

INLEDNING

För att politiker i stadsdelsnämnderna, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), äldreomsorgschefer samt berörda enheter ska få en uppfattning om kvaliteten av hälso- och sjukvårdsinsatserna inom respektive ansvarsområde, har de fem medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i stadsdelarna Farsta, Hägersten, Liljeholmen, Vantör och Älvsjö valt att gemensamt göra en undersökning. Genom att kartlägga och jämföra behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser/kvalitetsindikatorer i de särskilda boendeformerna i fem stadsdelar kan man få en uppfattning om hur stadsdelsförvaltningarna skiljer sig från varandra. Studien har genomförts för sjunde året i följd vilket ger möjligheter till jämförelser över tid.

Bakgrund

Enligt bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:783), ska kvaliteten inom hälso- och sjukvården i verksamheterna systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Detta innebär att på olika sätt följa upp verksamheterna och kontinuerligt säkra att kvaliteten och säkerheten i vården och omhändertagandet av vårdtagarna i de särskilda boendeformerna tillgodoses. I ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) om Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården” ställs krav på kvalitetssystem i hälso- och sjukvårdsverksamheten. Ett hjälpmedel är kvalitetsindikatorer, en mätbar variabel som kan användas för att registrera och utvärdera viktiga aspekter av vårdkvaliteten.

Utifrån tillgänglig forskning och tidigare kartläggningar har vi fastställt lägsta acceptabla nivå inom flera omvårdnadsområden.

Nutrition

- 100 % av alla vårdtagare inom heldygnsomsorg ska vägas 2 gånger per år
- 100 % av vårdtagare med en vikt förlust av 5 % på ett halvår eller BMI under 22 ska utredas och åtgärdas med nutritionsstöd
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Trycksår

- 100 % individuell bedömning av risker för trycksår dvs identifiering av riskpatienter enligt modifierad Nortonskala
- 100 % av identifierade riskpatienter ska ha insatser för att förebygga trycksår
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Inkontinens

- 100 % individuell ordination av inkontinenshjälpmedel vid inkontinens
- 100 % uppföljning/utvärdering av ordination av inkontinenshjälpmedel
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Infektioner

- 100 % av alla vårdtagare med sår, eksem, infart, PEG-sond, stomi och/eller kateter som flyttar in eller återkommer från sjukhus tas MRSA-odling
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Fallrisk

- 100 % fallriskbedömning för varje nyinflyttad vårdtagare inom heldygnsomsorg
- 100 % dokumentation av resultatet av fallriskbedömning

Genom uppföljningar av olika kvalitetsindikatorer uppmärksammas de områden som kräver en noggrannare granskning. Dessa ger en bild av kvaliteten i de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i de särskilda boendeformerna. MAS har inom respektive stadsdelsförvaltning utarbetat riktlinjer för att säkra kvaliteten i hälso- och sjukvården.

Under de sju senaste åren har MAS-gruppen genomfört kartläggningar. Under de första tre åren deltog stadsdelarna Enskede/Årsta, Farsta, Hägersten, Skärholmen, Vantör och Älvsjö. Vid undersökningen år 2001 tillkom stadsdelen Liljeholmen. Efter undersökningen år 2001 har stadsdelarna Enskede-Årsta och Skärholmen valt att avstå. Numera ingår alltså stadsdelarna Farsta, Hägersten, Liljeholmen, Vantör och Älvsjö.

Syfte

Syftet med kartläggningen är att utifrån förekomsten av hälso- och sjukvårdsinsatser identifiera förbättringsområden i omvårdnaden och i förekommande fall föreslå åtgärder. Syftet är också att ge sjukvårdshuvudmannen en möjlighet att följa utvecklingen över tid.

Undersökningens genomförande

En enkät utformades av MAS-gruppen våren 1998 och har efter hand omarbetats. Underlaget består av ett antal kvalitetsindikatorer som bygger på tidigare uppföljningar. Undersökningen omfattar samtliga boende vid sjukhem, ålderdomshem, gruppboenden samt de boende vid servicehus som är inskrivna i hemsjukvården. Med inskrivning i hemsjukvården avses boende i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser regelbundet under mer än 14 dagar. Det bör noteras att alla boende vid servicehus har rätt att få hjälp med hälso- och sjukvårdsinsatser vid behov utan att vara inskrivna i hemsjukvården.

Förhållandena gäller vecka 41 i oktober 2004. Kartläggningen genomfördes av den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan som tillsammans med vårdpersonalen inom de olika områdena besvarade frågorna.

Enkäten har i första steget sammanställts på respektive förvaltning av MAS. Därefter sammanställdes och diskuterades samtliga resultat av hela MAS-gruppen. De områden som kartlagts är ålder, kön, läkemedel, näringsintag (nutrition), tandvård, hud, inkontinens, infektioner, fall, fallskador, förebyggande åtgärder, vissa övriga omvårdnadsbehov samt dimensionering av hälso- och sjukvårdspersonal.

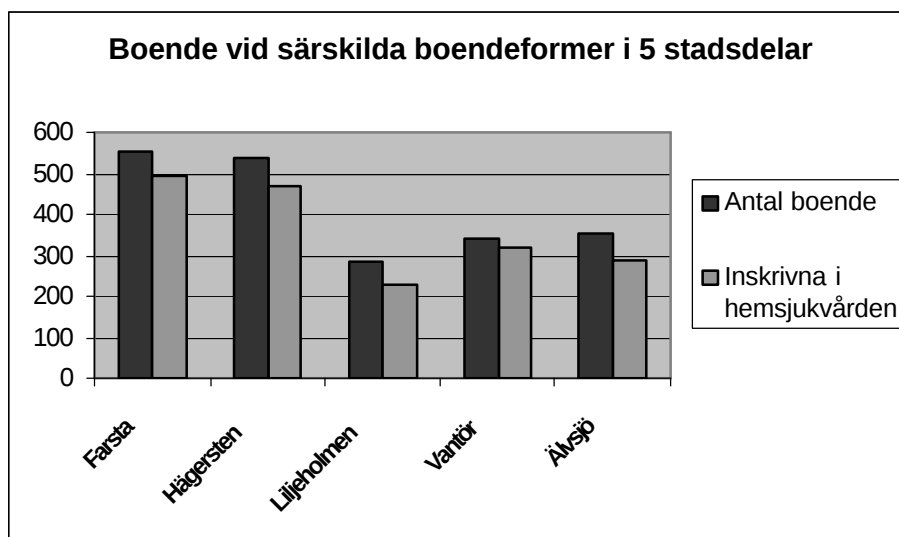
I årets kartläggning har undersökts huruvida mål för hälso- och sjukvården, antagna av respektive nämnd, finns och om dessa är kända av sjuksköterskorna.

REDOVISNING AV RESULTAT I SAMTLIGA STADSDELAR

Samtliga utlämnade enkäter besvarades förutom avdelningarna 16B, 10 och 14 vid Älvsjö sjukhem. Det totala antalet boende som var inskrivna i hemsjukvården i de fem stadsdelarna och som deltog i kartläggningen under denna period var 1795 dvs 87,0 % av antalet boende (oktober 2003, 84,7 %).

ALLMÄNNA UPPGIFTER

Boende vid särskilda boendeformer i 5 stadsdelar



Det totala antalet boende i särskilda boendeformer för äldre var under kartläggningsveckan 2 064 personer. Av dessa var 1 795 personer definierade som hemsjukvårdspatienter. Skillnaden mellan antal boende och antal hemsjukvårdspatienter beror på att det vid servicehusen finns personer/boende som inte är i behov av hälso- och sjukvård. De sköter själva sina eventuella läkarbesök och klarar sin egen medicinhantering och är därför inte med i kartläggningen. Uppstår ett behov av hjälp med hälso- och sjukvårdsinsatser skrivs de in i hemsjukvården.

Vid enheter med heldygnsomsorg dvs sjukhem, ålderdomshem och gruppboenden bor personer med stort omvårdnadsbehov och som ofta är svårt sjuka. Där finns tillgång till personal dygnet runt och samtliga boende definieras som hemsjukvårdspatienter. Resultatet visade att 87,0 % (oktober 2003, 84,7 %) av alla boende var hemsjukvårdspatienter, vilket är något fler än föregående år.

Knappt tre fjärdedelar, 1304, av alla som vårdades vid de särskilda boendeformerna var kvinnor, och 491 var män. Åldersspridningen var stor, från 40 år till 104 år.

Antalet boende i särskilda boendeformer i de fem olika stadsdelsförvaltningarna i oktober, vecka 41 år 2004:

Farsta	551(498, oktober 2003)
Hägersten	538 (573, oktober 2003)
Liljeholmen	283 (325, oktober 2003)
Vantör	340 (359, oktober 2003)
Älvsjö	352 (400, oktober 2003)

Antalet hemsjukvårdspatienter i särskilda boendeformer i oktober år 2004:

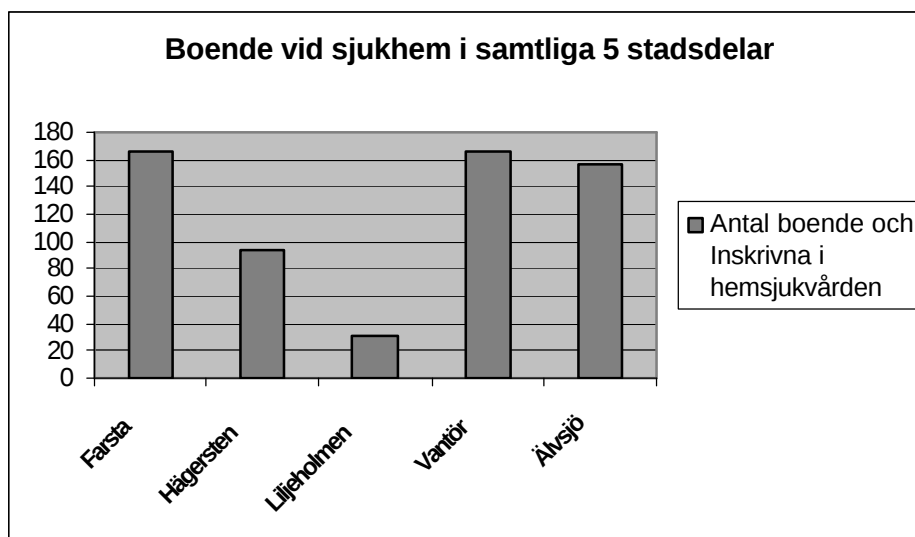
Farsta	493 (441, oktober 2003)
Hägersten	470 (473, oktober 2003)
Liljeholmen	229 (267, oktober 2003)
Vantör	315 (324, oktober 2003)
Älvsjö	288 (321, oktober 2003)

Med begreppen boende och vårdtagare i resultatredovisningen avses fortsättningsvis personer som var inskrivna i hemsjukvården vid de särskilda boendeformerna för äldre.

