

Beställning

Kontorsservice

Tel 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: kontorsservice@hsn.sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivercronas väg 7, bv, Sabbatsbergs sjukhus

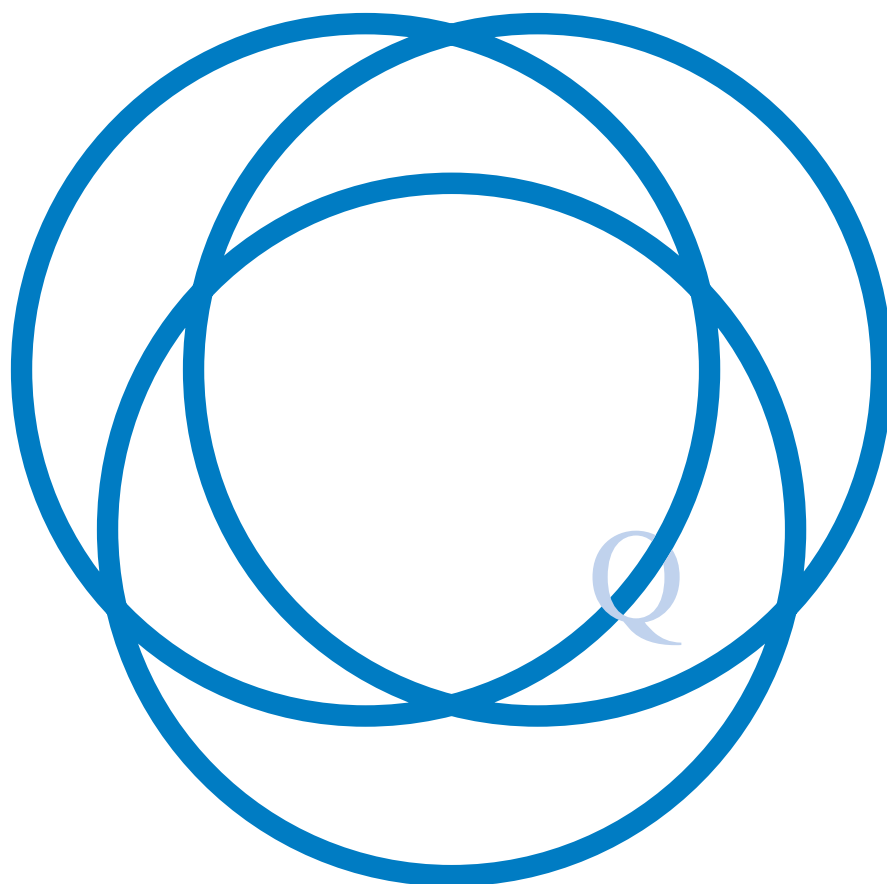


Stockholms läns landsting

Beställarkontor vård

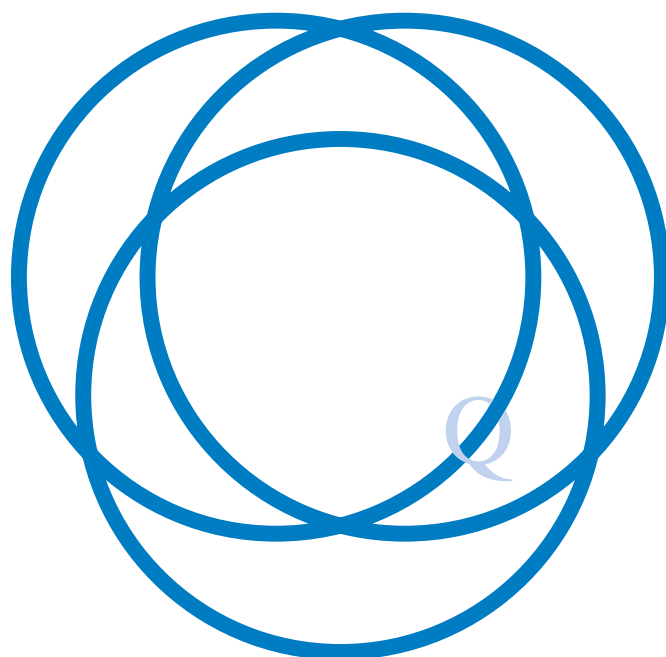
Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 25 00. Fax 08-737 48 00



Medicinskt Program Arbete
Årsrapport 2002
Programområde
Omvårdnad





Medicinskt Program Arbete
Årsrapport 2002
Programområde
Omvårdnad

Förord

Årsrapporterna från det medicinska programarbetet

Det medicinska programarbetet (MPA) har som ett deluppdrag att beskriva tillståndet i vården i Stockholm en gång årligen. Tack vare att projektet involverar 14 medicinska råd, de 60 specialsakkunniga och 14 vårdsakkunniga i Stockholm, har MPA fått möjlighet att täcka hela sjukvårdspanoramats.

Syftet med årsrapporten är att ge lägesbeskrivningar i termer av behov och efterfrågan i relation till dagens utbud och diskussion om morgondagens möjligheter. En beskrivning av nuläget inom SLL, som utgångspunkt för arbetet med att forma morgondagens hälso- och sjukvård.

Den primära målgruppen för denna årsrapport är politiker/ beställare, ägare/producenter, patientorganisationer men även massmedia och allmänhet får tillgång till rapporterna via WEB-nätverket.

Årsrapporten utgör ett basdokument för de 14 programområdena och ligger till grund för framtida uppdateringar vilka tillkommer genom det medicinska programarbetet. Årsrapporten är således början på ett levande dokument om vården där utgångspunkten är beskrivningen av behov, efterfrågan och utbud.

Årsrapporten byggs upp dels från det arbete som gjorts inom respektive programområde under året, dels från beskrivningar från specialsakkunniga om hur tillståndet är inom patientgruppen/specialiteten/omvårdnaden och dels från andra behovsanalyser som tagits fram inom länet. Rapporten bygger således huvudsakligen på de specialsakkunnigas underliggande rapporter och är en summering ur programområdets synvinkel. Därefter ligger denna rapport, tillsammans med övriga 14 rapporter från programområdena och Årsrapporten från arbetet med kvalitetsutveckling till grund för en övergripande sammanställning från Stockholms Medicinska Råd, där generella och viktiga frågeställningarna lyfts fram.

Årsrapporten utgörs av lägesbeskrivningar som grund för de analyser och förslag som görs i fokusrapporter och regionala vårdprogram.

Årsrapport Omvårdnad

Det här är årsrapporten från programområdet för Omvårdnad. Årsrapporten är framtagen av programgruppen för Omvårdnad under ledning av Inger Rising, medicinskt råd och programansvarig.

I denna rapport ingår även årsrapporter från Vårdsak inom programområden Barn, Hjärt-kärl, MK1, MK3, Medicinsk –service, Kvinnosjukvård, Primärvård, Psykiatri, Rörelseorganens sjukdomar och Äldrevård.

Medicinska programområdet Omvårdnad representeras av samtliga Vårdsak som tillsammans utgör ett gemensamt programområde tillika är Vårdsakkunniga i de övriga Medicinska programmen.

Programområde Omvårdnad

Nutrition, Smärta, Trycksår, Djup ventrombos

Programområdets deltagare:

Inger Rising	Medicinskt Råd; VÅRDSAK i primärvård; sammankallande
Berit Björnestam	VÅRDSAK i barnsjukvård
Katarina Eveland	VÅRDSAK i geriatrik
Anna Letterstål	VÅRDSAK i akutomhändertagande
Ingela Wiklund	VÅRDSAK i kvinnosjukdomar
Christina Lindholm	VÅRDSAK i medicin/kirurgi 1
Birgitta Klang-Söderkvist	VÅRDSAK i medicin/kirurgi 2
Caroline Häggmark	VÅRDSAK i medicin/kirurgi 3
Brita Sandström	VÅRDSAK i nervsystemets sjukdomar
Anette Erdner	VÅRDSAK i psykiatri
Ann-Christine Johansson	VÅRDSAK i medicinsk Service
Lars Strömberg	VÅRDSAK i rörelseorganens sjukdomar

Februari 2003

Inger Rising
*Programområde
Omvårdnad*

Kaj Lindvall
Projektledare, MPA

Innehåll

Förord	1
Sammanfattning.....	4
Översikt över programområdet – Omvårdnad.....	7
Omvårdnad – Barnsjukvård.....	19
Omvårdnad – Hjärt-, Kärl- och Lung sjukdomar	21
Omvårdnad – Kvinnosjukvård.....	25
Omvårdnad – Medicin – Kirurgi 1	31
Omvårdnad – Medicin – Kirurgi 2	35
Onkologi och hematologi	36
Omvårdnad – Medicinsk Service	41
Omvårdnad – Primärvård	49
Omvårdnad – Psykiatri	55
Omvårdnad – Rörelseorganens sjukdomar.....	59
Omvårdnad – Äldrevård	63
Förteckning över rapporter från MPA	65

Sammanfattning

God omvårdnad är en förutsättning för en bra hälso- och sjukvård och syftar till att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt ge möjlighet till en värdig död.

Centralt i omvårdnaden är de aktiviteter som *utgår från patientens behov* som t.ex. upplevelse av trygghet, smärta, psykosocialt välbefinnande, delaktighet och självbestämmande och att lyfta fram helhetsperspektivet på patientens vård och behandling utifrån kunskapsområdena medicin, omvårdnad och rehabilitering.

Ett annat viktigt område är att lyfta fram de närståendes roll i vården och att *möjliggöra ökad delaktighet och egenvård* genom utbildning till både patienter och närstående

Omvårdnadsåtgärder såsom *förhindrande av komplikationer* till sängläge och immobilisering såsom trycksår, blodpropp, svullnad, urinstämning, förstoppning och lunginflammation samt givetvis mobilisering är centrala åtgärder för många tillstånd i vården såsom tex inom rörelseorganens sjukdomar. Kunskap om risker och aktiv förebygga komplikationer är central åtgärder inom omvårdnadsområdet. En studie från Nederländerna (1999) redovisade resultat som tydde på att vården av patienter med trycksår var den tredje största utgiftsposten för hälso-och sjukvårdssystemet- efter hjärt/kärlsjukdom och cancer.

Tydliga vårdkedjor ger trygghet för patient och närstående och skapar ordning i hälso- och sjukvården. Mycket kan göras för att *stärka vårdkedjan* mellan de olika vårdformerna såsom mellan öppen och slutna vård med kommunal hälso- och sjukvård liksom inom vårdenheter och kliniker. Personbrist och brist på kontinuitet bland omvårdnadspersonalen försvårar all form av behandling och omvårdnad. Arbetet med kvalitetsindikatorer för omvårdnad måste följas och utvecklas.

