



Anneli Andersson
Delregional samordnare
Mobil: 0700 – 85 27 32
anneli.s.andersson@vregion.se

Datum 2019-02-13

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 samt 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 2017 i projektform men övergick år 2018 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 SIMBA utvecklat under projekt tiden kvarstår och som blivit SIMBAs arbets sätt inom hemsjukvårdsläkarteamen kommer samverkansavtal tas fram.

För att undersöka om arbets sättet med mobil närvård lett till att målgruppen nu får behandling på rätt vårdnivå och därmed att tillgängliga resurser används på bästa sätt genomförde SIMBA en uppföljning vecka 47-48 över de hemsjukvårdspatienter som besökte akutmottagningen och/eller blev inskrivna i slutenvården. Liknande uppföljningar genomfördes åren 2013/2014.

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. Akutmottagningens personal registrerade de patienter med hemsjukvård som kom in till akuten. Syftet med att be akuten registrera vilka som kommit in var för att fånga de patienter som eventuellt kommunerna missade att registrera i sin redovisning.

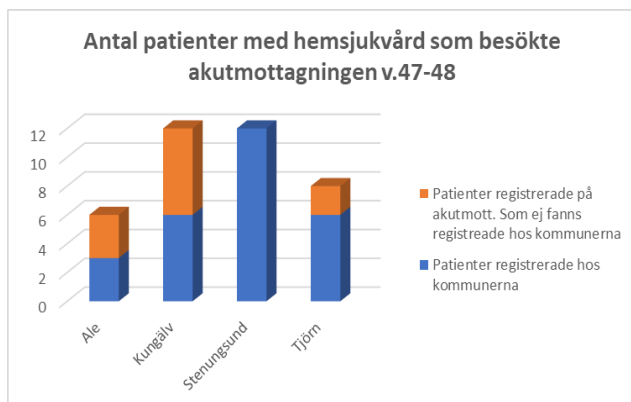
Sjuksköterskornas registrering kompletterades med en journalgranskning för att analysera om besöket på akutmottagningen och/eller inskrivningen var undvikbar.

I analysgruppen ingick:

Agneta Hamilton, verksamhetschef, Kustens vårdcentral
Ann-Charlotte Nyrén, verksamhetschef, Tjörns kommun
Ann-Sofie Borg, verksamhetschef, Ale kommun
Margrethe Tönder, verksamhetschef, Kungälv's sjukhus
Noomi Holmberg, verksamhetschef, Kungälv's kommun
Åsa Fredriksson, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Ale kommun

Resultat och bedömning

Antal ärenden under mätperioden



Under uppföljningsperioden, som bestod av två veckor, hade, enligt kommunernas registrering 27 patienter med hemsjukvård besökt akutmottagningen och/eller blivit inskrivna inom slutenvården.

Fördelningen mellan kommunerna var följande: Kungälv sex patienter, Tjörn sex patienter, Ale tre patienter och Stenungsund tolv patienter. Utöver de patienter som kommunerna registrerat fångade akutmottagningen upp ytterligare elva patienter med hemsjukvård som kom in till sjukhuset. Fördelningen var enligt följande: sex patienter från Kungälv, tre från Ale och två från Tjörn.

Analysen

Analysen omfattar de patienter som sjuksköterskorna inom den kommunala hemsjukvården i Ale, Kungälv och Tjörn registrerat under uppföljningsperioden. Då Stenungsund inte hade några ärenden inrapporterade vid analystillfället omfattas inte Stenungsunds ärenden av analysen men ingår i statistiken. Således blir det sammanräknade resultatet för analys på ärendenivå från kommunerna 15 patienter.

Samordnade individuella planer (SIP)

Ingen av patienterna hade en dokumenterad samordnad individuell plan (SIP). Däremot var sjuksköterskornas bedömning i Kungälvs kommun att planeringen för patienterna var tillräcklig och att de ordinationer som behövdes fanns i journalen i två av de sex ärendena. Sjuksköterskorna i Tjörns kommun bedömde att det i två ärenden räckte, i två ärenden inte räckte samt att de två sistnämnda ärendena angavs med ett frågetecken. I Ale kommun var bedömningen att samtliga ärenden kunde besvaras med ett ja. Uppgifter från Stenungsund saknas då inga svar alls angivits i frågan.

Analysgruppen kan konstatera att man inom SIMBA 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 några av besöken på akutmottagningen och påföljande inskrivning kunnat undvikas.

