

# Samverkansavtal Mobil Närvård



Vårdssamverkan

Beskrivningen av Närsjukvårdsteamens arbetssätt är delvis inaktuell – omorganisation pågår

För information och kontakt med teamen:

**Samordnande sjuksköterska**

**vardagar kl 08-16**

**telefon 072-202 36 47**

Tidsram: 2019-2020

## Samverkansavtal för Mobil närvård Skaraborg

Syftet är att beskriva gemensamma rutiner för alla verksamheter som berörs av Mobil närvård inom öppenvård, slutenvård och kommunal vård och omsorg.

### Inledning

I Skaraborg har ett långsiktigt samarbete mellan kommunerna, primärvården och Skaraborgs sjukhus, SkaS, resulterat i samverkansarenan Mobil Närvård, vilket innebär en helt ny vårdmodell och ledningsstruktur.

Mobil närvård bygger på att kommunen står för basverksamheten och dygnet runt-funktionen och arbetar tätt tillsammans med specialistteam och hemsjukvårdsläkare. Vården ges företrädesvis i hemmet och utgår från patientens behov. Arbetssättet förutsätter ett väl fungerande samarbete mellan kommun, sjukhus och primärvård samt gemensam ledning och styrning på såväl strategisk som operativ nivå.

Modellen grundar sig i personcentrerad vård, vilket innebär att patienten är medaktör i sin vård och omsorg. Patientens individuella behov, preferenser och värderingar respekteras och familj och närstående involveras i vården enligt patientens önskemål. Vård och omsorg ska utgå från patientens fokus. Målet är att skapa ökad upplevelse av trygghet och nöjdhet, vård och omsorg med hög kvalitet, kontinuitet, bättre utnyttjande av gemensamma resurser och att minska undvikbar slutenvård.

Målgrupper är vuxna personer över 18 år med omfattande behov av vård och omsorg där sjukhus, primärvård och kommunen har ett gemensamt ansvar/delägarskap. När det finns behov av en Samordnad Individuell Plan (SIP) i samband med anslutning till Mobil närvård utformas den enligt gällande rutin.

## Ledning och stödstrukturer

### *Operativa ledningsgrupper*

Målet med Operativa ledningsgrupper (OLG) är att uppnå en god samsyn och ett fungerande samarbete på den operativa nivån genom korta och snabba beslutsvägar samt att etablera ett jämbördigt förhållande och delägarskap i gemensamma lösningar.

Operativa ledningsgrupper finns i Skaraborgs tre Närvårdsområden och varje huvudman ansvarar för att bemanna grupperna. Vårdcentraler representerar varandra. Mötena ska prioriteras och ingen ersättare utses vid förhinder att närvara vid OLG:s möten.

Minnesanteckningar ska spridas i verksamheterna av OLG:s deltagare samt finnas tillgängliga på Vårdsamverkans hemsida.

I OLG ingår koordinators samt personer med beslutsmandat såsom:

- Socialchefer/vård- och omsorgschefer i området
- Verksamhetschef från SkaS
- Vårdcentralschef/chefer Närhälsan
- Vårdcentralschef/chefer Privata
- Chef rehab Närhälsan
- Chef rehab privat

[Uppdragshandling för Operativ ledningsgrupp](#) finns på Vårdsamverkan Skaraborgs webbsida: Samverkansområden >> Geriatrik, demens, palliativ vård >> Dokument/Uppdrag >>

### ***Koordinatorer***

Närvårdens koordinators bidrar till både struktur och kunskapsbaserad utveckling genom att vara motorer i förändringsprocesser och att underlätta, stödja och inspirera verksamheternas medarbetare och ledning. I varje närvårdsområde ska det finnas tre koordinators, en från respektive organisation med vardera 20 % tjänstgöringsgrad. Koordinators inom närvårdsområdet finansieras enligt överenskommelse inom varje närvårdsområde.

[Uppdragshandling för Närvårdens koordinators](#) finns på Vårdsamverkan Skaraborgs webbsida: Samverkansområden >> Geriatrik, demens, palliativ vård >> Dokument/Uppdrag >>.

### ***Lärande nätverk***

Lärande nätverk är permanenta innovativa mötesarenor knutna till Vårdsamverkan Skaraborg, där aktörer och andra intressenter från alla vårdgivare involverade i närvårdsarbetet möts för dialog, kunskapsspridning och kunskapsutveckling. Medarbetare från verksamheterna ska ges möjlighet att delta en gång per termin per aktuellt nätverk. Koordinatorserna samordnar och leder dessa nätverk samt återrapporterar till OLG-grupperna och Samverkansgruppen Geriatrik, Demens och Palliativ vård.