- Patientkunskap /utbildning
 - Utveckla former för att stärka patienten och de närstående genom utbildning och stöd till egenvård.
 - Motivera och ge stöd till patient/närstående i samband med behov av livsstilförändring
- Prevention/förebyggande vård
 - Förebygga komplikationer såsom t.ex. fallskador, trycksår, djup ventrombos etc
 - Öka kunskapen om vikten av en optimal smärtlindring och att ett gott näringstillstånd krävs för ett bra behandlingsresultat.
- Samverkan
 - Förtydliga betydelsen av teamarbete i vården kring alla patientgrupper
 - Samverkan mellan huvudmän, vårdenheter och vårdprofessioner behöver utvecklas t.ex. genom öka samarbetet inom hemsjukvården mellan kommun och landsting
 - Tillgång till rätt information i vårdögonblicket .
- Personalförsörjning
 - Det måste finnas förutsättning att göra karriär inom sin egen vårdenhet och i det patientnära arbetet.
 - Bättre förutsättningar för kompetensutveckling och utbildning måste skapas på alla nivåer.

Översikt över programområdet – Omvårdnad

Inger Rising, Medicinskt Råd

Inledning

Allt vårdarbete bör ställa patienten i centrum och se till att patienten får en adekvat, säker och god vård. Vården ska enligt Hälso- och sjukvårdslagens intentioner präglas av en humanistisk människosyn. Arbete med att förebygga och behandla sjukdom samt lindra lidande ska ske på lika villkor oavsett vem som söker vård. En bra hälso- och sjukvård innefattar att all personal, oavsett yrkesprofession, arbetar tillsammans med patient och närstående för att uppnå dessa intentioner. Genom patientperspektivet tydliggörs behovet av samverkan mellan huvudmän, vårdenheter och vårdprofessioner.

God omvårdnad är en förutsättning för en bra hälso- och sjukvård och syftar till att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt ge möjlighet till en värdig död.

Genom samverkan över hela vårdorganisationen och genom ett engagerat och påtagligt ledarskap på alla nivåer, finns det möjlighet att utveckla verksamheten mot ännu bättre kvalitet.

Medicinskt programområde Omvårdnad har under året tagit fram Regionalt vårdprogram för prevention och behandling av trycksår.

I övrigt huvudsakligen inriktat sitt arbete på två fokusrapporter var av en om kontinuitetsbrister i vården och en fokusrapport om patientundervisning och patientinformation.

Vårdsak arbetar kontinuerligt med att föra in omvårdnadsfrågorna i de regionala vårdprogrammen som tas fram inom de övriga delprojekten. Arbete har dessutom inriktats på att ta upp frågor om förutsättningar för att god vård ska ges. Exempel på sådana frågor är personalförsörjning, kompetensutveckling, vårdutbildning inom grund-, specialist- och forskarutbildning.

Gemensamma andra frågor från de respektive andra Medicinska programmen har fortlöpande diskuterats i gruppen.

Årets möten och diskussioner har på många sätt skapat ett utrymme för att på ett övergripande och gemensamt sätt studera viktiga omvårdnadsfrågor i Stockholm läns landsting.

Vårdsakgruppen har många nätverk med kliniskt verksamma sjuksköterskor och barnmorskor, där omvårdnads- och utbildningsfrågor diskuterat och förankrats.

Uppdrag

VÅRDSAK- kunniga inom Stockholms läns landsting har till uppgift att kartlägga och rekommendera omvårdnadsrutiner och kvalitetssystem inom sina respektive medicinska programområden och inom allmänna gränsöverskridande vårdområden.

Fokus på arbetet är patienternas behov och har så långt det är möjligt baserats på bästa tillgängliga kunskap och kvalitetskrav inom respektive område. Frågor som patientens upplevelser, patientens ställning och inflytande, bemötande, behov av information, och vårdens tillgänglighet är vägledande genom VÅRDSAK:s arbete.

Inom ramen för det Medicinska programarbetet är Vårdsak inom programområdet Omvårdnad den arbetsgrupp för det gränsöverskridande arbetet att ta fram regionala vårdprogram och fokusrapporter inom att antal områden inom omvårdnad för Stockholms hälso- och sjukvård.

Arbetet har rapporterats och kontinuerligt stämts av i Stockholm medicinska råd, respektive Vårdsaks nätverk och det gemensamma Vårdnätverket.

Som ett led i att skapa en god vård har Vårdprogram för trycksår- prevention och behandling tagits fram inom det medicinska programområdet Omvårdnad och godkänts av Stockholm Medicinska råd. Vidare har vårdprogrammet lanserats på ett beställarseminarium under hösten och publiceras i rapportserien Regionalt Vårdprogram och Medicinska programarbetes hemsida.

Följande områden har genomlysts under året och där arbetet fortgår under år 2003

- Patientundervisning och informerat samtycke
- Kontinuitetsbrister
- Personalförsörjning- och kompetensfrågor
- Informationsöverföring och samordnad vårdplanering.
- Omvårdnadsföreteelser såsom
 - Smärta
 - Nutrition
 - Komplikationsområden
- Djup ventrombos

Dessa områden kommer 2003 att ytterligare bearbetas och utgöra underlag för vårdprogram, fokusrapporter, kravspecifikationer och kvalitetsuppföljning. Ytterligare områden som kommer att fokuseras under 2003 är gemensamma riktlinjer för vårdhygien samt preventionsområde såsom fallskador hos äldre.

Värdegrund

Denna värdegrund har Vårdsak enats om inom Omvårdnadsprogrammet ska utgöra grunden för arbetet inom det Medicinska programarbetet.

Omvårdnad med sin vårdvetenskapliga teorigrund är humanvetenskaplig med ett humanistiskt perspektiv och där de etiska värderingarna är dess bärande kraft.

Ett medvetet etiskt förhållningssätt är grunden för god omvårdnad och en professionell vårdrelation. Ett personligt ställningstagande måste finnas som omfattar vilja, mod och ansvar.

Omvårdnad i dess djupaste mening är att stärka människans värdighet. Omvårdnad utgår från den enskilde patientens perspektiv genom att se och bekräfta varje patient som en människa med sin unika kultur och historia, sina individuella behov, resurser och önskningar samt rätt till integritet och självbestämmande.

Omvårdnadens etik är *framförallt* synlig i mötet mellan patienten och vårdaren, i vårdrelationen. Det goda mötet präglas av engagemang, värme och bekräftelse. Vårdrelationens mål är att stärka patientens egna resurser, att förmedla hopp och stärka tro och tillit. Det yrkesetiska ansvaret omfattar människor i alla stadier från livets början till livets slut.

Viktiga områden för omvårdnad

Centrala områden är de aktiviteter som utgår från patientens behov som tex. upplevelse av trygghet, smärta, psykosocialt välbefinnande, delaktighet och självbestämmande och att lyfta fram helhetsperspektivet på patientens vård och behandling utifrån kunskapsområdena medicin, omvårdnad och rehabilitering. Ett annat viktigt område är att lyfta fram de närståendes roll i vården och att möjliggöra ökad delaktighet och egenvård genom utbildning till både patienter och närstående.

Omvårdnadsåtgärder såsom förhindrande av komplikationer till sängläge och immobilisering såsom trycksår, blodpropp, svullnad, urinstämma, förstoppning och lunginflammation samt givetvis mobilisering är centrala åtgärder för många tillstånd i vården såsom t ex inom rörelseorganens sjukdomar. Kunskap om risker och aktiv förebygga komplikationer är centrala åtgärder inom omvårdnadsområdet.

Ett regionalt vårdprogram för trycksårsprevention och behandling har tagits fram för att medvetandegöra och verka för att riktigt omhändertagande. Tydliga vårdkedjor ger trygghet för patient och närstående och skapar ordning i hälso- och sjukvården.

Mycket kan göras för att stärka vårdkedjan mellan de olika vårdformerna såsom mellan öppen och slutna vård med kommunal hälso- och sjukvård liksom inom vårdenheter och kliniker. Regionala vårdprogram nedbrutna till

kliniska riktlinjer och överenskommelser samt tydlig informationsöverföring kommer att skapa ordning och ge patienter trygghet i ett effektivt och värdigt omhändertagande.

Generell och specifik omvårdnad

Omvårdnad är att möta en annan människa och lyssna till hans/hennes behov, bekräfta henne/honom, inge förtroende, visa respekt, att ge ett individuellt och personligt bemötande och omhändertagande, att tillgodose patientens egenvårdsbehov genom att hjälpa patienten till självhjälp att lindra smärta och ångest, att ge nutrition samt ta hand om helheten både patienter och närstående samt att förbereda inför behandling. Omvårdnadsuppgifter är bl.a. åtgärder i samband med planering och behandling, personlig hygien, samtal för stöd i kris, information, utbildning, nutrition, smärta, infektion och omhändertagande av tex. central venkateter. I omvårdnaden ingår också vårdplanering efter vårdtiden inom slutna vården till hemmet eller till annan vårdform. En ytterligare central omvårdnadsföreteelse är att stärka patientens delaktighet och förmåga till egenvård.

Ett nätverk av sjuksköterskor som arbetar med bröstcancer inom SLL är i slutfasen med skrivandet av ett vårdprogram med syfte att belysa patientens omvårdnad i hela vårdkedjan från diagnos till vård i livets slutskede. Vårdprogrammet beräknas vara klart av presenteras i SMR –gruppen under mars månad. Det medicinska vårdprogrammet för lymfom har kompletterats med omvårdnadsaspekter.

Kvinnosjukvård

Inom kvinnosjukvården framhålls att upplevelse av trygghet i samband med förlossning kan utgöras av att det erbjuds en förutbestämd och vald vårdkedja från graviditet förlossning och eftervård. I ett flertal studier har det konstaterats att utfallet och upplevelsen i samband med barnafödandet förbättras om sjukvården organiseras så att kontinuitet och delaktighet eftersträvas för kvinnor som väntar och föder barn. Prognoser tyder på att ett ökat barnafödande i länet vilket innebär fler förlossningsplatser måste skapas för att möta detta behov men också att sjukvården organisation måste se över så att kvinnor vet var de kommer att föda sitt barn.

Tillgången till medicinsk abort har ökat valfriheten men frekvensen varierar i landet. Väntetider är en faktor som i praktiken begränsar valfriheten för kvinnor som önskar abort. Trots att kvinnorna söker tidigt för abort kan de få vänta till det är för sent för en medicinsk abort. Vårdens kvalitet skulle förbättras och väntetiderna kortas om barnmorskor deltog mer aktivt i vården vid medicinska aborter.

Psykiatrisk vård

Öppenvården har under året påtalat att antalet nybesök har ökat. Vad ökningen består i, om det är ökat ohälsotal, förändrad åldersgräns eller ökad benägenhet att söka som är orsaken är ännu oklart

Man förutspår att unga patienters ökade behov av vård innebär ändrade insatser jämfört med vad psykiatrin varit med om tidigare. Det kan antas att dessa unga patienter förväntar sig att kunna få hjälp med korta och snabba insatser samt att de är välinformerade om olika behandlingsmetoder och initialt blir delaktiga vid valet av behandlingsmetod.

Regional och klinikvisa organisatoriska skillnader i inom psykiatrisk vård försvårar för den vårdsökande att finna rätt vårdform SLL Dessutom kan dessa skillnader utgöra ett stort hinder för valfriheten.

