



HÄLSO- OCH SJKVÅRDSINSATSER/KVALITETSINDIKATORER VID SÄRSKILDA BOENDEFORMER FÖR ÄLDRE

Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser/kvalitetsindikatorer i

Enskede-Årsta-Vantör, Farsta, Hägersten- Liljeholmen,

Skarpnäck och Älvsjö

April 2008

Sammanfattning

Rapporten redovisar resultaten av en kartläggning som de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) gjort av hälso- och sjukvårdsinsatser/kvalitetsindikatorer i särskilda boendeformer för äldre (sjukhem, gruppboenden och servicehus) i de fem stadsdelarna Enskede-Årsta-Vantör, Farsta, Hägersten-Liljeholmen, Skarpnäck och Älvsjö.

Stadsdelarna Enskede-Årsta-Vantör, Farsta och Skarpnäck har kartlagt de delar av undersökningen som rör ålder, kön, näringsintag (nutrition), tandvård, hud och fall/fallolyckor. Stadsdelarna Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö har dessutom kartlagt läkemedel, inkontinens, infektioner, vissa övriga hälso- och sjukvårdsbehov samt vissa omvårdnadsbehov. Vidare efterfrågades enheternas kvalitetsmål för hälso- och sjukvård.

Kartläggningen genomfördes via enkät till sjuksköterskor under vecka 41 i oktober 2007.

Undersökningen genomfördes för tionde året i rad.

Antalet boende som var inskrivna i hemsjukvården på respektive boendeform ingick i enkäten för samtliga stadsdelar. Resultatet visade att det totalt fanns 2 463 boende i de särskilda boendeformerna varav 2 266 personer var inskrivna i hemsjukvården.

Kartläggningen visar att behovet av både hälso- och sjukvård och allmän omvårdnad har ökat. Fler personer behöver hjälp med av- och påklädning, uppstigning/sänggående samt hjälp av två personer.

Behovet av syrgas, sonder, läkemedel i injektionsform och infusioner är alla exempel på hälso- och sjukvårdsinsatser som ökat. Även andelen sår ökar. Behovet av rullstolar och liftar har ökat marginellt och även andelen avlidna har ökat.

Av hälso- och sjukvårdsinsatser har andelen personer som behöver hjälp med sin läkemedelshantering minskat. Andelen vårdtagare som ordinerats fem eller fler läkemedel har ökat. Det indikerar att arbetet med systematiska läkemedelsgenomgångar måste intensifieras.

Det är stora skillnader mellan stadsdelarna och enheterna när det gäller riskbedömningar av fall, trycksår och malnutrition. Frakturer och trycksår har totalt sett ökat. Det är ett absolut krav att samtliga vårdtagare erbjuds riskbedömningar av fall, trycksår och malnutrition i syfte att identifiera riskpatienter och vidta relevanta åtgärder för den enskilda personen.

Det är viktigt att man väljer organisationsmodeller 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 varje vårdtagare ska kunna få den vård och omvårdnad som erfordras.

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

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

INLEDNING	1
Bakgrund	1
Syfte	2
Undersökningens genomförande	2
REDOVISNING AV RESULTAT SAMTLIGA STADSDELAR	3
Allmänna uppgifter	3
Boende i särskilda boendeformer	3
Antalet boende i särskilda boendeformer, vecka 41 år 2007	4
Antalet hemsjukvårdspatienter i särskilda boendeformer	4
Antalet boende under 65 år	4
Boende vid sjukhem	5
Sjukhem som deltog 2007	5
Boende vid ålderdomshem	5
Boende vid gruppboenden	6
Gruppboenden för demenssjuka som deltog 2007	6
Boende vid servicehus	7
Servicehus som deltog 2007	7
KVALITETSMÅL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	8
LÄKEMEDEL	8
Överlämnande av läkemedel	8
Jämförelser av olika läkemedelstyper	8
Stående ordination 5 eller fler läkemedel	9
Läkemedel vid behov	9
Neuroleptika	10
Lugnande läkemedel	10
Sömnmedel	10
Tarmreglerande medel	11
Smärtstillande (Analgetica)	11
Antidepressiva läkemedel	12
Läkemedel vid diabetes	12
Antibiotika	12
Administrering av läkemedel	12
Inhalationer	12
NÄRINGSINTAG (NUTRITION)	13
Undernäring (malnutrition)	13
Tillsyn/påminnelse vid näringsintag	13
Boende som behövde hjälp med matning	13
Sondmatning	14
TANDVÅRD - MUNSTATUS	14
Tandvård	14
Munstatus	14

HUD	15
Riskbedömning trycksår	15
Trycksår	15
INKONTINENS	16
Toalettbesök	16
Inkontinens	16
Kateter	16
INFEKTIONER	17
Urinvägsinfektion	17
Svampinfektion	17
Infektion i kronisk sår	17
Infektion i luftvägar	17
MRSA (Meticillinresistent stafylococcus aureus)	17
FALL, FALLSKADOR OCH FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER	18
Frakturer efter fall	19
Rullstolsburna	19
Sänggrindar och bältesordinationer	19
Lift och lyftskynken	19
Kontrakturer	19
ÖVRIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBEHOV	20
Läkarkontakt	20
Vård i livets slut	20
Avlidna	20
ÖVRIGA OMVÅRDNADSBEHOV	21
Omvårdnadsbehov	21
DISKUSSION	22
Slutsatser	25

Bilagor

Bilaga 1 Tabeller totalt fem stadsdelar samt tabeller Hägersten-Liljeholmen

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 medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i stadsdelarna Hägersten- Liljeholmen, Enskede-Årsta-Vantör, Farsta, Skarpnäck och Älvsjö valt att gemensamt göra en undersökning. Stadsdelarna Enskede-Årsta-Vantör, Farsta och Skarpnäck har valt att genomföra delar av undersökningen medan Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö har genomfört hela. Genom att kartlägga och jämföra behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser/kvalitetsindikatorer i de särskilda boendeformerna i stadsdelarna kan man få en uppfattning om hur stadsdelsförvaltningarna skiljer sig från varandra. Studien har genomförts för tionde året i följd vilket ger möjligheter till jämförelser över tid. Under 2007 har vissa stadsdelar slagits samman och underlagen blir därför inte helt jämförbara mellan år 2006 och 2007. Stadsdelen Skarpnäck har tillkommit för första gången. I presentationen redovisas förra årets resultat inom parentes där det är möjligt att göra så.

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 boende i särskilda boenden ska få/erbjudas en individuell bedömning av nutritionsstatus enligt bedömningsinstrumentet 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

Trycksår

- 100 % av alla boende i särskilda boenden ska få/erbjudas en individuell bedömning av risker för trycksår enligt bedömningsinstrumentet modifierad Nortonskala
- 100 % av identifierade riskpatienter ska ha insatser för att förebygga trycksår
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Fallrisk

- 100 % av alla boende i särskilda boenden ska få/erbjudas en individuell bedömning av fallrisk enligt bedömningsinstrumentet DFRI (Downton Fall Risk Index)
- 100 % av identifierade riskpatienter ska ha insatser för att förebygga fall/fallolyckor
- 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 omvårdningsjournalen

Infektioner

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

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 rutiner för att säkra kvaliteten i hälso- och sjukvården.

Under de tio senaste åren har MAS-gruppen genomfört kartläggningar. Under de åren har olika stadsdelar i söderort deltagit. Några stadsdelar, Hägersten, Vantör och Älvsjö har deltagit under alla åren. I år har stadsdelarna Enskede-Årsta-Vantör, Farsta och Skarpnäck valt att genomföra delar av undersökningen medan Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö har genomfört hela.

Syfte

Syftet med kartläggningen är att utifrån förekomsten av hälso- och sjukvårdsinsatser identifiera förbättringsområden i omvårdningen och i förekommande fall föreslå åtgärder. Syftet är även 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 och nya indikatorer har tillkommit. Underlaget består av ett antal kvalitetsindikatorer som bygger på tidigare uppföljningar. Undersökningen omfattar samtliga boende vid sjukhem, gruppboenden och ålderdomshem 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 2007. Enkäten besvarades av den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan tillsammans med vårdpersonalen.

