

Forskningsprojekt om sårbara äldre:

Vårdkedja från akutmottagning till eget boende i Mölndal



- interventionsprojekt i samverkan mellan Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska akademien, Vårdalinstitutet Mölndals kommun

Syfte och mål

Projektet syftar till att åstadkomma en sammanhållen vårdkedja för sårbara äldre personer som söker akutmottagning på sjukhus. Det primära syftet är att utvärdera om interventionen kan minska antalet inskrivningar på sjukhus, antal besök på akutmottagning samt om den kan förbättra livstillfredsställelsen hos äldre sårbara personer.



Målet är att interventionsgruppen, jämfört med en kontrollgrupp, ska ha färre inskrivningar på sjukhus, rapportera högre livstillfredsställelse med vård- omsorgs- och rehabiliteringsinsatser, bibehålla eller höja sin aktivitetsförmåga, fysisk funktionsförmåga samt hälsorelaterad livskvalitet. Dessutom är ett mål att de anhöriga till interventionsgruppens äldre personer ska känna sig mer delaktiga i vårdplanering, genom bl a systematiskt arbetssätt med stödinsatser riktade mot anhöriga.

En särskild del av projektet innefattar en ingående analys av hur interventionsprogrammet implementeras, d v s hur forskningsprojektet omsätts till praktiskt handlande av berörda aktörer inom vård- och omsorgsorganisationerna. Detta undersöks bland annat genom att intervjua olika teammedlemmar samt observera och diskutera samarbete, tidsåtgång, kontaktvägar m m. Tanken är att forskningen inte ska bedrivas vid sidan av verksamheten, vilket ofta innebär att interventionerna dör ut när projektet är avslutat, utan att man successivt ska införa nya arbetssätt i verksamheterna. De nya arbetssätten ska då helst baseras på vetenskaplig grund, d v s visa sig vara verkningsfulla och möjliga att genomföra. Resultat från denna implementeringsdel kommer att presenteras separat.

Målgrupp

Äldre sårbara personer från enskilt boende som skrivs in på akutmottagning på Mölndals sjukhus. Personer 80 år eller äldre, alternativt 65 – 79 år med minst en kronisk sjukdomsdiagnos och beroende i minst en daglig aktivitet, tillfrågades.

Intervention

En geriatrisk sjuksköterska bedömde patienternas behov av rehabilitering, omvårdnad, medicinska insatser och hemtjänst. Vårdplaneringsmötet genomfördes i de flesta fall i patientens eget hem efter utskrivning från sjukhus. En kontaktsköterska i kommunen var ansvarig för samordningen av alla insatser och för uppföljning i hemmet efter utskrivning. Ett multiprofessionella team bestående av, förutom kontaktsköterskan, arbetsterapeut, sjukgymnast och biståndshandläggare hade ansvar för att patienten fick de insatser som hon eller han hade behov av. En aktiv involvering av anhöriga var också en viktig del av

programmet. Kontaktsköterskan hade under första månaderna veckokontakt, därefter månadskontakt med deltagarna under ett år.

