

Författare: Katharina Borgström

Datum 230420

Version 1.0

1 (48)

Slutrapport

Akut sjukhusvård i hemmet



Innehåll

Bakgrund	3
Syfte.....	5
Sammanfattning.....	6
Mål.....	7
Projektmål.....	7
Effektmål	7
Avgränsningar	8
Projektets genomförande	8
Metod.....	8
Tidplan och aktivitetsplan.....	10
Projektorganisation	11
Resultat	11
Ekonomi.....	20
Lärande faktorer.....	21
Att se och adressera lösningar som behöver utvecklas utanför projektdirektivet...	25
Problematisering	26
Forskning	27
Gemensam workshop för de båda styrgrupperna	27
Referenser	29
Praktiska tips för kommande införanden	30
Bilaga 1, Projekt ”Akut sjukhusvård i hemmet” delförans 1	36
Bilaga 2, Ansvarsfördelning för Mobilt sjukhusteam - specialiserad vård, regional och kommunal primärvård.....	44
Bilaga 3, annons sjuksköterskor	47

Bakgrund

Att vårda patienter med behov av **akut specialiserad vård**¹ i hemmet i stället för på sjukhus är en ny vårdform för Sverige men har funnits och utvecklats i andra länder sedan 1990-talet. Ett exempel är Johns Hopkins Medicine i USA som redan 1995 utvecklade ett program för Hospital at Home (HaH). En pilotstudie indikerade att vårdformen skulle kunna fungera bra för äldre patienter i behov av akut sjukhusvård [1]; att det var möjligt att göra på ett säkert sätt, att patienterna var nöjda och att vårdformen var kostnadseffektiv. Sedan dess har Hospital at Home startats i många länder. HaH definieras av att patienter som är akut sjuka får vård i hemmet, som är helt jämförbar med den vård som skulle getts på sjukhus, och skiljer sig från annan vård i hemmet av att patientens tillstånd är så akut och komplext att inläggande sjukhusvård skulle vara det enda alternativet om inte HaH fanns tillgängligt [2].

Andra nyckelfaktorer som definierar HaH är:

- möjligheten att ställa diagnos i hemmet på sjukhusnivå med hjälp av patientnära blodanalyser, ultraljud, EKG och bladderscan mm
- behandlingar på sjukhusnivå så som infusioner, injektioner och syrgasbehandling
- daglig kontakt med ett interprofessionellt team som kan göra ett eller flera hembesök per dag och har dygnet runt-beredskap
- specialistläkarkompetens på sjukhusnivå
- definierade inklusions- och exklusionskriterier
- tidsbegränsad, kortvarig intervention, 1 - 14 dagar
- tydligt personcentrerad med patienten och närstående som självklara deltagare i teamet [3].

Forskning visar att Hospital at Home har flera fördelar jämfört med vård på sjukhus. Risken för akut konfusion minskar, vårdtiderna blir kortare, rehabiliteringen går snabbare och patienter/närstående är nöjdare [4, 5]. Dessutom är vårdformen mer kostnadseffektiv, med 19 – 50 procent lägre kostnader jämfört med motsvarande vård på sjukhus utan att detta påverkar kvaliteten på vården [6, 7, 8, 9]. Det finns indikationer på att återinläggningarna minskar och att tiden till nästa återinläggning blir längre [2, 8, 9].

Bakgrund utveckling av Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam

Att Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam- har startats av VO akutsjukvård och internmedicin och VO infektionssjukdomar på Sus Malmö är en

¹ Till skillnad från andra team såsom ASIH med fokus på avancerad palliativ vård eller närsjukvårdsteam med tex intravenös antibiotika i hemmet

logisk utveckling från Mobilt Vårdteam Malmö. Detta startades 2012, då kallat ÄMMA-teamet (Äldre i Malmö Mobilt Akutteam), ett gemensamt initiativ av internmedicin på SUS, primärvård och Malmö stad. En undersökning på medicin-avdelningarna hade visat att 17 procent av patienterna hade kunnat undvika inneliggande sjukhusvård, och att inläggningen ofta berodde på bristande läkarstöd och bristande långsiktig medicinsk planering. Målsättningen med ÄMMA var att öka trygghet och tillgänglighet till vård och bedömning i samband med akut sjukdom hos sköra äldre, och erbjuda en snabbare akut bedömning i ordinarie boendemiljö av hela patientens komplexa vårdbehov. Målgruppen var sköra äldre med kända insatser från kommunen. Organisatoriskt placerades sedan ÄMMA-teamet i primärvården eftersom insatserna är på primärvårdsnivå. Sedan 2018 heter teamet Mobilt Vårdteam Malmö och arbetar med två ben; det ena att göra bedömningar och punktinsatser i hemmen; det andra att ansvara för multisjuka patienter i ordinärt boende enligt regionens Hälso- och sjukvårdsavtal. Inklusionskriteriet är att patienten har hemsjukvård. I samband med inskrivning görs en medicinsk vårdplan och SIP. Läkaren i teamet rondar varje vecka patienten tillsammans med sjuksköterskan i hemsjukvården och är tillgänglig för akuta hembesök om det behövs. Teamet har även medicinskt ansvar för tre korttidsboenden. Om patienten behöver läggas in på sjukhus görs det som direktinläggning, men behovet uppstår väldigt sällan.

Erfarenheterna från ÄMMA-teamet/Mobilt Vårdteam har varit viktiga för uppbyggandet av Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam - och möjligheten att fortsätta vårda patienten i hemmet, i stället för direktinläggning på sjukhuset, om kompetensen, vårdens tillgänglighet (mer än ett besök per dag och mer avancerade åtgärder) samt dygnet runt-beredskap fanns, identifierades. Patienten behövde med andra ord sjukhusets resurser men skulle kunna få detta i hemmet.

Ett annat sätt att se det är att definiera olika vårdnivåer. På sjukhuset har vi flera vårdnivåer där intensivvårdsavdelningen är den högsta slutenvårdsnivån. På vårdavdelningarna (den lägsta slutenvårdsnivån) har vi patienter som behöver specialitetens kompetens och dygnet runt-beredskap men vården går att bedrivas som 1-3 punktinsatser på en dag, tex rond 2 gånger per dag och provtagning/läkemedelsadministrering/avancerade omvårdnadsåtgärder 1-3 gånger per dag. Dessa patienter kan, om de vill och det är möjligt, många gånger i stället erbjudas samma vård i hemmet som om de låg på en vårdavdelning på sjukhuset.

Relation mellan de olika mobila teamen

Varje patient ska erbjudas vård på rätt vårdnivå och kontinuitet ska alltid eftersträvas. I omställningen till Nära vård ska primärvården (regional och kommunal) vara navet runt patienten och i så stor omfattning som möjligt ansvara för patientens vård. Vid en tillfällig eller långvarig försämring hos en patient krävs ibland insatser som inte kan erbjudas av ordinarie läkare på vårdcentralen. I Malmö erbjuder Mobilt vårdteam patienter med hemsjukvård möjlighet till akuta

bedömningar i hemmet om vårdcentralen inte har möjlighet. Både bedömning och behandling kan då erbjudas i hemmet under några dagar. Mobilt vårdteam kan erbjuda behandling med antibiotika intravenöst som ges 1 gång per dygn, blodtransfusioner mm. Vården definieras som primärvård och jourtid finns upphandlat läkarstöd på samma sätt som för alla patienter med hemsjukvård. Om patienten är i behov av förstärkt läkarstöd nattetid, vården som behöver ges inte ligger på primärvårdsnivå utan kräver sjukhuset resurser, kan medicinskt ansvar överflyttas till Akut sjukhusvård i hemmet- Mobilt sjukhusteam- på samma sätt som om det är ordinarie läkare på vårdcentralen som bedömer att Mobilt sjukhusteam tillfälligt behövs. Snarlika namn gör det svårt för många att särskilja de olika teamen men teamen samarbetar nära för att säkerställa att rätt vårdnivå används.

ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) ansluter patienter med behov av avancerad palliativ vård i hemmet samt kan även utföra sk punktinsatser. En punktinsats definieras som att ASIH kan utföra en eller upprepade insatser i patientens hem men ASIH tar inte över det medicinska ansvaret.

Både ASIH och Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam - bedriver således **högspecialiserad/specialiserad vård i hemmet** medan Mobilt vårdteam Malmö och Landskronaprojektet utgör en mellanvårdsnivå inom primärvården men som finns till för att förstärka basen i primärvården.

Beslut i HSN 2020-08-27

Den demografiska utvecklingen medför ett ökat behov av slutenvårdsplatser. Svårigheten att rekrytera vårdpersonal medför att det är svårt att öppna nya traditionella vårdplatser. Verksamhetsområdena akutmedicin och internmedicin respektive infektion vid SUS har därför beviljats medel för att i samverkan med primärvårdsförvaltningen och Malmö stad genomföra ett tvåårigt försök med akut sjukhusvård i hemmet.

Syfte

Att i projektform utveckla Mobilt vårdteam (MVT) i Malmö för att möjliggöra behandling i hemmet av patienter som idag vårdas på sjukhus. Syftet är att visa om det koncept som finns beskrivet internationellt med akut sjukhusvård i hemmet fungerar i svensk kontext och genomföra ett ”proof of concept” (POC). Inriktningen av försöket ligger i linje med utvecklingen av Framtidens hälsosystem och dess olika insatsområden.

Sammanfattning

"När man ligger på ett sjukhus tittar man uppåt och läkaren tittar nedåt. I hemmet tittar vi på varandra i samma nivå runt ett bord"

Ovan rubrik är en fritextkommentar i den patientenkät som alla patienter i Mobilt sjukhusteam erbjuds att besvara. Patientupplevelsen har varit i fokus under hela projekttiden.

Ett gott samarbete mellan slutenvård, Malmö stad och primärvården, inklusive befintligt Mobilt Vårdteam (MVT), har varit avgörande för projektets framgång och den positiva andan och viljan till utveckling har genomsyrat projektet på alla nivåer. Allt har inte gått på räls, men med hjälp av olika kompetenser och god vilja i styrgrupper och projektgrupp har hinder övervunnits och arbetet gått stadigt framåt. Input från patienterna och från medarbetarna i Mobilt sjukhusteam Malmö har självklart varit ovärderlig.

Under projekttiden har målgruppen för projektet utvecklats. Initialt inkluderades patienterna från inneliggande vård alternativt från akutmottagningen, men under senare delen av projekttiden försöker man, enligt överenskommelse med Malmö stad och primärvården, undvika att skicka äldre, ofta multisjuka, patienter till akutmottagningen och i stället inkludera patienten direkt i hemmet.

"Inga patienter med kommunala insatser ska behöva åka in till sjukhuset om vården kan ges i hemmet"

Det goda resultat som visades redan vid delutvärderingen per 220831, har vid slututvärderingen bekräftats och ytterligare förbättrats.

Vården har visat sig kunna ges i hemmet med samma höga kvalitet som inneliggande specialistvård och med betydligt lägre risk för vårdskador.

Inga vårdrelaterade infektioner eller fallskador har uppstått under vården i Mobilt sjukhusteam.

Inga allvarliga avvikelser har inträffat under projekttiden.

Antalet återinläggningar inom 30 dagar är färre än genomsnittet för Sus.

En medelvårdtid på 4-5 dagar är jämförbart med länder med längre erfarenhet av Hospital at Home [2].

Patienter och anhöriga är nöjda och trygga med vården, känner sig delaktiga och rekommenderar vården till andra i motsvarande situation.

Medarbetarna är nöjda med arbetsmiljön och menar att patienterna erbjuds en god och säker vård i hemmet. Man beskriver samarbetet i teamet som utomordentligt bra, med goda relationer och med ett ständigt lärande.

Möjligheten till kombinationstjänster, med rotation mellan slutenvård och Mobilt sjukhusteam, upplevs positivt och kommer förhoppningsvis att bidra till att man kan behålla de värdefulla medarbetarna längre.

Vården är mer kostnadseffektiv och projektet har i likhet med andra länder, med längre erfarenhet av Hospital at home, kunnat visa en kostnadsminskning med

40-50% [8] jämfört med motsvarande vård på sjukhus.

Projektets syfte var att i projektform utveckla Mobilt Vårdteam (MVT) i Malmö för att möjliggöra behandling i hemmet av patienter som idag vårdas på sjukhus och att visa om det koncept som finns beskrivet internationellt med akut sjukhusvård i hemmet fungerar i svensk kontext.

Projektet menar att det är väl visat att konceptet fungerar i svensk kontext och hoppas att resultatet ska kunna bidra till att underlätta för kommande införanden.

Mål

Projektmål

- Att definiera pilotprojektets modell för tillämpning av konceptet ”Hospital at home”
- Att bygga en struktur där lämpliga patienter i behov av medicinsk vård som kräver specialistvård inom internmedicin eller infektion, i stället för att vara inskriven i traditionell slutenvård kan erbjudas vård i hemmet.
- Att under projekttiden testa vårdformen på ett urval patienter som kräver punktinsatser av specialistvården.
- Att utvärdera vårdformen och lämna förslag på utformning av en modell som kan skalas upp och implementeras inom fler verksamheter i regionen.

Effektmål

- Patienter/anhöriga upplever delaktighet i sin vård
- Patienter/anhöriga upplever att de är trygga med vården
- De digitala lösningar som finns för kommunikation och övervakning upplevs användarvänliga och ökar tryggheten för patient och anhöriga
- Patienter/anhöriga ska ha lätt att komma i kontakt med teamet
- Direktinläggningar tillämpas om behov uppstår
- Fler patienter kan vårdas på befintligt antal slutenvårdsplatser
- Minskad frekvens av återinläggningar inom 30 dagar
- Kortare medelvårdtid jämfört med motsvarande vård inom slutenvården
- Minskat antal vårdrelaterade infektioner
- Valfungerande SVU-process vid utskrivning med tydlig ansvarsfördelning mellan Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam - Malmö och primärvården och Hälsa-vård och omsorgsförvaltningen, Malmö stad
- Ökad samverkan mellan slutenvård, primärvård och Hälsa- vård och omsorgsförvaltningen.

