

Strokeprojekt inom Umeå kommuns äldreomsorg, särskilt boende

Bakgrund

Umeå kommun ansökte och fick statliga stimulansmedel i syfte att förbättra vården för de svårast sjuka äldre. Regeringen prioriterade insatserna inom olika områden och ett av dessa var rehabilitering. Umeå kommun, hade utifrån de Nationella riktlinjerna för strokevård som utkom 2005, sett att det fanns ett behov av att förbättra och utveckla strokeinriktad rehabilitering i Umeå kommuns särskilda boenden. Detta innebar att det söktes och avsattes stimulansmedel till detta.

De nationella riktlinjerna för strokesjukvård 2005 är utarbetade av socialstyrelsen. Riktlinjerna rekommenderar att de stokedrabbade ska erbjudas fortsatt rehabilitering under det första året efter stroke. Det rekommenderas att träningen ska vara uppgiftsspecifik och utgå från aktiviteter som är valda av personen själv. Efter ett år rekommenderas fortsatt fysisk aktivitet och träning för att ge effekt på kondition och bättre och säkrare gång.

Det var med utgångspunkt från detta Umeå kommun startade ett stroketeam i februari 2007 finansierat med stimulansmedel. Projektledare var medicinskt ansvarig sjuksköterska och till teamet rekryterades 40% sjukgymnast och 40% arbetsterapeut.

Syfte

Syftet har varit att förbättra möjligheten att få strokeinriktad rehabilitering och omvårdnad för personer inom särskilt boende i Umeå Kommun, under det första året efter insjuknande i stroke, för att kunna bibehålla och förbättra de funktioner och förmågor som är viktiga i personens dagliga liv.

Mål

De mål som vi formulerade och arbetat mot har varit att:

- 100 % av nyinsjuknade och stokedrabbade under senaste året som bor på särskilt boende ska erbjudas bedömning av stroketeamet.
- 100 % av de personer som får rehabiliteringsinsatser ska bibehålla eller förbättra sina funktioner/förmågor.

Metod

Vi ville erbjuda alla som drabbats av stroke senaste året en bedömning av stroketeamet. Det innebar att vi måste få reda på vilka dessa personer var. Våra arbetsterapeut- och sjukgymnastkollegor som arbetar mot särskilt boende informerade oss om nyinsjuknade i stroke på deras boendeenheter.

Stroketeamet kontaktade sedan ordinarie sjukgymnast och arbetsterapeut för en gemensam bedömning om den strokedrabbade skulle kunna tillgodogöra sig en rehabiliteringsperiod. De vi bedömde skulle ha nytta av våra insatser tog teamet kontakt med. Vi hörde efter om de var intresserade av att få stöd och hjälp. Av de strokedrabbade som visade intresse besökte vi och tog reda på vilka behov de hade och utifrån detta satte vi upp deras självvalda mål. Stroketeamet har arbetat i direkt kontakt med den strokedrabbade som en extra rehabiliteringsresurs till personen och ett komplement till ordinarie ansvarig arbetsterapeut och sjukgymnast på boendet.

För att alla personer som fått rehabiliteringsinsatser skulle bibehålla eller förbättra sina funktioner/förmågor erbjöd vi en rehabiliteringsperiod på tre månader med en intensiv träning minst 2ggr/vecka. För personerna där insatser var utprovning av hjälpmedel eller andra insatser fanns ingen tidsram eller intensitetskrav.

Utvärdering

Vi valde att använda Barthels ADL-index och S-COVS förflyttningsstatus som mätvärden för funktionellt status. Mätning skedde vid rehabiliteringens början och vid avslutning för personer som fått rehabiliteringsinsatser.

