



Äldres hälsa, vård och omsorg forskning pågår

Välkommen till konferens i Strömstad

Fredagen den 9 september 2011

Aulan, Strömstad gymnasium

FoU Fyrbodal

Närsjukvården Strömstad/Tanum

Högskolan Väst

Vårdsamverkan Fyrbodal

NU-sjukvårdens FoU-enhet

FoUU-enheten för primärvården i Fyrbodal

Innehållsförteckning

Program	4
Deltagare	5
Att veta att man bär på ett bukaortaaneurysm, screening av 65-åriga män..... Anders Hansson	8
Betydelsen av ny teknik i hemrehab	9
Gunnel Högberg	
Den äldre patientens upplevelse av besöket på en akutmottagning där triagemodellen MTS används.....	10
Pia Olofsson	
Direktinläggning av multisjuka äldre på medicinsk akutvårdsavdelning	11
Maria Johansson	
Distriktssköterskan som den sammanhållande länken mellan vård och omsorg för äldre sjuka i eget boende	12
Birgitta Gedda	
FoU-kompetensförsörjningsprogram för sjuksköterskor i Fyrbodals- forskning med inriktning på äldres hälsa och välbefinnande	13
Siv Bäck-Pettersson	
FoU-äldresatsningen i Fyrbodals, nuläge och i framtidsatsningar	15
FoUU i samverkan	
FyrNa - ett regionalt nätverk för representanter som på en strategisk/samordnande nivå arbetar med anhörigstöd i kommunerna inom Fyrbodals.	16
Nätverksledare under 2011 är Annelie Antonsson	
Förebyggande av trycksador inom NU-sjukvården	17
Mikael Dessner	
Granskning av vård och omsorg i Munkedal, Lysekil och Tanum ("Uppdrag granskning")	18
Gunnel Svensson	
Hembesök av distriktssköterska i Primärvården Norra Bohuslän.....	19
Ann-Christine Conradson	
Hälsa och välbefinnande inom psykiatri – patientens perspektiv	20
Sofia Sandersson	
KLARA SVPL	21
Cecilia Jarehammar, Katarina Amundsson	
Kliniska prioriteringar av äldre hjärtpatienter med komplexa behov.....	22
Niklas Ekerstad	
Konstsamtal med äldre	23
Claudia Theel	
Kontinuitet i vårdkedjan för personer med hjärtsvikt	24
Malin Östman	
Kvalitativ undersökning Uddevalla/ Orust.....	25
Lena Mossberg	

Kvalitetsregister som verktyg i palliativ vård	26
Anna-Karin Lindblom	
Palliativ vårdfilosofi	27
Charina Dagström, Lisbeth Lundgren	
Samordnad vårdplanering som genomförs i öppen vård.....	28
Lena Larsson, Maivor Olsson	
Samverkande sjukvård i Strömstad och Tanum	29
Jan-Erik Wounsch	
Sår och lokala sårvårdsrutiner – en pilotstudie i Lysekils kommun	30
Anna Kari Bromander, Agneta Hjelm Persäng	
Säker informationsöverföring mellan vårdgivare	31
Johan Linder	
Utvärdering av Nutritionsprojekt i Tanum och Strömstads kommun	32
Martina Lind	

Program

- 9:00 Inledning**
Cecilia Björkelund, Professor/distriktsläkare, Sven Kylén, FoUU-chef primärvården i Fyrbodals, Lis Palm, FoU strateg, FoU Fyrbodals, Carl-Peter Anderberg, ordförande lokala när sjukvårdsgruppen
- 9:30 Kommunikation**
Informationsöverföring, hinder och möjligheter
Johan Linder, sjuksköterska, Vänersborgs kommun
Ny teknik i hemrehab
Gunnel Högberg, arbetsterapeut, Karin Gärdek sjukgymnast, Vänersborgs kommun
Kontinuitet i vårdkedjan för patienter med kronisk hjärtsvikt
Malin Östman, distriktsköterska, doktorand, Källstorps Vårdcentral
- 10:30 Paus och posterutställning**
- 10:45 Kvalitet**
Kvalitetsregister som verktyg för kvalitetssäkring av palliativ vård
Anna-Karin Lindblom, MAS, Åmåls kommun
Sår och lokala sårvårdsrutiner – en pilotstudie i Lysekils kommun
Agneta Hjelm Persäng, universitetsadjunkt och Anna Kari Bromander, universitetslektor Högskolan Väst
Sjuksköterskeprojekt med äldreinriktning
Siv Bäck-Pettersson, forskningsledare, NU-sjukvården och primärvården
- 11:45 Rapport: Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i Fyrbodals**
Karin Magnusson, verksamhetschef Vård och omsorg, Orust kommun
- 12:00 Sammanfattning av förmiddagen**
- 12:15 When I'm 64**
Tantorkestern från Grebbestad
- 12:30 Lunch: Hemmagjord fiskpudding. Posterutställning**
- 13:30 Omvårdnad**
Palliativ vårdfilosofi i Fyrbodals
Charina Dagström demenssjuksköterska och Lisbeth Lundgren, specialpedagog Melleruds kommun
FoU-äldresatsningen i Fyrbodals
Lars Helldin, Ninni Sernert, Sven Kylén
Samverkande sjukvård i Tanums och Strömstads kommuner
Jan-Erik Wounsch, projektledare, Ambulanscentrum, NU-sjukvården
- 14:30 Prevention**
Stöd till anhöriga i Fyrbodals-kommunerna
Ingela Baatz, Anhörig- och frivilligsamordnare, Strömstad kommun
Vad finns kvar? 2 år efter ett nutritionsprojekt
Martina Lind, demenssjuksköterska, Tanums kommun
Konstsamtal med äldre
Claudia Theel, konstnär
- 15:15 Avslutning**
Vision för en god äldrevård i Fyrbodals
Direktörer, politiker och forskare har ordet
Kaffe, frukt och mingel

Deltagare

Namn

Agneta Hjelm Persäng
Agneta Kullberg
Agneta Lindell
Anders Hansson
Anders Paulin
Anette Larsson
Ann Åhlin
Anna Blomqvist
Anna Grefve
Anna Hollertz
Anna Kari Bromander
Anna Thörn
Anna-Karin Lindblom
Anna-Lena Carlsson
Ann-Christine Conradson
Ann-Christine Westberg
Anne-Louise Sorbring
Annika Grimhed
Annika Tobiasson
Ann-Marie Petersson
Anti Stridsman
Birgitta Andersson
Birgitta Jonasson
Birgitta Jönsson
Birgitta Sandrén
Bo Lundgren
Britt Johansson
Britthmari Andersson
Britt-Marie Johansson
Camilla Högström
Camilla Stenbråten
Carin Junged
Carina Deall
Carina Magnusson
Carita Nurmi
Carl Kullgren
Carl-Peter Anderberg
Carola Karlsson
Carola Svantesson
Caroline Skålberg
Cecilia Adamsson
Cecilia Björkelund
Cecilia Jarehammar
Charina Dagström
Charlotte Almkvist-Hall
Charlotte Bliesener
Christer Fransson
Christina Hellqvist
Christina Kajsjö
Claudia Theel
Elisabeth Kvilén Eriksson

Arbetsplats

Högskolan Väst
Strömstad/Tanum kommun
Hemsjukvården Lilla Edet
FoUU-enheten för primärvården i Fyrbodal
Hemvårdsavdelningen Uddevalla kommun
MÅVA Uddevalla sjukhus
Sjukgymnastiken Strömstad
Avd för assistans och rehabilitering Uddevalla kommun
Kommunrehab Vänersborg
Herrestads vårdcentral
Högskolan Väst
Socialtjänsten Uddevalla kommun
Åmåls kommun
Tärnegården, Tanums kommun
Lysekils VC
Hemsjukvård, nattpatrull o rehabilitering, Orust
Orust kommun
Hemsjukvård, nattpatrull o rehabilitering, Orust
Tanums kommun
Lysekils läkarhus
MÅVA Uddevalla sjukhus
Lilla Edets vårdcentral
Åmåls kommun
Herrestad vårdcentral
Bengtsfors kommun
Socialtjänsten, Uddevalla kommun
Hemvården Melleruds kommun
Åmåls kommun
Socialnämnden Dals-Ed
MÅVA Uddevalla sjukhus
VC Bohuslinden
Vårdsamverkan Fyrbodal
Bengtsfors kommun
Rehabenheten Strömstad kommun
Hemsjukvård, nattpatrull o rehabilitering, Orust
Kommunstyrelsens sociala utskott, Bengtsfors
Lokala Närsjukvårdsgruppen
Socialförvaltningen, Vänersborgs kommun
Hemsjukvården, Färgelanda kommun
Rehabenheten Strömstad kommun
MÅVA Uddevalla sjukhus
Göteborgs Universitet
KLARA SVPL IT-strategiska enheten
Hemsjukvården i Melleruds kommun
Vårdsamverkan Fyrbodal
FoU Sjuhärad
Socialtjänsten Uddevalla
Primärvården Fyrbodal
Orust kommun