- Medarbetarna upplever sig nöjda med arbetsuppgifter och arbetsmiljö
- Medarbetarna upplever att de digitala lösningar som används är användarvänliga och ökar möjligheten till trygg och säker vård

Avgränsningar

Projektet omfattar:

- Verksamhetsområde Akut och internmedicin Sus
- Verksamhetsområde Infektionssjukdomar Sus
- Primärvården Sydvästra Skåne
- Primärvården Mobilt Vårdteam Malmö
- Patienter som är i behov av punktinsatser från specialistvården och som önskar inkluderas i vårdformen
- Hälsa, vård- och omsorgsförvaltningen Malmö kommer att samverka kring patienter där insatserna är hälso- och sjukvårdsavtalets målgrupp dvs. patienter som har samtidigt hälso- och sjukvårdsinsatser från både region och kommun samt samverka kring patienter som har pågående insatser enligt Socialtjänstlagen. Mobilt sjukhusteam är medicinskt ansvariga för det akuta sjukdomstillståndet och kan inte lämna över det ansvaret på hemtjänsten eller hemsjukvården.

Avgränsningar

- Malmö stad utgör geografisk avgränsning
- Akut sjukhusvård i hemmet med Mobilt sjukhusteam Malmö är under projekttiden inte föremål för remisser från primärvård eller andra verksamheter.
- I de delar som Hälsa- vård och omsorgsförvaltningen kommer att medverka i, gäller tröskelprincipen. Denna innebär att om patienten själv eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till av Region Skåne finansierad öppenvård har Region Skåne vårdansvaret.

Projektets genomförande

Metod

Steg 1

Projektet ska bygga en struktur där:

- Patienter i behov av akut medicinsk vård som kräver specialistvård inom internmedicin eller infektion i stället för att vara inskrivna i slutenvård erbjuds vård i hemmet av Akut- sjukhusvård i hemmet - Mobilt

sjukhusteam Malmö. Akut medicinsk vård går ej att överlämna till Hälsa, vård och omsorgsförvaltningen.

- Processen för samverkan vid utskrivning (SVU) utgör grund för överenskommelser om övertagande av medicinskt ansvar från både Mobilt sjukhusteam Malmö och regionala primärvården och Hälsa-vård och omsorgsförvaltningen.

Ansvarsfördelningen och vårdnivå ska tydligt framgå i upprättad SIP eller i förekommande fall i ”Ställningstagande inför utskrivning” under Medicinsk ansvarsfördelning i SVU-processen i Mina Planer.

- Kompetens, bemanning, tillgänglighet, diagnostik, läkemedel och medicinskt ledningsansvar säkerställs av Mobilt sjukhusteam Malmö för patienter som inte är inskrivna i kommunal hemsjukvård.
- Det överenskommes i samverkan med alla tre parterna att kompetens, bemanning, tillgänglighet, diagnostik och läkemedel för det aktuella tillståndet tillhandahålls av Mobilt sjukhusteam Malmö, medan koordineringsansvaret behålles av primärvården och Hälsa- vård och omsorgsförvaltningen för patienter som är inskrivna i kommunal hemsjukvård.
- Upparbetade samarbeten och erfarenheter av mobil vård i hemmet tas tillvara genom utveckling av befintlig verksamhet med Mobilt Vårdteam Malmö, exempelvis genom att utöka tillgänglighet under jourtid.
- Användandet av digital teknik utvecklas för att möjliggöra övervakning och kommunikation mellan patienten i hemmet och avdelningen.
- Platser finns för direktinläggning på vårdavdelning om behovet uppstår.
- Teamet ska erbjuda stöd i hemmet efter utskrivning från slutenvård och SVU-processen utgör grund för överenskommelser om fördelningen av medicinskt ansvar för alla tre parterna.
För att säkerställa en trygg hemgång ska teamet kunna överta delar av patientansvaret under viss tid (s.k. punktinsats) eller utgöra ett kompetensstöd i enskilda moment. Primärvårdsläkaren och kommunens sjuksköterska har hela tiden den övergripande koordinerande funktionen även om det under en kort tid finns andra aktörer med eget ansvar i patientvården. Insatsen kan förhindra en inläggning på sjukhus som inte betingas av medicinska skäl eller utgöra ett stöd efter hemgång med syfte att undvika återinläggning
- Malmö Stad är geografiskt område.

Steg 2

Lämpliga patienter inkluderas i vårdformen.

Steg 3

Vårdformen utvärderas och eventuella justeringar föreslås

Steg 4
Slutlig utvärdering av modellen

Steg 5
Resultatet av utvärderingen överlämnas till regional styrgrupp och utgör underlag för att ta fram en modell för uppskalning och implementering i fler verksamheter i Region Skåne

Tidplan och aktivitetsplan

Projektets leveranser består av:

Delleverans 1

Beskrivning av den struktur som ska testas
Måldatum: 2021-04-30 (se bilaga 1)

Delleverans 2

Lämpliga patienter inkluderas i vårdformen
Måldatum: 2021-06-01
Faktiskt start 2021-06-07

Delleverans 3

Utvärdering av första testperiod samt ev förslag på justering av strukturen för modellen
Måldatum: 2022-02-28

Delleverans 4

Slutlig utvärdering av modellen
Måldatum: 2022-11-30
Datum för Delleverans 4 tidigare lades, eftersom projektet redan hade visat goda resultat och styrgruppen önskade utvärderingen inför planering av budget 2023 och beslut om att låta projektet gå över i ordinarie drift vid avslut. Rapporten gjordes per **220831**

Slutleverans:

Slutrapporten överlämnas till regional styrgrupp och utgör underlag för att ta fram en modell för uppskalning och implementering i fler verksamheter i Region Skåne (Måldatum: 2023-03-31)
Eftersom projektet delvis hindrats genom den pandemi som pågått under stor del av projekttiden, vilket även innebar att projektmedlen inte använts fullt ut, ansöktes om förlängning av projektet, vilket beviljades av HSN till och med 23-03-31.
Nytt måldatum för slutleverans: 230430

Projektorganisation

Det har varit viktigt med bred representation i projektet från slutenvård, kommun och primärvård, både offentlig och privat.

Projektägare:

Initialt Lars Almroth, chef för Framtidskontoret

Styrgrupper:

Projektet har haft en lokal styrgrupp med Katarina Johnsson, bitr förvaltningschef Sus som projektägare och Oskar Hammar, verksamhetschef Akut och intermedicin, Sus, som ordförande. I den styrgruppen har funnits representanter för Sus (VO Akut och intermedicin, VO infektionssjukvård, programkontor för digital utveckling, avd ekonomi) samt representanter för primärvården Sydväst och Malmö stad.

Projektet har också haft en regional styrgrupp var huvudsyfte varit att säkerställa projektets höga prioritet samt att knyta ihop erfarenheter från olika liknande projekt i regionen och att hantera frågor som har bäring för en större intressesfär än det enskilda projektet.

Den regionala styrgruppen har stärkt samverkan mellan region och kommun och säkerställt att projektet i möjligaste mån använder existerande strukturer för arbete och samverkan.

Styrgruppsordförande var initialt Framtidskontorets chef, Lars Almroth, som senare ersattes av Petra Vogt i ordföranderollen. Detta fortsatte även efter att den organisatoriska enheten Framtidskontoret avvecklades. I den regionala styrgruppen har representanter på förvaltningschefsnivå för Sus, Malmö stad och primärvården deltagit, tillsammans med representanter för IT-och digitalisering, koncernekonomi och för Skånes kommuner.

Projektgruppen har letts av Katharina Borgström, projektledare från Sus, och har haft representation från Sus, Malmö stad och primärvården, offentlig och privat, inklusive befintligt Mobilt Vårdteam Malmö. Befintligt Mobilt Vårdteam Malmö har lång erfarenhet av att arbeta i mobila team på primärvårdsnivå och representation därifrån har varit viktigt för erfarenhetsutbyte i projektet.

Bitr projektledare, Petra Vogt, från Framtidskontoret Region Skåne, har ansvarat för att bevaka att de 7 insatsområdena i Framtidens Hälso-och sjukvårdssystem blir beaktade i projektet, och att ta hand om och driva strategiska frågor som inte är avgränsade till projektet.

Resultat

Måluppfyllelse

Vid projektets start var intentionen att Delleverans 4 som planerades till 221130, med utvärdering av mål och effektmål, skulle vara slutleverans. Denna delleverans

tidigarelades till 220830 för att möjliggöra ställningstagande till övergång från projektform till permanent drift, utan att få glapp i övergången. Beslut fattades i HSN om förlängning av projekttiden tom 230331, bland annat för att projektet till stor del bromsats av den rådande pandemin. Då projektet siste mars 2023 pågått ytterligare sju månader, beslutade den regionala styrgruppen om en ny utvärdering av mål och effektmål.

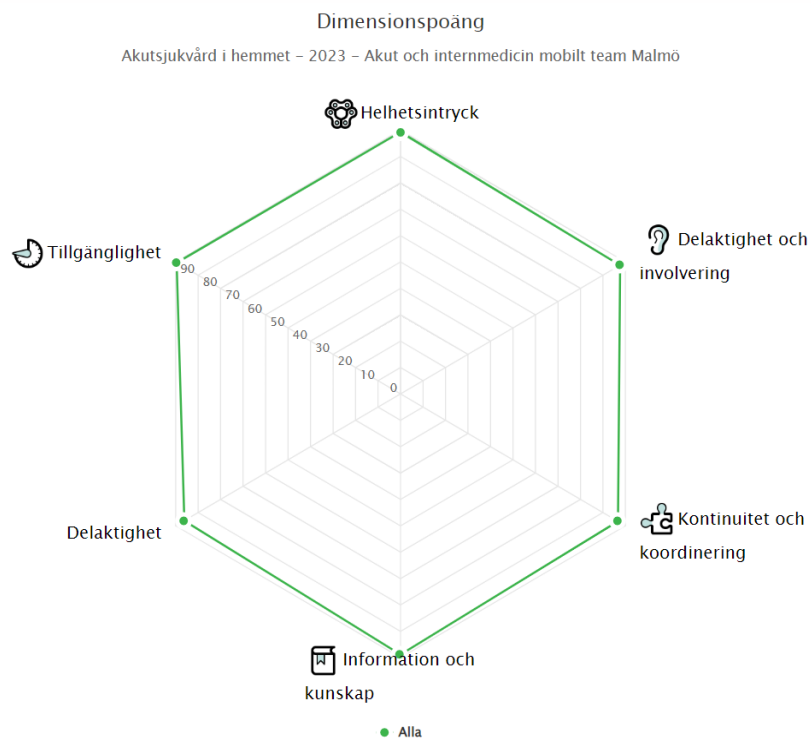
Slututvärdering av mål och effektmål

Målen för patientupplevelse mäts via patientenkät:

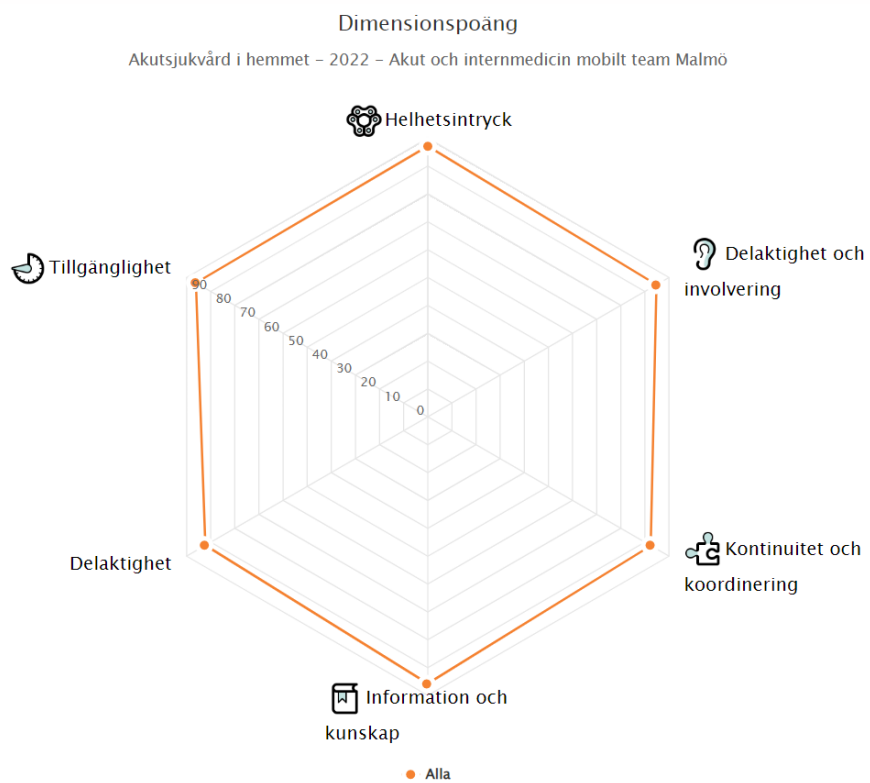
- ***Patienter/anhöriga upplever delaktighet i sin vård***
- ***Patienter/anhöriga upplever att de är trygga med vården***
- ***De digitala lösningar som finns för kommunikation och övervakning upplevs användarvänliga och ökar tryggheten för patient och anhöriga***
- ***Patienter/anhöriga ska ha lätt att komma i kontakt med teamet***

En enkät skapades i projektet som ett avrop på upphandlingen av Nationella patientenkäten. Fördelarna med detta är flera; resultatet läggs upp i SKR:s databas vilket ger möjlighet till jämförelse med andra undersökningar; presenteras i färdiga diagram och tabeller; enkäten kan besvaras både på papper och på dator; enkäten kan besvaras på flera språk. En del av frågorna är samma som i Nationell patientenkät, andra är specifika för Akut sjukhusvård i hemmet. Tre av frågorna riktar sig till närstående. Det finns även möjlighet för fritextsvar för både patienter och närstående. Patienterna upplever i hög grad att man tagit vara på deras synpunkter, att man fått vara delaktig i planeringen och att hänsyn togs till hem och familjeförhållande. 99% av patienterna skulle rekommendera vård i hemmet till någon i motsvarande situation. 99,9% av de tillfrågade närstående kände sig trygga med vården.

