

Mobil närvård - nulägesrapport

Karin Fröjd

Regional projektledare



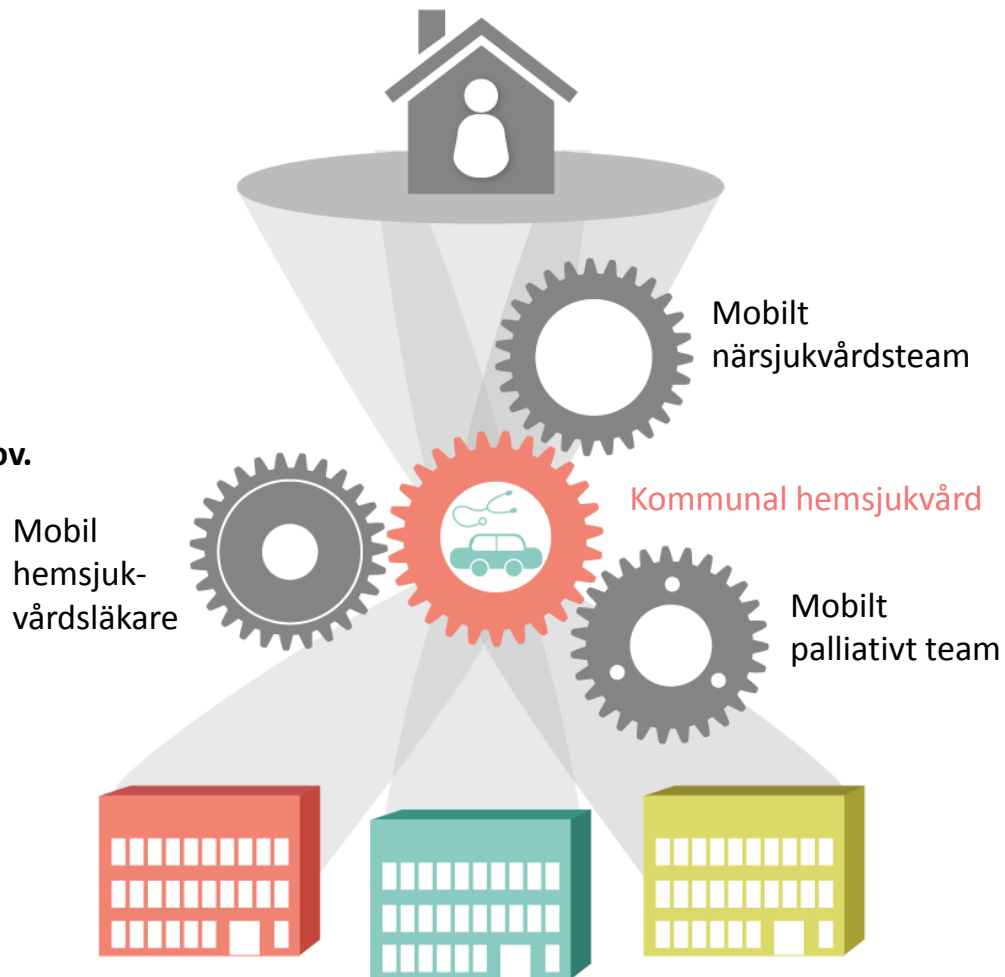
Modellen Mobil närvård

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

Vården ges i hemmet och utgår från individens behov.

Syftet är att skapa en ökad upplevelse av trygghet och nöjdhet, bättre utnyttjande av gemensamma resurser samt att minska undvikbar slutenvård.

Modellen förutsätter ett väl fungerande samarbete och gemensam ledning mellan kommun, primärvård och sjukhus.



