



Utökade läkarinsatser genom hembesök till personer i ordinärt boende med hemsjukvård.

En utvärdering

Januari 2008

FoU Välfärd
Margareta Hansson
FoU-samordnare



REGIONFÖRBUNDET
ÖREBRO

Innehåll

Sammanfattning 3

Inledning 4

Flödet mellan kommunal hälso- och sjukvård och
akutmottagning 4

Samverkansavtal 5

Kontaktvägar 5

Syfte 6

Genomförande 6

Statistik 7

Intervjuer 7

Sammanfattande analys 11

Slutord 12

Referenser 14

Bilagor 15-17

Sammanfattning

Behovet av läkarstöd i hemvården ökar idag då allt fler multisjuka äldre vårdas i sina hem. Det har varit vissa svårigheter för läkare att genomföra hembesök till dessa patienter och Socialstyrelsen har i fler rapporter påpekat att läkarnas insatser måste öka i hemvården för att undvika onödiga inläggningar på sjukhuset. I ett försök att förbättra situationen har ett projekt genomförts i Örebro under två år med mobila akutläkare. Projektet begränsades till Örebro tätort och omfattade äldre akut insjuknande patienter i ordinärt boende. Den mobila läkaren skulle stötta i akuta lägen när kommunens sjuksköterska var osäker på om USÖ:s resurser behövde tas i anspråk. Vivalla vårdbolag fick uppdraget att under projekttiden ansvara för den ambulera läkaren.

Syftet med utvärderingen var att ge en bild av hur projektet fallit ut och ge underlag för ställningstagande till eventuell fortsättning. Grund för utvärderingen var statistik och intervjuer som genomfördes med läkare och sjuksköterskor med både direkt och indirekt erfarenhet av projektet. Sammantaget gjordes 12 intervjuer.

Enligt statistik var det en patient per dag som gjorde ett ”onödigt” besök på akuten. Det var få hembesök som gjordes under projekttiden, endast 16 sammanlagt, men man ansåg det positivt bl.a. att läkaren kunde åka ut med kort varsel, avlastade PAL och förhindrade inläggning på sjukhus. Andra synpunkter från informanterna var att servicen med en mobil läkare var en trygghet för patient, anhörig och sjuksköterska och en fördel var att kunna utföra behandlingar i hemmet. Det som uppfattades mest negativt var att det inte utnyttjats fullt ut, inte var känt av alla och att inte sjuksköterskan kunde kontakta den mobila läkaren direkt, detta kunde vara en orsak till att det inte efterfrågades i större utsträckning. Utifrån intervjuerna råder en viss tveksamhet om behovet av hembesök är tillgodosett. Det fungerade olika på vårdcentralerna beroende på bemanning och hur man samverkade med de kommunala sjuksköterskorna. Den bästa lösningen tyckte man dock var om det fanns utrymme inom den egna organisationen att göra hembesök till hemsjukvårdspatienterna.

Inledning

Idag vårdas allt fler patienter med omfattande och komplexa vårdbehov i hemmet. Med den ökade vårdtyngden ökar även behovet av läkarstöd i hemsjukvården. Hembesök av läkare ingår i vårdcentralernas uppdrag men det har varit vissa svårigheter att kunna genomföra detta. Socialstyrelsen¹ gjorde 2001 en utvärdering av läkartiden för äldre och där konstaterades att primärvårdens läkare använder ca 29 procent av sin nettoarbetstid för patienter 65 år och äldre. De konstaterade också att hembesök utgör drygt två procent av tiden och görs främst till patienter i särskilt boende. I uppföljningen av den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken som gjordes 2002 konstaterar Socialstyrelsen vidare att läkarstödet förbättrats något på senare år men att... *"läkarnas insatser i hemvården fortfarande är blygsamma och att möjligheterna att få hembesök av läkare i allmänhet är små"*². I den nationella utvecklingsplanen för vård och omsorg om äldre³ lades ett förslag om stärkt läkarmedverkan i särskilda boenden och i ordinärt boende när kommunen har det ansvaret. Regeringen ansåg här att: *"familjeläkarna skulle utveckla en mer aktiv roll inom hemsjukvården"* och att: *"läkarvård måste finnas tillgänglig för hembesök, vilket också är en förutsättning för att undvika onödiga sjukhusinläggningar."* Förslaget ledde till en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 som började gälla 1 januari 2007 och innebär att landstinget skall sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. I Örebro län fanns sedan tidigare överenskommelser och i samband med den nya lagen skrevs under hösten 2007 ett nytt ramavtal om läkarmedverkan.