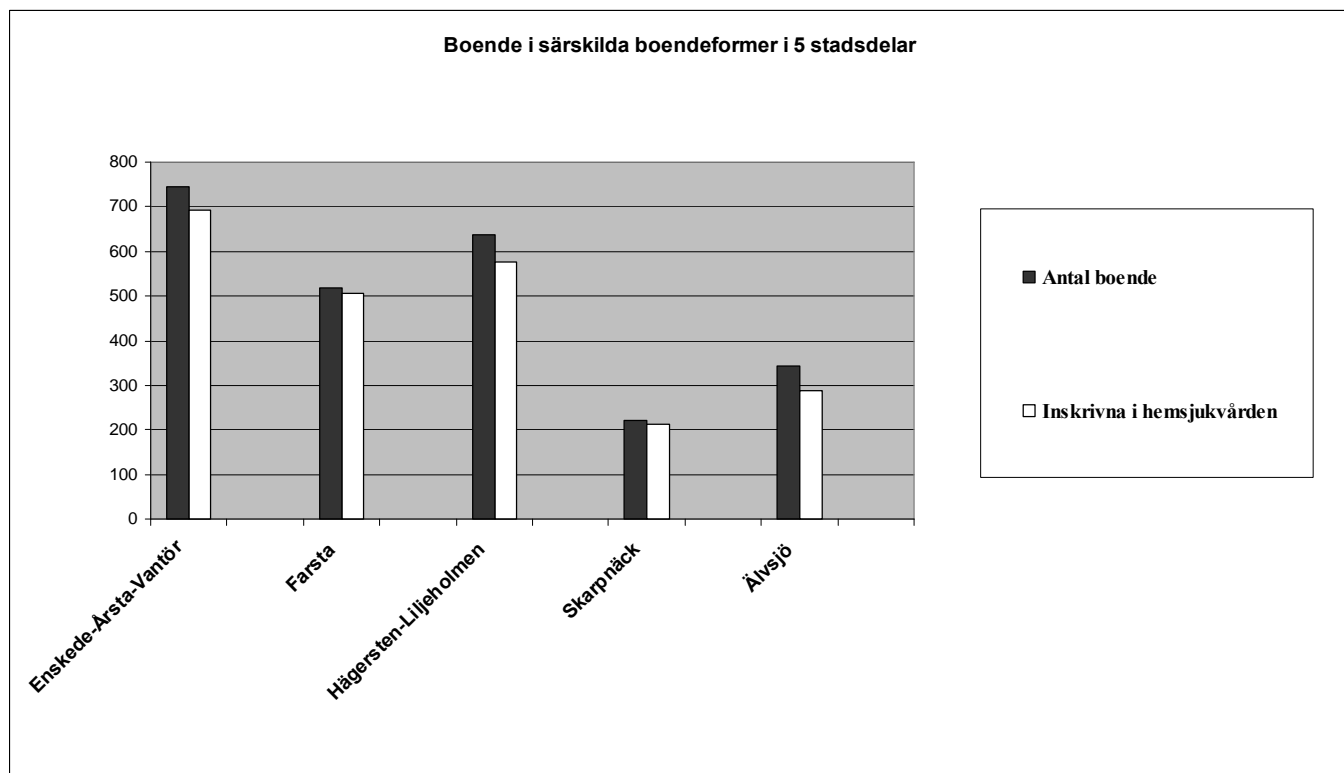
Enkäten har i första steget sammanställts på respektive förvaltning av MAS. Därefter sammanställdes och diskuterades samtliga resultat av hela MAS-gruppen. De områden som kartlagts är ålder, kön, näringsintag (nutrition), tandvård, hud, fall/fallolyckor av samtliga deltagande stadsdelar. Utöver dessa områden har stadsdelarna Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö kartlagt läkemedel, inkontinens, infektioner, vissa övriga hälso- och sjukvårdsbehov och vissa omvårdningsbehov. 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. Undersökningens resultat baserar sig på antalet (boende) vårdtagare som var inskrivna i hemsjukvården v 41 år 2007.

Allmänna uppgifter

Boende i särskilda boendeformer



Figur 1

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

Det totala antalet boende i särskilda boendeformer för äldre var under kartlägningsveckan 2 463 personer. Av dessa var 2 266 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 d v s sjukhem, gruppboenden och ålderdomshem 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 92 % (89 %) av alla boende var hemsjukvårdspatienter. Knappt tre fjärdedelar, 1 625, av alla som vårdades vid de särskilda boendeformerna var kvinnor, och 641 var män. Åldersspridningen var stor, från 47 år till 104 år.

Antalet boende i särskilda boendeformer, vecka 41 år 2007:

Enskede-Årsta-Vantör	745
Farsta	519
Hägersten-Liljeholmen	637 (572)
Skarpnäck	220
Älvsjö	342 (342)

Antalet hemsjukvårdspatienter i särskilda boendeformer, vecka 41 år 2007:

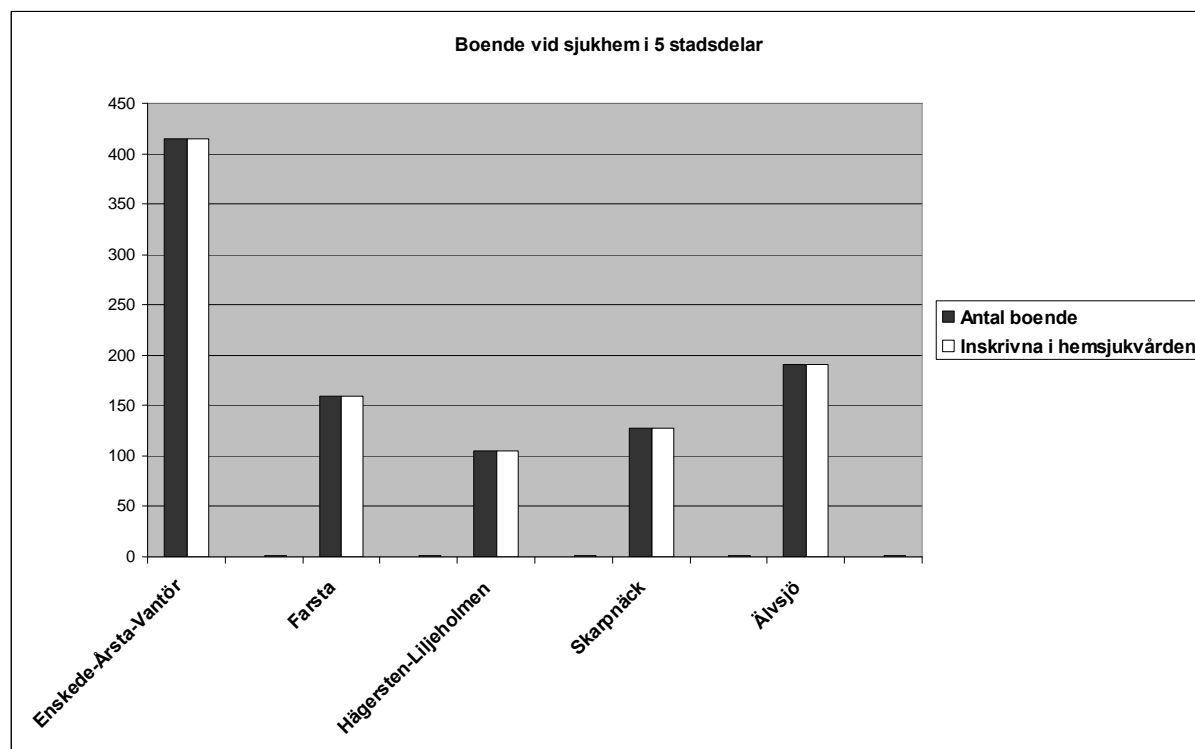
Enskede-Årsta-Vantör	692
Farsta	505
Hägersten-Liljeholmen	575 (512)
Skarpnäck	212
Älvsjö	289 (291)

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 27 vårdtagare under 65 år vid äldreboendena.

Boende vid sjukhem



Figur 2

Sjukhem som deltog år 2007:

Enskede-Årsta-Vantör	Högdalen, Stureby, Tussmötegården, Årsta
Farsta	Farsta
Hägersten-Liljeholmen	Axgården, Kastanjen, Ängsgården
Skarpnäck	Hemmet för Gamla
Älvsjö	Solberga, Älvsjö

Antalet boende vid sjukhemmen varierade mellan stadsdelarna från 105 personer i Hägersten-Liljeholmen till 415 i Enskede-Årsta-Vantör. Sammanlagt fanns i de fem stadsdelarna 998 vårdtagare vid sjukhem. Av vårdtagarna var 719 kvinnor och 279 män. Den yngsta var 47 år och den äldsta var 103 år.

