



RUTIN

Samverkansrutin för mobil närvård i Fyrbodol

Författare: Amira Donlagic

Godkänd av: Ledningsgrupp Vårdsamverkan Fyrbodol

Dokumentet gäller för: Personal som arbetar med mobil närvård

1 Syfte

Syftet med rutinen är att beskriva ett gemensamt arbetssätt för alla verksamheter som berörs av mobil närvård inom slutenvård, öppenvård, hälso- och sjukvård och omsorg i kommuner.

Mobil närvård syftar till att erbjuda en god och sammanhållen nära vård och innebär att kommunerna står för en basverksamhet med dygnet-runt-funktion och förstärks av ett specialistteam och ökad tillgång till hemsjukvårdsläkare.

Målsättningen med Mobil närvård är att öka tillgången till hembesök av läkare för att de mest sjuka äldre ska få en personcentrerad, trygg och samordnad primär- och specialistvård som präglas av en helhetssyn.

2 Omfattning

I rutinen beskrivs processen för mobil närvård och fördelningen av ansvar utifrån specialistnivå, primärvårdsnivå, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

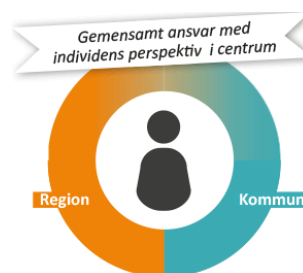
3 Ansvar

Vården ges i hemmet och utgår alltid från patientens behov. Syftet är att skapa en ökad upplevelse av trygghet och nöjdhet, bättre utnyttjande av gemensamma resurser utifrån patientens behov.

Modellen förutsätter ett välfungerande samarbete och gemensam ledning mellan kommun, primärvård och slutenvård.

Mobil närvård utgörs av:

- Mobil hemsjukvårdsläkare utgående från vårdcentral
- Närsjukvårdsteam utgående från sjukhus
- Mobilt palliativ team utgående från sjukhus
- Kommunal hemsjukvård/socialtjänst



Gemensam värdegrund

Samarbete mellan parterna ska kännetecknas av att:

- Individens behov, inflytande och självbestämmande alltid är utgångspunkt för hälso- och sjukvård.
- Utifrån patientens perspektiv ska vården vara lättillgänglig, effektiv och säker med god kvalitet och gott bemötande

**RUTIN****Samverkansrutin för mobil närvård i Fyrbodals**

- Varje medarbetare aktivt bidrar med sin kunskap och kompetens samt samarbetar så att hälso-och sjukvården upplevs som en välfungerade helhet.

4 Processbeskrivning

4.1 Mobil hemsjukvårdsläkare

Målgrupp för insatsen mobil hemsjukvårdsläkare är vuxna patienter som är inskrivna i kommunal hemsjukvård i eget boende med omfattande vård- och omsorgsbehov och i behov av teambaserad vård i hemmet. Teamet består av en eller flera yrkesprofessioner i kommunal hemsjukvård samt läkare från vårdcentral.

Det ska finnas möjlighet till direktkontakt per telefon mellan (HSV) sjuksköterska och (VC) läkare. Vid behov av akuta hembesök ska det ske senast nästkommande vardag.

Hemsjukvårdsläkaren ska vara patientens fasta vårdkontakt för att kunna arbeta på ett proaktivt arbetssätt som till exempel läkemedelsgenomgångar, riskbedömningar upprättande av samordnad individuell plan (SIP) eller annan vårdplan. ([länk till KoK boken](#))

4.2 Närsjukvårdsteam

Patienter med behov av och önskan att få specialiserad vård i hemmet. I första hand patienter med kommunal hälso-och sjukvård, men kan också erbjudas patienter utan kommunal hälso-och sjukvård.

- Hemsjukvårdspatient med (tillfällig) försämring
- Mångsökare på akuten
- Uppföljning efter slutenvård

Team utgår från NU-sjukvården, har Fyrbodals (utom Uddevalla) och Lilla Edet som sitt upptagningsområde.

