

Dokumenttyp
Delregional beskrivning

Upprättat av
SAML A Processledare och delregional samordnare
Godkänt av
Samordningsgruppen

Uppdrag
Samordningsgruppen

Sida 1 av 4

Utfärdsdatum
2020-10-08 reviderad 2024-02-26
Datum för godkännande
2024-03-15

Delregional beskrivning av Mobil närvård i Vårdsamverkan SAML A Lerum Alingsås

Syfte

Syftet är att beskriva tillämpning och arbetssätt för alla verksamheter som berörs av mobil närvård inom regional och kommunal primärvård och specialistvård.

Inledning

Mobil närvård gör det möjligt för patienter med komplexa behov att få vård i sitt eget hem, såväl ordinärt boende som särskilda boendeformer. Ett väl fungerande samarbete mellan primärvårdens två huvudmän och den specialiserade vården utifrån ett personcentrerat arbetssätt skapar trygghet och kontinuitet för både patient och medarbetare. Det leder till minskat behov av akuta vårdbesök, se [länk](#) Färdplan – *läns gemensam strategi för god och nära vård*.

Beskrivning av team inom Mobil närvård

Mobil hemsjukvårdsläkare från vårdcentral

Vuxna patienter inskrivna i kommunal primärvård i ordinärt boende med omfattande vård- och omsorgsbehov ska erbjudas teambaserad vård i hemmet. Patientens synpunkt ska efterfrågas och hen ska kunna välja att inte vara knuten till mobila läkaren. På vissa vårdcentraler är målgruppen alla personer, oavsett ålder, som är inskrivna i kommunal primärvård automatiskt anslutna till mobil hemsjukvårdsläkare. Det finns ytterligare modell där vissa vårdcentraler i första hand strävar efter att det är patientens fasta läkarkontakt som gör hembesök.

Teamet består av en mobil läkare från vårdcentral, samt en eller flera yrkesprofessioner inom kommunal primärvård. Teamet arbetar personcentrerat och proaktivt. Den mobila läkaren från vårdcentralen ska vara den enskildes fasta medicinska vårdkontakt.

Läkaren har sin organisatoriska tillhörighet på vårdcentral. För att förbättra möjligheten till teambaserat arbetssätt och tillgänglighet ska uppdraget som mobil läkare vara ett uppdrag för en eller ett fåtal läkare på vårdcentralen om skäl för annat inte föreligger.

I SAML A är det en gemensam läkare för fyra offentliga vårdcentraler i Lerum och Alingsås. Resterande vårdcentraler löser uppdraget själva.

Det ska finnas möjlighet till direktkontakt per telefon mellan läkare och ansvarig sjuksköterska i kommunal primärvård, samt möjlighet till akuta hembesök senast nästkommande vardag. Läkare ska vara tillgänglig för kommunens medarbetare inom hälso- och sjukvård på vardagarna. Vid ledighet och semester ska det finnas en planering för ersättare. Jourtid tas kontakt med beredskapsjouren inom regional primärvård.

Rutin och arbetssätt beskrivs i Regionala primärvårdens Krav- och kvalitetsbok (Kok-boken). Utöver KoK-bokens rutiner beskrivs det också i framtagna närområdesplaner för respektive vårdcentral. Arbetssättet kan särskilja sig mellan vårdcentralerna.

Närsjukvårdsteam 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, varit inlagd inom slutenvården eller efter mottagningsbesök, via ambulans, Sjukvårdens larmcentral (SvLc), 1177, akutläkarbilen Medicinsk akutläkarteam (MALT) och vårdcentraler.

Teamet består av en geriatriker och två specialistsjuksköterskor med inriktning mot äldre som arbetar vardagar, dagtid.

Anslutning till NSVT sker genom telefonkontakt, ingen remiss! Kontakt kan tas av läkare och sjuksköterska inom både region och kommun. Om behov av inskrivning i kommunal primärvård i samband med NSVT, används öppenvårdsprocessen i IT-tjänst SAMSA.

Närsjukvårdsteamet gör allt från enstaka besök till uppföljning under flera veckor utifrån patientens behov samt utifrån teamets uppdrag. NSVT ansvarar för sjukdom som patienten är inskriven för. För övriga sjukdomar har patient kvar sin fasta läkarkontakt på vårdcentralen. NSVT har möjlighet till direktinläggning inom slutenvården om behov uppstår.

Palliativa teamet Alingsås Lasarett

Palliativa teamet utgår från Alingsås lasarett. Målgrupp är patienter över 18 år som är behov av specialiserad palliativ vård. Palliativa öppenvårdsteamet har tillgång till fem slutenvårdsplatser på kirurgavdelningen. Inskrivning i palliativa teamet sker oftast via pappersremiss från behandlande läkare. Vid inskrivning i kommunal primärvård i samband med palliativa teamet används öppenvårdsprocessen i IT-tjänst SAMSA.

Teamet består av läkare, sjuksköterskor, dietist, kurator, medicinsk sekreterare och tillgång till präst. Vid inskrivning i palliativa teamet är patienten oftast behov av att vara inskriven i kommunal primärvård, men inte alltid. Teamet arbetar vardagar, dagtid. Vid behov av kontakt med palliativa teamet jourtid så finns sjuksköterska på Kirurgavdelningen som har rådgivande funktion gentemot medarbetare inom sjukhuset och den kommunala primärvården. Palliativa teamet och medarbetare i kommunal primärvård arbetar nära varandra kring patienten. Vid inskrivning i palliativt team och kommunal primärvård är arbetssättet proaktivt med symtomskattning samt trygghetsordinationer och behandlingsanvisning. Det medicinska ansvaret tar läkare i Palliativa teamet över från vårdcentralen och blir därmed fast läkarkontakt för patienten.