Psykiatrisk omvårdnad utgår från patientens utsagor om sin situation och har avgörande betydelse för vilka hjälpinsatser som erfordras. Fortfarande är det vanligt att patienten inte medverkar i planering av sin vård och behandling då patienters utsagor av vårdpersonalen inte anse vara verklighetsanpassade. Detta har i studier redovisats att patienter med stöd skulle kunna i större utsträckning medverka i planering av sin vård och behandling

Inom psykiatrisk vård är teamarbetet självklart och kommer fortsättningsvis att behövas. Patienters behov av helhetssyn med många vårdgivare fodrar framgent att det professionella samarbetet förbättras. De olika yrkesgruppernas ansvar och befogenheter bör ses över så att patientens helhetsbehov tillgodoses.

Medicinsk – service

Inom medicinsk service utförs omvårdnadsarbetet med inriktning mot bemötande och omvårdnad utifrån ett vårdkedjeperspektiv. En strävan finns att ge god omvårdnad utifrån ett vidsynt synsätt, att arbeta med ständiga förbättringar genom att t.ex. bl.a. identifiera kvalitetsbrister med verktyget avvikelshantering och genom regelbundna reflekterande, etiska och moraliska diskussioner. Fysiologisk verksamhet präglas av patientnära verksamhet personalen utför undersökning och finns som ett stöd vid undersökningsstillfället.

Biomedicinska analytikerns syn på sitt omvårdnadsarbete är att snabbt lämna ut korrekta analysresultat så att remittenten kan påbörja sin behandling så snabbt som möjligt.

Inom barnverksamheten framhålls i omvårdnadspolicyn att personalen skall vara väl förberedd, vara lugn och trygg i bemötandet av barn och anhöriga beakta barnets integritet utifrån tex. kulturella bakgrunden.

Förbättringsområden inom Medicinsk service ses bl a möjligheter med ökad tillgänglighet, typ dropp in, kortare svarstider till remittent ökad samverkan mellan enheter.

Primärvård

I primärvårdsuppdraget ligger att arbeta med preventiva och hälsobefrämjande insatser. Detta som skulle kunna utgöra en stor och viktig del för distriktsköterskor och sjuksköterskor i primärvården att tillvarata patienter

resurser och minska risker. Detta prioriteras inte idag hinns tyvärr inte med i den utsträckning som är önskvärt.

Detta är ett utvecklingsområde som skulle mycket kunna innebära stora vinster på lång sikt. Krav på att förebygga sjukdom relaterad till livsstil kommer att innebära ökade insatser på det hälsofrämjande och preventiva området.

Hemsjukvårdsuppgifterna delas vanligen av distriktssköterskor och undersköterskor som utgör ett team. Dessa hälso- och sjukvårdande insatser möjliggör att patienten kan få trygghet och hjälp att bo kvar i så väl det egna hemmet som i särskilt boende. Nära samarbete inom hemsjukvården är en förutsättning för att vården och omsorgen för patienter ska fungera. På grund av en pressad situation i många kommuner har samarbetet försvårats, vilket inneburit bl.a. kontinuitetsbrister. Som exempel kan nämnas att läkemedelshandlingen och vårdplanering inte fungerar. Mångfalden av entreprenörer försvårar att hålla kontakten och bra samverkansformer.

Rörelseorganens sjukdomar

Vad som är Ortopedisk omvårdnad har under de senaste decennierna förskjutits från ett förhållandevis tekniskt innehåll – bandage, (balanserade) sträck, lyft, gångträning med hjälpmedel – till basal omvårdnad av gamla och mycket gamla människor med frakturer och då framför allt höftfraktur. Omvårdnadsåtgärder kretsar kring förhindrande av komplikationer till sängläge och immobilisering såsom trycksår, blodpropp, svullnad, urinstämna, förstoppning och lunginflammation samt givetvis mobilisering.

Synen på hur belastning påverkar frakturläkningen har förändrats och innebär idag att ortopedisk slutenvård vid SLL:s sjukhus karaktäriseras av korta/mycket korta vårdtider. Av akutfallen utgör de gamla och mycket gamla patienter med osteoporosrelaterade frakturer mer än hälften av antalet. Det är också dessa som behöver huvuddelen av de befintliga omvårdnadsresurserna.

Höftfraktur är den mest betydelsefulla frakturdiagnosen inom ortopedisk slutenvård och belägger cirka en tredjedel av klinikens vårdplatser. I december 2002 startar en bred epidemiologisk kartläggning i SLL av höftfrakturpatientgruppen (bakgrund, åtgärder och behandlingsresultat) inklusive vårdkedjor mellan huvudmän och vårdkonsumtion på alla nivåer. Detta sker inom ramen för ett multicenterprojekt omfattande de 4 stora landstingsägda sjukhusen i SLL (DS, HS, KS och SöS). Projektet har stark omvårdnadsprägel och rymmer såväl riskbedömning för trycksår och trycksårsförekomst som kartläggning av demens och akuta förvirringstillstånd i patientgruppen. Studien innebär bland annat att Stockholmssjukhusen för första gången på många år kommer att rapportera behandlingsdata till det nationella kvalitetsregistret Rikshöft.

Äldrevård

Omvårdnadsbehov hos äldre uppstår inom såväl primärvård, geriatrik, akutsjukvård som inom kommunala/privata verksamheter och boendeformer.

Kvaliteten på omvårdnad kan med största säkerhet uppfattas som mycket varierande av såväl patienter som personal. Den negativa bild som massmedia nästan uteslutande lyfter fram utgör dock inte hela sanningen. Exempel på bra verksamheter och nöjda patienter och brukare finns.

Centrala delar är att ge trygghet och stöd till de äldre patienterna och deras närstående är att tillsammans med kommunens omsorg verka för en trygg miljö i hemmet, ombesörja vardagliga funktioner samt att tex. ge stöd till säker läkemedelshantering och förebygga fallskador. Inom ramen för medicinsk programarbetet kommer inom kort ett regionalt vårdprogram för demens där det tydliggörs behovet av specialistkompetens i omvårdnad av patienter med demens. Fler demenssjuksköterskor tex inom akutsjukvården, för konsultation och handledning, skulle med största säkerhet förbättra omhändertagandet av dessa patienter.

Kompetens och framtida kompetensbehov

Vården är för patienten en helhetsupplevelse. Det är då av största vikt att det multiprofessionella samarbetet ökar och finner samverkansformer. Grunden för detta samarbete bör läggas redan under grundutbildningen så att vård av patienter blir ett gemensamt uppdrag med många facetter där alla professioner bidrar till att vård av patienten bildar denna helhet

Kraven från befolkning på ett professionellt omhändertagande kräver ständig utveckling av personalen. Evidensbaserad kunskap blir allt viktigare och former för hur den skall implementeras behöver utvecklas.

Av central betydelse är att vården ständigt följs, och förbättras. Detta kräver förbättringskunskap och organisation så att förbättringar kontinuerligt följs och utvärderas.

Kravet på kompetensbredd inom yrket ökar både med ökat behov av fördjupad kunskap inom vissa spetsområden såväl som ökat kunskap inom det teknologiska området. Kravet på fortbildning ökar med den tekniska utvecklingen. Ett exempel kan nämnas fortbildning inom strålbehandling. Problemen är flera bl a. trots att utbildningar finns men det är svårt att släppa iväg personalen från verksamheten i den takt som efterfrågas. Det finns inte utrymme på grund av små marginaler i bemanningen. Reguljär utbildning inom radioterapi saknas och uppdragsutbildning är kostsam och kräver 1 års anställning innan den kan erbjudas. Kunskap hos allmänheten om radioterapiyrket är dålig. Behoven som framförs är ökad marknadsföring av radioterapiyrket. Ett annat problemområde kan exemplifieras av ökad kunskap om sjuksköterskearbete inom hematologi. Problemet idag är att ingen vet vad hematologi är efter grundutbildningen.

Kliniska utvecklings- och kompetenscentrum där studierektorer, kliniska lektorer och adjunkter samverkar med fortbildningssamordnare, praktikplatsamordnare och vårdutvecklare är den gemensamma resursen för utbildning, kompetensutveckling, vårdutveckling, och forskning som måste införlivas i vården.

Fortbildningscentra, vårdutvecklingsenheter och tillgång till mötesplatser oavsett huvudman behöver utvecklas för att utveckla och främja samverkan över vårdgränser.

Samverkansformer måste tydliggöras mellan de olika vårdgivarna, universiteten, högskolorna och gymnasieskolor.

För att säkerställa kompetens kommer kompletterande fördjupningskurser att krävas utöver ordinarie specialistutbildningar. Det måste vara möjligt med kontinuerlig kompetensutveckling för sjuksköterskor, undersköterskor, barnskötare e t c. Former för detta måste tas fram. Idag finns kritik att många av dessa fördjupningskurser är oerhört eftersökta men att möjlighet att kombinera med arbete, utbildning och den privata situationen känns för många övermäktig.

Teamarbete och reflektion ger bättre vård

Patientens behov av helhetssyn med många vårdgivare fodrar i fortsättningen att det professionella samarbetet förbättras. De olika yrkesgruppernas ansvar och befogenheter bör ses över så att patientens helhetsbehov tillgodoses.

Det är inte bara den teknologiska utvecklingen som ökar utan även kunskapen om hur ett professionellt omhändertagande när det gäller kontinuitet, delaktighet från patientens/anhörigas sida kan förbättra utfallet av medicinska insatser. För att skapa en vård som på ett optimalt sätt tar hänsyn till denna kunskap krävs fortbildning men också tid för reflektion och diskussion. Framförallt krävs ökad insikt om vikten av teamarbete.

Personalförsörjning

Personal med rätt kompetens är nästan den enda produktionsfaktorn av betydelse i hälso- och sjukvården och avgörande för att tillhandhålla en väl fungerande hälso- och sjukvård med hög kvalitet.

Åldersstrukturen i befolkning och bland vårdanställda innebär att en obalans mellan utbud och efterfrågan kommer att finnas. Problemet med att rekrytera personal och behålla personal kommer att vara en stor utmaning.

Vi vet att behovet av sjuksköterskor är fler gånger större än antalet sjuksköterskor som årligen examineras. Bristen på specialiserade sjuksköterskor inom specialistområden som t.ex. psykiatri, röntgen, operation, och barnsjuksköterskor, barnmorskor, distriktssköterskor indikerar stora problem.

Ett stort dilemma är att få sjuksköterskor söker specialistutbildningar. Inom ett antal områden är ansökan till utbildningen så låg att kurser inte kan starta tex. kan nämnas äldrevård och psykiatri. Även tidigare specialistutbildningar där efterfrågan tidigare varit stor har färre sökande. Även brist på undersköterskor, mentalskötare och psykologer spås för framtiden.

Det är önskvärt att man inom högskolan samordnar utbildningar. Att konkurrera om få sökande för ofta med sig att ingen kan fylla en kurs. Morgondagens specialistutbildning måste också kunna erbjudas genom ”flexibla” studievägar. Undersköterskor måste också i större utsträckning än idag få möjlighet till fortbildning, även på poängnivå

Personalbrist och brist på kontinuitet bland omvårdnadspersonal försvårar all form av omvårdnadsutveckling och kvalitetsuppföljning. Den främsta orsaken till brister som idag finns är relaterade till personalsituationen.

