



Carina Westerelve
Processledare
Mobil: 070- 912 02 93
carina.westerelve@alingsas.se

Datum 2018-05-16

Uppföljning av den mobila närvården

Bakgrund

Mobil närvård ges i hemmet och utgår alltid från individens behov. Syftet är att skapa ökad upplevelse av trygghet och nöjdhet, bättre utnyttjande av gemensamma resurser och att minska undvikbar slutenvård. Modellen förutsätter ett väl fungerande samarbete och gemensam ledning mellan kommun, primärvård och sjukhus.

Arbets sättet med mobila hemsjukvårdsteam var fram tills årsskiftet i projektform men övergick år 2019 i förvaltningsskede då kraven kring mobila hemsjukvårdsteam skrevs in i primärvårdens krav och kvalitetsbok, den så kallade KOK-boken.

För att säkerställa att arbets sättet som SAMLA utvecklat under projektiden kvarstår och som blivit SAMLAs arbets sätt inom hemsjukvårdsläkarteamen, har kommunerna skrivit samverkansavtal med berörda vårdcentraler.

För att undersöka om arbets sättet med mobil närsjukvård lett till att målgruppen nu får behandling på rätt vårdnivå och därmed att tillgängliga resurser används på bästa sätt genomförde SAMLA en uppföljning v.12-13 över de hemsjukvårdspatienter som besökte akutmottagningen och/eller blev inskrivna i slutenvården.

Uppföljning och analys

Uppföljningen genomfördes genom att sjuksköterskorna inom den kommunala hemsjukvården registrerade de hemsjukvårdspatienter som under mätperioden besökte akutmottagningen och/eller blev inskrivna i slutenvården.

Som komplement till sjuksköterskornas registrering genomfördes en journalgranskning för att göra en bedömning om besöket på akutmottagningen och/eller inskrivningen var undvikbar.

I analysgruppen ingick:

Agneta Lindberg, enhetschef, mobila närsjukvårdsteamet, Alingsås lasarett

Björn Widell, vårdcentralchef, Närhälsan Lerum

Fredrik Forsberg, avdelningschef, hälso- och sjukvård, Alingsås kommun

Lotta Jonzén, verksamhetschef, hälso- och sjukvård, Lerums kommun

Susanne Lidén, verksamhetschef, medicinkliniken, Alingsås lasarett

Resultat och bedömning

Antal ärenden under mätperioden

Under uppföljningsperioden, som bestod av två veckor, besökte tolv patienter akutmottagningen och/eller blev inskrivna inom slutenvården. Nio av patienterna tillhörde ett hemsjukvårdsläkarteam, en patient var inskriven i närsjukvårdsteamet och två av hemsjukvårdspatienterna tillhörde inte något team.

Samordnade individuella planer (SIP)

Ingen av patienterna hade en dokumenterad samordnad individuell plan (SIP). Däremot var sjuksköterskornas bedömning i Alingsås att planeringen för patienterna var tillräcklig och de ordinationer som behövdes fanns i vårdplanen. Uppgifter från Lerum saknas. Analysgruppen kan konstatera att man inom SAMLA ännu inte hittat arbetssätt där det är naturligt att kalla till samordnade individuella planeringar för upprättande av SIP när en patient har insatser både från kommun och region. Hade detta arbetssätt varit etablerat skulle eventuellt något av besöken på akutmottagningen och påföljande inskrivning kunnat undvikas.

Kontakt med primärvårdsläkare

Angående kontakt med primärvårdsläkare före besöket på akutmottagningen och/inskrivningen inom slutenvården föregicks besöket/inläggningen kontakt med primärvårdsläkare i fyra av ärendena. I ett av dessa ärenden söker sjuksköterskan primärvårdsläkaren men lyckas inte komma i kontakt med hen.

Behandling på rätt vårdnivå

Analysgruppens bedömning är att i nio eller tio av de tolv ärendena behövde patienterna sjukhusets specifika kompetenser och skulle inte kunnat få optimal behandling i hemmet. I ett av de två-tre återstående ärendena hade patienten en ohållbar hemsituation, men hade avböjt mer stöd än det hen hade, vid tillfället kontaktat med lasarettet togs.

Analys på ärendenivå

Ärende ett är en patient som ingår i ett hemsjukvårdsläkarteam och som ramlat och ådragit sig en överarmsfraktur. Analysgruppens bedömning är att i detta skede behövde patienten sjukhusets specifika kompetenser. Däremot vid genomgång av patientens historik kan frågan ställas om fallet som resulterade i frakturen kunde undvikas och därmed behovet av sjukhusets kompetens. Patienten hade stor fallrisk och ramlat flera gånger tidigare. Patienten hade också mycket oro, vilket hen fick Rispridon[®] mot. Rispridonet[®] ökade fallrisken för patienten. Analysgruppens reflektioner är om fallet kunde undvikas med lägre Rispridonos[®] eller om oron behandlats med omvårdnadsinsatser istället för läkemedel.

