

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 fyra medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i stadsdelarna 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 fyra stadsdelar kan man få en uppfattning om hur stadsdelsförvaltningarna skiljer sig från varandra. Studien har genomförts för nionde året i följd vilket ger möjligheter till jämförelser över tid. I presentationen redovisas förra årets resultat inom parentes.

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 föreskrift (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet 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 inskrivna i hemsjukvården ska få/erbjudas en individuell bedömning av nutritionstatus enligt MNA (Mini Nutritional Assessment.)
- 100 % av vårdtagare med en viktförlust av 5 % på ett halvår eller BMI under 22 ska utredas med ställningstagande till nutritionstöd
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Trycksår

- 100 % av alla vårdtagare inskrivna i hemsjukvården ska få/erbjudas en individuell bedömning av risker för trycksår d v s identifiering av riskpatienter enligt modifierad Nortonskala
- 100 % av identifierade riskpatienter ska ha insatser för att förebygga trycksår
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Fallrisk

- 100 % av alla vårdtagare inskrivna i hemsjukvården ska få/erbjudas en individuell bedömning av fallrisk.
- 100 % av identifierade riskpatienter ska ha insatser för att förebygga fall/fallskada
- 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, infarkt, PEG-sond, stomi och/eller kateter som flyttar in eller återkommer från sjukhus tas MRSA-odling
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

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 nio 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. Fr o m årets undersökning har även Farsta valt att avstå så numera ingår alltså stadsdelarna 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, 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 2006. Kartläggningen genomfördes av den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan som tillsammans med vårdpersonalen inom de olika områdena besvarade frågorna.

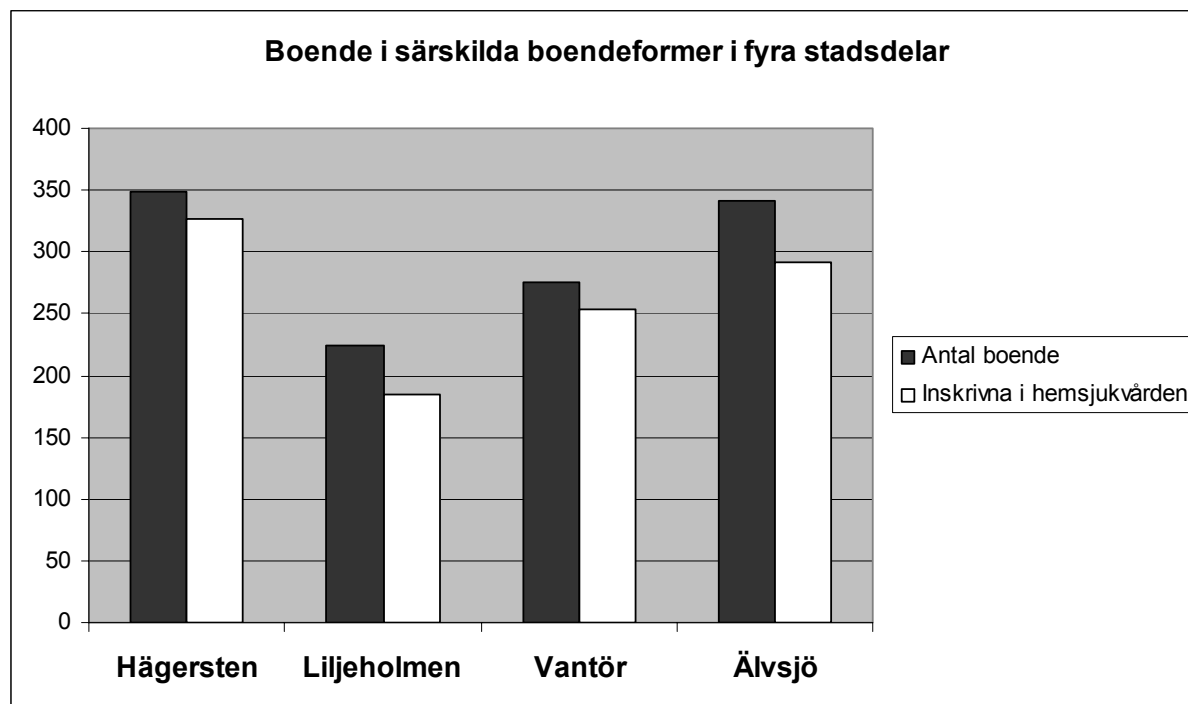
Enkäten har i första steget sammanställts på respektive förvaltning av MAS. Därefter sammanställdes och diskuterades samtliga resultat av hela MAS-gruppen. De områden som kartlagts är ålder, kön, läkemedel, näringsintag (nutrition), tandvård, hud, inkontinens, infektioner, fall/fallskador, förebyggande åtgärder, vissa övriga hälso- och sjukvårdsbehov och vissa omvårdnadsbehov samt dimensionering av hälso- och sjukvårdspersonal. Dessutom undersöks 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 i alla stadsdelar utom Hägersten. Där finns ett bortfall på 3 enheter som inte besvarade frågorna trots upprepade påminnelser. Undersökningens resultat baserar sig på de övriga antalet boende som var inskrivna i hemsjukvården i de fyra stadsdelarna.

Allmänna uppgifter

Boende i särskilda boendeformer



Figur 1

Det totala antalet boende i särskilda boendeformer för äldre var under kartlägningsveckan 1 189 (1 879) personer. Av dessa var 1 057 (1 661) 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. Den stora minskningen mellan 2005 och 2006 beror dels på att Farsta inte längre deltar dels att antalet boende vid servicehusen minskat i Liljeholmen och Älvsjö på grund av planerad omstrukturering. Dessutom har 3 demensenheter i Hägersten inte lämnat in svar.

Vid enheter med heldygnsvård och sjukhem 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 89 % (88 %) av alla boende var hemsjukvårdspatienter.

Knappt tre fjärdedelar, 753, av alla som vårdades vid de särskilda boendeformerna var kvinnor, och 304 var män. Åldersspridningen var stor, från 42 år till 103 år.

I begreppet särskilda boendeformer ingår sjukhem, demensgruppboenden, ålderdomshem och servicehus. I Stockholm benämns dessa enheter som vård- och omsorgsboenden.

Antalet boende i särskilda boendeformer, vecka 41 år 2006:

Hägersten	348 (421)
Liljeholmen	224 (265)
Vantör	275 (288)
Älvsjö	342 (379)

Antalet hemsjukvårdspatienter i särskilda boendeformer, vecka 41 år 2006:

Hägersten	327 (375)
Liljeholmen	185 (221)
Vantör	254 (268)
Älvsjö	291 (323)

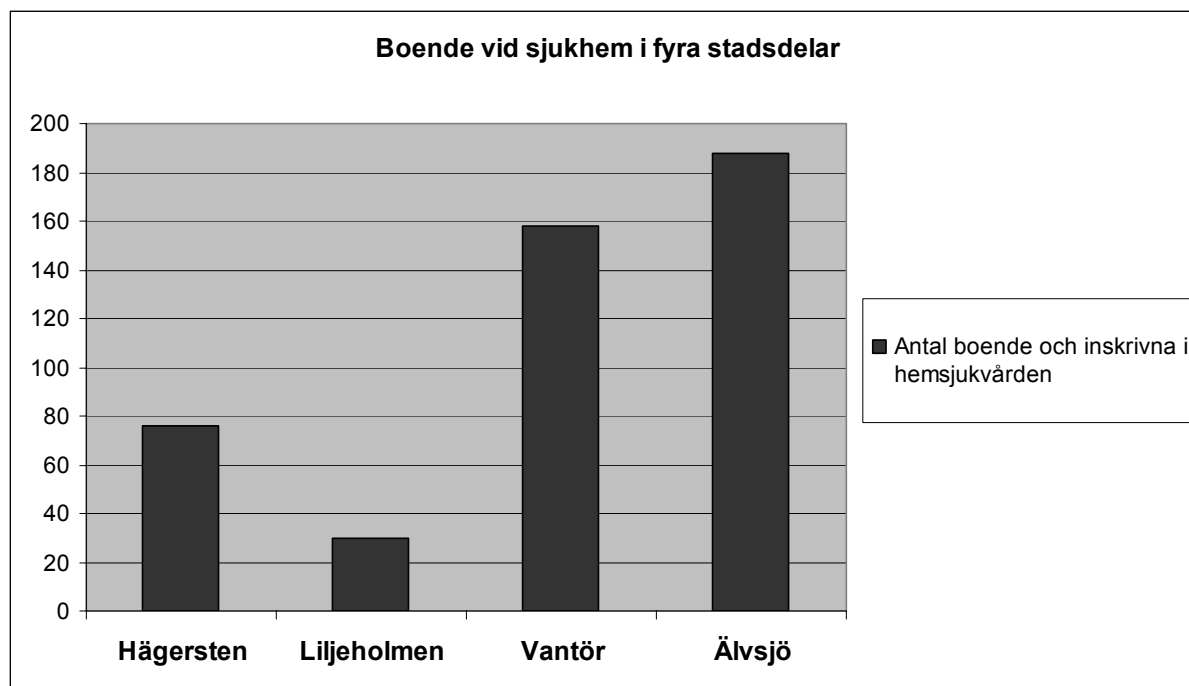
Med begreppen boende och vårdtagare i resultatredovisningen avses fortsättningsvis personer som var inskrivna i hemsjukvården vid de särskilda boendeformerna för äldre.