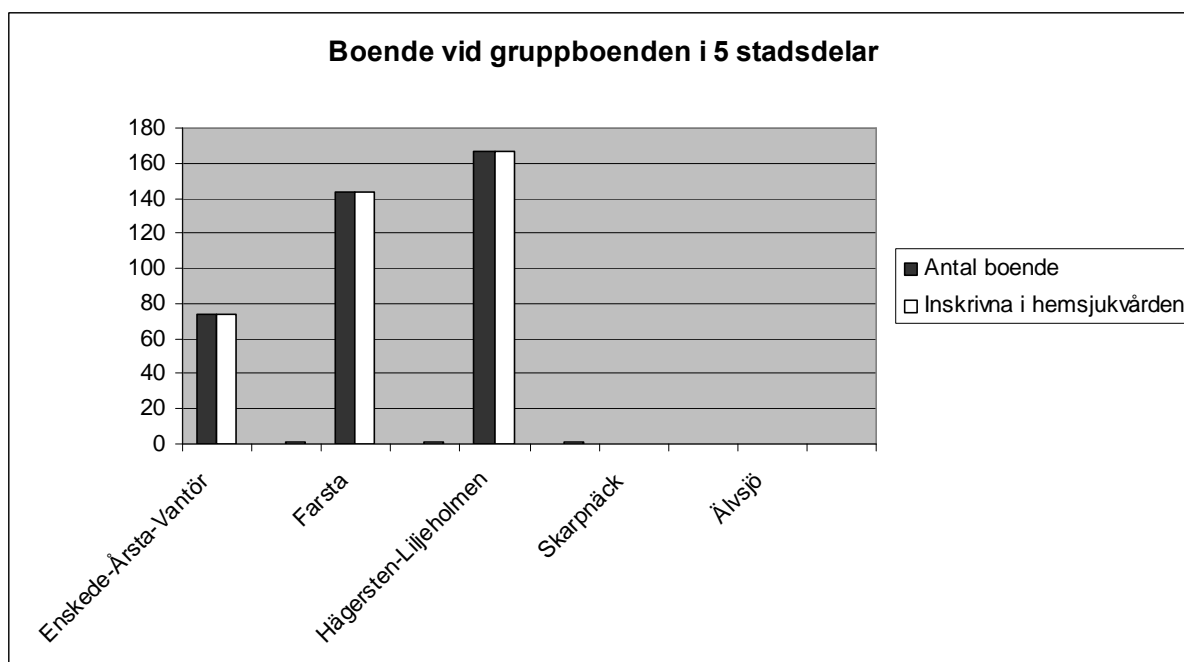
7 personer var under 65 år.

Boende vid ålderdomshem

Ålderdomshem som deltog år 2007:

Endast Farsta har ålderdomshem, Edö och Postiljonen, med 61 boende. 47 var kvinnor och 14 var män.

Boende vid gruppboenden



Figur 3

Gruppboenden för demenssjuka som deltog år 2007:

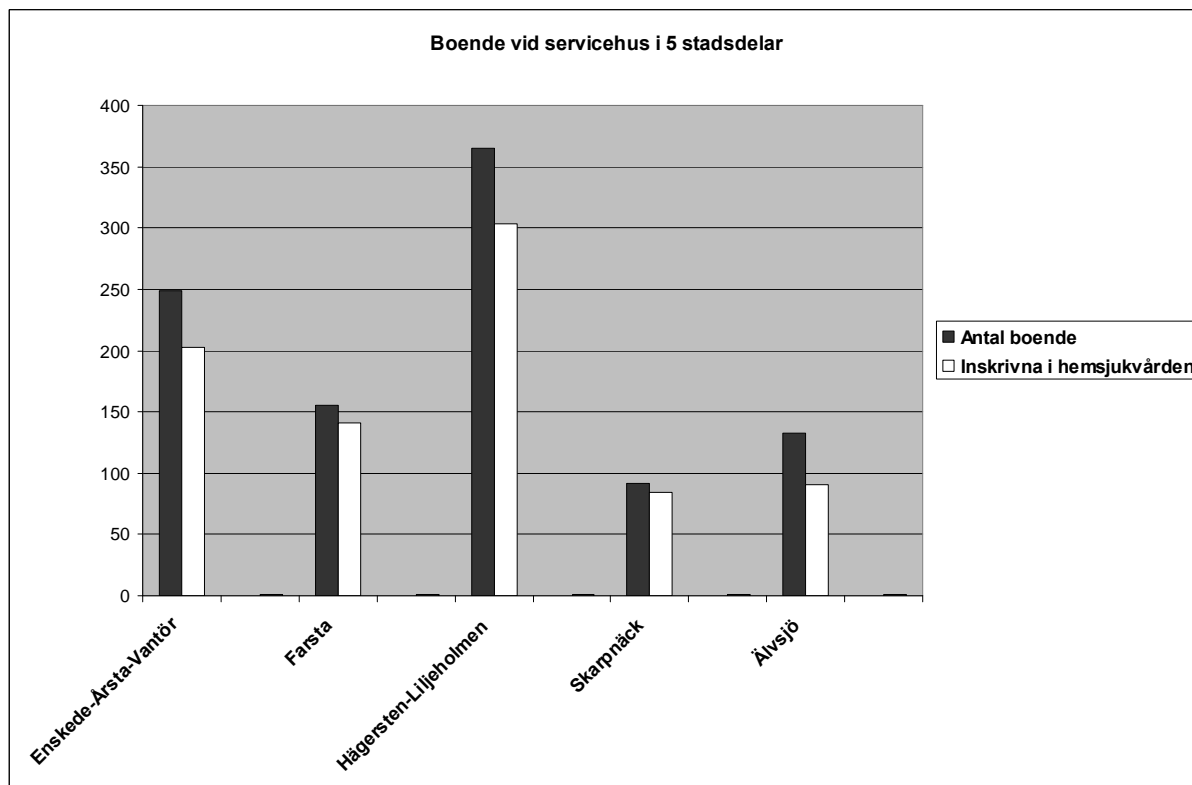
Enskede-Årsta-Vantör	Mårtensgården, Skogsglantan
Farsta	Edö, Postiljonen, Ängsö, Veckobo
Hägersten-Liljeholmen	Elingården, Fredrikagården, Kastanjen, Ljusglimten, Violen, Åsengården

Antalet boende varierade mellan 74 personer i Enskede-Årsta-Vantör till 167 i Hägersten-Liljeholmen.

Sammanlagt redovisades i de fem stadsdelarna 385 boende vid gruppboendena, 306 kvinnor och 79 män. Åldrarna varierade mellan 63 år och 100 år.

En person var under 65 år.

Boende vid servicehus



Figur 4

Servicehus som deltog år 2007:

Enskede-Årsta-Vantör	Enskededalen, Rågsved
Farsta	Edö
Hägersten-Liljeholmen	Axelsberg, Fruängsgården, Kastanjen, Trekanten
Skarpnäck	Hammarbyhöjden
Älvsjö	Långbroberg, Älvsjö

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

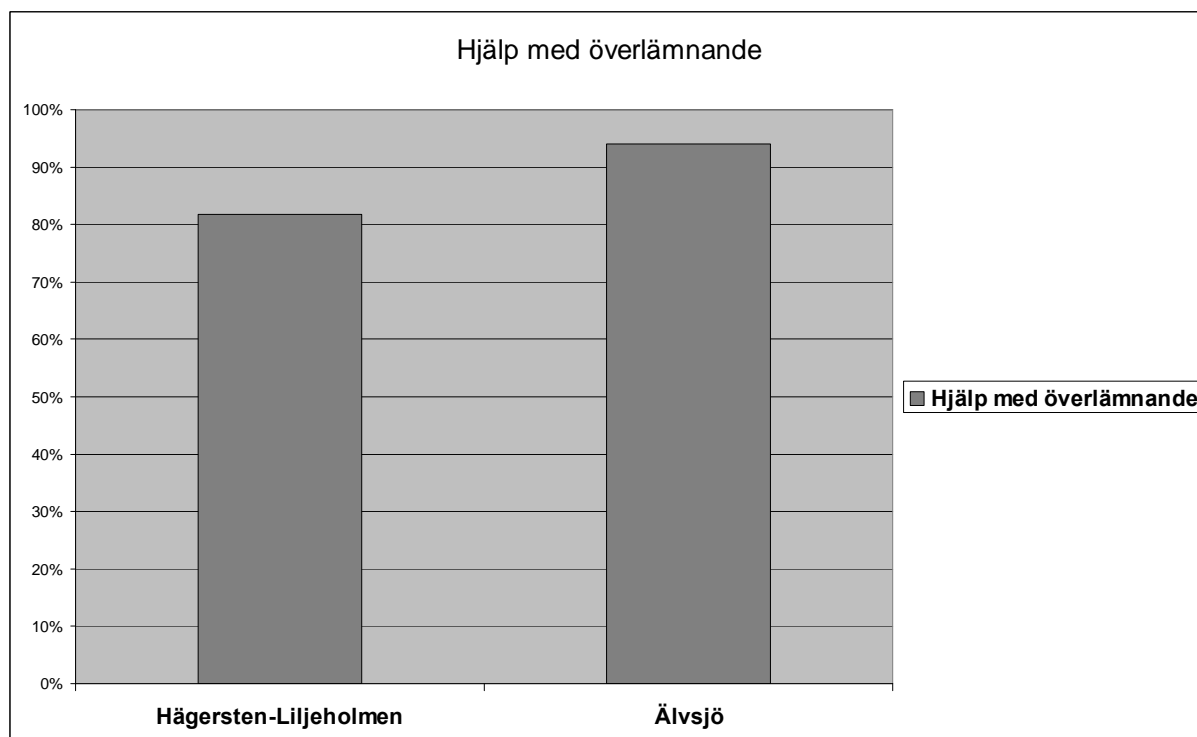
Det totala antalet boende på servicehus i de fem stadsdelarna var 994 personer. Antalet hemsjukvårdspatienter var 822 personer. Det minsta antalet hemsjukvårdspatienter fanns i Skarpnäck, 84 personer och det största antalet fanns i Hägersten-Liljeholmen, 303. Andelen personer inskrivna i hemsjukvården var 83 % (78 %). Åldersspridningen vid servicehusen var från 54 år till 104 år. Antalet boende under 65 år var 19 personer. Av de inskrivna i hemsjukvården var 553 kvinnor och 269 män.