Sjukvårdsrådgivningen Fyrbodal

Elisabeth Ohlson	VG Primärvård Utbildning Fyrbodal
Elisabeth Phil-Timmig	Hemsjukvård, nattpatrull o rehabilitering, Orust
Elving Claesson	Omsorgsnämnden, Sotenäs kommun
Esme Richardsson-Owen	Hemsjukvård, nattpatrull o rehabilitering, Orust
Eva Andersson	Socialtjänsten Uddevalla
Ewa Arvidsson	Hälso- och sjukvårdsnämnd 2, Dalsland
Eva Höglund	FoU Sjuhärad
Eva Larsson	FoUU-enheten för primärvården i Fyrbodal
Gunilla Bengtsdotter	Socialförvaltningen i Dals Ed
Gunilla Dimsjö	Hemvårdsavdelningen Uddevalla kommun
Gunilla Josefsson	Primärvården Fyrbodals styrelse
Gunnel Högberg	Kommunrehab Vänersborgs
Hanna Holgersson	MÄVA Uddevalla sjukhus
Hans Peter Bolle	Vårdcentralen Granngården/Sjuntorp
Hans-Peter Johannesson	Äldreomsorgen, Tanums kommun
Harriet Nilsson	Hedegården 2 Tanums kommun
Helen Larsson	Primärvården Uddevalla
Inga Göransson	Hälso- och sjukvårdsnämnd 1, Norra Bohuslän
Ingela Arvidsson	Åmåls kommun
Ingela Baatz	Strömstad kommun
Jan-Erik Samuelsson	Socialtjänsten Uddevalla
Jan-Erik Wounsch	Ambulanscentrum NU-sjukvården
Johan Linder	Vänersborgs kommun
Kajsa Ankargren	Åmåls kommun
Kari Sandegren	Rehabenheten Strömstad kommun
Karin Gärdek	Kommunrehab Vänersborg
Karin Magnusson	Orust kommun
Karolina Willén	VC Bohuslinden
Katarina Amundsson	KLARA SVPL IT-strategiska enheten
Katarina Johansson	HSV Dals Eds kommun
Katarina Sandrén	Verksamheten för omsorg Orust kommun
Katarina Ågren	Hemvården Melleruds kommun
Katharina Törnblad	Strömstads kommun
Katrin Soomägi	Hemsjukvård, nattpatrull o rehabilitering, Orust
Kenneth Gustavsson	Socialförvaltningen i Dals Ed
Kristina Lignell	Flexteam och Anhörigstöd, Dals Ed
Kristina Skymberg	Källstorps vårdcentral
Lars Fredén	NU-akademi Väst
Lars Helldin	NU-sjukvården
Leif Johansson	Omsorgsnämnden, Sotenäs kommun
Lena Larsson	Hemsjukvården Lilla Edet
Lena Larsson	Vårdcentralen Kungshamn
Lena Mossberg	Kommunalförbundet Fyrbodal
Lena Wetterlind	Omsorgskontoret, Tanumshede
Lillemor Mattsson	Vårdcentralen Munkedal
Lis Palm	FoU Fyrbodal
Lisa Yore	Rehabenheten Orust kommun
Lisbeth Lundgren	P D Lundgrensgatan 10, Melleruds kommun
Lisbeth Storm	Socialtjänsten, Uddevalla kommun
Lollo Larsson	Sjukgymnastiken Primärvården Strömstad
Lotta Olsson	Biståndsavd. Uddevalla kommun
Madeleine Bergh	Högskolan Väst
Magnus Nadén	Orust kommun
Maivor Olsson	Psykiatriska kliniken, NU-sjukvården

Maj Lätto-Karlsson	Omsorgskontoret, Tanums kommun
Malena Mandelholm	MÅVA Uddevalla sjukhus
Malin Hagberg	Avd för assistans och rehabilitering Uddevalla kommun
Malin Moberg	Hemsjukvården Tanums kommun
Malin Östman	Källstorps vårdcentral, Trollhättan
Margareta Bäck	Hemvården Melleruds kommun
Margareta Karlsson	Avd för assistans och rehabilitering Uddevalla kommun
Margareta Stig	Hemsjukvården Lilla Edet
Margareta Trolle-Lindgren	Sjukgymnastiken Strömstad
Margareth Skarström	Hemvården Melleruds kommun
Maria Bruhn	Vårdsamverkan Fyrbodol
Maria Fredriksson	Vårdsamverkan Fyrbodol
Maria Fredriksson	HSV Dals Eds kommun
Maria Johansson	MÅVA Uddevalla sjukhus
Maria Lindgren	Bengtsfors kommun
Maria Lohrant	Hemsjukvården Lilla Edet
Maria Länsström	Socialtjänsten Uddevalla kommun
Maria Skön	Område Medicin, Vårdplaneringsenh. NU-sjukvården
Maria Ström	Biståndsavd. Uddevalla kommun
Marie-Anne Stoltz	
Marie-Louise Bergvall	Biståndsavd. Uddevalla kommun
Marion Vaern	Socialtjänsten, Uddevalla kommun
Marita Holm	Socialtjänsten, Uddevalla kommun
Marita Niemi	Socialtjänsten Uddevalla
Martina Lind	Tanums kommun
Mia Horvath	MÅVA Uddevalla sjukhus
Minna Johansson	Herrestads vårdcentral
Mona Häck	Hemvårdsavdelningen Uddevalla kommun
Monica Olsson	MÅVA Uddevalla sjukhus
Monika Bergström	Socialförvaltningen i Dals Ed
Nicklas Attefjord	Hälso- och sjukvårdsnämnd 3, Trestad
Ninni Sernert	NU-sjukvårdens FoU-enhet
Per Midvedt	VC Bohuslinden
Per-Arne Brink	Hälso- och sjukvårdsnämnd 1, Norra Bohuslän
Pernilla Wall	Hagalid Dals Eds kommun
Pia Olofsson	Högskolan Väst
Pia Settergren	Sotenäs kommun
Reidun Johansson	Hemsjukvård, nattpatrull o rehabilitering, Orust
Sara Weststrand	Tanums kommun
Siv Bäck-Pettersson	FoU NU-sjukvården/Primärvården
Sofia Sandersson	NU-sjukvården/Område Vuxenpsykiatri
Sonja Eklund	Åmåls kommun
Sophie Johansson	Kommunrehab Vänersborg
Stina Leander	Bengtsfors kommun
Susanne Hafstad	Orust kommun
Sven Kylén	FoUU-enheten för primärvården i Fyrbodol
Sylvia Wide	PVO-chef Uddevalla, Primärvården Fyrbodol
Sölvie Linder	Melleruds kommun
Trine Johansson	Strömstads kommun
Ulla Nieminen	Granåsgården, Bengtsfors kommun
Ulrika Eriksson	Hemsjukvård, nattpatrull o rehabilitering, Orust
Yvonne Larsson	Hemvården Melleruds kommun
Yvonne Simonsson	Socialförvaltningen i Dals Ed

Att veta att man bär på ett bukaortaaneurysm, screening av 65-åriga män

Projektledare: Anders Hansson
Medarbetare: Monica Pettersson, John Brodersen, Susanne Reventlew
Arbetsplats: Primärvårdens FoUU-enhet, Fyrbodal
Kontaktuppgifter: anders.hansson@vgregion.se

Bakgrund

Ett rupturerat abdominalt aortaaneurysm (AAA) är ett dödligt tillstånd. De flesta som kommer akut till sjukhuset med ett rupturerat AAA hinner dö eller dör i komplikationer till operationen. Det finns vetenskaplig evidens för att screening för bukaortaaneurysm av alla män >65 år minskar mortaliteten i rupturerat AAA. Screening anses också vara kostnadseffektiv. Sedan 2009 har man därför beslutat att alla män >65 år i VGR skall erbjudas en ultraljudsundersökning av bukaorta.

Syfte

Det finns invändningar mot allmän screening för bukaortaaneurysm. T ex kunde man inte visa att screening för AAA minskad den totala dödligheten bland de undersökta männen, även om dödligheten i rupturerat AAA minskade. Att ha ett asymtomatiskt AAA, som inte behöver opereras direkt, innebär att man behöver gå på fortsatta årliga ultraljudskontroller. Studier har visat att livskvaliteten bland dessa män kan vara nedsatt. I den Cochraneöversikt, som gjordes 2009, anser man att frågan om hur vetskapen om att man har ett AAA påverkar livskvaliteten ännu är ofullständigt utredd. T ex hade inga kvalitativa studier gjorts på män med AAA. Syftet med denna studie var att täcka det behovet.

Metod

Kvalitativ intervju med femton 65-åriga män, som fått diagnosen AAA som skulle följas men som inte behövde opereras, gjordes ca 1-6 månader efter det att de varit på sin första läkarundersökning ca 1 månad efter det att de fått beskedet. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys.

Resultat

I intervjuundersökningen framkom att, det finns en ambivalens till kunskapen om att man har ett AAA: å ena sidan tycker man (ganska oreflekterat) att det är bra att sjukvården kallar och följer upp olika sjukdomstillstånd, men å den andra sidan vet man inte riktigt vad man skall med kunskapen till. Vetskapen om att man har ett AAA tycks ge upphov till oro och existentiella funderingar.

Sammanfattning

Resultatet visar att screening där det ”osynliga” synliggörs kan ge upphov negativa känslor och existentiella funderingar som inte alltid framkommer i traditionella enkätinstrument. I en uppföljande undersökning vill vi intervjua samma män, fast i fokusgrupper, för att validera ett för AAA-screenade speciellt utvecklat enkätinstrument. Studien är tänkt att följas av en kvantitativ enkätstudie på aortascreenade män.

Betydelsen av ny teknik i hemrehab

Projektledare:	Gunnel Högberg leg arbetsterapeut
Medarbetare:	Sophie Johansson leg arbetsterapeut, Anna Grefve leg sjukgymnast, Karin Gärdek leg sjukgymnast
Arbetsplats:	Kommunrehab Vänersborg
Kontaktuppgifter:	gunnel.hogberg@vanersborg.se, gunnelhogberg@live.se

Bakgrund

Utifrån ett regeringsuppdrag samordnar Hjälpmedelsinstitutet satsningen Teknik för äldre. Socialnämnden i Vänersborgs kommun ansökte i dec 2011 om utvecklingsstöd, vilket beviljades för detta projekt, som startade 2011-05-01 och som planeras att pågå till och med 2012-05-31.

Arbetet inom Vård och Omsorg är mycket informationsintensivt. För att ytterligare utveckla arbetsmodellen för hemrehabiliteringen vill vi fokusera på att studera och utvärdera informationsöverföring av text, bilder och film direkt till vårdtagarens TV skärm.

Syfte

Att genom denna studie undersöka om ny teknik ger möjligheter att öka motivationen för träning i hemmet genom att vi skapar en ökad tydlighet i utförandet av träningsprogram. Att ytterligare öka kvalitén och möta morgondagens behov av ny teknik i hemrehab.

