på en helhetssyn som är anpassad till hälsoläget i glesbygden i norra Ontario. Man strävar också efter att spegla befolkningen i norra Ontario i varje årskull studenter.

**Svenska initiativ**

Tillsamman med Svensk förening för glesbygdsmedicin och de fyra norrlandstingen togs en särskild ST-utbildning i glesbygdsmedicin fram år 2010.

Utvecklingen av avancerade specialistsjuksköterskor även kallat avancerade kliniska sjuksköterskor, AKS, har sakta vuxit fram i ett antal länder världen över. I Norden har denna masterutbildning börjat få fäste i mitten av 2000-talet och där genomslaget hittills varit störst i Finland. Beroende på inriktning kan sjuksköterskorna arbeta såväl inom primärvård som inom slutenvård.

Från höstterminen 2013 finns ett mastersprogram för ”avancerade specialistsjuksköterskor” eller ”avancerade kliniska sjuksköterskor”, AKS vid Umeå universitet. Utbildningen ger kompetens för arbete som avancerad specialistsjuksköterska i omvårdnad. Programmet erbjuder bland annat fördjupning av kunskaper inom primärvård med glesbygdsperspektiv.

På initiativ av Umeå universitet, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, pågår sedan 2013 samtal i norra regionen om hur vi kan arbeta för en mer primärvårds- och glesbygdsanpassad läkarutbildning. Något som diskuteras är inrättande av utbildningshälsocentraler och utbildningsavdelningar. På dessa enheter tränas olika kategorier av studenter; läkar-, sjuksköterske- och paramedicinstudenter i teamarbete och praktisk sjukvård. Ett konkret sätt att ge studenterna god praktisk utbildning samt öka rekryteringsmöjligheterna till glesbygd är att inrätta utbildningshälsocentraler och utbildningsavdelningar där det finns hälsocentraler med vårdplatser.

Ytterligare ett sätt att öka studentaktiviteten i glesbygdsområdet är att via landstingens FoU enheter erbjuda glesbygdsanpassade FoU projekt under studietiden. I de flesta sjukvårdsutbildningar ingår numera ett FoU arbete. Glesbygdsmedicinskt Centrum i Storuman har de senaste åren erbjudit T10 studenterna på läkarutbildningen vid Umeå universitet FoU projekt samt lokal handledning. Inom ramen för detta byggs det upp en projekt-databas där projekten beskrivs och slutredovisas. Denna databas kommer att vara internationell i samverkan med bland annat Norge, Canada, Scotland. Detta ger ytterligare möjligheter för studenterna till internationellt utbyte och stärker såväl forskningskompetensen som varumärket glesbygdsmedicin och förhoppningsvis rekryteringsmöjligheterna på sikt.

Forskning, utveckling och innovation

De unika förutsättningar som glesbygden erbjuder innebär att en satsning på forskning, utveckling och innovation här inte bara kommer att gynna glesbygden utan resultaten kommer sannolikt att vara till nytta även för större urbana sammanhang. Forskningsaktiviteten inom primärvård generellt och glesbygdsvård specifikt har hittills varit mycket låg. Här behöver vi alla hjälpas åt. För att göra Sveriges inland ännu attraktivare som ett starkt utvecklingsområde och öka våra konkurrensfördelar på arbetsmarknaden bör landstingen bygga upp ett nätverk för FoU i norrlands glesbygd där glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman (GMC) kan fungera som nav. GMC startades 2010 och enheten är sedan 2014 en FoU enhet inom Västerbottens primärvård med fokus på utvärdering och utveckling av landstings - kommunal samverkan, samisk hälsa, forskning och utveckling kring sjukstugemodellen samt distansöverbryggande teknik.

**Distansöverbryggande teknik**

Distansöverbryggande teknik är ett annat prioriterat område. Det som nu ligger i utvecklingsfronten är virtuella hälsorum, distansstyrt hjärtultraljud via robotteknik samt läkare på distans. Här utvärderas och prövas den modernaste tekniken. Intresset är stort från såväl medicinteknikföretagen som landstingen och kommunerna. Utvecklingsområdet är enormt sett ur ett internationellt perspektiv.

**Hälsocentral med vårdplatser, sjukstuga**

Ett nyligen påbörjat projekt som planeras för 2014 är en forskningssamverkan mellan GMC och olika institutioner vid Umeå universitet med epidemiologen som drivande enhet där modellen för glesbygdsvård inklusive sjukstugemodellen skall utvärderas, modellen skall sedan sättas in i ett simuleringsprogram, där man kan se vad konsekvenserna av ett glesbygdssystem för vård med stark primärvård skulle ge för effekter i ett utpräglat storstadsområde som Malmö-Köpenhamn, Stockholm. Här samverkar vi med internationella partners från Finland, Canada samt Australien. För simuleringsverktygen står högskolan i Skövde som är världsledande i simuleringar inom vård och omsorg.