Med syfte att förbättra möjligheterna till hembesök av läkare i akuta situationer för äldre akut insjuknande patienter i ordinärt boende i Örebro har ett projekt med mobila akutläkare genomförts under 2 år, från den 1 januari 2006 och t.o.m 2007. Projektet avgränsades till Örebro tätort och under vardagar 8-16. Tanken var att den mobila läkaren skulle stötta i akuta lägen när kommunens sjuksköterska var osäker på om USÖ:s resurser behövde tas i anspråk. Projektet omfattade även delar av kommunen där vårdcentralerna drivs i privat regi. Sjuksköterskans uppgift var att vid behov kontakta den ordinarie distriktsläkaren som sedan avgjorde vem som skulle göra hembesöket. Inspiration till projektet hade hämtats från Uppsala län där man under en längre tid haft en organisation med en mobil akutläkare. Budget för projektet var 2,5 mkr. Vivalla vårdbolag fick uppdraget att under projekttiden ansvara för den ambulera läkaren. Ett informationsblad utarbetades och spreds till vårdtagare som hade insatser från den kommunala hälso- och sjukvården. Broschyren sändes också till enhetschefer inom vård och omsorg i kommunen för vidarebefordran till distriktsköterskorna.

Flödet mellan kommunal hälso- och sjukvård och akutmottagning

En granskning av flödet mellan den kommunala hälso- och sjukvården och akutmottagningen USÖ gjordes under veckorna 14 och 15 2005 inom ramen för det s.k. Hilma-projektet. Syftet med granskningen var bl.a. att ge en bild av om distriktsköterskorna/sjuksköterskorna (DSK/SSK) i kommunen kontaktade läkaren innan patienten skickades till akutmottagningen.

¹ Socialstyrelsen 2001. Läkartid för äldre

² Statens offentliga utredningar, SOU2004:68, Sammanhållen hemvård. Betänkande från äldrevårdsutredningen, Stockholm, Socialdepartementet (2004)

³ Socialdepartementet 2006. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre. Prop.2005/06:115

I granskningen konstaterades att 86 patienter som har insatser från kommunens sjuksköterska under denna tid kom till akutmottagningen. Av dessa sökte 30 patienter själva utan någon kontakt med sjuksköterskan. Av återstående 56 patienter kontaktade DSK/SSK läkaren i 37 fall, dessa patienter kom både från SÄBO och ordinärt boende. 19 patienter skickades till akutmottagningen utan läkarkontakt. 62 av de 86 patienterna blev inlagda på USÖ, 45 av dessa var från ordinärt boende. 19 patienter återvände hem samma dag, av dessa var 10 patienter från ordinärt boende. En slutsats från granskningen var att sjuksköterskan kontaktade läkaren i de flesta fall. Orsaken till att de inte kontaktade läkaren kunde vara att diagnosen var tydlig, t.ex. vid frakturer och att det var brådskande. För de tio patienter som återvände till hemmet samma dag ansåg man att ett läkarbesök i hemmet eventuellt förhindrat besöket på sjukhusets akutmottagning.

Samverkansavtal

Från den 1 januari 2005 tog kommunerna i Örebro län över ansvaret för alla sjuksköterskeinsatser i hemsjukvård för patienter som inte kan ta sig till vårdcentralen. För att kommunerna skall kunna fullgöra sina uppgifter på ett betryggande sätt förutsätts att läkarstöd ges vid behov. Grunden för samverkan mellan länets kommuner och landstinget är ett flertal avtal och överenskommelser:

- *”Samverkansavtal mellan kommunerna och landstinget i Örebro län inom hälso- och sjukvård och socialtjänst” 2005-11-11*
- *”Överenskommelse avseende ansvar för den somatiska hemsjukvården mellan Örebro läns landsting och kommunerna i Örebro län” 2004-12-01*
- *”Överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård samt betalningsansvar för utskrivningsklara patienter” 2006-03-22*
- *”Överenskommelse angående patientansvarig läkare (PAL) i Örebro län” 2001-02-07*
- *”Palliativ hemsjukvård i Örebro läns landsting” 2003-12-12*
- *”Ramavtal om läkarmedverkan Samverkansavtal mellan Örebro läns landsting och länets kommuner om läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården” 2007-11-12*

Enligt det nya ramavtalet om läkarmedverkan skall läkare göra hembesök när medicinskt behov föreligger och stödåtgärder ska kunna sättas in för att, om möjligt, undvika inläggningar vid sjukhus.