Antal boende under 65 år

Totalt fanns 24 (oktober 2003, 25) vårdtagare under 65 år vid äldreboendena, vilket är något färre än året innan.

Boende vid sjukhem i samtliga 5 stadsdelar

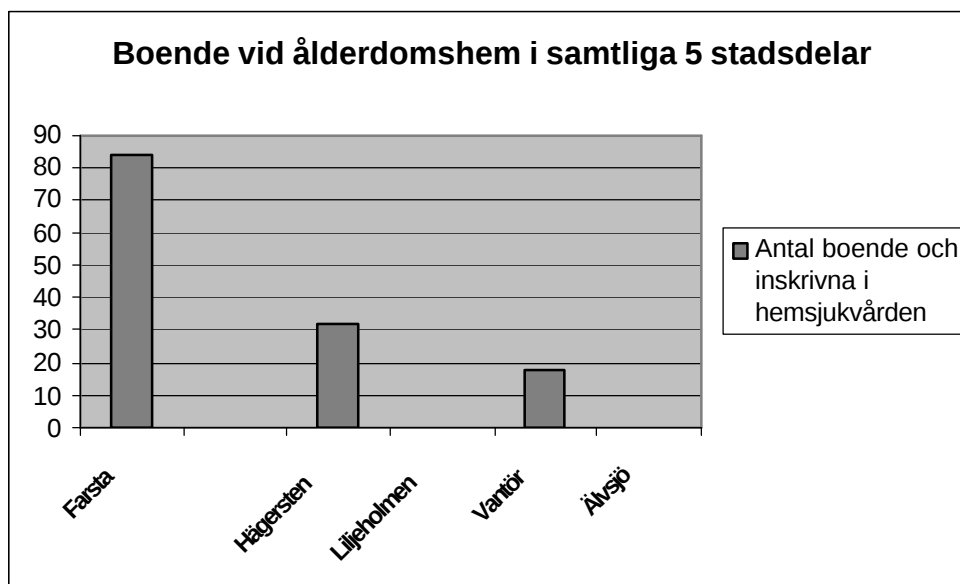


De sjukhem som deltog i kartläggningen år 2004 var följande:

Farsta	Farsta sjukhem
Hägersten	Axelsbergs sjukhem, Fruängsgårdens sjukhem
Liljeholmen	Kastanjens sjukhem
Vantör	Högdalens sjukhem
Älvsjö	Solberga äldreboende, Älvsjö sjukhem (avdelningarna 16B, 10 och 14 valde att inte besvara enkäten.)

Antalet boende vid sjukhemmen varierade mellan stadsdelarna från 31 personer i Liljeholmen till 165 i Farsta respektive i Vantör. Sammanlagt fanns i de fem stadsdelarna 612 (671, oktober 2003) vårdtagare vid sjukhem.

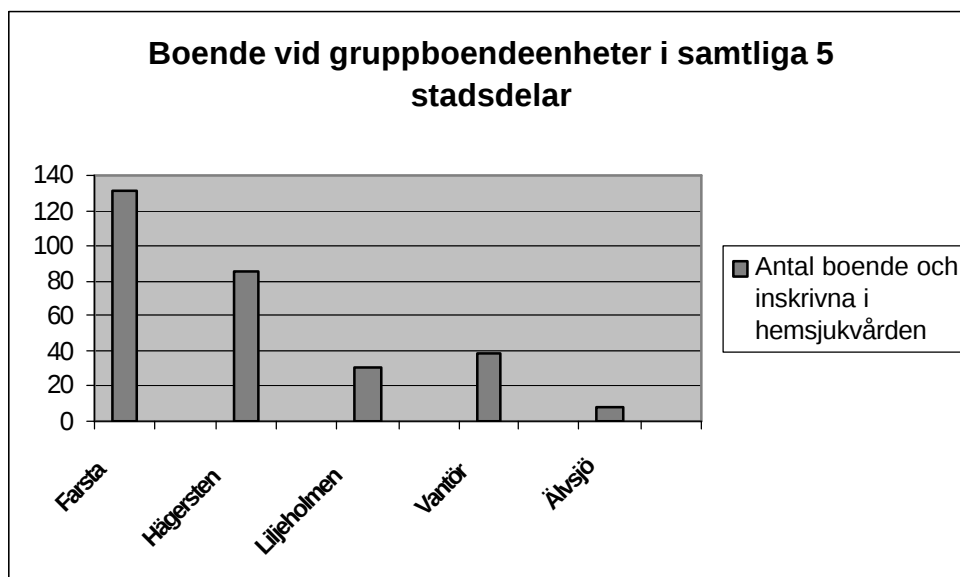
Av vårdtagarna var 450 kvinnor och 162 män. Den yngsta var 66 år och den äldsta var 104 år.



De ålderdomshem som deltog i kartläggningen år 2004 var följande:

Farsta	Edö, Postiljonen, Ängsö
Hägersten	Fruängsgården/Långbro Park
Liljeholmen	Saknar ålderdomshem. Gröndal har lagts ned under året.
Vantör	Mårtensgården
Älvsjö	Saknar ålderdomshem.

Platsantalet varierade mellan 18 boende i Vantör till 84 i Farsta. Sammanlagt fanns i de fem stadsdelarna 134 boende på ålderdomshem. Av dessa var 103 kvinnor och 31 män. Den yngsta var 70 år och den äldsta 101 år.



De gruppboenden för personer med demenssjukdom som deltog i kartläggningen år 2004 var följande:

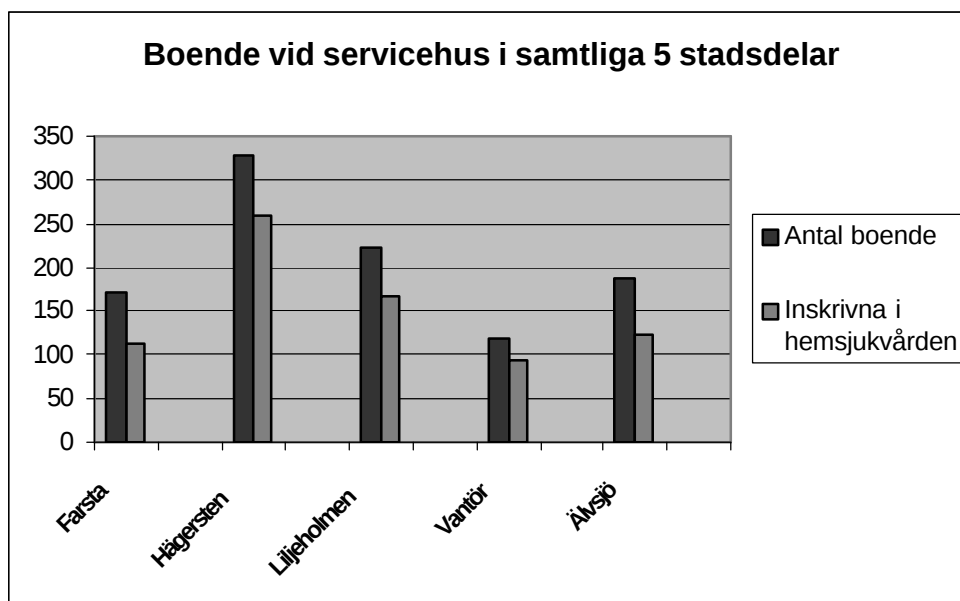
Farsta	Edö, Postiljonen, Ängsö, Veckobo
Hägersten	Fruängsgården/Långbro Park, Ljusglimten, Gläntan, Åsengården.
Liljeholmen	Kastanjen. Gröndal har lagts ned under året.
Vantör	Oasen, Mårtensgården
Älvsjö	Långbroberg

Antalet boende varierade mellan 8 personer i Älvsjö till 131 i Farsta.

Sammanlagt fanns i de fem stadsdelarna 294 boende (249, oktober 2003) på gruppboendena, 243 kvinnor och 52 män. Åldrarna varierade mellan 61 år och 98 år.

En vårdtagare var under 65 år.

Boende vid servicehus i samtliga 5 stadsdelar



De servicehus som ingick kartläggningen 2004 var följande:

Farsta	Edö
Hägersten	Axelsberg, Fruängsgården
Liljeholmen	Kastanjen, Trekanten. Gröndal har lagts ned under året.
Vantör	Rågsved
Älvsjö	Långbroberg, Älvsjö

De redovisade siffrorna visade hur många personer som bodde vid servicehusen den aktuella kartläggningsveckan respektive inskrivna i hemsjukvården.

Det totala antalet boende på servicehus i de fem stadsdelarna var 1024 personer (oktober 2003, 1097). Antalet hemsjukvårdspatienter var 755 personer (oktober 2003, 769) med en variation på 93 i Vantör till 259 i Hägersten.

Andelen personer inskrivna i hemsjukvården var 73,7 % (oktober 2003, 70,1 %).

Åldersspridningen vid servicehusen var mellan 40 år till 101 år. Antalet boende under 65 år var 23 personer, varav 11 bodde i Hägersten.

KVALITETSMÅL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Ett arbete med inriktningsmål, generella åtaganden, enhetsspecifika åtaganden och kvalitetsgarantier har pågått inom Stockholms stad under de senaste åren. Endast Liljeholmen har integrerat hälso- och sjukvårdsmålen med äldreomsorgens övriga mål. I årets undersökning efterfrågades om enheten har ett uttalat hälso- och sjukvårdsmål.