När verksamheter töms på egna personalresurser och blir mer eller mindre beroende av uthyrningspersonal är risken stor att förutom att personalkostnaderna ökar, att omvårdnadskvaliteten sjunker.

Anlitande av personal från uthyrningsbolag kan vara till hjälp under kortare perioder. På lång sikt kan de ge negativa effekter inte bara ur ekonomiska perspektiv utan även organisatoriskt och ansvarsmässigt.

Det måste finnas förutsättning att göra karriär inom sin egen vårdenhet och i det patientnära arbetet. Utvecklingsmöjligheter för den kliniskt intresserade sjuksköterskan saknas i stor utsträckning idag och många upplever sig tvungna att lämna sin arbetsplats för att kunna gå vidare i sin utveckling.

Antal anställda i sjuksköterskor (ssk) och biomedicinska analytiker (bma) och undersköterskor (usk) inom landstingsdriven Hälso- och sjukvård i Stockholm per tertial bokslut Produktionsstyrelsen augusti 2002 jämfört med samma tid 2001

2001	2002	2001	2002
Ssk/bma	Ssk/bma	usk	usk
12625	12287	5779	5719

Tab. I PRS tertialbokslut aug 2001 och 2002 över anställda sjuksköterskor, biomedicinska analytiker och undersköterskor.

Minskning av antalet anställda kan kanske anses bero på en ökad privatisering. Detta kan dock uppvägas av att tidigare avtal med Sigtuna kommun avseende ett antal vårdcentraler åter tillförts Stockholm läns landsting

Enligt personalchefer inom SLL har dock rekryteringsläget förbättras något och fler sökande till annonserade tjänster finns idag.

Trycksår

Ett regionalt vårdprogram för trycksår har tagit fram under år 2002. Problemet med trycksår anses av en del forskare vara en ”tickande bomb” inom hälso- och sjukvårdssystemet. Den förmodade explosiva ökningen av antalet trycksår beror på den demografiska utvecklingen med en ökning av medellivslängden och med tillgång till avancerade behandlingar för patienter långt in i seniet.

En studie från Nederländerna (1999) redovisade resultat som tydde på att vården av patienter med trycksår var den tredje största utgiftsposten för hälso- och sjukvårdssystemet- efter hjärt/kärlsjukdom och cancer. En europeisk prevalensstudie (april 2002) visade att cirka 20% av patienterna på akutsjukhus har någon grad av trycksår.

Det beror nu på såväl vårdproducenter som beställare att följa, utveckla och beställa vården så att patienter inte riskerar trycksår och i de fall det förekommer behandlas enligt överenskomna riktlinjer i det regionala vårdprogrammet för trycksår prevention och behandling.

Utvecklingsområde - Patientinformation

Ett rättesnöre för vårdgivarna inom hälso- och sjukvården är att patienten på goda grunder skall kunna ta beslut och känna delaktighet i sin vård, behandling och livsföring.

En utmaning för vården är också att tydliggöra patientens delaktighet och medverkan i såväl behandling, patientundervisning, stöd till närstående såväl som att patientens ska få en tydlig chans att samtycka om vård och behandling. Patientmedverkan och att göra patientens delaktig rymmer långt mera än att vårdpersonal ger patienten information.

Vårdsak har under året kommer att belysa denna komplexitet med patientundervisning/patientinformation.

Ett förtydligande av begreppen har diskuterats av vad som avses med patientinformation och vad som menas med patientundervisning. Centrala begrepp och kunskaper om lärandet har identifierats och diskuterats tillika förutsättningar som krävs för patientundervisning ska ge önskat resultat. Exempel ifrån olika vårdområden för att tydliggöra möjligheter och hinder har beskrivits. Under år 2003 kommer en fokusrapport att presenteras över området.

Utvecklingsområde - Djup Ventrombos

Omvårdnadsrelaterade komplikationer till sjukdom, vård och behandling. Ett av de strategiska spår som Vårdsak beslutat följa gäller omvårdnadsrelaterade komplikationer till sjukdom, vård och behandling. Arbetet med att förebygga och identifiera komplikationer skär tvärs igenom så gott som samtliga programområden.

Det första av de vårdprogram som riktar sig mot komplikationer kom att handla om trycksår.

Nästa steg är att Vårdsak planerar under 2003 att arbeta med implementering av omvårdnads slutsatserna i SBU-rapporten Djup ventrombos.

Djup ventrombos (DVT) är en av de allvarligaste komplikationerna till sjukdom, vård och behandling. Konsekvenserna av DVT kan vara letal lungemboli och posttrombotiskt syndrom som kan resultera i venösa bensår.

Med dagens korta vårdtider inträffar inte alltid den djupa ventrombosen under den akuta vårdepisoden. Djup ventrombos är en komplikation som ger så allvarliga konsekvenser för den enskilde och för hälso- och sjukvården att alla till buds stående medel bör användas för att identifiera patienter i högriskgrupper, samt för att genomföra strukturerade preventionsprogram som förutom farmakologisk behandling även bör omfatta mekaniska kompressionsmetoder med syfte att påskynda flödes hastigheten i fotens och underbenets vensystem

Utvecklingsområde - Nutrition

En människas dagliga energi- och näringsbehov måste alltid tillgodoses. Om hon, gammal som ung, äter för lite under en period ökar risken för undernäring, oberoende av hennes vikt.

Personen i fråga blir då trött, kraftlös och ointresserad av det mesta, inklusive mat, och äter därmed ännu mindre. För att bryta detta tillstånd krävs ofta att någon utomstående uppmärksammar det och hjälper till att åtgärda problemet. Ett gott näringstillstånd krävs för ett bra behandlingsresultat. Undernäring ökar risken för komplikationer och kan därmed eventuellt medföra förlängd vårdtid. Under 2003 kommer Nationella riktlinjer för nutrition att färdigställas. Vårdsak rekommenderar att under 2003 arbeta med konkretisering av de Nationella Riktlinjerna i ett regionalt vårdprogram.

Pågående forskning

Omvårdnadsforskningen bedrivs nationellt och internationellt men resultatet efterfrågas sällan. Intresset för forskning ökar inom grupper med medellång vårdutbildning. Detta är något som gagnar både patienter och sjukvårdsorganisationen. I takt med att fler yrkeskategorier intresserar sig för detta område ökar kunskapen om faktorer som påskyndar tillfrisknandet vid sjukdom och förbättrar upplevelsen av behandling eller då det gäller förlossningen, förlossningsupplevelsen. Forskningen bidrar också till att förbättra behandlingsmetoder och öka kunskapen om implementering av nya vårdmodeller samt undervisning.

Förutsättningar för att använda forskningens resultat i det kliniska arbetet måste skapas. En strategi för ”för oss som utvecklar vården” har framtagits av sjuksköterskeföreningen SSF som belyser bristen på vardagliga förutsättningar att söka fakta inför en åtgärd eller efteråt diskutera och reflektera.

För att underlätta vårdens utveckling, på de sätt som strategin beskriver måste förutsättningar för att använda forskningens resultat i det kliniska arbetet skapas.

Vårdsak arbetar för att utveckla omvårdnaden inom den patientnära forskningen. Detta kan endast ske genom kompetensuppbyggnad i den kliniska vardagen. Det är därför angeläget att behålla disputerade omvårdnadsforskare i kliniken. Som ett led i detta kommer på Karolinska sjukhuset inrättas under 2003 en modell ”omvårdnadsakademin” vars syfte är att utveckla både bredd och djup i patientnära forskning.

Omvårdnad – Barnsjukvård

Berit Björnestam, VÅRDSAK

Inledning

Under 2001 fanns cirka 400 000 barn i åldersgruppen 0 till 17 år i Stockholms läns landsting. Dessa barn gjorde cirka 665 000 besök hos husläkare på vårdcentralen och husläkarmottagningar, på Barnmottagningar, på privata Barnläkarmottagningar och på sjukhusens öppna mottagningar respektive Akutmottagningar.

Besök hos husläkare	ca 400 000	52%
Barnläkare, mottagning, akutsjukhus	ca 170 000	22%
Privata barnläkare	ca 195 000	25%

Barnen i Stockholms läns landsting gör drygt hälften av sina besök hos husläkare. Husläkare ser fler skolbarn än vad barnläkare gör men de har också flera spädbarn.

Under årets första 9 mån ökade barnafödandet inom Stockholms läns landsting med 1293 förlossningar jämfört med 2001. Detta är mer än dubbelt så många som i de prognoser som tidigare framtagit (Årsrapport år 2002 VÅRDSAK i kvinnosjukvård).

Gällande årsrapporter från barnområdet under 2003 kommer fokusrapporter att färdigställas.

Personalförsörjning

Inom barnområde liksom andra vårdområden är detta en komplex och svårlöst fråga. Ett strukturerat samarbete ger goda vårdförutsättningar för att få en fungerande vårdkedja där rätt åtgärd utförs på rätt vårdnivå. Förutsättningen för att detta ska komma till stånd är koncensus mellan de olika aktörerna och en regelbunden uppföljning och återkoppling av arbetet. Detta kräver en höjning av kompetensen inom barn- hälso- och sjukvården både inom den öppna och slutna vården.

Det måste finnas förutsättningar för sjuksköterskorna att göra karriär inom sin egen vårdenhet och i det patientnära arbetet. Utvecklingsmöjligheter för kliniskt intresserade sjuksköterskor saknas i stor utsträckning idag och många upplever sig tvungna att lämna sin arbetsplats för att kunna gå vidare i sin utveckling.

Gällande barnkirurgin har man en hög medelålder på landstingets arbetande barnkirurger och ont om utbildningsmöjligheter för nya. Då den slutna barnkirurgin i stort sett är centraliserad till ALB och där har det skett en neddragning av verksamheten p.g.a. brist på barn-narkossjuksköterskor, vilket ger svårigheter för barnkirurgerna att få praktisera.

För att kunna erbjuda barnen en trygg och säker omvårdnad i framtiden behövs

- välutbildad personal
- kontinuitet bland personal och ledare
- specialkompetens/specialtjänster
- möjligheter att utveckla/forska runt vården för barn
- möjlighet att ta del av och sprida forskning

Omvårdnad – Hjärt-, Kärl- och Lung sjukdomar

Anna Letterstål, VÅRDSAK

Kompetens och framtida kompetensbehov

Vården är idag allt mer specialiserad vilket ställer krav på kompetens inom det aktuella området. Kompetens och framtida kompetensbehov styrs av verksamhetens mål. För att bättre kunna möta nya krav i verksamheten och inom professionen måste kompetensplanering ske på både kort- och lång sikt .

Befolkningen blir allt äldre samtidigt som tekniken fortlöpande ger nya möjligheter att ställa diagnoser och bota, de i sin tur ökar kraven - och behovet av vård. Samtidigt saknas det i dag både vårdplatser och vårdpersonal inom akutsjukvården. Personalomsättningen är hög och arbetsbördan på dem som arbetar kvar har ökat. I rådande situation ställs höga krav på vårdorganisation och kompetens hos den enskilda medarbetaren.

I den tidigare studieordningen för sjuksköterskeutbildningen förutsattes att de studerande tidigare genomgått gymnasieskolans vårdlinje (eller motsvarande vårdutbildning).