Kontaktvägar

Hembesök ingår i distriktsläkarnas åtagande. I första hand försöker man få patienten till mottagningen och om det inte är möjligt kan hembesök göras, alternativt att patienten skickas in till sjukhuset. Det är oftast DSK/SSK som initierar hembesöken och PAL avgör om han har tid och möjlighet. I projektet med den mobila läkaren är kontaktvägarna samma för sjuksköterskan som gör en förfrågan hos den patientansvariga läkaren. Denne avgör sedan om den mobila läkaren skall kopplas in. Om så blir fallet kontaktar den mobila läkaren

sjuusköterskan och gör upp om tid för hembesöket. Kontaktvägarna är således både lika och olika.

Kontaktvägar innan projektet:

DSK/SSK → PAL → Hembesök

Kontaktvägar i projektet:

DSK/SSK → PAL → Mobil läkare → DSK/SSK → Hembesök DSK/SSK + Mobil läkare

Syfte

Syftet med utvärderingen är ge en bild av hur projektet fallit ut och beskriva positiva och negativa uppfattningar samt att ge ett underlag för ställningstagande till projektets eventuella fortsättning eller avslutning.

Genomförande

Utvärderingens grund är dels statistik över samtliga hembesök under projekttiden t.o.m. november 2007 från Vivalla Vårdbolag, samt statistik över utförda hembesök under en månad i kommunens hemsjukvård och dels intervjuer med olika aktörer i projektet:

- Distriktssköterskor/sjuusköterskor (DSK/SSK) i kommunal hälso- och sjukvård
- Hembesöksläkare från Vivalla Vårdbolag
- Patientansvariga distriktsläkare (PAL) vars patienter har haft besök av den mobila läkaren.

Inga brukarsynpunkter har efterfrågats i utvärderingen, det har däremot framkommit synpunkter via patientansvarig sjuusköterska i de fall där den mobila läkaren gjort hembesök.

På grund av det ringa antalet hembesök som gjorts har det varit vissa problem med att hitta personer som har varit direkt inblandade i projektet och som gjort hembesök. Samtal har därför även förts med personer som inte varit direkt berörda men som ändå har synpunkter på projektet. Verksamhetschefer för två vårdcentraler och kommunala sjuusköterskor som inte haft något hembesök med den mobila läkaren har gett generella synpunkter på hur hembesök i hemsjukvården fungerar. Samtal har även förts med kommunens medicinskt ansvariga sjuusköterskor (MAS).

Tabell 1. Antal intervjuer och samtal som har förts med personer med direkt och indirekt erfarenhet av mobil-läkare projektet:

	<u>Har direkt och praktisk erfarenhet</u>	<u>Har indirekta erfarenheter</u>
Patientansvarig läkare	2	2
Distriktssköterska/sjuksköterska	2	2
Mobil läkare	2	
Medicinskt ansvarig sjuksköterska		2

Statistik

Statistik från Vivalla Vårdbolag visar att från projekttidens start september 2006 och fram till december 2007 gjordes sammanlagt 16 hembesök, varav 12 under 2007. Tre vårdcentraler var engagerade i dessa hembesök, Skebäck, Adolfsberg och Vivalla.

Tabell 2. Fördelning och antal hembesök av mobila läkare:

Vårdcentral	2006	2007
Adolfsberg		2
Skebäck	1	4
Vivalla	3	6
	4	12

Antal hembesök totalt: 16

Förvaltningscheferna i Örebro kommun gav i maj 2007 medicinskt ansvariga sjuksköterskor uppdraget att undersöka antalet efterfrågade hembesök i ordinärt boende. Under tiden 2007-05-15 till 2007-06-15 registrerades när kontakt togs med vårdcentralen, om patienten fick hembesök eller fick uppsöka vårdcentralen. Registreringen under denna månad visade att man gjorde förfrågan om hembesök för 12 patienter, PAL gjorde 20 hembesök och i fyra fall fick patienten uppsöka vårdcentralen. Den mobila läkaren gjorde under denna tid inga hembesök.

Intervjuer

Primärvårdsledningen gav förslag på vårdcentraler i olika delar av Örebro och meddelade att utvärderingen var på gång. Verksamhetscheferna kontaktades och tid för intervjuerna bokades. I Örebro kommun bistod medicinskt ansvariga sjuksköterskor med namn på personer som hade erfarenhet av projektet och dessa kontaktades för intervjuer.

Intervjuerna gjordes på respektive arbetsplats, enskilt med de informanter som varit direkt involverade i projektet. En intervjuguide användes som stöd vid intervjuerna (Bilaga 1-3).

Samtal per telefon genomfördes med de personer som hade indirekt erfarenhet av projektet.

Mobila läkare

På Vivalla har 4 läkare varit involverade i hembesöken. Man har lagt upp det så att man turats om att ha beredskap för hembesöken. Enligt uppdraget är det PAL som ringer upp den mobila

läkaren och initierar hembesöken. Mobila läkaren kontakter då den kommunala DSK/SSK och bestämmer en tid för hembesöket. DSK/SSK deltar i besöket och utför ordinationerna. Hon har också en viktig uppgift i att se till att uppföljning sker, hon har enligt mobila läkaren en stor roll i kommunikationen mellan läkarna. Den mobila läkaren skriver sedvanliga journalanteckningar och skickar dessa till PAL.

