

## INLEDNING

För att politiker i stadsdelsnämnderna, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), äldreomsorgschefer samt berörda enheter ska få en uppfattning om kvaliteten av hälso- och sjukvårdsinsatserna inom respektive ansvarsområde, har de fem medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i stadsdelarna Farsta, Hägersten, Liljeholmen, Vantör och Älvsjö valt att gemensamt göra en undersökning. Genom att kartlägga och jämföra behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser/kvalitetsindikatorer i de särskilda boendeformerna i fem stadsdelar kan man få en uppfattning om hur stadsdelsförvaltningarna skiljer sig från varandra. Studien har genomförts för åttonde 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 inom heldygnsomsorg ska vägas 2 gånger per år
- 100 % av vårdtagare med en viktförlust av 5 % på ett halvår eller BMI under 22 ska utredas och åtgärdas med nutritionsstöd
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

### *Trycksår*

- 100 % 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*

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

### *Infektioner*

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

### *Fallrisk*

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

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

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

### **Syfte**

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

### **Undersökningens genomförande**

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

Förhållandena gäller vecka 41 i oktober 2005. Kartläggningen genomfördes av den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan som tillsammans med vårdpersonalen inom de olika områdena besvarade frågorna.

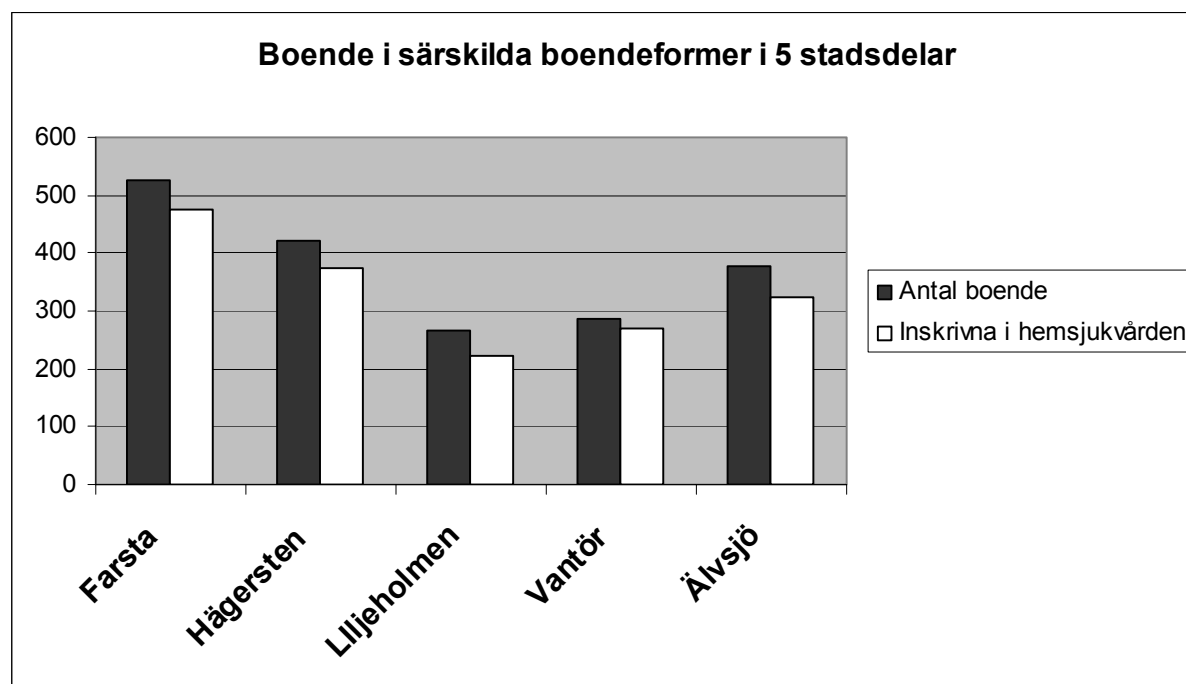
Enkäten har i första steget sammanställts på respektive förvaltning av MAS. Därefter sammanställdes och diskuterades samtliga resultat av hela MAS-gruppen. De områden som kartlagts är ålder, kön, läkemedel, näringsintag (nutrition), tandvård, hud, inkontinens, infektioner, fall, fallskador, förebyggande 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. Det totala antalet boende som var inskrivna i hemsjukvården i de fem stadsdelarna och som deltog i kartläggningen under denna period var 1661 dvs 88,4 % av antalet boende (87 %).

### Allmänna uppgifter

#### Boende i särskilda boendeformer



Figur 1

Det totala antalet boende i särskilda boendeformer för äldre var under kartlägningsveckan 1 879 (2 064) personer. Av dessa var 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. Mellan 2004 och 2005 har antalet boende vid servicehusen minskat med 191 personer bl.a. på grund av omvandling till seniorboende.

Vid enheter med heldygnsomsorg d v s sjukhem, ålderdomshem och gruppboenden bor personer med stort omvårdnadsbehov och som ofta är svårt sjuka. Där finns tillgång till personal dygnet runt och samtliga boende definieras som hemsjukvårdspatienter. Resultatet visade att 88,4 % ( 87 %) av alla boende var hemsjukvårdspatienter, vilket är något fler än föregående år.

Knappt tre fjärdedelar, 1207, av alla som vårdades vid de särskilda boendeformerna var kvinnor, och 454 var män. Åldersspridningen var stor, från 41 år till 105 år.

**Antalet boende i särskilda boendeformer, vecka 41 år 2005:**

|             |           |
|-------------|-----------|
| Farsta      | 526 (551) |
| Hägersten   | 421 (538) |
| Liljeholmen | 265 (283) |
| Vantör      | 288 (340) |
| Älvsjö      | 379 (352) |

**Antalet hemsjukvårdspatienter i särskilda boendeformer, vecka 41 år 2005:**

|             |           |
|-------------|-----------|
| Farsta      | 474 (493) |
| Hägersten   | 375 (470) |
| Liljeholmen | 221 (229) |
| Vantör      | 268 (315) |
| Älvsjö      | 323 (288) |

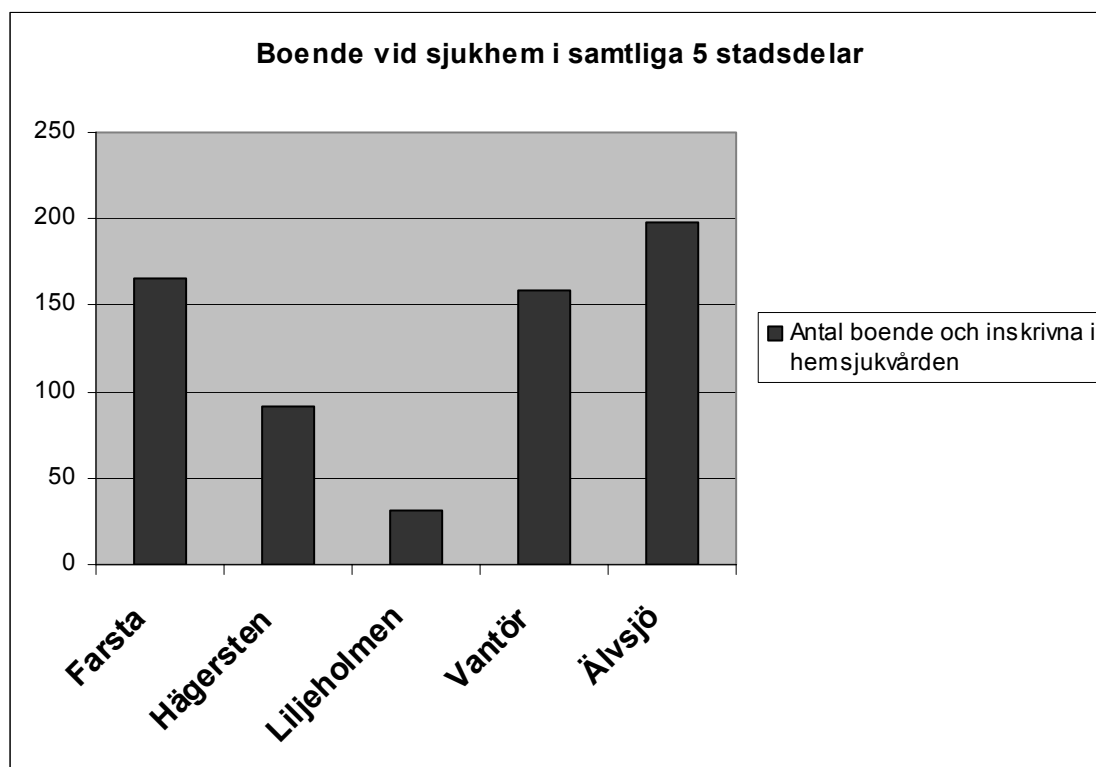
Med begreppen boende och vårdtagare i resultatredovisningen avses fortsättningsvis personer som var inskrivna i hemsjukvården vid de särskilda boendeformerna för äldre.