Svaren visade en stor otydlighet och att sjuksköterskorna inte var insatta i stadens kvalitetssystem. Sjuksköterskorna beskrev verksamhetens mål utifrån Socialtjänstlagen. Någon av sjuksköterskorna angav att visioner för god omvårdnad fanns i verksamhetsplanen, men hon visste inte var. Andra svarade att verksamheter erbjuder en god omvårdnad i en trygg miljö utan att beskriva hur. Enstaka delgav att de dokumenterade, har kvalitetspärm samt sjukvårds- och omvårdnadsutbildad personal, men angav inte hur dessa resurser används.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ställer krav på att det inom kommunens särskilda boendeformer ska finnas hälso- och sjukvårdspersonal upp till och med sjuksköterskenivå för att kunna ge en god och säker vård. Den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen består av sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. I de fall annan vårdpersonal delegerats hälso- och sjukvårdsuppgifter är de att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal vid genomförandet av dessa arbetsuppgifter.

I sjuksköterskefunktionen ingår förutom att bedriva förebyggande hälso- och sjukvård att tillgodose det dagliga hälso- och sjukvårdsbehovet hos den enskilda individen. Utöver det ingår också att utbilda, instruera och handleda övrig personal. Hälso- och sjukvårdspersonal har också dokumentationsskyldighet enligt Patientjournalagen (1985:562).

Paramedicinsk personal, dvs arbetsterapeuter och sjukgymnaster utför funktionsuppehållande eller rehabiliterande insatser hos enskilda personer. Där ingår även utprovning av hjälpmedel. I deras arbetsuppgifter ingår också att utbilda, instruera och handleda övrig personal.

Enligt Lag (1998:531) om yrkesverksverksamhet på hälso- och sjukvårdens område kan sjuksköterskor och paramedicinsk personal delegera vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till annan personal. Hur detta ska gå till regleras närmare i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård.

Delegering kan gälla för tillfällig insats eller för insats över tid.

Den som delegerar har ansvar för att den hon/han delegerar uppgifter till har reell kompetens för uppgiften. Den personal som tar emot en delegering ansvarar självständigt för hur den delegerade arbetsuppgiften utförs. Arbetsuppgifter som oftast delegeras är överlämnande av iordningställt läkemedel, hjälp med ögon/örondroppar och salvor, tarmreglerande medel samt sårvård.

På de särskilda boendeformerna ska det finnas tillgång till sjuksköterska samtliga veckodagar dygnet runt för att tillgodose de boendes behov av sjukvårdsinsatser.

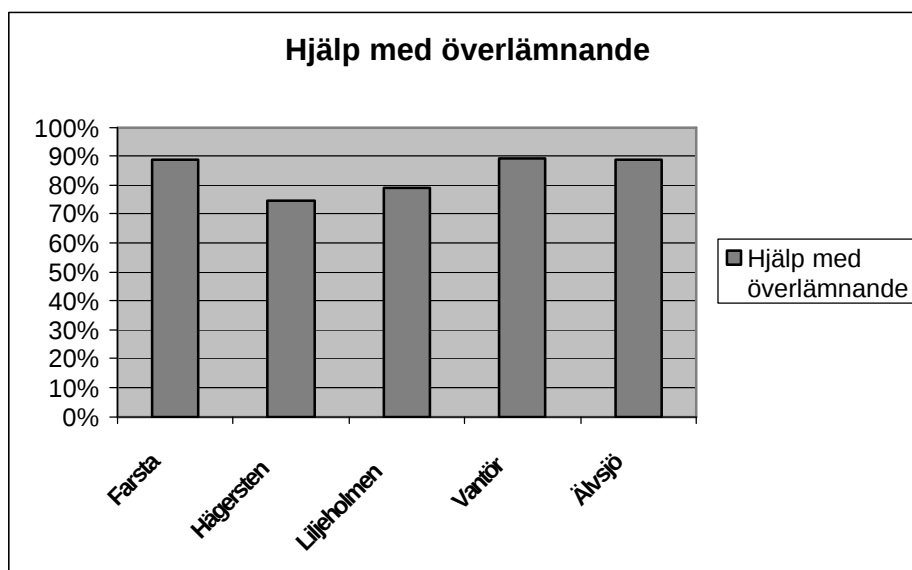
Paramedicinsk personal finns tillgänglig måndag till fredag dagtid.

Det finns många olika organisatoriska lösningar vid servicehusen, gruppboendena och ålderdomshemmen för att tillgodose kravet av att ha sjukskötersketillgänglighet dygnet runt. Det förekommer tex mobila-team, beredskap i hemmet, en tjänstgörande sjuksköterska med ansvar för flera enheter nattetid. På samtliga sjukhem finns tillgång till sjuksköterska på plats veckans alla dagar dygnet runt. Det är dock inte möjligt att jämföra antalet boende med antalet sjukskötersketjänster eftersom ansvarsområdena skiljer sig olika tider på dygnet och olika dagar i veckan.

Vakanser

Svårigheten att rekrytera sjuksköterskor har minskat. Antalet vakanta sjukskötersketjänster var 8,6 av totalt 149 tjänster dvs. 5,75 % (oktober 2003, 17,5 %). Antalet paramedicinska tjänster var 45,5. En tjänst var vakant.

LÄKEMEDEL



Överlämnande av läkemedel

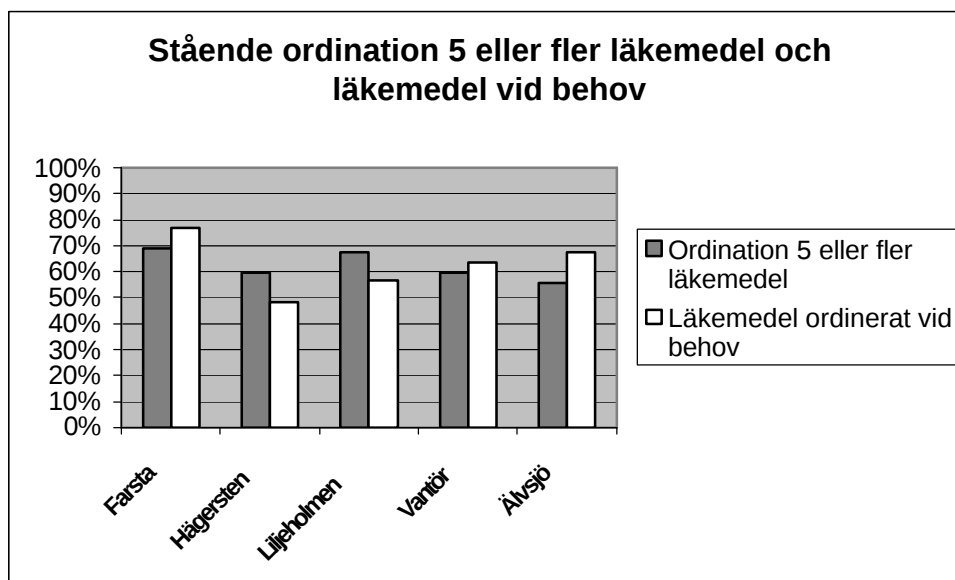
Läkemedelshantering är ett kvalificerat och omfattande arbete som kräver goda kunskaper, erfarenhet och ett gott omdöme. Säkerhetsaspekten är av särskild betydelse. Sjuksköterskan ansvarar för läkemedelshantering inom berörd verksamhet. Överlämnande av iordningställd läkemedelsdos kan delegeras till personal som bedöms ha tillräckliga kunskaper för uppgiften.

MAS har inom respektive stadsdel utarbetat riktlinjer för läkemedelshantering och delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter utifrån gällande lagar och författningar.

En stor andel av de boende, 83,8 %, klarade inte sin läkemedelshantering utan hjälp av vårdpersonal (oktober 2003, 82,4 %). Variationen låg mellan 74,5 % i Hägersten och 89,2 % i Vantör.

Jämförelser av olika läkemedelstyper

I vår jämförelse har vi valt att i diagramform redovisa resultaten av andelen boende med stående ordination på 5 eller fler läkemedel, läkemedel vid behov, lugnande, sömn, neuroleptika och tarmreglerande läkemedel. Resultat av övriga frågor i enkäten som avser läkemedelsbehandling redovisas enbart i texten. Uppgifterna gäller stående ordination.



Stående ordination 5 eller fler läkemedel och läkemedel vid behov

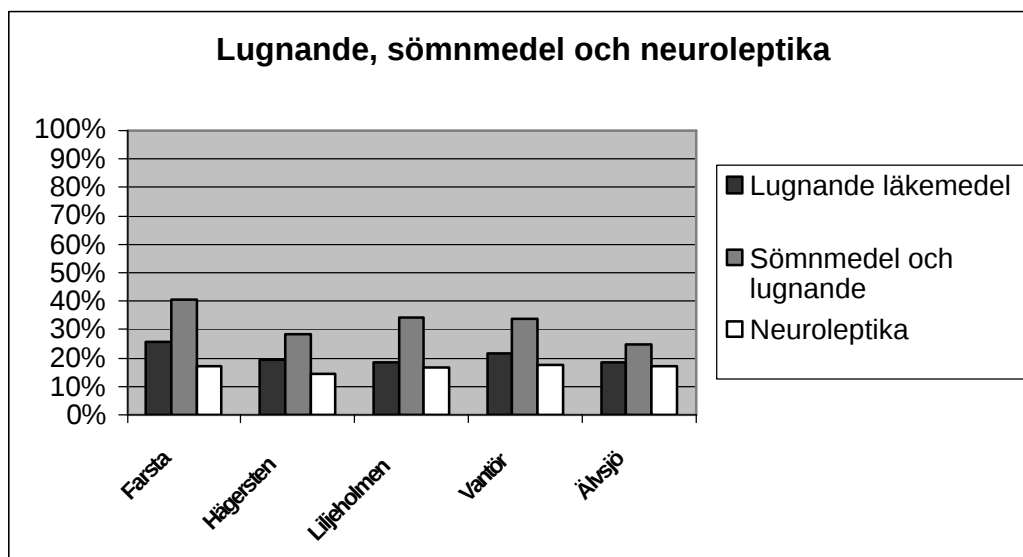
Äldre använder ofta många läkemedel. Det är viktigt att läkemedelsordinationer omprövas. Antalet preparat som används är den mest betydelsefulla riskfaktorn för biverkningar och interaktioner (Fastbom, 2001).

Totalt hade 62,7 % av vårdtagarna stående ordination på fem eller fler läkemedel. Sedan 2002 har det skett en liten ökning varje år.

Läkemedel vid behov

Vissa tillstånd kräver inte ständig tillförsel av läkemedel och läkaren kan då ordinera att ett visst läkemedel kan ges "vid behov". Ett läkemedel som ordinerats vid behov får endast överlämnas efter att en sjuksköterska gjort en bedömning av behovet.

