

Summering av besök på vårdcentraler

November –december 2022

Mobil sjukvård – en del i en helhet

Gemensamt mål – lokalt anpassade lösningar



Mia Tavander, verksamhetsutvecklare
Jan Sundelius, samordnare Nära vård



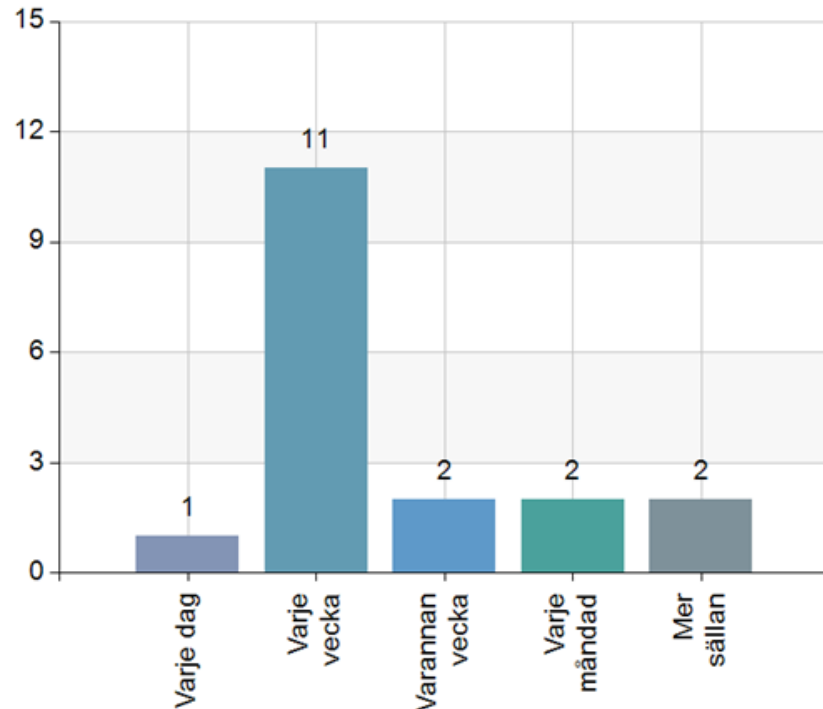
Upplägg

- Samtliga vårdcentraler erbjuds svara på en enkät med faktauppgifter
- Besök på fyra vårdcentraler med fördjupad dialog
 - Nora
 - Brickegården (Karlskoga)
 - Askersund
 - Skebäck (Örebro)
- Teman
 - Målgrupper insatser och behov
 - Samarbete och kommunikation
 - Praktiska förutsättningar



Enkät till vårdcentraler

Hur ofta utförs hembesök av någon av läkarna på din vårdcentral (ej SÄBO-besök)?



Summering av enkäten

- 18 av 27 vårdcentraler som fick enkäten svarade
- Variation hur ofta hembesök görs
- Drygt 60% av vårdcentralerna upplever att de saknar resurser för hembesök
- Flertalet vårdcentraler anger att kontinuerligt samarbete med kommunernas lokala ledning finns
- I de flesta fall upplevs att praktiska förutsättningar fungerar. Parkering samt kläder och skor vid hembesök upplevs av vissa som problematiskt

Deltagare vid vårdcentralsbesök

Nora

Representanter för både Region och kommun

Brickegården

Representanter för både Region och kommun – Kommunsjuksköterska saknades

Askersund

Representanter för både Region och kommun – Vårdsamordnare saknades

Skebäck

Kommunrepresentanter saknades på grund av hög arbetsbelastning



Målgrupper insatser och behov - inskrivning

- Otydlighet vid in- och utskrivning i hemsjukvården
 - Olika tolkningar av vilka patienter som ska skrivas in i hemsjukvården - några patienter hamnar i en "gråzon"
 - Vårdplaner saknas ofta
- Gemensamt framtagna rutiner för inskrivning av patienter i hemsjukvården lyfts som en framgångsfaktor

Kommun 1:
"När det är "fullt" på vårdcentralen skrivs patienten in i hemsjukvården"

Vårdcentral 2:
"Kommunen säger ibland nej till patienten pga att de inte kan ta emot fler för tillfället."