Det har skett en minskning av antalet boende och av antalet inskrivna i hemsjukvården i alla stadsdelar utom Älvsjö. Ökningen i Älvsjö beror på att alla enheter inte var med i 2004 års kartläggning.

**Antal boende under 65 år**

Totalt fanns 23 (24) vårdtagare under 65 år vid äldreboendena.

## Boende vid sjukhem



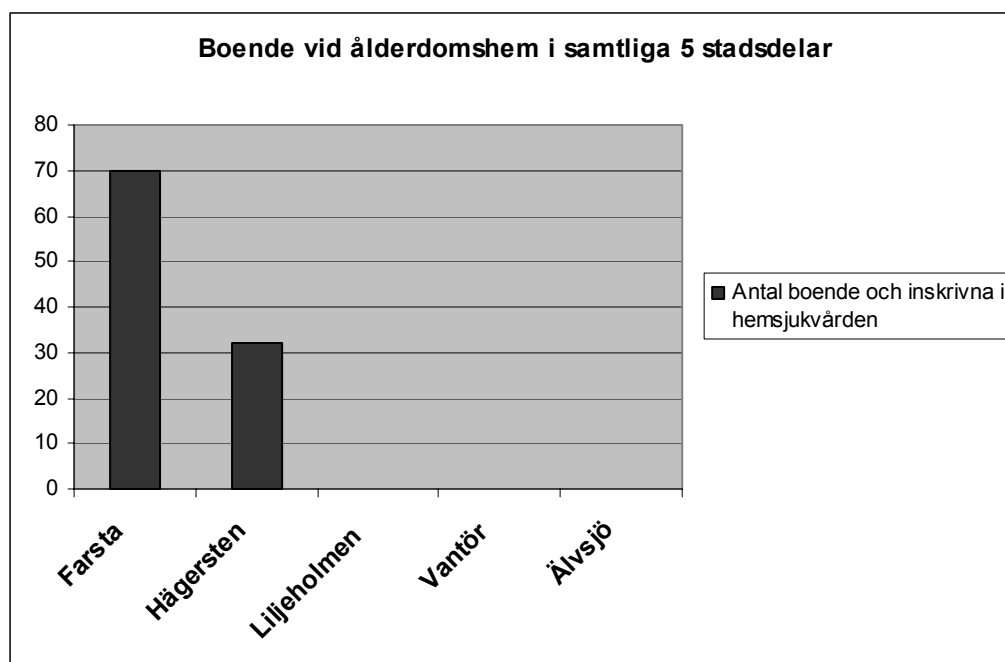
Figur 2

### Sjukhem som deltog år 2005:

|             |                                            |
|-------------|--------------------------------------------|
| Farsta      | Farsta sjukhem                             |
| Hägersten   | Axelsbergs sjukhem, Fruängsgårdens sjukhem |
| Liljeholmen | Kastanjens sjukhem                         |
| Vantör      | Högdalens äldreboende                      |
| Älvsjö      | Solberga sjukhem, Älvsjö sjukhem           |

Antalet boende vid sjukhemmen varierade mellan stadsdelarna från 31 personer i Liljeholmen till 198 i Älvsjö. Sammanlagt fanns i de fem stadsdelarna 645 (612) vårdtagare vid sjukhem. Ökningen beror på att alla enheter i Älvsjö är med i årets kartläggning. Av vårdtagarna var 478 kvinnor och 167 män. Den yngsta var 45 år och den äldsta var 105 år. 7 personer var under 65 år.

## Boende vid ålderdomshem



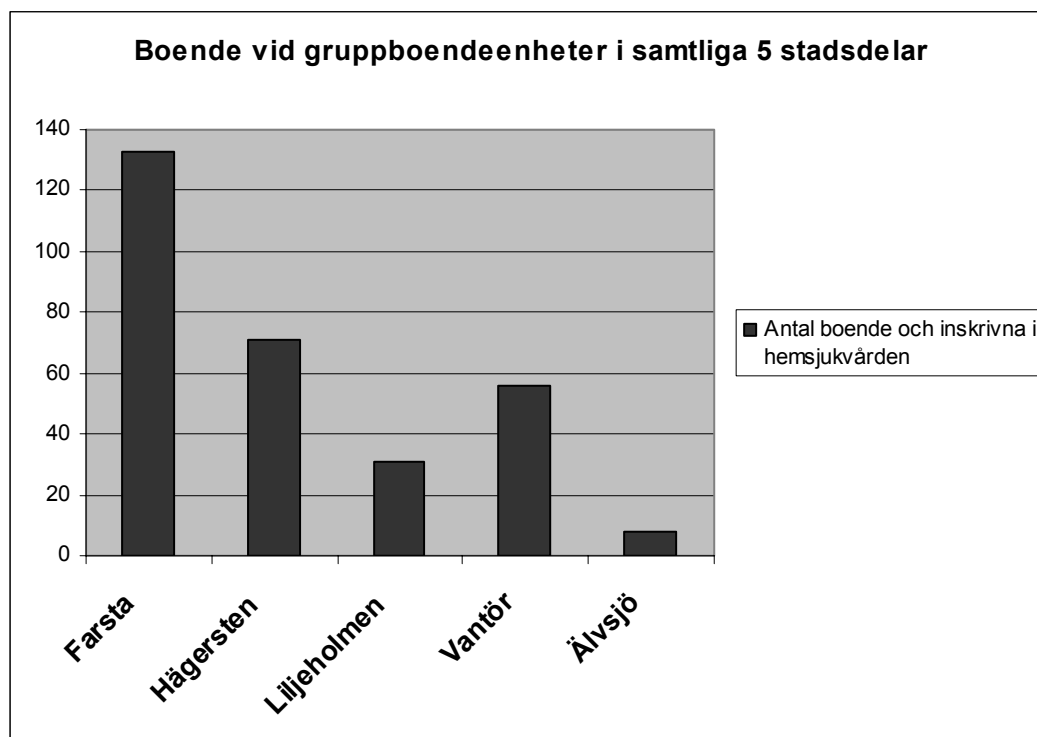
Figur 3

### Ålderdomshem som deltog år 2005:

|             |                                                                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Farsta      | Edö, Postiljonen                                                                                              |
| Hägersten   | Fruängsgården/Långbro Park                                                                                    |
| Liljeholmen | Saknar ålderdomshem.                                                                                          |
| Vantör      | Saknar ålderdomshem. Två våningsplan på Mårtensgården har under året omvandlats till gruppboende för dementa. |
| Älvsjö      | Saknar ålderdomshem.                                                                                          |

Platsantalet varierade mellan 32 i Hägersten till 70 i Farsta. Sammanlagt fanns i de fem stadsdelarna 102 boende på ålderdomshem. Av dessa var 77 kvinnor och 25 män. Den yngsta var 71 år och den äldsta 99 år.

## Boende vid gruppboenden



Figur 4

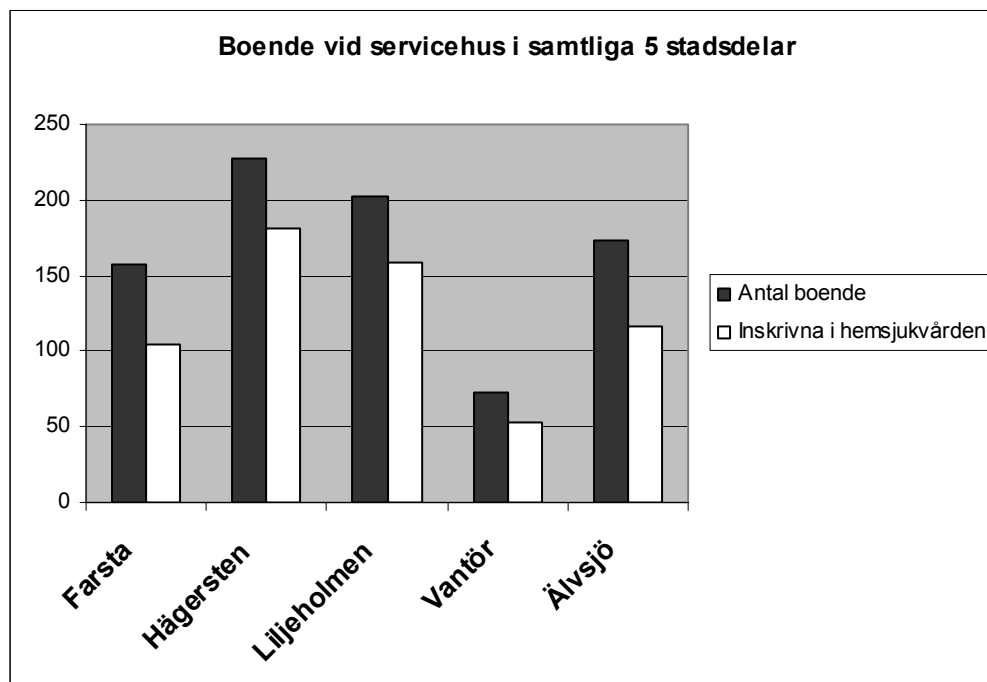
### Gruppboenden för demenssjuka som deltog år 2005:

|             |                                                      |
|-------------|------------------------------------------------------|
| Farsta      | Edö, Postiljonen, Ängsö, Veckobo                     |
| Hägersten   | Fruängsgården/Långbro Park, Ljusglinten, Åsengården. |
| Liljeholmen | Kastanjen                                            |
| Vantör      | Oasen, Mårtensgården                                 |
| Älvsjö      | Långbroberg                                          |

Antalet boende varierade mellan 8 personer i Älvsjö till 133 i Farsta.