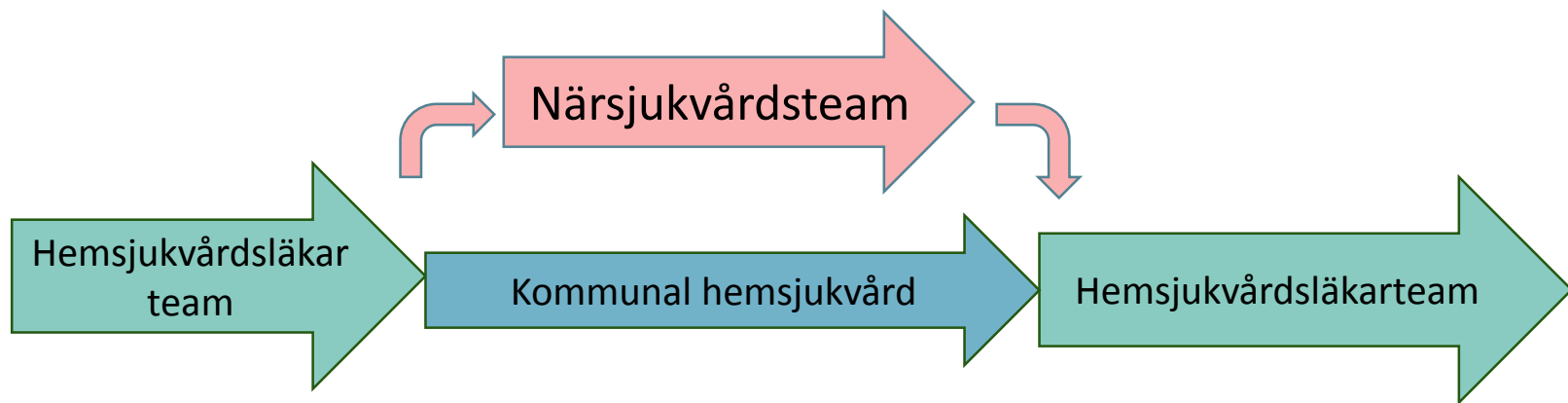
Basen för hemsjukvården

- Hemsjukvårdsläkarteam= Kommunal ssk, usk, at, sg + läk från pv som bedriver teambaserad, personcentrerad, proaktiv vård med hög kontinuitet
- Vid behov konsulteras sjukhusspecialister, Närsjukvårdsteam och Palliativa team

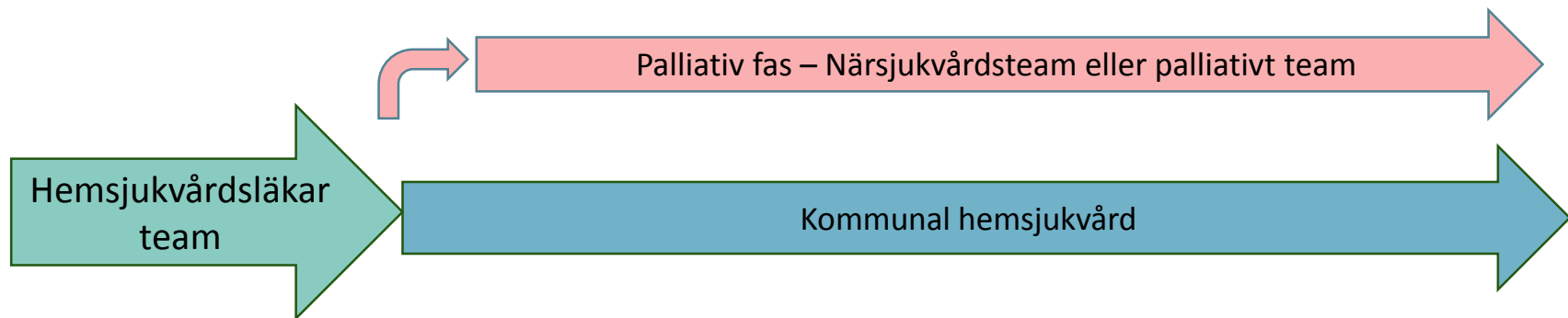


Hemsjukvårdsläkarteam

Hemsjukvårdspatient som blir medicinskt instabil och kräver annan kompetens än vad vårdcentralsläkaren och kommunal hemsjukvård har. Närsjukvårdsteamet kan tillfälligt ta över vårdansvaret i stället för sjukhusvård



Hemsjukvårdspatient som blir medicinskt instabil och kräver annan kompetens än vad vårdcentralsläkaren har. Patienten är i en sen palliativ fas och är långvarigt medicinskt instabil närsvårdsteamet eller palliativa teamet tar över vårdansvaret



Mobila hemsjukvårdsteam

Varför satsning på Mobil närvård/hemsjukvårdsteam?

- Hemsjukvård har alltid ingått i vårdcentralernas uppdrag, men har ofta inte prioriterats. Många kommuner har varit missnöjda med samarbetet
- Ökad ersättning för hemsjukvårdsbesök har inte ökat besöken nämnvärt
- Viktigt med hög läkarkontinuitet för hemsjukvårdspatienter
- Samverkan mellan vårdcentraler om ansvaret för hemsjukvårdspatienter ökar tillgänglighet och kontinuitet

Krav i KoK-boken 2018 för att få ramhöjande medel för mobila hemsjukvårdsteam

- Teambaserad personcentrerad hemsjukvård med läkare från VC och från kommunal HSV sjuksköterska och vid behov flera medarbetar
- Möjlighet till direktkontakt per telefon mellan sjuksköterska (HSV) och läkare (VC)
- Akuta hembesök senast nästkommande vardag
- Hemsjukvårdsläkaren är patientens fasta vårdkontakt
- Proaktivt arbetssätt t ex, läkemedelsgenomgångar, vårdplan, SIP, riskbedömning, anhörigstöd
- Samverkan med närsjukvårdsteam och palliativa team

Övergången från projekt till ordinarie verksamhet

- Tveksamt om alla vårdcentraler har anammat det nya arbetssätt
- Framförallt rapporteras brister avseende teamarbete och att läkaren ska vara fast vårdkontakt/patientansvarig läkare
- Tillbakagång till mer konsultativt arbetssätt?
- Tillbakagång till minskad samverkan?