Ett annat team med upptagningsområde i Uddevalla kommun utgår från mobilt vårdteam i Uddevalla.

Teamen riktar sig till patienter med stort vårdbehov och till hemsjukvårdspatient som blir medicinskt instabil och kräver intensiva insatser eller där tillståndet förändras ofta och där stabilitet över tid är svår att uppnå. Närsjukvårdsteamet kan tillfälligt ta över vårdansvaret. Patienterna kan få snabba bedömningar genom att det mobila vårdteamet har tillgång till avancerad medicinteknisk utrustning. Besök på akutmottagning, inläggningar och återinläggningar kan undvikas och patienten kan slippa påfrestande transporter.



4.2.1 Närsjukvårdsteam Fyrbodal utgående från NU sjukvården

Upptagningsområde är nästan hela Fyrbodal vilket omfattar Bengtsfors, Dals-Ed, Färgelanda, Lilla Edet, Lysekil, Mellerud, Munkedal, Orust, Sotenäs, Strömstad, Tanum, Trollhättan, Vänersborg och Åmål.

Inskrivningskriterier

Patient som skrivs in i Närsjukvårdsteamet ska vara 75 år eller äldre samt bör uppfylla följande kriterier:

- En eller flera kroniska medicinska sjukdomar
- Bo i ordinärt boende
- Inskriven i hemsjukvården

Utöver detta görs en bedömning om patienten befinner sig i en instabil situation och vad teamet kan tillföra patienten.

Vägen in till teamet

Kontakt tas med Närsjukvårdsteamet via telefon dagtid eller remiss från sjuksköterska eller läkare från sjukhus, primärvård eller kommun.

Möjlighet till direktinläggning

Direktinläggning på MÄVA dagtid. Övrig tid direktinläggning efter kontakt med medicinjour Uddevalla sjukhus, vxl 010-435 00 00

Utskrivning ur teamet

Patienten är inskriven i teamet under en begränsad tid. När läget stabiliserats förs vårdansvaret över till primärvården. Planer och vårdtidssammanfattning överförs vid överlämnandet.

4.2.2 Mobilt vårdteam i Uddevalla utgående från Vårdcentraler

Inskrivningskriterier:

Patient som skrivs in i Närsjukvårdsteamet bör vara 75 år eller äldre samt bör uppfylla följande kriterier:

- En eller flera kroniska medicinska sjukdomar
- Bo i ordinärt boende



RUTIN

Samverkansrutin för mobil närvård i Fyrbodol

- Bör vara inskrivna i hemsjukvården men kan också erbjudas patienter utan kommunal hälso och sjukvård

Utöver detta görs en bedömning om patienten befinner sig i en instabil situation och vad teamet kan tillföra patienten.

Vägen in till teamet

Kontakt tas med Mobila vårdeamet via telefon dagtid.

Möjlighet till direktinläggning

Om det finns kriterier för att patienten skall bli MÄVA patient så vidtalas MÄVA läkare för att diskutera om patienten uppfyller kraven för att bli det.

De patienter som inte uppfyller kriterier för att bli MÄVA patient så görs finns det i den medicinska vårdplanen upplysning om var patienten och ev kommunens hälso och sjukvård skall vända sig på jourtid.

Om patienten är MÄVA patient:

Direktinläggning på MÄVA dagtid. Övrig tid direktinläggning efter kontakt med medicinjour Uddevalla sjukhus, vxl 010-435 00 00

Utskrivning ur teamet

Patienten är inskriven i teamet under en begränsad tid. När läget stabiliserats förs vårdansvaret över till primärvården. Planer och vårdtidssammanfattning överförs vid överlämnandet.

4.3 Mobil palliativ team

Vården utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativt omhändertagande. Palliativa enheten i NU-sjukvården innefattar en vårdavdelning och ett mobilt palliativt team på Uddevalla sjukhus. Uppföljning sker via Svenska Palliativregistret som är ett nationellt kvalitetsregister.

För mer information se bilaga 1.