Man tyckte att de hembesök man gjort var väl medicinskt motiverade och att man i flera fall hade förhindrat inläggning på sjukhuset eller att man konstaterat att det var nödvändigt att skicka in patienten till sjukhuset. Det var dåliga sängliggande patienter och det kunde handla om att medicinera hjärtsvikt, göra bedömningar/behandlingsåtgärder angående smärtor mm och man påpekade att de flesta patienter var i terminala stadiet. Patienterna hade upplevt hembesöken mycket positivt och var tacksamma för att doktorn kom hem till dem. Enligt de mobila läkarna var den stora fördelen för patienterna tryggheten samt att slippa åka till sjukhuset och vänta på akuten. För samhället menar man att det måste vara mer ekonomiskt med hembesök och slippa dyra transporter och rent mänskligt att det är en samhällsservice till våra äldsta medborgare som förtjänar detta, de är gamla och sjuka och skall inte behöva forslas omkring. För läkarens del var det mycket bra att göra hembesöken tillsammans med den kommunala DSK/SSK som känner patienten.

Nackdelen var att servicen inte utnyttjades fullt ut, kanske beroende på att informationen inte nått ut till alla. Man hade önskat ett annat upplägg och tyckte det hade varit bättre om sjuksköterskan kunde kontakta den mobila läkaren direkt så som man gjorde i Uppsala län där man hämtat inspiration till projektet. I informationsbladet som delades ut till patienterna uppgavs inget om någon ny eller annorlunda service utöver den vanliga organisationen, där ges information om telefonnummer till den ordinarie sjuksköterskan och att man vid akut sjukdom ringer **112**. Man menar att om patienten inte vet om att det finns mobil läkare kan man heller inte önska det.

PAL

Synpunkter från patientansvariga läkare med direkt erfarenhet av servicen med mobil läkare

Patientansvariga distriktsläkare uppger att den egna organisationen inte medger några snabba hembesök, för det behövs lite framförhållning. Ofta ringer sjuksköterskan och vill ha en snabb bedömning. De har sällan tid själva för hembesöken utan försöker få patienten till vårdcentralen i första hand. Den hemsjukvård man prioriterar är den palliativa vården och där försöker man göra hembesök, men annars löser man mycket per telefon. Sjuksköterskorna träffar dessutom läkarna varje vecka för genomgång av patienter. Om man kan planerar man hembesöken genom att sjuksköterskan tar prover och förbereder och sedan gör läkaren en snabb bedömning i hemmet.

Fördelen med den akuta mobila läkaren är att han kan åka ut med kort varsel och att han avlastar dem. Det är bra att en läkarbedömning görs innan man eventuellt skickar in patienten till sjukhuset. Det som kan vara en nackdel är att det är en engångsinsats och att den mobila läkaren varken känner den kommunala sjuksköterskan eller patienten som ofta har komplicerade sjukdomar. Man menar också att som PAL kan man även ta ansvar nästa dag om det behövs vilket ger bättre kontinuitet. Hembesöken av den mobila läkaren har inte

medfört några problem för dem eller patienterna som de ser det men man tycker att det vore bättre att ha möjlighet att göra hembesöken själv. Som det är nu finns dock inget utrymme för detta.

Organisationen med den mobila läkaren är bättre än inget, det är bra under de omständigheter som är nu. Man tror det kan bli fler patienter som skickas in till sjukhuset om inte mobila läkaren fanns, men man önskar att man hade en egen resurs på vårdcentralen för hembesöken. Man anser att det är bättre om PAL sköter hembesöken men som det är nu har man brist på tid och resurser man är ej fullbemannade och har mycket uppgifter av olika slag. Man anser att primärvården borde ha möjlighet att göra fler hembesök men helst inom sitt område.

Synpunkter från patientansvariga läkare utan direkt erfarenhet av servicen med mobil läkare

Förfrågningar om att delta i intervjuer har skett till ytterligare vårdcentraler och svar från en av dessa är att man inte haft några fall och tror att det beror på att man är väl bemannad och klarar sina hembesök själv.