Stöd och uppföljning hemsjukvårdsteam 2018

- Uppföljning Vårdval vårdcentral/Koncernkontoret
 - Granskning av närområdesplaner och återkoppling till vårdcentralerna
- Breddinförandeprojektet Mobil närvård
 - Fortsatt stöd från projektledningen m h a projektledar- och nätverksmöten
 - Projektfinansierade koordinatörer
 - Utvärdering bl a med enkäter

Mobila närsjukvårdsteam – utgår från sjukhusen

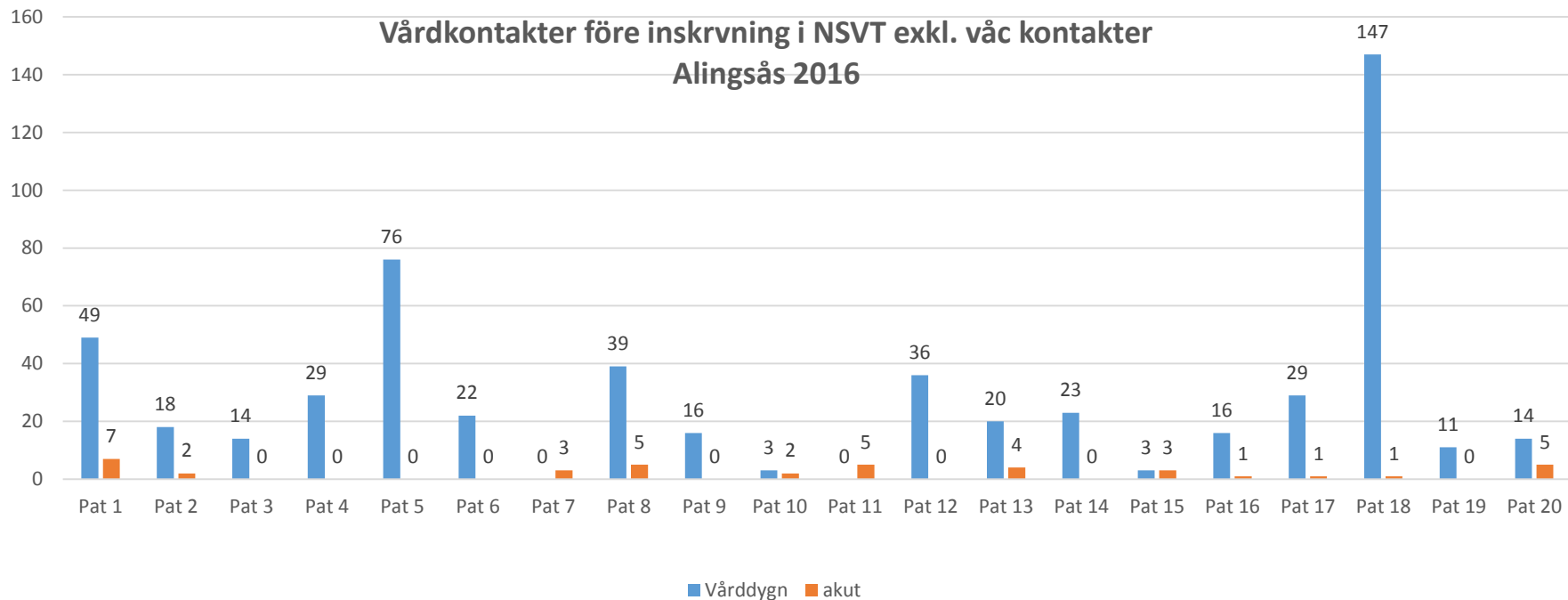
Mobila närsjukvårdsteam

- Består av en läkare och två sjuksköterskor med specialistkompetens 1 team/100000 invånare.
- Övertar vården för medicinskt instabil patient, vanligtvis tillfälligt
- Oftast är vården mer intensiv
- Är ett alternativ till sjukhusvård