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. I vissa fall kan patienten behöva

gå via akuten, därför är det viktigt att en sjuksköterska gjort bedömning i hemmet och kontaktat kirurgavdelningen. Patienter med pågående onkologisk behandling ska gå via akuten vid infektioner med temp.

Vid avslutad vårdkontakt efter dödsfall i hemmet meddelar kommunal primärvård palliativa teamet att patient är avliden via faxmeddelande, via telefon och namnkort faxas till dem. Palliativa teamet har även uppföljning med efterlevande efter dödsfall. När en patient blir ansluten till palliativa teamet så "omfamnas" hela familjen i detta stöd.

Patienter som är anslutna till NSVT och Palliativa team men inte önskar eller har behov av kommunal primärvård

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.

Akutläkarbilen (MALT bilen) Alingsås lasarett

Akutläkarbilen Alingsås lasarett bemannas av specialistläkare i akutsjukvård samt specialistutbildad ambulanssjuksköterska och är tillgänglig vardagar kl. 08:00 – 16:00. Uppdraget kan bestå av att

- Akuta bedömningar på äldreboende. Vid konstaterat behov av slutenvård kan akutläkarbilen ombesörja direktinläggning eller påbörja utredning och behandling.
- Återbesök på äldreboende eller hemma hos personer som tidigare bedömts av akutläkarbilen eller på akutmottagningen. Här överlappar Akutläkarbilen Närsjukvårdsteamets (NSVT) uppdrag.
- Akuta (oplanerade) besök hos patienter kopplade till NSVT och vid behov direktinskrivning i slutenvården.
- Akutläkarbilen är beslutsstöd åt NSVT i akuta frågor samt åt ambulanssjuksköterskor. Akutläkare kan antingen via telefon eller genom egen bedömning på plats avgöra om patienten behöver transporteras till akutmottagningen eller stanna hemma.

Larmcentralen kan i utvalda fall skicka akutläkarbilen för att göra en första bedömning om ambulanstransport behövs, om annan transport är lämplig eller om patienten kan slutbehandlas av akutläkarbilen. Med specialistläkarstöd på plats kan hjärtstopp bedömas och avslutas på plats. Akutläkare kan konstatera dödsfall framför allt när akutambulans finns på plats eller om inte primärvårdsläkare är tillgänglig konstatera dödsfall i hemmet. Akutläkarbilen är utrustad med utrustning för EKG, ultraljud mm.

Akutläkarbilen nås genom följande kontaktvägar

- Sjuksköterska inom kommunal primärvård, efter kontakt med PV-läkare, när alternativet är att ringa efter ambulans
- Direkt från SOS/SvLc
- Kontakt från ambulanssjuksköterska inom Alingsås-Lerum-Vårgårda-Herrljunga hemma hos patient
- Primärvårdsläkare inom upptagningsområdet Alingsås-Lerum-Vårgårda-Herrljunga
- Uppföljning från akutmottagningen
- Närsjukvårdsteamet i Alingsås – NSVT

Hemgångsteam rehab stroke – Alingsås lasarett

Hemrehab Stroke erbjuder patienter med nydiagnostiserad Stroke utökad rehabilitering i hemmiljö i direkt anslutning till att patienten vårdats inom slutenvården. Teamet arbetar vardagar, dagtid och består av arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped, sjuksköterska och läkare. Kurator finns kopplad till teamet vid behov. Teambaserad rond tillsammans med läkare från strokeenheten, avdelning 9, sker en gång per vecka. Om patienten har behov av planering innan hemgång tas beslut om rehabiliteringsansvar under planeringsmötet tillsammans med patienten.

Hemrehab Stroke ansvarar och följer upp åtgärder kopplade till det aktuella strokeinsjuknandet. Patienten har kvar sin fasta läkarkontakt på vårdcentralen för övriga sjukdomar och vårdcentralen fortsätter vara fasta vårdkontakt.

Rehabilitering i hemmet ger goda möjligheter till aktivitet och träning. Teamet sätter tillsammans med patienten upp rehabiliteringsmål med syfte att öka självständighet och att återuppta tidigare aktiviteter. Utifrån patientens bedömda behov kan rehabilitering erbjudas upp till sex veckor, antal besök per vecka bedöms utefter patientens individuella behov.

Vårdas patienten på ett annat sjukhus behöver Hemrehab Stroketeamet kontaktas av personal från det aktuella sjukhuset för att få kännedom om patienten, detta sker via telefon eller remiss och ska vara i direkt anslutning till utskrivning från sjukhuset.

Efter avslutad rehabiliteringsperiod med Hemrehab Stroke överrapporteras patienter med fortsatt rehabiliteringsbehov till respektive huvudman, regional primärvård eller kommunal primärvård, för fortsatt rehabilitering.

Sammanfattande journalanteckning skickas till vårdcentralen inför uppföljande läkarbesök som sker inom tre månader efter utskrivning från slutenvården.

Neurovårdsteam inom regional primärvård

Vid Närhälsan Sörhaga rehabmottagning finns ett Neurovårdsteam som tar emot patienter med neurologisk sjukdom. Behandling sker på mottagning eller i hemmet. I teamet arbetar arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och logoped med stor erfarenhet av och fördjupad kompetens inom neurologiska sjukdomar. Patient eller en närstående kan kontakta Närhälsan Sörhaga rehabmottagning direkt för en bedömning. Inget remisskrav.