Sammanlagt fanns i de fem stadsdelarna 299 boende (294) på gruppboendena, 240 kvinnor och 59 män. Åldrarna varierade mellan 65 år och 99 år.

## Boende vid servicehus



Figur 5

### Servicehus som deltog år 2005:

|             |                          |
|-------------|--------------------------|
| Farsta      | Edö                      |
| 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 fem stadsdelarna var 833 personer (1024). Antalet hemsjukvårdspatienter var 615 personer (755). Det lägsta antalet hemsjukvårdspatienter fanns i Vantör, 53 och det högsta antalet fanns i Hägersten, 181.

Andelen personer inskrivna i hemsjukvården var 73,8 % (73,7 %). Åldersspridningen vid servicehusen var från 41 år till 102 år. Antalet boende under 65 år var 16 (23) personer. Det har skett en stor minskning av totala antalet boende vid servicehusen mellan 2004 och 2005. Minskningen var 191 personer. Andelen inskrivna i hemsjukvården har minskat med 140 personer. Minskningen har skett i alla stadsdelar. Vantör och Hägersten har omvandlat servicehuslägenheter till seniorboenden och i samtliga stadsdelar fanns tomma servicehuslägenheter.



## 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 Patientjournallagen (1985:562).

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

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

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

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

Paramedicinsk personal finns tillgänglig måndag till fredag dagtid.

Det finns många olika organisatoriska lösningar vid 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 nattetid. 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.

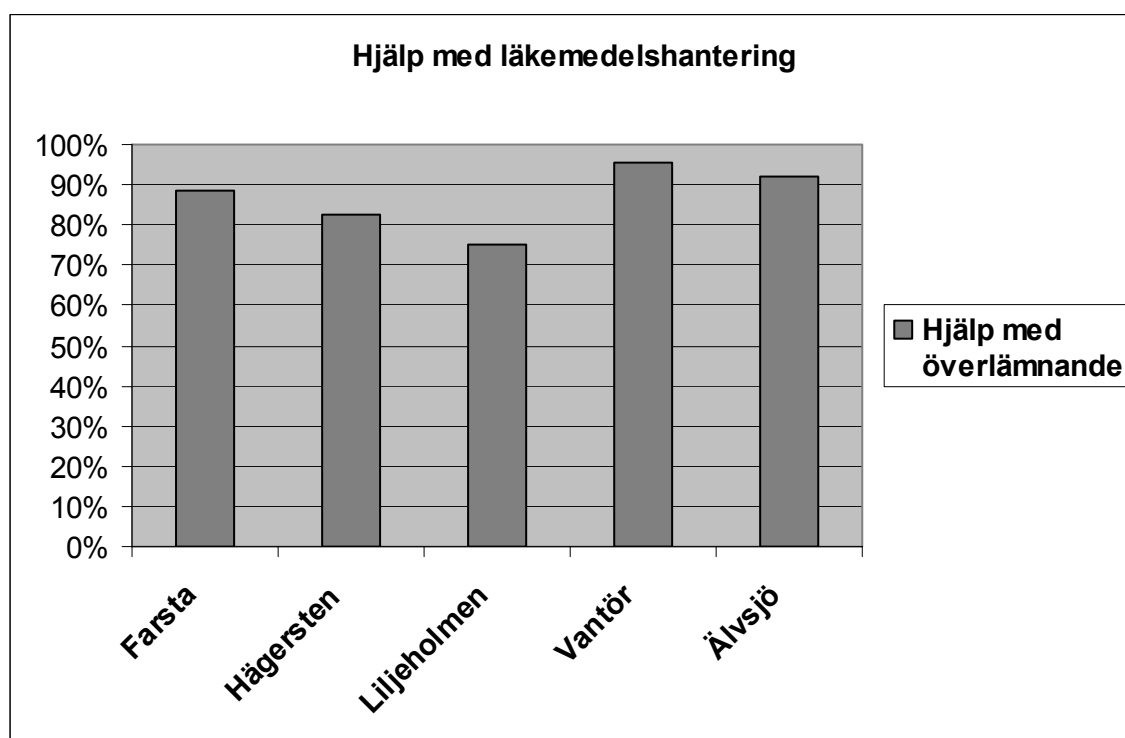
## Antal hälso – och sjukvårdspersonal och vakanser

Svårigheten att rekrytera sjuksköterskor har minskat. Andelen vakanta sjukskötersketjänster var 2,8 % (5,75 %). Vakanserna har minskat sedan 2002 då andelen var 24,5 %.

Antalet sjukskötersketjänster var 135,5 (149).

Antalet paramedicinska tjänster var 42,8 (45,5). En halv tjänst var vakant.

## LÄKEMEDEL



Figur 6

### Överlämnande av läkemedel

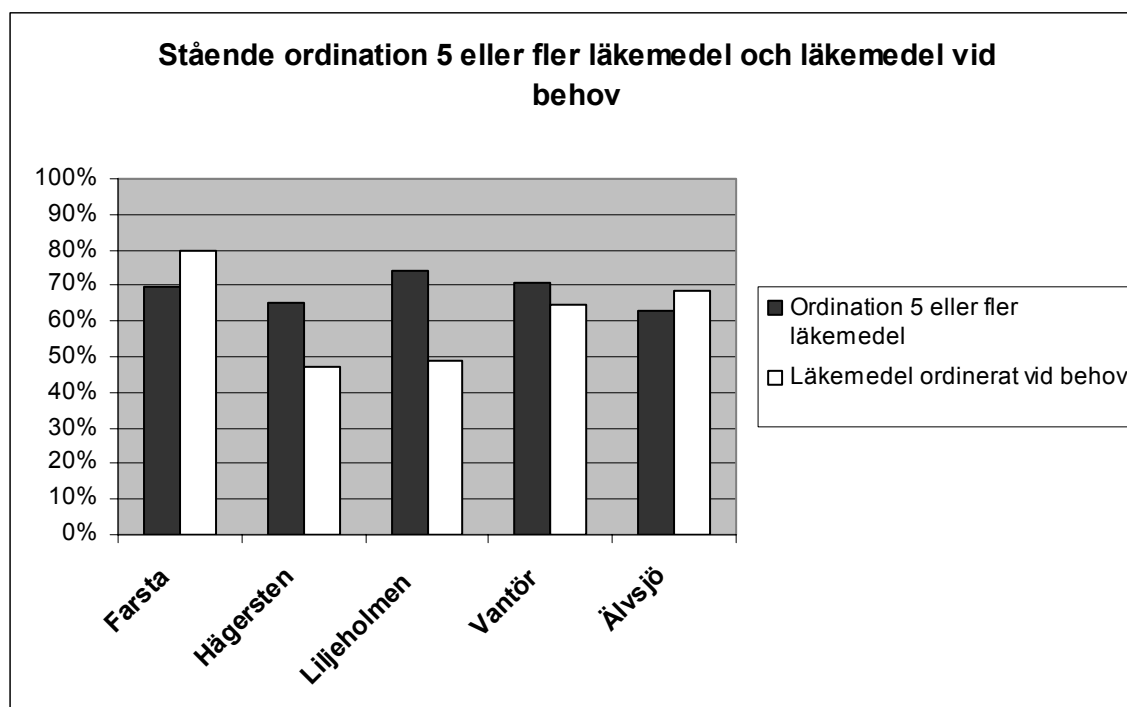
Läkemedelshantering är ett kvalificerat och omfattande arbete som kräver goda kunskaper, erfarenhet och ett gott omdöme. Säkerhetsaspekten är av särskild betydelse. Sjuksköterskan ansvarar för läkemedelshanteringen inom berörd verksamhet. Överlämnande av iordningställd läkemedelsdos kan delegeras till 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, 87,2 %, klarade inte sin läkemedelshantering utan hjälp av vårdpersonal (83,8 %). I Liljeholmen behövde 75,1 % hjälp och i Vantör 95,5 %.