Det har skett en minskning av antalet boende och av antalet inskrivna i hemsjukvården i alla fyra stadsdelarna.

Antal boende under 65 år

Totalt fanns 11 (23) vårdtagare under 65 år vid äldreboendena.

Boende vid sjukhem



Figur 2

Sjukhem som deltog år 2006:

Hägersten	Axelsbergs sjukhem, Ängsgården
Liljeholmen	Kastanjens sjukhem
Vantör	Högdalens äldreboende
Älvsjö	Solberga sjukhem, Älvsjö sjukhem

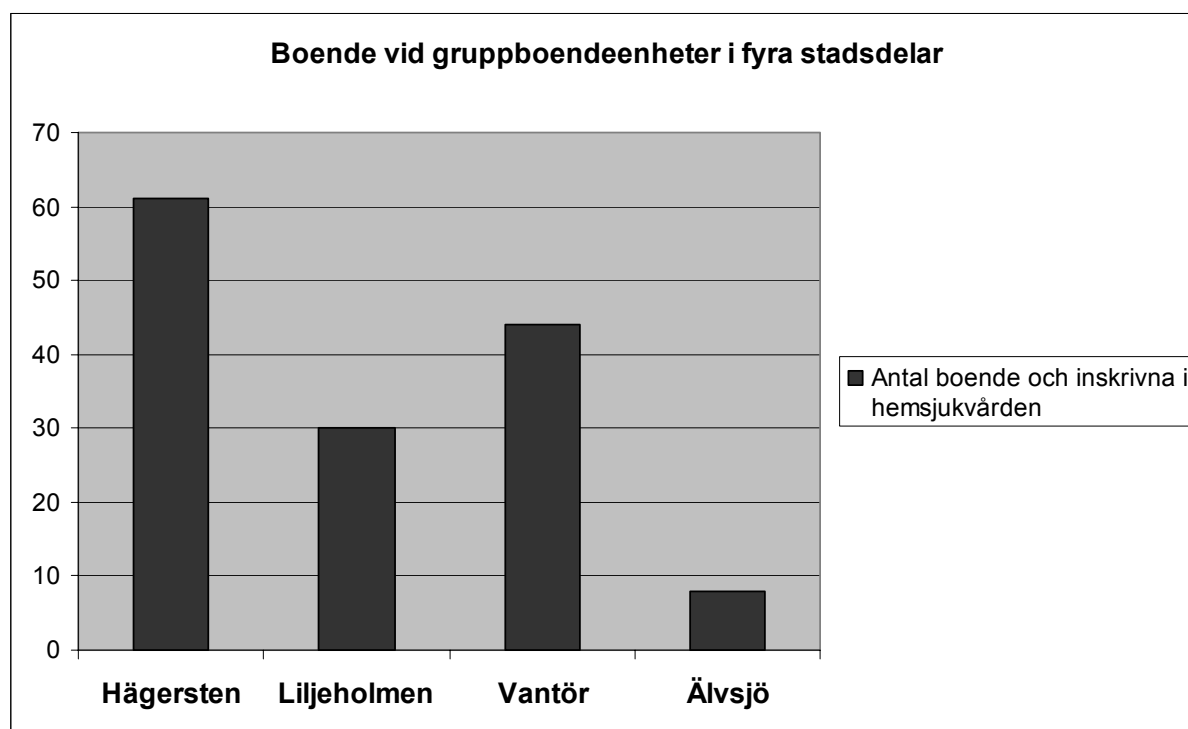
Antalet boende vid sjukhemmen varierade mellan stadsdelarna från 30 personer i Liljeholmen till 188 i Älvsjö. Sammanlagt fanns i de fyra stadsdelarna 452 (645) vårdtagare vid sjukhem. . Av vårdtagarna var 327 kvinnor och 125 män. Den yngsta var 46 år och den äldsta var 103 år. 4 personer var under 65 år.

Boende vid ålderdomshem

Ålderdomshem som deltog år 2006:

Samtliga stadsdelar saknar ålderdomshem. De 32 platser som fanns i Hägersten har omvandlats till gruppboende för dementa i samband med ombyggnad.

Boende vid gruppboenden



Figur 3

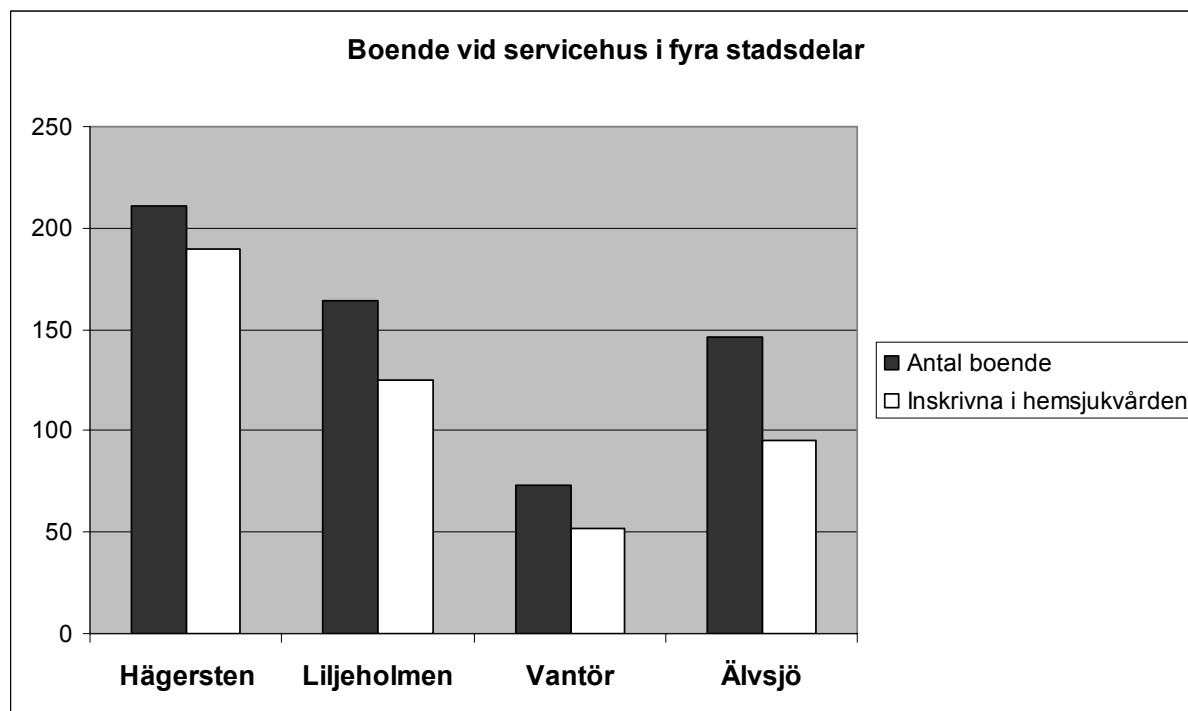
Gruppboenden för demenssjuka som deltog år 2006:

Hägersten	Solrosen/Violen, Åsengården
Liljeholmen	Kastanjen
Vantör	Mårtensgården
Älvsjö	Långbroberg

Antalet boende varierade mellan 8 personer i Älvsjö till 61 i Hägersten. I Hägersten finns 136 platser på gruppboenden för dementa. Det innebär att det är ett bortfall av 75 vårdtagare som inte kan redovisas i rapporten.

Sammanlagt redovisades i de fyra stadsdelarna 143 boende (299) på gruppboendena, 107 kvinnor och 36 män. Minskningen beror på ovan nämnda bortfall i Hägersten samt att Farsta inte deltar. Åldrarna varierade mellan 73 år och 98 år.

Boende vid servicehus



Figur 4

Servicehus som deltog år 2006:

Hägersten	Axelsberg, Fruängsgården
Liljeholmen	Kastanjen, Trekanten.
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 fyra stadsdelarna var 594 personer (833). Antalet hemsjukvårdspatienter var 462 personer (615). Det lägsta antalet hemsjukvårdspatienter fanns i Vantör, 52 och det högsta antalet fanns i Hägersten, 190.

Andelen personer inskrivna i hemsjukvården var 78 % (74 %). Åldersspridningen vid servicehusen var från 42 år till 103 år. Antalet boende under 65 år var 7 (16) personer. Av de inskrivna i hemsjukvården var 319 kvinnor och 143 män.

Det har skett en minskning av totala antalet boende vid servicehusen mellan 2005 och 2006. Minskningen var 82 personer utöver att Farsta inte längre deltar. Minskningen har skett i alla stadsdelar utom Vantör. Störst antal tomma servicehuslägenheter fanns i Liljeholmen och Älvsjö som planerar för omstruktureringar.

KVALITETSMÅL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Ett arbete med stadsdelsnämndernas mål för hälso- och sjukvården, enheternas åtaganden och kvalitetsgarantier har pågått inom Stockholms stad under de senaste åren. Liljeholmen och Älvsjö har kommit längst med integrering av hälso- och sjukvårdsmålen med äldreomsorgens övriga mål.