Dagens sjuksköterskestudenter saknar (ofta) erfarenhet av sjukvård före sin utbildning, vilket kanske kan vara en av orsakerna till att nyutexaminerade sjuksköterskor och arbetsledare i Socialstyrelsens undersökning av nyutexaminerade sjuksköterskors yrkeskunnande och kompetens 2001, rapporterar brister i sjuksköterskornas yrkeskunnande, vad beträffar teoretiska kunskaper eller bristande färdigheter; att övervaka och utföra behandling i kombination med att hantera apparatur och utrustning; att informera och undervisa patienter; och att fungera som arbetsledare.

Sjuksköterskor och undersköterskor behövs i den framtida vården och har en stor betydelse för vårdens kvalitet. Med den brist som råder för närvarande blir de allt viktigare att se över hur vårdpersonalens kompetens används. Genom en dynamisk verksamhetsplanering och genom att följa utvecklingen som sker inom områden som; medicinskteknik, medicin, farmakologi och omvårdnad bör vi få en god bild av vilket kompetens morgondagens sjukvård behöver för att bibehålla sin standard.

De är ju även i de dagliga arbete vi lär och ökar vår kompetens. Men frågan är vem ska utbilda och utveckla den specifika kompetens som fås genom evidensbaserad vård om inte någon har fördjupande kunskaper vid anställningens början och de som har den fördjupande kunskapen lämnar vården pga. för få utvecklingsmöjligheter.

Personalförsörjning

När produkter, marknader och organisationer blir allt mer komplicerad ökar värdet på kunniga medarbetare (Nya perspektiv på organisation och ledarskap; L.Bolman och T.Deal)

Den brist som idag råder på vårdpersonal, framförallt sjuksköterskor, är en stor utmaning för arbetsgivare såväl inom den privata som den offentliga vården. En god personalförsörjning kräver en långsiktig och medveten personalplanering på alla nivåer.

Der måste finnas förutsättning att göra karriär inom sin egen vårdenhet och i det patientnära arbetet. Utvecklingsmöjligheter för den kliniskt intresserade sjuksköterskan saknas i stor utsträckning idag och många upplever sig tvungna att lämna sin arbetsplats för att kunna gå vidare i sin utveckling.

Möjliga förbättringsområden

Möjligheter att som sjuksköterska och undersköterska utvecklas inom det patientnära arbetet förutsätter genom att arbetsorganisationen tar vara på den kunskap som förvärvas i det dagliga omvårdnadsarbetet.

- Koppling forskning och vårdutveckling via inrättande av fler tjänster för disputerade sjuksköterskor
- Koppling klinik och utbildning via inrättande av fler tjänster för kliniska adjunkter
- Den goda arbetsplatsen där den psykiska och fysiska arbetsmiljön utvecklas i samråd med medarbetarna.
- Individuell kompetensutveckling med tydliga karriärvägar
- Förutsättningar att reflektera över sitt arbete

Pågående vårdutveckling

Vårdutveckling startar oftast med en ide om förbättring, hur man skall gå tillväga för att t.ex. utföra ett arbetsmoment på ett bättre sätt eller att utföra vården på ett annat sätt med andra arbetsmoment. Vårdutveckling inom en enhet skapar länkar mellan vårdforskning, utbildning och den kliniska verksamheten. Tidigare har det saknats ett systematiskt sätt att arbeta med vårdutvecklingsfrågor men genom tillsättande av bl.a. klinisknära tjänster som vårdutvecklingsledare, tillhörande klinikledningen har en legitimering och en utveckling av området skett.

Genom en förbättrad dokumentation, som på ett flertal enheter även är datoriserad, skapas möjligheter att överföra information mellan vårdgivare och därigenom öka kontinuiteten och kvaliteten för patienten. Den ökade elektroniska dokumentationen skapar även möjligheter för omvårdnadsforskningen. Fortfarande är det dock ett stort problem med att

kommunicera elektroniskt inom SLL pga. av att ett antal olika elektroniska journalsystem tillämpas.

Övrig vårdutveckling kan ses inom områden som rör smärta, nutrition, information och tillgänglighet.

Pågående forskning

Omvårdnadsforskningen bedrivs nationellt och internationellt inom hjärt-, kärl- och lungområdet men resultatet efterfrågas sällan. Förutsättningar för att använda forskningens resultat i det kliniska arbetet måste skapas. En strategi för ”för oss som utvecklar vården” har framtagits av sjuksköterskeföreningen SSF som belyser bristen på vardagliga förutsättningar att söka fakta inför en åtgärd eller efteråt diskutera och reflektera.

För att underlätta vårdens utveckling, på det sätt som strategin beskriver måste förutsättningar för att använda forskningens resultat i det kliniska arbetet skapas. Exempel på detta kan vara seminarier i samarbete med skolan där aktuella patientfall diskuteras utifrån ett omvårdnadsperspektiv.

Exempel på pågående forskning är studier med både kvalitativa och kvantitativa utgångspunkter:

- Patientinformation
- Patientundervisning
- Primär och sekundärprevention
- Rehabilitering
- Livskvalitet
- Vård i livets slutskede
- Hälsoekonomi
- Smärtupplevelse och behandling
- Sår och sårbehandling

Viktiga områden för omvårdnad

Viktiga områden för omvårdnad är de aktiviteter som utgår från patientens behov som tex. upplevelse av smärta, psykosocialt välbefinnande, delaktighet och självbestämmande och att lyfta fram helhetsperspektivet på patientens vård och behandling utifrån kunskapsområdena medicin, omvårdnad och rehabilitering. Ett annat viktigt område är att lyfta fram den närståendes roll i vården.

Omvårdnad – Kvinnosjukvård

Ingela Wiklund, VÅRDSAK

Läget inom förlossningsvården

Under årets första nio månader ökade barnafödandet inom SLL med 1293 förlossningar jämfört med år 2001. Detta är mer än dubbelt så många som i de prognoser som tidigare framtagits. Trots denna ökning har länets sex förlossnings kliniker kunnat hantera situationen utan att öka antalet hänvisningar mellan sjukhusen. Den uttalade målsättningen har varit att minska antalet hänvisningar utanför länet. Ett av sjukhusen i Stockholm har inte rapporterat data över var de skickar sina patienter. Det är därför svårt att skapa en riktig uppfattning om hur många som totalt skickas utanför Stockholms län pga. platsbrist. Tre sjukhus har rapporterat att de skickat kvinnor i förlossningsarbete utanför länet. Dessa tre har totalt under årets första åtta månader hänvisat 45 kvinnor utanför SLL. Trots att antalet förlossningar ökat i länet har det totala antalet hänvisningar mellan sjukhusen minskade under de första åtta månaderna från 10,4 % 2001 till 9,3 % 2002 (Tabell 1).

Tabell 1. Hänvisningar

Sju	År	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Au	Sep	Okt	Nov	Dec	Tot	%
DS	2002	71	53	60	53	74	33	18	19	25				381	10,5
	2001	75	68	45	66	60	78	57	55	72	81	72	47	776	12,1
BB Sth	2002	0	6	3	3	10	5	6	4	6				37	2,7
	2001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HS	2002	31	28	29	16	24	31	53	32	34				244	8,0
	2001	20	26	30	42	23	21	30	12	19	18	4	18	263	6,1
KS	2002	39	73	73	58	64	55	33	74	30				469	12,1
	2001	34	40	37	27	66	29	42	55	62	40	39	24	495	9,7
STS	2002	0	3	8	11	9	5	16	5	3				57	3,8
	2001	6	0	4	4	8	1	2	1	2	0	0	0	28	1,9
SöS	2002	62	43	49	51	36	33	50	70	42				394	10,9
	2001	90	61	101	103	94	106	60	73	73	28	42	43	874	15,7
Tot.	2002	203	206	222	192	217	162	176	204	140	0	0	0	1582	9,3
	2001	225	195	217	242	251	235	191	196	228	167	157	132	2436	10,4

Det har i flera studier kunnat konstateras att det medicinska utfallet och upplevelsen i samband med barnafödande förbättras om sjukvården organiseras så att kontinuitet och delaktighet eftersträvas för kvinnor som väntar och föder barn (Flint 1989, Wiklund 2002). Prognoser som skapas tyder på en fortsatt ökning av barnafödandet i länet. Detta innebär att fler förlossningsplatser måste skapas för att kunna möta detta behov. Sjukvårdens inre organisation måste också ses över så att kvinnor med trygghet vet var de kommer att föda sitt barn.

Vård under graviditet

Gravida kvinnor inom SLL kan välja vilken barnmorskemottagning/ mödravårdscentral de vill vänta sig till undergraviditeten. Inom länet finns ett 80-tal mottagningar som arbetar mot sex förlossningskliniker. Kontakterna och samarbetet mellan mottagningar och slutenvården brister i dag något. Detta

beror sannolikt på flera faktorer. En av dem är att alla mottagningar arbetar mot sex kliniker som inbördes har olika rutiner och medicinsk policy. Denna situation har uppkommit dels på grund av att patienterna kan välja var de vill föda barn, dels på grund av att klinikerna hänvisar patienter emellan sig. Vårdkedjemöten genomförs då och då inom de olika sjukvårdsområdena men dessa forum har inte helt lyckats med att skapa en riktigt bra vårdkedja. En möjlighet att skapa en hel vårdkedja och därmed en mer trygg situation för patienterna kan vara att knyta mottagningarna till en eller två kliniker. Klinikerna i sin tur garanterar att ta hand om mottagningens patienter. En modell där några i personalgruppen roterar mellan mödravård och förlossnings/eftervård kan sannolikt också bidra till en bättre vårdkedja och därmed ett bättre omhändertagande av patienterna.

Att för patienten skapa en vårdorganisation som är lätt tillgänglig och mer flexibel måste eftersträvas. Den öppna vården bör i framtiden kunna ta över en del sjukvårdande uppgifter som nu utförs inom slutenvården. Detta skulle gagna patienterna och sannolikt minska kostnaderna. Som det är i dag tvingas patienten kontakta en förlossningsklinik och dess resurser för problem och frågor som skulle kunna hanteras inom öppenvården. Detta beror på flera orsaker. En av dem är att barnmorskemottagningarna saknar resurser för den vård som efterfrågas. En annan är av mer praktisk natur som att mottagningarna ofta har öppet under en begränsad tid fem dagar i veckan. Här finns en utmaning för verksamhetschefer, beställare, politiker och andra inom Hälso- och sjukvården som har inflytande att kunna påverka sjukvårdens organisation.

Gynekologisk sjukvård

Abort

Aborttalen i Stockholms län har under första halvåret 2002 ökat med 4,6 % jämfört med samma period förra året. Detta motsvarar en ökning med 201 aborter. Tonårsaborterna (<19 år) för Stockholms län ökade med 30,3 % jämfört med motsvarande period för 2001, från 558 till 727 aborter (Lafa 2002).