### 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 7

### Stående ordination 5 eller fler läkemedel

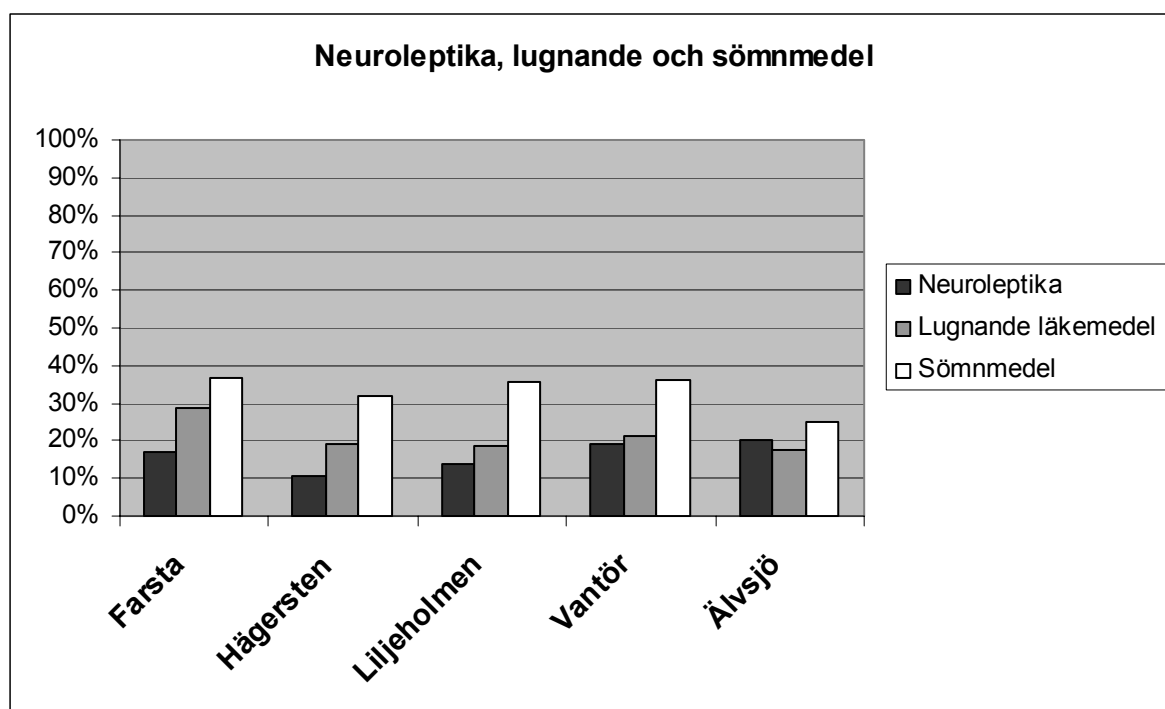
Äldre använder ofta många läkemedel. Det är viktigt att läkemedelsordinationer omprövas. Antalet preparat som används är den mest betydelsefulla riskfaktorn för biverkningar och interaktioner (Fastbom, 2001).

Totalt hade 68,2 % (62,7 %) av vårdtagarna stående ordination på fem eller fler läkemedel. Sedan 2002 har det skett en ökning varje år.

### Läkemedel vid behov

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

Läkemedel vid behov hade ordinerats till 63,5 % av de boende (63 %).



Figur 8

### Neuroleptika

Neuroleptika är läkemedel med specifik effekt på psykosor, 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 16,2 % (16,5 %). Procentuellt hade gruppboendeenheterna den största andelen och servicehusen den minsta.

### Lugnande läkemedel

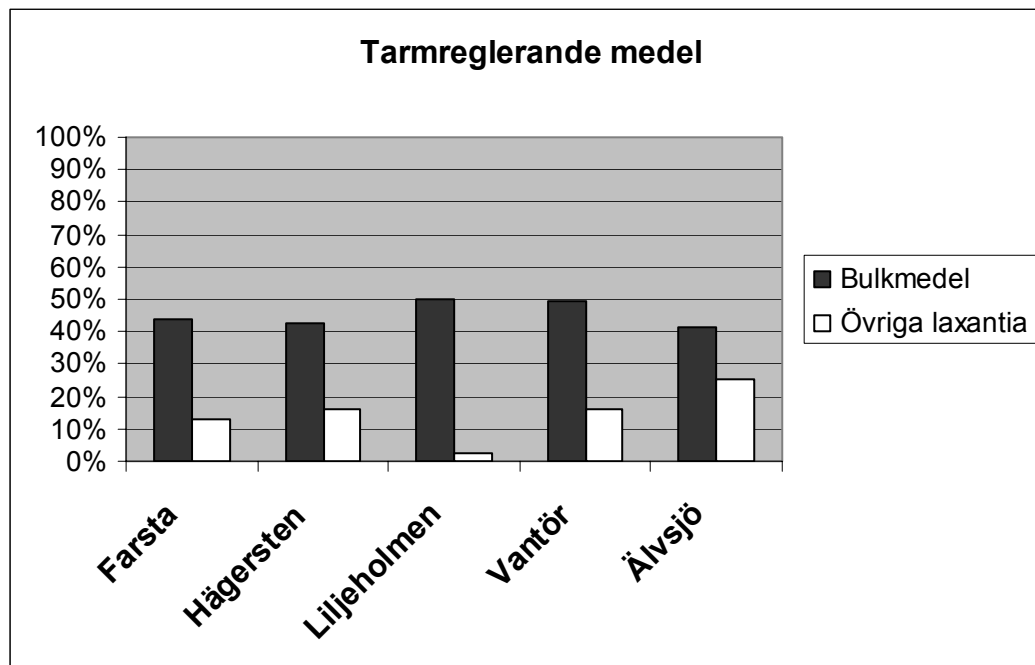
Bensodiazepiner är en grupp läkemedel som ges mot ångest, oro och sömnproblem. Äldre personer som är mer känsliga för läkemedel kan reagera med trötthet, förvirring och falltendens. Det finns också risk för tillvänjning så att allt högre doser krävs. En annan risk är att en person kan bli beroende och 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 21,8 % av de boende (21,3 %). Älderdomshemmen 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 70,2 % som ordinerats bensodiazepinderivat.

## Sömnmedel

Andelen boende med ordination på sömnmedel var 33,1 % (33,0 %). Ålderdomshemmen hade den största andelen boende med behov av sömnmedel. Av boende med ordination på sömnmedel fick 38,2 % bensodiazepinderivat.



Figur 9

## 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 44,7 % (47,7 %). Övriga ordinerade laxermedel var 15,1 % (7,5 %) en fördubbling på ett år.

## Smärtstillande (Analgetica)

Kroniska smärttillstånd är vanligt förekommande inom äldreomsorgen. 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 60,0 % av alla äldre (Fastbom, 2001).

Andelen boende som ordinerats smärtstillande läkemedel i form av narkotiska preparat var totalt 18,2 % (16,4 %). Procentuellt hade ålderdomshemmen den största andelen boende som ordinerats smärtstillande narkotiska preparat.

Andelen boende som var i behov av övriga smärtstillande och febernedsättande preparat var 37,1 % (30,8 %). Ålderdomshemmen hade även här den största andelen boende i behov av övriga smärtstillande.

### **Antidepressiva läkemedel**

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

Antidepressiva läkemedel fick 33,8 % av de boende (29,5 %). Den största andelen hade ålderdomshemmen och den minsta hade sjukhemmen.

### **Läkemedel vid diabetes**

Totalt behandlades 8,4 % av de boende med insulin (7,4 %). Boende som hade tablettbehandlad diabetes var 5,2 %. 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 5,1 % (4,8 %).