Ärende två är en svårt cancersjukpatient i palliativt skede som skrivits ut från Sahlgrenska sjukhuset (SU) utan dokumenterat brytpunktsamtal. Då patienten försämras försöker patientens kommunala sjuksköterska nå hemsjukvårdsläkaren men lyckas inte komma i kontakt med hen. Sjuksköterska kontaktar då SU som rekommenderar att patienten skickas till akutmottagningen på Alingsås lasarett. Orsaken till besöket är att patienten har vätska i lungan och behöver tappas, vilket medför att patienten i detta skede behöver sjukhusets specifika kompetens.

Analysgruppens reflektioner är att patientansvarig läkare på SU före utskrivning borde genomfört ett brytpunktsamtal samt kallat till samordnad individuell planering. Då hade det funnits möjlighet att patienten remitterats till palliativa teamet. Palliativa teamet har möjlighet att genomföra pleuratappningar i hemmet och då hade patienten inte behövt besöka sjukhuset för att ta del av deras specifika kompetens.

Ärende tre är en patient som har en ohållbar hemsituation på grund av svår Parkinson och som har försämrats, ramlar och är i behov av smärtlindring. Patienten kontaktar själv ambulans utan föregående kontakt med hemsjukvården.

Analysgruppens bedömning är att denna patient hade kunnat få sin behandling i hemmet. Patienten behöver mer stöd men har avböjt detta, vilket gör situationen komplex.

Analysgruppens reflektion är om tillgång på en bedömningsbil (Single Responder) hade kunnat medföra att patient hade kunnat få sin behandling i hemmet likaså om patient borde varit inskriven i närsjukvårdsteamet.

Ärende fyra är en patient med svårt kronisk obstruktiv lungsjukdom som har tryck över bröstet, svårt att andas och hög feber. Patienten behöver i detta skede sjukhusets specifika kompetens. Patienten är inskriven i närsjukvårdsteamet. Viss behandling sker från Angereds sjukhus och det är otydligt vem som är patientansvarig läkare.

Analysgruppens reflektioner är att närsjukvårdsteamet borde kallat ansvarig läkare på Angereds sjukhus till en samordnad individuell planering (SIP) för att tydliggöra vem som ansvarar för vad. En bättre proaktiv planering hade kanske medfört att patientens tillstånd gått att häva i ett tidigare skede och att patienten då inte hade behövt sjukhusets specifika kompetenser. En annan reflektion är om tillgång på en bedömningsbil (Single Responder) medfört att patienten kunnat få behandlingen i hemmet.

Ärende fem är en patient som bor på ett särskilt boende och har en misstänkt stroke.

Analysgruppens bedömning är att patienten är i behov av sjukhusets specifika kompetens i detta skede.

Ärende sex är en patient som ingår i ett hemsjukvårdsläkarteam och som plötsligt får flimmar för ögat och dubbelseende. På akutmottagningen misstänker man att patienten kan ha drabbats av en stroke.

Analysgruppens bedömning är att patienten är i behov av sjukhusets specifika kompetens i detta skede.

Ärende sju är en patient som ingår i ett hemsjukvårdsläkarteam och som fallit och troligtvis ådragit sig en fraktur då benet har en felställning efter fallet.

Analysgruppens bedömning är att patienten är i behov av sjukhusets specifika kompetens i detta skede.

Ärende åtta är en patient, som ingår i ett hemsjukvårdsläkarteam, och som har nedsatt allmäntillstånd och är andningspåverkad. Både patienten själv och dess anhöriga vill att patienten får sjukhusvård. Analysgruppens bedömning är att patienten är i behov av sjukhusets specifika kompetens i detta skede.

Ärende nio är en yngre patient med hemsjukvård som plötsligt får svaghet i benen och försämrad balans. Analysgruppens bedömning är att patienten är i behov av sjukhusets specifika kompetens i detta skede.

Ärende tio är en patient med långvariga ländryggssmärter som tillhör ett hemsjukvårdsläkarteam där hemtjänstpersonalen ringer efter ambulans utan föregående kontakt med sjuksköterskorna inom hemsjukvården, vilket de borde gjort. Analysgruppens bedömning är att patienten inte behövde sjukhusets specifika kompetens utan kunde fått hjälp inom primärvården.

Ärende elva är en patient med tilltagande förvirring som tillhör ett hemsjukvårdsläarteam. Den kommunala sjuksköterskan är i kontakt med läkarjouren. Primärvårdsläkaren misstänker att förvirringen kan bero på en infektion och rekommenderar att patienten skickas in till sjukhuset. Analysgruppens bedömning är att patienten är i behov av sjukhusets specifika kompetens i detta skede.

Ärende tolv är en patient som åkte in till sjukhus, där hemtjänstpersonalen ringer efter ambulans utan föregående kontakt med sjuksköterskorna inom hemsjukvården. Svårt att nå sjuksköterka vid just detta tillfället under kvällstid. Beslutet landar i att skicka in personen till sjukhus, då man bedömer detta som en ohållbar hemsituation, med stor oro hos patient. Analysgruppens bedömning är att patienten inte behövde sjukhusets specifika kompetens utan kunde fått hjälp inom primärvården.