Läkemedel vid behov hade ordinerats till 63,0 % av de boende (oktober 2003, 55,1 %). Det var en variation mellan 48,5 % i Hägersten och 76,7 % i Farsta.



Lugnande läkemedel

Bensodiazepiner är en grupp läkemedel som ges mot ångest, oro och sömnproblem. Äldre personer som är mer känsliga för läkemedel kan reagera med trötthet, förvirring och falltendens. Det finns också risk för tillvänjning så att allt högre doser krävs. En annan risk är att en person kan bli beroende och att det då kan vara svårt att avsluta behandlingen på grund av att abstinenssymtom uppträder såsom rastlöshet, oro och ångest (Fastbom, 2001).

Lugnande läkemedel hade ordinerats till 21,3 % av de boende (oktober 2003, 18,7 %). Det var en variationsvidd mellan 18,4 % i Älvsjö och 25,6 % i Farsta. Ålderdomshemmen hade procentuellt den största andelen boende med behov av lugnande läkemedel.

Av de boende som ordinerats lugnande läkemedel var det 74,2 % som ordinerats bensodiazepinderivat. Variationen mellan stadsdelarna var 68,1 % i Vantör och 83,7 % i Liljeholmen.

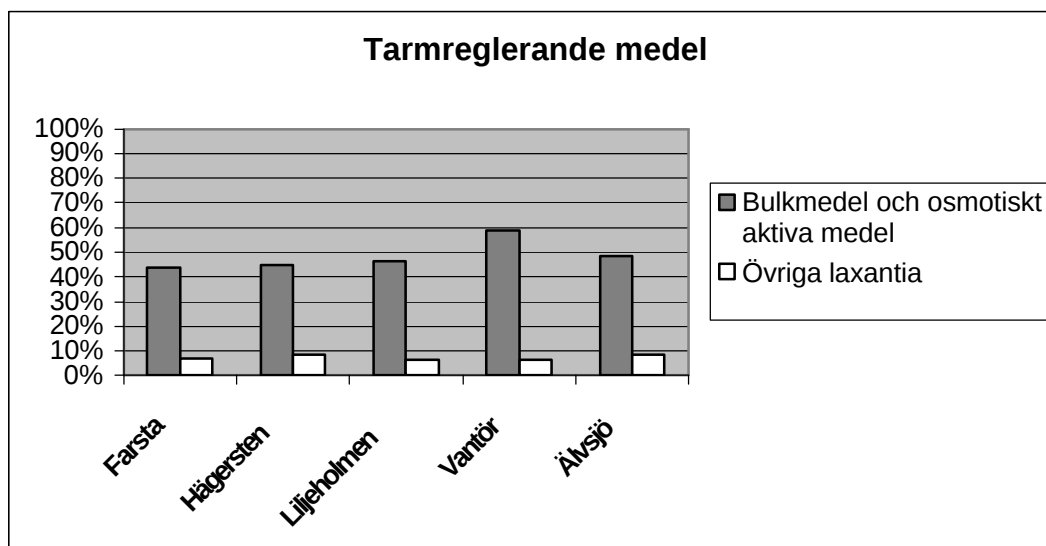
Sömnmedel

Andelen boende med ordination på sömnmedel var 33,0 % (oktober 2003, 31,1 %) med variation på 24,7 % i Älvsjö och 40,8 % i Farsta. Ålderdomshemmen hade den största andelen boende med behov av sömnmedel. Av boende med ordination på sömnmedel fick 32,8 % bensodiazepinderivat.

Neuroleptika

Neuroleptika är läkemedel med specifik effekt på psykoser, speciellt schizofreni och schizofreniliknande tillstånd där vanföreställningar och hallucinationer är vanliga symtom. Läkemedlen har också lugnande effekt och ordinerar vid svår oro, ångest och sömnstörningar även vid icke psykotiska tillstånd. Behandling med läkemedlen kan ge biverkningar som tex parkinsonliknande symtom, förvirring och muntorrhet. Försiktighet med preparatval och dosstorlek är rekommenderad speciellt till äldre (Fastbom, 2001).

Andelen boende som var ordinerade neuroleptika var 16,5 % (oktober 2003, 17,7 %). Variationen mellan stadsdelarna var i Hägersten 14,7 % och 17,5 % i Vantör. Procentuellt hade gruppboendeenheterna den största andelen och servicehusen den minsta.



Tarmreglerande medel

Förstoppning är ett problem för många äldre beroende på minskad rörlighet, sjukdomar, läkemedel, långvarigt bruk av laxermedel, matvanor och för litet vätskeintag. I omvårdnadsarbetet ingår det att definiera bidragande orsaker till att förstoppning uppstår och åtgärda dessa för att kunna minska användningen av laxermedel. När det inte är tillräckligt med kostomläggning för att få en fungerande tarmfunktion använder man bulkmedel som kan ses som ett extra tillskott av fibrer eller osmotiskt aktiva läkemedel som får en bulkeffekt genom att osmotiskt binda vatten. Ibland är det emellertid inte tillräckligt och då måste övriga/tarmirriterande laxantia användas.

Kartläggningen visade hur många boende som ordinerats bulkmedel/osmotiskt aktiva samt hur många som ordinerats övriga laxantia. Boende som ordinerats bulkmedel/osmotiskt aktiva var 47,7 % (oktober 2003, 45,3 %), med en variation på 43,8 % i Farsta och 58,7 % i Vantör. Övriga ordinerade laxermedel var 7,5 % (oktober 2003, 7,1 %). Procentandelen varierade från 6,3 % i Vantör till 8,7 % i Älvsjö.

Smärtstillande

Kroniska smärttillstånd är vanligt förekommande inom äldreboenden. Olika sjukdomar och tillstånd som orsakar smärta ökar med stigande ålder tex artros och benskörhet med frakturer. Depression hos äldre kan ibland yttra sig som smärta. Studier från bla Kungsholmsprojektet har visat att smärta från muskler och skelett förekommer hos ungefär 60,0 % av alla äldre (Fastbom, 2001).

Andelen boende som ordinerats smärtstillande läkemedel i form av narkotiska preparat var totalt 16,4 % (oktober, 2003, 12,4 %). Variationen mellan stadsdelarna var 14,0 % i Farsta och i Liljeholmen 24,0 %. Procentuellt hade servicehusen den största andelen boende som ordinerats narkotiska preparat.

Andelen boende som var i behov av övriga smärtstillande och febernedsättande preparat var 30,8 % (oktober 2003, 30,9 %). Procentandelen varierade från 27,6 % i Farsta till 35,8 % i Liljeholmen. Servicehusen hade även här den största andelen boende i behov av övriga smärtstillande.

Antidepressiva läkemedel

Förekomsten av depression ökar med stigande ålder. Depression hos äldre är ofta mer långdragen än hos yngre och kommer ofta mer smygande. Hos äldre är ångest och oro vanliga symtom vid depression. Den äldre kan även bli rastlös och aggressiv. Depressionen kan även yttra sig som smärta och ibland kan en äldre person med depression verka dement. Idag är man bättre på att upptäcka depression hos äldre och under senare år har användningen av antidepressiva medel ökat kraftigt (Fastbom, 2001).

Antidepressiva läkemedel fick 29,5 % av de boende (oktober 2003, 27,9 %). Det varierade mellan 22,5 % i Vantör och 37,1 % i Liljeholmen. Den största andelen hade ålderdomshemmen och den minsta servicehusen.

Läkemedel vid diabetes

Totalt behandlades 7,4 % av de boende med insulin (oktober 2003, 6,8 %). Procentandelen varierade från 5,2 % i Älvsjö till 8,6 % i Vantör. Boende som hade tablettbehandlad diabetes var 5,3 %. Vid diabetes typ 2, tidigare benämnd åldersdiabetes, som mest förekommer hos äldre, behandlas sjukdomen vanligen med kost eller kostbehandling i kombination med tabletter.

Antibiotika

Vanliga orsaker till antibiotikabehandling är urinvägsinfektion, infektioner i luftvägar samt sårinfektioner. Andelen boende som behandlades med antibiotika var totalt 4,8 % (oktober 2003, 4,4 %). I Älvsjö var procentandelen 3,1 % och i Vantör 6,3 %.

Administrering av läkemedel

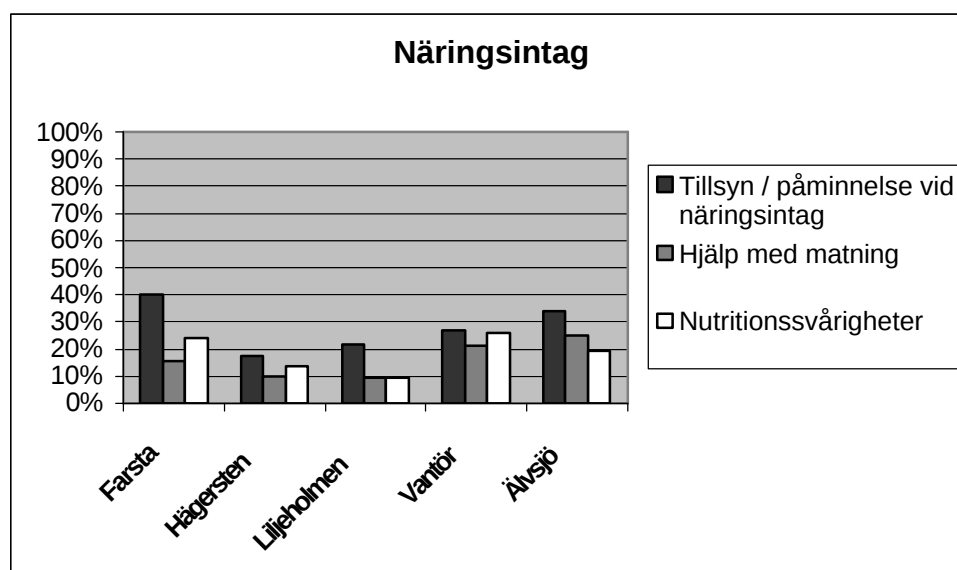
Läkemedel intas i olika beredningsformer tex tabletter, kapslar, stolpiller, inhalationer och i flytande form. Vissa läkemedel administreras genom injektion eller infusion (dropp). Injektioner och infusioner är känsliga administreringsformer pga att läkemedlets effekt inträder snabbare och blir starkare. Det innebär också en ökad infektionsrisk eftersom huden punkteras.