4.4 Kommunal hemsjukvård

Hälso-och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelningen avseende patienter med behov av hälso-och sjukvårdsinsatser i hemmet.



RUTIN

Samverkansrutin för mobil närvård i Fyrbodol

- Patienter som på grund av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning inte kan ta sig till VGR:s mottagningar utan större svårigheter och där det på grund av insatsernas omfattning och frekvens motiverar att vården ges i patientens hem.
- Patienter med behov av hemsjukvård över tid, oavsett ålder eller diagnos, som kan ges med bibehållen patientsäkerhet i patientens hem.
- Patienter som enligt ovanstående punkter har behov av hemsjukvård kan samtidigt få vissa hälso- och sjukvårdsinsatser utförda på mottagning baserat på upprättad vårdplan/SIP.

Enligt HoS avtalet ansvarar kommunen för att i enskilda fall, efter överenskommelse utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under jourtid.

- Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kvälls- och natttid för patienter som normalt besöker VGR:s vårdcentraler. Under mottagningarnas öppethållande har VGR hälso- och sjukvårdsansvaret för dessa patienter.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från slutenvård som inte kan ta sig till mottagning. Detta gäller endast under förutsättning att en överenskommelse skett som stöd för de kommunala insatserna.

4.5 Ökat omvårdnadsbehov

Patienter med kommunal hälso- och sjukvård

När närsjukvårdsteam eller palliativa team uppmärksammar att patienten har ett ökat behov av vård och omsorg, hemtjänst, tas kontakt med kommunen enligt lokala rutiner.

Patienter utan kommunal hälso- och sjukvård

För de patienter som är anslutna till ett närsjukvårdsteam eller palliativt team men inte har kommunal hälso- och sjukvård tas kontakt med kommunen enligt lokala rutiner.

4.6 Läkarstöd Jourtid

En förutsättning för vårdformen är en god planering och väl utförda Medicinska vårdplaner. Patienter som har:

Hemsjukvårdsläkare :

- kontakt med primärvårdens jourläkare.

Närsjukvårdsteam Fyrbodol:

- kontakt med medicinjour Uddevalla sjukhus vxl 010-435 00 00



RUTIN

Samverkansrutin för mobil närvård i Fyrbodals

Mobilt vårdteam Uddevalla:

- MÄVA patient – medicinjour Uddevalla sjukhus vxl 010-435 00 00
- Hemsjukvårdspatient men ej MÄVA patient – primärvårdens jourläkare
- Ej Mäva patient och ej inskriven i HSV – 1177 eller 112

Palliativa tem:

- Kontakt tas med palliativa avdelningen som avgör vidare handläggning, tel 010-4350140.

5 Uppföljning

Arbetsättet har gradvis utvecklats fram och det är viktigt att arbetet förbättras kontinuerligt och uppföljningen ligger på flera nivåer inom den egna organisationen samt i samverkan med andra aktörer:

Micro- Utförarverksamheter: Lokal- och individnivå, där patienten finns.

Primärvården: uppföljningar via KoK boken.

NU sjukvården: uppföljningar via VÖK:en.

Hemsjukvården: uppföljningar internt

Vårdsamverkan: uppföljningar i de lokal närsjukvårdsgrupperna, checklistan finns framtagen.

Meso- Områdesnivå/delregionalt

Primärvården: uppföljningar via interna ledningsgrupper / förvaltningar

NU sjukvården: uppföljningar via interna ledningsgrupper/förvaltningar

Hemsjukvården: MAS-nätverket, socialchefsnätverket

Vårdsamverkan: uppföljningar via delregional ledningsgrupp.

Makro – ”systemägare” och förvaltare på huvudmannanivå

Primärvården: uppföljningar via förvaltningar

NU sjukvården: uppföljningar via förvaltningar

Hemsjukvården: MAS-nätverket, socialchefsnätverket, Västkom.

Vårdsamverkan: uppföljningar via ledningsgrupp VVG.

6 Relaterad information

[Bilaga 1. Rutin för samverkan Palliativ vård](#)