Patienterna uppgav att de digitala hjälpmedlen bidrog till en känsla av trygghet (96 %) och att de var lätta att använda (95 %). Resultaten har under vårdtiden stadigt förbättrats. Med hjälp av enkäten har förbättringsområden kunnat identifieras och förbättringsarbeten genomförts.



År 2023 (januari till mars)



År 2022

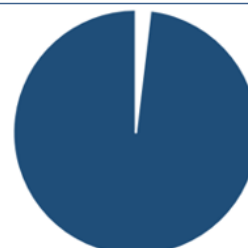
Skulle du rekommendera
vård i hemmet till någon i
motsvarande situation?

99 % ja
(320 respondenter)



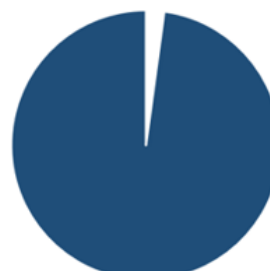
Blev ditt aktuella behov av
vård och behandling
tillgodosett under vårdtiden?

98 % ja
(322 respondenter)



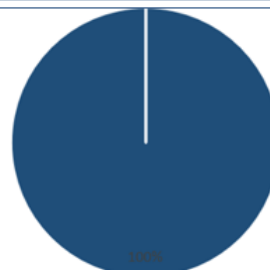
Kände du dig trygg under din
vårdtid i hemmet?

98 % ja
(324 respondenter)



Har du som närstående känt
dig trygg med vården?

99,9 % ja
(230 respondenter)



Aplock av fritextkommentarer

Positivt

”Positivt överraskad över vilket fint omhändertagande jag fick. Teamet var inte stressade att komma vidare till nästa pat. Jag kände att det fanns utrymme att ställa frågor samt följdfrågor och man fick raka och pedagogiska svar”

”När man ligger på ett sjukhus tittar man uppåt och läkaren tittar nedåt. I hemmet tittar vi på varandra i samma nivå runt ett bord”

”Jag är enormt tacksam för att jag kunde få ta del av den här lösningen när jag blev sjuk. Jag har små barn hemma och för dem blev det väldigt mycket mindre traumatiskt att jag blev sjuk den tid som jag inte behövde vara inlagd utan kunde vårdas hemma. För mig egen del tror jag att jag kände mig mindre ”sjuk” och på så sätt kunde komma tillbaka snabbare genom att få vara hemma i lugn och ro. För de patienter som detta fungerar för är det en mycket värdefull insats. Personalen var också professionell, kunnig och lyhörd. Behaglig att ha i sitt hem och pedagogisk med barnen”

”Jag tror faktiskt att morsan blev frisk fortare. Hon fick vara i sin hemmiljö samtidigt som hon kände sig trygg när teamet kom varje dag”

Kan bli bättre

”Teamet var super. Det var däremot inte utrustningen. Det gick väldigt sakta och trögt. Bättre upphandling kan man önska”

”Informera Malmöborna om att ni finns. Jobbar själv inom vården men visste inte att ni fanns. Ni är underbara”

Direktinläggningar tillämpas om behov uppstår

Mått:

Hur ofta uppstår behovet?

I vilken omfattning leder behovet till direktinläggning?

Med direktinläggning menas här att patient som vårdas i hemmet av Mobilt sjukhusteam är garanterad att få läggas in på en vårdplats i sluten vård, om behov uppstår under vårdtillfället, utan att passera akutmottagningen.

Under projekttiden har behov av direktinläggning uppstått vid 58 tillfällen. För samtliga patienter med behov av direktinläggning har så skett på relevant vårdplats:

Akut och internmedicin	31 pat
Infektion	12 pat
Onkologen	10 pat
Akutvårdsavd	2 pat
Gastro	1 pat
Kirurgen	1 pat
Lungavdelning	1 pat

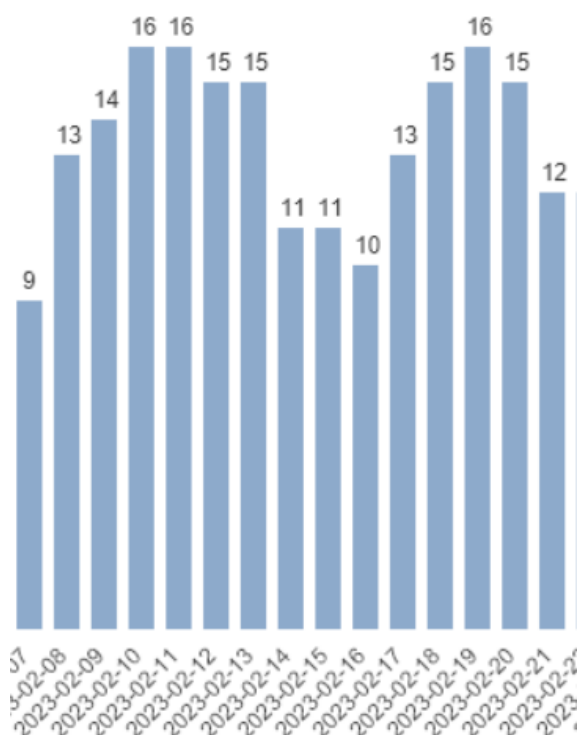
Fler patienter kan vårdas på befintligt antal slutenvårdsplatser

Mått:

Totalt antal patienter i genomsnitt som vårdats i teamet per kalendermånad från projektets start

Totalt har under projekttiden 716 patienter vårdats inom Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam. Antalet patienter per månad har succesivt ökat från 12st första månaden, juni 2021, till 52st i mars 2023, motsvarande 3 771 vård dagar på totalen. 6 688 hembesök och 508 distansbesök har utförts.

Beläggningen varierar från dag till dag. Det är patienternas behov som styr hur många patienter som kan vara inskrivna samtidigt. När många av patienterna har behov av besök i hemmet 3 gånger/dag, begränsas antalet eftersom det är svårt att hinna med. I det motsatta förhållandet, att många patienter har behov av besök 1 gång/dag, kan antalet inskrivna öka. Detta skapar variation vilket syns tydligt i nedanstående exempel på dagliga beläggningssiffror (7 februari till 21 februari 2023). Andra faktorer som påverkar är var patienten bor och körsträckan dit, och om det är möjligt att göra vissa besök på distans.



Källa: Melior Allmänna statistikuttåg, Qlikview

Minskad frekvens av återinläggningar inom 30 dagar

Mått:

Mätning av återinläggning inom 30 dagar både för patienter som vårdats inneliggande och för patienter efter utskrivning från den nya vårdformen

För de patienter som vårdats inom Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam - är andelen återinläggningar inom 30 dagar 13%. Totalt innebär det 95 patienter varav 31 patienter återinlagts inom 1–6 dagar.

Antalet återinläggningar inom 30 dagar för Sus förvaltning ligger i genomsnitt på 14% under motsvarande tidsperiod och för internmedicin, som vårdar många kroniskt sjuka, ofta äldre multisjuka patienter, ligger genomsnittet på 18,3%.

Återinläggning Mobilt sjukhusteam 210615-230331					
Dagar	1-6	7-13	14-20	21-30	Summa
Antal	31	20	23	21	95

Kortare medelvårdtid jämfört med motsvarande vård inom slutenvården

Vi har inte möjlighet att jämföra dessa värden, eftersom vi inte vet vad den totala vårdtiden hade varit om patienten stannat kvar på sjukhuset. Vi har nyligen börjat arbeta med den nya målgruppen, dvs att vi kan ta patienten direkt till Mobilt sjukhusteam från hemmet/boendet utan inläggning på sjukhus.

Medelvårdtiden inom Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam- är 5.3 dagar. Mediantiden är 4.0 dagar.

Medelvårdtiden för slutenvård inom internmedicin är 5.1 dagar och för slutenvård inom infektion 5.3 dagar

Minskat antal vårdrelaterade infektioner, VRI

Inga vårdrelaterade infektioner har uppstått under vårdtiden i MST.

Den senaste regionala punktprevalensmätningen avseende VRI gjordes i mars 2022. Resultatet var följande:

Andel med VRI per avd/mott:

Skånes universitetssjukhus (Sjukhusen i Malmö och Lund): 14,3%

VO Akutsjukvård och internmedicin: 14,0%

VO infektionssjukdomar: 11,3%

Antal avvikelser relaterade till vårdformen

Under hela projektiden har det inkommit nio avvikelser till Mobilt sjukhusteam Malmö. Endast en av dessa kan relateras till vårdformen där en patient som haft syrgas i hemmet upplevde försämring nattetid och där personliga assistenter inte fick rätt på utrustningen. De larmade då ambulans efter kontakt med medicinjour

eftersom Mobilt sjukhusteam Malmö inte gör hembesök nattetid. Detta är ett korrekt handläggande och således egentligen ingen avvikelse, men VO ambulans skrev avvikelserna då de önskade en diskussion inför framtiden.

Ytterligare en avvikelse finns som berör Mobilt sjukhusteam Malmö men där händelsen är bristande kommunikation mellan primärvårdens Mobilt Vårdteam Malmö och Malmö stad. Där är en händelseanalys initierad.

Inga fallskador rapporterade.

Antal Lex Maria ärenden relaterade till vårdformen

Inga Lex Maria ärenden och inga patientklagomål har inkommit under projekttiden

Välfungerande SVU-process vid utskrivning med tydlig ansvarsfördelning mellan Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam Malmö och primärvården och Hälsa-vård och omsorgsförvaltningen, Malmö stad

Rutinen för en välfungerande SVU-process, bygger på att Mobilt sjukhusteam är involverade och skriver ansvarsfördelningen själva i Mina Planer. Teamet har kontinuerlig kontakt med Malmö Stad under vårdtiden i Mobilt sjukhusteam för att säkerställa information och att ansvarsfördelningen fungerar som det är tänkt. Inför utskrivning tas kontakt med både primärvård och Malmö Stad, för säker överlämning. När rutinen följs uppfattas det att det är välfungerande

Ökad samverkan mellan specialiserad vård, primärvård och Hälsa- vård och omsorgsförvaltningen.

Samverkan har utvärderats i form av workshop vid två tillfällen under projekttiden. Samtliga parter var överens om att samarbetet fungerat bra. Man var också överens om att arbetet med att förtydliga målgruppen var viktigt. Mobilt sjukhusteam behöver få mer erfarenhet av att vårda patienter med mer kommunala insatser i hemmet, tillsammans med Malmö stad och primärvården. Att klargöra vägen in till läkarstöd för sjuksköterskor i kommunal hälso-och sjukvård har också utkristalliserat sig som en viktig fråga, som arbetas med parallellt.

Medarbetarna upplever sig nöjda med arbetsuppgifter och arbetsmiljö

Vid delleverans 4 gjordes en enkät till de medarbetare i Mobilt sjukhusteam som arbetat > en vecka i teamet under våren och sommaren 2022.

Resultatet av enkäten var positivt för arbetsmiljö, samarbete och delaktighet. Man tyckte att patienterna erbjuds en god och säker vård i hemmet.

Vid projektavslut kompletterades med en djupintervju med 4 sjuksköterskor med längre erfarenhet av att arbeta i teamet:

Att arbeta i patientens hem

Gruppen ser stora fördelar med att arbeta i patientens hem. Bedömningen av patienten sker i hans invanda sociala och fysiska miljö och blir därmed betydligt bättre än i traditionell vårdmiljö. Som ssk är man gäst i patientens hem vilket skapar en mer respektfull och inlyssnande relation.

Anhörigas roll anses viktig och bidrar till en mer heltäckande bild av patienten. Deras insats gör även att patienter med tex kognitiv svikt kan vårdas inom

Akutsjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam. Anhöriga är angelägna om att bidra och hjälpa till. Arbetsmiljön påverkas av att bedriva verksamhet i ett hem. Arbetet blir mer omständligt och kräver att man är kreativ och noga förbereder sig inför varje besök för att skapa en bra arbetssituation. De förslag som medarbetarna haft på praktiska lösningar av den fysiska arbetsmiljön har mottagits positivt av ledningen och genomförts. Den psykosociala arbetsmiljön uppfattas som mycket god. Att kunna fokusera på en patient, ger ett lugn i arbetssituationen. De patienter som är inskrivna i MST är mycket nöjda med omhändertagandet och att vårdas i hemmet. Detta bidrar också till den goda arbetsmiljön.

Man är tillfreds med de säkerhetsmässiga förutsättningarna, som tex personlarm, som man arbetar under. Ingen i gruppen har upplevt någon hotbild hemma hos patient.