Läkemedel i injektionsform fick totalt 5,5 % av de boende (oktober 2003, 6,0 %). I Vantör var procentandelen 1,6 % och i Älvsjö 8 %. Pågående infusionsbehandling hade 0,3 % (5 boende) under kartlägningsveckan. Om en person ofta eller ständigt är i behov av infusion opereras vanligen en port á cath in i ett centralt blodkärl. Detta var fallet hos 0,2 % (3 boende).

Inhalationer

Syrgasbehandling fick totalt 0,6 % (11 boende).

NÄRINGSINTAG (NUTRITION)



Tillsyn/påminnelse vid näringsintag

Tillsyn vid näringsintag innebär att de boende behöver hjälp till restaurang eller matsal, att få hem matlåda eller behöver påminnelse att äta.

Denna hjälp behövde 28,6 % (oktober 2003, 28 %) av de boende. De flesta som behövde tillsyn/påminnelse fanns vid gruppboendena, 45,2 %.

Andel boende som behövde hjälp med matning

När en person inte kan äta själv krävs det att vårdpersonalen har tillräckligt med kunskap om vad och hur mycket näring den äldre behöver. Dessutom är det viktigt att ha tillräckligt med kunskap och tid för att vara den boende behjälplig vid måltiden.

Andelen boende som behövde hjälp med matning var 15,8 % (oktober 2003, 15,9 %).

Undernäring (malnutrition)

Risken för sjukdom och funktionsnedsättning ökar med stigande ålder, vilket kan begränsa den äldres möjligheter att få i sig den näring kroppen behöver. Det finns flera orsaker till att aptiten och förmågan att äta kan försämrats. Det vanligaste anledningarna är kronisk sjukdom eller hög ålder. Andra faktorer som påverkar matintaget är depression, läkemedelsbehandling, dålig tandstatus och sväljsvårigheter.

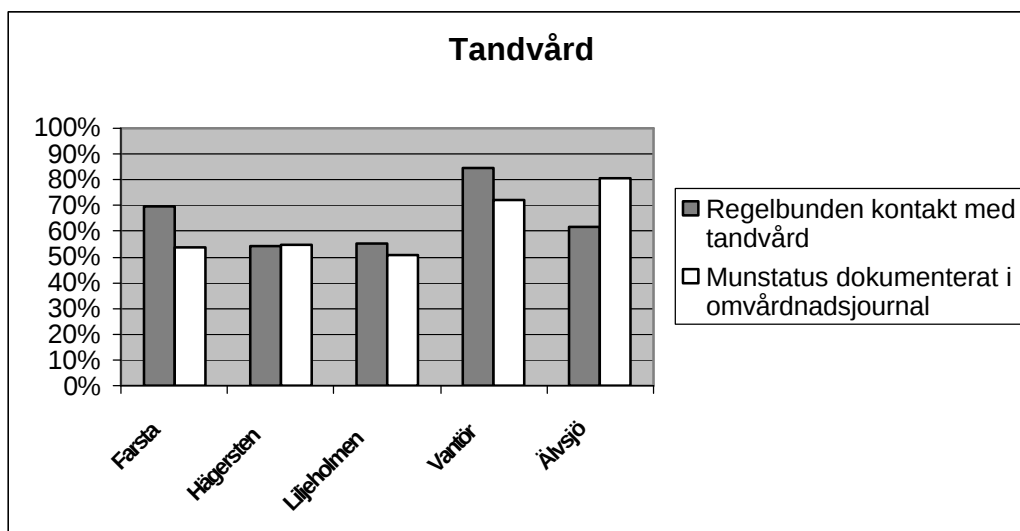
Antal vårdtagare med nutritionssvårigheter/malnutrition var i denna undersökning 342 personer, 19,1 % (oktober 2003, 20,0 %). Den lägsta andelen undernärda fanns vid servicehus, 5,3 %, och den största andelen fanns vid sjukhemmen, 30,2 %.

Dokumentation av nutritionsstöd fanns för totalt 71,9 % av de som har viktninskning med 5 % eller BMI under 22.

Sondmatning

Sondmatning är en liten del av hälso- och sjukvårdsuppgifterna. 0,8 % av hemsjukvårdspatienterna, 14 personer, fick sitt näringsintag tillgodosett genom sond. Sondmatning får endast utföras av sjuksköterska eller av vårdpersonal som har uppgiften delegerad.

TANDVÅRD - MUNSTATUS



Tandvård

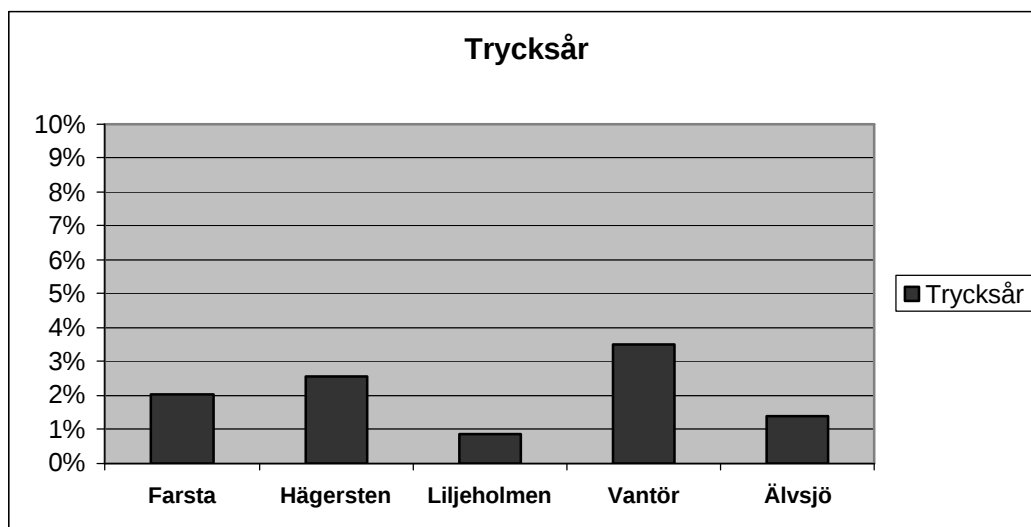
Enligt tandvårdslagen ska landstinget svara för att uppsökande tandvårdsverksamhet bedrivs bland boende inom kommunernas särskilda boendeformer. Samtliga vårdtagare med heldygnsomsorg samt de med höga omvårdnadsbehov vid servicehusen erbjuds en årlig munhälsobedömning utförd av tandvårdspersonal. Med högt omvårdnadsbehov avses personer som har hjälp minst tre gånger per dag samt natthjälp som kan vara i form av larm. Munhälsobedömningen innebär en undersökning av munhåla, tänder och tandersättningar samt bedömning av det dagliga behovet av munvård. Munhälsan påverkar den boendes livskvalitet och välbefinnande varför erbjudandet av munhälsobedömning är viktigt att se i ett helhetsperspektiv av den boendes totala omvårdnadsbehov.

Inom de särskilda boendeformer som ingått i studien hade 65,1 % (oktober 2003, 67,0 %) av de boende regelbunden kontakt med tandvården. Minst kontakt med tandvården hade boende vid servicehus, 29,1 %. Mest kontakt hade de som bor vid gruppboendeenheter, 95,6 %. För ålderdomshemmen var siffran 91,8 % och vid sjukhemmen hade 88,9 % kontakt med tandvården.

Munstatus

I sjuksköterskans uppgifter ingår att i omvårdnadsjournalen dokumentera munstatus. I denna kartläggning hade 61,2 % (oktober 2003, 49,5 %) av de boende munstatus dokumenterad.

HUD



Trycksår

Trycksår definieras som en lokal skada i huden förorsakad av för högt och långvarigt yttre tryck. Detta har medfört störning av blodtillförsel som i sin tur leder till närings- och syrebrist i huden.

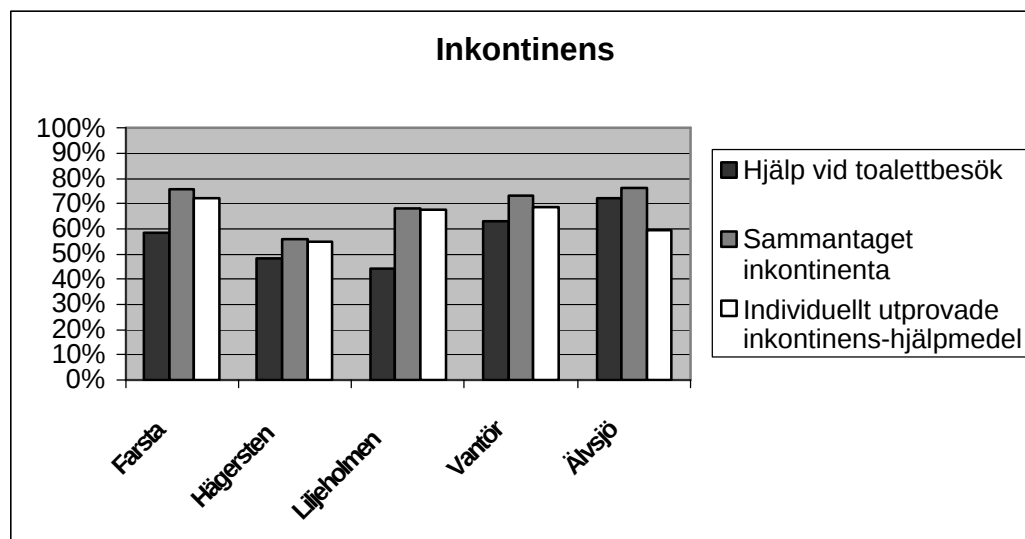
Urininkontinens ökar risken för trycksår eftersom huden blir uppluckrad och lätt spricker sönder. Tiden som vårdtagaren ligger på ett hårt underlag är också en riskfaktor. Trycksår klassificeras efter en fyrgradig skala.

Kartläggningen visade trycksårsförekomst på 2,2 % (oktober 2003, 3,3 %) för samtliga boendeformer. På sjukhemmen hade 3,9 % (oktober 2003, 6,1 %) av de boende trycksår och på servicehusen, som hade den lägsta förekomsten trycksår, var siffran 0,9 %.