Rätten till att få abort utförd kom för Svenska kvinnor i och med 1974 års abortlag som gav kvinnan rätt till att få en abort utförd till och med 18:e veckan. Till en början dominerade kirurgiska metoder, främst vakuumaspiration. År 1992 tillkom medicinska aborter då läkemedlet Mifepristone registrerades som abortmedel (Zätterström m.fl.). Enligt abortlagen får abort endast utföras av läkare och denna regel gäller också för medicinsk abort. När abortlagen skrevs utfördes endast kirurgiska aborter. I vården av kvinnor som genomgår abort deltar sjuksköterskor, barnmorskor och kuratorer för rådgivning och assistans vid operationer samt för stöd och assistans vid operationer samt för stöd och omvårdnad under besök och sjukhusvistelse.

Abort är ett vanligt ingrepp i gynekologisk sjukvård och med nuvarande aborttall kommer var tredje kvinna att under sitt reproduktiva liv genomgå en eller flera aborter. En rad studier visar att det är viktigt för patienten att ha

inflytande och kunna välja abortmetod. En del kvinnor föredrar kirurgisk abort andra önskar få en medicinsk abort. Medicinsk abort måste utföras före utgången av 9: e veckan. Tillgången till medicinsk abort har ökat valfriheten men frekvensen varierar i landet. Väntetider är en faktor som i praktiken begränsar valfriheten för kvinnor som önskar abort. Trots att kvinnorna söker tidigt för abort kan de få vänta till det är för sent för en medicinsk abort. Lägst andel som får sin abort före 7: e graviditetsveckan finns i storstadsområdena där väntetiderna är längre än på mindre orter (Löfgren m.fl. 1997). Vårdens kvalitet skulle förbättras och väntetiderna kortas om barnmorskor deltog mer aktivt i vården vid medicinska aborter. Inom den medicinska programgruppen finns en arbetsgrupp som arbetar med ett regionalt vårdprogram kring aborter.

Kompetens och framtida kompetensbehov

Behovet av kompetent personal inom obstetrisk och gynekologisk vård kommer att öka inom SLL i takt med att befolkningen ökar. Att utbilda en barnmorska tar minst 4,5 år. Allt större krav ställs på både kompetensbredd inom yrket samt fördjupad kunskap/spetskunskap inom vissa områden. När det gäller förlossnings-vården sker en fortsatt teknologisk utveckling som kräver fortbildning för alla som är verksamma inom det arbetsområdet. Exempel på sådan utveckling rör övervakning av barnet under förlossningen, akut omhändertagande av nyfödda barn med låg apgar score, behandlig av barn med infektioner och nyföddhets-gulsot. Andra exempel är spetskunskap hos barnmorskor inom ultraljuds-verksamheten där kontinuerlig fortbildning krävs eftersom utvecklingen av undersökningsmetoder teknologi och vad som faktiskt är möjligt att upptäcka ökar. Inom vården där barnlöshet utreds och behandlas ställs ökade krav på kompetens av liknande skäl.

Det är inte bara den teknologiska utvecklingen som ökar utan även kunskapen om hur ett professionellt omhändertagande när det gäller kontinuitet, delaktighet från patientens/anhörigas sida kan förbättra utfallet av medicinska insatser. För att skapa en vård som på ett optimalt sätt tar hänsyn till denna kunskap krävs fortbildning men också tid för reflektion och diskussion. Framförallt krävs ökad insikt om vikten av teamarbete.

Personalförsörjning - I dag rådande bristsituationer

Alla prognoser talar för ett ökat barnafödande i regionen de närmaste åren vilket också det kommer att kräva fler barnmorskor både inom den öppna och slutna vården. Pensionsavgångar bland barnmorskor i länet täcks knappt av dem som nyutbildas. Sannolikt kommer behovet av barnmorskor därför att öka. Värst blir situationen under sommarmånaderna då behovet blir akut. Organisatoriska aspekter på vården och vem som gör vad diskuteras allt mer. Det kan hända att en större flexibilitet mellan olika yrkeskategorier kan förbättra inte bara organisationen utan och patienternas situation. Ett exempel är att utnyttja sjuksköterskor och undersköterskor till vissa arbetsuppgifter som i dag utförs av barnmorskor.

Möjliga förbättringsområden

Erfarenheter från förlossningsenheter i landet som arbetar efter modellen med sammanhållen vård tala för att denna typ av vår ger större flexibilitet och

därmed en organisation som är mindre känslig för periodiska toppar i barnafödandet. Enheter med sammanhållen förlossnings och eftervård har också visats sig lättare att rekrytera barnmorskor till. Stora enheter blir lätt tungrodda och oflexibla och därför bör andra alternativ prövas. Eventuellt kan man tänka sig att stora kliniker kan öka sin kapacitet genom att inom samma tak skapa flera mindre *självstyrande* enheter som alla gemensamt kan utnyttja redan uppbyggda operations-, anestesi- och neonatal-resurser. Att skapa ytterligare en förlossningsklinik utanför i dag befintliga kliniker är också en möjlighet, dock sannolikt förenat med mycket högre kostnader framförallt avseende neonatalresurser.

Införande av regionala vårdprogram

Under året har flera regionala vårdprogram framtagits. De som kan nämnas är RVP för:

- Vård under normal graviditet, förlossning och eftervård. I den processen har verksamma barnmorskor och läkare i Stockholm medverkat. Vid implementering av programmet har chefbarnmorskor och verksamhetschefer inom den slutna vården deltagit. Avsnittet som handlar om vård under graviditet kommer att i samarbete med barnmorskor och läkare i den öppna vården, att bearbetas ytterligare.
- Vårdprogram för cervix cancer har framtagits.
- Amning. Detta är ett omfattande dokument med bred förankring bland amningskunniga barnmorskor och läkare.
- En fokusrapport om assisterad befruktning har framtagits.
- Arbete med flera regionala vårdprogram pågår bl.a. då det gäller aborter, klimakterium, inkontinens, benigna tumörer och ovarialcancer. Det pågår också arbete med en fokusrapport kring kejsarsnitt. Fokusrapporter om IVF och tonårspatienter planeras

Forskning

Intresset för forskning ökar inom grupper med medellång vårdutbildning. Detta är något som gagnar både patienter och sjukvårdsorganisationen. I takt med att fler yrkeskategorier intresserar sig för detta område ökar kunskapen om faktorer som påskyndar tillfrisknandet vid sjukdom och förbättrar upplevelsen av behandling eller då det gäller förlossningen, förlossningsupplevelsen. Forskningen bidrar också till att förbättra behandlingsmetoder och öka kunskapen om implementering av nya vårdmodeller samt undervisning. Inom området kvinnosjukvård pågår en hel del forskning via olika institutioner främst på Karolinska Institutet. Exempel på områden där det pågår omvårdnads forskning är;

- Kvinnors upplevelse i samband barnafödande (KUB projektet),
- Suturering efter förlossningen,
- Värkstimulerande läkemedel, smärtlindring och dess effekt på amning och mor barn interaktionen
- ABC-vård
- Epiduralanestesi i samband med förlossning

- Kejsarsnitt och upplevelse av barnafödande
- Upplevelse av ultraljud och fosterdiagnostik under graviditet, amning
- Depression under graviditet
- Inställningen till sexualitet hos ungdomar i ett globalt perspektiv
- Inställningen hos unga i Tanzania till sexuellt överförda sjukdomar.
- Kvinnors förväntningar på mödravården : antal besök och kontinuitet av vårdgivare

Under året har ett flertal vetenskapliga artiklar publicerats av barnmorskor verksamma inom Stockholms län. Dessa är inskrivna doktorander eller barnmorskor/sjuksköterskor i magisterutbildning på olika institutioner i Stockholm

Referenslista

- Flint C, Poulengeris P, Grant A. The 'Know Your Midwife' scheme – a randomised trial of Continuity of care by a team of midwives. *Midwifery*.
- Lafa – Centrum för sexualitet och hälsa.
Aborter och förlossningar i Stockholms län januari – Juni 2002.
- Löfgren M, Eriksson L, Ildgruben A, Damberg MG.
Medicinsk abort lika bra som kirurgisk.
Läkartidningen 1997;94:3257-60
- Wiklund I, Matthiesen A-S, Klang B, Ransjö-Arvidson A-B.
A comparative study in Sweden of labour outcome and women's perceptions of being referred in labour.
Midwifery 18:3 pp 193-199 2002.
- Zätterström C, Ransjö-Arvidson A-B, Bergström S, Björklund U, Estborn B, Johansson A Sundström K.
Barnmorskors roll för batter abortvård – erfarenheter från rika och fattiga länder.
Läkartidningen 2002;19:2186-9

Omvårdnad – Medicin – Kirurgi 1

Christina Lindholm, VÅRDSAK

Förebyggande av komplikationer till sjukdom, vård och behandling

Hälsa i grundläggande bemärkelse innebär frånvaro av sjukdom och följder av skada. En person har god hälsa när den är fri från sjukdom och följder av skada, och utifrån sina speciella förutsättningar och omständigheter, uppnår så god hälsorelaterad livskvalitet som möjligt”

”Hälsa-och sjukvården skall präglas av en strävan att minimera de risker och skador som kan bli följden av undersökningar och behandlingar”

Ett av de strategiska spår som VÅRDSAK beslutat följa gäller omvårdnadsrelaterade komplikationer till sjukdom, vård och behandling. Arbetet med att förebygga och identifiera komplikationer skär tvärs igenom så gott som samtliga programområden.

Det första av de vårdprogram som riktar sig mot komplikationer kom att handla om **trycksår**.

Vi planerar även att arbeta med implementering av omvårdnadsslutsatserna i SBU-rapporten om **Djup Ventrombos**.

Trycksår

”Särskild omtanke ska visas se patienter som har större behov av stöd än andra för att kunna göra sig hörda eller för att kunna hävda sin självbestämmanderätt”.

Den första komplikationen som vi koncentrerat oss på gäller trycksår (tidigare ”liggsår” eller ”decubitus”). Problemet med trycksår anses av en del forskare vara en ”tickande bomb” inom hälso-och sjukvårdssystemet. Den förmodade explosiva ökningen av antalet trycksår beror på den demografiska utvecklingen med en ökning av medellivslängden och med tillgång till avancerade behandlingar för patienter långt in i seniet.

En studie från Nederländerna (1999) redovisade resultat som tydde på att vården av patienter med trycksår var den tredje största utgiftsposten för hälso-och sjukvårdssystemet- efter hjärt/kärlsjukdom och cancer.

En europeisk prevalensstudie (april 2002) visade att cirka 20% av patienterna på akutsjukhus har någon grad av trycksår.

Förberedelse /prevalensstudier

Som förberedelse för HSN:s satsning genomfördes en kartlägningsstudie på Karolinska sjukhuset den 16/4 2002. Syftet var dels att kartlägga antalet patienter med sår, dels att undersöka om dessa sår kunde härbärgera

methicillinresistenta bakterier (MRSA). Samtliga patienter med öppna trycksår sårodlades. MRSA återfanns endast i 2 av dessa sår.