Metod

Produkten som används är en elektronisk brevlåda, som är kopplad till TV apparaten i vårdtagarens hem. Personal på Kommunrehab skickar information, bilder eller film gällande träningsprogram genom e-post, SMS eller MMS direkt hem till vårdtagarens TV.

Kvalitativ metod och kvantitativ metod används under projekttiden. Intervjuer och enkät till vårdtagare, närstående, hemvårdspersonal och personal på Kommunrehab. De som deltar i projektet är vårdtagare som bor i ordinärt boende och som har behov av rehabiliteringsinsatser inom hemrehab. 10 vårdtagare planeras att delta i projektet.

Resultat

– vårt mål med denna studie är

Att syftet ska visa sig vara uppfyllt.

Att projektet och den spännande utmaning som projektiden bygger på ska resultera i en positiv respons från vårdtagare, närstående och personal.

Att utvecklingsarbetet utifrån denna idé, som bygger på en produkt som möjliggör enkel digital kommunikation via TV, ska kunna påvisa värdet av ny teknik i hemrehab. En början till ett nytt arbetssätt för att möta morgondagens behov.

Sammanfattning

I Kommunrehab's uppdrag utgör hemrehabiliteringen en omfattande del i det dagliga arbetet. Denna nya teknik medför att vårdtagaren i sin hemmiljö får information på ett nytt sätt. Hemmet ”öppnas upp” för vårdtagare som bor själva eller med närstående. Ökad stimulans och ökad motivation till träning i hemmiljö ger möjlighet att ytterligare öka kvalitén.

Den äldre patientens upplevelse av besöket på en akutmottagning där triagemodellen MTS används

Projektledare: Pia Olofsson
Medarbetare: Siv Bäck-Pettersson, Eric Carlström
Arbetsplats: Högskolan Väst
Kontaktuppgifter: pia.olofsson@hv.se

Bakgrund

Triage har introducerats på de flesta akutmottagningar i Sverige under senare delen av 2000-talet, med syfte att identifiera de som av medicinska skäl behövde omedelbar vård. Vid ankomsten till akutmottagningen identifierar sjuksköterskan patientens medicinska sjukdomssymtom, med hjälp av ett medicinskt beslutsstöd, i syfte att bestämma en turordning, ett så kallat triagemöte. Många patienter som söker vård på akutmottagningen är äldre med multipla diagnoser. Efter implementeringen av triage placerades dessa patienter ofta i en mindre akut turordningskategori, vilket oftast innebar extra lång väntetid. De medicinska symtom dessa patienter uppvisade föranledde sällan någon omedelbar akut behandling (Olofsson, Gellerstedt & Carlström, 2009).

Syfte

Studiens syfte var att beskriva hur äldre multisjuka patienter upplever vistelsen på en akutmottagning där en strukturerad triagemodell (MTS) implementerats.

Metod

14 äldre multisjuka patienter intervjuades. Datan samlades in och bearbetades med en deskriptiv fenomenologisk metod utarbetad av Giorgi.

Resultat

Patienten upplever att triageringen genomförs omsorgsfullt och med omtanke. Det snabba och kunniga omhändertagandet där patientens problem snabbt identifieras bidrar till en upplevelse av respekt, tillit och trygghet. Sjuksköterskans närvaro i mötet bidrar till att utveckla en vårdrelation där patienten känner sig bekräftad och respekterad som person. Under den övriga vistelsen på mottagningen upplever patienten likgiltighet och ett ointresse för sin person, sin kunskap och sin situation från vårdpersonalens sida, vilket skapar en känsla av frustration. Okänsligt och okunnigt agerande gör att patienten känner sig utlämnad och besviken och frånvaron av omsorg under väntetiden kränker patienten så mycket att det finns en kvarstående negativ association till vistelsen på akutmottagningen.

Sammanfattning

Studiens syfte var att beskriva hur kroniskt sjuka äldre patienter upplever vistelsen på en akutmottagning där triagemodellen MTS används. 14 patienter mellan 71 och 90 år intervjuades och analysen utfördes med hjälp av en fenomenologisk deskriptiv metod. Resultatet visar att patienterna upplever sig väl omhändertagna och sedda i triagemötet. Som kontrast till detta upplever patienten likgiltighet och ett ointresse för sin person under den övriga vistelsen på akutmottagningen.

Direktinläggning av multisjuka äldre på medicinsk akutvårdsavdelning

Projektledare: Maria Johansson
Arbetsplats: Specialist i allmänmedicin, överläkare MÄVA, medicinsk äldrevårdsavdelning Uddevalla sjukhus, NU-sjukvården, Västra Götalands Regionen.

Kontaktuppgifter: maria.e.johansson@vgregion.se

Bakgrund

På medicinkliniken vid Uddevalla sjukhus öppnades i november 2008 två avdelningar med inriktning på så kallade äldre (>75 år) multisjuka patienter (MÄVA= medicinsk äldrevårdsavdelning). Till avdelningarna kommer patienterna dels från medicinakuten dels från andra avdelningar men allt fler via direktinläggning utifrån.

Syfte

Jag har studerat multisjuka äldres slutenvårdsbehov med minst fem vårdtillfällen under en ettårsperiod samt korrelerat detta till ålder, kön, diagnos, boendeform samt utförd vårdplanering.

Metod

Antal vårddygn, kön, ålder, boendeform vid inläggning, tid till återinläggning, inläggningsorsak, huvuddiagnos, vårdplanering samt eventuellt dödsfall under vårdtid eller i nära anslutning till sista vårdtillfället (inom 3 månader) har registrerats. Inläggningsorsak har delats in i tre grupper: sjukdom, oro eller sociala skäl.

Resultat

Under aktuell tidsperiod har 40 patienter, 22 män och 18 kvinnor haft från 5 till 13 vårdtillfällen på MÄVA. Männerna har i genomsnitt två dygns kortare vårdtid än kvinnorna (7,0 vs 9,3 dagar). Emellertid är tid till återinläggning något kortare för männen (30 vs 37 dagar), Huvudskälen till inläggning är sjukdomsrelaterat (89 %) men hos ca 11 % är det antingen oro eller sociala skäl som leder till sjukhusvård. 86 % av vårdtillfällena har skett via direktinläggning. 85 % är ensamboende. Fyra patienter hade <10 dagar mellan sina vårdtillfällen. De dominerande huvuddiagnoserna är hjärtsvikt/kroniskt ischemisk hjärtsjukdom, KOL samt infektioner som utgör ca 70 % av vårdtillfällena.

Sammanfattning

Antalet äldre med multisjuklighet ökar.

Sedan november 2008 finns möjlighet för direktinläggning av multisjuka äldre på medicinsk vårdavdelning.

Majoriteten av patienterna vårdas pga sjukdom och endast tio procent pga oro eller sociala skäl.

Man finner ej att patienten har prioriterats till fel vårdnivå .

Majoriteten av de multisjuka patienter som vårdats flest gånger under ett år är ensamboende.

Distriktssköterskan som den sammanhållande länken mellan vård och omsorg för äldre sjuka i eget boende

Projektledare: Birgitta Gedda
Medarbetare: Ann-Christine Conradsson
Lena Larsson
Ann-Marie Peterson
Arbetsplats: Lysekils VC
Kontaktuppgifter: birgitta.gedda@vgregion.se

Bakgrund

Studien var en del av ett projekt initierat av socialstyrelsen, där man ville undersöka livssituationen för äldre sjuka som bor kvar i eget boende

Syfte

Syftet var att belysa effekter hos sjuka äldre som inte omfattades av den kommunala hemsjukvården och som är kvarboende i eget hem. samt att identifiera och beskriva de äldre sjukas komplexa situation och vårdbehov

Metod

Kvalitativ innehållsanalys

Resultat

Resultaten visade att de äldre led av olika sjukdomar i kombination med ensamhet och/ eller social isolering. Brist på stöd från omsorgs- och/eller medicinsk personal kunde ta olika former, såsom förnekelse, uppgivenhet, apati och i vissa fall, ren misär. Att vara ensam och försöka hantera läkemedelsordinationer samt olika hälsoproblem visade sig vara problematiskt på många nivåer och kunde leda till brist på följsamhet med ordinationer, missförstånd, oro och otrygghet.

Sammanfattning

Slutsatsen var att en välfärdsorganisation som bygger på stuprörstänkande kan leda till att äldre sjuka som bor kvar i eget boende har en ökad risk att fall mellan stolarna i det svenska välfärdsystemet. Uppsökande verksamheten av specialutbildade sjuksköterskor kan medverka till att överbrygga kontakten mellan olika omsorgs- och vårdpersonal så att de äldre sjukas behov kan säkerställs

FoU-kompetensförsörjningsprogram för sjuksköterskor i Fyrbodalforskning med inriktning på äldres hälsa och välbefinnande

Projektledare: Siv Bäck-Pettersson
Medarbetare: Ninni Sernert, Sven Kylén, Lis Palm, AnnCharlotte Wikström, Kristin Falk & Evelyn Hermansson
Arbetsplats: FoU-enheten, NU-sjukvården, FoUU-enheten Primärvården Fyrbodaforskning
Kontaktuppgifter: siv.back-pettersson@vgregion.se

Bakgrund

Projektet genomfördes för att FoU-verksamheterna tillsammans skulle stödja hälso- och sjukvårdsorganisationernas lärande och kunskapsskapande vad gäller omvårdningsforskning, utveckla kollegiala nätverk och öka den gränsöverskridande FoU-samverkan inom omvårdnadsområdet i Fyrbodalområdets hälso- och sjukvård.

Syfte

Programmets övergripande syfte var att få till stånd en kompetensutveckling bland kliniskt verksamma sjuksköterskor genom att höja den akademiska kompetensen bland deltagande sjuksköterskor, genomföra studier inom ett prioriterade forskningsområden och stimulera intresset för fortsatt akademisk utbildning bland sjuksköterskor.