Målgrupper insatser och behov - hembesök

- Hembesök görs bland annat:
 - i samband med inskrivning och planering
 - i samband med SIP
 - vid försämring och behov av "akuta" insatser
 - för bedömning
- Av olika skäl får inte alla patienter hembesök som skulle behöva det. Exempel på orsaker:
 - Långt avstånd till vårdcentralen
 - Brist på läkare
 - Utbudet av insatser som ges i hemmet skiljer sig i länet

"Palliativt beslut är viktigt för att patienten ska kunna stanna hemma vid försämring. Palliativt beslut behöver fattas förebyggande, inte mitt i natten."



Målgrupper insatser och behov - hembesök

- Gemensamt hembesök (läkare och kommunsjuksköterska) är en framgångsfaktor!
- Möjlighet till fler akuta hembesök skulle kunna förhindra inläggning på sjukhus.
- Direktinläggningar på sjukhus och korttidsvård skulle underlätta.

Kommun 2:
"Det räcker långt att få ringa till läkaren och bolla och få stöd."



Målgrupper insatser och behov – individuell vårdplanering

- Enklare system för gemensam planering önskas
- Fånga mångsökare tidigt och göra en gemensam planering
- Bra informationsöverföring mellan varandra underlättar planeringen
- Vårdsamordnaren har en viktig roll!

”Färre men bättre SIPar. Det borde vara som när kungen bjuder in – ej valfritt deltagande utan alla ska komma.”



Praktiska förutsättningar

- Användning av särskilda kläder, ytterkläder och skor vid hembesök varierar. Privata kläder förekommer.
- Tvätt av ytterkläder och ryggsäckar kan ske hemma.
- En guide för lämplig medicinteknisk utrustning och väska/ryggsäck önskas.
- De flesta avstår från att ta med bärbar dator vid hembesök, pga att uppkoppling tar tid.
- Överfallslarm saknas eller används inte. Varierande rutiner för säkerhet runt hembesök.



Samarbete och kommunikation

– vårdcentral och kommun

- Kontinuitet i personalgrupperna, tydliga rutiner för kontakt och uppdaterade kontaktuppgifter underlättar samarbetet runt patienten
- Svårighet när vårdcentralens upptagningsområde skiljer sig från kommunens hemsjukvårdsområden.
- Svårt att få kontakt med biståndshandläggare och långa svarstider.
- Regelbundna samverkansträffar på ledningsnivå finns.

”En väg in önskas, där kommun och vårdcentral kan nå varandra (som ej är personbunden)”



Samarbete och kommunikation

– andra verksamheter i regionen

- Samarbetet med mobila närsjukvårdsteam fungerar bra.
- Samarbetet med Palliativa enheten och ASIH fungerar bra där de finns nära.
- ASIH och Geriatriska demensteamet når inte ut till länets alla delar.

”Är team lösningen? Det tar mycket tid att transportera sig. Höj kompetensen hos kommunssköterska och läkare på vårdcentralen. Vi vill göra det här tillsammans men med mer resurser.”

”Närsjukvårdsteamet är en stor trygghet – de kommer och tar vid”

”Önskar att ASIH skulle fungera mer som konsulter i hela länet.”



Samarbete och kommunikation

– andra verksamheter i regionen

- Svårigheter att få stöd vid vård av patienter med psykiatrisk problematik.
- Det förekommer att ambulanspersonalen ifrågasätter sjuksköterskans bedömning (kommun/vårdcentral)

”Alla borde ha en sjuksköterska som är villig att ta emot patienten när ambulansen kontaktar vårdcentralen.”



Utvecklingsfrågor

- Hur ska kompetensutvecklingen ske tillsammans när vi gemensamt hanterar svårt sjuka patienter hemma?
- Kan kommunen ta del av regionens KTC-verksamhet?