Synpunkter från en annan vårdcentral som inte heller har haft behov av den mobila läkaren är att de anser att det fungerar olika. Man var skeptisk från början till projektet och var lite undrande varför det avsattes 2,5 miljoner till något som inte efterfrågades, men man menar att det fungerar olika på vårdcentralerna. Vid denna vårdcentral är det så att när kommunens sjuksköterska ringer kan de ofta skjuta på hembesöket lite och sedan åka ut i samband med t.ex. lunchen. De anser att de har ett bra samarbete med kommunens DSK/SSK och sätter av mycket tid för dem. Träffar med arbetsledningen för kommunens hemvård hålls 3-4 gånger/år och där finns möjlighet att framföra sådant som inte fungerar. Hittills har de varit nöjda. Akuta ärenden förekommer inte så ofta och synpunkten är att det blir bättre kvalitet om PAL gör hembesök än att en okänd läkare gör det. Man anser att man kan planera sina besök, det är inte fullbemannat på läkarsidan men man prioriterar den palliativa hemsjukvården i ordinärt boende och anser att det fungerar bra. Sjuksköterskorna har tid hos läkaren varje vecka för konsultationer och behöver man snabba beslut finns en akuttelefon.

Kommunens sjuksköterskor

Synpunkter från distriktssköterskor med direkt erfarenhet av servicen med mobil läkare.

En distriktssköterska som har gjort hembesök tillsammans med den mobila läkaren berättar att hon tycker hembesöken fungerat bra. Initiativet till hembesöken togs av henne i ett fall och av PAL i ett annat fall. Hembesöken handlade om patienter som inte kunde ta sig till mottagningen själva. Rent allmänt anser sjuksköterskan att det är svårt ibland att få hembesök av PAL när det finns ett behov, mottagningen på vårdcentralen är full och hembesöket kan inte genomföras. Hon får då skicka in patienten till sjukhuset istället. Periodvis finns behov av hembesök när patienten inte orkar eller när anhöriga inte vill att de skall åka. Hon tror att hon skulle ringa oftare och be om hembesök om hon fick ringa direkt till den mobila läkaren, omvägen om PAL kan leda till att det ej utnyttjas.

Önskemålet är att alltid ha en läkare att rådgöra med och att få hembesök om man önskar. Det skulle kännas som både en trygghet och en säkerhet och skulle förhindra besök på akuten för patienten. Hon anser att det inte spelar så stor roll om det är PAL eller mobil läkare som gör

hembesöket. Hon tycker ändå att det har blivit bättre idag än tidigare. Hon kan ringa sjuksköterskan på vårdcentralen och efter en stund ringer läkaren upp henne. Är det något akut finns ett akutnummer och då är handläggningen snabbare. Under jourtid fungerar det bra och hon får oftast prata med läkaren. Det som varit bra med mobila läkaren är att det ger trygghet för patienten och sjuksköterskan, att någon fattar beslut. Anhöriga är också mycket positiva till att få prata direkt med doktorn.

En annan DSK/SSK berättar att hon alltid ringer till PAL först för bedömning per telefon. Akuten vill att DSK/SSK kontaktar PAL innan hon skickar in patienten till sjukhuset och hon tycker det är lätt att få tag på dem, de ger också oftast tid till vårdcentralen samma dag om det behövs. Sjuksköterskorna har ju dessutom möjlighet att ge läkemedel från den generella läkemedelslistan. Hon beskrev ett fall där hon efterfrågade hembesök med den mobila läkaren då ordinarie läkare var ledig, det var inget alternativ man hade i åtanke på vårdcentralen när hon ringde. Patienten ville inte åka till sjukhuset eller till vårdcentralen och ett hembesök ordnades. Behandling kunde utföras i hemmet och hembesöket blev mycket positivt för såväl patient som anhörig. Sjuksköterskan tyckte det blev en positiv upplevelse och tänker att hon skulle ha efterfrågat hembesök mycket mer. Hon ställer sig också frågan om sjuksköterskorna tar på sig för mycket ansvar själva?

Synpunkter från distriktssköterskor utan direkt erfarenhet av servicen med mobil läkare

En av de sjuksköterskor som inte haft kontakt med den mobila läkaren anser att det finns behov av hembesök som inte är tillgodosedda. Läkarna är stressade och DSK/SSK undviker därför att kontakta dem. Hon anser att om man har hemsjukvård är man bedömd att inte kunna ta sig till vårdcentralen, man har mycket omvårdnadsinsatser, man har svårt att ringa och att passa tider, varför hembesök borde göras istället. Sjuksköterskorna jobbar mycket förebyggande så det blir inte så ofta akuta behov. Det har hänt att man har påkallat hembesök men att läkaren gjort en annan bedömning och föreslagit en annan lösning.

En annan DSK/SSK ansåg att hon jobbar mot en vårdcentral som har full bemanning av läkare och att de då har möjlighet att göra de hembesök som krävs. Behovet av hembesök blir då blir tillgodosett av PAL. Sjuksköterskan uttrycker att hon inte känner någon tvekan att ta kontakt med vårdcentralen om behov föreligger.