Mobila närsjukvårdsteam hösten 2018

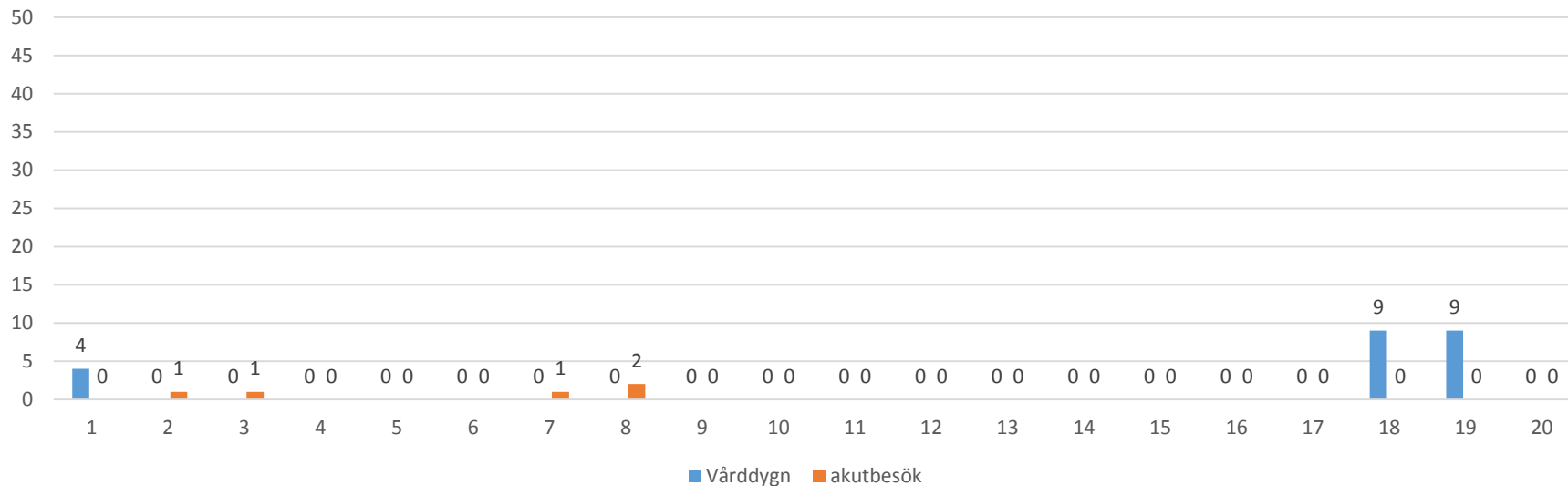
- Skaraborg tre team
- Södra Älvsborg två team
- Alingsås ett team
- Kungälv ett team
- NU-sjukvården två team samt närsjukvårdsuppdrag för hybridteamet i Uddevalla
- Göteborgsområdet fyra - fem team (ANS har svårt att rekrytera läkare)

Före Närsjukvårdsteamet Alingsås



Efter Närsjukvårdsteamet Alingsås

Vårdkontakter Efter inskrivning i NSVT exkl. våc. kontakter Alingsås 2016



**Totalt 22 vårddygn
och 5 besök på akuten.**

Närsjukvårdsteam 2019

■ Tilläggsöverenskommelse 2019

■ Enligt HS 2017-00210

- Ersättning fördelas på antalet ”multisjuka äldre”/ nämndområde
- 95% fast finansiering, samt:
 - 2,5% ersättning om patientgruppen får minskat behov av akutbesök och slutenvård
 - 2,5% ersättning om man har genomfört uppföljning av patientens upplevda värde/nytta av närsjukvårdsteam

■ Regional basal gemensam uppdragsbeskrivning

Möjligheter och svårigheter



På gång

- Utvärdering av hela projektet
 - Följeutvärdering
 - Forskning Högskolan i Skövde och Chalmers (CHI)
 - Samarbete med FoU i Väst för gemensam utvärdering av sammanhållen vård
- Uppföljning inom Omställning/Nära vård
- Utveckling av mobil vård för flera patientgrupper t ex palliativ vård för barn och ungdomar

Möjligheter

■ Hemsjukvårdsteam

- Både kommunal hälso- och sjukvård och vårdcentraler upplever att hemsjukvårdsteamerna är ”vinna-vinna”

■ Närsjukvårdsteam

- Sjukhusen ser stora vinster med närsjukvårdsteam, bl a färre återinläggningar och färre akutbesök
- kommunal hälso- och sjukvård har varit mycket skeptiska men övertygas så småningom om fördelarna

■ Lokal och delregional vårdssamverkan behöver ta ett gemensamt fast ansvar för förvaltning och utveckling av mobila vårdformer

Svårigheter

■ Digitalisering

- Svårt att ordna nödvändig tillgång till journaler för vård i hemmet
- Digitala vårdmöten testas lokalt
- Digital övervakning har ännu inte kommit igång

Mobil närvård/vård i hemmet

- Gör det möjligt för fler patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov att få personcentrerad, teambaserad, proaktiv vård i det egna hemmet i stället för sjukhusvård.
- Innebär att vården blir mer tillgänglig, individanpassad, trygg och mer ändamålsenlig, det vill säga patientens nytta ökar och vården blir effektivare.