Preliminära resultat från 3-månadsuppföljning

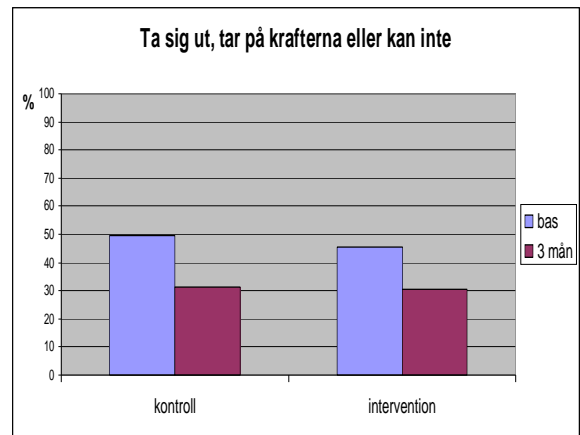
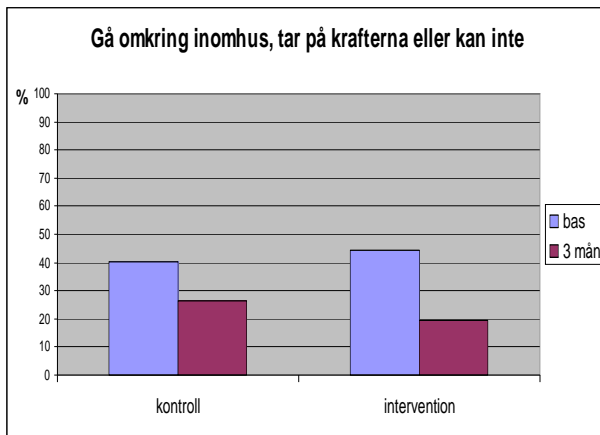
343 patienter som sökt vård på akutmottagningen vid Mölndals sjukhus tillfrågades om deltagande. Av dessa tackade 181 personer ja och 93 lottades till kontrollgrupp medan 88 lottades till interventionsgrupp. Den vanligaste anledningen att tacka nej var att patienterna kände sig alltför sjuka och dåliga. Baslinjesintervjuer genomfördes med 161 personer. Deltagarna lottades slumpmässigt till någon av de två grupperna, intervention eller kontroll, men fördelningen vad gäller upplevd hälsa, gångförmåga (uppmätt gånghastighet) och synförmåga blev ändå lite skev (se tabell nedan).

	Kontrollgrupp n=77 Procent	Interventionsgrupp n=84 Procent
Kvinna	55	56
Man	45	44
Ensamboende	60	57
Upplevd hälsa		
utmärkt/mycket god/ god	28	41
Nedsatt handstyrka	20	20
Upplevd trötthet	68	36
Avmagring	41	36
< 2 promenader/vecka	52	46
≤ 47 på Bergs Balansskala	52	46

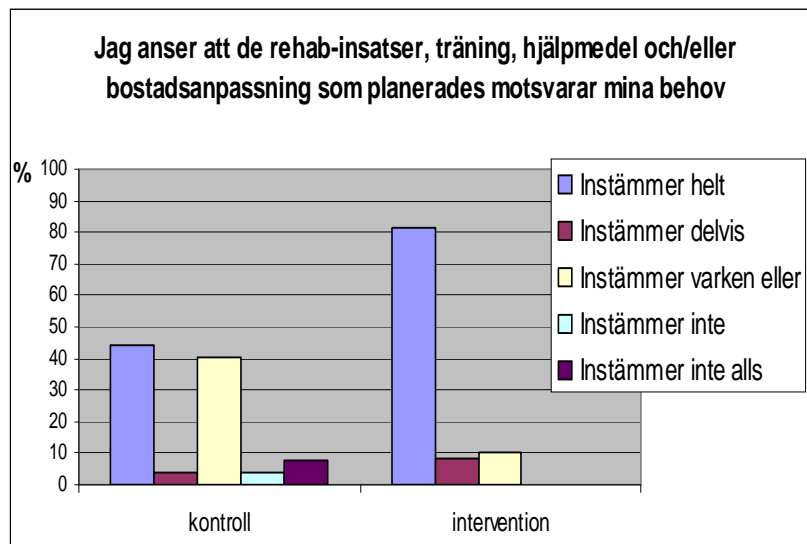
Inga skillnader mellan grupperna var statistiskt säkerställda med $p \leq 0,05$.

Vid första uppföljningen i hemmet efter 3 månader gjordes en mängd mätningar, tester och skattningar. Bland annat ingick mätning av gånghastighet, fysisk aktivitet, Bergs Balansskala, Falls Efficacy Scale (FES-I), antal fall, aktivitetsvanor, hjälpmedelsbehov, liksom en mängd medicinska och sociala enkäter. Resultaten är delvis bearbetade och några preliminära resultat redovisas nedan. Data som rör fall, fallrädsla, fysisk aktivitet m m håller för närvarande på att bearbetas.

På den sk Trötthetsskalan (Avlund) svarar man på hur ansträngande det är att göra olika fysiska aktiviteter, till exempel att gå inomhus och att ta sig ut. Det visade sig vid 3 månader att det fanns vissa skillnader mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen. Som man ser av bilderna nedan så minskade ansträngningen att gå runt inomhus mer för interventionsgruppen än för kontrollgruppen. När det gällde att ta sig ut var grupperna mer lika. Eftersom det rör sig om sårbara äldre med många sjukdomar är det kanske inte förvånande att en tredjedel inte orkar ta sig ut.