### **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 % av de boende (5,5 %).

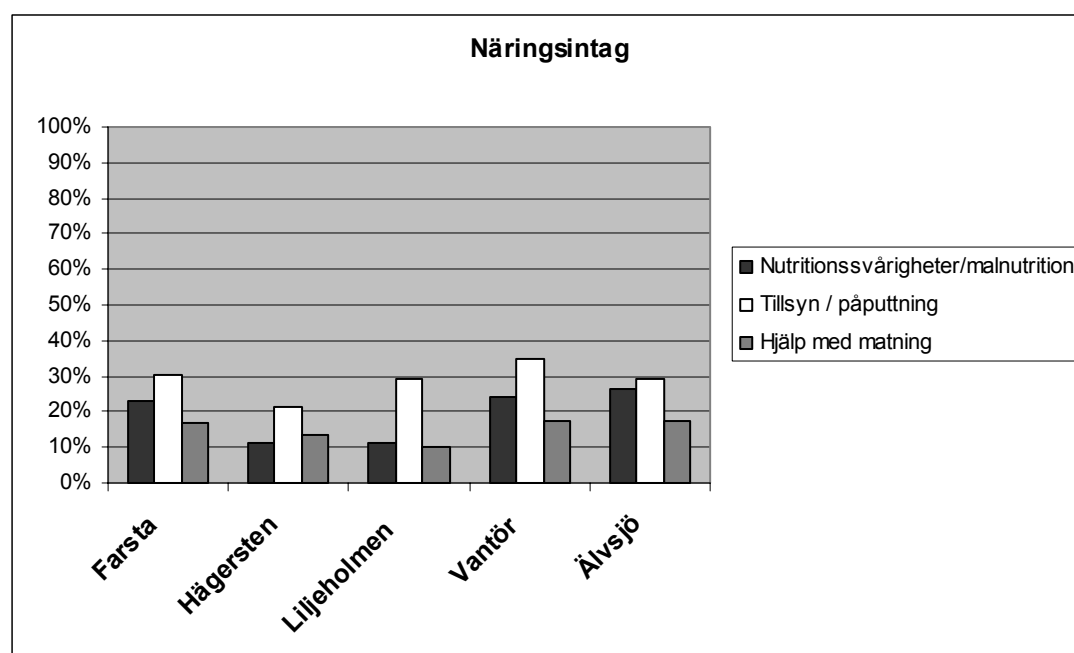
Pågående infusionsbehandling hade 0,4 % (7 boende) under kartläggningsveckan. Om en person ofta eller ständigt är i behov av infusion opereras vanligen en port á cath in i ett centralt blodkärl. Detta var fallet hos 0,5 % (9 boende).

Vid ett mer tillfälligt behov av infusion används en perifer venkanyl. Under kartläggningsveckan användes det av 7 personer (0,4 %), samtliga boende på sjukhem.

### **Inhalationer**

Syrgasbehandling fick totalt 0,7 % (11 boende). Sex av dessa bodde på sjukhem, fyra på servicehus och en person på ålderdomshem.

## NÄRINGSINTAG (NUTRITION)



Figur 10

### Tillsyn/påminnelse vid näringsintag

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

Denna hjälp behövde 28,7 % (28,6 %) 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 15,4 % (15,8 %).

### 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.

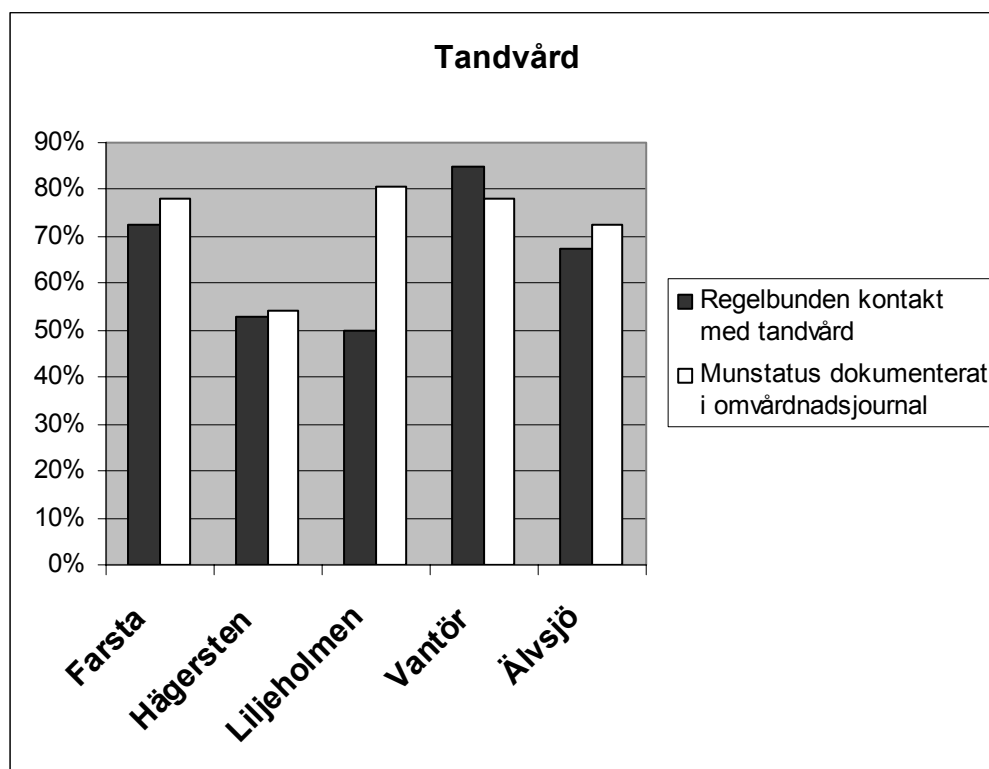
Antal vårdtagare med nutritionssvårigheter/malnutrition var i denna undersökning 325 personer, 19,6 % (19,1 %). Den lägsta andelen undernärda fanns vid servicehus och den största andelen fanns vid sjukhemmen.

Dokumentation av nutritionsstöd fanns för totalt 92 % av dem som har viktninskning med 5 % eller BMI under 22.

## Sondmatning

Sondmatning är en liten del av hälso- och sjukvårdsuppgifterna. 1,1 % av hemsjukvårdspatienterna, 18 personer, fick sitt näringsintag tillgodosett genom sond. Sondmatning får endast utföras av sjuksköterska eller av vårdpersonal som har uppgiften delegerad.

## TANDVÅRD - MUNSTATUS



Figur 11

## 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 tandersättningarna samt bedömning av det dagliga behovet av munvård. Munhälsan påverkar den boendes livskvalitet och välbefinnande. Erbjudandet av munhälsobedömning är viktigt att se i ett helhetsperspektiv av den boendes totala omvårdnadsbehov.

Inom de särskilda boendeformer som ingått i studien hade 66 % (65,1 %) av de boende regelbunden kontakt med tandvården. Minst kontakt med tandvården hade boende vid servicehus. Mest kontakt hade de som bor vid ålderdomshem.

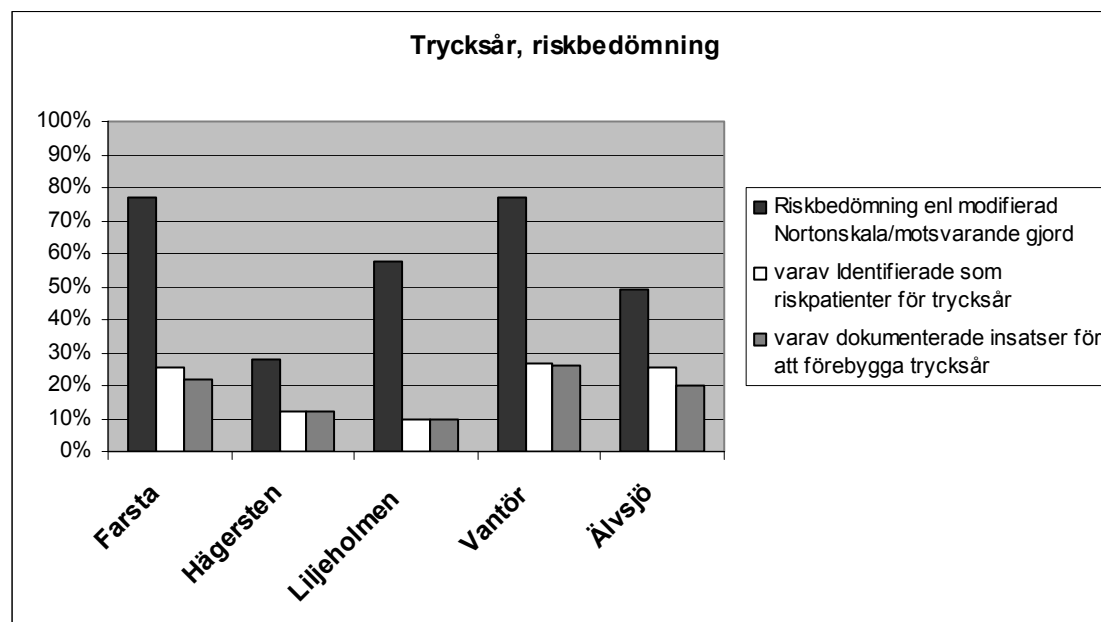
## Munstatus

I sjuksköterskans uppgifter ingår att i omvårdnadsjournalen dokumentera munstatus. I denna kartläggning hade 71,9 % (61,2 %) av de boende munstatus dokumenterad.