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. Frågan om

kvalitetsmål har besvarats i Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö. Åtaganden och mål var inte kända av sjuksköterskorna vid alla enheter.

LÄKEMEDEL



Figur 5

Överlämnande av läkemedel

Frågan är besvarad i Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö.

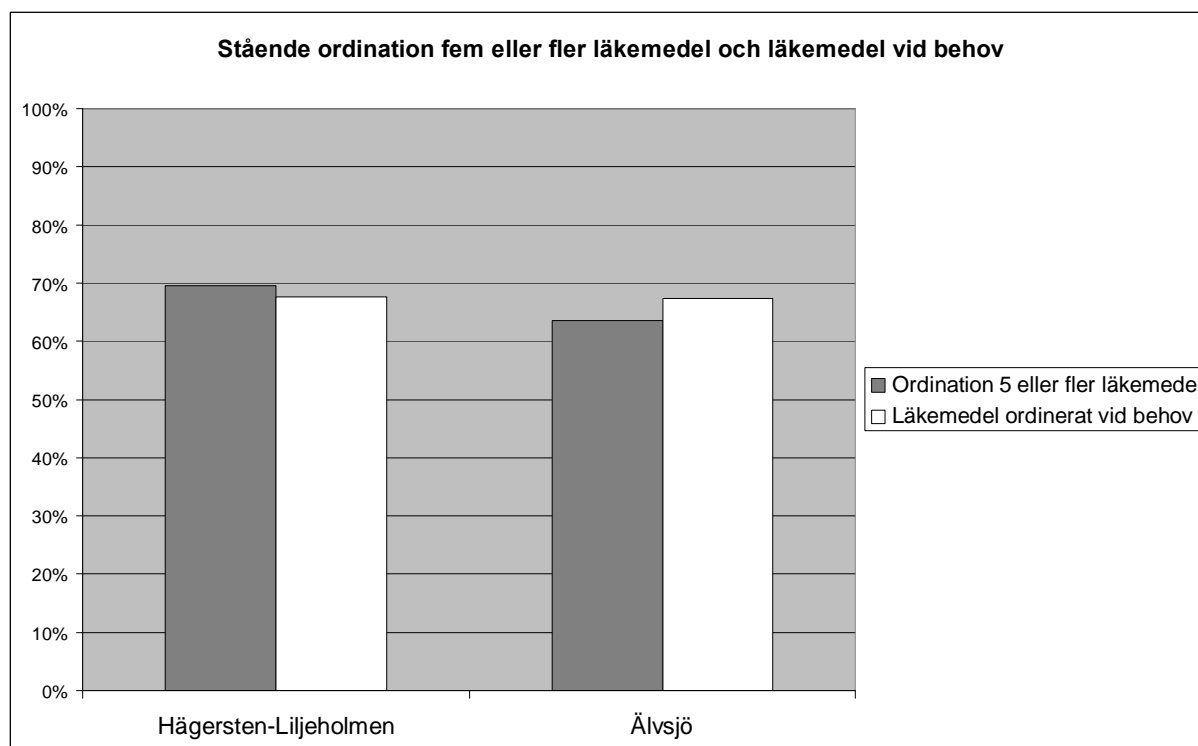
Läkemedelshantering är ett kvalificerat och omfattande arbete som kräver goda kunskaper, erfarenhet och ett gott omdöme. Säkerhetsaspekten är av särskild betydelse. Sjuksköterskan ansvarar för läkemedelshantering inom berörd verksamhet. Överlämnande av iordningställd läkemedelsdos kan i vissa fall delegeras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

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

En stor andel av de boende, 85 % (90 %), klarade inte sin läkemedelshantering utan hjälp av vårdpersonal. I Hägersten-Liljeholmen behövde 82 % hjälp och i Älvsjö 92 %.

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

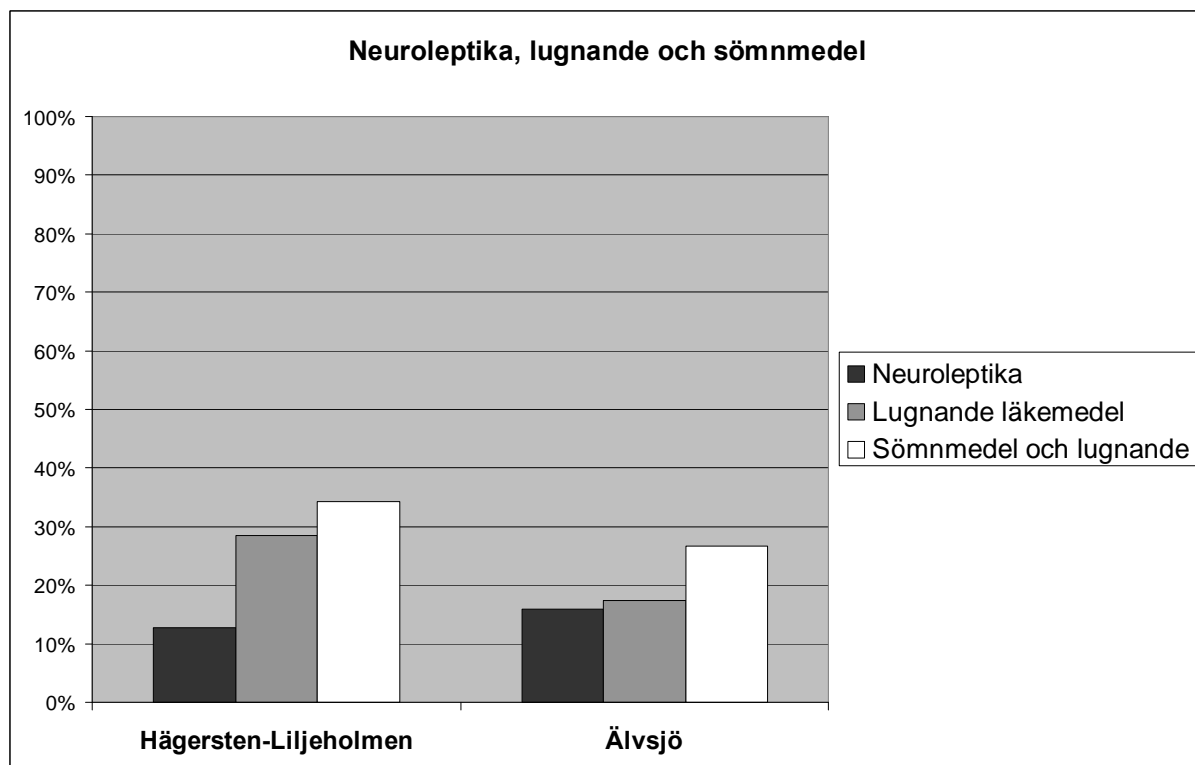
Äldre använder ofta många läkemedel. Det är viktigt att läkemedelsordinationer omprövas. Antalet preparat som används är den mest betydelsefulla riskfaktorn för biverkningar och interaktioner (Fastbom, 2001).

Totalt hade 67 % (62 %) av vårdtagarna stående ordination på fem eller fler läkemedel. Det är en återgång till tidigare resultat.

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 67 % av de boende (66 %).



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 14 % (15 %).

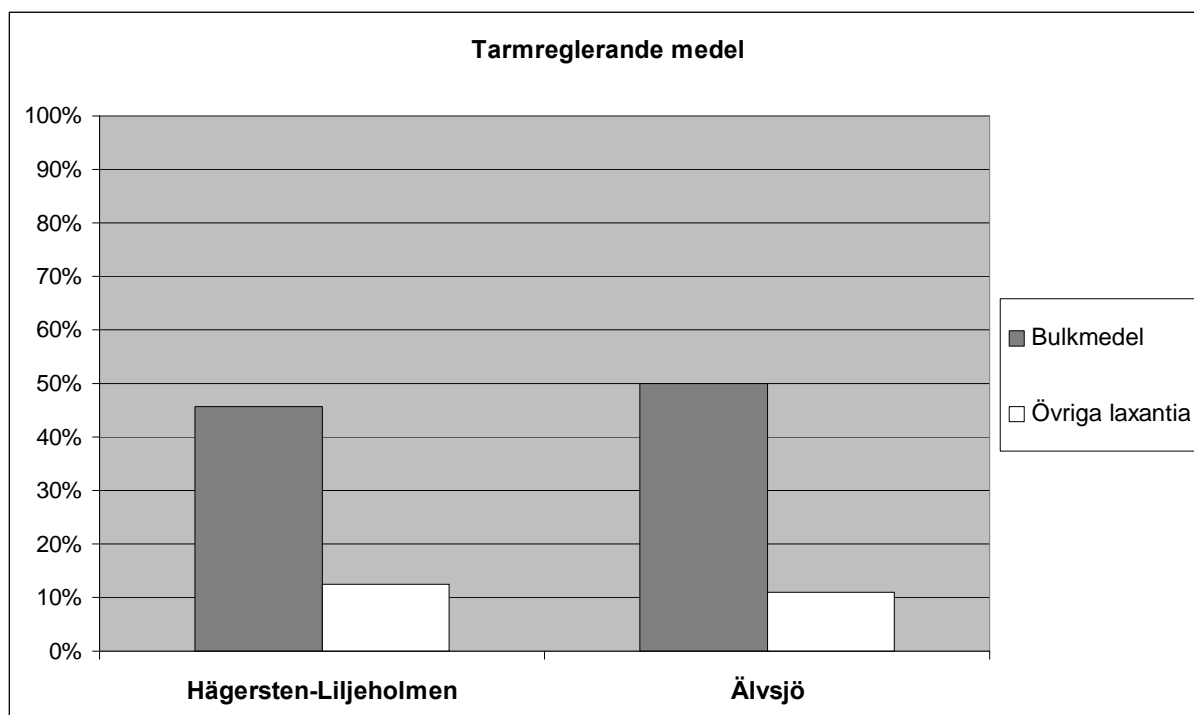
Lugnande läkemedel

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. Det kan då vara svårt att avsluta behandlingen på grund av att abstinenssymtom uppträder såsom rastlöshet, oro och ångest (Fastbom, 2001).