Erfarenheter

Rehabiliterande insatser under första året efter stroke har enligt Nationella riktlinjer hög rangordning på rekommenderade åtgärder. Träning i självvalda och för personen meningsfulla aktiviteter under det första året efter att ha drabbats av stroke ger resultat. Våra erfarenheter av rehabilitering i särskilt boende, stämmer väl överens med riktlinjerna. De strokedrabbade som har varit aktuella för träningsinsatser har bibehållit eller förbättrats i sin förmåga att utföra aktiviteten. Det kan exempelvis vara att klara att gå till och från matsal istället för att bli styrd i rullstol eller att kunna använda upprensingslyft för att stå i istället för att använda taklyft.

Att drabbas av stroke kan innebära många komplexa skador som kräver parallella rehabiliteringsinsatser. Aktivitetsproblem i vardagen kan exempelvis uppstå pga talsvårigheter, nedsatt rumsuppfattning, balans, förflyttningsförmåga, trötthet etc. Det finns ett stort behov av rehabiliteringsinsatser och stöd. Det gäller främst för nyinsjuknade i stroke som tidigare bott i eget boende. Att helt plötsligt vara beroende i aktiviteter som man tidigare själv klarat och att flytta till ett särskilt boende direkt från sjukhuset är en stor omställning av hur man lever sitt liv före och efter ”stroken”.

Vi ser att denna process kräver tid för reflektion över sin nya livssituation. Att inte ha känt sig riktigt delaktig i beslutet att flytta till särskilt boende tycks försvåra copingprocessen och kan göra det svårt att acceptera äldreboendet som ett framtida hem. Den drabbade och anhöriga kan också ha haft andra förväntningar på vad ett särskilt boende är. Beslut om boende i ett senare skede efter rehabiliterande insatser skulle enligt vår uppfattning, förmodligen öka känslan av delaktighet i beslutsprocessen och därmed ge personen ökad möjlighet till självbestämmande.

Det krävs även mycket resurser i samband med inflyttning till särskilt boende. Förmågor som de strokedrabbade hade återfått kan vara svåra att bibehålla vid en flytt. De behöver gott om tid att anpassa sig till sin nya miljö. Vår erfarenhet och riktlinjerna visar att det finns ytterligare rehabiliteringspotential under det första året. Detta innebär att de strokedrabbade bör få fortsatta extra rehabiliteringsinsatser även efter inflyttningen till särskilt boende. Det är även viktigt att veta att man fått möjlighet att träna upp sina förmågor även om personen inte lyckas nå sina mål, för att underlätta anpassningen sin nya situation.

Att ha personcentrerad rehabilitering innebär att vara lyhörd för vad som personen själv uttrycker vara viktigt. Det kan vara allt från att kunna gå själv och klara av att flytta hem till att kunna hålla en servett i svag hand för att kunna torka sig om näsan vid näsdropp i matsal. Det är väldigt viktigt att det är personens egna formulerade mål vi arbetar mot för att personen ska känna sig delaktig och motiverad.

Demenssjukdomar är inget hinder men det kan vara nog så tryggt för personen att ordinarie omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och sjukgymnast har hand om rehabiliteringsprocessen i dessa fall. Det känns i vissa fall inte etiskt rätt att komma in utifrån och träna en person som själv inte är medveten om vad insatsen går ut på.

De strokedrabbade har komplexa problem att hantera för omvårdnadspersonalen. Detta kräver kunskap och strokeförbundet rekommenderar att personalen har gått en strokekompetensutbildning för att kunna möta dessa krav. Stroketeamet har haft en utbildningsinsats till omvårdnadspersonal. Det kanske finns ett kontinuerligt behov av detta?

Slutsats

- Strokedrabbade behöver mycket tid för att anpassa sig till sin nya situation.
- De har möjlighet att förbättra sina förmågor under första året efter insjuknandet.
- De rehabiliteringsresurser som idag finns avsatta på våra boendeenheter räcker inte till att möta de strokedrabbades alla behov.
- Omvårdnadspersonal som arbetar på våra boendeenheter kan ha behov av strokekompetensutbildning för att bättre kunna möta de behov de strokedrabbade har i vardagen.

En sammanfattning av vårt Strokeprojekt

Annica Nylund Sjukgymnast

Kerstin Nilsson Arbetsterapeut