**Innovationer för kommersialisering**

Ett annat viktigt område för glesbygdsmedicinen är att öppna dörrarna för nya innovationer. GMC har redan medfört ett par avknoppningar av företag, där ett arbetar med att utveckla planerings och dimensioneringsverktyg för kommunal vård och omsorg. Ett annat företag arbetar för att skapa en kommersiellt driven testbädd för medicinteknisk utveckling i norrlands inland. Det krävs en arena där medicinteknisk industri, kommuner och landsting samarbetar för att pröva olika lösningar ur både tekniska och systematiska perspektiv.

**Samisk hälsa**

Sverige saknar en nationell strategi för hur en god hälsa bland samer kan säkerställas. Sverige saknar dessutom en särskild organisation med uppdrag att fortlöpande dokumentera, analysera och informera om samernas hälsosituation, vilket Sverige också fått kritik för från FN.

I norska Karasjok etablerades 2001 ett nationellt centrum för samisk hälsoforskning, formellt knutet till Tromsö universitet, med huvudsaklig uppgift att bedriva tvärvetenskaplig forskning och undervisning om samiska hälso- och livsvillkor. Tack vare detta samiska hälsocentrum har kunskapen om de norska samernas situation ökat betydligt. På samma sätt som Norge, behöver också Sverige, avsätta betydande resurser för samisk hälsoforskning och anpassad klinisk verksamhet. För att erhålla trovärdiga resultat, är det av avgörande betydelse för all forskning men framförallt när det gäller urfolk, att en stor delaktighet finns i den studerade befolkningsgruppen. Det kräver närhet och ett ömsesidigt förtroende mellan forskare och befolkningsgrupp och det är viktigt att forskningsenheterna är belägna där den samiska befolkningen lever och verkar. Härigenom kan uppbyggnaden av en kunskapsbank om samernas hälsosituation påbörjas. En särskilt utsatt grupp är de renskötande samerna då de löper störst risk att drabbas av ohälsa.

Samverkan i lokalsamhället

Medborgardialoger samt dialoger med patientorganisationer samt andra brukarorganisationer är sannolikt en underskattad möjlighet för att kundanpassa vård och omsorg. Speciellt ny teknik genererar lätt många förutfattade meningar. Att låta brukarnas behov styra teknikutvecklingen är sannolikt en framgångsfaktor. Om vi ber vår befolkning hjälpa oss med detta talar all erfarenhet för att vi kommer att få hjälp.

Vi föreslår att medborgardialog skall ingå som en naturlig del av de utvecklingsprojekt som bedrivs inom glesbygdsvården.

Internationella nätverk

Forskningsområdet glesbygdsmedicin där några av alla möjligheter beskrivits ovan är av ganska stort intresse internationellt. 2012 gästades exempelvis GMC av många prominenta, internationellt erkända forskare.

I de fyra norra landstingen finns idag ett utvecklat internationellt samarbete med bl.a. Nasionellt Centrum for Distriktsmedicin i Tromsö Norge, Northern Ontario School of medicine Kanada, Flinders University Australien samt Centre for Rural Health University of Aberdeen Skottland. I augusti 2013 påbörjas utbyte av studenter med Flinders University i Australien och samtal pågår med ett annat universitet i Australien angående utbyte av läkarstudenter där de sänder studenter till vår glesbygd för utbildning och vi sänder våra till dem. Erfarenhet och forskning från Canada visar att läkarstudenter som utbildas i glesbygd får en mycket konkurrenskraftig utbildning. De tenderar dessutom ofta att välja arbeten inom primärvård i glesbygd.

Vår bedömning är att arbetet med internationellt utbyte är ett sätt att öka status och attraktionskraft för varumärket glesbygdsmedicin.

Ansvariga i den arbetsgrupp som tagit fram detta dokument är:

Peter Berggren, verksamhetschef glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman.