Teamet

Sjuksköterskegruppen bedömer att teamets kompetens väl möter patienternas behov. Man ser mycket positivt på att läkarbemanningen innefattas av specialistläkare från både internmedicin och infektion.

Teamets samarbete beskrivs som utomordentligt bra med goda relationer och ett ständigt lärande. Den gemensamma expeditionen och möjligheten att utvärdera respektive hembesök tillsammans i bilen efteråt ges som en förklaring till detta. Arbets sättet med att några anställda växelvis arbetar i slutenvården fungerar väl. Det möter gruppdeltagarnas olika önskemål av anställningsform. Införandet av ett veckobrev underlättar utmaningen att hålla sig informerad om MST under tiden man arbetar på avdelning.

Rehabgruppens kompetens lyfts fram som mycket angelägen. ”Hade inte klarat oss utan dom”. De är speciellt involverade i bedömningen av om en patient är lämplig för vårdformen.

Ledning

Gruppen är mycket nöjd med både sin enhetschef och den medicinska ledningen. De kännetecknas av regelbundna och täta kontakter med stort engagemang. Sjuksköterskorna upplever en stor delaktighet i verksamheten. De poängterar att ledningen har fördelen att bestå av personer där någon är visionär, någon analytisk, någon drivande etc.

Samarbete

Samarbetet med Malmö stad har utvecklats efterhand. Nuvarande rutiner om ansvars- och arbetsfördelningen i patientens hem fungerar väl. Kvaliteten på överlämnandet av patienterna uppfattas ha förbättrats. Det sker allt oftare att vårdpersonalen från de olika huvudmännen träffas fysiskt och överför information och kompetens.

Patientsäkerhet

Patientsäkerheten uppfattas som god. Arbetssituationen med fokus på en patient i taget i sitt hem, bidrar till detta. En mycket viktig del i patientsäkerhetsarbetet

menar man, är bedömningen av patientens förmåga att tillsammans med teamet hantera sin vård i hemmet. Här är teamets sammantagna kompetens en styrka.

Framtid

Behovet av utveckling sker i en verksamhet med mycket nöjda medarbetare och patienter.

Gruppen tycker det finns behov av att ”skruva” på några områden i verksamheten:

- Det behövs slipas på en mer strukturerad personcentrerad vård så att alla i teamet bemöter patientens behov lika.
- Man behöver se över ett standardiserat sätt att ta hand om olika diagnoser. Vilka insatser, hur ofta och av vem?
- Relationerna med övriga kliniker behöver utvecklas för att sprida kunskapen om vilka patienter som är lämpliga för MST.

Medarbetarna upplever att de digitala lösningar som används är användarvänliga och ökar möjligheten till trygg och säker vård

Vid delleverans 4 framkom att medarbetarna ansåg att de digitala lösningarna bidrog till en trygg och säker vård.

Vid djupintervju efter projektslut framkom att itACiH är ett överskådligt, enkelt och bra hjälpmedel. Akut sjukhusvård i hemmet - MST kommer inom kort att erhålla ny teknik för egenmonitorering av pat. Denna har man i dagsläget liten kunskap om.

Gruppen gör bedömningen att man skulle kunna vara mer effektiv om man i större utsträckning använder sig av videosamtal. Speciellt då avstånden mellan olika patienter är långt och medför mycket körtid.

Självkontrollerna fungerar bra. Användandet anpassas efter patientens/anhörigas IT-mognad.

Ekonomi

Hösten 2020 började planeringen inför projektets start. I och med detta bemannades de första medarbetarna in på projektets ansvarsställen. Projektet fick en budget på 28 MSEK per år och den skulle räcka till 21 vårdplatser. Vi har kunnat ha mellan 7 och 14 vårdplatser öppna under projektperioden. I och med att inte alla platser öppnats så har budgeten räckt betydligt längre än förväntat och slutkostnaden har blivit ca 28 MSEK för hela projektiden, drygt 21 månader.

Nedan ses en tabell som visar vad en disponibel vårdplats i Mobilt sjukhusteam kostar i förhållande till en slutenvårdsplats och hur ökningen från 7 vårdplatser till 14 påverkar kostnadseffektiviteten.

Det står klart att Akut sjukhusvård i hemmet är betydligt mer kostnadseffektivt än ineliggande vård på sjukhus. En disponibel vårdplats i inom vårdformen motsvarar ca halva kostnaden jämfört med en disponibel vårdplats i slutenvård på medicinavdelning.

Förklaringarna till detta är flera. Givetvis undviks stora kostnader för lokaler och de kringkostnader som dessa för med sig. Vid dubblering av antalet vårdplatser behövde sjuksköterskebemanningen dubblas, medan läkarbemanningen behövde en mindre ökning. Nattetid bemannas inte med sjuksköterska och de insatser som behövs nattetid klarar den ordinarie nattjouren av att lösa. Teamet har därmed, trots pandemin, kunnat bemanna sina arbetspass och i stort undvikit dyra extrakostnader i form av övertid eller bemanningsföretag.

Månad	Disonibla vpl MST	Kostnad MST (kr)	Kostnad per disp vpl MST	Kostnad per disp vpl Medavd SUS (snitt för perioden)	Differens Medavd-MST
jun-21	7	792 000	113 143	332 000	218 857
jul-21	7	994 000	142 000	332 000	190 000
aug-21	7	927 000	132 429	332 000	199 571
sep-21	7	1 020 000	145 714	332 000	186 286
okt-21	7	863 000	123 286	332 000	208 714
nov-21	7	1 012 000	144 571	332 000	187 429
dec-21	7	1 093 000	156 143	332 000	175 857
jan-22	7	947 000	135 286	332 000	196 714
feb-22	7	1 101 000	157 286	332 000	174 714
mar-22	7	1 060 000	151 429	332 000	180 571
apr-22	7	1 364 000	194 857	332 000	137 143
maj-22	14	1 442 000	103 000	332 000	229 000
jun-22	14	1 096 284	78 306	332 000	253 694
jul-22	14	1 110 350	79 311	332 000	252 689
aug-22	14	1 187 709	84 836	332 000	247 164
sep-22	14	1 641 810	117 272	332 000	214 728
okt-22	14	1 342 582	95 899	332 000	236 101
nov-22	14	1 668 949	119 211	332 000	212 789
dec-22	14	1 513 144	108 082	332 000	223 918
jan-23	14	1 396 316	99 737	332 000	232 263
feb-23	14	1 657 549	118 396	332 000	213 604
mar-23	14	1 552 225	110 873	332 000	221 127

Lärande faktorer

Förankring

Beslut om riktningen i omställningen till nära vård måste utgå från beslutsfattare i region och kommun. Samverkan mellan region och kommun har allt att vinna på förankring och engagemang på alla nivåer, från medarbetaren närmast patienten till högsta ledningen av tjänstemän och förtroendevalda, enligt den samverkansstruktur som finns i Skåne.

I Vårdsamverkan Skånes gemensamma målbild och handlingsplan för nära vård, beskrivs en stegvis utveckling, där steg 3 beskrivs nedan:

Helt nya satsningar i samverkan där samverkan går längre än tidigare avtalade gränssnitt. Denna typ av satsningar kräver en samsyn mellan huvudmännen och ska förankras i Vårdsamverkan Skåne.

Detta innebär att införande av den typ av samverkansprojekt som ”Akut sjukhusvård i hemmet” innebär, behöver förankras i respektive delregional tjänstemannaberedning och politiskt samverkansorgan, vilket också skett.

Vårdform

Specialiserad vård i hemmet är varken öppen eller sluten vård. I projektet har vården klassats som öppen vård för att göra det möjligt att förhålla sig till gällande lagrum och regelverk, ex för läkemedelshantering. Detta medför i sin tur att uppföljningen av vården försvåras och att ersättningsmodellen behövt regleras. Enligt beslut i HSN 221213 är vården avgiftsfri, även efter projekttiden, till dess att man nationellt funnit en lösning på frågan om vårdform för specialiserad vård i hemmet.

Inklusionskriterier

Vida inklusionskriterier har varit en framgångsfaktor. Om vi alltid utgår från vad som är bäst för patienten och ställer oss frågan **vad** patienten behöver, **när** patienten behöver vården och **var** patienten kan få denna vård finns det goda förutsättningar för personcentrerad vård.

Vid projektets start inkluderades huvudsakligen patienter från internmedicin och infektionssjukdomar men under projektets gång har patienter inkluderats även från andra specialiteter, där teamet haft kompetens att vårda patienterna.

Tre inklusionskriterier har under projekttiden utformats:

- Patienten vill vårdas i hemmet
- Specialiserad vård i hemmet är möjlig
- Vården är till gagn för patienten

Initialt fångades patienterna upp via akutmottagningen eller slutenvårdsavdelningen, där man erbjöd patienten att få vård i hemmet under den senare delen av vårdtillfället. Inneliggande patienter, med kommunala insatser inom ordinärt boende, genomgick SVU-processen för att ge Malmö stad möjlighet att planera för sina insatser och för att ansvarsfördelningen mellan slutenvård och primärvård skulle tydliggöras.

Ett gemensamt arbete har under projekttiden gjorts med att förtydliga målgruppen för projektet till att omfatta samtliga patienter i Malmö stad, oavsett boendeform: **”Inga patienter med kommunala insatser ska behöva åka in till sjukhuset om vården kan ges i hemmet”**

En tydlig ansvarsfördelning mellan Hälsa-vård och omsorgsförvaltningen i Malmö stad, regional primärvård och Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam - började gälla 230116.

Se bilaga 2

Fördelen med att fånga upp patienten i det egna boendet, utan att patienten behöver passera akutmottagning eller vårdavdelning, är stor, inte minst för den äldre, ofta multisjuka, patienten.

Inkludering från hemmet bygger på att primärvårdsläkaren gör en bedömning och finner att patienten behöver den specialiserade vårdens resurser. Kontakt tas med ansvarig läkare i Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam - för en bedömning av om vård i hemmet är möjlig och till gagn för patienten. Om så ej är fallet sker en direktinläggning på sjukhus, utan att patienten behöver passera akutmottagningen.

Om patienten inkluderas i Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam så återförs ansvaret till primärvårdsläkaren så snart det är möjligt och när primärvårdsläkaren är redo att ta tillbaka det medicinska ansvaret.

Ansvarsfördelningen bygger på att primärvården, både regional och kommunal, är navet i patientens vård och främjar kontinuitet. Dessutom behöver mindre resurser läggas på arbete med SVU-processen och förutsättningarna för att minska ofta förekommande brister vid informationsöverföring förbättras.

Vilka patienter vårdas

Majoriteten av patienter som vårdats inom Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam - är patienter med infektioner som ex pneumoni, urinvägsinfektion, endokardit etc.

Hjärtsvikt och Kol-exacerbationer är vanliga diagnoser.

Teamet har också vårdat mer ovanliga diagnoser som svampinfektion hos lungtransplanterad patient, svårt graviditetsillamående, abscesser som behöver spolås mm. Med tanke på de ovan nämnda inklusionskriterierna så får man i varje enskilt fall ta ställning till om det är möjligt och till gagn för patienten att erbjuda vård i hemmet.

Samverkan mellan olika specialiteter

Samverkan mellan två olika specialiteter som internmedicin och infektion har gett synergieffekter och har breddat kompetensen. Att inkludera fler specialiteter i arbetssättet skulle möjliggöra att erbjuda specialiserad vård i hemmet till fler patienter. Diskussioner pågår med flera specialiteter på sjukhuset. Det är viktigt att detta införs på ett samordnat sätt för att säkerställa effektivt resursutnyttjande samt sker enligt samverkansavtal med externa aktörer såsom regional och kommunal primärvård.

Här behöver fokus framåt ligga på samverkan, samsyn och kontinuitet, och inte på gränsdragning, för att personcentreringen ska få effekt.

Risk och konsekvensanalyser, ROKA

En risk och konsekvensanalys av patientsäkerhet och arbetsmiljö gjordes gemensamt inför uppstart av projektet och den följdes upp fyra månader efter driftstart. En separat ROKA gjordes även tillsammans med fackliga representanter för Malmö stad inför driftstart. Bland annat belystes riskerna med ensamarbete och erfarenheter från hemsjukvård i Malmö stad och Mobilt Vårdteam Malmö togs

tillvara.

Ytterligare ROKA gjordes inför att Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam fick möjlighet att ge syrgas i hemmet och slutligen även gällande ansvarsfördelning vid förtydligandet av målgruppen. ROKA angående ansvarsfördelningen har följts upp efter tre månader och kommer att följas upp ytterligare en gång i mitten av juni, när fler patienter har kunnat inkluderas direkt från hemmet.

Patient och närståendemedverkan

I projektets planeringsfas hölls två workshops med potentiella patienter och närstående som fick information om det planerade konceptet, fick prova de digitala lösningarna och fick testa att fylla i den utvärderingsenkät som använts i projektet. Utfallet var mycket positivt och patienternas synpunkter togs till vara i planeringen och i utformningen av enkäten.

De synpunkter som framkommit från patienter och anhöriga i den enkät som lämnas till alla patienter tas självklart också till vara.

Digitala verktyg och IT-stöd

Vid projektstarten i juni 2021 pågick upphandling av en plattform för egenmonitorering i Region Skåne. Efter tilldelningsbeslutet, som innebar att Siemens vann upphandlingen, blev detta överklagat i två instanser. Först i oktober 2022 kunde beslutet fastställas.

För projektet har detta inneburit att egenmonitorering, som är en viktig del av konceptet, inte har kunnat utvecklas under projektiden. itACiH, som är det verktyg som används som planeringsverktyg, har fått användas både för daglig planering och egenmonitorering. Även Mobilt Vårdteam Malmö och ASiH, som båda är samarbetspartners, använder itACiH som planeringsverktyg. Först i mars 2023, när projektiden gick mot sitt slut, har Mobilt sjukhusteam utsetts att vara ett av tre etableringsprojekt i Region Skåne för att testa den nya plattformen för egenmonitorering.