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).

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.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter ger sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster möjlighet att delegera vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal. Arbetsuppgifter som ofta 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.

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

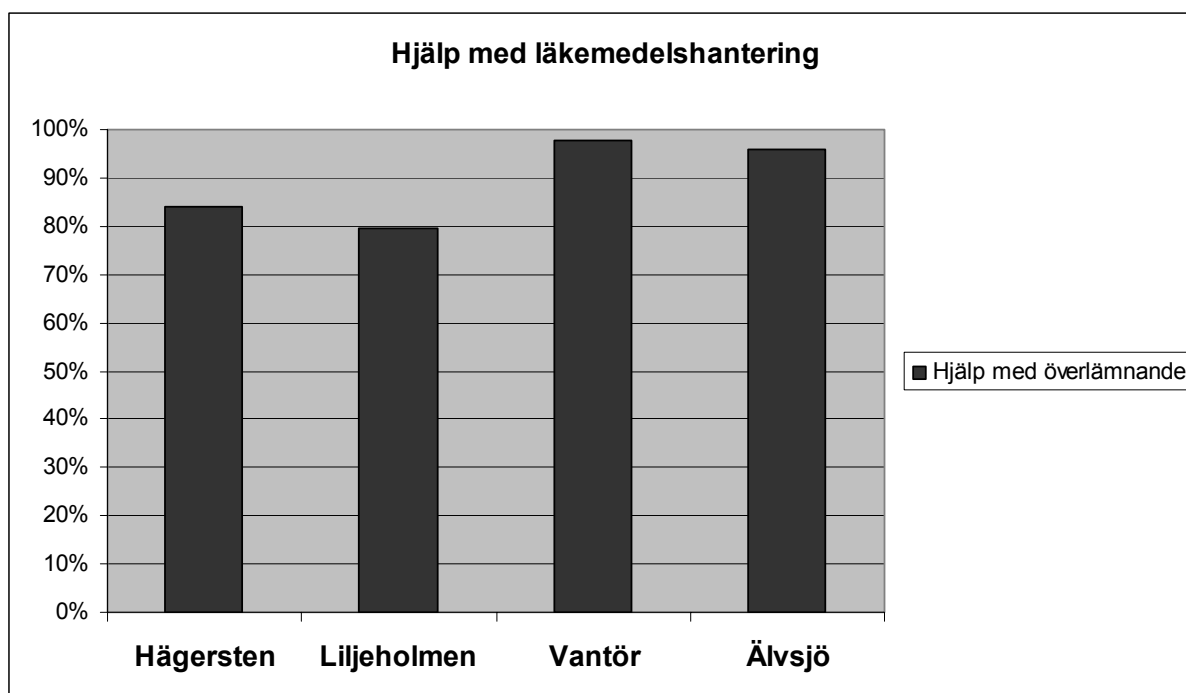
Antal hälso- och sjukvårdspersonal och vakanser

Svårigheten att rekrytera sjuksköterskor har minskat. Andelen vakanta sjukskötersketjänster var 1 % (2,8 %). Vakanserna har minskat sedan 2002 då andelen var 24,5 %.

Antalet sjukskötersketjänster var 92,15 (99,15 för de fyra stadsdelarna).

Antalet paramedicinska tjänster var 30,8 (30,8 för de fyra stadsdelarna).

LÄKEMEDEL



Figur 5

Överlämnande av läkemedel

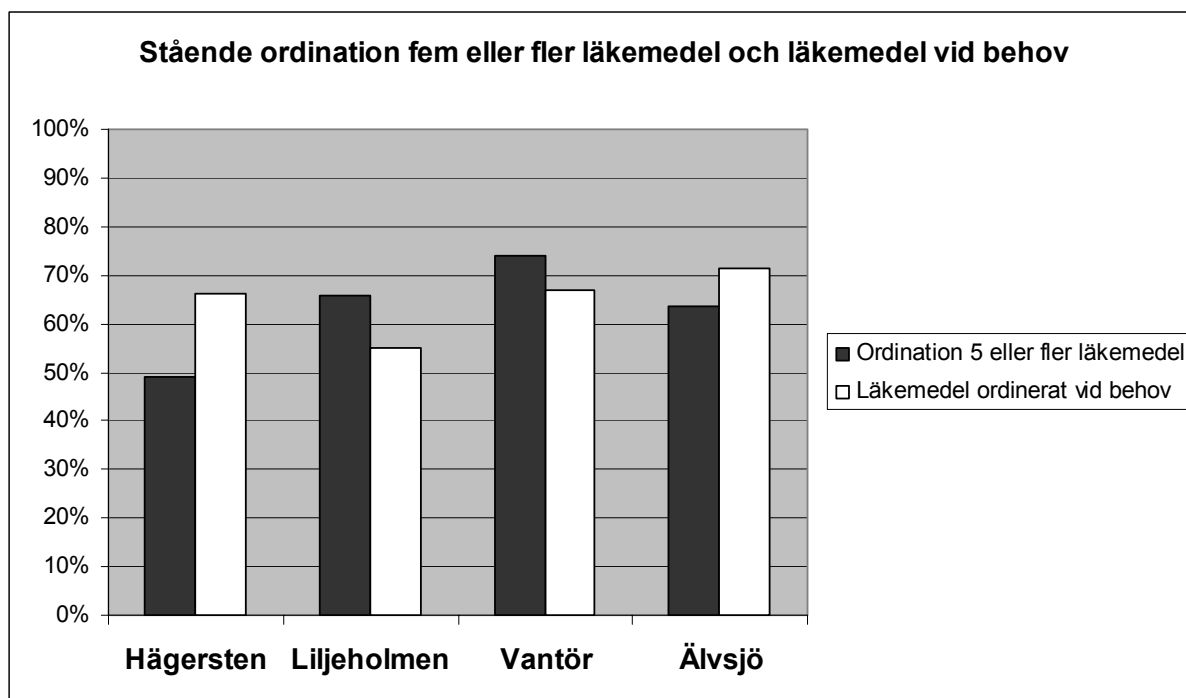
Läkemedelshantering är ett kvalificerat och omfattande arbete som kräver goda kunskaper, erfarenhet och ett gott omdöme. Säkerhetsaspekten är av särskild betydelse. Sjuksköterskan ansvarar för läkemedelshantering inom berörd verksamhet. Överlämnande av iordningställd läkemedelsdos kan delegeras till 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, 90 % (87 %), klarade inte sin läkemedelshantering utan hjälp av vårdpersonal. I Liljeholmen behövde 80 % hjälp och i Vantör 98 %.

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.



Figur 6

Stående ordination 5 eller fler läkemedel

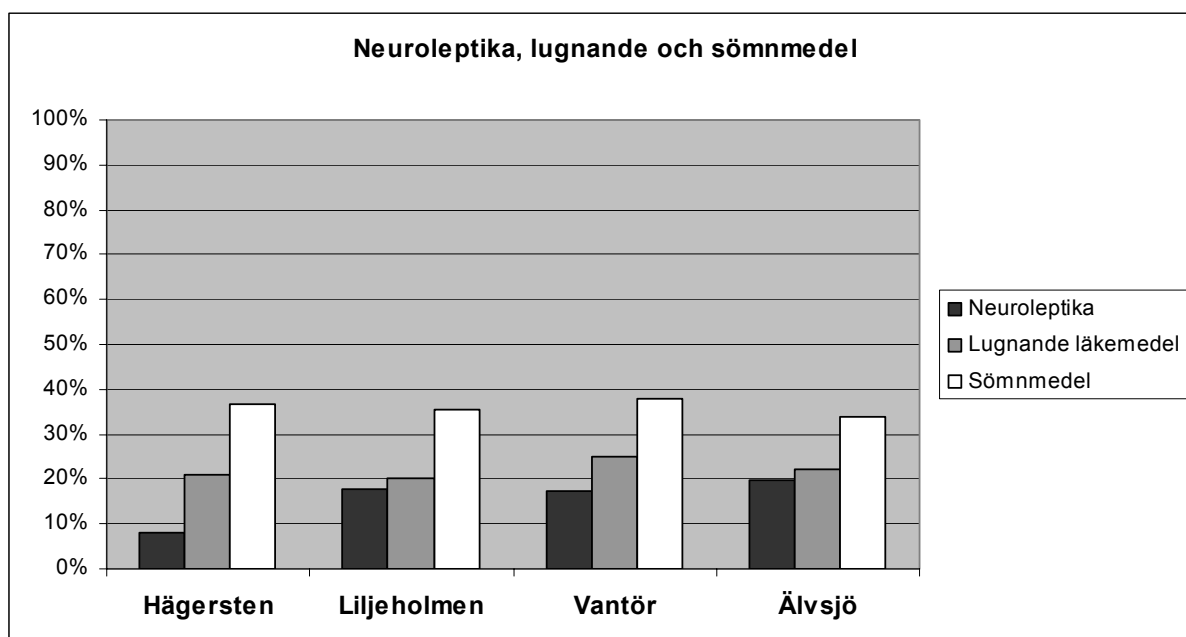
Äldre använder ofta många läkemedel. Det är viktigt att läkemedelsordinationer omprövas. Antalet preparat som används är den mest betydelsefulla riskfaktorn för biverkningar och interaktioner (Fastbom, 2001).