Metod

Programmets design gick ut på att sjuksköterskor skulle få möjlighet att inom ramen för utbildning på avancerad nivå (magister 1 år), som examensarbete genomföra en studie från idé till publikation inom ett prioriterat område för omvårdningsforskning.

Resultat

Utvärderingen av programmets kommer att publiceras som vetenskapliga artiklar och i form av en FoU-rapport på svenska. Följande forskningsprojekt som berör äldreområdet pågår eller har genomförts inom ramen för FoU-kompetensförsörjningsprogrammet:

- 1. Kvalitetsregister som verktyg i palliativ vård.**
Projektledare: Anna-Karin Lindblom, leg.sjuksköterska, fil.kand., MAS, Vård- och omsorgsförvaltningen, Åmåls kommun.
- 2. Äldre personers upplevelse av vårdplanering.**
Projektledare: Ingela Gustafsson, leg. distriktssköterska, fil kand. Åmåls kommun.
- 3. Säker informationsöverföring mellan vårdgivare.**
Projektledare: Johan Linder, leg. sjuksköterska, fil kand., Vänersborgs kommun.
- 4. Besöket på akutmottagningen - äldre, kroniskt sjuka patientens upplevelser.**
Projektledare: Pia Olofsson, leg. sjuksköterska, fil. mag., universitetsadjunkt, Högskolan Väst.
- 5. Hälsa och välbefinnande inom psykiatri – patientens perspektiv**
Projektledare: Sofia Sanderson, leg. sjuksköterska, fil mag., NU-sjukvården, Område Vuxenpsykiatri.
- 6. Kontinuitet i vårdkedjan för personer med hjärtsvikt.**
Projektledare: Malin Östman, leg. distriktssjuksköterska, fil. mag., doktorand, Källtorps vårdcentral, Göteborgs universitet.
- 7. Natfastans påverkan på äldres vikt - Ett pilotprojekt på särskilt boende.**
Projektledare: Barbro Wall, leg. distriktssköterska, fil.mag. Lysekils kommun.
Uppsatsen kan laddas ner:
<http://www.fyrbodaforskning.se/download/23952/nutritionsuppsatslysekil.pdf>

8. **Sjuksköterskans dokumentation av trycksår- en totalundersökning.**

Projektledare: Ingela Rödström, leg. sjuksköterska, fil.mag., Hemsjukvården, Lysekils kommun. Uppsatsen kan laddas ner:

<http://www.fyrbodal.se/download/23779/sjukskoterskansdokumentationavtrycksar.pdf>

Sammanfattning

Programmet utgör en strategisk satsning från huvudmännens sida för att accelerera intresset inte bara för utbildning på avancerad nivå utan också för att engagera medarbetarna för verksamhetsnära forskning och utveckling i det kliniska arbetet.

FoU-äldresatsningen i Fyrbodal, nuläge och i framtidsatsningar

Process:	FoUU i samverkan
Medaktörer:	Kommunalförbundet Fyrbodals FoU-verksamhet, FoU-enheten i NU-sjukvården, FoUU-enheten i PV Fyrbodal, Vårdsamverkan Fyrbodal, Högskolan Väst, Göteborgs universitet
Arbetsplats:	Fyrbodal

Bakgrund

FoU-kompetensförsörjning och utveckling av kvalitet och metoder kräver uthålliga satsningar. FoU-aktörerna ovan har för att stärka lärande och kunskapsskapande, vid sidan av att fokusera på den egna organisationens behov, valt att samverka på ett gränsöverskridande sätt i frågor där detta bedömts vara lämpligt. Än så länge har samverkansarbetet hunnit längst inom psykiatri-, och äldreområdet men kan i framtiden omfatta allt fler fält/frågeställningar.

Syfte

- Att utveckla lärande och kunskapsskapandeprocesser i vårdflödet på ett sådant sätt att vården klarar att ta hand om dagens behov och samtidigt förmår att förbereda sig för att möta morgondagen.
- Att ge förutsättningar för adekvat kompetens och arbetssätt på rätt plats i rätt tid!

Metod/arbetssätt

Att arbeta tillsammans, dialog, idéskisser och ansökningar

Resultat

Äldresatsningen i samverkan började genom att man inom ramen för FoU-kompetensförsörjningsprogrammet för sjuksköterskor (se Siv Bäck-Petterssons, Malin Östmans, Johan Linders, Pia Olofssons, Anna-Karin Lindbloms och Sofia Sanderssons abstract) valde att, i sju av elva frågeställningar, fördjupa sig i äldrerelaterade spörsmål. Detta plus Vårdsamverkan Fyrbodals tilltagande fokusering på området ledde till att FoU-aktörerna 2009 ansökte om Socialstyrelsens stimulansmedel för en gemensam äldresatsning. Ansökan beviljades och projekt genomfördes under 2010 som presenteras på en konferens i Strömstad 9 september 2011.

Under arbetet med olika projekt har samverkansprocessen fördjupats och en FoU-samverkansgrupp med samtliga FoUU-aktörer i Fyrbodal träffas regelbundet för att informera varandra och se om samverkan kan vara möjlig och önskvärd. Likaledes har tillkomsten av Fyrbodalakademin NU-VÄST gett ökade möjligheter till samverkan genom gemensamma AIL-plattformar. Sjukhusledningen har också givit i uppdrag åt FoU-enheten att undersöka om och hur erfarenheterna på MÄVA (medicinsk äldrevårdsavdelning) kan ligga till grund för en fördjupad FoU-äldresatsning. Forskningsområden, forskare och förhållningssätt finns nu som en idéskiss på sjukhusledningens bord.

Sammanfattning

FoU-aktörerna i Fyrbodal kan och vill samverka när det bedöms som adekvat. Man anser att samverkan om äldre-FoU har varit framgångsrikt och bör utvecklas. Samverkan har visat sig ge inspiration och framgång när den är uthållig, frivillig och innebär ett ömsesidigt givande och tagande! Med uthållig avses att man har och tar tid till att förstå andras ståndpunkter. Med frivillig avses att man bara behöver vara med om det upplevs ge ett mervärde. Med ömsesidigt givande och tagande avses att det är vinn-vinn som gäller och inte vinna-förlora.

FyrNa - ett regionalt nätverk för representanter som på en strategisk/samordnande nivå arbetar med anhörigstöd i kommunerna inom Fyrbodalsregionen.

Projektledare	Nätverksledare under 2011 är Annelie Antonsson
Medarbetare	Kristina Lignell, Eva Olsson, Ingela Baatz, Valeria Linc, Ingela Löfqvist Ehn, Annica Widegren, Amie Stobenius, Anne-Louise Sorbring, Ellinor Johansson, Maria Linnås, Anette Westerlind, Ann-Christine Karlsson, Ann-Christin Sädås, Jenny Mentzer, Britt-Marie Halvordsson, Birgitta Körner, Jane Hedberg
Arbetsplats	Dals-Ed, Färgelanda, Strömstad, Tanum, Sotenäs, Orust, Munkedal, Uddevalla, Trollhättan, Vänersborg, Lilla Edet, Åmål, Bengtsfors, Mellerud
Kontaktuppgifter	Annelie Antonsson Mobil 070-375 62 86 annelie.antonsson@lysekil.se

Bakgrund

Anhörigstöd ska erbjudas till personer som vårdar eller stödjer någon långvarigt sjuk, äldre eller någon med funktionshinder enligt socialtjänstlagen 5 kap. 10 §. Alla kommuner i Fyrbodalsregionen har anställda Samordnare för anhörigstödsfrågor och ett nätverk i Fyrbodalsregionen bildades på uppdrag av social- och omsorgsnämnderna i området. Det finns stordriftfördelar som kan göras i ett nätverk och det finns kunskap där en enskild kommuns invånare har nytta av att kommunerna samverkar.

Syfte

Syftet är att effektivare och bättre använda de begränsade resurserna i kommunerna för att uppfylla målen i socialtjänstlagen 5 kap. 10 §. Lagen beskriver att anhöriga ska erbjudas stöd och att stödets syfte är att fysiskt och psykiskt underlätta för anhöriga som vårdar eller stödjer en person som är långvarigt sjuk, äldre eller en person med funktionshinder.

Metod

Nätverket arbetade fram en handlingsplan och därefter har först en kartläggning inklusive analys gjorts om vad som görs och erbjuds i de olika kommunerna. Detta ledde till att några deltagare fick i uppdrag att ta fram en gemensam broschyr som kan användas bla på vårdcentraler och sjukhusen för att upplysa personal, patienter och anhöriga om att det finns ett anhörigstöd i varje kommun.

Resultat

Det finns en rapport om "Kartläggning av arbetsformerna för Anhörigstödet i Fyrbodalsregionen" Karlsson, Sorbring, FoU Fyrbodalsregionen 2010:01 vilken avslutas med förslag på förbättringsområden. Ett av förbättringsområdena som kan och bör samordnas inom Fyrbodalsregionen är – gemensamt informationsmaterial och kampanjer till länssjukvård/region och andra vårdgivare. Vilket i dagsläget resulterat i en gemensam broschyr med information om vad kommunerna kan erbjuda för stöd till anhöriga.

Sammanfattning

Att arbeta i nätverk har gett olika vinster som kommer anhöriga till del. En broschyr är bara ett första steg, framöver kommer det samordning kring kurser och föreläsningar till anhöriga och olika erbjudande om utbildning samt studiebesök. Mer information finns på kommunernas hemsida och på fyrbodalsregionens hemsida www.fou.fyrbodalsregionen.se .