Eva-Lena Holmkvist-Parkström, utredare Norrbottens läns landsting

Markus Kallioinen, primärvårdschef landstinget i Västernorrland

Göran Larsson, FoU-chef Jämtlands läns landsting

Håkan Larsson, primärvårdschef Västerbottens läns landsting

**Bilaga 1**

**Vård och omsorg i glesbygd**

**Pågående och planerade aktiviteter 2013-framåt**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Projekt/Aktivitet** | **Målgrupp** | **Tid** | **Aktiviteter** | **Mål** | **Ansvarig** |
| ***Utbildnings aktiviteter*** |  |  |  |  |  |
| Akutsjukvård i glesbygd | ST-läkare | pågår | Kurs V 11 Hemavan | Årligen | Peter GMC |
| AXG | Verksamma i väglöst land, renskötare | Avsluta i vår | Material inkl app klart. | Över i landstings-drift, Ansvarig ssk här på GMC | Lena Kroik GMC, samverkan AKMC, Helge B projekt-ansvarig |
| Akutrums utbildningar | Sjukstuge-personal | Pågår |  | Alla sjukstugor VLL årligen | Svante M GMC |
| Informations satsning om samisk kultur och levnadsförhållanden | Anställda primärvård, öppenvårds-psykiatri, socialtjänst | Efter analys av webenkät. Hösten 2014 | Analys webenkät, Analys bortfall, Rigga uppföljning | Hösten 2014. Samverka ABF? | Laila Daerga GMC |
| Master utbildning glesbygds medicin ssk | Distriktssköterskor | Klart |  |  | GMC, Samverkan Umeåuniversitet inst vård och omsorg |
| AXGH | Verksamma i glesbygd i sapmi, samebyar, deltids-brandkårer, räddningsvärn | Koncept klart december 2015 | Hjärtstartare beställda, utbildnings-material framtaget, Första utbildningen 25/1 i Kiruna | 40 utbildningar avklarade inom projekttiden. Material och koncept klart. | Lena Kroik GMC , Jonas Wilhelmsson AKMC och Helge B AKMC projektledare |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Projekt/Aktivitet*** | ***Målgrupp*** | ***Tid*** | ***Aktiviteter*** | ***Mål*** | ***Ansvarig*** |
| ***Student projekt*** |  |  |  |  |  |
| Projekt databas | Forskar-studenter gymnasiet, läkar-studenter T10,studenter andra vård-utbildningar | Klart våren 2014 | Planering årshjul, samverkan via recruit and retain | Projekt-databas med internationell koppling avseende glesbygds-projekt | Mante H, Pia KGMC |
| Utöka handlednings möjligheten | Disputerade inom glesbygds-området | Inventering våren 2014 | Söka disputeradsöka ssk med master-utbildning | Kunna utöka antalet studenter som handleds och gör projekt inom glesbygdsmedicin | Anette E GMC |
| Forskardagar | Studenter, doktorander, forsknings-nätverk | 10 dec och maj årligen | Inbjudan ut i god tid. Planering i samverkan med luspen-gymnasiet | Marknadsföra forskning som bedrivs inom glesbygdsområdet | Anette E GMC |
| Doktorand projekt 1 | Laila Daerga | Disputation 2015 | Slutföra studien om bristande förtroende | Utbilda vår första doktorand | Anette E GMC |
| ***Projekt/******Aktivitet*** | ***Målgrupp*** | ***Tid*** | ***Aktiviteter*** | ***Mål*** | ***Ansvarig*** |
| ***Student projekt*** |  |  |  |  |  |
| Faktorer viktiga i relation till drömyrket i vården en jämförande studie i 8 länder | Sofia BerggrenforskarelevLuspen-gymnasiet | Avslutmaj-14 | Pågående FoU | Publicerbar | Anette E GMC |
| Förekomst av självskadebeteende hos skolungdomar jämförelse glesbygd tätort | Alexandra LinderForskarelevLuspen-gymnasiet | Avslut maj -14 | Pågående FoU |  | Anette E GMCLars Jakobsson Psykiatrin |
| Upplevelse av psykisk sjukdomjämförelse mellan glesbygd och tätort | Magnus LeijonLäkarkand T 10 | Avslut jan -14 | Pågående FoU | Publicerbar | Anette E GMCLars Jakobsson Psykiatrin |
| Symptom to diagnosis, colorectal cancer | Fanny ZetterlundLäkarkand T10 | Avslut jan -14 | Pågående FoU |  | Anette E GMCAnne Andersson onkologen NUS |
| Trombolys vid akut hjärtinfarkt vid hälsocentral/sjukstuga | Carolin GrundströmLäkarkand T10  | Avslut jan -14 | Pågående FoU |  | Ove Jonsson Kardiologen NUSPeter B GMC |