Totalt hade 62 % (68 %) av vårdtagarna stående ordination på fem eller fler läkemedel. Det är en minskning för första gången sedan 2002.

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 66 % av de boende (64 %).



Figur 7

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 ordineras 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 15 % (16 %). Procentuellt hade sjukhemmen den största andelen och servicehusen den minsta.

Lugnande läkemedel

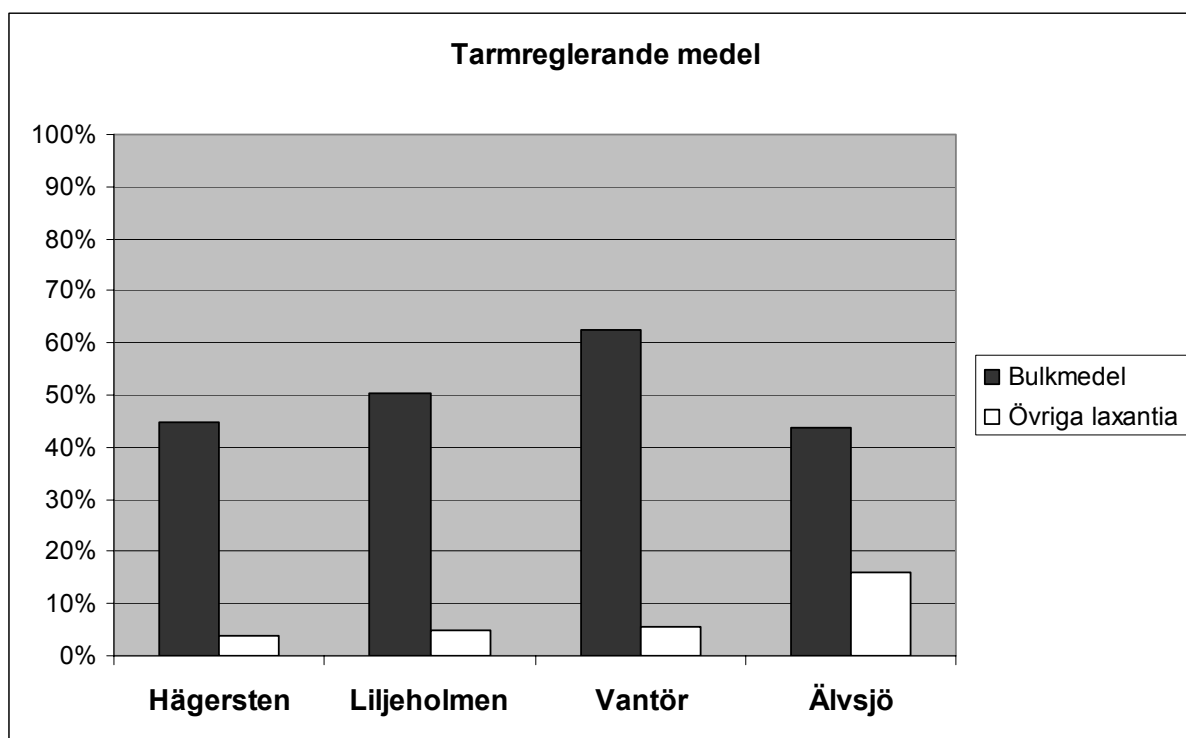
Bensodiazepiner är en grupp läkemedel som ges mot ångest, oro och sömnproblem. Äldre personer som är mer känsliga för läkemedel kan reagera med trötthet, förvirring och falltendens. Det finns också risk för tillvänjning så att allt högre doser krävs. En annan risk är att en person kan bli beroende och 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 22 % av de boende (22 %). Gruppboendena hade procentuellt den största andelen boende med behov av lugnande läkemedel och den lägsta andelen fanns vid servicehusen.

Av de boende som ordinerats lugnande läkemedel var det 77 % som ordinerats bensodiazepinderivat.

Sömnmedel

Andelen boende med ordination på sömnmedel var 36 % (33 %). Servicehusen hade den största andelen boende med behov av sömnmedel. Av boende med ordination på sömnmedel fick 49 % bensodiazepinderivat.



Figur 8

Tarmreglerande medel

Förstoppning är ett problem för många äldre beroende på minskad rörlighet, sjukdomar, läkemedel, långvarigt bruk av laxermedel, ändrade 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 50 % (45 %). Övriga ordinerade laxermedel var 8 % (15 %) nästan en halvering på ett år och återgång till samma nivå som 2004.

Smärtstillande (Analgetica)

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

Andelen boende som ordinerats smärtstillande läkemedel i form av narkotiska preparat var totalt 18 % (18 %). Procentuellt hade servicehusen den största andelen boende som ordinerats smärtstillande narkotiska preparat.

Andelen boende som var i behov av övriga smärtstillande och febernedsättande preparat var 37 % (37 %). Gruppboendena hade 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 33 % av de boende (34 %). Den största andelen hade gruppböendena och den minsta hade sjukhemmen.

Läkemedel vid diabetes

Totalt behandlades 8 % av de boende med insulin (8 %). Boende som hade tablettbehandlad diabetes var 5 %. Vid diabetes typ 2, 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 6 % (5 %).

Administrering av läkemedel

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

Läkemedel i injektionsform fick totalt 5 % av de boende (6 %).

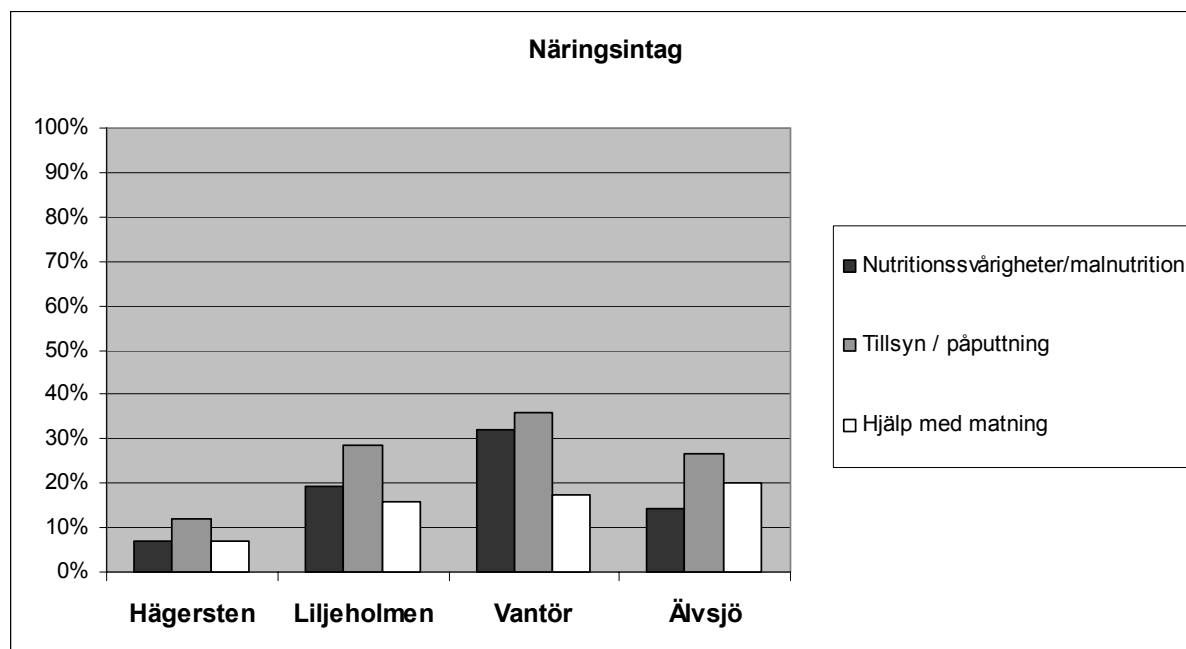
Pågående infusionsbehandling hade 0,1 % (1 boende) under kartlägningsveckan. Om en person ofta eller ständigt är i behov av infusion opereras vanligen en port á cath in i ett centralt blodkärl. Detta var fallet hos 0,3 % (3 boende).

Vid ett mer tillfälligt behov av infusion används en perifer venkanyl. Under kartlägningsveckan användes det av 1 person (0,1 %).

Inhalationer

Syrgasbehandling fick totalt 0,4 % (4 boende). Tre av dessa bodde på servicehus och en på sjukhem.

NÄRINGSINTAG (NUTRITION)



Figur 9

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 27 % (29 %) av de boende. De flesta som behövde tillsyn/påminnelse fanns vid gruppboendena.

Andel boende som behöver 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 16 % (15 %).

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. De 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 181 personer, 17 % (20 %). Den lägsta andelen undernärda fanns vid servicehus och den största andelen fanns vid sjukhemmen.