## HUD

### Riskbedömning trycksår

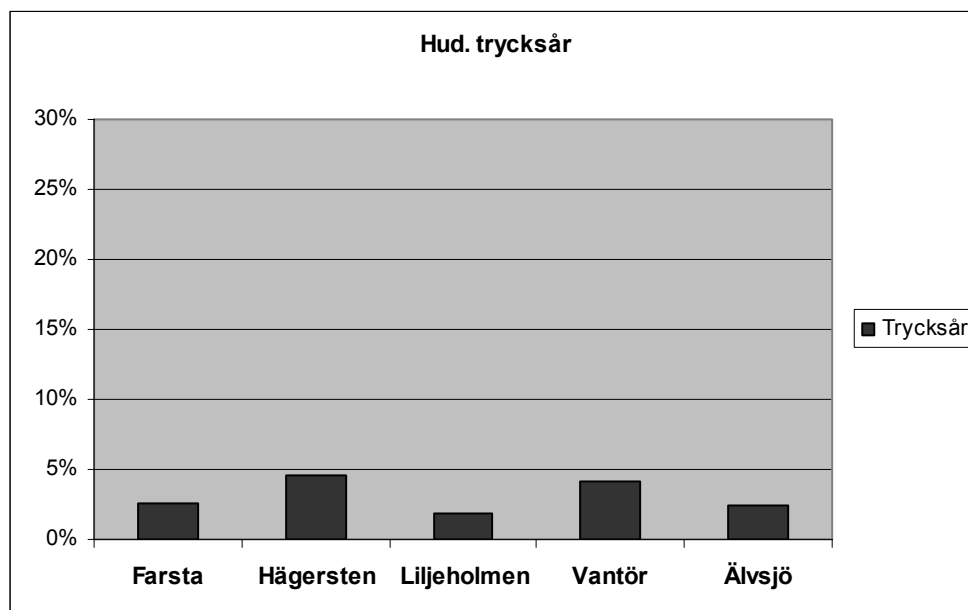


Figur 12

Sjuksköterskan ska bedöma risken för trycksår hos alla vårdtagare som är inskrivna i hemsjukvården. Kartläggningen visade att en riskbedömning var gjord för 57,9 % (46 %) av vårdtagarna.

342 personer, 35,6 % var i riskzonen för att utveckla trycksår och för 303, 88,6 % av dessa fanns förebyggande insatser dokumenterade.

## Trycksår



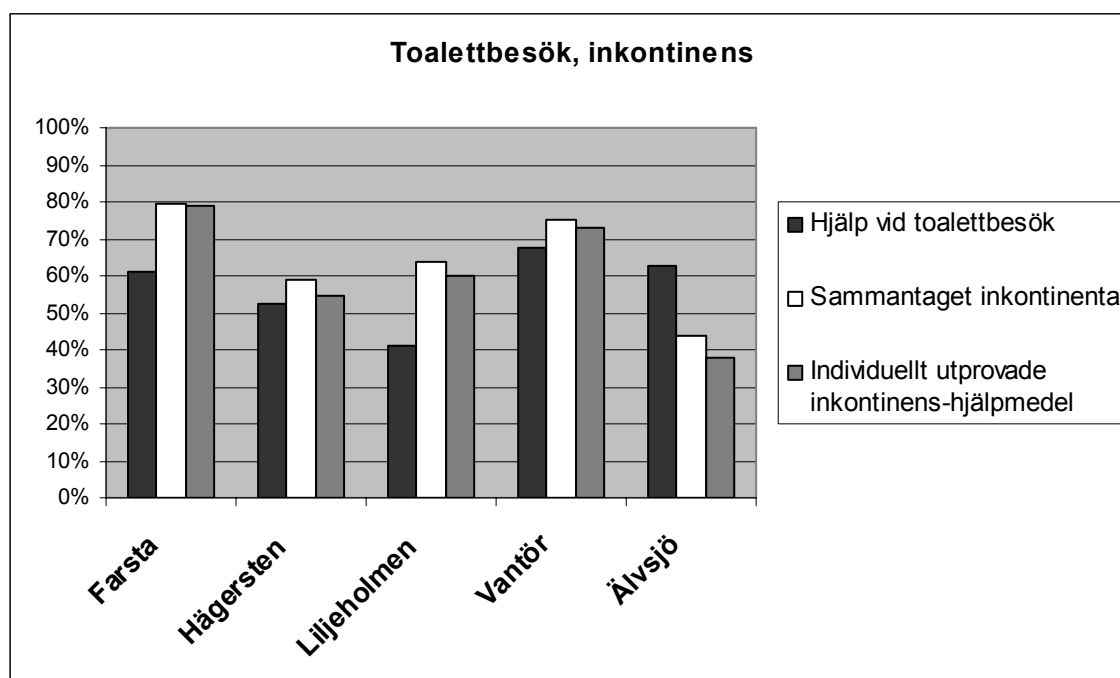
Figur 12

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

## INKONTINENS



Figur 13

### 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 57,9 % behövde hjälp vid toalettbesök (56,9 %).

Behovet av hjälp vid toalettbesök var störst vid sjukhemmen 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 forskrivningsrätt.

Kartläggningen visade att 65,1 % (69,1 %) av vårdtagarna var inkontinenta.

Av alla inkontinenta hade 95,2 % individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel (93,3 %). Av dessa var 86,9 % dokumenterade i omvårdnadsjournalerna (82,0 %).

### Kateter

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

Undersökningresultatet visade att 5,6 % (5,6 %) 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, 2,0 % (3,5 %) 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 3,0 % (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 1,9 % av vårdtagarna, 32 personer, hade en pågående infektion i ett kroniskt sår. Det är en liten ökning från föregående år.

### Infektion i luftvägar

Kartläggningen visade att lunginflammation förekom hos en ringa del av vårdtagarna, 0,9 %, 15 personer.

### MRSA (Meticillinresistent a 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.

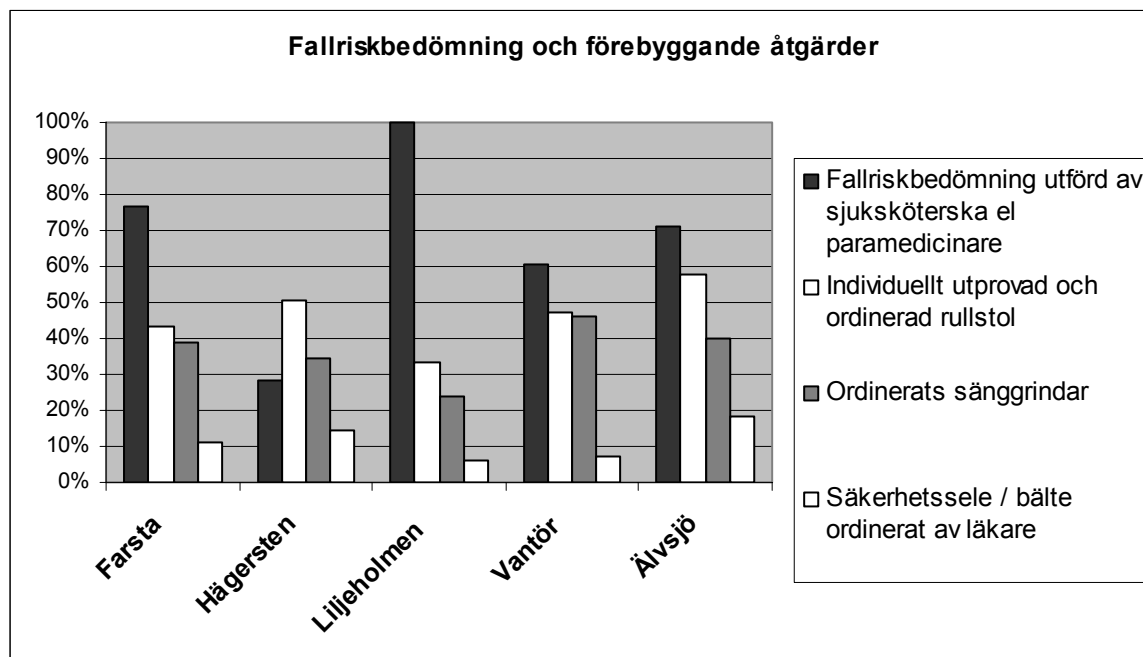
Den främsta orsaken till smittspridning är brister i basala hygienrutiner.