## **Team inom Mobil närvård**

### ***Hemsjukvårdsläkare (Hemsjukvårdsläkarteam)***

Målgrupp är patienter med kommunal hälso- och sjukvård som har ett långvarigt, komplext behov av vård. Vården ska i första hand vara proaktiv.

Sjuksköterskan i kommunen erbjuder och initierar kontakt med mobil hemsjukvårdsläkare. Hemsjukvårdsläkaren utgör fast vårdkontakt för patienten och koordinerar vården i samverkan med kommunal hälso- och sjukvård och andra vårdgivare.

Hemsjukvårdsläkaren har sin organisatoriska tillhörighet i primärvården och arbetar i team med personal inom den kommunala vård- och omsorgen, i kommunens lokaler.

Hemsjukvårdsläkaren ska vara tillgänglig för kommunens hälso- och sjukvårdspersonal under vardagar och det ska finnas en planerad ersättare under semester och ledigheter.

För att kunna upprätthålla kontinuitet och teamarbete bör hemsjukvårdsläkarfunktionen utformas i tillräckligt stor omfattning av tjänst och kan med fördel bedrivas i samverkan mellan vårdcentraler.

En vårdcentral med funktionen mobil hemsjukvårdsläkare ska tillsammans med kommunens verksamhet ta fram rutiner för:

- planerade och akuta hembesök
- direktkontakt via telefon med ansvarig läkare för sjuksköterskor i kommunen
- att upprätta Medicinska vårdplaner i hemmet med individens och/eller närståendes delaktighet

[Vägledande riktlinjer för Mobil hemsjukvårdsläkarfunktion](#) finns på Vårdsamverkan Skaraborgs webbsida: Samverkansområden >> Geriatrik, demens, palliativ vård >> Mobil närvård >> Hemsjukvårdsläkare >> Dokument.

Funktionen mobil hemsjukvårdsläkare beskrivs i, och regleras via Krav- och kvalitetsbok (Kok-boken), kapitel 2.3.4.2 (funktion) och 6.1.16 (ersättning).

[Krav- och kvalitetsboken](#) finns på Vårdgivarwebben >> Uppdrag & avtal >> Vårdval vårdcentral >> Krav- och kvalitetsbok.

### ***Närsjukvårdsteam:***

Målgrupp är patienter med omfattande behov av vård- och omsorg i instabilt skede som är i behov av intensiva insatser eller där tillståndet förändras ofta och där stabilitet över tid är svår att uppnå.

Andra målgrupper som till exempel personer med demenssjukdom eller personer som behöver intensiv sjukvård kan vara aktuella enligt regionalt samarbetsavtal. Teamets arbetsomorganisation pågår.

Det finns ett närsjukvårdsteam i Skaraborg som består av läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnaster. Teamet ansvarar för patienter som är vårdansvariga i kommunen. För information och kontakt med teamen: **Samordnande sjuksköterska vardagar kl 08-16 telefon 072-202 36 47** i Skaraborgs sjukhus. Teamet ansvarar även för patienter som är vårdansvariga i kommunen. Teamet ansvarar även för patienter som är vårdansvariga i kommunen.

Teamet arbetar vardagar dagtid. All legitimerad personal i kommun, primärvård och på sjukhus kan skriva remiss med patientens godkännande.

[Remissblankett](#) finns på Vårdsamverkan Skaraborgs webbsida: Samverkansområden >> Geriatrik, demens, palliativ vård >> Mobil närvård >> Närsjukvårdsteam >> Dokument.

[Basuppdrag till Närsjukvårdsteam](#) finns på Vårdsamverkan Skaraborgs webbsida: Samverkansområden >> Geriatrik, demens, palliativ vård >> Dokument/Styrande dokument >>

### ***Palliativa team:***

Målgrupp är patienter med svåra symtom och/eller komplexa situationer med behov av specialiserad palliativ vård i hemmet.

Teamen arbetar i de tre närvårdsområdena och utgår från SkaS Lidköping och SkaS Skövde. Teamen består av läkare, sjuksköterskor och kurator i nära samarbete med personal inom kommunernas vård- och omsorg.

För anslutning till den specialiserade palliativa vården krävs remiss från behandlande läkare.