Förebyggande av trycksador inom NU-sjukvården

Projektledare: Mikael Dessner
Medarbetare: Britt-Marie Lundgren, läkare. Infektionskliniken, NU-sjukvården
Marita Åsenfors, sjuksköterska. Infektionskliniken, NU-sjukvården
Åsa-Li Pramlid, sjuksköterska. Urologen, NU-sjukvården
Josefin Norlén, sjuksköterska. MÄVA 1 och 2, NU-sjukvården
Arbetsplats: Kirurgkliniken NU-sjukvården
Kontaktuppgifter: mikael.dessner@vgregion.se

Bakgrund

SKL tog 2007 initiativ till en kraftfull nationell satsning för att öka patientsäkerheten och reducera vårdskadorna. Satsningen fokuserar inom sex områden, varav tre är inom vårdrelaterade infektioner. De tre övriga områdena är förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar, förebygga fallskador samt förebygga trycksår. Svensk hälso- och sjukvård har vid internationella jämförelser goda resultat men trots detta är förekomsten av vårdskador oacceptabelt stor även i Sverige. Undersökningar visar att nästan var tionde patient inom somatisk slutenvård i Sverige drabbas av någon form av vårdskada (Sveriges Kommuner och Landsting. Förebygg trycksår i samband med vård, nationell satsning för ökad patientsäkerhet. 2008).

En kostnadsberäkning i Jönköpings läns landsting från 2005 visade att behandlingen för trycksår uppgick till 53 miljoner under ett års tid (Bertov K, Nordin A. Synliggöra ekonomiska konsekvenser av förbättringsarbeten. Utvecklingskraft, Jönköping, 2006).

Syfte

Syftet med studien är att minska prevalensen av trycksår inom NU-sjukvården genom att i tidigt skede fånga upp de patienter som ligger i riskzonen att utveckla trycksår, samt att lindra och läka trycksår hos de patienter som redan har utvecklat ett trycksår.

Metod

Det finns ett flertal olika bedömningsinstrument som kan användas för att bedöma risken för att ett trycksår utvecklas. De som rekommenderas av socialstyrelsen är modifierad Norton-skala samt RAPS (Risk Assessment for Pressure Sore)-skalan (3). Snarast efter ankomst skall alla patienter äldre än 70 år bli bedömda vad det gäller trycksårsrisk med hjälp av modifierad Norton-skala.

Målet med denna första bedömning är att fånga upp de patienter som ligger i riskzonen för att utveckla trycksår och sätta in de åtgärder som behövs för att undvika att trycksår uppkommer.

Resultat

Standardvårdplanen för förebyggande av trycksår har endast provats på MÄVA 1 och MÄVA 2 i Uddevalla, detta för att se om standardvårdplanen fungerar i realiteten. Efter en revidering av standardvårdplanen skall denna användas inom hela NU-sjukvården.

Sammanfattning

Då det inte beslutats om exakt startdatum för när standardvårdplanen för motverkande av trycksår skall implementeras i hela NU-sjukvården går det inte att utvärdera något resultat ännu.

Granskning av vård och omsorg i Munkedal, Lysekil och Tanum ("Uppdrag granskning")

Projektledare: Gunnel Svensson

Medarbetare: Maria Lundström Ottosson, Agneta Stenqvist, Ingrid Fredriksson, Lena Olsson och Anders Fischer

Arbetsplats: Munkedal, Tanum, Lysekil

Kontaktuppgifter: gunnel.svensson@munkedal.se 0706530395

Bakgrund

Förvaltningscheferna i socialtjänsten i Lysekil, Munkedal och Tanum har gett ovan nämnda personer i uppdrag att arbeta fram ett system för uppföljning och granskning av verksamheterna. Både verksamheter i egenregi och kundvalsstyrda skall omfattas av detta kvalitetsledningssystem. Gemensamma kvalitetskriterier, metoder för uppföljning av kvalitet, kvalitetsredovisning och handlingsplaner för verksamhetens förbättringsarbete skall ingå. De områdena som berörs är särskilt boende och hemvård/hemtjänst samt dokumentation inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. "Uppdrag granskning" startar hösten 2011. Uppdraget bygger på att vi ska följa upp och granska varandras kommuner.

Syfte

Syfte är att förbättra kvalitet för brukarna genom granskning och uppföljning av verksamheterna som görs med fokus på lärande och utveckling av verksamheterna.

Metod

Arbetsgruppen skall ta fram enkäter som skall besvaras digitalt av personalen i verksamheten. Det blir olika enkäter för de olika områdena.

Resultat

Sammanställning av resultatet i enkätundersökningen, öppna jämförelser, NKI och äldreguiden kommer att föras i dialog med verksamheten. Sammanställningen av svaren från enkäterna skall analyseras, diskuteras i respektive arbetsgrupp, som samtalsledare kommer en medarbetare från annan deltagande kommun.

Resultat kommer att delges ansvarig nämnd. Arbetsgruppen kommer att sammanfatta uppföljningen och beskriva förbättringsområde samt hur dessa skall följas upp.

Hembesök av distriktssköterska i Primärvården Norra Bohuslän

Projektledare: Ann-Christine Conradson

Medarbetare: Sofia Häller distriktssköterska VC Lysekil, Lena Larsson distriktssköterska VC Kungshamn, Lillemor Mattsson distriktssköterska VC Munkedal, Maria Widerberg och Veronika Arvidsson distriktssköterskor VC Tanumshede, VC Fjällbacka, Kvarterskliniken Tanum och Eva Karlsson, ssk. med vidareutbildning äldresjukvård. VC Strömstad

Arbetsplats: Lysekils VC

Kontaktuppgifter: ann-christine.conradson@vgregion.se

Projektet finansieras av socialstyrelsen stimulansmedel för äldre.

Målgrupp är sjuka äldre >65 år som inte har hemsjukvård. Det har pågått sen 2007-2010 i omfattning från 50-100% med start i Lysekils och Sotenäs primärvårdsområden.

Från 2011 är omfattningen ca 50 % eller mindre och för sjuka äldre >75 år.

Bakgrund

1999 tog kommunerna över hemsjukvården i ordinärt boende i vårt område.

Pengar skatteväxlades och avtal skrevs mellan kommuner och landsting. I avtalet reglerades sjukvård som skulle utföras i hemmet men inte den omvårdnad som distriktssköterskorna tidigare gjort. På grund av detta har det varit svårt att få hembesök till äldre där den totala situationen kartläggs. Sjukvårdsbehovet klarläggs och den äldre får hjälp med de kontakter som är nödvändiga för att fortsatt kunna bo hemma.

Syfte

Synliggöra omvårdnadsbehovet hos äldre över 65 år med sviktande hälsotillstånd som inte är inskrivna i HSV.

Efterhand som projektet fortskred sett behovet av att utarbeta rutiner för vårdplaneringar i hemmet och vidareutveckla samarbetet med kommun och länssjukvård.

Metod

Erbjuda hembesök av distriktssköterska.

Resultat

Har redovisats i rapporterna:

”Äldresjuksköterska i primärvården” juni 2008 som gjordes i samarbete med andra projekt med liknande anslag. ”Distriktssköterskan som den sammanhållande länken mellan vård och omsorg för äldre sjuka i eget boende” maj 2008 Birgitta Gedda, projektledare, Lena G Larsson och Ann-Marie Petersson. Samt årliga redovisningar.

Sammanfattning

All utvärdering har visat att detta är oerhört positivt och tryggt för den sjuka äldre och dess anhöriga. Det ger förbättrad medicinsk vård, ökad trygghet, bättre tillgänglighet och en sammanhållande vårdaktör. Det är en stor avlastning på VC personal. Läkarna får en grundlig beskrivning av den äldres tillstånd och läkemedelsanvändning, vilket ofta är svårare att få en fullständig bild av vid ett besök på vårdcentral. Efter projektets gång har behovet av samarbete mellan kommun och primärvård kring dessa äldre blivit än tydligare och vårdplaneringar i hemmet sker i stor utsträckning.

Hälsa och välbefinnande inom psykiatri – patientens perspektiv

Projektledare: Sofia Sandersson
Medarbetare: Gullvi Flensner och Siv Bäck-Pettersson
Arbetsplats: NU-sjukvården, Område Vuxenpsykiatri
Kontaktuppgifter: sofia.t.sandersson@vgregion.se

Bakgrund

Stora förändringar har ägt rum inom psykiatriska verksamheter under de senaste årtiondena vad gäller organisation, fokus för vård och stöd, kunskap samt vårdarnas förhållningssätt. Inom psykiatrisk omvårdnad har samtal en central roll i stödet som sjuksköterskan erbjuder. Stödet syftar till att främja hälsa och välbefinnande för patienten. Ökad kunskap är angeläget och frågan väcks vad patienter själv upplever främjar deras hälsa.

Syfte

Syftet var att fördjupa förståelsen för vad patienter inom psykiatrisk verksamhet upplever främjar deras hälsa och välbefinnande.

Metod

Litteraturstudie – Tolkande metasyntes.

Resultat

Att främja hälsa och välbefinnande för patienter inom psykiatrisk verksamhet handlar enligt de analyserade studierna om att patienterna ska uppleva: Mänskligt värde, trygghet, delaktighet, goda relationer, social gemenskap och meningsfulla aktiviteter.

Sammanfattning

Det är angeläget att stärka patientens individuella resurser till att främja en hälsosam livsstil. Betydelsen av stödsamtal i detta sammanhang utifrån patientens perspektiv behöver studeras ytterligare inom psykiatrisk verksamhet.

Projektledaren har, med litteraturstudien som grund, genomfört en empirisk studie om hur patienter med psykisk funktionsnedsättning upplever stödjande samtal. Studien kommer att publiceras.

KLARA SVPL

Regional Förvaltning: Cecilia Jarehammar, Katarina Amundsson

Medarbetare: Delregionala samordnare, lokala förvaltare

Kontaktuppgifter: cecilia.jarehammar@vgregion.se, katarina.amundsson@vgregion.se

Bakgrund

Samordnad vårdplanering sker för de patienter som ska skrivas ut från slutenvård och har kommunala insatser eller beräknas ha behov av sådana.

Syfte

För att förenkla och höja säkerheten för informationsöverföringen mellan vårdgivarna skapades en IT tjänst, KLARA SVPL, som driftsattes i Västra Götaland under år 2009.