Lugnande läkemedel hade ordinerats till 25 % av de boende (22 %). Av de boende som ordinerats lugnande läkemedel var det 77 % som ordinerats bensodiazepinderivat.

Sömnmedel

Andelen boende med ordination på sömnmedel var 31 % (36 %). Av boende med ordination på sömnmedel fick 48 % 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 47 % (50 %). Övriga ordinerade laxermedel var 12 % (8 %).

Smärtstillande (Analgetica)

Kroniska smärttillstånd är vanligt förekommande inom äldreboenden. 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 19 % (18 %).

Andelen boende som var i behov av övriga smärtstillande och febernedsättande preparat var 38 % (37 %).

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 32 % (33 %) av de boende.

Läkemedel vid diabetes

Totalt behandlades 7 % (8 %) av de boende med insulin. Boende som hade tablettbehandlad diabetes var 5,5 % (5,1 %). 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 5,5 % (6 %).

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 6 % (5 %) av de boende.

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 0,2 % (2 boende).

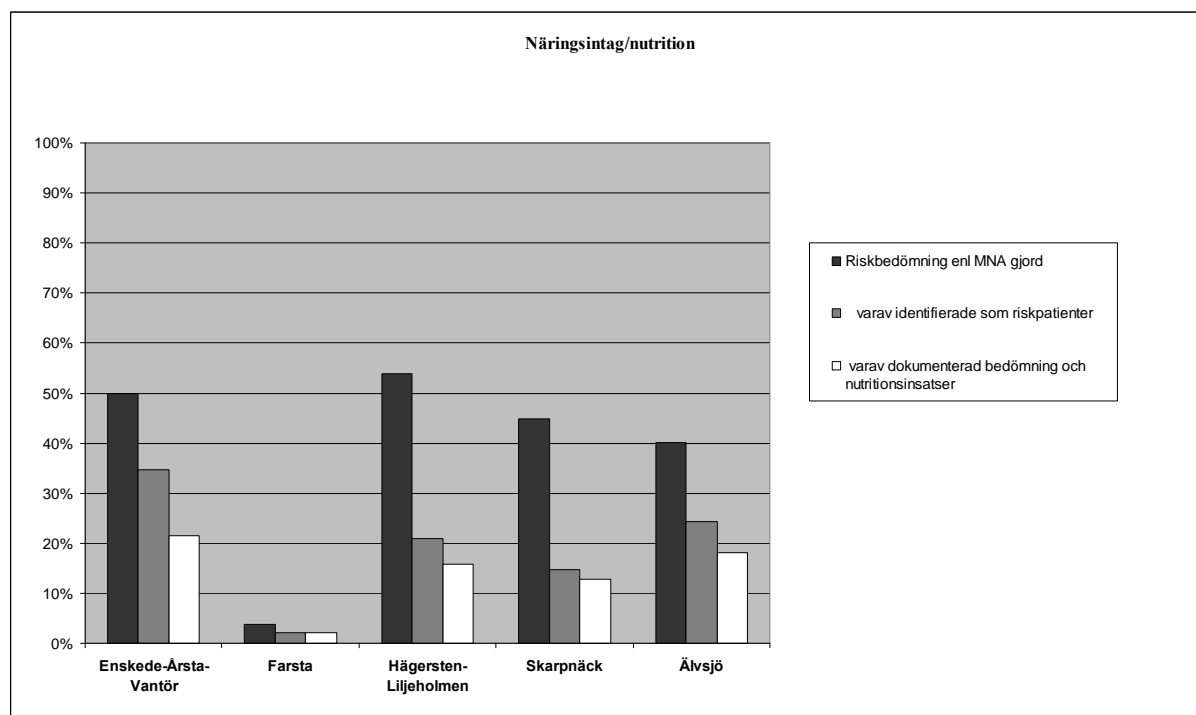
Vid ett mer tillfälligt behov av infusion används en perifer venkanyl. Under kartlägningsveckan användes det inte av någon person.

Inhalationer

Syrgasbehandling fick totalt 1,2 % (10 boende). Fyra av dessa bodde på sjukhem, fem på servicehus och en på gruppboende.

NÄRINGSINTAG (NUTRITION)

Frågorna i detta avsnitt besvarades av samtliga stadsdelar.



Figur 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. De vanligaste anledningarna är kronisk sjukdom eller hög ålder. Andra faktorer som påverkar matintaget är depression, läkemedelsbehandling, dåligt tandstatus och sväljsvårigheter.

Kartläggningen visade att en riskbedömning enligt MNA var genomförd hos 39 % av vårdtagarna.

886 personer, 53 % var undernärda eller i riskzonen för att utveckla undernäring och för 70 % av dessa fanns förebyggande insatser dokumenterade.

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 31 % (27 %) av de boende.

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.

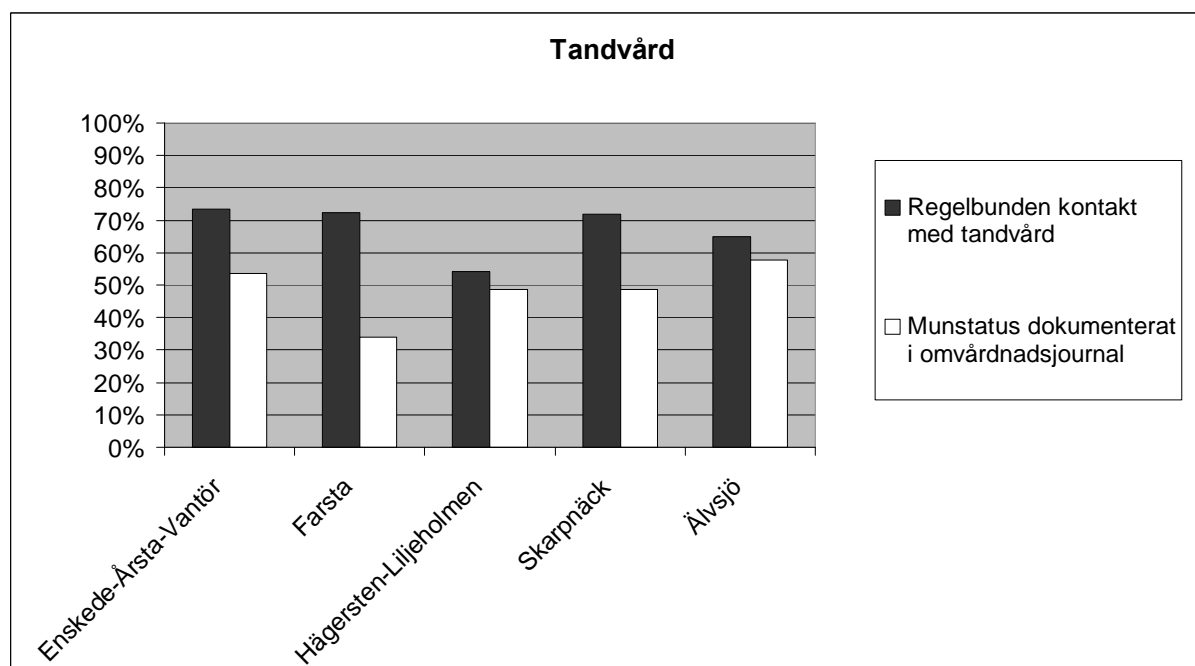
Andelen boende som behövde hjälp med matning var 16 % (16 %).

Sondmatning

Sondmatning är en liten del av hälso- och sjukvårdsuppgifterna. 1,1 % (0,9 %) av hemsjukvårdspatienterna, 26 personer, fick sitt näringsintag tillgodosett genom sond. Sondmatning får endast utföras av sjuksköterska eller av vårdpersonal som har uppgiften delegerad.

TANDVÅRD – MUNSTATUS

Frågorna i detta avsnitt besvarades av samtliga stadsdelar.



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 stora omvårdnadsbehov vid servicehusen erbjuds en årlig munhälsobedömning utförd av tandvårdspersonal. Med stort omvårdnadsbehov avses personer som har behov av 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.