| Sjukstugemodellen | Johanna Läkarkand T10 | Avslut jan -14 | Pågående FoU |  | Anna Jansson GMC |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Projekt/******Aktivitet*** | ***Målgrupp*** | ***Tid*** | ***Aktiviteter*** | ***Mål*** | ***Ansvarig*** |
| ***Student projekt*** |  |  |  |  |  |
| Attityder till att arbeta som allmänläkare i glesbygd | Malin HedmanAT-läkare Sundsvall | Pågående | Kvalitativ studie | Publicerbar | Anette E GMC |
| Attityder till psykisk sjukdom i Vilhelmina och Storuman, långtidsuppföljning | Helia Faghir-MirnezamiLäkarkand T10  | Avslut maj -14 |  |  | Anette E GMCLars JakobssonPsykiatrin |
| 1-5 års överlevnad vid colorektalcancerJmf glesbygd-tätort | Anna SandströmLäkarkand T10  | Avslut maj -14 |  |  | Anette E GMCAnne AnderssonOnkologen NUS |
| Glesbygdsmedicin och distansöverbryggande teknik med fokus på äldres sjukvård och hälsa | 2 allmän-läkare med forsknings-tjänst  | Start hösten -14 | Forskning, doktorand-studier | Disputation | JLLKTHGMC |
| Diagnostik av kolorektalcancer i primärvården | Cecilia Högberg Allmänläkare  | pågår | Forskning, doktorand-studier | Disputation | JLLUmU |
| Ischemisk hjärtsjukdom – identifiering och diagnostik i primär-vård; särskilt beträf-fande betydelsen av arbets-EKG | Gunnar Nilsson allmänläkare | pågår | Forskning, doktorand-studier | Dispuitation | JLLUmU |
| IFOBT och F-kalprotektin som diagnostiskt hjälpmedel i primärvården | Cecilia Högberg Allmänläkare  | pågår | Forskning, doktorand-studier | Disputation | JLLUmU |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Projekt/******Aktivitet*** | ***Målgrupp*** | ***Tid*** | ***Aktiviteter*** | ***Mål*** | ***Ansvarig*** |
| ***Utvecklings- projekt*** |  |  |  |  |  |
| Recruit and Retain.Samverkan med 8 länder. | Rekrytering av sjukvårds-personal mfl till glesbygd | Avslutas maj 2014 | Samman-ställning av alla aktiviteter, affärs-modellen utmejslas Finansiering | Öka rekryteringsförmågan till inlandet. | Peter, Mante GMC Finansiering via EU medel, gemensamt med AKMC |
| Ultraljud i primärvård | Glesbygds-doktorer och sjuk-gymnaster | Inköp 3-4 ultraljuds- apparater till södra lappland | Inköp av engelsk   u-ljuds-utbildning enl koncept. Bygga utvärdering, FoU | Öka attraktion för unga läkare | Meike H GMC, Primärvårds-medel, egen finansiering |
| Cardista- distansstyrt hjärtultraljud | Patienter | Forsknings- artikelKlar för publicering | Klinisk drift?Fler FoU projekt | Spjutspetsteknologi | Peter GMCKurt Boman Skellefteå FoU |
| Virtuellt hälsorumPotentiell samverkan internationellt | Befolkning, företag, forskning | I praktisk drift från 2014 | Bygga utvärderings och utbildnings-system. | Utvidgning andra målgrupper | Samverkan JLL, KTH samt GMC.Sökta medel Vinnova och EU. |
| Testbädd nordic health | 4 testbäddar, hem, samhälls-baserad, sjukstuga och kommunal omvårdnad | Pågår | Hur gå vidare med finansiering och marknads-föring samverkan andra testbäddar | Uppbyggnad 2014, bygga samverkan med region 8, GMC, andra län?? Swedish medtech | Pia K GMC |
| ***Projekt/******Aktivitet*** | ***Målgrupp*** | ***Tid*** | ***Aktiviteter*** | ***Mål*** | ***Ansvarig*** |
| ***Utvecklings- projekt*** |  |  |  |  |  |
| Rural medicin goes to town. | Utvärdering av primärvård i glesbygd, simulering på storstadsregion | 2014-2019 | Utvärdering sjukstuge-modellen, virtuella hälsorum, KBT på distans | Forsknings-nätverkande.Potential för ett par doktorand projekt lokalt | Mante H, GMCEpdemilogen,Inst för vård och hälsa, allmånmedicin, Skövde tekniska högskola m.fl |
| KBT på distans | Patienter i behov av KBT | Under sökfas | Pilot genomförd. Nu planering för större projekt | Forsknings-samverkan | Karin G-H, GMC |
| Remodem | Personer med demens och deras närstående i glesbygd | 2012-2014 | Tekniska lösningar och verktyg som underlättar stöd, kommunikation och dagligt liv | Ett utvecklat stöd till personer med demens i glesbygd | Stefan Sävenstedt, LTU |