Resultat

Idag kommunicerar alla sjukhusen inom Västra Götalandsregionen med de 49 kommunerna och primärvården oavsett organisationsform via KLARA SVPL.

Mer information

www.vgregion.se/svpl

Kliniska prioriteringar av äldre hjärtpatienter med komplexa behov

Projektledare: Niklas Ekerstad
Arbetsplats: Kardiologkliniken, NÄL
Kontaktuppgifter: niklas.ekerstad@vgregion.se

Beträffande avhandlingen:

Micro Level Priority Setting for Elderly Patients with Acute Cardiovascular Disease and Complex Needs. Practice What We Preach or Preach What We Practice? Linköping University Medical Dissertations No. 1240

I framtiden förväntas ett ökande gap mellan vårdbehov och tillgängliga resurser, i synnerhet beträffande äldre vård, på grund av förutsedd demografisk utveckling. Detta kommer att skärpa kraven på medicinska prioriteringar. Det har visat sig vara särskilt svårt att skapa en grund för prioriteringar vid följande förhållanden: då patientgrupper är oklart definierade, vid brist på relevanta vetenskapliga undersökningar, då patienternas behov är svåra att kategorisera, samt vid oklarhet om hur olika etiska värden ska sammanvägas. Äldre patienter med akut hjärtsjukdom (NSTEMI) och komplexa behov illustrerar dessa problem. Dessutom framhöll nyligen den svenska regeringen att värden av äldre svårt sjuka individer är eftersatt i Sverige.

Det övergripande målet med denna avhandling är att studera hur prioriteringar av äldre hjärtpatienter med komplexa behov sker, illustrerat med äldre NSTEMI patienter, samt att relatera gjorda fynd till nuvarande stöd för evidensbaserade prioriteringar, särskilt nationella riktlinjer för hjärtsjukdom. Vidare att analysera hur komplexa behov skulle kunna kategoriseras för att skapa en grund för evidensbaserade prioriteringar av dessa fall. I studie I beskrivs multisjuka äldre patienters slutenvårdskonsumtion och karaktäristika med hjälp av slutenvårdsregistret och KPP-databasen. Studie II är en konfidentiell enkätstudie av ett slumpmässigt urval av 400 kardiologer. Studie III är en klinisk, prospektiv, multicenter observationsstudie beträffande äldre patienter med NSTEMI. Studie IV är en enkätstudie av svenska kardiologer via ändamålsenligt, stratifierat urval.

Resultaten från den första studien visar, givet vald definition, att multisjuka äldre har stora och komplexa vårdbehov, flera kroniska sjukdomar, blir återkommande akut sjuka och konsumerar olika slags sjukvård samt att de flesta är hjärtkärlsjuka. Den andra studien talar för att en stor majoritet av kardiologerna använder nationella riktlinjer i stor skala vid kliniskt beslutsfattande i allmänhet. Vid kliniskt beslutsfattande beträffande multisjuka äldre patienter används dock den enskilde klinikerns egen erfarenhet och patientens uppfattningar i betydligt högre grad. Många äldre hjärtsjuka patienter med komplexa behov uppvisar minst ett allvarligt, akut eller kroniskt, komorbittillstånd, vilket utgjorde exklusionskriterium i tidigare utförda evidensgenererande studier. Därigenom begränsas evidensens generaliserbarhet och riktlinjernas applicerbarhet på dessa patienter. I studie III fann vi att frailty (skörhet) är en stark oberoende riskfaktor för kliniskt utfall på kort sikt, inklusive en-månadsmortalitet, hos äldre patienter med NSTEMI. I synnerhet sköra patienter med hög grad av komorbiditet uppvisade en markant ökad risk för negativt kliniskt utfall.

Framöver bör prospektiva kliniska studier och registerstudier med få exklusionskriterier utföras. Ett alternativ skulle kunna vara konsensus-baserade bedömningar, baserade på ett ramverk för prioritering av äldre patienter med komplexa behov. Dessa bedömningar skulle syfta till att skatta nytta-risk relationen för en intervention samt tidsramen för förväntad nytta i relation till förväntad återstående livstid. I avhandlingen presenteras ett tentativt begreppsligt ramverk baserat på komorbiditet, frailty (skörhet) och sjukdomsspecifik risk.

Konstsamtal med äldre

- Projektledare: Claudia Theel
- Medarbetare: Aktivitetsledare och undersköterskor i Strömstads kommun på: Jägaren, Beatebergsgården, Solbogården, Samverket, Byggdeträff i Skee.
- Aktivitetsledare och undersköterskor i Tanums kommun på Hedegården, Tärnegården, Östanvind, Fjällbackaservice, Kalkåsliden, Sjökantén, Hogslätt.
- NHR Tanumshede, ideella medarbetare från Ranrike seniorer, anhörigegruppen och anhörigeföreningen.
- Kontaktuppgifter: Claudia Theel, Kvillevägen 7, 457 43 Fjällbacka
Tel: 0525 35426, mobil: 070 275 04 97, cla.theel@gmail.com

Bakgrund

”Konstsamtal med äldre” bestod av en förstudie (2007) och av ett projektår (2008) som följdes av verksamhet i Tanums och Strömstads kommunala äldreomsorg 2009 – 2010. I början av 2011 avslutade projektledarens uppdrag med en sammanställning av bildmappar till Tanums och Strömstads dagverksamheter.

Förstudien gjordes i form av en kurs för fritidspersonalen och ideella medarbetare i äldreomsorgen. Kursen hölls av Claudia Theel som visade metoder hur deltagarna kan på ett lekfullt sätt associera och samtala om ett konstverk. Erfarenheter i kursen skulle vara grundläggande till att personalen skulle kunna arbeta med konstmappar och leder konstsamtalen.

Syfte

Med Konstsamtalen infördes en ny aktivitet i Tanums och Strömstads fritidsverksamhet i äldreomsorgen. Syftet med konstsamtalen är att främja hälsan och välbefinnande. Ett gemensamt samtal inför ett konstverk stimulerar inlevelse, association och tankeverksamhet och skapar en plattform att dela med sig om känslor och tankar som väcks i mötet med till exempel en målning. Att stimulationen genom konstsamtal är främjande till en bättre hälsa har studier visat, till ex. av Britt Maj Wiklund 1993.

Metod

I konstsamtalsgrupperna samlades intresserade från särskilt och ordinärt boende med aktivitetsledare och projektledare till samtal om bilder, i enstaka fall skulptur. Under projekttiden varade mötena en timme, varannan vecka. Konstverken som visades på ett möte hade ett gemensamt tema och bestod till ex. av målningar, teckningar, originalgrafik, fotografier, kompletterande reproduktioner och även föremål.

I Tanums kommun kombinerade projektledaren från 2009 också aktiviteter (som till ex. arbete med collage) med bildsamtalen. I Strömstads kommun ledde från 2009 äldreomsorgens aktivitetsledare samtalen med arbetsmappar som innehöll grafiska blad, reproduktioner och förslag till en aktivitet.

Bildmaterialet var nästan alltid föreställande och vald så att deltagarna skulle kunna anknyta med egna erfarenheter eller idéer till det som visades på bilderna.

Resultat / Sammanfattning

Det genomfördes en enkät efter projektåret 2008 där deltagarna i samtalsgrupperna tyckte till: Här uttryckte 33 av 40 deltagare att de ville fortsätta med konstsamtalen.

Oberoende av det enstaka verkets acceptans så var möjligheten att bli överraskat (av verket), att tycka till, att ha egna associationer, det som var lustfylld och aktiverande.

För att mötena skulle fungera krävdes ett bra logistiskt samarbete inom äldreboendet.

Kontinuitet i vårdkedjan för personer med hjärtsvikt

Projektledare: Malin Östman
Medarbetare: Inger Sandén, Siv Bäck-Pettersson
Arbetsplats: Källstorps Vårdcentral Trollhättan, Doktorand Göteborgs universitet
Kontaktuppgifter: malin.ostman@vgregion.se

Bakgrund

Hjärtsvikt är ett sjukdomstillstånd som blivit allt vanligare de senaste åren och det drabbar till stor del äldre personer. Personer som lever med kronisk hjärtsvikt lever i en svår situation med olika oförutsägbara besvär som påverkar deras dagliga liv och som gör att de hela tiden måste anpassa sig efter dagsformen. De behöver oftast upprepad och långvarig kontakt med olika vårdgivare och sjukhusinläggningar är vanligt förekommande bland denna patientgrupp. Vilket kan leda till att brister i kontinuitet uppstår, då brister i kontinuiteten oftast uppkommer i samband med överflyttning mellan olika vårdgivare, bristande kommunikation och bristande information.

Syfte

Att kritiskt granska och beskriva kontinuitet i vårdkedjan för personer med hjärtsvikt som den framställs i genomförda studier inom området.

Metod

Critical review, en litteraturstudie med kritisk granskning av 12 artiklar som analyserades och sammanställdes i två steg. I det första steget jämfördes studiers likheter och skillnader i syfte, metod och resultat. I steg två granskades studiernas likheter och skillnader med avseende på perspektiv, kontext, design och klinisk relevans.

Resultat

Utifrån de studier som granskats i analyssteg ett, framkommer att strukturerad och planerad vård och behandling med uppföljning och samverkan har betydelse för kontinuiteten i vårdkedjan för personer med hjärtsvikt. Analyssteg två kan sammanfattas såsom att strukturerad och planerad vård och behandling med uppföljning och samverkan kan tillskrivas klinisk relevans för patienter med hjärtsvikt. Utifrån ett verksamhets-/organisationsperspektiv med deduktiv design, där slutenvård med uppföljning i öppenvård har varit den övergripande kontexten.

Sammanfattning

Med hjälp av granskade artiklar framstår betydelsen av kontinuitet för personer med hjärtsvikt som viktig för en sammanhållen vårdkedja vad gäller struktur, planering, samarbete och uppföljning. Det är viktigt att få flera vårdgivare att samverka och att patientgruppen erbjuds en optimal medicinsk behandling och god omvårdnad. Studien visar på behovet av att implementera en sammanhållen vårdkedja, där patienter med hjärtsvikt får stöd oavsett vilken vårdgivare de möter. I ett pågående avhandlingsprojekt studeras nu patienternas upplevelse av att leva med hjärtsvikt och behovet av kontinuitet i kontakterna med olika vårdgivare.