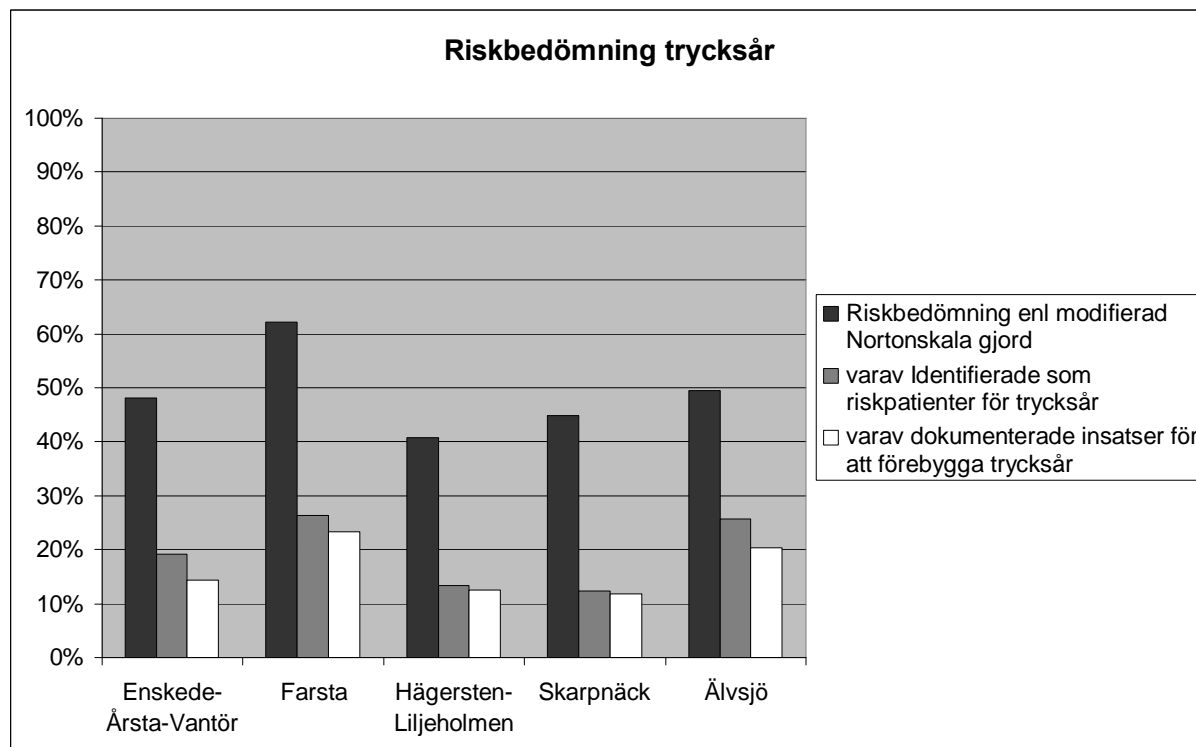
Inom de särskilda boendeformer som ingått i studien hade 67 % (64 %) av de boende regelbunden kontakt med tandvården. Minst kontakt med tandvården hade boende vid servicehus.

Munstatus

I sjuksköterskans uppgifter ingår att i omvårdnadsjournalen dokumentera munstatus. I denna kartläggning hade 48 % (60 %) av de boendes munstatus dokumenterats.

HUD

Frågorna i detta avsnitt besvarades av samtliga stadsdelar.



Figur 11

Sjuksköterskan ska bedöma risken för trycksår hos alla boende vid särskilda boenden. Kartläggningen visade att riskbedömning enligt modifierad Nortonskala var genomförd för 49 % (60 %) av vårdtagarna. 443 personer, 40 %, var i riskzonen för att utveckla trycksår och för 84 % av dessa fanns förebyggande insatser dokumenterade.

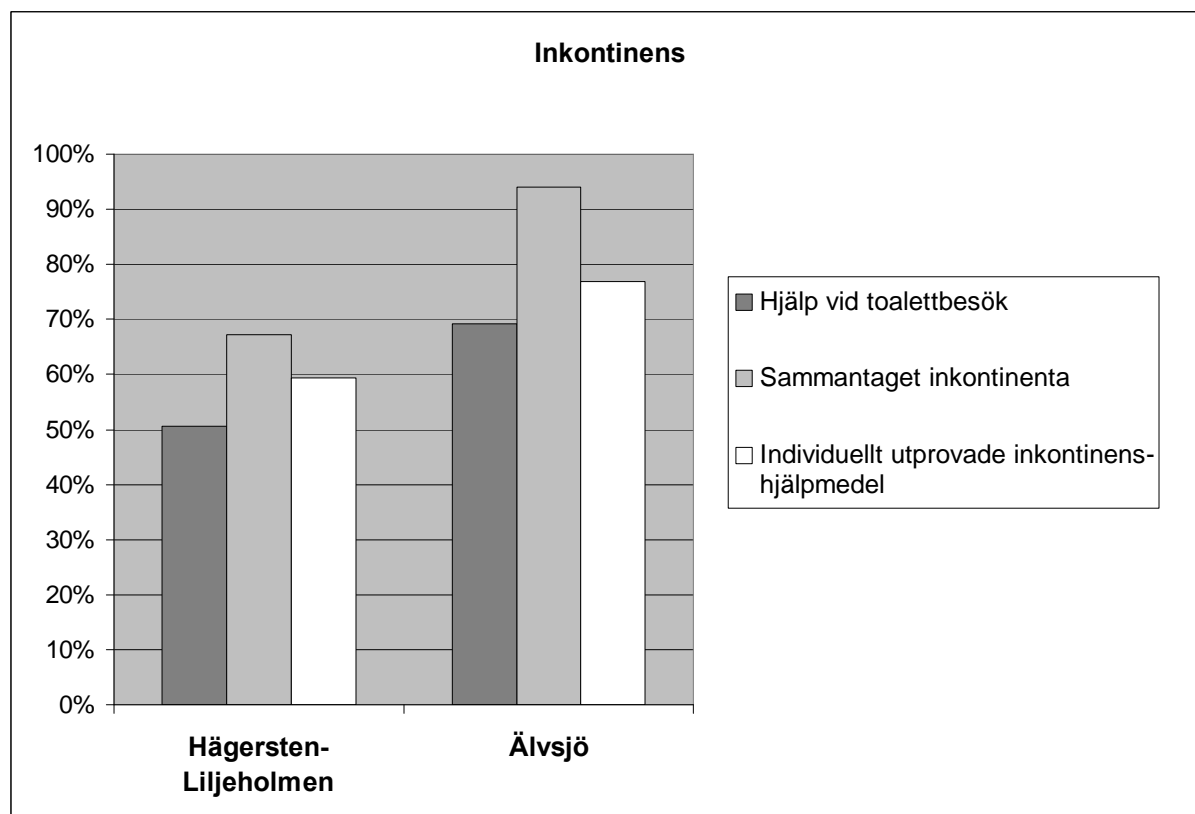
Trycksår

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 trycksår förekomst på 2,5 % (2,1 %) vilket motsvarar 57 personer vid samtliga boendeformer.

INKONTINENS



Figur 12

Frågorna i detta avsnitt besvarades av Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö.

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 % (56 %) behövde hjälp vid toalettbesök.

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

Inkontinens

Urininkontinens 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 % (75 %) av vårdtagarna var inkontinenta. Av alla inkontinenta hade 86 % (95 %) individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Av dessa var 70 % (79 %) dokumenterade i omvårdnadsjournalerna.

Kateter

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

Undersökningens resultatet visade att 6 % (6 %) av vårddagarna hade kvarliggande kateter.

INFEKTIONER

Frågorna i detta avsnitt besvarades av Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö.

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, 2,5 % (4 %) av vårddagarna. 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 resultatet visade att 1,7 % (2,6 %) av vårddagarna 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 vårddagarna, 18 personer, hade en pågående infektion i ett kroniskt sår.

Infektion i luftvägar

Kartläggningen visade att lunginflammation förekom hos en ringa del av vårddagarna, 0,3 %, 3 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.