Periodvis kan det finnas behov av specialiserad slutenvård som då kan ske på palliativ enhet sjukhuset Skövde eller Hospice Gabriel Lidköping.

### ***Närsjukvårdsteam Demens och psykisk ohälsa:***

Teamet är under uppbyggnad. Mer information om målgrupp, sammansättning och arbetsätt kommer. Teamet arbetar vardagar dagtid. All legitimerad personal i kommun, primärvård och på sjukhus kan skriva remiss med patientens samtycke.

## **Arbetsformer för Mobil närvård**

### ***Teambaserat arbetsätt***

Patientens hela livssituation ska beaktas, dvs. alla sjukdomar, funktionsnedsättningar och omsorgsbehov. Alla involverade aktörer inom vård och omsorg ska tillsammans med patient och närstående planera och skapa trygghet för att stärka patientens egenkraft och göra det dagliga livet så bra som möjligt.

Alla som arbetar kring patienten ska ha en samsyn och se sig som en del i teamet.

### ***Kontinuitet***

För att bedriva en personcentrerad vård och omsorg som utgår från patientens fokus och hela livssituation krävs en kontinuitet i vården. Ansvariga för ledning och utveckling av funktioner i Mobil närvård ska sträva efter att uppnå största möjliga kontinuitet i vården av patienterna.

### ***Hembesök***

Hembesök av läkare ska i största möjliga utsträckning göras tillsammans med patient-/omvårdnadsansvarig sjuksköterska i kommunen.

Där så är lämpligt kan distansmöte via skype ske, när patienten ska vara delaktig och någon legitimerad yrkeskategori inte behöver fysiskt närvara.

[Rutin vid distansmöte inom Mobil närvård](#) finns på Vårdsamverkan Skaraborgs webbsida: Samverkansområden >> Geriatrik, demens, palliativ vård >> IT i vården >> Dokument.

## ***Kommunikation***

När patienter behöver byta vårdnivå ska det finnas lokala rutiner för hur överlämnandet ska ske.

Det ska finnas en kontinuerlig avstämning kring aktuella patienter mellan de olika teamen, t.ex. mellan hemsjukvårdsläkare och närsjukvårdsteam. Det ska också finnas möjlighet att konsultera varandra vid behov. Koordinatorerna ansvarar för att det finns aktuella kontaktlistor.

Vid användning av IT-stödet SAMSA ska det framgå att patienten har hemsjukvårdsläkare eller är ansluten till något av teamen.

När en patient ansluts till något av teamen skriver teamet in sig som huvudansvarig fast vårdkontakt i Patientadministrationen i IT-stödet SAMSA. Teamet skickar också ett Meddelande till vård och omsorg till patientens vårdcentral för att den ska få kännedom om att patienten anslutits till teamet.

## ***Medicinska vårdplaner***

I Skaraborg finns beslut om att använda arbetssättet Medicinsk vårdplanering. Den Medicinska vårdplanen är ett standardiserat dokument som innehåller en individuell vårdplan, vilken ska ge vägledning för att göra rätt bedömning när en försämring i personens hälsotillstånd inträffar.

Gemensamt med patienten, närstående, behandlingsansvarig läkare, sjuksköterska, omvårdnadspersonal samt vid behov arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut planeras vårdens inriktning. Samtalet ska mynna ut i en vårdplan, där patientens och närståendes önsknings har vägts samman med läkarens bedömning, som innehåller planering och mål för vården.

Den Medicinska vårdplanen skrivs ut i två kopior - ett exemplar lämnas hos patienten och ett till kommunens omvårdnadsjournal.

[Medicinsk vårdplan](#) finns på Vårdsamverkan Skaraborgs webbsida: Samverkansområden >> Geriatrik, demens, palliativ vård >> Medicinska vårdplaner >> Dokument.

## ***Akuta prover ordinerade av Närsjukvårdsteam eller Palliativa team***

Gäller endast prover som är möjliga att analysera på vårdcentralers laboratorium.

Akuta prover som ordinerar av närsjukvårdsteam eller palliativt team och tas av kommunens sjuksköterskor, analyseras av aktuell vårdcentral. Ordinatören står för kostnaden. Muntligt svar får lämnas till ordinatören och sjuksköterska i teamet/sjuksköterska i kommunen.

## ***Läkarstöd Jourtid***

En förutsättning för vårdformen är en god planering och väl utförda Medicinska vårdplaner.

## Patienter som har:

### Hemsjukvårdsläkare

Kontakt med primärvårdens jourläkare.

