

Protokoll från Stormöte för sjukgymnaster i vårdkedjan 080201

Lena Zidén hälsar alla välkomna till mötet. Det har varit stort intresse med över 80 anmälda. Primärvård, Kommun och SU finns representerade.

- **Äldrevårdsteamerna i Primärvårdsområdena Centrum och Väster** presenterar sig och sitt arbete, som inte längre är ett projekt utan en verksamhet.

Johan Sjöström, Primärvårdsrehab Gibraltar
Ashraf Khan, Kungshöjds Vårdcentral och Karl-Johans Vårdcentral
Lisa Göthman, Primärvårdsrehab Väster

Målet med äldrevårdsteamerna är att förbättra vården och tryggheten för äldre, multisjuka personer inom Centrum och Väster. Man vill uppnå en ökning av antalet hembesök av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut till patientgruppen och därigenom minska antalet akutbesök på sjukhus.

Hembesök görs för bedömningar och tillfälliga vårdbehov

Äldrevårdsteamerna arbetar dagtid under vardagar, har ingen uppsökande verksamhet utan behovet måste uppmärksammas av någon som tar kontakt med äldreteamet.

Patienten kan vara tidigare känd hos vårdcentralen och ha behov av uppföljning eller utredning, ha ett förändrat hjälpbehov eller kortvarigt behov av teamets insatser vid utskrivning från sjukhus.

Målgruppen är boende i upptagningsområdet, är över 65 år och har dessutom något/några av följande kriterier:

- Har > 3 diagnoser som behandlas
- Har > 2-3 besök på akutmottagning de sista 6 månaderna
- Har uteblivit från besök på mottagning (vc eller pv-rehab)
- Har dokumenterat hög vårdkonsumtion
- Är dokumenterat känd på flera specialistkliniker men saknar sammanhållande vårdkontakt
- Har en skör livssituation

Följande kriterier gör att patienten INTE kan bli aktuell för äldrevårdsteamerna:

- är inskriven i hemsjukvården/hemrehabiliteringen
- är inskriven på icke äldreteamsansluten VC (Styrso, Slottsskogen eller privata VC)
- klarar själv eller med hjälp, att utan stora besvär ta sig till vårdcentral/primärvårdsrehab
- har behov av långvariga insatser i hemmet av arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare eller sjuksköterska (> 4-5 ggr)

Teamerna gör hembesök, ev. ett par yrkeskategorier samtidigt

Rapporterar vidare till kommunen vid större rehabbehov eller till PV om patienten kan komma till mottagning.

Använder ett teaminstrument/checklista för att bli samlad information och kartlägga behov och risker.

Utvärderar insatserna med TUG och med PSFS (patientspecifik funktionell skala)

Teamerna är ännu inte fullt bemannade utan rekrytering pågår.

För att få kontakt med Äldreteamerna

Sjuksköterska och läkare: ring eller faxa till resp vårdcentral

Arbetsterapeut och sjukgymnast: ring eller faxa till respektive primärvårdsrehab

En kontaktlista delas ut till de närvarande, med adress, tel.nr och fax.nr till vårdcentralerna i Väster och Centrum. (Bifogas)

Lisa, Ash och Johan vill gärna ta del av åsikter och tankar kring följande:

- Vad anser du/ni behöver förbättras när det gäller omhändertagandet av gruppen multisjuka äldre i PVO centrum och Väster?
- Vilka patienter ser ni i era verksamheter som inte får det omhändertagande de skulle behöva och som projektet skall kunna stödja?
- Hur når vi dessa patienter?

Maila svaren till:

johan.sjostrom@vgregion.se

ashraf.khan@vgregion.se

lisa.gothman@vgregion.se

* Liknande äldreprojekt pågår i Nordost och på Hisingen

* **Rigmor Hallström** från **Rehab Mölndal** informerar om kommunikationen mellan vårdinstanserna i Mölndal då en patient t ex skrivs ut från SU.

En patient som har HSV/kontakt med kommun-ssk eller bor på särskilt boende hör till kommunens uppdrag. Om inte är ärendet primärvårdens.

Rehab Mölndal (kommunen) gör insatser för patienter på Särskilt boende (Bifrost). i patientens bostad och på Dagrehab.

I Mölndal innebär begreppet Hemrehab en arbetsmetod som består i att rehabpersonal handleder Hemtjänstpersonal som sedan bistår patienterna i de aktiviteter han/hon ska träna. Praktikertjänst har primärvårdsuppdrag.

* **Avvikelse rapporten**

Den finns på hemsidan och ska skrivas när en avvikelse har skett
Detta ska skapa bättre gemensamma rutiner för vårdtagarens bästa
Den ska lämnas till närmaste chef f v b till berörd enhetschef

Skriftlig överrapport ska skickas då behov av fortsatt sjukgymnastik föreligger.

På adressen Samverkanstorget.se finns uppdaterad 3-dagarsregel.

Se också SUs Rutiner för sjukgymnastisk överrapportering (intranätet)

* Det finns ett intresse bland mötesdeltagarna att enkelt finna info om riktlinjer för sjukgymnastisk behandling. Deltagarna uppmanas maila till vårdkedjegruppen angående vilka diagnoser som eftersöks.

Gruppdiskussionerna innehöll bl a följande:

- Diskussion om ”gråzonspatienter” som riskerar att hamna mellan stolarna.
- Önskvärt vore att finna ett lättare sätt att ta kontakt med kollegor i PV och Kommun, t ex via mobil eller mail.
- Det är bekymmersamt att en patient inte samtidigt får ha hemsjukvård och primärvård.
- Om sg inom SU vårdplanerar en patient till hemrehab bör berörd ssk informeras och skicka en epikris. Ssk i hemrehab blir ansvarig för patienten även om inskrivningsorsaken är rehabbehovet.

Vid tangenterna: Lisbeth Ericsson