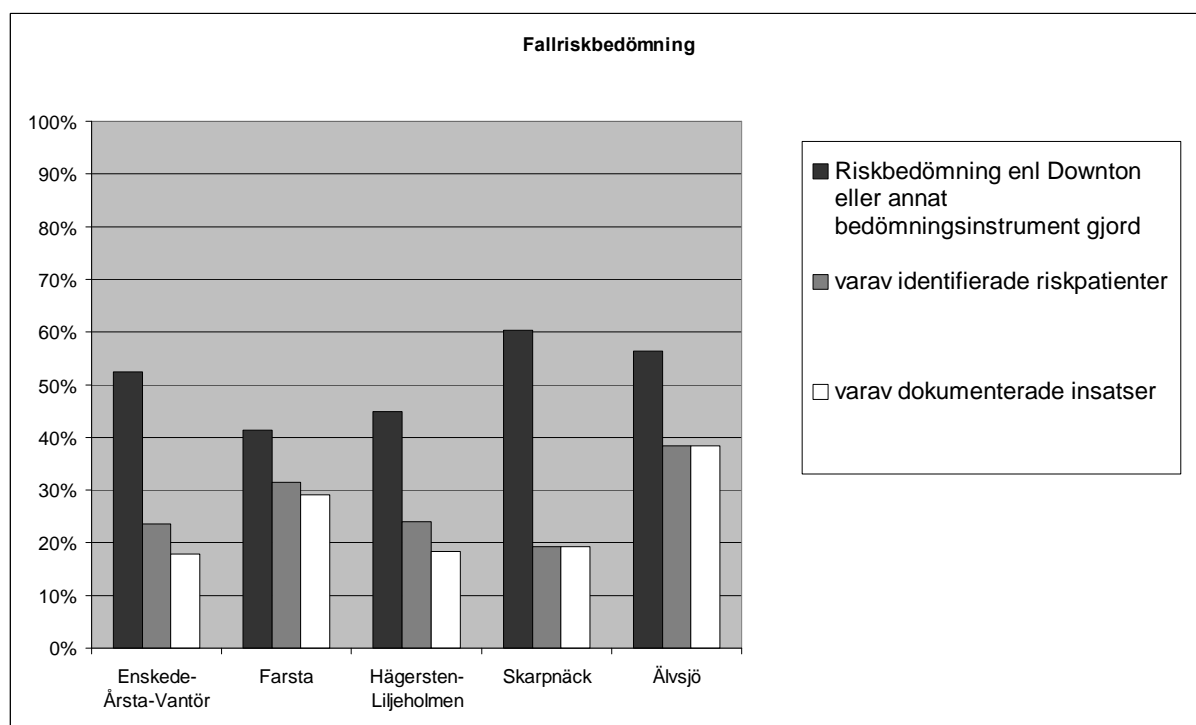
Åtgärder har vidtagits för att begränsa fortsatt smittspridning genom ett vårdprogram som framtagits för särskilda boendeformer. Vårdprogrammet innebär bl a utbildning för vårdpersonalen i basala hygienrutiner.

God informationsöverföring vid flyttning från sjukhus 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 198 personer, 38 % med riskfaktorer för MRSA av alla hemsjukvårdspatienter. Av antalet nyinflyttade/återkomna var 75 personer aktuella för odling. Odling hade utförts vid 103 tillfällen. Vid kartläggningstillfället fanns 7 vårdtagare (0,8 %) med MRSA-infektion. Samtliga fanns i Hägersten-Liljeholmen.

FALL, FALLSKADOR OCH FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Frågorna i detta avsnitt besvarades av samtliga stadsdelar.



Figur 13

Fall och dess konsekvenser i form av benbrott (frakturer) och andra följskador 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 funktionsnedsättning som i samverkan med yttre faktorer bidrar till fallet. System för fallrisikanalys fanns hos alla fem stadsdelsförvaltningarna, men vissa enheter inom Enskede-Årsta-Vantörs och Skarpnäcks stadsdelsförvaltning angav att något system för analys av fallincidenter inte fanns.

Kartläggningen visade att riskbedömning enligt DRFI eller annat instrument var gjord för 50 % (49 %) av vårdtagarna.

612 personer, 55 % var identifierade riskpatienter och för 86 % av dessa fanns förebyggande insatser dokumenterade.

Frakturer efter fall

I denna studie redovisas att 3 % (2,2 %) av vårdtagarna, 67 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 48 % (47 %) av vårdtagarna var rullstolsburna.

Sänggrindar och bältesordinationer

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

Totalt hade 34 % (34 %) vårdtagare ordinerats sänggrindar och av dessa var 87 % (93 %) 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 9 % (10 %) 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.

26 % (24 %) av vårdtagarna bedömdes vara i behov av lift vid förflyttning. 96 % hade fått ett individuellt utprovat lyftskynke (år 2006 100 %).

Kontrakturer

Frågan är besvarad av Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö.

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

Av samtliga vårdtagare hade 8 % (11 %) kontrakturer .

ÖVRIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBEHOV

Frågorna i avsnittet är besvarade av Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö.

Läkarkontakt

Under mätveckan var 11 % (15 %) av vårdtagarna personligt bedömda av läkare och för 22 % (25 %) av vårdtagarna hade hälsotillståndet diskuterats vid "sittrond".

De tre närmaste månaderna före kartläggningen var antalet akuta läkarbesök på sjukhus 122. Av dessa resulterade 104 besök, 85 %, (67 %) i inläggning på akutsjukhus. 10 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.

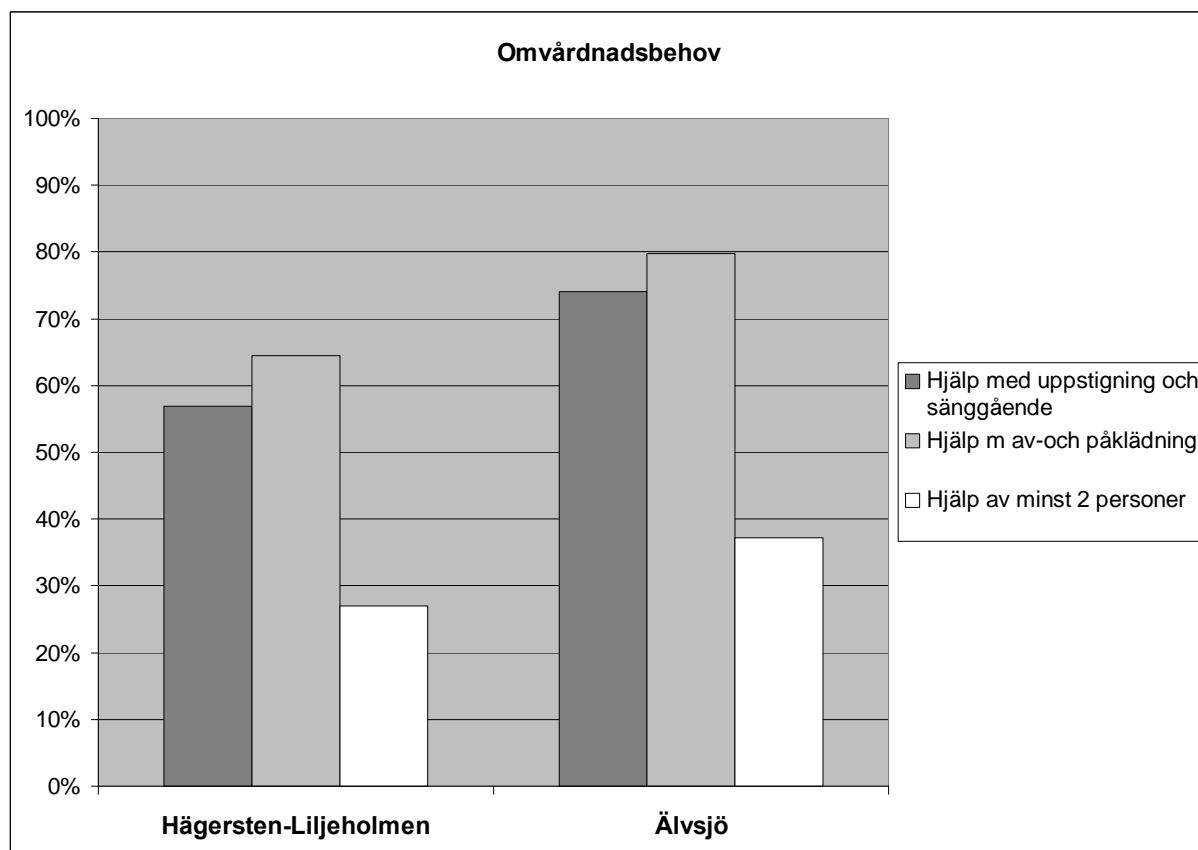
Under den aktuella mätveckan var totalt 4 av 866 personer i terminalt stadium (döende), vilket motsvarar 0,5 % av vårdtagarna.

Avlidna

Andelen avlidna under de senaste tre månaderna före kartläggningen var 87 personer, 10 %.

Av de 87 avlidna under undersökningsperioden avled 16 på akutsjukhus och 71 på sin boendeenhet.

ÖVRIGA OMVÅRDNADSBEHOV



Figur 14

Frågorna i avsnittet är besvarade av Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö.

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 25 % hade fullständigt aktuellt ADL-status, d v s högst sex månader gammalt, upprättat av sjukgymnast/arbetsterapeut. 28 % av vårdtagarna hade del av ADL-status.

Hjälpsbehoven inom omvårdnaden är mycket personalkrävande. Hjälp med av- och påklädning behövde 69 % (66 %) och 62 % (61 %) behövde hjälp med uppstigning och sänggående. I de olika omvårdnadsmomenten behövde 30 % (28 %) av samtliga vårdtagare hjälp av 2 personer.