## Patienter som är anslutna till:

### Närsjukvårdsteam södra Skaraborg

Kontakt med medicinavdelningen SkaS Falköping.

### Närsjukvårdsteam västra Skaraborg

Kontakt med akutmottagningen SkaS Lidköping

### Närsjukvårdsteam norra Skaraborg

Kontakt med primärvårdens jourläkare

### Palliativa teamen

Kontakt med Palliativa enheten SkaS Skövde.

Palliativa teamet västra Skaraborg har även tillgång till Hospice Gabriel.

## Möjlighet till direktinläggning på sjukhus

### Närsjukvårdsteam

#### SkaS Skövde

Möjlighet till direktinläggning dagtid på medicinavdelning

#### SkaS Falköping

Möjlighet till direktinläggning på medicinavdelning efter kl 16 på SkaS Falköping.

#### SkaS Lidköping

Via snabb bedömning på akuten till medicinavdelning. Om möjlighet finns möter teamet upp på akuten. Teamet kan även använda palliativa teamets åtgärdsplatser på Hospice Gabriel i mån av plats.

### Palliativa team

#### SkaS Skövde

Öppen retur enligt överenskommelse.

#### SkaS Lidköping

Öppen retur enligt överenskommelse. Teamet har 3 åtgärdsplatser (regionplatser) på Hospice Gabriel.

## Ökat omvårdnadsbehov

### Patienter med kommunal hälso- och sjukvård

När närsjukvårdsteam eller palliativa team uppmärksammar att patienten har ett ökat behov av vård och omsorg kontaktas kommunens sjuksköterska som i sin tur kontaktar biståndshandläggare, vilken omgående gör en bedömning av behov av ökade insatser. Teamens läkare behåller patientansvaret oavsett var i kommunen patienten vistas.

Beskrivningen av Närsjukvårdsteamens arbetssätt är delvis inaktuell – omorganisation pågår

För information och kontakt med teamen:

**Samordnande sjuksköterska**

**vardagar kl 08-16**

**telefon 072-202 36 47**

Beskrivningen av Närsjukvårdsteamens arbetssätt är delvis inaktuell – omorganisation pågår

För information och kontakt med teamen:

**Samordnande sjuksköterska**

**vardagar kl 08-16**

**telefon 072-202 36 47**

## 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 sköts kommunikationen om ökat omvårdnadsbehov via SAMSA enligt gällande rutiner.

### ***Patienter som ansluts till Närsjukvårdsteam eller Palliativt team men inte önskar eller har behov av kommunal hälso- och sjukvård***

Enligt [Hälso- och sjukvårdsavtalet](#) ansvarar kommunen för att, i enskilda fall, efter överenskommelse utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under jourtid.

#### **För Mobil närvård i Skaraborg innebär detta:**

- Teamen är huvudansvarig fast vårdkontakt med samordningsansvar.
- I samband med att patienten ansluts till ett närsjukvårdsteam eller palliativt team kallar teamet kommunens hälso- och sjukvård till SIP i hemmet via IT-stödet SAMSA för att alla ska få kännedom om varandra.
- Vid behov av tillfälliga planerade eller förutsägbara insatser under jourtid, såsom t.ex. tillfälliga smärtgenombrott eller spolning av KAD, ska en överenskommelse ske mellan teamet och kommunen. Överenskommelsen säkerställs via Meddelande vård och omsorg i IT-stödet SAMSA. Patienten ska ha kännedom om hur kommunens sjuksköterskor kontaktas under jourtid.
- Teamen ansvarar för att aktuella ordinationer finns hos patienten. Tillgång till läkemedel och eventuellt material säkerställs i samråd mellan teamet och kommunens sjuksköterskor.
- Efter tillfälligt utförd insats av sjuksköterska i kommunen meddelas teamet via svar i Planeringen i IT-stödet SAMSA.

Om patientens behov av hälso- och sjukvårdsinsatser ökar kontaktas kommunen via Meddelande vård och omsorg i SAMSA.

Läs om hur IT-stödet SAMSA används vid kommunikation mellan vårdgivare i [Skaraborgstillämpningen](#) på Vårdsamverkan Skaraborgs webbsida: Samverkan vid in- och utskrivning >> Dokument >> Delregionala dokument.

## **Samverkansavtalet uppdateras årligen**

### **Styrgruppen för Vårdsamverkan Geriatrik, demens, palliativ vård**

Datum \_\_\_\_\_

---

Jane Johansson

Susanne Lidén

Jan Malmgren