Förberedelse: Höftfraktur och trycksår

En av de patientgrupper som är mest utsatt för trycksår är de som genomgår kirurgiskt ingrepp för höftfraktur. I vissa studier uppgår incidensen till 66%. Tre Stockholms sjukhus har under året deltagit i den europeiska höftfraktur/trycksårsstudien; **Karolinska sjukhuset, Södersjukhuset och Danderyds sjukhus.**

Syftet med studien var att kartlägga potentiella riskfaktorer för uppkomst av trycksår- både rent patientrelaterade och vård- och vårdprocessrelaterade. Bearbetning av studien pågår för närvarande.

Många tidigare okända riskfaktorer har identifierats såsom lång tids svält och uttorkning innan inkomst till sjukhus, smärta, placering på bårvagnar etc. Samtliga delar av vårdprocessen har också tidsregistrerats. Vi hoppas att denna studie skall ge ledning i var de svaga punkterna i vården av denna patientgrupp ligger.

Förebyggande av trycksår vid höftfraktur

En studie med syfte att dels testa metoder för identifiering av olika trycksårsgrader, dels utvärdera effekten av ett förband för trycksårsprofylax har startats på Karolinska sjukhusets ortopediklinik.

Vårdprogram Prevention och behandling av trycksår

Ett omfattande kunskapsunderlag i form av ett vårdprogram med kliniska riktlinjer för trycksårsprofylax och behandling har framtagits av en av VÅRDSAK:s medlemmar (Christina Lindholm).

Programmet finns upptryckt och kan även hämtas från HSN:s hemsida (www.hsn.sll.se/mpa)

Programmet har presenterats för landstingspolitiker och beställare (våren 2002, samt vid beställarseminarium HT 2002 (Nordvästra sjukvårdsområdet). Vidare har det presenterats för MAS:ar och beslutsfattare inom vården i Nordöstra sjukvårdsområdet, samt för chefsjuksköterskorna på Karolinska sjukhuset. Kliniska riktlinjer har utformats för Karolinska sjukhuset (december 2002). Till vårdprogrammet har tryckts upp ett *riskbedömningskort* med a) riskbedömning enligt Nortonskalan på ena sidan och med b) klassifikation (Grad 1-4) av såren på den motsatta sidan. Detta kort har kommit att uppskattas som ett praktiskt hjälpmedel för att gå från tanke till handling.

Innehållet i det regionala vårdprogrammet är som följer:

- Riskfaktorer- hos patienten och i vårdmiljön
- Riskbedömning
- Nutrition
- Hudens skötsel
- Tryckavlastande och tryckutjämnande material
- Skötsel av uppkomna trycksår:

- Rengöring
- Förbandsteknik
- Debridering
- Sårinfektion
- Sårdokumentation
- Livskvalitet
- Patient/närståendeutbildning

Implementering:

I planen utgår utbildning av trycksårsombud på alla enheter där ”riskpatienter” vårdas. Detta kommer att kräva en heltidsresurs (två halvtider).

Förslag: Leg. Sjuksköterskan Margareta Grauers ar arbetsterapeuten Elisabeth Svedin genomför denna utbildning under år 2003.

Den 20/1 2003 kommer de lagliga aspekterna av trycksår att diskuteras. Her Majesty’s Coroner, Sir Nigel Chapman, specialist på trycksårsfrågor inom den brittiska juridiken gästar Stockholm.

Arbetsgrupper bildas lokalt för att implementera vårdprogrammet och för att genomföra journalgranskningar och prevalensstudier.

Ett system med smidigare ordination/leverans av tryckavlastande hjälpmedel måste skyndsamt genomföras. Dagens system skapar nya trycksår under kritiska byråkratiska väntetider.

Utveckling av vården- Omvårdnadsforskning

VÅRDSAK arbetar för att utveckla omvårdnaden genom patientnära forskning

Detta kan endast ske genom kompetensuppbyggnad i den kliniska verksamheten.

Det är angeläget att behålla disputerade omvårdnadsforskare i kliniken.

HSN har för att stödja denna utveckling beslutat inrätta 25 adjungerade kliniska lektorat under en 3-årsperiod. Dessa kan sökas av disputerade personer med medellång vårdutbildning, verksamma inom SLL.

Karolinska sjukhuset satsar på att behålla de sjuksköterskor som disputerar och har tjänst vid sjukhuset. Sålunda inrättas från och med januari 2003 en modell, KS’Omvårdnadsakademi med syfte att utveckla både bredd och djup i patientnära vårdforskning. Tio disputerade sjuksköterskor får delade tjänster med anknytning till Karolinska Institutet.

Forskning, utbildning, handledning och implementering av forskningsresultat i vården samt sjukhusövergripande stöd i omvårdnadsvetenskapliga frågor ingår i arbetsuppgifterna.

Disputerade sjuksköterskor på KS finns inom följande omvårdnadsområden:
Strålterapi, onkologi, Infektion, Hematologi, Dermatologi,
Rehabiliteringsmedicin
Sårläggning, Dokumentation

Metodologisk kompetens:

Livskvalitetsmätning, Hälsoekonomi, RCT, Patient/anhörigupplevelser, Dokumentation

Doktorander finns inom:

Barndiabetes, Barnsmärta, Vuxensmärta (Thoraxkirurgen, Anestesiin), Yrsel, Barnonkologi, Ortopedi, Plastikkirurgi, Föräldrars upplevelse av vården av sjuka barn, Föräldrastöd vid dödföddhet

Tvärprofessionell forskning

Forskningssamarbete över professionsgränser uppmuntras av VÅRDSAK. Nätverksbyggande för tvärprofessionell vårdforskning kan leda till viktig patientnära forskning.

Vid Karolinska sjukhuset har inrättats ett **vårdforskarkollegium** under FoUU-kommittén bestående av disputerade vårdforskare från olika professioner; arbetsterapeuter, sjukgymnaster, logopedier, psykologer, kuratorer, biomedicinska analytiker, barnmorskor, sjuksköterskor.

Gemensamma forskarseminarier, liksom vårdforskningens dag arrangeras. Gemensam handledning av doktorander och andra forskningsintresserade personer i vården är målet.

Samverkan med övriga sjukhus planeras. Vårdforskarkollegium vid KS leds av en VÅRDSAK (Christina Lindholm)

Vårdutvecklingsmedel

Ett önskemål är att SLL avsätter medel för förberedande studier, typ kartläggning av olika hälso-och sjukvårdsrelaterade problem, vårdutvecklingsprojekt analogt med EXPO där man enbart stödjer strikt vetenskaplig utvärdering av olika metoder.

Patient/närståendeundervisning

Under kommande år planerar VÅRDSAK att arbeta med patient/närståendeundervisning. En betydande resurs har knutits till gruppen i och med att Dr Birgitta Klang, Danderyds sjukhus har accepterat att vara ny VÅRDSAK.

En modell för patient/närståendeundervisning startas 2003 vid Karolinska sjukhuset, "Hälsoforum" som skall vara en mötesplats för patienter, närstående, vårdens personal samt patient/handikapporganisationer. Hälsoforum kommer att lokaliseras till Spinalis gamla lokaler på Norrbacka. En VÅRDSAK (Christina Lindholm) har ingått i styrgruppen för förberedelserna till denna för Sverige unika verksamhet.

Omvårdnad – Medicin – Kirurgi 3

Caroline Häggmark, VÅRDSAK

Inledning

Under november månad –02 har en undersökning genomförts med syfte att undersöka betydelsen av omvårdnad, förekomst av vårdutveckling och omvårdnadsforskning samt kompetens- och personalförsörjning inom områdena njurmedicin, transplantation hematologi och onkologi. Av totalt 20 tillfrågade chefsjuksköterskor på Karolinska sjukhuset, Huddinge sjukhus och Danderyds sjukhus har 10 deltagit i en telefonintervju för att belysa ovanstående frågor. För att cheferna skulle ha en möjlighet att förbereda sig på intervjun sändes intervjuformuläret till dem i god tid innan den skulle äga rum.

Njurmedicin

Fyra chefsjuksköterskor har deltagit i undersökningen. Två är verksamma inom öppenvård (Huddinge och Karolinska sjukhuset) och två inom slutenvård (Huddinge och Danderyds sjukhus).

Att ge omvårdnad till patienter med njurinsufficiens beskrivs av chefsjuksköterskorna som att förebygga, åtgärda och följa upp patientens problem utifrån en helhetssyn, att se helheten runt patienten koncentrerat på nutrition, smärta, information och personligt bemötande, att ge ett bra bemötande och rätt omhändertagande. Information, undervisning, samordning är viktiga åtgärder i sjuksköterskans omvårdnad liksom att patienter får rätt kost, säker medicinering, personlig hygien och smärtbehandling.

Regionalt vårdprogram i omvårdnad

Ett nätverk av sjuksköterskor inom njurmedicin och SLL har påbörjat skrivandet av ett vårdprogram med syfte att belysa patientens omvårdnad i hela vårdkedjan från diagnos till vård i livets slutskede. Vårdprogrammet kommer att vara färdigt under våren 2003.

Vårdutveckling

Det finns mycket tankar på utvecklingsprojekt inom en poliklinisk verksamhet där personalförsörjningen inte är något problem. Det framförs behov av evidensbaserad kunskap samt att kunna se vårdutveckling som en naturlig del i arbetet. I nuläget pågår vårdutveckling inom en slutenvårdsavdelning inom områdena dokumentation, nutrition, och information till patient. Inom slutenvård är inhyrd personal, ovana sjuksköterskor och problem med rekrytering ett hinder som omöjliggör vårdutveckling.

Omvårdnadsforskning

Ingen omvårdnadsforskning pågår för närvarande inom verksamhetsområdet. Sjuksköterskor uppger att det inte finns några forskningsresultat att tillgå inom omvårdnadsområdet.

Kompetensförsörjning

Verksamheterna saknar tillgång till utbildad personal med kompetens inom njurmedicin. Behovet är störst inom slutenvård. Det största problemet i nuläget är att rekrytera sjuksköterskor, behålla kompetent personal, låta alla gå ”rätt” utbildningar och få tiden att räcka för utbildningar. Några särskilda krav på formell kompetens inom njurmedicin kan man inte ställa idag. Däremot påpekas att verksamheterna har behov av fler rutinerade sjuksköterskor, poängutbildningar och handledning. Samtliga verksamheter har vidtagit åtgärder för att utbilda/förbättra vårdpersonalens kompetens i njurmedicin. Det erbjuds fler möjligheter till kompetensutveckling. Exempel på utbildningar är internutbildning, introduktionsutbildning, kurs i pedagogik, kurs i ”patient empowerment” och 20 p betald vidareutbildning i njurmedicin för sjuksköterskor med 1 års erfarenhet.

Framtida problem och behov kommer att kvarstå även om en viss ljusning kan uppmärksammas i någon enstaka verksamhet. En åsikt som framförs är att sjukvården måste i högre grad anpassa oss till de önskemål som unga sjuksköterskor ställer idag. Jämfört med under tidigare år har de behov av att flytta på sig oftare, de ställer högre krav på lön, förmåner etc. En annan åsikt är att behovet av kompetens kommer att öka till följd av att patienterna blir sjukare och yngre.