Proaktiv vårdplan

Analysgruppens bedömning är att flera av patienterna troligen hade kunnat vårdas hemma av primärvården och hemsjukvården i samverkan om en långsiktig proaktiv vårdplan funnits. Ett proaktivt arbetssätt ger en möjlighet att tidigt identifiera, planera och strukturera de framtida insatserna utifrån individens behov vilket även minskar risken för akuta insatser. Av stor vikt är att uppdaterade vårdplaner är kända för både personal och anhöriga. Analysgruppen kan konstatera att man inom SIMBA ännu inte implementerat det proaktiva arbetssättet som en självklarhet för patienter med komplexa vårdbehov.

Kontakt med primärvårdsläkare

I tio av de 15 analyserade ärendena hade hemsjukvården kontakt med primärvårdsläkaren före besöket på akutmottagningen och/inskrivningen inom slutenvården. I tre av de resterande fem ärendena kontaktade sjuksköterskan inte primärvårdsläkaren före sjukhusbesöket. I de två återstående ärendena fattas beslutet om att söka vård på sjukhuset av anhörig eller patienten själv.

Hembesök av primärvårdsläkare

Inte i något av ärenden genomfördes hembesök av primärvårdsläkaren före transporten in till sjukhuset. Analysgruppens reflektion är om hembesök före transport in till sjukhuset i de fyra ärenden där bedömningen är att behandlingen kunnat genomföras inom primärvården troligtvis hade kunnat medföra att patienterna inte behövt söka vård på sjukhuset.

Behandling på rätt vårdnivå

Analysgruppens bedömning är att i elva av de femton ärendena behövde patienterna sjukhusets specifika kompetenser. I ett av ärendena var patienten känd mångsökare och önskade själv komma in till sjukhuset trots flera försök till motivering att fortsätta vårdas i hemmet.

Boendeform

Av de femton ärendena fanns åtta boendes inom särskilt boende, tre i ordinärt boende samt fyra på korttidsboende.

Analys på ärendenivå

Tjörn

- Ärende ett är en patient som bor på särskilt boende och har en rektal prolaps som behöver reponeras. Jourläkare konsulteras per telefon och beslutar att besök på sjukhus behövs. Patienten anländer till sjukhuset klockan 21:35, prolapsen reponeras och patienten är klar för återfärd till boendet efter några timmar. På grund av problem med transporter dröjer det dock tills morgonen innan patienten är åter på boendet. Analysgruppens bedömning är att patienten är i behov av sjukhusets specifika kompetens i detta skede.
- Ärende två är en patient med trasig PEG-sond, perkutan endoskopisk gastrostomi sond och är febril. Patienten bor på särskilt boende. Läkare kontaktas per telefon och med anledning av att patienten nyligen genomgått svår infektion med sepsis bedöms patienten vara i behov av sjukhusbesök. Patienten transporteras med ambulans och får komma direkt till en avdelning för genomodling, byte av PEG samt erhåller en bolusdos

med antibiotika direkt i blodet och en planerad fortsättning med antibiotika i tablettform. Rekommendationen från sjukhuset är att vid eventuella problem framöver ska närsjukvårdsteamet kontaktas.

Patienten fick en snabb behandling med en kort vårdtid vilket analysgruppen bedömer som mycket bra.