Deltagarna fick även frågan om de ansåg att de rehabinsatser, träning, hjälpmedel och eventuell bostadsanpassning hade motsvarat deras behov. Nästan dubbelt så många i interventionsgruppen svarade att så var fallet, jämfört med kontrollgruppen (se bild nedan). En förklaring till detta kan vara att vårdplaneringen för interventionsgruppen gjordes på ett mer strukturerat sätt i hemmet. Denna planering följdes sedan upp genom kontinuerlig telefonkontakt av en kontaktsjuksköterska om hur det fungerade hemma och vilka behov deltagarna hade. Kontaktsköterskan hade också daglig kontakt med sjukgymnaster och arbetsterapeuter i teamet och insatser, till exempel träning, kunde snabbt sättas in vid behov.



Omkring 50 % i båda grupperna fick 47 poäng eller mer på Bergs balansskala vid både baslinje och 3 månadersuppföljningen. På frågor om hur nöjda deltagarna var med vårdplanering, hur väl deras egna synpunkter tagits tillvara i planeringen och hur nöjda de var med insatserna de fått i hemmet så var dubbelt så många (runt 80 %) deltagare i interventionsgruppen nöjda med detta jämfört med kontrollgruppen (runt 40 %).

Fortsatt utvärdering

För närvarande pågår 6-månaders- och ettårsuppföljningar av deltagarna samt fortsatt analys av resultaten från 3 månader.

Projektledare för Vårdkedjeprojektet Katarina Wilhelmson.

Fallprojekt på Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU)

- genombrottsprojekt att förebygga fall inom geriatriken på SU/Mölndals sjukhus



På många håll i landet pågår, eller har genomförts, projekt som syftar till att minska fallrisken för patienter på sjukhus. På SU/Mölndals sjukhus startade i januari förra året ett genombrottsprojekt med syfte att förebygga fall och fallskador hos patienter inskrivna på geriatriska vårdavdelningar. Projektet är multiprofessionellt och görs enligt genombrottsmetoden, vilket innebär ett strukturerat sätt utarbeta nya rutiner för att identifiera fallriskfaktorer, utföra fallriskbedömningar och genomföra åtgärder. I gruppen ingår i nuläget tre sjuksköterskor, tre undersköterskor, en arbetsterapeut, en läkare och en sjukgymnast. "En viktig framgångsfaktor är att flera yrkesgrupper måste samarbeta för att de fallpreventiva åtgärderna ska ge ett positivt resultat", säger sjukgymnast Margareta Svensson som är en av de drivande personerna i gruppen.

Projektet har haft ett ambitiöst mål: nollvision ska gälla, d v s inga patienter ska falla på de geriatriska vårdavdelningarna. Antalet patienter som fallit har registrerats och jämförts med de 70 fall (58 patienter) som inträffade när projektet startade, d v s under det sista kvartalet 2009. Exempel på åtgärder som prövats är tydlig märkning av patientens gånghjälpmedel om fallrisk föreligger, en särskild journalterm i datajournalen för ökad fallrisk

Initialt märktes en ökning av antalet fall, vilket bland annat kan ha berott på att rapporteringen förbättrades, men mot slutet av 2010 fanns en tendens till minskning av antalet fall. Projektet har medfört en ökad medvetenhet bland personalen, men man har också stött på svårigheter som t ex att nå ut med information till de tre geriatriska vårdavdelningarna och att uppnå följsamhet i beslutade åtgärder. En praktisk följd av projektet är att det har skapats en ny term i Melior-journalen som heter "riskbedömning/fall" som alla personalkategorier kan öppna och fylla i. Ett delmål är att få fler att öppna och läsa/fylla i denna term i Melior. Som ett led i detta introduceras nu sjuksköterskorna på de tre geriatriska vårdavdelningarna i att som rutin fråga alla nyinskrivna patienter om de har fallit under det senaste året samt att fråga vårdpersonalen i den grupp som har hand om den aktuella patienten om de tror att patienten riskerar att falla på vårdavdelningen.

Kontaktperson för projektet är Margareta Svensson,
margareta.eb.svensson@vgregion.se .