Sjuksköterskan ska bedöma risken för trycksår hos alla vårdtagare som har någon form av funktionsnedsättning. Kartläggningen visade att en riskbedömning var gjord för 46,0 % (oktober 2003, 24,5 %) av vårdtagarna. Detta är nästan en fördubbling jämfört med föregående år. Sjuksköterskorna vid ålderdomshemmen hade gjort flest riskbedömningar, 75,4 %.

Av de bedömda har 34,1%, 282 personer bedömts vara i riskzonen för att utveckla trycksår, för 241, 85,5 % av dessa fanns dokumenterade insatser för att förebygga trycksår.

INKONTINENS



Toalettbesök

Att tömma urinblåsan 5-8 gånger/dygn anses normalt. Tätare behov av att besöka toaletten kan bero på olika sjukdomar såsom neurologiska sjukdomar, demens eller urinvägsinfektioner. Dessa sjukdomar resulterar ofta i nedsättningar av vårdtagarnas funktionsförmåga och de behöver därför hjälp vid toalettbesök. Årets undersökning visade att 56,9 % behövde hjälp vid toalettbesök (oktober 2003, 57,5 %). Variationer förekom dock med 44,1 % i Liljeholmen och 72,2 % i Älvsjö.

Behovet av hjälp vid toalettbesök varierade från 81,9 % vid sjukhem, 68,7 % vid gruppboende, 65,7 % vid ålderdomshem till 30,6 % vid servicehus.

Inkontinens

Inkontinens definieras som "besvär av ofrivilligt urinläckage" enligt ICS (International Continence Society). Det kan finnas flera orsaker till inkontinens som kan betecknas som ett tillstånd, symptom, kliniskt tecken eller sjukdom.

Samtliga inkontinenta vårdtagare har rätt att få individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Detta är en uppgift för sjuksköterska med utbildning i förskrivningsrätt.

Kartläggningen visade att 69,1 % (oktober 2003, 74,9 %) av vårdtagarna var inkontinenta. Majoriteten av vårdtagarna vid ålderdomshem, 93,3 %, hade problem med inkontinens. Av alla inkontinenta hade 93,3 % individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel (oktober 2003, 89,6 %). Av dessa var 82 % dokumenterade i omvårdnadsjournalerna (oktober 2003, 68,6 %).

Kateter

Urinkateter är en behandlingsåtgärd som kräver läkarordination och åtgärden ska vara medicinskt motiverad. Kvarliggande kateter är aldrig motiverad enbart som omvårdnadsåtgärd.

Undersökningsresultatet visade att 5,6 % (oktober 2003, 6,6 %) av vårdtagarna hade kvarliggande kateter. De flesta, 9,0 %, fanns vid sjukhemmen (oktober 2003, 10,1 %).

INFEKTIONER

Bland de vanligaste infektionerna inom öppenvård är infektioner i urinvägar och i luftvägar. Därefter kommer infektioner i hud och mjukdelar. Ett växande problem är att vissa bakterier av gruppen stafylococker har utvecklat resistens mot de vanligaste penicillinsorterna.

Urinvägsinfektion

Kartläggningen visade att den vanligaste orsaken till antibiotikabehandling var urinvägsinfektion, 3,5 % (oktober 2003 2,8 %) av vårdtagarna. Hos äldre personer kan symtomen vara diffusa som förvirring eller nedsatt allmäntillstånd. Obehandlad urinvägsinfektion kan leda till njurskada eller urosepsis.

Svampinfektion

Alla människor har bakterier och svamp i små mängder på och i kroppen utan att de orsakar någon skada. De flesta är dessutom ofarliga och viktiga för att upprätthålla en balans mellan skadliga och ofarliga bakterier. Om immunförsvaret eller bakteriefloran påverkas kan svampen växa ohämmat. Förebyggande åtgärder är att hålla hudveck som hals, armveck och ljumskar rena och torra.

Undersökningens resultat visade att 2,4 % (oktober 2003, 2,6 %) av vårdtagarna hade svampinfektioner. Lägsta antalet svampinfektioner förekom inom servicehusen, 2,0 % och de flesta vid gruppboendena, 3,7 %.

Infektion i kroniskt sår

Med kroniskt sår avses ett sår i huden som utgör en vävnadsskada som omfattar överhuden och når ner i läderhuden eller djupare och som kvarstår efter sex veckor. Exempel på kroniska sår är venösa bensår, arteriella bensår, extremitetssår hos diabetiker och trycksår. I kroniska sår kan alltid bakterier påvisas. Med infektion avses bakteriell förökning med rodnad, ödem och smärta i omkringliggande vävnad. Kartläggningen visade att 1,7 % av vårdtagarna, 31 personer, hade en pågående infektion i ett kroniskt sår. Det är en liten minskning från föregående år.

Infektion i luftvägar

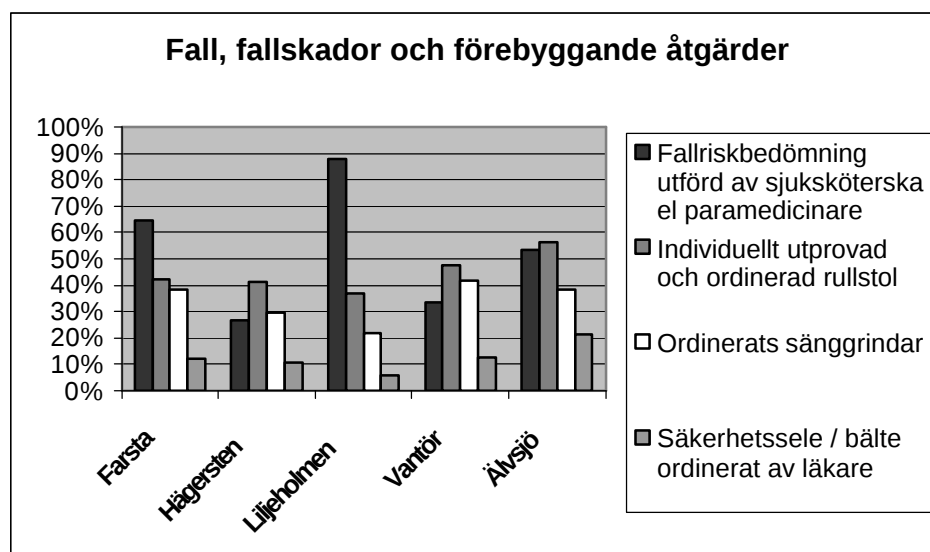
Kartläggningen visade att lunginflammation förekom hos en ringa del av vårdtagarna, 0,5 %, 9 personer.

Meticillinresistent stafylococcus aureus (MRSA)

MRSA är en beteckning för en bakterie (*Stafylococcus aureus*) som inte är behandlingsbar med de vanligaste penicillinsorterna. Spridningen av MRSA, som sedan den 1 januari 2000 är anmälningspliktig enligt smittskyddslagen, är ett växande problem i Stockholmsregionen. Den främsta orsaken till smittspridning är brister i basala hygienrutiner.

Åtgärder har vidtagits för att begränsa fortsatt smittspridning genom ett vårdprogram som framtagits för särskilda boendeformer. Vårdprogrammet innebär bla utbildning för vårdpersonalen i basala hygienrutiner. God informationsöverföring vid flyttning från slutenvård till kommunala boendeformer är viktigt för att hålla spridningen under kontroll. Ytterligare åtgärd är att ta en MRSA-odling i samband med inflyttning på alla vårdtagare som har sår, eksem, infart, PEG-sond, stomi och kateter. Av antalet nyinflyttade var 60 personer aktuella för odling. Odling hade utförts vid 137 tillfällen. Vid kartläggningstillfället fanns 3 vårdtagare (0,2 %) med MRSA-infektion.

FALL, FALLSKADOR OCH FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER



Falloolyckor och dess konsekvenser i form av benbrott (frakturer) och andra följskador utgör ett stort hälsoproblem bland äldre. Det finns studier (Socialmedicinsk tidskrift, 1994) som visar att för personer som bor inom de särskilda boendeformerna är falloolyckorna vanligast i åldrarna mellan 70 och 85 år, för att sedan bli mindre vanliga i högre åldrar.

Forskningen kring falloolycksmekanismer, hur olyckorna går till, har delats upp i tre huvudkategorier:

- ? yttre eller miljömässiga mekanismer, tex att man snubblar över hinder eller halkar på hala golv
- ? inre mekanismer, som har att göra med individens inneboende egenskaper. Dessa beror på funktionsnedsättningar som oftast orsakas av balanssvårigheter, muskelsvagheter eller perceptuella (upplevda, iakttagande) missbedömningar
- ? fall från icke stående eller gående position när vårdtagaren rullar ur sängen eller glider ur rullstol

Den enskilde vårdtagaren som faller använder ofta läkemedel och har dessutom i de flesta fall sjukdomar och funktionshinder som i samverkan med yttre faktorer bidrar till fallet. System för fallriskanalys fanns hos alla fem stadsdelsförvaltningarna, men vissa enheter vid sjukhemmen och servicehusen inom Hägerstens stadsdelsförvaltning angav att något system för analys av fallincidenter inte fanns.

Kartläggningen visade att för 50,4 % av vårdtagarna hade risken för fall bedömts. Av dessa var 94,2 % dokumenterade i omvårdnadsjournalen. Skillnaden mellan de olika stadsdelarna där fallrisk var bedömd var mellan 26,8 % i Hägersten och 87,8 % i Liljeholmen.

Fraktur efter fall

I denna studie redovisas att 2 % av vårdtagarna, 36 personer, under de senaste 3 månaderna innan kartläggningen hade drabbats av fall som medförde fraktur (oktober 2003, 2,4 %). Variationer mellan stadsdelarna var mellan 1,2 % i Farsta och 3,1 % i Älvsjö.

Rullstolsburna

Nedsatt funktionsförmåga som orsakas av muskelsvagheter samt balanssvårigheter resulterar ofta i att individen behöver använda rullstol vid förflyttning. Arbetsterapeuter/sjukgymnaster är ansvariga för att rullstolarna är individuellt utprovade. Kartläggningen visade att 44,5 % (oktober 2003, 43,6 %) av vårdtagarna var rullstolsburna. Även här förekom variation mellan stadsdelarna, i Liljeholmen var 36,7 % och i Älvsjö var 56,3 % rullstolsburna.