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

- Ärende tre är en patient som bor på särskilt boende och ej kan belasta ena benet varvid det finns en misstanke om fraktur. Patienten har sedan tidigare ett diagnostiserat subduralhematom vilket väcker en fråga hos sjuksköterskan om patienten ska åka till sjukhuset eftersom det kanske ändå inte görs någon åtgärd. Sjuksköterskan upplever att det saknas tillräcklig planering och ordinationer i journalen. Jourläkaren kontaktas per telefon och bedömer att patienten behöver komma till sjukhus för röntgenundersökning samt eventuell åtgärd. Kontakt tas även med sjuksköterska på närsjukvårdsteamet som kommer att bevaka patienten inför hemskrivning så att en plan kan göras. Patienten röntgas och det påvisas en luxation som åtgärdas under operation. Analysgruppens bedömning är att patienten är i behov av sjukhusets specifika kompetens i detta skede.
- Ärende fyra är en patient som vistas på korttidsboende och har frossa, tryck över bröstet, är blek och kallsvettig samt upplever det jobbigt med andningen. Vitalparametrar kontrollerade och en del av dem med avvikande värden. Sjuksköterskan kontaktar jourläkaren per telefon. Patienten transporteras till akutmottagningen, inlägges på sjukhuset och behandlas med antibiotika för misstanke om lunginflammation. Analysgruppens bedömning är att patienten är i behov av sjukhusets specifika kompetens i detta skede.
- Ärende fem är en patient som vistas på växelvårdsplats, har varit okontaktbar i tio minuter och har ett uppmätt lågt blodtryck. I anamnesen finns uppgift om Parkinsons sjukdom. Ingen kontakt med läkaren och sjuksköterskans bedömning är att det i journalen saknas tillräcklig planering och ordinationer. Ambulans tillkallas via larm på 112. För framtiden hade en samordnad individuell plan, SIP, varit bra. Vidare framkommer det vid journalgranskning att kontakten med neurologen på SU, Sahlgrenska inte är optimal. Analysgruppens bedömning är att patienten är i behov av sjukhusets specifika kompetens i detta skede.
- Ärende sex är en patient som bor på särskilt boende och där svar på prov som tagits föregående dygn inkommit och påvisar ett förhöjt kalium. Läkaren informerar sjuksköterskan att patienten behöver åka in till sjukhuset. Analysgruppens reflektion är att med en proaktiv planering för värde utanför referensramarna inför provtagning hade troligtvis sjukhusbesök kunnat undvikas. Likaså är reflektionen om ärendet kunnat lösas per telefon med hjälp av närsjukvårdsteamet. Vidare bedöms att en samordnad individuell plan, SIP, skulle kunna vara av värde för denna patient.

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

Kungälv

- Ärende sju är en patient som är ensamboende i lägenhet och upplever ohälsa men kan inte precisera vad orsaken är och önskar få komma till sjukhuset. Sjuksköterskan försöker med stödjande samtal motivera patienten till att kvarstanna i bostaden. Patienten erbjuds även läkarbesök i bostaden men avböjer. Har beviljade insatser via hemsjukvård samt hemtjänst.

Analysgruppens bedömning är att denna patient inte borde kommit in till sjukhuset men det var den egna viljan som styrde. Vidare reflektion av analysgruppen är om patienten har erbjudits samtal med psykolog och kurator. En samordnad individuell plan, SIP, skulle kunna vara av värde för denna patient. Vid journalgranskning framkommer att patienten är en mångsökare på akutmottagningen och analysgruppens konklusion är att patienter som uppsöker slutenvården vid tre eller fler gånger per år behöver fångas upp.

- Ärende åtta är en äldre multisjuk patient som bor på särskilt boende och har besvär med andningen orsakad av sin hjärtsvikt. Sjuksköterskan kontaktar läkaren vid flera tillfällen men vederbörande bedömer inte att hembesök ska göras. Sjuksköterskans bedömning är att det i journalen saknas tillräcklig planering och ordinationer för att kunna bedriva vården i hemmet. Dessutom saknas det hjälpmedel. Patienten får således uppsöka akutmottagningen.

Analysgruppens reflektion är att en bättre proaktiv planering hade kunnat medföra att patientens tillstånd kanske gått att häva i ett tidigare skede och att patienten då inte hade behövt sjukhusets specifika kompetens. Vidare anser analysgruppen att en samordnad individuell plan, SIP, skulle vara av värde för denna patient. Vid journalgranskning framkommer i dokumentationen att patienten inte borde åkt till sjukhuset utan stannat kvar på boendet och där fått en god vård.

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

- Ärende nio är en patient som bor på särskilt boende och har andningsbesvär samt en för låg syresättning. VISAM beslutsstöd har använts och givit utfall röd. Jourläkaren konsulteras och bedömer att patienten ska till sjukhus. Sjuksköterskan bedömer att det i journalen inte finns tillräckliga ordinationer eller planering. På frågan om SIP finns svaret vet ej angivet. Patienten inkommer till akutmottagningen och inlägges för behandling av en lunginflammation.

Analysgruppens reflektion är att en proaktiv vårdplan kunde vara till gagn för denna patient.

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

- Ärende tio är en patient som bor i ordinärt boende och blir akut försämrad vid insättning av en kvarliggande urinkateter samt blödning i samband med detta. Patienten reagerar med feber samt sänkt medvetande. VISAM beslutsstöd har använts. Patienten inkommer till akutmottagningen och får behandling för en sepsis, blodförgiftning.

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

- Ärende elva är en patient som bor i ordinärt boende och har efter ett fall stora smärtor i axel och överarm. Anhöriga och patient tog ett eget beslut om att uppsöka akutmottagningen och sjuksköterskan fick via Trygghetslarmet veta att patienten åkt in till akuten.