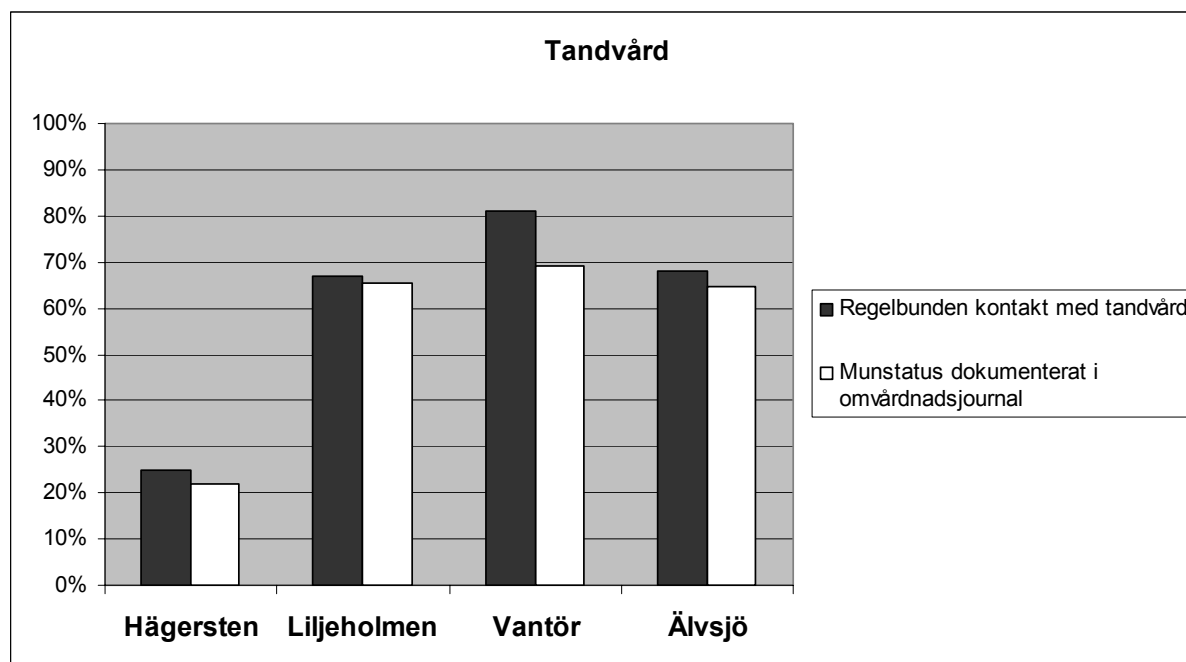
Dokumentation av nutritionsstöd fanns för totalt 88 % av dem som har viktnedgång med 5 % eller BMI under 22.

Sondmatning

Sondmatning är en liten del av hälso- och sjukvårdsuppgifterna. 0,9 % av hemsjukvårdspatienterna, 10 personer, fick sitt näringsintag tillgodosett genom sond.

Sondmatning får endast utföras av sjuksköterska eller av vårdpersonal som har uppgiften delegerad.

TANDVÅRD - MUNSTATUS



Figur 10

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. Erbjudandet av munhälsobedömning är viktig att se i ett helhetsperspektiv av den boendes totala omvårdnadsbehov.

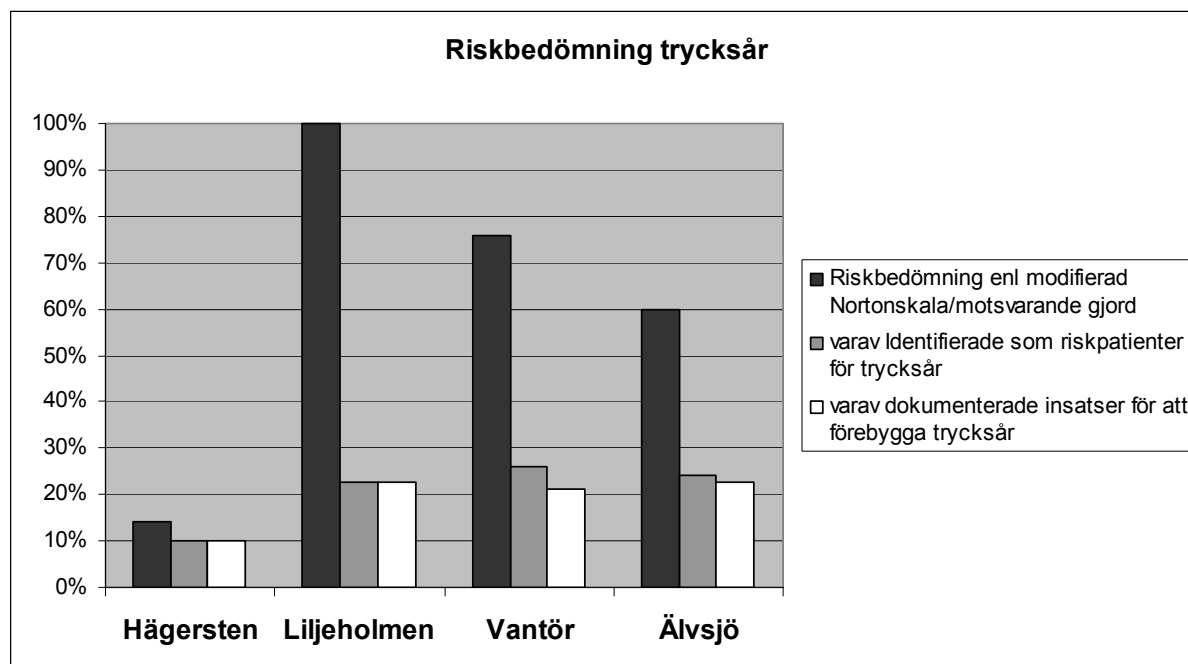
Inom de särskilda boendeformer som ingått i studien hade 64 % (66 %) av de boende regelbunden kontakt med tandvården. Minst kontakt med tandvården hade boende vid servicehus. Mest kontakt hade de som bor vid gruppboendena.

Munstatus

I sjuksköterskans uppgifter ingår att i omvårdnadsjournalen dokumentera munstatus. I denna kartläggning hade 60 % (72 %) av de boende munstatus dokumenterad.

HUD

Riskbedömning trycksår

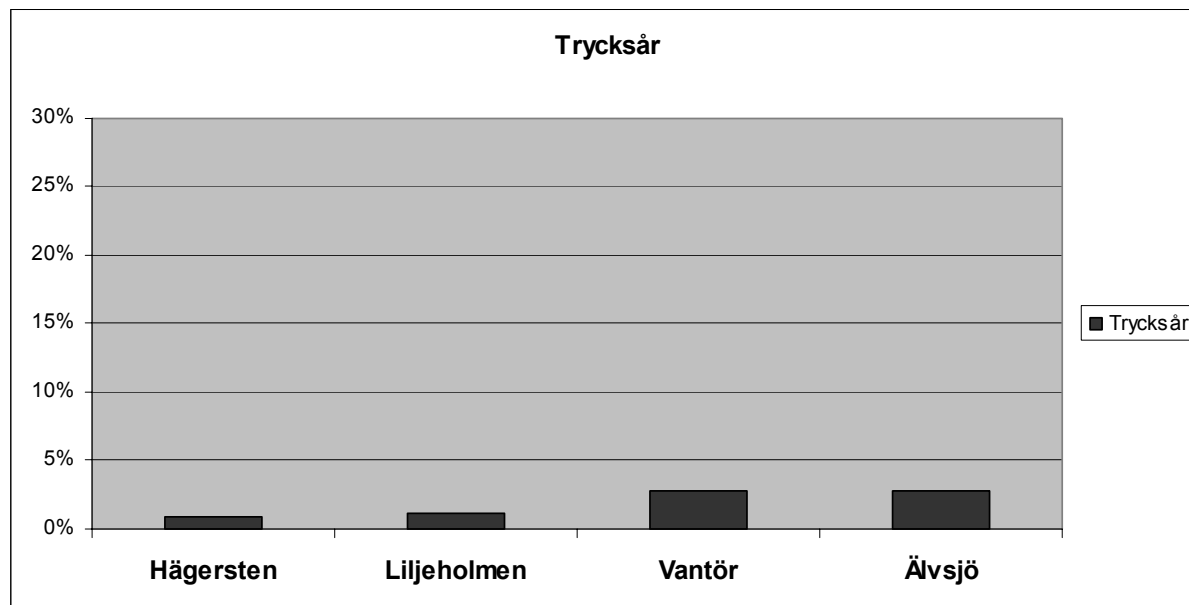


Figur 11

Sjuksköterskan ska bedöma risken för trycksår hos alla vårdtagare som är inskrivna i hemsjukvården. Kartläggningen visade att en riskbedömning var gjord för 60 % (58 %) av vårdtagarna.

223 personer, 35 % var i riskzonen för att utveckla trycksår och för 87 % av dessa fanns förebyggande insatser dokumenterade.