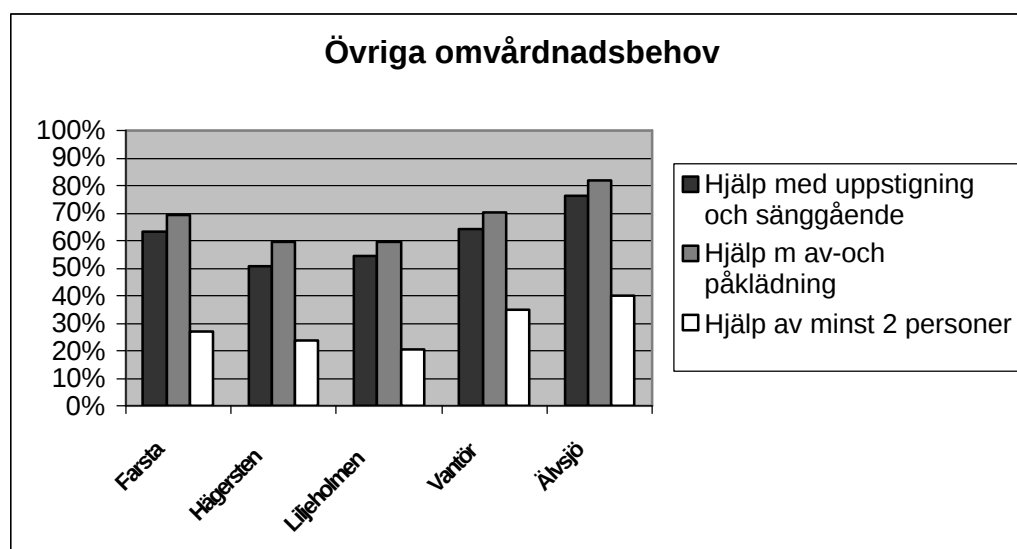
Sänggrindar och bältesordinationer

Det finns flera begränsnings- och skyddsåtgärder för att förhindra fall och fallskador, bla användandet av sänggrindar och säkerhetssele/bälte. Sänggrindar ordinerar av sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter medan bälten ordinerar av läkare.

Totalt hade 34,7 % vårdtagare ordinerats sänggrindar (oktober 2003, 32,7 %) och av dessa var 91,6 % dokumenterade i omvårdnadsjournalerna (oktober 2003, 76,3 %).

Säkerhetssele/bälte är en frihetsinskränkande åtgärd och får endast användas för att hindra en svag vårdtagare från att falla och därigenom komma till skada. Ordinationer förekommer främst inom sjukhem och gruppboende. Av kartläggningen framgick att totalt 12,5 % hade bältesordination (oktober 2003, 12,0 %). Variationen mellan stadsdelarna var Liljeholmen 5,7% och Älvsjö 21,5 % med bältesordination.

ÖVRIGA OMVÅRDNADSBEHOV



Omvårdnadsbehov

Undersökningen visade att 23,3 % hade fullständigt aktuellt ADL-status, dvs högst sex månader gammalt, upprättad av sjukgymnast/arbetsterapeut. 21,6 % av vårdtagarna hade del av ADL-status.

ADL-status innebär en bedömning av pensionärens förmågan att utföra vardagliga aktiviteter, till exempel att klä på sig, tvätta sig eller att äta. Del av ADL-status kan te x innebära att förflyttningsförmågan är bedömd, men inte övriga delar.

Hjälpbehoven inom omvårdnaden är mycket personalkrävande. Hjälp med av- och påklädning behövde 67,9 % (oktober 2003, 63,4 %) och 61,3 % (oktober 2003, 59,7 %) behövde hjälp med uppstigning och sänggående. I de olika omvårdnadsmomenten behövde 28,9 % (oktober 2003, 28,9 %) av samtliga vårdtagare hjälp av 2 personer.

Kontrakturer

Kontrakturer förekommer i samband med stillasittande/liggande ställningar och kan förorsaka smärta för vårdtagaren samt försvåra omvårdnadsarbetet för omvårdnadspersonalen. Av samtliga vårdtagare hade 10,6 % kontrakturer.

Läkarkontakt

Under mätveckan var 11,8 % (oktober 2003, 10,7 %) av vårdtagarna personligt bedömd av läkare och för 25,3 % av vårdtagarna (oktober 2003, 23,4 %) hade deras hälsotillstånd diskuterats vid "sittrond".

De tre närmaste månaderna före kartläggningen var antalet akuta läkarbesök på sjukhus 182 (oktober 2003, 302). Av dessa resulterade 123 besök, 67,6 % till inläggning på akutsjukhus. Akut inlagd på sjukhus tre eller fler gånger för samma åkomma under motsvarande period blev 13 personer, 0,7 %.

Vård i livets slut

Vård i livets slut var en liten andel av den totala vården under mätveckan, men på grund av sin karaktär och de känslor döendet väcker hos såväl närstående, boende och personal är det ett mycket viktigt område.

Under den aktuella mätveckan var totalt 7 av 1 795 personer i terminalt stadium (döende), vilket motsvarar 0,4 % av vårdtagarna. Av dessa fanns 5 vid sjukhemmen.

Avlidna

Andelen avlidna under de senaste tre månaderna före kartläggningen var 6,4 %, 114 personer (oktober 2003, 7,1%).

Vid sjukhemmen var andelen avlidna 10 % (oktober 2003, 10,4 %), ålderdomshem 6 % (oktober 2003, 8 %), gruppboenden 5,4 % (oktober 2003, 8,8 %) och vid servicehusen 3,8 % (oktober 2003, 3,5 %).

DISKUSSION

Genom att kartlägga och jämföra behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser/kvalitetsindikatorer i de särskilda boendeformerna i de fem stadsdelarna, kan man få en uppfattning om hur respektive enhet förhåller sig till övriga likvärdiga verksamheter.

Kvalitetsindikatorerna som används i kartläggningen syftar till, att genom återkoppling direkt till respektive verksamhet utgöra underlag till förbättringar i vården/omvårdnaden. Respektive enhet får också möjlighet att följa utvecklingen över tid.

Kvalitetsmål hälso- och sjukvård

Sedan den 1 januari 1997 gäller bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om kvalitetssäkring och kvalitetsutvecklingsarbete. Den årligen återkommande kartläggningen genomförs i syfte att vårdtagarnas trygghet och säkerhet inom den kommunala äldre vården kontinuerligt ska förbättras. För att detta ska kunna ske är det viktigt att varje verksamhet uppställer kvalitetsmål för hälso- och sjukvården.

Under de gångna 6 åren har vi, de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna, utvecklat kvalitetsindikatorer som utgör underlag för de årliga undersökningarna. De tidigare kartläggningarna har lett till en del kvalitetsförbättringar. Först vid årets undersökning har vi efterfrågat hälso- och sjukvårdsmål. I budgetdirektiven från Stockholms stad finns inga preciserade hälso- och sjukvårdsmål. Av de fem stadsdelarna som deltar i undersökningen har endast Liljeholmens stadsdelsnämnd beslutat om mål för hälso- och sjukvården. Dock framgår det av undersökningen att målet inte var känt av alla Liljeholmens sjuksköterskor.

Vi medicinskt ansvariga sjuksköterskor anser att hälso- och sjukvårdsmål måste utformas i verksamhetsplanen och integreras med övriga mål för äldreomsorgen. Ansvaret för att hälso- och sjukvårdsmål utformas åligger verksamhetschefen enligt hälso- och sjukvårdslagen. Målen ska vara välkända för samtliga anställda inom äldreomsorgen.

Hälso- och sjukvårdspersonal

För att sjuksköterskor ska kunna genomföra sina lagstadgade arbetsuppgifter såsom dokumentation, hantering av läkemedel mm krävs ett för verksamheten tillräckligt antal sjuksköterskor.

Jämförelser mellan stadsdelarna är svår att göra, då man valt så olika organisatoriska lösningar. Det pågår i flera stadsdelar diskussioner om hur hälso- och sjukvården ska organiseras bla av ekonomiska skäl. Det är viktigt att följa utvecklingen av detta.

Antalet vakanser har minskat under flera år, och tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal är god.

Undersökningen visade en minskning av antalet vakanta sjukskötersketjänster från 17,5 % till 5,75 %. Detta har resulterat i en ökad kontinuitet vilket ökar möjligheterna att förbättra vårdkvaliteten, genom att vårdplaneringar, uppföljningar och dokumentation förbättras.

Avseende paramedicinsk personal, dvs sjukgymnaster och arbetsterapeuter, kan vi notera att det endast fanns en vakant tjänst, vilket är positivt för kvaliteten i verksamheten.

Läkemedel och läkemedelshantering

Kartläggningen visade en ökning av andelen vårdtagare som ordinerats fem eller fler läkemedel. En liknande ökning har skett varje år sedan 2002 då frågan var med för första gången.

Detta är problematiskt eftersom de äldre är mer känsliga för såväl läkemedlens effekter som biverkningar, jämfört med andra åldersgrupper. En stor mängd läkemedel ger också upphov till många oönskade interaktioner.

Vi kan inte dra några slutsatser om läkemedelskonsumtionen är för hög alternativt för låg i förhållande till vårdtagarens behov. Det är av stor vikt att det inom kommunala hälso- och sjukvården finns tillräckliga läkarresurser för att kunna genomföra individuella läkemedelsuppföljningar för varje enskild vårdtagare.

Nutrition

De som löper störst risk att utveckla undernäring, dvs de med många och långvariga sjukdomar, finns ofta inom den kommunala äldreomsorgen.

Vår undersökning visade att en femtedel av vårdtagarna bedömdes som undernärda, enligt kriterierna 5 % viktförlust på ett halvår eller BMI under 22.

Detta låg på samma nivå som året innan. Det är av största vikt att de personer som skrivs in i den kommunala hemsjukvården riskbedöms, för att kunna identifiera när och till vem extra åtgärder behöver sättas in.

Lägsta acceptabla nivå:

- 100 % av alla vårdtagare inom heldygnsomsorg ska vägas 2 gånger per år
- 100 % av vårdtagare med en viktförlust av 5 % på ett halvår eller BMI under 22 ska utredas och åtgärdas med nutritionsstöd
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Resultatet av kartläggningen visar att det behövs insatser för att förbättra arbetet med kontrollen över de boendes vikt som ett led i att säkra näringssituationen hos de boende. För att tillgodose behovet av omsorg och god vård på nutritionsområdet behövs olika typer av medicinsk kompetens. Tillgång till dietist är en viktig faktor och respektive stadsdel bör se över behovet av stöd från dietist.