Trots att man inte haft tillgång till en plattform för egenmonitorering har projektet kunnat genomföras och både medarbetare och patienter har uttryckt att de är trygga med de digitala lösningarna.

IT-stödet ”Mina planer” som används för samverkan vid utskrivning när patienten vårdats på slutenvårdsavdelning får inte användas i öppenvård, vilket försvårar kommunikationen när vården inom Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam ska avslutas och ansvaret återgå till primärvården. Ett utvecklingsönskemål om en process i ”Mina planer” när det gäller vård i hemmet är framfört och prioriterat i förvaltningsgruppen för Mina planer.

För journaldokumentation i Melior har effektiva (SBAR) tvärprofessionella mallar för vård i hemmet tagits fram.

NPÖ, nationell patientöversikt, är det enda verktyg som möjliggör att dela journaldokumentation mellan region och kommun. Malmö stad är både konsument och producent i NPÖ.

Som tidigare nämnts har uppföljning inte varit helt enkelt i projektet, bland annat relaterat till vårdformen. En QlikView-applikation som stöd för uppföljning beställdes redan i uppstarten av projektet, men har inte funnits tillgänglig förrän i slutet av november 2022.

Vid världskongressen för Hospital at Home i Barcelona 2023 diskuterades lösningar för att med hjälp av AI och algoritmer identifiera potentiella patienter. Idag finns inte den möjligheten i Region Skåne, men förhoppningsvis kan den nya digitala vårdmiljön, SDV, erbjuda detta. Dock finns etablerade instrument för bedömning av skörhet, som skulle kunna hjälpa till att flagga upp på förhand vilka individer med insatser i hemmet, som skulle vara bra kandidater för vård hemma vid försämring, eller nya symtom.

Att se och adressera lösningar som behöver utvecklas utanför projektdirektivet

Dagvård

Under projekttiden blev det tydligt att det innebär flera fördelar och är ett bra komplement att knyta Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam till en dagvårdsavdelning. Vissa patienter har behov som kräver fysisk närvaro på sjukhuset under korta perioder, tex avancerade omläggningar eller tillgång till bilddiagnostik (ibland flera under samma dag). Vissa patienter mår i slutet av sin behandling så pass bra att de klarar av att ta sig till sjukhuset och enstaka patienter har föredragit att komma till oss framför hembesök. Skillnaden från den traditionella dagvården är att patienten är i behov av beredskap dygnet runt för att akut kunna hantera ett förändrat tillstånd. För teamet är det en tidsbesparing om patienten kommer fysiskt till sjukhuset och ibland har det varit en förutsättning för att patienten skulle kunna vara aktuell för teamet.

Förtroendeförskrivning

Behovet av hjälpmedel kan ibland fördröja möjligheten till vård i hemmet. Under projekttiden har Malmö stad möjliggjort förtroendeförskrivning av hjälpmedel för projektets rehabmedarbetare. Fysioterapeut och arbetsterapeut i Mobilt sjukhusteam fick tillgång till att logga in och beställa hjälpmedel i Websesam, som är Malmö stads beställarsystem. För att få behörighet i systemet fick de genomgå Socialstyrelsens webbutbildning i förskrivningsprocessen samt ta del av Malmö stads dokument och rutiner gällande processen. De gavs därefter åtkomst till Malmö stads hjälpmedelsförråd och en mentor utsågs som kunde hjälpa till med råd och stöd.

Teamet har upplevt det mycket positivt att kunna göra en bedömning och direkt kunna tillgodose ett nytillkommet hjälpmedelsbehov utan att fördröja

utskrivningsprocessen eller i onödan belasta kollegorna i kommunen.

Det har fram till den 1/3 beställts 54 hjälpmedel, allt från rullstol till griptång och strumpådragare. Mest frekvent är rollator och duschstol/duschpall.

Problematisering

Tillit och kompetens

Vid världskongressen för Hospital at Home, HaH, i Barcelona 2023, framkom att de viktigaste begreppen för en fungerande, uppskalningsbar, specialiserad vård i hemmet är ”trust and competence”. De länder som arbetat länge, ibland upp till 25 år, med HaH, poängterade vikten av att bygga tillit och svårigheten med att övertyga de egna professionerna om att HaH kan erbjuda en vård som är likvärdig inläggande specialistvård. Detta är ett långsiktigt arbete som kräver ett konstant aktivt sökande efter lämpliga patienter, stora och upprepade kommunikationsinsatser och stort tålamod.

En begränsande faktor för uppskalning är svårigheten att rekrytera personal, främst sjuksköterskor. Under projektiden har man ej bemannat med sjuksköterskor nattetid, utan på natten är det den läkare som finns tillgänglig som täcker behovet. Det innebär att det totalt sett är mindre behov av sjuksköterskor i denna vårdform än inom traditionell slutenvård.

Vikten av att definiera vårdens innehåll och att definiera kompetensnivån framhölls också.

I ex Frankrike finns ett femårigt nationellt program för uppskalning av HaH. En nationell plan för uppskalning av Hospital at Home i Sverige saknas. Ett första steg kan vara att skapa en vårdform för vård i hemmet.

På kongressen framhöll Karen Titchener, som har 25 års erfarenhet av HaH i UK och USA, att kostnaden för att skapa 100 vårdplatser i HaH är ca 1 % av kostnaden för att bygga sjukhus med 100 vårdplatser. Att stå med tomma vårdplatser när demografin förändras i framtiden kan bli förenat med stora kostnader.

Utvärdering

Projektet har genomgående fått mycket positiva utvärderingar i de enkäter som alla patienter, och i relevanta fall anhöriga, erbjudits att svara på. Den största anledningen till de positiva utvärderingarna bedöms vara att patienten själv valt denna vårdform. Specialiserad vård i hemmet bygger på att patienten vill vårdas hemma och känner sig trygg med vårdformen.

Förtydligandet av målgruppen trädde i kraft först i mitten av januari 2023, efter en ganska lång förankringsprocess i Malmö stad, och har därför inte fullt ut hunnit utvärderas vid projektavslutet.

Primärvårdens roll

En fullt utbyggd primärvård, med förmåga och resurser att hantera hela sitt uppdrag som nav i hälso- och sjukvården hade möjligtvis kunnat ge ett annat, och sannolikt mindre, behov av sjukhusvård för äldre patienter med ett flertal kroniska

sjukdomar. I planering och organisation av framtida vård i hemmet, behöver grundbulten vara en välfungerande vård i hemmet på primärvårdsnivå, med specialiserad vård som komplement för de specialiserade insatserna. Sannolikt hade en del av de adresserade vårdbehoven i projektets patientgrupper då kunnat tas om hand på en lägre, mer kostnadseffektiv vårdnivå.

En sömlös samverkan mellan primärvården och den specialiserade vården, så att patienten alltid kan få vård på rätt vårdnivå, i hemmet eller på sjukhus, är lika viktig som att varje del för sig är välfungerande.

Vad innebär ett breddinförande

Att ge alla invånare i Skåne möjlighet att få sin specialiserade vård i hemmet kommer att ha olika utmaningar i olika delar av regionen och konceptet kommer inte att kunna se likadant ut överallt. Storstaden har sina utmaningar med tät trafik etc och glesbygden har sina utmaningar med långa avstånd.

Nära samverkan med övriga aktörer inom kommun och region kommer att vara viktig för att skapa förutsättningar för kommande införanden.

Projektet har tagit fram ett förslag som kan vara till hjälp när man planerar ett införandeprojekt för motsvarande vård i övriga Skåne. Här måste varje delregion bedöma vilka delar som kan behöva anpassas efter lokala förutsättningar.

Forskning

Inom ramen för projektet har ingen strukturerad forskningsaktivitet bedrivits förutom en magisteruppsats som skrivits inom ramen för utbildning till specialistfysioterapeut. Uppsatsen undersökte patienternas upplevelse av fysioterapeutens arbete i Mobila sjukhusteamet. Flera tankar finns både på VO Akutsjukvård och internmedicin och VO Infektionssjukdomar om att göra forskningsprojekt kopplat till vårdformen, såsom att i större perspektiv jämföra den traditionella slutenvården med Mobilt sjukhusteam men även mindre, riktade, projekt.

Gemensam workshop för de båda styrgrupperna

”När vi verkligen sätter oss tillsammans kan vi genomföra stora förändringar”

Ovan rubrik är ett citat från en workshop som hölls gemensamt med den lokala och den regionala styrgruppen i januari 2023, i syfte att sammanställa de erfarenheter man vill dela med sig av och de fallgropar man vill hjälpa kommande införanden att undvika. Nedan en sammanfattning av diskussionerna:

Samtliga deltagare var överens om vikten av att alltid utgå ifrån patienten behov och önskemål, samt att goda relationer, med högt i tak, och en aktiv samverkan på

alla nivåer i systemet, är en förutsättning för att kunna arbeta personcentrerat. Förankring i de olika organisationerna är viktig och ibland måste man ta ett steg tillbaka och invänta varandras organisation. Ett stort mått av tillit till varandra, och ett visst mått av mod, krävs för att våga prova nya arbetssätt.

Våra organisatoriska avgränsningar ger oftast inget mervärde för patienten och det är möjligt att det går att bedriva denna typ av vård ännu mer sömlöst ur patientens perspektiv. Att utnyttja de organisatoriska mellanrummen för en resursutjämning är en utmaning.

Det är viktigt att inte underskatta svårigheten av kulturförändring i den egna organisationen. Det fanns, och finns i viss mån fortfarande, ett motstånd inom slutenvården mot att släppa "sina" patienter, vilket ibland bottnar i en skepsis mot att det är möjligt att ge likvärdig vård i hemmet och ibland i att "Mobilt sjukhusteam tar de lättare patienterna".

Det har inte heller varit helt lätt att få med primärvårdens läkare. Det gällde att hitta motivationen och drivkraften för dem. När den blev tydligare med att "våra patienter ska slippa åka till akutmottagningen", så lossnade det lite.

Slutsats

Syftet med projektet var att testa om de goda erfarenheter som finns av "Hospital at home" internationellt, är överförbara i den svenska hälso- och sjukvårdskontexten. Att patienterna känner sig nöjda, trygga och delaktiga, vilket varit i fokus under hela projektiden, är något som alla utvärderingar visat och som alla som på något sätt deltagit i projektet är överens om. En medelvårdtid på 4-5 dagar är jämförbart med länder med längre erfarenhet. Vården har kunnat ges med samma höga kvalitet som ineliggande specialistvård och inga allvarliga avvikelser har inträffat under projektiden.

Att även medarbetarna är nöjda och trygga visar de utvärderingar, i form av enkäter och djupintervjuer, som gjorts. Förhoppningen är att det annorlunda, självständiga, arbetssättet, som bland annat erbjuder kombinationstjänster för sjuksköterskor, kommer att fortsatt bidra till att vi kan behålla värdefulla medarbetare längre. Att vården är kostnadseffektiv, och precis som i ex USA och UK mellan 40-50% billigare än specialiserad vård på sjukhus, har också kunnat visas i projektet. Vi har under projektiden inte heller kunnat se några effekter i form av ökade kostnader eller ökad resursåtgång för kommunen.

Att vi genom detta arbetssätt frigör vårdplatser till dem som verkligen behöver sjukhusets resurser för ineliggande specialistvård är självklart också en stor vinst. **Projektet menar härmed att det är visat att det koncept som finns beskrivet internationellt med akut sjukhusvård i hemmet fungerar väl i svensk kontext.**

Ett stort tack till alla som på olika sätt bidragit till projektets genomförande och till denna slutrapport!

Referenser

1. Leff B, Burton L, Guido S; Greenoug, W.B, Steinwachs, D, Burton, J.R (1999): Home Hospital Program: A Pilot Study. *Journal of American Geriatric Society*. 1999;47:697-702.
2. Knight T, Lasserson D (2021): Hospital at home för acute medical illness: The 21st century acute medical unit for a changing population. Review. *The Association for the Publication of the Journal of Internal Medicine*. From the symposium: Scientific evidence of limited workup – when is too much too much and too little too little.
3. UK Hospital at Home Society: www.hospitalathome.org.uk/whatis, 13 mars 2023
4. Caplan GA, Coconis J, Board N, Sayers A, Woods J (2006): Does home treatment affect delirium? A randomised controlled trial of rehabilitation of elderly and care at home or usual treatment (the REACH-OUT trial). *Age ageing*. 2006;**35**(1):53-60.
5. Wilson A, Wynn A, Parker H (2002): Patient and carer satisfaction with “hospital at home”: quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. *British Journal of General Practise*. 2002;**52**(474):9-13.
6. Cryer L, Shannon SB, Van Amsterdam M, Leff B (2012): Costs for 'hospital at home' patients were 19 percent lower, with equal or better outcomes compared to similar inpatients. *Health Affairs (Millwood)*. 2012 Jun;**31**(6):1237-43.
7. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Ricauda NA, Wilson AD, Barclay L (2012): A meta-analysis of “hospital in the home”. *The Medical Journal of Australia (MJA)*. 2012 Nov 5;**197**(9):512-9. doi: 10.5694/mja12.10480.
8. Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, Saenz A, Burke K, Paz M, Diamond K, Pu CT, Schnipper JL (2020): Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults. A Randomized Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*. 2020 Jan 21;**172**(2):77-85. doi: 10.7326/M19-0600. Epub 2019 Dec 17.
9. Megido I, Sela Y, Grinberg K (2023): Cost effectiveness of home care versus hospital care: a retrospective analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2023, 21:13.

