

*Dokumenttyp*  
Delregional beskrivning

*Uppdrag*  
Utvecklingsgrupp Äldre

*Upprättat av*  
Utsedd AG + Delregional samordnare mobil närvård

*Utfärdsdatum*

*Sida 1 av 4*

*Godkänt av*  
UG Äldre

*Datum för godkännande*  
2020-10-08

## **Delregionala beskrivning av Mobil närvård i Vårdsamverkan SAMLA**

### **Syfte**

Syftet är att beskriva tillämpning och arbetssätt för alla verksamheter som berörs av mobil närvård inom öppenvård, slutenvård och kommunal vård och omsorg. Syftet är vidare att behålla det goda vi har samt utveckla samverkan runt mobil närvård.

### **Inledning**

En god sammanhållen nära vård utan onödiga sjukhusvistelser: Personer med omfattande vård- och omsorgsbehov är en särskilt utsatt grupp, ofta med insatser från fler än en huvudman. För dessa personer är det extra viktigt att samordningen mellan vårdgivare fungerar samt att någon tar ett helhetsansvar så att personen inte faller mellan stolarna. Det är här modellen Mobil närvård kan göra skillnad. [www.vardsamverkan.se/samverkanteman/aldre/mobilnarvard/](http://www.vardsamverkan.se/samverkanteman/aldre/mobilnarvard/)

Mobil närvård bygger på att kommunen står för basverksamheten och dygnet runt-funktionen samt arbetar tätt tillsammans med hemsjukvårdsläkare och specialistteam.

[www.vardsamverkan.se/organisation/delregionalvardsamverkan/samla/omraden-for-samverkan/mobil-narvard/](http://www.vardsamverkan.se/organisation/delregionalvardsamverkan/samla/omraden-for-samverkan/mobil-narvard/)

### **Ledning och stödstrukturer**

Modellen förutsätter ett väl fungerande samarbete och gemensam ledning mellan öppenvård, slutenvård och kommunal vård och omsorg. I SAMLA är det Utvecklingsgrupp Äldre som är samverkansgrupp för mobil närvård.

Uppföljning och utveckling hålls samman av delregional samordnare mobil närvård.

[www.vardsamverkan.se/organisation/delregionalvardsamverkan/samla/omraden-for-samverkan/mobil-narvard/](http://www.vardsamverkan.se/organisation/delregionalvardsamverkan/samla/omraden-for-samverkan/mobil-narvard/)

### **Gemensam målbild**

Trygga patienter genom ett gott omhändertagande i hemmet via samverkan.

## Beskrivning av team inom mobil närvård

### Mobil hemsjukvårdsläkare utgående från vårdcentral

Vuxna patienter inskrivna i kommunal hemsjukvård i ordinärt boende, med omfattande vård- och omsorgsbehov ska erbjudas teambaserad vård i hemmet. Teamet består av mobil hemsjukvårdsläkare från vårdcentral, samt en eller flera yrkesprofessioner i kommunal hemsjukvård. Teamet arbetar personcentrerat och proaktivt.

Hemsjukvårdsläkaren har sin organisatoriska tillhörighet på vårdcentral. För att förbättra möjligheten till teambaserat arbetssätt och tillgänglighet ska uppdraget som mobil hemsjukvårdsläkare vara ett uppdrag för en eller ett fåtal läkare på vårdcentralen om skäl för annat inte föreligger och kan med fördel vara en gemensam resurs för flera vårdcentraler eller enbart för den egna vårdcentralen.

I SAMLA är det en gemensam hemsjukvårdsläkare för två Närhälsan VC i Lerums kommun (Floda och Lerum) och två Närhälsan VC i Alingsås kommun (Sollebrunn och Sörhaga). Resterande sex vårdcentraler löser uppdraget var för sig.

Den mobila hemsjukvårdsläkaren ska vara patientens fasta läkarkontakt. Det ska finnas möjlighet till direktkontakt per telefon mellan hemsjukvårdsläkaren och ansvarig sjuksköterska i kommunal hemsjukvård, samt möjlighet till akuta hembesök senast nästkommande vardag. Hemsjukvårdsläkare ska vara tillgänglig för kommunens hälso- och sjukvårdspersonal vardagar. Vid ledighet och semester ska det finnas en planering från vårdcentralen i hur funktionen ska ersättas. Jourtid kontakt med primärvårdens jour.

Rutin och arbetssätt beskrivs i Krav- och kvalitetsboken (Kok-boken). Utöver KoK-bokens rutiner beskrivs även i närområdesplaner för respektive vårdcentral hur man arbetar med mobil närvård. Arbetssättet kan skilja sig mellan vårdcentralerna.

### Närsjukvårdsteam utgående från Alingsås lasarett

Närsjukvårdsteamet (NSVT) Alingsås Lasarett arbetar för att skapa trygghet för våra mest sjuka äldre genom möjlighet att ge specialistvård i hemmet. Detta kan ske efter att patienten besökt akuten, efter att patienten varit inlagd inom slutenvården eller efter mottagningsbesök. Remiss kan även komma från vårdcentral eller kommunen till teamet när det finns behov.

Närsjukvårdsteamet gör allt från enstaka besök till uppföljning under flera veckor utifrån patientens behov samt utifrån uppdraget till teamet.

NSVT ansvarar för sjukdom som patienten är anslutna för. För övriga sjukdomar har patient kvar sin PAL (patient ansvarig läkare) på vårdcentralen.

I SAMLA finns ett närsjukvårdsteam, utgående från Alingsås lasarett. Teamet består av läkare och sjuksköterskor som arbetar vardagar, dagtid.

NSVT har möjlighet till direktinläggning inom slutenvården om behov uppstår.