MAS

Vid samtal med en av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterskor framkom att hon anser att det bästa vore om vårdcentralen hade en egen ansvarig resurs för hembesök. Hembesök ingår i deras uppdrag men läkarbristen gör att det inte blir så ofta. Det som inte upplevts så bra från kommunens håll med den mobila läkaren är att detta är inget som kommunens sjuksköterska förfogar över, hon kan inte påverka om hembesöket blir av eller ej. Hon tror att det kunde vara bättre om sjuksköterskan fick ringa direkt till den mobila läkaren och han kunde avgöra om hembesök skall göras. MAS tror att sjuksköterskorna vill ha mer hembesök, det är ofta bökigt och besvärligt för den gamla patienten att ta sig till vårdcentralen. De få besök hon hört talas om har varit positiva och patienterna har blivit mycket nöjda. Inför starten av projektet gjordes en broschyr och information gavs vid flera tillfällen på s.k. MAS-möten. Skriftlig information om projektet skickades också ut till sjuksköterskor och enhetschefer inom vård och omsorgsförvaltningen i Örebro kommun.

Sammanfattande analys

Nedanstående sammanfattar synpunkterna som framkom genom intervjuerna.

Positivt om hembesöken

- Trygghet för både patient och sjuksköterska – någon som fattar beslut.
- Tryggheten att slippa åka till sjukhuset och vänta på akuten.
- Förhindrat inläggning, alternativt sanktionering av ett besök på akuten.
- Mer samhällsekonomiskt med hembesök?
- Behandling möjlig i hemmet
- Mänskligt – handlar om sjuka människor som är bedömda att få hemsjukvård (*kriterier för att få hemsjukvård = kan inte ta sig till vårdcentralen*)
- Mobila läkaren kan åka ut med kort varsel
- Mobila läkaren avlastar PAL
- Bra med läkarbedömning innan patienten skickas in till akuten
- Anhöriga får prata med doktorn direkt
- De besök som gjorts har upplevts mycket positivt av patienten

Negativt om hembesöken

- Har inte utnyttjats fullt ut
- Informationen inte nått ut till alla - ej så känt på alla vårdcentraler.
- Patienterna har inte fått information om mobila läkaren
- Sjuksköterskan kan inte kontakta mobila läkaren direkt
- Mobila läkaren känner inte patienten och sjuksköterskan
- Sämre kontinuitet/ engångsinsats
- Omvägen om PAL – gör att det ej utnyttjas?

Önskemål om hur det kan fungera

- Mobila läkaren: Bättre om sjuksköterskan kunde kontakta dem direkt
- PAL önskar egen resurs på vårdcentralen för hembesöken
- Primärvården borde ha möjlighet att göra fler hembesök inom sitt ansvarsområde
- Bättre kvalitet om PAL gör hembesöken än att en okänd läkare gör det.
- SSK: Trygghet och säkerhet att alltid som sjuksköterska ha tillgång till läkare att rådgöra med och att få hembesök om man önskar.
- MAS: Det bästa vore om vårdcentralen hade en egen ansvarig resurs för hembesök.

Slutord

Informanterna hade uppfattat att orsaken till projektet delvis var att förhindra de äldre patienterna att åka till akuten och om det var möjligt att åtgärda något i hemmet. Kartläggningen som gjordes över flödet mellan den kommunala hälso- och sjukvården och akutmottagningen på USÖ gjordes under två veckor. Det var under denna period tio personer från ordinärt boende som fick åka hem från akuten samma dag och där man trodde att ett läkarbesök i hemmet hade förhindrat besöket på akuten. Om man antar att detta var ”normala” veckor blir det utslaget på året en person per dag (vardagar) som gör ett onödigt akutbesök eller utslaget på hela året 260 personer. Kan detta vara en acceptabel nivå eller kan man säga att det är en brist i organisationen?

Vivalla vårdbolag som haft uppdraget med den mobila läkaren, har själva utnyttjat den här servicen för att göra hembesök till sina egna patienter. Eftersom man har möjligheten i sin egen organisation och att det är väl känt där, så är det lättare att utnyttja. Läkarna på Vivalla vårdbolag trodde att projektet inte var känt hos patienterna och de kommunala sjuksköterskorna menade att vissa läkare på vårdcentralerna inte hade kännedom om projektet. Detta kan ha bidragit till att det utnyttjades i mindre utsträckning.