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 392 personer med riskfaktorer för MRSA, 23,6 % av alla hemsjukvårdspatienter. Av antalet nyinflyttade/återkomna var 140 personer aktuella för odling (60 personer). Odling hade utförts vid 135 tillfällen. Vid kartläggningstillfället fanns 3 vårdtagare (0,2 %) med MRSA-infektion.

## FALL, FALLSKADOR OCH FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER



Figur 14

Fallolyckor och dess konsekvenser i form av benbrott (frakturer) och andra följdskador utgör ett stort hälsoproblem bland äldre. Det finns studier (Socialmedicinsk tidskrift, 1994) 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 fem stadsdelsförvaltningarna, men vissa enheter inom Hägerstens och Älvsjös stadsdelsförvaltning angav att något system för analys av fallincidenter inte fanns.

Kartläggningen visade att för 65,3 % av vårdtagarna hade risken för fall bedömts (50,4 %). Av dessa var 92,8 % dokumenterade i omvårdnadsjournalen.

## **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 47,1 % (44,5 %) 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 37,4 % vårdtagare ordinerats sänggrindar (34,7 %) och av dessa var 90,2 % dokumenterade i omvårdnadsjournalerna (91,6 %).

Säkerhetssele/bälte är en frihetsinskränkande åtgärd och får endast användas för att hindra en svag vårdtagare från att falla och därigenom komma till skada. Ordinationer förekommer främst inom sjukhem och gruppboende. Av kartläggningen framgick att totalt 12,0 % hade bältesordination (12,5 %).

## **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.

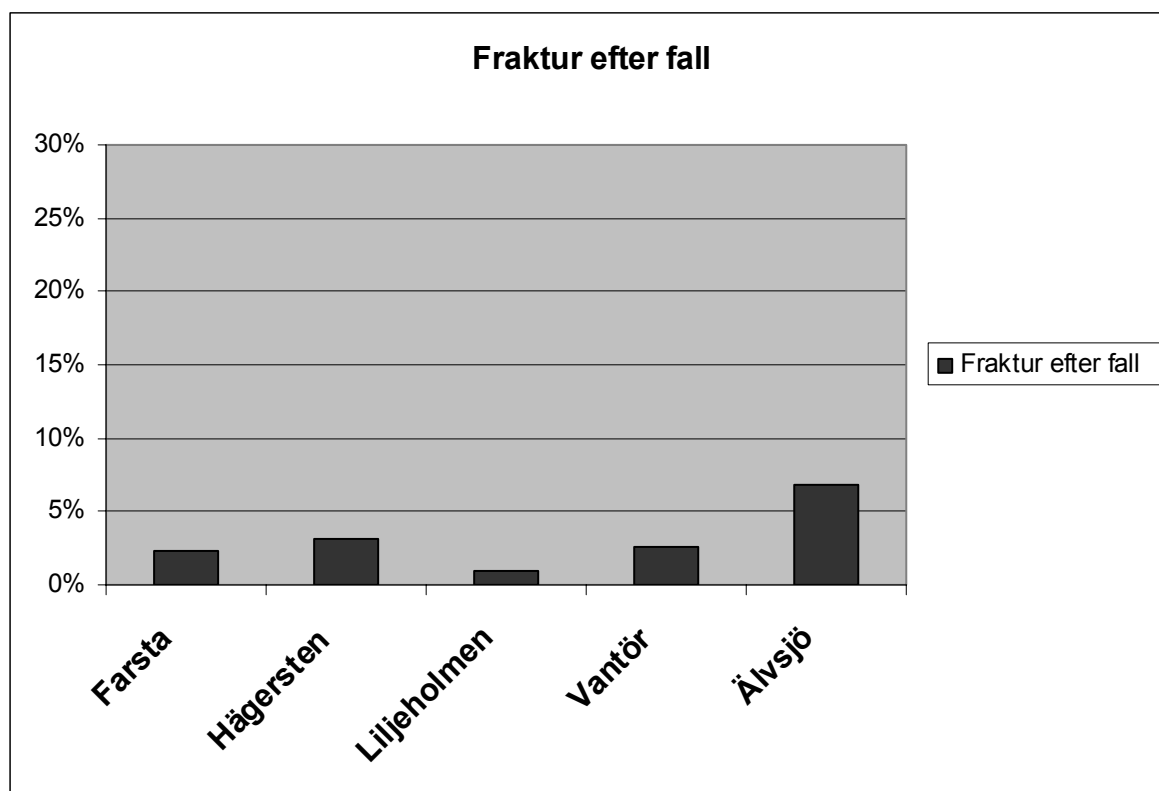
23,5 % av vårdtagarna (20,4 %) bedömdes vara i behov av lift vid förflyttning. Av dessa hade 97,9 % (97 %) fått ett individuellt utprovat lyftskynke.

## **Kontrakturer**

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

Av samtliga vårdtagare hade 12,5 % kontrakturer (10,6 %).

## Fraktur efter fall



Figur 15

I denna studie redovisas att 3,3 % av vårdtagarna, 54 personer, under de senaste 3 månaderna innan kartläggningen hade drabbats av fall som medförde fraktur (2,0 %).

## ÖVRIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBEHOV

### Läkarkontakt

Under mätveckan var 10,4 % (11,8 %) av vårdtagarna personligt bedömda av läkare och för 26,4 % av vårdtagarna (25,3 %) hade hälsotillståndet diskuterats vid "sittrond".

De tre närmaste månaderna före kartläggningen var antalet akuta läkarbesök på sjukhus 267 (182). Av dessa resulterade 187 besök, 70 %, i inläggning på akutsjukhus. 19 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.

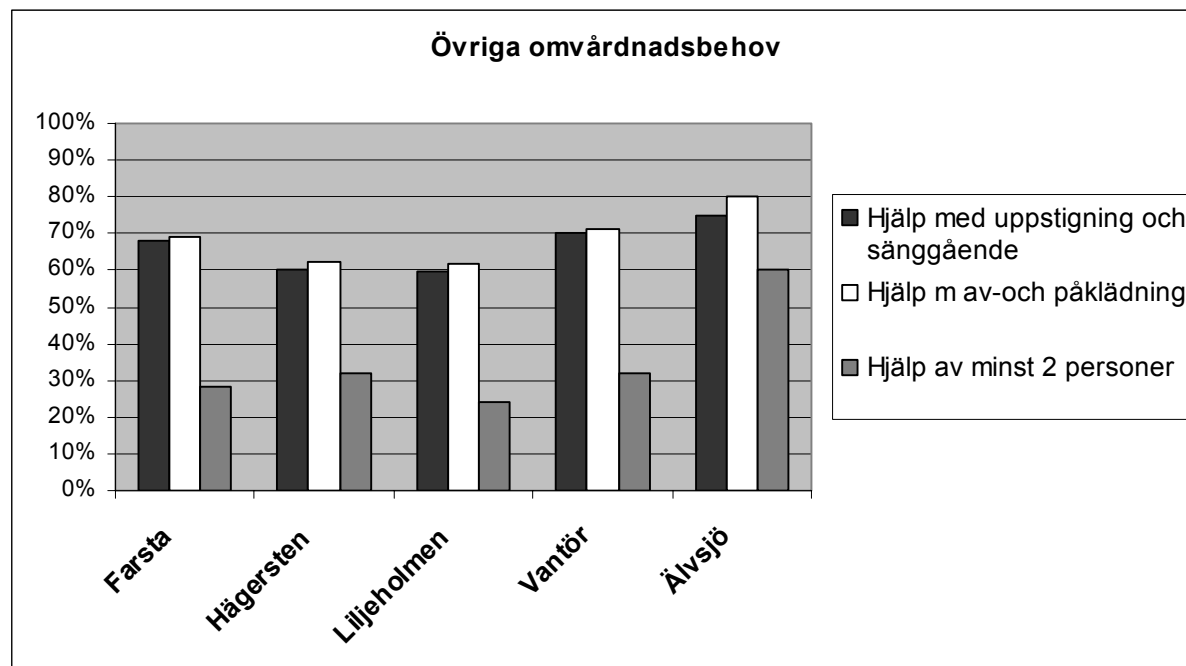
Under den aktuella mätveckan var totalt 7 av 1 661 personer i terminalt stadium (döende), vilket motsvarar 0,4 % av vårdtagarna. Av dessa fanns 2 vid sjukhemmen, 2 på gruppboende, 2 på ålderdomshem och en person vid servicehus.

## Avlidna

Andelen avlidna under de senaste tre månaderna före kartläggningen var 151 personer, 9,1 %, (6,4 %).