Praktiska tips för kommande införanden

Förankring

I Vårdsamverkan Skånes gemensamma målbild och handlingsplan för nära vård, beskrivs en stegvis utveckling, där steg 3 beskrivs nedan:

Helt nya satsningar i samverkan där samverkan går längre än tidigare avtalade gränssnitt. Denna typ av satsningar kräver en samsyn mellan huvudmännen och ska förankras i Vårdsamverkan Skåne.

Detta innebär att införande av den typ av samverkansprojekt som ”Akut sjukhusvård i hemmet” innebär, behöver förankras i respektive delregional tjänstemannaberedning och politisk samverkan.

Förankring behövs självklart även med tilltänkta samarbetspartners inom kommun och primärvård, offentlig och privat.

Projektgrupp för införandet

En införandegrupp bör ha representation av deltagare inom slutenvården och tilltänkta samarbetspartners i kommun och primärvård. En inte alltför stor grupp ökar effektiviteten. Deltagare från respektive organisation har i sin tur möjlighet att ha referensgrupper när det gäller frågor som gemensamma rutiner etc.

Arbetsgrupper

Pilotprojektet bemannade följande arbetsgrupper:

- Rekrytering, introduktion och bemanning
- Arbetssätt och rutiner
- Rehab och hjälpmedel
- Dokumentation, IT-stöd och digitala verktyg
- Kommunikation
- Ekonomi

Rekrytering, introduktion och bemanning

Rekrytering och introduktion

Det är viktigt att arbetet med rekrytering och planering för introduktion av personalen startar i tid. Rekryteringsprocessen tar oftast tre till fyra månader. Den annons som användes i projektet för rekrytering av sjuksköterskor bifogas, Bilaga 3

Bemanning

Sjuksköterskor:

Bemanning i Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam Malmö vid
uppstart av 7 vårdplatser:

För att bemanna teamet med sjuksköterskor krävs fem schemarader, dvs fem heltidstjänster. Detta vid tjänstgöring två helger av fem. Vid uppskalning/dubbling av antalet vårdplatser till 14 platser utökades sjuksköterskebemanningen med ytterligare fem tjänster.

I akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam Malmö - har man sett fördelar med kombinationstjänster, dvs att flertalet sjuksköterskor kan rotera med fem veckor inom vårdformen och fem veckor på vårdavdelning, ex internmedicinsk avdelning eller infektionsavdelning.

- Arbetspass ssk: 07.15-16.15, 13.00-22.00

Läkare:

Initialt i projektet bemannades teamet främst med ST-läkare som dagtid gick omlott med förskjuten arbetstid fram till 21. Under projektiden ändrades detta i samband med att vi ökade antalet vårdplatser till att mer efterlikna bemanning på en avdelning. Läkarbemanningen vardagar dagtid består av specialistläkare eller ST-läkare och där en läkare kommer från internmedicin och en läkare från infektionskliniken. Kombinationen säkerställer kompetens men ger också en förankring på båda klinikerna. Inskrivna patienter fördelas mellan läkarna. En läkare är utsedd till enhetsansvarig läkare men ingen läkare är endast i teamet utan alla roteras in. Kvällar (även helg) fram till 21:30 bemannas av underläkare från internmedicin med stöd av bakjour. Arbetet kvällstid kräver inte samma kompetens som dagtid. Helg dagtid bemannas av ST-läkare/specialist från internmedicin. Enligt ovanstående resonemang skulle det alltså vid 7 vårdplatser räcka med en ST-läkare/specialist läkare dagtid och en underläkare kvällstid. Att det inte finns fasta läkare i teamet har inneburit att sjuksköterskorna till största delen fått stå för kontinuiteten.

Bemanningen av läkare nattetid har i projektet lösts genom att man förstärkt (dubblat) husjouren på medicinens akutvårdsavdelning, så att en läkare alltid är tillgänglig via telefon, med direktnummer, nattetid.

- Arbetspass läk: 8-16.30, 13-21.30, 20.30-08. Helg 8-17, 16-21.30, 17-08.

Arbetsterapeut och fysioterapeut:

När det gäller bemanning med arbetsterapeut och fysioterapeut så har deras insatser varit mycket viktiga när det gäller att identifiera lämpliga patienter på vårdavdelningarna. De har också gjort hembesök vid behov.

- Arbetsterapeut och fysioterapeut tillgänglig: 7.00-15.30

Kurator

- Kurator är tillgänglig dagtid mån-fred

- Administrativt stöd

Då vårdformen är öppenvård registreras alla besök i efterhand via en administratör genom att se besöken i planeringsverktyget samt se anteckningar i Melior. Läkarna skriver själva i Melior eller använder TIK.

- Administrativt stöd är tillgängligt dagtid.

Arbetsätt och rutiner

Medicinskt ansvarig, tillsammans med enhetschefen för teamet, behöver vara med och utforma rutinerna.

Kommun och primärvård behöver vara involverade när det gäller rutiner som påverkar samtliga organisationer. Om rutiner och arbetsätt är väl genomtänkta så flyter arbetet i teamet på bra. En rutin för ansvarsfördelning mellan Mobilt sjukhusteam, Malmö stad och primärvården är framtagen. Rutinen behöver självklart anpassas efter verksamhet, men kan vara till stöd i diskussionerna.

Bilaga 2

Säkerhet vid ensamarbete

All personal får en säkerhetsgenomgång när de börjar i teamet. Då det förekommer ensamarbete har personalen personlarm på sig. Larmet går till väktarbolag som har medhörning, dvs de kan höra vad som sägs, och larmen ger en GPS-position. Vid larm skickas väktare till adressen, och polis larmas.

Rehab och hjälpmedel

När det gäller hjälpmedel krävs ett nära samarbete mellan kommun och region för att inte fördröja möjligheten till utskrivning. Under projektiden har Malmö stad möjliggjort förtroendeförskrivning av hjälpmedel till projektets rehabmedarbetare. Fysioterapeut och arbetsterapeut i Mobilt sjukhusteam fick tillgång till att logga in och beställa hjälpmedel i Websesam, som är Malmö stads beställarsystem. För att få behörighet i systemet fick de genomgå Socialstyrelsens webbutbildning i förskrivningsprocessen samt ta del av Malmö stads dokument och rutiner gällande processen. De gavs därefter åtkomst till Malmö stads hjälpmedelsförråd och en mentor utsågs som kunde hjälpa till med råd och stöd.

Teamet har upplevt det mycket positivt att kunna göra en bedömning och direkt kunna tillgodose ett nytillkommet hjälpmedelsbehov utan att fördröja utskrivningsprocessen eller i onödan belasta kollegorna i kommunen.

Mest frekvent förskrivet är rollator och duschstol/duschpall.

Kontaktperson i Malmö stad:

Ann-Lis Rohlwin, MAR

ann-lis.rohlwin@malmo.se

Lokaler, bilar och utrustning

Lokaler

Lokaler planeras efter var och ens förutsättningar. Om man ex planerar att dela förråd och läkemedelsrum med befintlig verksamhet, så är fysisk närhet viktig. Om det finns planer på att kombinera verksamheten med dagvård, så är det bra att ha det med sig från start och planera för fysisk närhet. Dagvård är ett bra komplement för de patienter som kan ta sig till sjukhuset vid något eller några av behandlingstillfällena, men ändå behöver sjukhusets resurser dygnet runt.

Bilar

Bilar leasas genom Regionservice.

Det är viktigt att planera för parkeringsplatser i anslutning till lokalen. Kontakt tas med Regionfastigheter i god tid.

Utrustningen är tung och kan inte lämnas i bilarna. I Malmö stad kunde man ansöka om så kallade Nyttokort för att mot en årsavgift kunna parkera på kommunens mark utan att behöva erlägga parkeringsavgift för varje tillfälle. Detta behöver kontrolleras mot aktuell kommun.

Utrustning

När det gäller utrustning så är det viktigt att veta att det tar tid att anskaffa medicinteknisk utrustning. Beroende på vilken typ av utrustning som önskas, så kan det ta mellan 6 mån – 1 år.

Både investeringsförfarande och upphandlingsregler måste tas med i beräkningen. I pilotprojektet har Istat använts för att kunna analysera vissa labprover på plats i patientens hem. Detta är förstås viktigast om man har långa avstånd till sjukhusets lab.

För användning av Istat krävs en kort utbildning som labmedicin tillhandahåller. Ekg-apparat, nebulisator och ultraljudsutrustning är andra exempel på medicinskteknisk utrustning som används i MST Malmö.

MST Malmö erbjuder syrgas i lågdos via syrgaskoncentrator. Om det finns planer på att erbjuda syrgas i hemmet kontaktas verksamhetsområde Hjälpmedel, för att hyra syrgaskoncentratorer. Övrig utrustning har beställts via centralförrådet.

Kontaktperson VO hjälpmedel:

Mikael Reingsdahl, verksamhetschef

mikael.reingsdahl@skane.se

Dokumentation, IT-stöd och digitala verktyg

För journaldokumentation har en tvärprofessionell journalmall, ”Mobilt sjukhusteam”, med SBAR anteckning tagits fram med hjälp av den regionala Meliorförvaltningen. Arbetet i Mobilt sjukhusteam sker till viss del i bilen och det är en fördel med effektiva journalanteckningar som är lättlästa och lätta att dokumentera i. Mallen är tillgänglig för alla mobila sjukhusteam som vill använda den. Övrig registrering av vårdtillfället görs i PASiS. Dokumentationsmallar finns.

IT-stöd är en utmaning, speciellt när både kommun och region är beroende av att kunna kommunicera med varandra.

NPÖ kan användas av både region och kommun för att läsa journalanteckningar, om vårdrelation finns och patienten givit sitt medgivande.

Förutsättningen är att aktuell kommun är både konsument och producent i NPÖ. När det gäller Malmö stad så lämnas endast HSL-anteckningar, dvs bedömningar och journalanteckningar av legitimerad personal. SOL-insatser (ex hemtjänst) kan inte återläsas via NPÖ och hemtjänstpersonal har inte tillgång till information i NPÖ, som kräver inloggning via Sishskort.

Mina planer används av både region och kommun under vårdtillfället i slutenvård och vid utskrivning till Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam. Eftersom vårdtillfället inom vårdformen räknas som öppen vård, får inte *Mina planer* användas under vårdtillfället eller när det medicinska ansvaret för patienten ska återlämnas till primärvården. En ny process i *Mina planer*, "Vård i hemmet" är under utformning och bör kunna underlätta kommunikation och överföring av medicinskt ansvar.

itACiH är ett planeringsverktyg som används av teamet för den dagliga planeringen av logistik och arbetsfördelning. Tyvärr kan inte kommunen använda samma verktyg, eftersom det inte är upphandlat för dem. För närvarande används *itACiH* även för patientövervakning och patientkommunikation men ett annat företag, Siemens, har vunnit upphandlingen för en plattform för egenmonitorering. Ett etableringsprojekt för egenmonitorering är under uppstart.

I nuläget utrustas patienten med en läsplatta som är låst för ändamålet och inte kan användas att surfa på. Patienten kan enkelt kontakta teamet via en knapp på plattan även om det har visat sig att de flesta patienterna föredrar att kontakta via telefon. Mätvärden överförs automatiskt via plattan, som ex blodtryck och vikt eller matas in manuellt, som ex temperatur.

Kontaktperson:

Ingrid K Johansson, Systemansvarig för *itACiH*

Ingrid.k.johansson@skane.se

Kommunikation

Informationsmaterial i form av broschyr med patientinformation, filmer etc är framtaget i pilotprojektet. MST Malmö delar gärna med sig av allt material.

Kontaktperson:

Katharina Borgström

katharina.borgstrom@skane.se

Ekonomi

Specialiserad vård i hemmet är avgiftsfri enligt beslut i Hälso-och sjukvårdsnämnden 221213, även efter projekttiden, i väntan på att frågan om vårdform ska lösas. Se utdrag ur protokollet:

7. Patientavgift för akut sjukhusvård i hemmet efter projekttiden ska vara avgiftsfritt för patienten från och med 2023-04-01 till och med beslut om en eventuell tredje vårdform tas av Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Övriga frågor

Kontakta gärna projektledare för Akut sjukhusvård i hemmet – Mobilt sjukhusteam

Malmö, för frågor och diskussion:

Katharina Borgström

katharina.borgstrom@skane.se

Bilaga 1, Projekt ”Akut sjukhusvård i hemmet” delleverans 1

Malmö modell av Hospital at home

Malmö modell av *Hospital at home* erbjuder akut medicinsk specialistvård och omvårdnad i hemmet.