På de andra vårdcentralerna önskade man att det fanns utrymme inom den egna vårdcentralen att göra fler hembesök och man påpekade från flera håll att det är en bättre lösning för patienten att få träffa någon som har kännedom om deras situation då det ofta handlar om multisjuka patienter, men man tyckte att resurserna för detta var otillräckliga. Ett skäl var att om man gjorde ett hembesök fick man prioritera bort ett antal andra patienter. Distriktsläkarna hade lite olika uppfattning om behovet av mobil läkare. Några ansåg att man kunde tillgodose hembesöken inom sin egen organisation och hade inte upplevt något problem med detta. En annan uppfattning var att man var väldigt uppbokad med patienter och administrativa uppgifter och inte hade möjlighet att göra snabba ”uttryckningar”. Man prioriterade hembesöken till de palliativa patienterna och där kunde man planera på ett annat sätt. Här tyckte man att tillgången till den mobila läkaren gjorde att sjuksköterskan fick hjälp med bedömning, problemet löstes snabbt och bra och de blev själva avlastade. Olikskheten i uppfattningen beror säkert på att det fungerar mycket olika på vårdcentralerna beroende på bemanning och hur man samverkar med sjuksköterskorna i den kommunala vården. En viktig fråga är: hur skall man få vård på lika villkor?

DSK/SSK hade inte ”tänkt på” den mobila läkaren och därför inte föreslagit det. Dessutom tror de att PAL själv tänker på detta och det är inget sjuksköterskorna själva råder över. Vid intervjuerna säger DSK/SSK att det borde ha utnyttjats mer, man har bara inte tänkt på det! Kan det bero på att behovet inte finns? Hade det utnyttjats mer om DSK/SSK fått vända sig till mobila läkaren direkt och fått större möjligheter att påverka till ett hembesök? Samtidigt som man säger att man inte tänkt på detta så säger man att det är mycket ”bökigt” att få iväg patienten till vårdcentralen, att det är många personer engagerade i ett sådant besök som personal sjuksköterska, anhöriga, färdtjänst el sjukresor mm. De anser att det vore enklare om en person kom hem till patienten. Med tanke på att Örebro kommun i hemvården har ca 70 årsarbetare (dag och kväll) distriktssköterskor/sjuksköterskor och att det är gamla sköra multisjuka personer det handlar om, är det förvånande att begäran om hembesök är så få.

Primärvården i Uppsala har under sju år haft akut mobil läkare och har sedan 2006 utökat sin verksamhet till en husläkarenhet i hemmet. De tar då hela ansvaret för de äldre som inte kan ta sig till vårdcentralen. Barbro Nordström verksamhetschef på enheten uppger vid telefonsamtal att de under 2005 gjort 314 hembesök, 2006 gjordes 417 besök och under 2007 har t.o.m. november gjorts knappt 300 besök. I basåtagandet för distriktsläkarna i Uppsala län ingår att göra hembesök. Det är en ”fri nyttighet” och vid tidsbrist och arbetsbelastning kan det vara bekvämt att någon annan gör besöken. Man arbetar nu på att tydliggöra ansvaret, att det blir tydligare krav på vad distriktsläkaren skall sköta och vilka hembesök de skall göra, att kontinuiteten är viktig för patienten. Man tror ändå att det finns många uppgifter för husläkarenheten i hemmet. De koncentrerar sig bl.a. på patienter med vård i livets slutskede, patienter som har svårt att röra sig och ta sig till vårdcentralen, patienter med psykiska problem och idag när allt fler vårdas hemma anser man att det behövs läkare som åker hem till patienten. Verksamheten är under utveckling och just nu utvärderas husläkarenheten i hemmet för planering inför fortsättningen. Man anser att man med sina hembesök förhindrar många besök på akuten. Verksamheten uppskattas mycket av de kommunala sjuksköterskorna som kan kontakta den mobila läkaren direkt.

Den mobila läkaren i Uppsala gjorde ca 300 hembesök under 2007, vilket innebär ca ett hembesök per dag. I kartläggningen som gjordes i Örebro under en månad gjorde PAL 20 hembesök och om man betraktar det som normala veckor blir också det ett hembesök per dag. Det skiljer alltså inte så mycket i antal hembesök. Uppsala är dessutom en något större stad vad gäller invånarantalet och antalet 80 år och äldre är ca 900 personer fler än i Örebro.⁴ Det som skiljer Örebros organisation med den mobila läkaren och Uppsalas mobila läkare är främst kontaktvägarna. I Uppsala kan sjuksköterskorna ta kontakt direkt med den mobila läkaren och i Örebro skall sjuksköterskorna kontakta PAL först och denne beslutar sedan om åtgärd. I både Uppsala och Örebro ingår hembesök i åtagandet som vårdcentralerna har.