Kvalitativ undersökning Uddevalla/ Orust

Projektledare: Lena Mossberg
Medarbetare: Charlotte Almkvist-Hall, Lena Selander
Arbetsplats: Vårdsamverkan Fyrbodal & Fyrbodals kommunalförbund
Kontaktuppgifter: charlotte.almkvist.hall@vregion.se

Bakgrund

Bättre liv för sjuka äldre är en prioriterad fråga då detta är en grupp som kommer att växa starkt de närmsta decennierna, och i överenskommelse mellan regering och SKL prioriteras från och med 2010 arbetet kring denna grupp. Fokus ligger på att stödja ett strukturerat och systematiskt förbättringsarbete på olika sätt. Kvalitativ undersökning Uddevalla/Orust är en delstudie av en nationell studie med 264 personer från 12 landsting och 29 kommuner.

Syfte

Att i en första fas få en gemensam karta av verkligheten i form av de äldre multisjukas behov samt att identifiera systembrister i samband med dessa. Att i en andra fas hitta systemlösningar som ger multisjuka äldre personer bättre vård- och omsorgskvalitet samt att öka den samhällsekonomiska nyttan av de resurser som finns samlade i vård- och omsorgssystemen kring multisjuka äldre.

Metod

Kvalitativ undersökning vars undersökningsdata omfattar intervjuer med respondenter från Uddevalla och Orust samt 18 månaders genomgång av journal/ läkemedelsdata. SKL har bidragit med en kostnadsberäkning utifrån materialet. Undersökningsgruppen multisjuka äldre utgör personer över 75 år som bor i ordinärt boende.

Resultat

Intervjuerna av de 29 informanterna och dess anhöriga visade i en första analys utifrån berättelserna att samordning av insatser, samarbete mellan vårdgivare, bemötande och vårdkvalitet påverkar upplevd trygghet. Ett första preliminärt resultat visar också på samband mellan besök i hemmet av sjuksköterska och minskat antal besök på akuten. Av de 211 personer som fyllde urvalskriterierna hade 29 % avlidit under urvalsåret. Huvuddelen av respondenterna har vårdats på internmedicinsk avdelning med huvuddiagnos hjärtsvikt. Läkemedelsgenomgången visar att det generellt är många läkemedel per person (medeltal på 9,7 läkemedel per person), att det är iögonfallande brister i kvalitet gällande uppföljning samt bristande dokumentation av läkemedelsanvändning. Många patienter behandlas utifrån kliniska symptom. Kostnader för de 29 personerna varierade inom loppet av undersökningsperioden till att vara mellan 89000 kr till 1,1 mkr.

Sammanfattning

Granskningen av fallbeskrivningarna visar att det i dagsläget inte ligger rätt fokus på insatser utifrån de äldre multisjukas grundläggande behov. Resultat såväl nationellt som för Fyrbodal visar att insatserna för denna grupp präglas av dålig samordning, avsaknad av helhetskunskap och bristande logistik. Slutsatser är att det krävs en ny organisering utifrån brukarens centrum och behov och att en större samverkan mellan sjukvård och omsorg behöver utvecklas. På lång sikt måste även värdegrunden inom kommun och landsting bearbetas, för att förenkla för personalens problemlösningsarbete inom respektive strukturer.

Kvalitetsregister som verktyg i palliativ vård

Projektledare: Anna-Karin Lindblom
Medarbetare: Siv Bäck-Pettersson, Ingela Berggren
Arbetsplats: Åmåls kommun
Kontaktuppgifter: anna-karin.lindblom@amal.se

Bakgrund

Idag önskar allt fler människor att avsluta livet i sitt eget hem. Kvalitetsregister har under senare år blivit ett hjälpmedel med syfte att säkra den palliativa vårdens kvalitet. Det saknas dock kunskap om vilken inverkan ett kvalitetsregister har på sjuksköterskor och den palliativa vården.

Syfte

Att undersöka hur ett palliativt kvalitetsregister påverkar kommunsjuksköterskor och den palliativa vården.

Metod

Data samlades in genom intervjuer av två fokusgrupper bestående av totalt 12 sjuksköterskor i västra Sverige. Analys utfördes med en kvalitativ ansats enligt grounded theory (Corbin och Strauss).

Resultat

Feedback identifierades som kärnkategori och genomgående process, vilket ledde till övriga huvudprocesser som betecknades: ”att bli medveten” och ”att handla därefter”. Dessa processer påverkade sjuksköterskorna och ledde till att kvaliteten på den palliativa vården höjdes.

Sammanfattning

Feedback är en pågående process då ett palliativt kvalitetsregister används. Den påverkar och interagerar med andra processer som är betydelsefulla för sjuksköterskor och således också den palliativa vården. Vid diskussioner i fokusgrupperna framkom att sjuksköterskorna genom feedback blev medvetna om den givna vården, vilket resulterade i en bekräftelse på god vård och synliggörande av förbättringsområden. Genom feedback på den givna vården skedde förbättringar i samstämmighet med kvalitetsregistrets indikatorer. På så sätt kan kvalitetsregister användas som kvalitetshöjande verktyg i den palliativa vården.

Då ett kvalitetsregister används eller ska införas bör effekterna beaktas, inte enbart i form av statistik utan också vad det gäller processer som startas och dess inverkan på vårdkvaliteten. Genom att tydliggöra pågående processer och interaktioner kan förståelsen för och värdet av kvalitetsregister öka och därmed vårdkvaliteten för patient och anhöriga.

Palliativ vårdfilosofi

Förändringledare: Charina Dagström, Lisbeth Lundgren

Arbetsplats: Melleruds Kommun.

Kontaktuppgifter: charina.dagstrom@mellerud.se lisbeth.lundgren@mellerud.se

Bakgrund

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”.

Vilhelmina Hoffman skriver om att målet för människor med demenssjukdom och dennes närstående är högsta möjliga livskvalitet. För att uppnå detta mål behövs en gemensam värdegrund att stå på. Vi måste alla ha en gemensam syn på människans lika och unika värde trots sjukdom, ålder, kön social eller kulturell bakgrund. Med hjälp av den palliativa vårdfilosofin kan vi kvalitetssäkra vårt arbete.

Syfte

Att väl förankra den palliativa vårdfilosofin inom all demensomvårdnad i Melleruds kommun med hjälp av utbildningsmodellen Palliativ vårdfilosofi. Målet är att kvalitetssäkra en god omvårdnad av människor med demenssjukdom i Melleruds kommun.

Metod

Vi har använt utbildningsmodell för Palliativ vårdfilosofi som är resultatet av ett EU samt interregprojekt med Stömstads kommun och Fredrikstad kommune som projektägare. Medfinansiärer var Rygge, Tanums, Munkedals, Lysekils, Bengtsfors och Melleruds kommuner. Inom ramen för projektet så utbildade vi all personal vid Fagerlids gruppboende i Melleruds kommun.

Resultat

Utifrån utvärderingarna kan vi se att materialet är bra och lättillgängligt samt bygger på varje persons egen medverkan. Det handlar kanske inte alltid om att lära sig nya saker utan att bli bekräftad och stärkt för det man faktiskt kan.

Sammanfattning

Efter att ha genomfört ytterligare 6 studiecirklar för personal på gruppboende för människor med demenssjukdom, samordnare i hemvården, biståndsbedömare samt personal i hemvården kan vi, av ifyllda utvärderingar, förstå att studiematerialet, tiden och upplägget varit bra. Varje studiecirkel har träffats 6 gånger á 3 timmar och gruppernas storlek har varierat mellan 5 och 9 deltagare. I grupperna har även chefen varit med. Att kunna se och möta hela människan med demenssjukdom kräver empati, lyhördhet och förståelse för den hon/han är. Hur mötet blir beror på hur vi ser på oss själva och andra. Med hjälp av att bli mer medvetna om detta och med den palliativa vårdfilosofin som gemensam värdegrund kan vi kvalitetssäkra en god omvårdnad för människor med demenssjukdom i Melleruds kommun.

Samordnad vårdplanering som genomförs i öppen vård

Projektledare: Lena Larsson och Maivor Olsson
Medarbetare: Gullvi Flensner och Siv Bäck-Pettersson
Arbetsplats: Vårdcentralen Kungshamn, Primärvården, Fyrbodal och
Psykiatriska klinikens gemensamma administration, NU-sjukvården
Kontaktuppgifter: lena.g.larsson@vgregion.se och maivor.olsson@vgregion.se

Bakgrund

Distriktssköterskor och psykiatrisjuksköterskor som genomför bedömningar av patienter upplever frustration över att identifiera patienternas behov och problem samt inte ha resurser att vidta åtgärder för att förbättra deras dagliga liv och livskvalitet. När en patients omvårdnadsbehov har identifierats ska initiativ till vårdplanering tas av den öppna vården, för att på så sätt förbättra patientens situation eller undvika en onödig sjukhusinläggning. Vårdplanering i slutna hälso- och sjukvård finns väl beskriven, både ur ett patient- och sjuksköterskeperspektiv. Det fanns däremot behov av ytterligare forskning om vårdplanering som initieras och genomförs i öppen vård, vilket gjorde det angeläget att studera distriktssköterskors och psykiatrisjuksköterskors erfarenhet av detta relativt okända fenomen.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva specialistsjuksköterskors erfarenheter av samordnad vårdplanering som genomförs i öppen vård.

Metod

Studien utgick ifrån en induktiv ansats och två fokusgruppsintervjuer genomfördes som datainsamlingsmetod. Informanterna i den ena gruppen bestod av fem distriktssköterskor från primärvård som delgav varandra sina erfarenheter av vårdplanering som genomförs i öppen vård. Den andra fokusgruppen bestod av fem psykiatrisjuksköterskor från psykiatrisk öppen vård. Då studiens syfte var att beskriva informanternas erfarenheter, valdes en kvalitativ innehållsanalys och efter transkribering analyserades datasamlingen utifrån en modell av Graneheim och Lundman (2004).