Av de 151 avlidna under undersökningsperioden avled 38 på akutsjukhus och 113 på sin boendeenhet. Största andelen avled vid sjukhemmen och lägsta andelen vid servicehusen.

## ÖVRIGA OMVÅRDNADSBEHOV



Figur 16

## 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 22,1 % hade fullständigt aktuellt ADL-status, d v s högst sex månader gammalt, upprättad av sjukgymnast/arbetsterapeut. 26,7 % av vårdtagarna hade del av ADL-status.

Hjälpsbehoven inom omvårdnaden är mycket personalkrävande. Hjälps med av- och påklädning behövde 69,1 % (67,9 %) och 66,7 % (61,3 %) behövde hjälp med uppstigning och sänggående.

I de olika omvårdnadsmomenten behövde 35,3 % (28,9 %) 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 fem stadsdelarna, kan man få en uppfattning om hur respektive enhet förhåller sig till övriga likvärdiga verksamheter.

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

### Kvalitetsmål hälso- och sjukvård

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

Under de gångna 8 åren har vi, utvecklat kvalitetsindikatorer som utgör underlag för de årliga undersökningarna. De tidigare kartläggningarna har lett till en del kvalitetsförbättringar.

För andra 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 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 flera stadsdelar pågår diskussioner om hur hälso- och sjukvården ska organiseras bl a av ekonomiska skäl. Det är viktigt att man väljer organisationsmodeller som möjliggör god kontinuitet och som ger sjuksköterskorna förutsättningar att genomföra de lagstadgade uppgifterna.

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

Undersökningen visade en minskning av antalet vakanta sjukskötersketjänster från 5,75 % till 2,8 %. Detta ökar möjligheterna att förbättra vårdkvaliteten, genom att vårdplaneringar, uppföljningar och dokumentation kan förbättras.

Vi har noterat att antalet sjukskötersketjänster minskar. På ett år har 13,5 tjänster försvunnit. En viss minskning är en naturlig följd av det minskade patientunderlaget, men den stora minskningen har skett i Vantör, drygt 12 helårstjänster.

Avseende paramedicinsk personal, d v s sjukgymnaster och arbetsterapeuter, kan vi notera att endast 0,5 tjänst var vakant, vilket är positivt för kvaliteten i verksamheten.

## Läkemedel och läkemedelshantering

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

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

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

## Nutrition

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

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

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

*Lägsta acceptabla nivå:*

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

Resultatet av kartläggningen visar att det behövs insatser för att förbättra arbetet med kontrollen över de boendes vikt som ett led i att säkra näringssituationen hos de boende.

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

Vårdpersonalen bör få kontinuerlig nutritionsutbildning för att höja sin kompetens inom nutritionsområdet. Just nu finns möjligheten genom Stockholms stads kostenhet, ett projekt inom kompetensfonden. Vår förhoppning är att kostenhetens verksamhet permanentas.

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 förbättring av dokumentationen av munstatus sedan föregående år. Detta arbete måste dock fortlöpande förbättras.

## Hud

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

Andelen vårdtagare med trycksår var 3,1 %, vilket var en ökning 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 58 %. Det är en klar kvalitetsökning.

*Lägsta acceptabla nivå:*

- 100 % 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

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.

Årets undersökning visade att en lika stor andel vårdtagare som förra året hade KAD.

## **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 meticillinresistenta stafylococcus aureus (MRSA). Genom att alla fem stadsdelarna har ett avtal med landstingets hygiensektion och därmed får tillgång till hygienläkarnas och hygiensjuksköterskornas kompetens, arbetas det med att försöka förhindra denna smittspridning. Kunskaper och tillämpning av basala hygienrutiner är den viktigaste åtgärden för att nedbringa smittspridningen. Utöver detta ska det tas en MRSA-odling på alla vårdtagare med sår,

eksem, infart, PEG-sond, stomi och kateter hos alla som flyttar in till särskild boendeform eller återkommer från sjukhus. Kartläggningen visade att det fanns 392 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 omvårdnadsjournalen

Undersökningen visade också att det under den senaste tremånadersperioden innan kartläggningen hade flyttat in eller återkommit från sjukhus 140 personer som var aktuella för odling, men odling hade gjorts vid 135 tillfällen. Det visar 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 hygienombudsutbildning.

#### **Fallskaderisk**

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

De finns flera orsaker till fallskador 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.

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

Kartläggningen visade att 47 % av vårdtagarna var beroende av rullstol vid förflyttning, vilket är en ökning sen förra året. Många behöver hjälp med förflyttning till och från rullstolen. Detta förutsätter att kontinuerlig utbildning i förflyttningsteknik genomförs.

#### *Lägsta acceptabla nivå:*

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

Fallriskbedömning utfördes för närmare sju av tio vårdtagare och det är en ökning jämfört med 2004. Man kan se att medvetenheten om fallrisk och dess konsekvenser för den enskilde vårdtagaren, har ökat vid äldreboendena.

Det ser olika ut i de olika stadsdelarna och det görs inte fallriskbedömningar vid alla enheter. Det kan tolkas som att befintliga bedömningsinstrument inte är kända eller inte används i det dagliga arbetet. Förebyggande insatser samt analys av alla inträffade fall och fallskador är ett viktigt område att vidareutveckla. Här kan arbetsterapeuter och sjukgymnaster bidra med sin

kompetens. I Liljeholmen, som arbetat systematiskt med fallprevention under några år och där Rehabenheten är involverad, var riskbedömning gjord för samtliga vårdtagare och fallolyckorna var ytterst få.

### **Avlidna**

Andelen avlidna den senaste tre månadersperioden före undersökningen var högre år 2005 än föregående år. Vi har också för första gången efterfrågat var vårdtagarna avlider. Kartläggningen visade att en fjärdedel av de avlidna vårdtagarna hade dött på 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 samt uppstigning och sänggående. Mer än tre av tio hade så stora behov att två personer måste medverka vid insatserna. Omvårdnadsbehoven har ökat jämfört med föregående år. En trolig orsak till de stora omvårdnadsbehoven kan vara att landstinget skriver ut personer med stora vårdbehov allt tidigare och att de boende har blivit äldre och har fler sjukdomar. Det kan också vara ett resultat av kvarboendepincipen.

### **Slutsatser**

En jämförelse mellan 2004 och 2005 års kartläggningar ger anledning att fundera över vilka förändringar som skett.

Antalet boende och därmed antalet vårdtagare inskrivna i hemsjukvården har minskat under året. Den stora minskningen har skett vid servicehusen. Dels har servicehus omvandlats till seniorboenden dels har stadsdelarna tomma lägenheter. Omvandlingen till seniorboenden innebär att ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser övergår till landstingets primärvård.

Av hälso- och sjukvårdsinsatser har andelen personer som behöver hjälp med sin läkemedelshantering ökat.

Även andelen vårdtagare som ordinerats fem eller fler läkemedel har ökat. Det indikerar att arbetet med systematiska läkemedelsgenomgångar måste intensifieras.

Årets kartläggning visar tydligt att behovet av både hälso- och sjukvård och allmän omvårdnad har ökat.

Behovet av syrgas, sonder, läkemedel i injektionsform och infusioner är alla exempel på hälso- och sjukvårdsinsatser som ökat. Andelen sår ökar och även behov av rullstol och liftar. Vi kan dessutom se att andelen avlidna har ökat.

Fler personer behöver hjälp med av- och påklädning och uppstigning/sänggående. Dessutom behöver fler hjälp av två vårdare.

Av detta kan man dra slutsatsen att det är en trend mot större vårdbehov vid de kommunala boendeformerna.

Trots att vårdbehoven förefaller att öka kan man se en positiv utveckling genom att riskfaktorer identifieras mer systematiskt. Exempelvis ökar riskbedömningarna för trycksår, undernäring och fallrisk. Detta ger en möjlighet att identifiera "riskpatienter" och sätta in adekvata åtgärder.

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

Det är viktigt att man vid organisationsförändringar väljer modeller som möjliggör god kontinuitet och som ger sjuksköterskorna förutsättningar att genomföra de lagstadgade uppgifterna. Dessutom måste sjuksköterskorna kunna upprätthålla och vidareutveckla de omvårdnadsresultat som uppnåtts hittills.

Den återkommande kartläggningen av enheterna bidrar till en ökad medvetenhet om vikten av vissa omvårdnadsinsatser. Inför 2006 års kartläggning är målsättningen att förtydliga frågorna avseende olika indikatorer/omvårdnadsområden.

Kartläggningen visar tydligt på ett kontinuerligt behov av utbildning och kunskapsinhämtning, inte minst för den vårdpersonal som arbetar närmast den multisjuka äldre med stora hjälpbehov.