Trots alla synpunkter på försöket med de mobila läkarna, både positiva och negativa, så kvarstår faktum att denna tjänst är väldigt lite utnyttjad. Det verkar finnas behov av hembesök till patienterna som inte är helt tillfredsställt. Med kännedom om hur sjuksköterskor ”fixar och trixar” för att ordna allt till det bästa så brukar problemen lösa sig på något sätt i alla fall, men sker det på ett optimalt sätt? Det har också framkommit att det fungerar olika beroende på vilken vårdcentral det gäller. Enligt det nya ramavtalet om läkarmedverkan⁵ är det tydligt att läkare skall göra hembesök när medicinskt behov föreligger och att man skall sätta in åtgärder för att om möjligt undvika inläggningar vid sjukhus. En slutsats är att den här modellen inte har varit ekonomiskt effektiv, men de få sjuksköterskor och patienter som utnyttjat den är tillfreds. Verksamheten på vårdcentralerna är till synes fortfarande mycket koncentrerad till mottagningsverksamheten som man prioriterar. Det här projektet har varit ett försök att öka läkarnas insatser i hemvården som enligt den Nationella handlingsplanen⁶ varit en brist.

⁴ Enligt SCB:s befolkningsstatistik för 2006 där antalet 80 år och äldre i Uppsala var 7.890 och antalet 80 år och äldre i Örebro 7003.

⁵ Ramavtal om läkarmedverkan 2007-11-12. Samverkansavtal mellan Örebro läns landsting och länets kommuner om läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården.

⁶ Socialdepartementet 2006. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre. Prop. 2005/06:115

Referenser

Socialstyrelsen (2001) *Läkartid för äldre*. Stockholm.

Statens offentliga utredningar SOU 2004:68 *Sammanhållen hemvård*.
Betänkande från äldrevårdsutredningen, Stockholm, Socialdepartementet
(2004).

Socialdepartementet (2006) *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg
om äldre*. Prop.2005/06:115

Ramavtal om läkarmedverkan 2007-11-12. Samverkansavtal mellan Örebro
läns landsting och länets kommuner om läkarinsatser i den kommunala
hälso- och sjukvården.

Antal hembesök som gjorts av mobila läkaren? (annan statistik från Vivalla?)

Typ av hembesök?

Antal involverade läkare?

Hur får du/ni uppdraget?

Har besöket varit medicinskt befogat?

Kan du säga något om samarbetet med den kommunala ssk vid hembesöket, före /under/efter?

Hur ser du på samarbetet med patientens ordinarie läkare? (före/under/efter)

Hur tror du patienten uppfattar akutbesöket?

Vad är fördelen med mobil läkare? (För t.ex. patienten, vårdbolaget, PAL, SSK, organisationen mm)

Vad är nackdelen med mobil läkare? (För t.ex. patienten, vårdbolaget, PAL, SSK, organisationen mm)

Synpunkter på modellen som helhet, med mobila akutläkare?

Vad tror du är orsaken till projektet med mobila akutläkare?

Synpunkter på framtida akutbesök? Vem? Organisation?

Har dina patienter berörts av projektet?

Hur många?

Reaktioner från dem?

Gör du hembesök till denna patientgrupp själv?

Vad kan det gälla för typ av hembesök?

Initierar du hembesök av mobil läkare? – vilken typ av hembesök i så fall?

Hur ser du på samarbetet med den mobila läkaren om hembesöken?
(före/efter)

Hur är ditt samarbete med den kommunala ssk runt hembesöken av den mobila läkaren?

Ser du några fördelar med hembesöken av den mobila läkaren?

Ser du några nackdelar med hembesöken av den mobila läkaren?

Har hembesöken av mobila läkaren medfört problem för dina patienter?
För dig?

Vad tror du är orsaken till projektet med mobila akutläkare?

Synpunkter på modellen som helhet med mobila akutläkare?

Framtida behov av akuta hembesök – hur skall det lösas?

Vad tror du är orsaken till projektet med mobila akutläkare?

Har du initierat hembesök av mobila akutläkare?

Har du deltagit i hembesök med mobila läkaren?

Har besöket varit medicinskt befogat enligt din uppfattning?

Vilken typ av hembesök? Orsak?

Hur blev det? Något positivt? Något negativt?

Hur upplevde du samarbetet med akutläkaren?

Hur upplevde du samarbetet med PAL angående hembesöket?

Hur tror du patienten uppfattar besöket?

Fanns behov av fler hembesök av akutläkaren som du ser det?

Hur tycker du man skall lösa akuta hembesök i framtiden?



Regionförbundet Örebro

701 83 Örebro

Tfn: 019-602 63 00

Fax: 019-18 98 29

Besöksadress:

NetCity, Forskarevägen 1

702 18 Örebro.

www.regionorebro.se

regionorebro@regionorebro.se