Trycksår



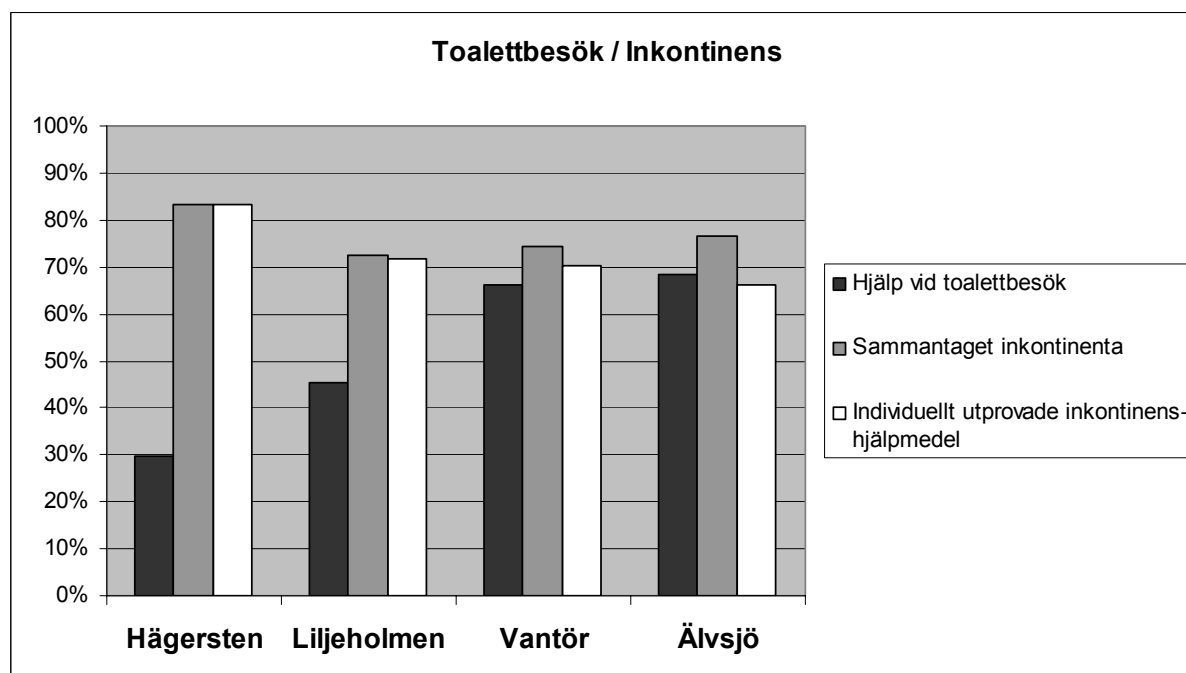
Figur 11

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 2,1 % (3,1 %) för samtliga boendeformer. Sjukhemmen hade högst andel av boende med trycksår och gruppboendena hade den lägsta förekomsten.

INKONTINENS



Figur 12

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 % behövde hjälp vid toalettbesök (58 %).

Behovet av hjälp vid toalettbesök var störst vid gruppboendena och lägst vid servicehusen.

Inkontinens

Inkontinens definieras som "besvär av ofrivilligt urinläckage" enligt ICS (International Continence Society). Det kan finnas flera orsaker till inkontinens. Samtliga inkontinenta vårdtagare har rätt att få individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Detta är en uppgift för sjuksköterska med utbildning i förskrivningsrätt.

Kartläggningen visade att 75 % (65 %) av vårdtagarna var inkontinenta. Av alla inkontinenta hade 95 % individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel (95 %). Av dessa var 79 % dokumenterade i omvårdnadsjournalerna (87 %).

Kateter

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

Undersökningens resultat visade att 6 % (6 %) av vårdtagarna hade kvarliggande kateter. De flesta fanns vid sjukhemmen.

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, 4 % (2 %) 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.

Undersökningsresultatet visade att 2,6 % (2,4 %) av vårdtagarna hade svampinfektioner.

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, bensår 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 2 % av vårdtagarna, 21 personer, hade en pågående infektion i ett kroniskt sår.

Infektion i luftvägar

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

MRSA (Meticillinresistent stafylococcus aureus)

MRSA är en beteckning för en bakterie som är resistent och är därmed inte behandlingsbar med de vanligaste penicillinsorterna. MRSA, är sedan den 1 januari 2000 en anmälningspliktig sjukdom enligt smittskyddslagen och smittspridningen 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 bl a utbildning för vårdpersonalen i basala hygienrutiner.

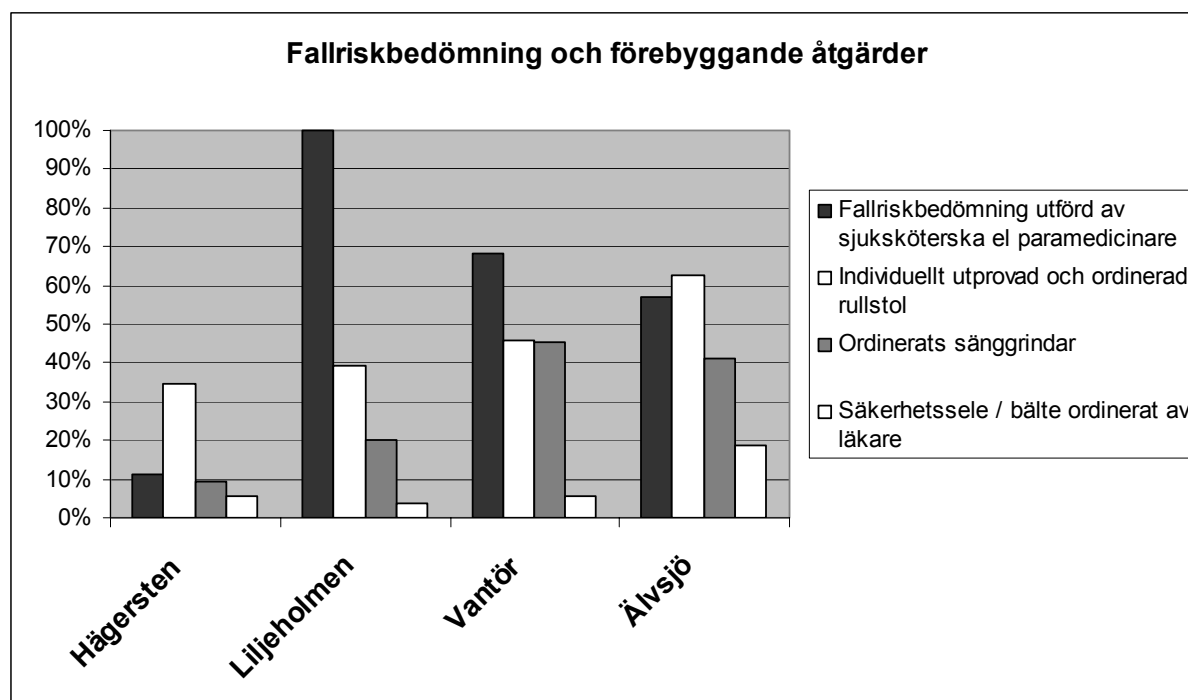
God informationsöverföring vid flyttning från slutenvård till kommunala boendeformer är viktigt för att hålla spridningen under kontroll.

Ytterligare åtgärd är att ta en MRSA-odling på personer med riskfaktorer (sår, eksem, infart, PEG-sond, stomi och kateter) i samband med inflyttning eller vid återkomst från sjukhus.

Totalt fanns 202 (392) personer med riskfaktorer för MRSA, 19 % (24 %) av alla hemsjukvårdspatienter.

Av antalet nyinflyttade/återkomna var 73 personer aktuella för odling (140 personer). Odling hade utförts vid 73 (135) tillfällen. Vid kartläggningstillfället fanns 4 vårdtagare (0,4 %) med MRSA-infektion. Samtliga fanns i Hägersten.

FALL, FALLSKADOR OCH FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER



Figur 13

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

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

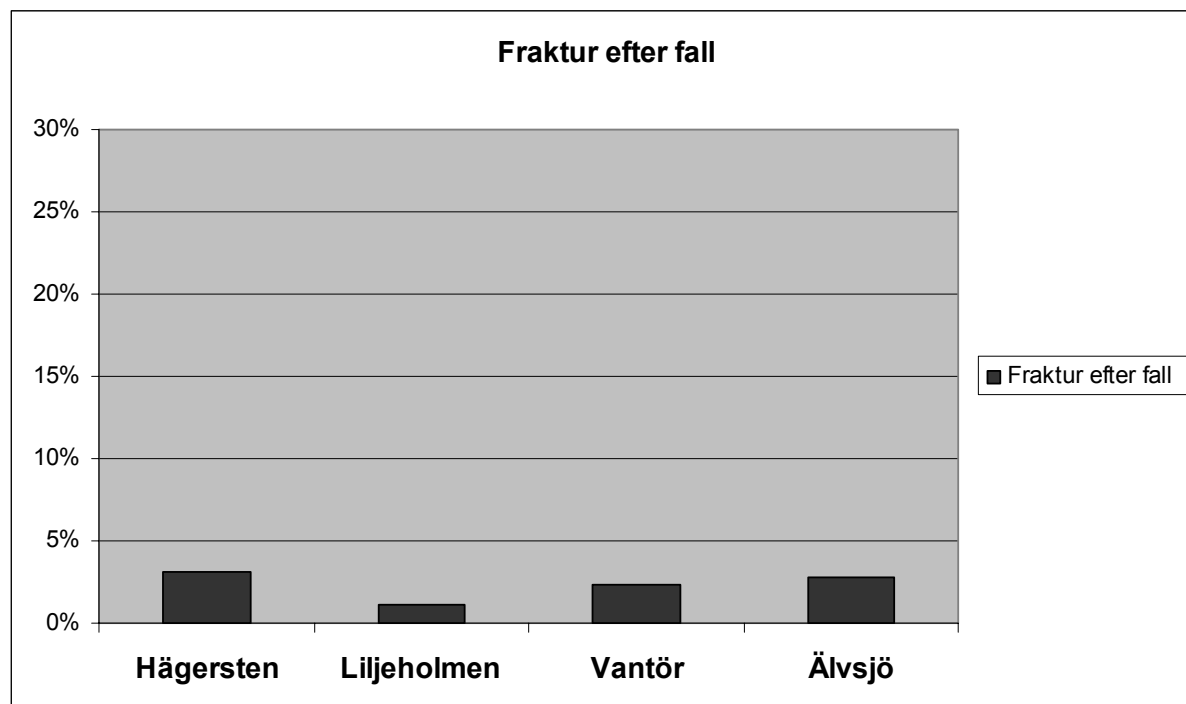
- yttre eller miljömässiga mekanismer, t ex att man snubblar över hinder eller halkar på hala golv
- inre mekanismer, som har att göra med individens inneboende egenskaper. Dessa beror på funktionsnedsättningar som oftast orsakas av balanssvårigheter, muskelsvagheter eller perceptuella (upplevda, iakttagande) 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 fyra stadsdelsförvaltningarna, men vissa enheter inom Hägerstens och Älvsjös stadsdelsförvaltning angav att något system för analys av fallincidenter inte fanns.