NSVT har ett nära samarbete med personal i hemsjukvården om patienten är inskriven där.

### **Palliativa teamet utgående från Alingsås Lasarett**

Målgrupp är patienter över 18 år, i behov av specialiserad vård i livets slutskede så kallad palliativ vård. Alingsås lasarett har ett palliativt öppenvårdsteam som har tillgång till 5 slutenvårdsplatser på kirurgavdelningen.

När en patient blir ansluten till palliativa teamet så "omfamnas" hela familjen i detta stöd. Palliativa teamet och personal i hemsjukvården arbetar nära varandra kring den palliativa patienten. Vid inskrivning i palliativt team och kommunal hemsjukvård är arbetssättet proaktivt med symtomskattning samt trygghetsordinationer och behandlingsanvisning. Det medicinska ansvaret tar läkare i Palliativa teamet över från vårdcentralen och blir således fast läkarkontakt.

I SAMLA finns ett palliativt team utgående från Alingsås lasarett. Teamet består av läkare, sjuksköterskor, dietist, kurator, sekreterare och en diakon. Vid inskrivning i palliativa teamet är patient som oftast även i behov av att vara inskriven i kommunal hälso- och sjukvård, men inte alltid. Teamet arbetar vardagar, dagtid.

Vid behov av kontakt med palliativa teamet jourtid så finns sjuksköterska på palliativvårdavdelningen som har rådgivande funktion gentemot patient, närstående samt personal inom sjukhuset och den kommunala vården.

För patienter som har behov finns det möjlighet till direktinläggning så kallad öppen retur på palliativa teamets slutenvårdsplatser. Öppen retur ges till de patienter som kan komma till avdelningen utan att behöva en akut läkarbedömning. Detta gäller inte patienter med pågående onkologisk behandling, de måste gå via akuten vid infektioner/feber.

### **Anslutningskriterier/målgrupp och vägen in och ut.**

#### **Mobil hemsjukvårdsläkare utgående från vårdcentral.**

Målgrupp är vuxna patienter inskrivna i kommunal hemsjukvård i ordinärt boende, med omfattande vård- och omsorgsbehov.

På vissa vårdcentraler är målgrupp alla personer, oavsett ålder som är inskrivna i kommunal hemsjukvård, automatiskt anslutna till mobil hemsjukvårdsläkare.

Det finns ytterligare modell där vissa vårdcentraler i första hand strävar efter att det är patientens egen PAL som gör hembesök. Detta så att patienterna ska kunna behålla sin ansvarige läkare även när tillståndet försämras, istället för att när man är som mest sjuk och skör behöva träffa en ny läkare. Läkare och vårdcentraler som arbetar efter denna modell ska följa Krav och kvalitetsboken, KoK reglering och erbjuda planerade årskontroller i hemmet, vara tillgängliga för akuta hembesök senast nästkommande vardag samt ha en daglig tillgänglighet via telefon med hemsjukvårdssköterskorna.

Patientens synpunkt ska efterfrågas och man ska kunna välja att ej vara knuten till mobila hemsjukvårdsläkaren.

Det finns ingen övergripande formell inskrivning till hemsjukvårdsläkare, utan patienterna överförs efter muntlig eller skriftlig kommunikation mellan hemsjukvårdssköterska och vårdcentral efter att sjuksköterska bedömt att behov finns, eller så sker det automatisk vid inskrivning i hemsjukvård.

För inskrivning i kommunal hemsjukvård, se rutin: delregional rutin in-och utskrivning i kommunal hemsjukvård via IT-tjänsten SAMSA

För "utskrivning" från mobil hemsjukvårdsläkare finns ingen tagen rutin.

### Närsjukvårdsteam utgående från Alingsås lasarett

Anslutning till NSVT sker externt via pappersremiss, internt efter telefonsamtal eller via vårdbegäran i SAMSA. Remiss/vårdbegäran kan skrivas av läkare och sjuksköterska inom både region och kommun. När sjuksköterska skriver vårdbegäran måste det vara förankrat med ansvarig läkare inom vårdcentral.

Om behov av inskrivning i hemsjukvård i samband med NSVT, används öppenvårdsprocessen i SAMSA.

Vårdcentral fortsätter vara fast vårdkontakt.

Vid avslutad anslutning från NSVT, meddelas vårdcentral och kommun enligt rutin.

### Palliativa teamet utgående från Alingsås Lasarett.

Inskrivningskriterier/Målgrupp är specialiserad vård i livets slutskede (palliativ vård) när sjukdom inte svarar på botande behandling och största vikt läggs vid symtomlindring.

Inskrivning i palliativa teamet sker oftast via pappersremiss från behandlande läkare. Ibland även genom egenremiss. Vid eventuell inskrivning i hemsjukvård i samband med palliativa teamet används öppenvårdsprocessen i SAMSA. Därefter skickas aktuella papper, så som läkemedelslista med trygghetsordinationer och behandlingsansvisning och läkaranteckning till aktuell hemsjukvård.

Vid avslutad vårdkontakt efter dödsfall i hemmet meddelar hemsjukvården palliativa teamet att patient är avliden via faxmeddelande eller via telefon och namnkort faxas till dem. Palliativa teamet har även uppföljning med efterlevande efter dödsfall.

### **Patienter som är anslutna till NSVT och Palliativa team men inte önskar eller har behov av kommunal hälso- och sjukvård**

Enligt hälso- och sjukvårdsavtalet ansvarar kommun för att i enskilda fall efter överenskommelse utföra planerade och eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under jourtid.

### **Uppföljning**

Regional uppföljning av mobil närvård planeras. Delregional uppföljning planeras inom SAMLA därefter.