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

- Ärende tolv är en patient som bor på särskilt boende och har efter upprepade fall smärta i knä samt höft. Sjuksköterskan kontaktar jourläkaren som bedömer att patienten behöver göra en röntgen. Patienten skickas till akutmottagningen och genomgår en röntgen som friar från frakturmisstanken och kan således gå åter till boendet igen. Analysgruppens bedömning är att patienten är i behov av sjukhusets specifika kompetens i detta skede.

Ale

- Ärende tretton är en multisjuk patient, bor på särskilt boende och larmar ofta på grund av oro. Patienten uppfattas som dålig i sitt allmäntillstånd, har ett icke hörbart blodtryck och tre dagar tidigare fallit, dock utan några synliga skador. Kontakt tas med hemsjukvårdens läkare som beslutar att inte besöka patienten med hänvisning till att vederbörande inte känner patienten. Sjuksköterskan bedömer att det i journalen finns tillräcklig planering samt ordinationer. Vid journalgranskning framkommer att patienten sköts via njurmottagningen NÄL men ändå transporteras till Kungälvssjukhus. Patienten behandlas inlaggande för en bakteriell infektion med antibiotika i blodet.

Analysgruppens fundering är att patienten som är känd på NÄL sedan tidigare istället borde körts dit. Analysgruppens reflektion är att en samordnad individuell plan, SIP, skulle vara till gagn för patienten.

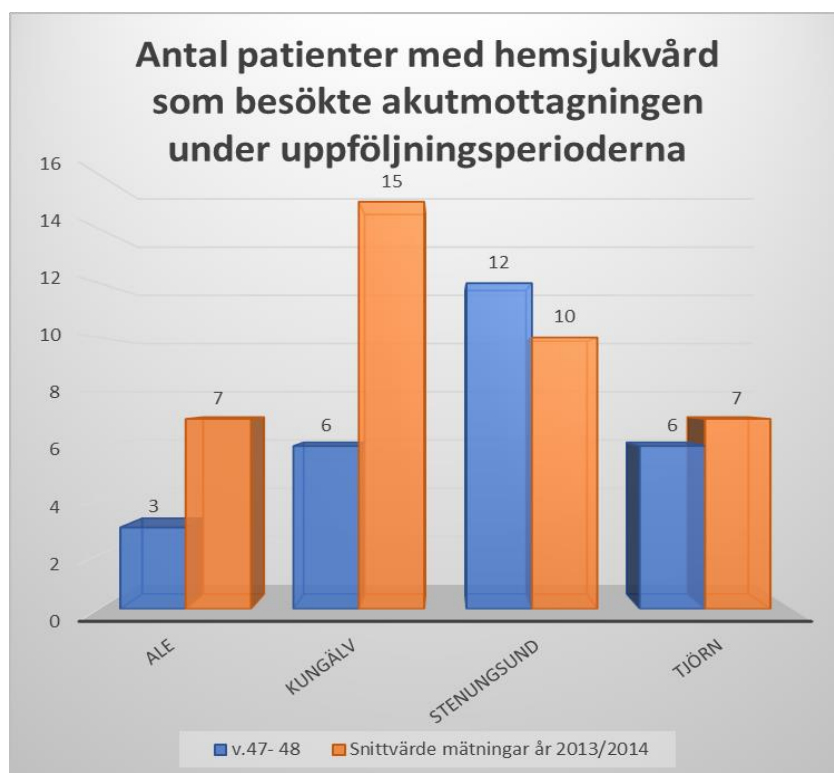
Analysgruppens bedömning är att patienten är i behov av sjukhusets specifika kompetens i detta skede.

- Ärende fjorton är en patient som vistas på korttidsboende, har feber och är mycket allmänpåverkad trots febernedsättande läkemedel. Har några dagar tidigare genomgått en operation och hudtransplanterats där tagstället nu blivit illaluktande. Sjuksköterskans bedömning är att det i journalen finns tillräckliga ordinationer samt planering. VISAM beslutsstöd har använts, ingen läkarkontakt är tagen. Bedömningen är gjord på kontorstid. Journalgranskningen visar att sårodling görs samt antibiotika insättes. Vidare framkommer att patienten är dement. Analysgruppens bedömning är att patienten fortsatt borde vårdats på korttidsboendet och istället fått en läkarbedömning på plats. Analysgruppens bedömning är att patienten inte är i behov av sjukhusets specifika kompetens i detta skede.
- Ärende femton är en patient som vistas på korttidsboende och debuterar med blodiga upphostningar. Sjuksköterskan kontaktar hemsjukvårdsläkaren och ett hembesök inplaneras till nästkommande dag. Senare under dagen tilltar blödningen och sjuksköterskan tar ånyo kontakt med hemsjukvårdsläkaren för att tidigarelägga