Kartläggningen visade att för 55 % (65 %) av vårdtagarna hade risken för fall bedömts. Av dessa var 93 % dokumenterade i omvårdnadsjournalen.

Frakturer efter fall



Figur 14

I denna studie redovisas att 2,2 % (3,3 %) av vårdtagarna, 23 personer, under de senaste 3 månaderna innan kartläggningen hade drabbats av fall som medförde fraktur.

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 47 % (47 %) av vårdtagarna var rullstolsburna.

Sänggrindar och bältesordinationer

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

Totalt hade 34 % (37 %) vårdtagare ordinerats sänggrindar och av dessa var 93 % (90 %) dokumenterade i omvårdnadsjournalerna.

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 10 % (12 %) hade bältesordination.

Lift och lyftskynken

För vissa vårdtagare underlättas förflyttningar med hjälp av lift. Om man bedömer att det är så i det enskilda fallet ska lyftskynke utprovas individuellt.

24 % (24 %) av vårdtagarna bedömdes vara i behov av lift vid förflyttning. Samtliga hade fått ett individuellt utprovat lyftskynke (år 2005 98 %).

Kontrakturer

Kontrakturer förekommer i samband med stillasittande/liggande ställningar och kan förorsaka smärta för vårdtagaren samt försvåra omvårdnadsarbetet för omvårdnadspersonalen.

Av samtliga vårdtagare hade 11 % (13 %) kontrakturer .

ÖVRIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBEHOV

Läkarkontakt

Under mätveckan var 15 % (10 %) av vårdtagarna personligt bedömda av läkare och för 25 % (26 %) av vårdtagarna hade hälsotillståndet diskuterats vid ”sittrond”.

De tre närmaste månaderna före kartläggningen var antalet akuta läkarbesök på sjukhus 165. Av dessa resulterade 111 besök, 67 %, (70 %) i inläggning på akutsjukhus. 8 personer blev akut inlagda på sjukhus tre eller fler gånger för samma åkomma under motsvarande period.

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.

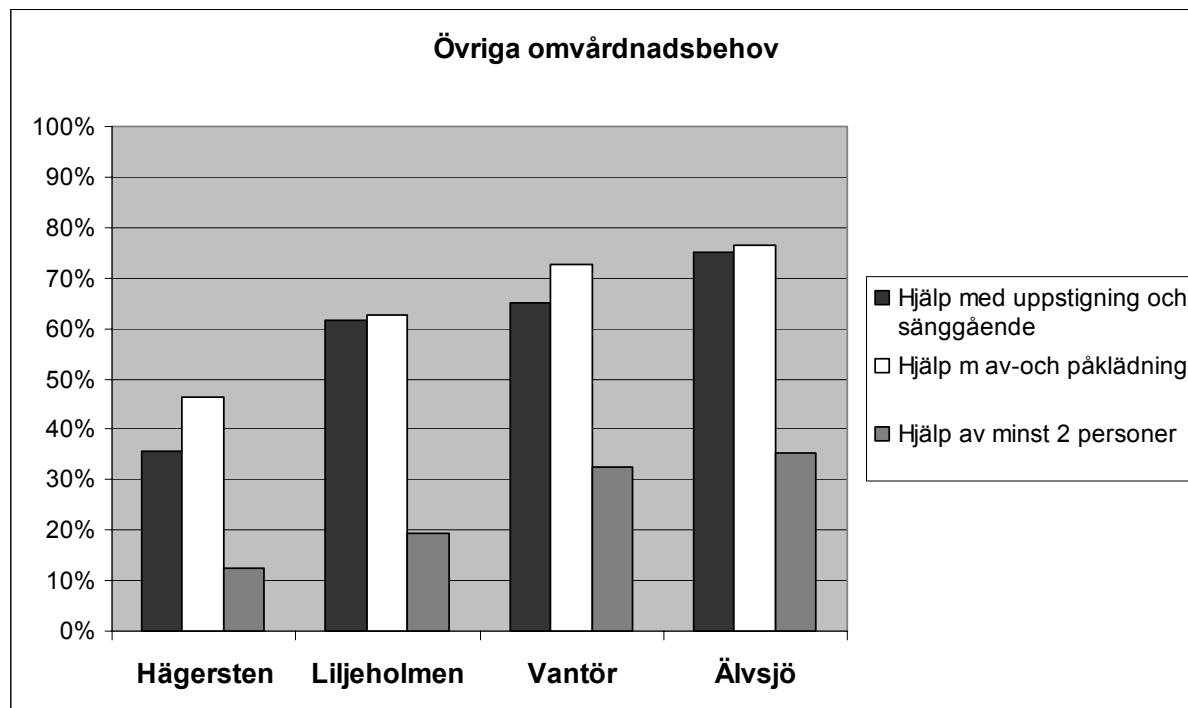
Under den aktuella mätveckan var totalt 5 av 1 057 personer i terminalt stadium (döende), vilket motsvarar 0,5 % av vårdtagarna. Av dessa fanns 4 vid sjukhemmen och en person vid servicehus.

Avlidna

Andelen avlidna under de senaste tre månaderna före kartläggningen var 100 personer, 10 % (9 %).

Av de 100 avlidna under undersökningsperioden avled 21 på akutsjukhus och 79 på sin boendeenhet. Största andelen avled vid sjukhemmen och lägsta andelen vid servicehusen.

ÖVRIGA OMVÅRDNADSBEHOV



Figur 15

Omvårdnadsbehov

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

Undersökningen visade att 24 % hade fullständigt aktuellt ADL-status, d v s högst sex månader gammalt, upprättad av sjukgymnast/arbetsterapeut. 19 % av vårdtagarna hade del av ADL-status.

Hjälpbehoven inom omvårdnaden är mycket personalkrävande. Hjälp med av- och påklädning behövde 66 % (69 %) och 61 % (67 %) behövde hjälp med uppstigning och sänggående. I de olika omvårdnadsmomenten behövde 28 % (35 %) av samtliga vårdtagare hjälp av 2 personer.

DISKUSSION

Genom att kartlägga och jämföra behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser/kvalitetsindikatorer i de särskilda boendeformerna i de fyra 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 9 åren har vi utvecklat kvalitetsindikatorer som utgör underlag för de årliga undersökningarna.

För tredje året i rad har vi efterfrågat hälso- och sjukvårdsmål, både stadsdelens centrala och enheternas egna.

Vi anser att det är viktigt att hälso- och sjukvårdsmål utformas i verksamhetsplanen och integreras med övriga mål för äldreomsorgen. Ansvar för att hälso- och sjukvårdsmål utformas åligger verksamhetschefen enligt hälso- och sjukvårdslagen. Målen ska vara konkreta, mätbara och 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 olika organisatoriska lösningar. I två stadsdelar är hälso- och sjukvården omorganiserad till egna hälso- och sjukvårdsenheter. Det är viktigt att man väljer organisationsmodeller som möjliggör god kontinuitet och som ger sjuksköterskorna förutsättningar att genomföra de lagstadgade uppgifterna.

Vi kan notera att det är en stor variation mellan stadsdelarna då det gäller antalet vårdtagare som en sjuksköterska har omvårdnadsansvar för. Det kan variera mellan 10-12 vårdtagare per sjuksköterska upp till 32 vårdtagare inom den somatiska heldygnsvården. Även mellan enheter inom en stadsdel kan variationen vara stor. Vår bedömning är att en sjuksköterska inte kan ha omvårdnadsansvar för fler än 10 – 14 vårdtagare om hon/han ska ha en möjlighet att genomföra sina lagstadgade uppgifter. Man måste också ta hänsyn till om sjuksköterskan har ett arbetsledaransvar så som är fallet i vissa stadsdelar.

Verksamhetschefen har ett stort ansvar för att resurserna är tillräckliga och fördelas dit behoven är som störst.