Vårdpersonalen bör få kontinuerlig nutritionsutbildning för att höja sin kompetens inom nutritionsområdet. Vårdpersonalen måste också få tid och möjlighet att praktiskt hjälpa vårdtagarna med näringsintaget. Det finns många faktorer som påverkar möjligheten att äta. Miljön runt matsituationen är viktig tex dukning, uppläggning av maten och att det är en lugn atmosfär.

Tandvård/Munstatus

Landstinget erbjuder samtliga vårdtagare med heldygnsomsorg samt de med höga omvårdnadsbehov vid servicehusen en årlig munhälsobedömning. Av vårdtagarna med heldygnsomsorg hade drygt nio av tio fått munhälsobedömning. Det måste betraktas som en god nivå.

I sjuksköterskornas arbetsuppgifter ingår att dokumentera munstatus i omvårdnadsjournalen. Det har skett en förbättring av dokumentationen av munstatus sedan föregående år. Detta arbete måste dock fortlöpande förbättras.

Hud

Förekomsten av trycksår går inte att undvika helt. Identifiering av riskpatienter och noggrann uppföljning och utvärdering av insatta förebyggande åtgärders effekt är ett krav.

Andelen vårdtagare med trycksår var låg 2,2 %, vilket var en minskning sedan föregående år. Andelen vårdtagare med trycksår har under den senaste fyraårsperioden legat ganska stabilt mellan 2 – 3 %. Det är önskvärt att man hos alla vårdtagare bedömer risken för trycksår. År 2001 var andelen riskbedömda 13,5 % och i årets undersökning hade siffran stigit till 46 %. Det är en klar kvalitetsökning.

Lägsta acceptabla nivå:

- 100 % individuell bedömning av risker för trycksår dvs identifiering av riskpatienter enligt modifierad Nortonskala
- 100 % av identifierade riskpatienter ska ha insatser för att förebygga trycksår
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Inkontinens

Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2003) lider var fjärde kvinna i 80-årsåldern av inkontinens och omkring var femte man i 80-årsåldern har svårigheter att hålla urinen. Ibland kan kunskaper och rutiner saknas för hur inkontinensproblematiken bland de boende ska skötas.

Kartläggningen visade att drygt hälften av alla vårdtagare behövde hjälp med toalettbesök.

Lägsta acceptabla nivå:

- 100 % individuell ordination av inkontinenshjälpmedel vid inkontinens
- 100 % uppföljning/utvärdering av ordination av inkontinenshjälpmedel
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Sju av tio av vårdtagare bedömdes som inkontinenta.

Samtliga inkontinenta vårdtagare har rätt till individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel vilket är ett lagstadgat krav. Detta uppnåddes inte helt.

Kartläggningen visade att nio av tio hade fått en individuell utprovning. Anmärkningsvärt var att för endast åtta av tio fanns detta dokumenterat i omvårdnadsjournal.

Individuell utprovning ska utföras av sjuksköterska med utbildning i förskrivningsrätt. Det åligger verksamhetschefen att tillse att behovet av utbildning tillgodoses. Rutinerna för individuell inkontinensvård behöver förtydligas.

Årets undersökning visade att något färre vårdtagare än förra året hade KAD. Det går inte att bedöma om det är en tillfällighet eller ett trendbrott.

Infektioner

En liten andel av vårdtagarna, 0,5 %, hade pågående luftvägsinfektion under kartläggningsveckan. Enligt det vårdprogram som är formulerat av Stockholms läns landstings STRAMA-grupp beskrivs luftvägsinfektioner som en av de vanligaste infektionerna hos äldre. En förklaring till den låga förekomsten kan vara att de flesta äldre vid de särskilda boendeformerna är vaccinerade mot lunginflammation.

Ett växande problem i Stockholmsregionen är smittspridningen av meticillinresistenta stafylococcus aureus (MRSA). Genom att alla fem stadsdelarna har ett avtal med landstingets hygiensektion och därmed får tillgång till hygienläkarnas och hygiensjuksköterskornas kompetens, arbetas det med att försöka förhindra denna smittspridning. Kunskaper och tillämpning av basala hygienrutiner är den viktigaste åtgärden för att nedbringa smittspridningen. Utöver detta ska det tas en MRSA-odling på alla vårdtagare med sår, eksem, infart, PEG-sond, stomi och kateter hos alla som flyttar in till särskild boendeform eller återkommer från sjukhus.

Lägsta acceptabla nivå

- 100 % av alla vårdtagare med sår, eksem, infart, PEG-sond, stomi och/eller kateter som flyttar in eller återkommer från sjukhus tas MRSA-odling
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Undersökningen visade att det under den senaste tremånadersperioden innan kartläggningen hade flyttat in 60 personer som var aktuella för odling, men odling hade gjorts vid 137 tillfällen. Det visar att medvetenheten om MRSA har ökat väsentligt under det gångna året. Det är viktigt att få kontroll över hur många som bär på MRSA för att förhindra smittspridning. Det är ytterst väsentligt att personalen får kontinuerlig utbildning i basala hygienrutiner och att varje enhet utser personer som kan genomgå hygienombudsutbildning.

Fallskaderisk

Enligt Socialstyrelsens utredning (2003) är fallolyckor tre gånger så vanliga hos individer som vistas på institution jämfört med hemmaboende. En stor del av fallen i de särskilda boendena avser vårdtagare som inte kan förflytta sig självständigt.

De finns flera orsaker till fallskador tex efter inflyttning till särskilt boende då vårdtagaren är ovan vid den nya miljön, eller är i dålig kondition. Ett högt läkemedelsintag och speciella typer av läkemedel tex antidepressiva, neuroleptika, lugnande och sömnmedel (särskilt benzodiazepiner), ökar risken för att falla (Fastbom, 1998). Osäkerhet och rädsla att falla på grund av minskad balansförmåga kan leda till minskad fysisk aktivitet, vilket i sin tur leder till ännu sämre balansförmåga.

Vissa enheter inom stadsdelarnas särskilda boendeformer har utarbetat fallbedömningsinstrument. Fallriskbedömningen ska bland annat ligga till grund för vidare prövning om säkerhetssele/bälte och sänggrindar ska användas. Användningen av sele/bälte och sänggrindar måste alltid ställas i relation till den frihetsinskränkning användandet kan innebära.

Kartläggningen visade att 44,5 % av vårdtagarna var beroende av rullstol vid förflyttning, vilket är på samma nivå som förra året. Många behöver hjälp med förflyttning till och från rullstolen. Detta förutsätter att kontinuerlig utbildning i förflyttningsteknik genomförs.

Lägsta acceptabla nivå:

- 100 % fallriskbedömning för varje nyinflyttad vårdtagare inom heldygnsvård
- 100 % dokumentation av resultatet av fallriskbedömning

Fallriskbedömning utfördes för hälften av vårdtagarna och det är en fördubbling jämfört med 2003. Man kan se att medvetenheten om fallrisk och dess konsekvenser för den enskilde vårdtagaren, har ökat vid äldreboendena.

Det ser olika ut i de olika stadsdelarna och det görs inte fallriskbedömningar vid alla enheter. Det kan tolkas som att befintliga bedömningsinstrument inte är kända eller inte används i det dagliga arbetet. Förebyggande insatser samt analys av alla inträffade fall och fallskador är ett viktigt område att vidareutveckla. Här kan arbetsterapeuter och sjukgymnaster bidra med sin kompetens. I Liljeholmen, som arbetat systematiskt med fallprevention under några år och där Rehabiliteringen är involverad, är riskbedömning gjord för närmare nio av tio vårdtagare.

Övriga omvårdnadsbehov

Frågor avseende vårdtagarnas allmänna omvårdnadsbehov ingår i kartläggningen.

Undersökningen visade att vårdtagarna hade omfattande omvårdnadsbehov. Närmare sju av tio vårdtagare behövde hjälp med av- och påklädning samt uppstigning och sänggående. Tre av tio hade så stora behov att två personer måste medverka vid insatserna.

Omvårdnadsbehoven var i stort sett oförändrade från föregående år. En trolig orsak till de stora omvårdnadsbehoven kan vara att landstinget skriver ut personer med stora vårdbehov allt tidigare och att de boende har blivit äldre och har fler sjukdomar. Det kan också vara ett resultat av kvarboendepincipen.

Avlidna

Andelen avlidna den senaste tre månaders perioden före undersökningen var något lägre 2004 än föregående år. Att det minskar något kan vara en naturlig variation.

Slutsatser

En jämförelse mellan 2003 och 2004 års kartläggningar ger anledning att fundera över vilka förändringar som skett.

Generellt kan man säga att den allmänna omvårdnaden har ökat något, dvs antalet personer som exempelvis behöver hjälp med av- och påklädning och uppstigning/sänggående. Andelen vårdtagare som har individuellt ordinerad rullstol för förflyttning har också ökat.

Av hälso- och sjukvårdsinsatser har antalet personer som är inskrivna i hemsjukvården och som behöver hjälp med sin läkemedelshantering ökat. Däremot har andelen som behöver hjälp med injektioner, stomier, sonder och katetrar minskat något.

De utvalda kvalitetsindikatorerna visar att det var en förbättring för vårdtagarna inom de flesta områdena.

Andelen riskbedömningar inom områdena, trycksår, malnutrition, fallskador och MRSA-smittspårning har ökat markant vilket ger en möjlighet att identifiera ”riskpatienter” och sätta in adekvata åtgärder.

Dokumentationen har förbättrats, en trend som visat sig under flera år. Vår slutsats är att den gynnsamma situationen med färre vakanser leder till bättre kontinuitet på sjuksköterskesidan vilket spelar en avgörande roll för kvaliteten av den enskildes vård och omhändertagande.

Den återkommande kartläggningen av enheterna bidrar till en ökad medvetenhet om vikten av vissa omvårdnadsinsatser. Inför 2005 års kartläggning är målsättningen att förtydliga frågorna avseende olika indikatorer/omvårdnadsområden.

Området äldre och läkemedel är mycket aktuellt. Socialstyrelsen har låtit genomföra flera studier som alla visar på brister i läkemedelsanvändningen hos äldre.

I 2005 års budget från stadshuset har man pekat på behovet av att genomföra systematiska läkemedelsgenomgångar i samarbete med landstinget. Det ger anledning att fundera över hur kartläggningen kan utvecklas för att fånga upp området läkemedel och äldre.