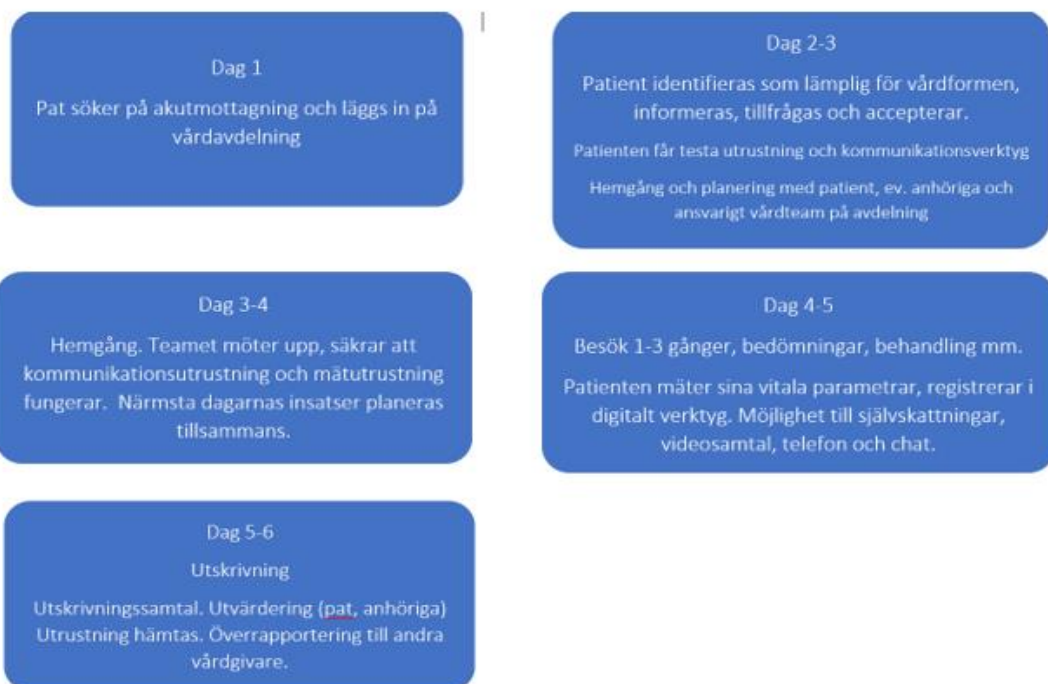
- Den medicinska vården erbjuds i form av punktinsatser från internmedicin och/eller infektion. I projektets uppstart identifieras patienterna bland inneliggande patienter, där de tillfrågas om de vill fortsätta behandlingen för det aktuella insjuknandet i sitt hem. Om de vill delta, erhåller de information och får testa den utrustning som de kommer att behöva hantera i hemmet. Exempel på utrustning kan vara blodtrycksmätare, syresättningsmätare samt kommunikationsverktyg. För att vårdformen ska vara lämplig behöver den upplevas som trygg och säker för både patient och vårdgivare. För de patienter som sedan tidigare har kommunal hemsjukvård eller SoL-insatser, föregås utskrivning till Akut sjukhusvård i hemmet av planering och överenskommelse om ansvarsfördelning i SVU-processen.
- Hemtransport arrangeras via teamets försorg eller med hjälp av sjuktransport. Teamet ansluter och ser till att förutsättningarna för utrustning och för vårdformen är tillgodosedda. Patienten bedöms dagligen av teamet som består av läkare, sjuksköterskor och rehabpersonal. Detta sker via 1-3 hembesök samt via digital kommunikation där patienten kan ställa frågor, rapportera mätvärden, allmäntillstånd mm.

De åtgärder som behövs för diagnostik och behandling fortsätter i hemmet. Hembesök sker mellan 8-22 alla veckans dagar. Om patientens behov inte kan tillgodoses av vårdformen, arrangeras direktinläggning oavsett tid på dygnet. Efter kl 22 finns läkare tillgänglig per telefon och videosamtal om det uppstår behov av akuta bedömningar och åtgärder.

Nattetid görs i nuläget inga hembesök. Vid behov av urakut bedömning initieras ambulanskontakt.

- När patienten är redo att skrivas ut från vårdformen, kommuniceras detta till primärvård och i förekommande fall Malmö stad.

AKUT SJUKHUSVÅRD I HEMMET - EXEMPEL PÅ PATIENTRESA



Vilka patienter kan inkluderas

Vårdbehov motsvarande "vanlig" vårdavdelning. Dvs ej behov av kontinuerlig övervakning av vitala parametrar vilket kräver högre vårdnivå. Tillfällig syrgasbehandling i hemmet är i nuläget inte möjligt. I de fall patienten har långtidsbehandling med syrgas är det inget hinder för deltagande.

Vid den tidpunkten patienten är aktuell för hemgång och anslutning till vårdformen, ska det inte finnas ett förväntat behov av sjukhusbunden insats närmsta dygnet, som ej kan tillgodoses av teamet i hemmet. Det aktuella behovet kan kräva max 3 punktinsatser dagligen.

I hemmet kan patienten undersökas med EKG, ultraljud, erhålla iv-behandlingar som ej behöver långvarig kontinuerlig övervakning, inhalationer, omvårdnadsinsatser av specialistsköterska, venös provtagning inklusive patientnära analys, odlingar samt rehabinsatser.

Exempel: Infektionstillstånd som kräver iv antibiotika men en övergång till tablettform planeras närmsta dagarna. Blodprover önskas efter 2 dagar för beslut. Kan skrivas ut till hemmet med fortsatt iv-behandling, provtagning samt övergång och uppföljning av behandlingseffekt.

Arbetsformer, bemanning, rutiner

Initialt inkluderas ca 7 patienter med start 7 juni. Vårdtiden bedöms vara 3-5 dygn.

Teamet planerar insatser på morgonmöte med hjälp av digitalt planeringsverktyg.

Arbetet med vård i hemmet sker parallellt med arbetet med inkludering av nya patienter.

Arbetspass ssk: 07.15-16.00, 13.30-22.00

Arbetspass läk: 8-16.30, 12.30-21, 20.30-08. Helg 8-18. 18-08.

Arbetsterapeut och fysioterapeut tillgänglig: 7.00-15.30

Kurator tillgänglig: 8.00-16.30

Administrativt stöd är tillgängligt dagtid.

När det gäller rekryteringsläget, som varit kärvt hittills, så har det nu lossnat lite och fem sjuksköterskor är anställda i projektet.

Läkemedelshantering

För distribuering av läkemedel till patienter som vårdas i den nya vårdformen

gäller följande:

- Verksamhetschef för Verksamhetsområde Akut och internmedicin ansvarar för all läkemedelshantering kopplad till projektet
- När behov av läkemedel för behandling av det akuta tillståndet uppstår kommer läkemedel att tillhandahållas av projektet.
- Läkemedel för användning vid behandling av det akuta tillståndet kommer att rekvireras till läkemedelsförråd på sjukhuset och bekostas av projektet
- Läkare eller sjuksköterska knutna till projektet kommer att transportera de läkemedel som behövs för behandling av det akuta tillståndet till patientens hem
- Läkemedel för behandling av det akuta tillståndet kommer att distribueras till patienten av läkare eller sjuksköterska knutna till projektet.
- Läkemedel som tillhandahålls av projektet för behandling av det akuta tillståndet kommer inte att administreras av patienten
- Läkemedelsordinationer som ska hanteras av patienten själv eller av kommunal hälso-och sjukvård förskrivs på recept.

Kommunikation

En animerad film har gjorts som visar vad projektet går ut på. Filmen riktar sig främst till personal i våra verksamheter. Länk till filmen:

<https://bcove.video/2NW4dqY>

Patienter som inkluderas i projektet kommer att få en tryckt broschyr med nödvändig information, även användbar till närstående. Broschyren kompletteras med film/bildspel som visar hur den tekniska utrustningen fungerar, t ex hur man tar blodtrycket korrekt och hur man matar in mätvärden på läsplattan. Samma information ges muntligt till patienten innan hemgång från sjukhuset och hemma hos patienten första dagen. All patient- och närståendeeinformation kommer att finnas tillgänglig på den externa websidan.

Information till allmänhet och andra verksamheter inom SUS kommer att spridas via intranätet och med pressmeddelande till media inför starten. Ett Instagram-konto är startat för projektet, sök på mobilt sjukhusteam malmö.

Uppföljning/utvärdering

Ett flertal metoder kommer att användas för att utvärdera projektet. En del är statistik som tas fram ur sedvanliga system; medelvårdtider, antal vårdtillfällen, antal direktinläggningar, återinläggningar. Antalet hembesök, telefon- och videokontakter mm tas fram ur itACiH-verktyget.

En viktig del är en enkät riktad till patienter/närstående. Enkäten ska bl a fånga upplevelser och åsikter om delaktighet, trygghet och användarvänlighet vad gäller tekniska lösningar. Avtal finns i regionen för olika enkätverktyg. Detta innefattar även hur enkäten ska distribueras och att den kan fås i olika språk. För att möjliggöra att enkätresultaten sedan kan användas i utveckling och forskning är det viktigt att enkäten utformas på rätt sätt. Projektet får stöd från Region Skånes koncernkontor och SKR i detta. Professor i internmedicin ingår i projektets utvärderingsarbetsgrupp.

Internationell forskning kring sjukhusvård i hemmet tyder på att patienten blir mer aktiv, sover bättre och äter bättre när de vårdas hemma. På idéstadiet finns tankar kring att mäta detta med aktivitetsarmband. Fysioterapeut som ingår i projektet kommer eventuellt att undersöka detta inom ramen för fortbildning.

Lokaler, bilar och övrig utrustning

Lokaler för det mobila teamet kommer att iordningsställas i medicinhuset, Sus Malmö. Ombyggnation sker i höst och provisoriska lokaler etableras i avvaktan på det på Medicinavdelning 2.

Tre P-platser hyrs från april utanför medicinhuset.

Två bilar kommer att leasas från 1/6.

Inköp av medicinsk teknisk utrustning, möbler etc pågår.

Nebulisatorer finns på plats.

Väskor till medarbetarnas utrustning finns på plats. Får kompletteras efterhand.

Väskor för patienternas utrustning för digital övervakning och kommunikation tillhandahålls av Itachi.

Övrig utrustning kommer beställas via Marknadsplatsen när utrymme för förvaring finns.

Rehabinsatser och hjälpmedel

Bemanning:

Arbetssterapeut och fysioterapeut inom VO Akutsjukvård och internmedicin kommer att bemanna Mobilt sjukhusteam med resurser, utifrån behov som får

följas under arbetets gång. Rekrytering till enheten har skett, som gör att det är möjligt att starta i linje med projektets tidplan.

Arbetstid: 7.00-15.30.

Kuratorsbemanning finns också inom VO Akutsjukvård och internmedicin för konsultation och åtgärd vid behov. Även detta får följas under projektets gång både avseende innehåll i arbetet, samt resursbehov. Arbetstid: 8.00-16.30

Rehabinsatser och hjälpmedel:

När en patient identifierats och accepterat vårdformen görs sedvanlig funktions- och aktivitetsanamnes samt funktions- och aktivitetsbedömning av fysioterapeut och arbetsterapeut på avdelningen. Dessa bedömningar kommer att ligga till grund för vidare planering och åtgärd gällande rehab- hjälpmedels och/eller hemtjänstbehov i hemmet. Kommunikation med kommunen gällande nya behov sker i Mina Planer. Bedöms det att det behövs en uppföljande bedömning av funktion och aktivitet motsvarande det som normalt görs inne på sjukhuset, samt vidare hjälpinsatser i hemmet gör rehab hembesök alternativt uppföljande samtal och överrapporterar till kommunen via Mina Planer.

Möte kommer att hållas med medicinskt ansvarig för rehab i Malmö stad, Ann-Lis Rohlwin, för vidare diskussion kring bland annat överrapportering samt hjälpmedel och hur dessa kan tillhandahållas om det uppstår ett akut hjälpmedelsbehov. Förslagsvis kan ett hjälpmedelsförråd finnas inom VO Akutsjukvård och internmedicin som används i samråd med kommunen.

Medicinsk dokumentation

Dokumentation kommer att ske i Melior. Arbetet pågår att skapa specifika dokumentationsmallar för Mobilt sjukhusteam för att underlätta dokumentation och inläsning som ofta kommer att ske på laptop hemma hos patienten eller under transport mellan två hembesök. Mallarna planeras att vara tvärprofessionella och utformade så att det ska vara enkelt att hitta den nödvändigaste informationen.

IT-stöd och digitala verktyg

Tidigt i projektet formulerades de behov av digitala lösningar som kommer att behövas i vårdformen. En kravspecifikation skickades till IT-avdelningen i början av oktober 2020 för att säkerställa att dessa behov uppmärksammades i en pågående upphandling. I kravspecifikationen beskrevs en lägsta nivå, dvs de lösningar som absolut måste fungera för att säkerställa patientsäkerheten, men även en utveckling mot ett önskat läge beskrevs.

Önskvärda delar i digital lösning
att kunna följa vitala parametrar
kommunikation med patienten

samordning, kommunikation och planering i teamet och med
samarbetspartners
uppföljning

Viktigast är att kommunikation mellan patient och teamet säkerställs. Det ska vara enkelt för patienten att nå teamet under dygnets alla timmar via telefon, chat och/eller videosamtal. Videosamtal är nödvändigt för att lättare kunna bedöma patientens tillstånd när situationen kräver det. Vitala parametrar ska kunna mätas av patienten och rapporteras in i ett digitalt verktyg där personalen kan se resultaten fortlöpande. Nätverksuppkoppling måste garanteras.

Personalen behöver ett planeringsverktyg, för att så effektivt som möjligt planera in dagens aktiviteter. I samma verktyg ska vitala parametrar kunna följas och kommunikationen ske med patienten. Verktöget ska vara tillgängligt på dator, läsplatta och mobiltelefon eftersom teamet måste kunna komma åt informationen när man är i bil och hemma hos patienterna.

Digital lösning vid projektstart

Den lösning som initialt kommer att användas är ett system från itACiH. På en läsplatta fyller patienten i mätvärden. Vikt, blodtryck och puls förs automatiskt in via bluetooth på läsplattan med hjälp av digital våg och elektrisk blodtrycksmätare. Temperatur och saturation tas av patienten (eventuellt med hjälp av närstående eller personal på boende) och förs in manuellt på läsplattan. Mätvärdena sparas och kan följas över tid. På läsplattan kan patienten i en kalender se planerade aktiviteter såsom hembesök, planerade telefonsamtal och aktiviteter som patienten ska göra själv. Plattan har en chatfunktion så att patienten kan chatta med teamet. Om det finns behov av videobesök kopplas detta enkelt upp på plattan. Videobesök kan bara startas av personalen. Det finns möjlighet att ta bilder av exempelvis sår och spara dessa. Patienten kan svara på självskattningsfrågor kring smärta, sömn m m som sedan avläses av personalen.