Resultat

Studien är avslutad och resultatet kommer att beskrivas i form av en vetenskaplig artikel.

Samverkande sjukvård i Strömstad och Tanum

Projektledare: Jan-Erik Wounsch
Medarbetare: Projektsekr Birgitha Olsson
Arbetsplats: NU-sjukvården
Kontaktuppgifter: jan-erik.wounsch@vgregion.se

Bakgrund

Det har skett mycket förändringar i samband med omstruktureringar inom NU-sjukvården, ambulansverksamheten, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården. I och med dessa förändringar bör man se över förutsättningar för bättre samverkan mellan organisationerna för att medborgaren ska få vård på rätt nivå och i närmsta möjliga närområde. En ny medicinskt och teknisk utveckling möjliggör förändrat arbetssätt.

Syfte

Syftet med projektet är att utveckla samverkansformer mellan sjukvårdsaktörer inom Strömstads och Tanums kommun och ej avveckla någon aktör.

Metod

Bilda arbetsgrupp bestående av representanter från områdets sjukvårdsaktörer med uppdrag att beskriva sin nuvarande verksamhet och utifrån den demografiska och medicinska utvecklingen göra en behovsanalys av sjukvård, samt lämna förslag till åtgärder på samverkansformer som tillgodoser medborgarens krav på god sjukvård, trygghet, säkerhet och tillgänglighet.

Resultat

Under projektiden utarbetat sju samverkansformer som testas. Resultat presenteras under hösten 2011.

Sammanfattning

Resultat presenteras i slutrapport hösten 2011.

Sår och lokala sårvårdsrutiner – en pilotstudie i Lysekils kommun

Projektledare: Anna Kari Bromander och Agneta Hjelm Persäng
Medarbetare: Marianne Svanberg
Arbetsplatser: Högskolan Väst, 461 86 Trollhättan respektive Lysekils kommun.
Kontaktuppgifter: anna-kari.bromander@hv.se, agneta.hjelm@hv.se,
marianne.svanberg@lysekil.se

Bakgrund

Omfattande och återkommande vårdinsatser rör personer med olika typer av svårläkta sår. Behandlingstiden för dessa personer varierar, men många kan kräva behandlingar i månader och år, beroende på personens grundstatus och/eller bakomliggande sjukdom. I samband med förändringen i sjuksköterskeprogrammet mot utökad verksamhetsförlagd utbildning inom kommunal hälso- och sjukvård upptäcktes flera sårvårdsprogram inom Västra Götaland. Därav väcktes intresset av att få en överblick över sår och sårvårdsrutiner och att kartlägga sjuksköterskors uppfattningar om förutsättningar för sårvård.

Syfte

Syftet var att kartlägga rutiner för vård och behandling av sår.

Metod

För kartläggningen om sårvård utarbetades en enkät med frågor om sjuksköterskors uppfattningar om sår och rutiner för sårbehandling. Enkäten innehåller frågor med slutna och öppna svarsalternativ. Enkäten besvarades av sjuksköterskor verksamma inom äldreboenden och hemsjukvård i Lysekils kommun. Sjuksköterskornas medverkan i studien var frivillig och enkätsvaren behandlades konfidentiellt.

Resultat

Resultaten av undersökningen visar att 79 % av sjuksköterskorna ansvarat för färre än fem patienter med sår under de senaste tre månaderna, den vanligaste sårtypen var venöst bensår hos patienter äldre än 75 år. I 68 % av fallen misstänktes sårinfektion och hos hälften av dessa patienter genomfördes sårodling. Hälften av sjuksköterskorna använde sig av skriftliga riktlinjer.

Ibland får patienterna sårdiagnos av läkare och ordinerar sårbehandling, vilken oftast kan upprätthållas.

Ca en tredjedel av sjuksköterskorna uppger att det finns rutiner för uppföljning av sårbehandling. Vid de tillfällen då sårvården delegeras (ofta enligt 68 %, ibland 21 % av de svarande) uppskattar ca hälften av sjuksköterskorna att de följer upp sårläkningen.

De faktorer som påverkar sårläkningen upplevs främst vara patientens grundsjukdom, patientens näringstillstånd, sårbehandlingen, val av förbandsmaterial och sårstatus (i fallande skala). Upphandlingsavtal styr val av förbandsmaterial och material upplevs påverka sårläkningen. På frågan av vad som är de största hindren för god sårläkning svarar man; bristande kunskap (54 %), begränsningar i basförråd (32 %), brister i vårdkedjan respektive ekonomiska hinder (29 %). Tio procent av de svarande uppgav att de någon gång under de tre senaste månaderna avvikelserapporterat brister i vården, exempelvis då patient hemkommit från sjukhusvistelse med nytillkommet trycksår.

Sammanfattning

Slutsatsen är att uppfattningarna om rutiner för vård och behandling av sår skiljer sig bland de sjuksköterskor som besvarat enkäten. Detta innebär att det finns utvecklingsmöjligheter för sårvård.

Säker informationsöverföring mellan vårdgivare

Projektledare: Johan Linder
Medarbetare: Siv Bäck Pettersson, Ann-Charlott Wikström
Arbetsplats: Vänersborgs Kommun
Kontaktuppgifter: johan.linder@vanersborg.se

Bakgrund

Dagens vård, i synnerhet för äldre, bedrivs av olika huvudmän, vilket ställer högre krav på att informationsöverföring av patientdata är säker och håller hög kvalitet.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av informationsöverföring mellan vårdgivare.

Metod

Specialistutbildade sjuksköterskor och mottagare av patientinformation (n=8) representerande tre kommuner, tre vårdcentraler och ett sjukhus, deltog i en fokusgruppintervju. Studien utgår från en kvalitativ ansats, där synsättet är induktivt.

Resultat

Det finns både det som hindrar och möjliggör informationsöverföringen mellan vårdgivare. Det övergripande temat formulerades enligt följande: Kontinuerlig kommunikationen i vårdkedjan säkrar informationsöverföringen mellan vårdgivare medan informationsbrist och utanförskap i själva vårdplaneringsprocessen kan utgöra ett hot mot patientsäkerheten. Temat utformades utifrån två kategorier: 1 Kontinuerlig kommunikationen i vårdkedjan. 2 Bristande information och utanförskap i vårdplaneringsprocessen.

Sammanfattning

Att införa nytt elektroniskt informationsverktyg utan att de som faktiskt använder systemet är involverade i implementeringsprocessen är olyckligt. Gemensamma strategier och samordnad utbildning som genomförs av vårdutvecklare centralt och som har mandat att påverka samtliga vårdgivare ansågs säkra informationsöverföringen och underlättar förändringsprocessen. Att den närmaste chefen är engagerad i detta arbete är ett måste enligt informanterna. Informationsöverföringen fungerar bäst där det finns en sjuksköterska som har ansvaret för vårdplanering. Sjuksköterskorna var eniga om att patientsäkerheten ökar om samarbetet mellan involverade yrkesgrupper och att den patientnära vården blir säkrare när alla dokumenterar i SVPL/KLARA. Problem som nämns är att det idag inte finns möjlighet att läsa varandras journaler, vilket kan skapa utanförskap för vårdgivare och att många kontrolluppgifter utförs dubbelt.

Utvärdering av Nutritionsprojekt i Tanum och Strömstads kommun

Projektledare: Martina Lind
Arbetsplats: Tanums kommun
Kontaktuppgifter: martina.lind@tanum.se

Bakgrund

Med hjälp utav stimulanspengar genomfördes 2007-2009 ett Nutritionsprojekt i Tanums- och Strömstads kommun. Projektet var omfattande och var riktat mot flera uppdragsgivare i kommunerna. En utvärdering är nu gjord och är inriktad på Omsorgsförvaltningarna i Tanum- och Strömstads kommun.

Syfte

Syftet är att kontrollera om personalen fortfarande tillämpar den kunskap som de erhöll i Nutritionsprojektet inom äldreomsorgen i Tanum- och Strömstads kommun.

Metod

En summativ utvärdering har gjorts som syftar till att bedöma och värdera ett program. Enkäter och intervjuer har använts, enkäterna har till största delen varit formulerade i form av strukturerade frågor dvs. slutna frågor. Intervjuerna har genomförts i form av öppna frågor med en intervjuguide.

Resultat

Personalen upplever att de fick mycket bra kunskap om nutrition och praktiska tips på hur de kan göra mellanmål energi och kaloririkt.

Personalen beskriver att de förändrat arbetssätt, de är mer intresserade av nutritionsfrågor, de väger sina vårdtagare regelbundet och rapporterar till sjuksköterskan eventuella skillnader i vikt. Vidare beskriver all personal betydelsen av ett extra mellanmål, personalen beskriver att de diskuterar kostfrågor och även utifrån den enskilde mer än tidigare. Personalen säger även att de tänker på ett annat sätt, gör individuella bedömningar och erbjuder gärna flera kost alternativ.

Tidsbrist beskrivs som ett hinder, vidare beskriver personalen att de nog inte jobbar lika flitigt med nutritionsfrågor som de gjorde direkt efter Nutritionsprojektet. Personalen önskar utbildning, nätverk mm. Samarbetet med kökspersonalen är ok men de diskuterar sällan kost- och nutritionsfrågor.

Sammanfattning

Projektet har haft stora framgångar, personalen beskriver att de har ett annat tänk, de diskuterar nutritionsfrågor följer vikterna mer än förrut vilket är oerhört positivt. Upplever dock att Nutritionsprojektet lever vidare i större form där det finns personal som fått utbildning i nutritionsomvårdnad. Tror det är viktigt med att personal får fortsatt utbildning, ev kontaktperson, startar ett nätverk, nutritionsansvarig på avdelning mm.