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

Undersökningen visade en minskning av antalet vakanta sjukskötersketjänster från 2,8 % till 1 %. Detta borde öka möjligheten att förbättra vårdkvaliteten, genom att vårdplaneringar, uppföljningar och dokumentation kan förbättras.

Vi har noterat att antalet sjukskötersketjänster minskar. Under senaste året har 7 tjänster, 9,3 % dragits in. En viss minskning är en naturlig följd av det minskade patientunderlaget i Liljeholmen och Älvsjö (cirka 3 tjänster). Resterande tjänster har minskat i Hägersten.

Avseende sjukgymnaster och arbetsterapeuter, kan vi notera att ingen tjänst var vakant och antalet tjänster är detsamma som föregående år, vilket är positivt för kvaliteten i verksamheten.

Läkemedel och läkemedelshantering

Kartläggningen visade för första gången en minskning av andelen vårdtagare som ordinerats fem eller fler läkemedel. En ökning har skett varje år sedan 2002, då frågan var med för första gången, fram till 2005. Om det är ett trendbrott på den omfattande diskussionen runt läkemedel och äldre, eller en tillfällig nedgång går inte att avgöra ännu.

Hög läkemedelsanvändning är problematisk 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 knappt en femtedel av vårdtagarna bedömdes som undernärda, enligt kriterierna 5 % viktförlust på ett halvår eller BMI under 22.

Det är en något lägre andel än 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:

Nutrition

- 100 % av alla vårdtagare inskrivna i hemsjukvården ska få/erbjudas en individuell bedömning av nutritionsstatus enligt MNA (Mini Nutritional Assessment.)
- 100 % av vårdtagare med en viktförlust av 5 % på ett halvår eller BMI under 22 ska utredas med ställningstagande till 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. Enligt dietist bör vägning erbjudas fyra gånger per år.

Vårdpersonalen bör få kontinuerlig nutritionsutbildning för att höja sin kompetens inom nutritionsområdet. Flera projekt kring äldre och kost pågår med hjälp av extra statliga pengar. Dietistkompetens kommer att finnas inom den nybildade äldreförvaltningen. Hur långt dessa resurser kommer att räcka till är svårt att sätta om.

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 t ex 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 försämring av dokumentationen av munstatus sedan föregående år. Detta arbete måste skärpas.

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 2,1 %, vilket var en minskning sedan föregående år. Andelen vårdtagare med trycksår har under den senaste femårsperioden legat ganska stabilt på 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 60 %. Det är en klar kvalitetsökning, men arbetet måste fortsätta. Det är också mycket viktigt att sätta in förebyggande åtgärder hos alla vårdtagare som identifieras som riskpatienter.

Lägsta acceptabla nivå:

Trycksår

- 100 % av alla vårdtagare inskrivna i hemsjukvården ska få/erbjudas en individuell bedömning av risker för trycksår d v s 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 mer än 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

Drygt 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.

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. Dessutom behöver dokumentationen förbättras.

Årets undersökning visade att andelen vårdtagare med KAD ligger kvar på samma nivå som föregående år.

Infektioner

En liten andel av vårdtagarna, ca 1 %, 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 meticillinresistent stafylococcus aureus (MRSA). Genom att alla fyra 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. Kartläggningen visade att det fanns 202 personer med riskfaktorer för MRSA.

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 omvårdningsjournalen

Undersökningen visade också att det under den senaste tremånadersperioden innan kartläggningen hade flyttat in eller återkommit från sjukhus 73 personer som var aktuella för odling, och 73 odlingar hade gjorts. Utöver detta ska odlingar göras när personer med riskfaktorer sätts in på antibiotika. Vi kan inte utläsa av kartläggningen hur ofta detta skulle ha gjorts, men det indikerar att medvetenheten om MRSA behöver skärpas ytterligare. 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 hygienutbildning. Inte minst behöver många sjuksköterskor få sina kunskaper uppdaterade.

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 t ex 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 t ex 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.

Stadsdelarna har utarbetat fallbedömningsinstrument. Instrumentet ska i första hand användas för att bedöma den boendes fallrisk. Den ska även 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 47 % av vårdtagarna var beroende av rullstol vid förflyttning, vilket är samma som förra året. Många behöver hjälp med förflyttning till och från rullstolen. Detta förutsätter att kontinuerlig utbildning i förflyttningsteknik genomförs.

Lägsta acceptabla nivå:

- 100 % av alla vårdtagare inskrivna i hemsjukvården ska få/erbjudas en individuell bedömning av fallrisk.
- 100 % av identifierade riskpatienter ska ha insatser för att förebygga fall/fallskada
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Fallriskbedömning utfördes för närmare sex av tio vårdtagare och det är en minskning jämfört med 2005. Man kan se att medvetenheten om fallrisk och dess konsekvenser för den enskilde vårdtagaren, har generellt ökat vid äldreboendena. Dock tappar stadsdelarna Älvsjö och Hägersten jämfört med året innan.

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, var riskbedömning gjord för samtliga vårdtagare och fallolyckorna med fraktur som följd var ytterst få.

Läkarkontakter

Under undersökningsveckan hade 40 % antingen träffat läkare vid äldreboendet eller fått sin situation genomgången vid en ”sittrond”. Framförallt är det personligt besök av läkare som ökat, vilket vi uppfattar som positivt.

Avlidna

Andelen avlidna den senaste tre månadersperioden före undersökningen var något högre år 2006 än föregående år. Flertalet av de avlidna vårdtagarna hade dött på i sin boendeenhet och en knapp femtedel på ett akutsjukhus. Det var något färre 2006 som skickades in till akutsjukhus.

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 och sex av tio behövde hjälp vid uppstigning och sänggående. Knappt tre av tio hade så stora behov att två personer måste medverka vid insatserna. Omvårdnadsbehoven visar en liten minskning jämfört med föregående år. Trots det är omvårdnadsbehoven stora och en trolig orsak till detta kan vara att landstinget snabbt skriver ut personer med stora vårdbehov och att de boende har blivit äldre och har fler sjukdomar. Det kan också vara ett resultat av kvarboendepincipen.

Slutsatser

En jämförelse mellan 2005 och 2006 års kartläggningar ger anledning att fundera över vilka förändringar som skett. Antalet boende och därmed antalet vårdtagare inskrivna i hemsjukvården har minskat under året. En delförklaring är att Farsta inte längre deltar. Dessutom saknas uppgifter från tre demensenheter i Hägersten. Det gör att fördelningen mellan heldygnsvård och servicehus har förändrats. Servicehusens andel har ökat från 44 % till 50 %. Frånräknat Farsta har antalet boende vid servicehusen minskat med 82 personer. Alla stadsdelar utom Vantör har en minskning. Inget servicehus i de aktuella stadsdelarna har helt omvandlats till seniorboende under året men vid Långbrobergs servicehus i Älvsjö pågick omvandling till seniorboende. Utöver det återspeglar minskningen det ökande antalet tomma lägenheter.

Av hälso- och sjukvårdsinsatser har andelen personer som behöver hjälp med sin läkemedelshantering ökat. Andelen vårdtagare som ordinerats fem eller fler läkemedel har minskat. Under året har vissa enheter haft systematiska läkemedelsgenomgångar där vårdpersonal, sjuksköterskor, läkare och farmaceut har medverkat. Det kan vara en förklaring till minskningen och det indikerar också att arbetet med systematiska läkemedelsgenomgångar måste intensifieras.

Årets kartläggning visar att behovet av både hälso- och sjukvård och allmän omvårdnad har minskat. Behovet av syrgas, sonder, läkemedel i injektionsform och infusioner är alla exempel på hälso- och sjukvårdsinsatser som minskat. Även andelen sår minskar. Behovet av rullstolar och liftar har ökat marginellt och även andelen avlidna ökat.

Undersökningen visar också att färre personer behöver hjälp med av- och påklädning, uppstigning/sänggående samt hjälp av två vårdare.

Av detta är det svårt att dra slutsatser om vårdbehoven. En viktig faktor kan vara att servicehusens andel i undersökningen har ökat. Behoven av hälso- och sjukvård och allmän omvårdnad har alltid varit lägre vid servicehusen.

Man kan se stora skillnader mellan stadsdelarna när det gäller riskbedömningar av fall och trycksår. Både frakturer och trycksår har totalt sett minskat

Det är också viktigt att man vid organisationsförändringar väljer modeller som möjliggör god kontinuitet och som ger sjuksköterskorna förutsättningar att genomföra de lagstadgade uppgifterna. God kontinuitet i sjuksköterskebemanningen och rimliga ansvarsområden är en förutsättning för att nå en god kvalitet av den enskildes vård och omhändertagande.

Den återkommande kartläggningen bidrar till en ökad medvetenhet om vikten av vissa omvårdnadsinsatser. I 2007 års kvalitetsundersökning kommer vi att utveckla uppföljningsinstrumentet ytterligare utifrån årets resultat. Målet är att den förebyggande vården ska förbättras genom att riskbedömningar genomförs vid samtliga enheter.

Kartläggningen visar tydligt på ett kontinuerligt behov av utbildning och kunskapsinhämtning för de som arbetar närmast den multisjuka äldre.