hembesöket men doktorn hänvisar istället patienten till sjukhuset. Sjuksköterskan bedömer att det finns tillräcklig planering och ordinationer i journalen samt VISAM beslutsstöd har använts. Vid journalgranskning framkommer att patienten erhållit blodtransfusion samt påbörjat en malignitetsutredning som vederbörande sedan avböjde att gå vidare med. Analysgruppens reflektion är att läkaren i närsjukvårdsteamet kunde kontaktats.

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

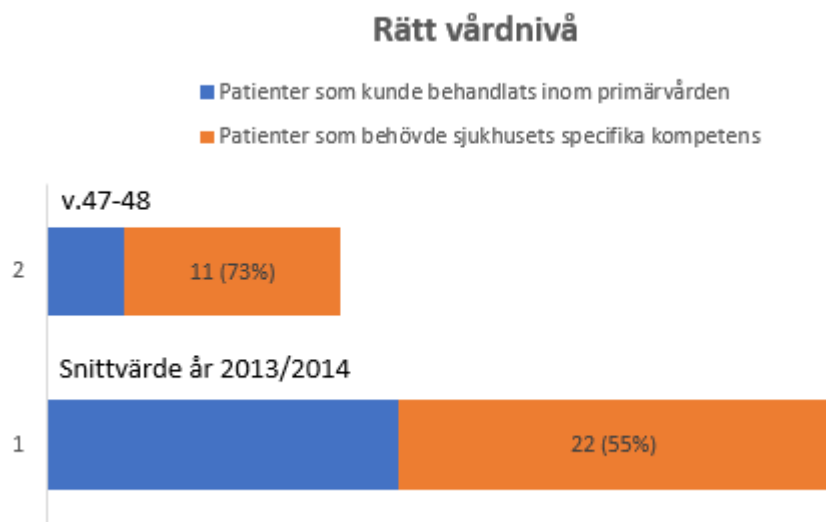
Jämförelse med uppföljningarna år 2013/2014



Vid tre mätperioder under begränsade perioder om två veckor år 2013/2014 utförde sjuksköterskorna i kommunal hemsjukvård registrering av patienter som besökte och/eller blev inskrivna i slutenvården. För att kunna presentera en jämförelse med den registrering som utfördes 2018 har ett snitt på de tre uppföljningsperioderna från år 2013/2014 räknats fram.

Av de i snitt 39 hemsjukvårdspatienterna som åkte till akutmottagningen 2013/2014 föranleddes det i 23 patientärenden kontakt med primärvården före besöket. Vid registreringen år 2018 var det enligt registrering 14 av de totalt 27 patientärendena som föranleddes en kontakt med primärvården före besöket på akutmottagningen. Gemensamt för de båda jämförande perioderna är att kontakt har tagits med primärvården i ungefär hälften av ärendena.

Ytterligare en parameter som registrerades var i vilken utsträckning primärvårdens läkare genomfört hembesök före sjukhusbesöket. Under registreringen år 2018 utfördes inget hembesök av primärvårdsläkare före besöket och/inskrivningen på akutmottagningen. Vid registreringen år 2013/2014 var motsvarande siffra sex hembesök. Med ett hembesök av primärvårdsläkaren kanske några av patienterna inte hade behövt uppsöka akutmottagningen.



Av de 15 analyserade ärendena under 2018 bedömde analysgruppen att elva av patienterna fick behandling på rätt vårdnivå vilket i procent framräknat blir 73%.

Vid registreringen av de tre mätperioderna år 2013/2014 blev det totala antalet analyserade ärenden 119 och bedömningen att patienterna i 65 ärenden fick behandling på rätt vårdnivå vilket i procent framräknat blir 55%.

Syftet med den mobila närvården är bland annat bättre utnyttjande av gemensamma resurser och att minska den undvikbara slutenvården. Vid uppföljningen v.47-48 jämfört med uppföljningarna år 2013/2014, som genomfördes före införandet av mobil närvård, kan konstateras att färre patienter med kommunal hemsjukvård har fått vård på Kungälvssjukhus och att av de patienter som fick vård på Kungälvssjukhus behövde större andel sjukhusets specifika kompetens.

Resultatet av uppföljningarna ger indikationer på att efter införandet av mobil närvård får större andel patienter vård på rätt vårdnivå än före införandet.