Läsplattan har egen nätverksuppkoppling. Patienten kan inte surfa eller liknande på plattan, den är helt styrd till itACiH-systemet. All nödvändig utrustning lånas ut till patienten vid inskrivning.

Personalen har en inloggning till itACiH som kan användas på dator, smartphone och läsplatta och där man kan se olika vyer; vilka patienter som är inskrivna, praktisk information om varje patient, kalender, schema, patienternas mätvärden och självskattningar mm. I planeringsverktyget bestäms aktiviteter och vem som ska utföra dessa. Chat och videobesök sker som ovan beskrivet. Statistik kan tas fram ur systemet för uppföljning.

Önskad utveckling i framtiden

Vitala mätvärden rapporteras in kontinuerligt och automatiskt utan att patienten behöver göra någonting

Larmfunktion i personalens del om vitala parametrar avviker från referensvärden

Digital vätskelista

Möjlighet att mäta andningsfrekvens med hjälp av digitalt verktyg, utreds för närvarande av Innovation Skåne

Larmfunktion i de fall patienten snabbt blir försämrad, t ex en ”knapp” som patienten kan trycka på utan att behöva logga in eller öppna upp en mobiltelefon (jmf nödsamtal på mobiltelefon). En sådan funktion utreds just nu av Regionfastigheter

Möjlighet att ringa från läsplattan till en telefon

Möjlighet till gemensam planering digitalt med hemsjukvård och hemtjänst

En annan önskvärd utveckling är kommunikation med andra vårdgivare, främst Malmö stad i nuläget. Bäst hade varit om man hade en gemensam plattform för planering och kommunikation. Pågående projekt Säker Digital Kommunikation (SDK) som arbetar med lösning för snabb och enkel kommunikation över vårdgivargränserna är en annan lösning. Preliminärt kommer Mobilt sjukhusteam vara en del av en test tillsammans med Malmö Stad med start i september 2021.

Bilaga 2, Ansvarsfördelning för Mobilt sjukhusteam - specialiserad vård, regional och kommunal primärvård



Diarenummer: HVO-2022-5710

2022-12-22



Diarienummer: HVO-2022-5710

Förtydligande av målgrupp - Ansvarsfördelning för Mobilt sjukhusteam - specialiserad vård, regional och kommunal primärvård

2022-12-22

”Inga patienter ska behöva åka in till sjukhuset om vården kan ges i hemmet”

Bakgrund

I projekt akut sjukhusvård i hemmet har vi sett ett behov av att förtydliga målgruppen för projektet. Initialt har vi inkluderat patienten från inläggande slutenvård och vårdat patienten i hemmet de sista dygnet av vårdtillfället. Nu vill projektet ta nästa steg och fånga upp patienten i hemmet. Målsättningen är att inga patienter ska behöva åka in till sjukhuset om vården kan ges i hemmet.

Vilka patienter kan få vård av Mobilt sjukhusteam

Alla patienter oavsett boendeform kan inkluderas i Mobilt sjukhusteam. Förutsättningen för vårdformen är att det ska vara möjligt, till gagn för patienten och att patienten vill vårdas hemma. Kompetens och tillgänglighet är vägledande i definitionen av primärvårdsnivå. Patienten kan inkluderas från hemmet, via primärvårdsläkare, från akutmottagningen/observationsplats eller via vårdavdelning. Primärvårdsläkare ansvarar för att patienten kan invänta bedömning av mobilt sjukhusteam. Går patienten hem via vårdavdelningen gäller överenskommelse i ställningstagandet i Mina planer (SVU-processen). Tiden som patienten vårdas i vårdformen är vanligen 4-5 dagar och rör sig om specialiserad vård som kan begränsas till 1-3 insatser per dag samt erbjuder beredskap med läkarstöd dygnet runt.

Tydligt läkaransvar

Erhåller patienten insatser från Mobilt sjukhusteam ska det tydligt framgå i journalen om det är primärvårdsläkare eller Mobilt sjukhusteamens läkare som har

ansvaret. Är det Mobilt sjukhusteam som har ansvaret ansvarar Mobilt sjukhusteam för att sätta ett försättsblad med kontaktuppgifter i patientens pärm.

Läkemedel och HSL-insatser

Läkaren ansvarar för att läkemedelslistan är uppdaterad och att det förmedlas till kommunens sjuksköterska. Mobilt sjukhusteam ordinerar, tillhandahåller och bekostar nyinsatta läkemedel. Sjuksköterskan i kommunen administrerar läkemedel samt tar hand om insatser på primärvårdsnivå. Kompetens och tillgänglighet är vägledande i definitionen av primärvårdsnivå.

Delegering till omvårdnadspersonal sker enligt Malmö stads rutin. Mobilt sjukhusteam kontaktar alltid sjuksköterskan i kommunen vid inkludering, förändringar och inför utskrivning. Läkemedelsadministration och insatser på nivån specialicerad vård utförs av Mobilt sjukhusteam. Om akuta behov framkommer med hjälpmedel som inte är möjliga att utföra med kort varsel är mobilt sjukhusteam inte ett alternativ. 2 (3)

Dokumentation

Alla parter tar ansvar för att dokumentera i respektive journal. Mobilt sjukhusteam dokumenterar i Melior och primärvårdsläkare i PMO och kommunens legitimerade personal i Procapita. Patientens sammanhållande journal finns i NPÖ.

Mobilt sjukhusteam kan fatta beslut om behandlingsbegränsningar ex. EJ HLR och palliativ vård i livets slutskede. Sjuksköterska i kommunen dokumenterar detta i Procapita.

Patient som erhåller vård av Mobilt sjukhusteam

1. Kommunens sjuksköterska kontaktar primärvårdsläkare (enligt Malmö stads rutin tillkallande av läkare).
2. Primärvårdsläkare, inskrivningsläkare Mobilt vårdteam eller Mobilt vårdteam Akuta punktinsatser alternativt kväll och helgmottagningen gör ett hembesök alternativt en telefonbedömning.
3. Om läkaren på hembesöket/telefonbedömningen anser att patienten är i behov av specialiserad vård och ökad läkartillgänglighet kan läkaren kontakta Mobilt sjukhusteam (via PV direktinläggning, tel 040 335923).
4. Mobilt sjukhusteam gör ett hembesök och bedömer om patienten kan vårdas av Mobilt sjukhusteam i hemmet.
5. Mobilt sjukhusteam kontaktar kommunens sjuksköterska för att informera om beslutet.

Utökade SoL-insatser

Biståndshandläggare kontaktas helgfri vardag för att ansöka om stöd i hemmet. Detta görs med fördel av patienten själv annars hjälper Mobilt sjukhusteam till att förmedla behovet. Se länk

Har patienten ett mycket större omvårdnadsbehov än tidigare ska direktinläggning användas. Viktigt att patienten, Mobilt sjukhusteam och kommunens personal är överens om vad är genomförbart och bäst för patienten. Se länk

Kontaktvägar

Det ska vara tydligt för patienten vart hen ska vända sig. Kan patienten kontakta Mobilt sjukhusteam själv ska hen göra det. Larmar patienten via sitt trygghetslarm kontaktar hemtjänst sjuksköterska i kommunen enligt rutin tillkallande av sjuksköterska.

Har patienten endast insatser av kommunens hemtjänst kontaktar patienten själv Mobilt sjukhusteam vid behov.

Kan inte patienten själv öppna sin dörr ska Mobilt sjukhusteam försöka att anpassa sina tider till hemtjänstens redan inplanerade hembesökstider.

Oavsett hur inkludering i Mobilt sjukhusteam sker, ska alla parter delge varandra sina kontaktuppgifter.

Sjuksköterskan i kommunen kontaktar patientansvarig läkare enligt rutinen för tillkallande av läkare. När Mobilt sjukhusteam har läkaransvaret ska sjuksköterskan kontakta MST via: **040-335828 3 (3)**

Initiering till vård av patient i Mobilt sjukhusteam via sjukhusets öppenvårdsmottagningar, inklusive akutmottagningen eller observationsplats

Samma förfarande som ovan gäller. MST ansvarar för att kontakta kommunens sjuksköterska samma dag/kväll, samt informera ansvarig primärvårdsläkare via vårdcentralens VIP-nummer senast nästkommande vardag.

Hemgång från akutmottagningen jourtid sker enligt Sus rutin ”Säker hemgång”.

Länkar:

[Kontakta biståndshandläggare – för dig som är äldre - Malmö stad \(malmo.se\)](#)

Rutin tillkallande av läkare: [Tillkallande av läkare](#)

Rutin tillkallande av sjuksköterska: [Tillkallande av sjuksköterska](#)

Rutin säker hemgång: [PM Säker hemgång akutmottagningen Malmö.docx \(skane.se\)](#)

Rutin för direktinläggning: [Direktinläggningar från primärvård i Malmö 2021.doc \(skane.se\)](#)

Bilaga 3, annons sjuksköterskor

Sjuksköterskor till Mobilt sjukhusteam i Malmö



Om arbetsplatsen

Gör skillnad. Varje dag.

Är du sjuksköterska som vill arbeta annorlunda? Nu utökar vi verksamheten och söker dig som vill vara med på vår resa!

Akut sjukhusvård i hemmet eller Mobilt sjukhusteam (MST) som vi heter till vardags, drivs av verksamhetsområde akutsjukvård och intermedicin tillsammans med verksamhetsområde infektionssjukdomar. Vårdformen innebär att patienter som själva önskar och som är i behov av akut specialistvård kan erbjudas vård i det egna hemmet. Vi startade som ett projekt i juni 2021 i mindre skala, och vill nu utöka verksamheten. Projektet avslutades i mars 2023 och nu fortsätter vi som en ordinarie verksamhet.

Inspiration till projektet som kallas akut sjukhusvård i hemmet kommer från andra länder där konceptet "Hospital at home" används framgångsrikt. Studier visar på flera positiva effekter för patienten som vårdas i det egna hemmet, såsom att patienten äter och sover bättre, är mer aktiv och risken för akut förvirring eller fallolyckor minskar.

Arbetsuppgifter

Nu söker vi dig sjuksköterska som vill vara med och vidareutveckla akut sjukhusvård i hemmet.

I stället för att patienten är inlagd på en vårdplats så kommer du som sjuksköterska hem till patienten för att genomföra bedömningar och ge vård som idag utförs på vårdavdelning. Patienterna övervakas på distans via digitala hjälpmedel för att snabbt kunna komma i kontakt med vården och läggas in om läget skulle försämrats.

Du ingår i ett kompetent team med sjuksköterskor, läkare och rehab, men tjänsten innebär självständigt arbete hos patienterna i deras hem. Förutom omvårdnadsbedömningar och åtgärder kommer du även stötta patienten med hur digitala hjälpmedel fungerar.

Tjänsten kan innebära att du har en delad tjänst mellan akut sjukhusvård i hemmet och inom slutenvårdsavdelning, eller en tjänst enbart i teamet. Arbetstiderna kommer vara förlagda till dag- och kvällspass, både vardagar och helger, utan nattjänstgöring.

Klicka gärna på länkarna nedan för att få en inblick i hur "Hospital at home" kan fungera:

<https://play.mediaflowpro.com/ovp/17/60CFYJE13R>

<https://www.johnshopkinssolutions.com/solution/hospital-at-home/>

Kvalifikationer

Vi söker dig som är legitimerad sjuksköterska med behörighet att verka inom svensk sjukvård. Språkkunskap i svenska lägst nivå C1 enligt Europarådets nivåskala är ett krav. Du har tidigare erfarenhet av arbete som sjuksköterska och för den här tjänsten är det ett krav att du har B-körkort.

Det är meriterande om du har erfarenhet inom något av följande: internmedicin, infektionssjukvård, slutenvård, kommunal hälso- och sjukvård eller primärvård. Eftersom ett av dina främsta arbetsverktyg kommer vara digitala hjälpmedel ser vi det som positivt om detta är något som du är van vid att arbeta med och att du kan förklara tekniska hjälpmedel på ett pedagogiskt sätt.

Som person är du trygg i din yrkesroll och har en förmåga att självständigt fatta beslut. Du är en person som ser möjligheter istället för hinder. Du drivs av nya utmaningar, har lätt för att snabbt ställa om och har ett öppet sinne för att lära dig nytt. Vidare så värdesätter vi att du har ett respektfullt och ödmjukt förhållningssätt gentemot patienter och kollegor och att du är en teamspelare som bidrar till ett givande samarbete. Stor vikt kommer läggas vid personlig lämplighet.

Då arbetet kommer att ske i patienternas egna hem så kan eventuella allergier eller överkänslighet mot pälsdjur, rök eller liknande inte vara ett hinder för dig att arbeta.

Låter detta som en spännande tjänst? Välkommen att söka dig till vårt härliga gäng!

I denna rekrytering arbetar vi med löpande urval, så skicka din ansökan redan idag! Vi ser framemot att lära känna dig!

Anställningens omfattning

Anställningsform: Tillsvidareanställning

Omfattning: Heltid

Tillträde enligt överenskommelse.

Ansökan

Ansök senast:

Referensnummer:

Välkommen att söka genom att:

Anställning

Antal annonserade arbetstillfällen:

Arbetstid: Schema

Heltid med möjlighet till deltid.

Kontakt

Kontaktperson

Facklig företrädare