DISKUSSION

Genom att kartlägga och jämföra behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser med hjälp av kvalitetsindikatorer i de särskilda boendeformerna i de fem stadsdelarna, kan man se kvalitetsnivån mellan olika enheter, verksamheter och stadsdelsförvaltningar. Kvalitetsindikatorerna som används i kartläggningen syftar 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 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 åren har vi utvecklat kvalitetsindikatorer som utgör underlag för de årliga undersökningarna. För fjärde 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. Ansvaret för att hälso- och sjukvårdsmål utformas åligger verksamhetschefen. Målen ska vara konkreta, mätbara och välkända för samtliga anställda inom äldreomsorgen.

Läkemedel och läkemedelshantering

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.

Kartläggningen visade återigen en ökning 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. År 2006 var en tillfällig nedgång.

Vi kan inte dra några slutsatser om läkemedelskonsumtionen är för hög alternativt för låg i förhållande till vårdtagarens sjukdomsdiagnostik. Det är av stor vikt att det inom kommunala hälso- och sjukvården finns tillräckliga läkarresurser för att kunna genomföra individuella läkemedelsuppföljningar i samarbete med en apotekare, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktman.

Nutrition

Personer med många och långvariga sjukdomar löper störst risk att utveckla undernäring. Resultatet av kartläggningen visade att för fyra av tio av de boende gjordes bedömning av nutritionsstatus enligt MNA.

Av kartläggningen framgick vidare att hälften av dessa var i riskzonen för undernäring. Två tredjedelar av dessa hade nutritionsåtgärder dokumenterade.

För att kunna identifiera när nutritionsåtgärder behöver sättas in är det ett krav att riskbedömningar görs för alla vårdtagare i vård- och omsorgsboenden i syfte att uppnå lägsta acceptabla nivå.

För att tillgodose behovet av omsorg och god vård på nutritionsområdet behövs olika typer av medicinsk kompetens. Tillgång till dietist är en viktig faktor.

Visserligen finns dietistkompetens inom äldreförvaltningen, men vi anser att det finns behov av dietist inom varje stadsdelsförvaltning.

Det finns många faktorer som påverkar möjligheten att äta.

Vårdpersonalen bör få kontinuerlig nutritionsutbildning för att höja sin kompetens inom området och de måste också få tid och möjlighet att praktiskt hjälpa de boende med maten. Miljön runt matsituationen är viktig t ex dukning, uppläggning av maten och en lugn atmosfär.

Vägning ska erbjudas fyra gånger per år eller oftare vid behov.

Projekt kring äldre och kost pågår med hjälp av stimulansmedel från Socialstyrelsen.

Tandvård/Munstatus

Enligt tandvårdslagen ska samtliga boende med heldygnsomsorg och de med stora omvårdnadsbehov vid servicehusen, erbjudas en årlig munhälsobedömning. Två tredjedelar av erbjudna boende hade fått munhälsobedömning utförd. Munhälsobedömning sker som regel en gång per år och det kan vara ett skäl till att inte alla nyinflyttade inte hade fått bedömningen gjord vid kartläggningstillfället.

I sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår att dokumentera munstatus i omvårdnadsjournalen. För hälften av de boende saknas munstatus dokumenterat, vilket måste 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.

Riskbedömning ska utföras enligt modifierad Nortonskala.

Hos hälften av de boende var riskbedömning utförd. Av kartläggningen framgick att fyra av tio av dessa var i riskzonen för att få trycksår och åtta av tio med identifierad risk hade dokumenterade insatser för att förebygga trycksår.

Arbetet med att identifiera boende med risk för trycksår måste intensifieras. Det är också mycket viktigt att sätta in förebyggande åtgärder hos alla som identifieras som riskpatienter. Bedömning och åtgärder ska finnas dokumenterade.

Inkontinens

Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering lider var fjärde kvinna i 80-årsåldern av inkontinens och omkring var femte man i 80-årsåldern har svårigheter att hålla urinen.

Kartläggningen visade att mer än hälften av alla vårdtagare behövde hjälp med toalettbesök och sju av tio bedömdes som inkontinenta.

Samtliga inkontinenta vårdtagare har rätt till individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel och detta uppnåddes inte. Undersökningen visade en minskning av såväl utprovning som dokumentation av individuella inkontinenshjälpmedel, trots att antalet inkontinenta vårdtagare har ökat.

Årets undersökning visade vidare att andelen vårdtagare med KAD ligger kvar på samma nivå som föregående år, men det finns en variation mellan enheterna. Exempelvis sjukhemmen visade en ökning medan servicehusen visade en minskning.

Infektioner

Ett växande problem i Stockholmsregionen är smittspridningen av meticillinresistenta stafylococcus aureus (MRSA). Genom att stadsdelarna har ett avtal med landstingets hygiensektion och därmed får tillgång till hygienläkarnas och hygiensjuksköterskornas kompetens, arbetas det med att förhindra denna smittspridning. Kunskaper och tillämpning av basala hygienrutiner är viktiga åtgärder för att nedbringa smittspridningen i kombination med odlingar av personer med riskfaktorer.

Kartläggningen visade att det fanns 198 personer med riskfaktorer för MRSA.

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.

Fallrisk

Kartläggningen visade att fallriskbedömning gjordes för hälften av de boende. Hälften av dessa identifierades som riskpatienter. Åtta av tio av de identifierade riskpatienterna hade dokumenterade insatser för att förebygga fallolyckor.

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.

Kartläggningen visade att hälften av de boende hade individuellt utprovad och ordinerad rullstol. En fjärdedel av de boende var i behov av hjälpmedel t ex lift vid förflyttning. I stort sett samtliga av dessa hade individuellt utprovade lyftskynken. Detta förutsätter att omvårdnadspersonalen kontinuerligt utbildas i förflyttningsteknik.

Fallriskbedömningen kan även ligga till grund för ställningstagande till om sänggrindar och säkerhetssele/bälte ska användas.

Användningen av sänggrindar säkerhetssele/bälte och måste alltid ställas i relation till den begränsning detta kan innebära för den boende.

Förebyggande insatser samt analys av alla inträffade fall och fallolyckor är ett viktigt område att vidareutveckla. Här kan arbetsterapeuter och sjukgymnaster bidra med sin kompetens.

Läkarkontakter

Under undersökningsveckan hade en tredjedel av vårdtagarna antingen träffat läkare vid äldreboendet eller fått sin situation genomgången vid en "sittrond". Både personligt besök av läkare och andelen vårdtagare som fått sin situation diskuterad vid "sittrond" har minskat. Särskilt minskningen av de personliga läkarbesöken är oroande. Den ökande andelen av vårdtagarna som har fem eller fler läkemedel kan indikera att läkarna inte hinner med vårdtagarna i tillräcklig omfattning.

Avlidna

Andelen avlidna var något högre år 2007 än föregående år. Flertalet av de avlidna vårdtagarna hade dött på i sin boendenhet och en femtedel på ett akutsjukhus. Det var färre som skickades in till akutsjukhus.

Övriga omvårdnadsbehov

Frågor avseende vårdtagarnas allmänna omvårdnadsbehov ingår i kartläggningen.

Undersökningen visade att vårdtagarna hade omfattande omvårdnadsbehov, vilket är en ökning jämfört med föregående år. En orsak till detta kan vara att landstinget snabbt skriver ut personer med stora vårdbehov och att de boende blivit äldre och har fler sjukdomar.

Slutsatser

En jämförelse mellan 2006 och 2007 års kartläggningar ger anledning att fundera över vilka förändringar som skett. Andelen vårdtagare inskrivna i hemsjukvården har ökat under året.

Kartläggningen visar att behovet av både hälso- och sjukvård och allmän omvårdnad har ökat. Fler personer behöver hjälp med av- och påklädning, uppstigning/sänggående samt hjälp av två personer.

Behovet av syrgas, sonder, läkemedel i injektionsform och infusioner är alla exempel på hälso- och sjukvårdsinsatser som ökat. Även andelen sår ökar. Behovet av rullstolar och liftar har ökat marginellt och även andelen avlidna har ökat.

Av hälso- och sjukvårdsinsatser har andelen personer som behöver hjälp med sin läkemedelshantering minskat. Andelen vårdtagare som ordinerats fem eller fler läkemedel har ökat. Det indikerar att arbetet med systematiska läkemedelsgenomgångar måste intensifieras.

Vi kan se stora skillnader mellan stadsdelarna och enheterna när det gäller riskbedömningar av fall, trycksår och malnutrition. Frakturer och trycksår har totalt sett ökat.

Verksamhetscheferna/enhetscheferna måste, genom förbättrad internkontroll, tillse att riskbedömningarna genomförs och att åtgärder vidtas vid behov. Det är ett absolut krav att samtliga vårdtagare erbjuds riskbedömningar av fall, trycksår och malnutrition i syfte att identifiera riskpatienter och vidta relevanta åtgärder för den enskilda personen.

Individuell utprovning inkontinenshjälpmedel ska utföras av sjuksköterska med utbildning i förskrivningsrätt. Verksamhetscheferna/enhetscheferna måste tillse att behovet av utbildning tillgodoses. Rutinerna för individuell inkontinensvård behöver förtydligas. Dessutom behöver dokumentationen förbättras.

Det är viktigt att man väljer organisationsmodeller 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 varje vårdtagare ska kunna få den vård och omvårdnad som erfordras.

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