Personalförsörjning

Behovet av sjuksköterskor är ej tillgodosett. Det är huvudsakligen ett problem för slutenvården som har åtskilliga vakanser med minskat antal vårdplatser till följd. Det är framförallt problem med rekrytering och personalomsättning. Ett annat problem som framförs är låg bemanning relaterat till antalet patienter samt inga nattsjuksköterskor. Som påpekats tidigare byter unga sjuksköterskor arbetsplats oftare idag. I något enstaka fall är det också en ekonomisk angelägenhet. Även inom detta område vidtas många förbättringsåtgärder för att göra arbetsplatsen attraktiv som t.ex rutiner ses över, arbetsmiljöinsatser genomförs, individuella scheman upprättas, försök till ökad personaldelaktighet, flextider införs samt uppvärdering av löner för nattsjuksköterskor. Nattsjuksköterskor som har 67 % tjänst skall erhålla 100% lön. Det här angreppssättet tror man skall lösa problemet med att nattsjuksköterskor saknas..

Onkologi & hematologi

Deltagande i undersökningen är 4 chefsjuksköterskor från Onkologiska verksamheter på Karolinska sjukhuset (n=3) och Södersjukhuset (n=1) och 2 chefsjuksköterskor från hematologiska verksamheter på Karolinska sjukhuset (n=1) och Huddinge sjukhus (n=1).

Omvårdnad som den beskrivs av chefsjuksköterskor inom onkologin är att möta en annan människa och lyssna till hans/hennes behov, bekräfta henne/honom, inge förtroende, visa respekt, att ge ett individuellt och personligt bemötande och omhändertagande, att tillgodose patientens egenvårdsbehov genom att hjälpa patienten till självhjälp att lindra smärta och ångest, att ge nutrition samt ta hand om helheten både patienter och närstående samt att förbereda inför behandling. Omvårdnad som den beskrivs inom

hematologin är all omvårdnad i samband med planering och behandling, personlig hygien, samtal för stöd i kris, information, nutrition, smärta, infektion och CVK. I omvårdnaden ingår också vårdplanering efter vårdtiden på hematologen till hemmet eller till annan vårdform. Gemensamma metoder för att tillgodose omvårdnadsbehoven är information, utbildning, undervisning stödsamtal.

Regionala vårdprogram i omvårdnad

Ett nätverk av sjuksköterskor som arbetar med bröstcancer inom SLL är i slutfasen med skrivandet av ett vårdprogram med syfte att belysa patientens omvårdnad i hela vårdkedjan från diagnos till vård i livets slutskede. Vårdprogrammet beräknas vara klart av presenteras i SMR –gruppen under mars månad. Det medicinska vårdprogrammet för lymfom har kompletterats med omvårdnadsaspekter.

Vårdutveckling

Exempel på vårdutveckling som pågår är strukturering och standardisering av rutiner (t.ex cytotatika), uppbyggnad av sjuksköterskemottagningar, kartläggning av smärta, och framtagande av metodbok för omvårdnad inom radioterapi. Inom ett verksamhetsområde finns en lektor ansluten till KI för att bistå med utveckling av omvårdnad. Inom en hematologisk vårdavdelning har åtta kompetensområden bildats för att bl.a. kvalitetssäkra nutrition, smärta, information och patientutbildning.

Omvårdnadsforskning

Ett forskningsprojekt pågår med syfte att belysa närståendes upplevelse av stöd och livskvalitet efter patientens dödsfall. Ett annat forskningsprojekt pågår med syfte att förbättra vårdkedjan för patienter med öron-näs och halstumörer.

Kompetensförsörjning

Behovet av kompetens är tillgodosett inom öppenvården medan slutenvård och strålbehandling saknar sjuksköterskor med onkologiutbildning. Problemen är flera. Utbildningar finns men det är svårt att släppa iväg personalen från verksamheten i den takt som efterfrågas. Det finns inte utrymme på grund av små marginaler i bemanningen. Reguljär utbildning inom radioterapi saknas och uppdragsutbildning är kostsam och kräver 1 års anställning innan den kan erbjudas. Kunskap hos allmänheten om radioterapiyrket ärdålig.

Behoven som framförs är ökad marknadsföring av radioterapiyrket samt ökad kunskap om sjuksköterskearbete inom hematologi. Problemet idag är att ingen vet vad hematologi är efter grundutbildningen.

Åtskilliga förbättringsåtgärder har vidtagits genom bl.a. strukturerad inskolning för nyanställda sjuksköterskor med minst 6 veckors bredvidgående, förbättrad organisation för intern- och vidareutbildning samt intern utbildning inkluderat personal från bemanningsföretag, betalda poängutbildningar på arbetstid inom hematologi och onkologi. Kliniska adjunkter har tillsatts för att förbättra studentutbildningen. För att förbättra utbildningen av sjuksköterskor har utbildningsledare/utbildningsansvariga tillsatts inom flera verksamheter.

Personalförsörjning

Behovet av personal är tillgodosett inom öppenvården (exklusive strålbehandling) medan det inom vissa enheter saknas mellan 6 till 22 sjuksköterskor inom slutenvården. Till följd av detta har antalet vårdplatser minskat och behandlingsrum har stängts. Bemanningföretag löser problemen där det råder brist på sjuksköterskor inom slutenvården. Det är endast inom en hematologisk verksamhet som inga bemanningföretag har behövt anlitas. Problemen med rekrytering är flera. Central rekrytering är negativt liksom konkurrens med bemanningföretagens löner och förmåner och löner och villkor på andra sjukvårdande enheter. Åtskilliga förbättringsåtgärder har vidtagits för att göra arbetsplatsen attraktiv genom bl.a. mobiltelefon till anställda, friskvård, attraktivt schem och ”poängmodellen”, förbättrade löner, förbättrad arbetsmiljö fysiskt och psykiskt.

Framtida problem och behov som ses är att nyfärdiga sjuksköterskor tycker att cancervård är ”läskigt”, ”svårt”, ”otäckt”, ”hopplöst” och ”man blir själv ledsen”. Det är konkurrens med verksamheter som har bättre löner och bättre arbetstider. Unga sjuksköterskor prioriterar ”lättare verksamheter” än cancervård. Om vi inte ordnar upp problem med rekryteringen så måste ökad tid för utbildning avsättas. Patienterna blir sjukare och verksamheten mer specialiserad vilket kommer att ställa ökade krav på utbildning till sjuksköterskor. Inom radioterapi är personalförsörjningen ”skör” på grund av att endast ett fåtal utbildas åt gången.

Sjuksköterskor som är födda under 70-80 talet ställer större krav på löner, kompetensutveckling och byta av arbetsplats något som arbetsgivarna i större grad måste anpassa sig till.

Sammanfattning

Undersökningen har begränsat sig till att omfatta sjuksköterskor eftersom det är där som problemen med kompetens- och personalförsörjning är störst.

Undersökningen har också begränsats till att omfatta chefsjuksköterskor som tjänstgör på Karolinska sjukhuset, Danderyds sjukhus, Huddinge sjukhus och Södersjukhuset. Även om bara 50% av sjuksköterskorna deltog i intervjun kan en samstämmighet urskiljas då det gäller upplevelser av omvårdnad, problem och behov med vårdutveckling kompetens- och personalförsörjning.

- Flertalet chefsjuksköterskor ser omvårdnaden utifrån ett helhetsperspektiv
- Många verksamheter har stora svårigheter att genomföra vårdutveckling på grund av att ovana sjuksköterskor måste hyras in och/eller bemanningen är låg
- Omvårdnadsforskning är i det närmaste obefintlig
- Kompetensförsörjning är huvudsakligen ett problem inom slutenvården. Omfattande program för kompetensutveckling intern- och vidareutbildning finns inom samtliga enheter men det är av olika skäl problem att släppa personalen till olika utbildningsaktiviteter
- Kompetensförsörjning inom radioterapi är ett problem på grund av att ingen reguljär utbildning finns och utbildningsplatserna är få

- Behovet av kompetens kommer att öka om problemen med rekrytering av personal kvarstår. Detta mot bakgrund av att patienterna har blivit yngre och sjukare
- Personalförsörjningen är med ett undantag ett problem för slutenvården inom samtliga verksamheter. Inom onkologin är personalförsörjningen inom radioterapi också ett problemområde
- Flertalet chefsjuksköterskor ser ingen ljusning på personalförsörjningen inom slutenvården
- Flera chefsjuksköterskor påtalar att arbetsgivarna, i större utsträckning, måste anpassa sig till de ökade krav som sjuksköterskor födda på 70 och 80 talet ställer
- Regionala vårdprogram inom omvårdnad vid bröstcancer och njurinsufficiens kommer att finnas i början på år 2003.

Omvårdnad – Medicinsk Service

Ann-Christine Johansson, VÅRDSAK

Inledning

År 2002 blev jag nominerad som vårdsakkunnig i det Medicinska programarbetet inom programområdet medicinsk service. Jag är verksam som kvalitetssamordnare vid Diagnostisk radiologi, Karolinska Sjukhuset.

Det har tidigare inte redovisats någon årsrapport från VÅRDSAK för detta programområdet. Jag valde att göra en nulägesbeskrivning utifrån ett omvårdnadsperspektiv.

Syfte

Beskriva omvårdnadsarbetet utifrån insamlad data som utförs av personal inom medicinsk service.

Metod

Datainsamling har skett genom att intervjua personal som arbetar inom medicinsk service samt genom att ha deltagit i ett heldagssymposium inom kvalitetsområdet: teknik, riskanalys, strålsäkerhet, patientperspektivet.

Avgränsning

Jag intervjuade följande yrkeskategorier inom omvårdnadsområdet: två biomedicinska analytiker, en sjuksköterska, en chefsjuksköterska, en bitr. verksamhetschef. De som jag intervjuade tjänstgjorde vid: Karolinska Sjukhuset, Södersjukhuset samt Astrid Lindgrens Barnsjukhus.

Frågor

Följande frågor har de intervjuade fått besvara:

- Beskriv omvårdnaden inom ditt område?
- Hur är er nuvarande kompetens och ert framtida kompetensbehov?
- Hur är personalförsörjningen ?
- Vilka är idag era rådande bristsituationer?
- Vilka är era möjliga förbättringsområden?
- Vilka regionala vårdprogram är under införande?
- Kan du beskriva vårdutvecklingen inom området i SLL?
- Beskriv den forskning som pågår inom omvårdnadsområdet i Sverige.

Redovisning av resultat

Redovisning av de olika specialiteternas svarsalternativ har jag grupperat under följande rubriker: fysiologi, laboratorium, radiologi.

Enligt informatörerna utförs omvårdnadsarbetet med inriktning mot bemötande och omvårdnad utifrån ett vårdkedjeperspektiv. En strävan finns att ge god omvårdnad utifrån ett vidsynt synsätt, att arbeta med ständiga förbättringar genom att t.ex. bl.a. identifiera kvalitetsbrister med verktyget avvikelshantering och genom regelbundna reflekterande, etiska och moraliska diskussioner.

Fysiologi

Inför redovisning av omvårdnad inom detta område besökte jag en neurofysiologisk enhet och en klinisk forskningsavdelning.

Fysiologisk verksamhet präglas av en patientnära verksamhet. Personalen utför undersökningen och finns intill patienten som stöd vid undersökningstillfället. Vid t.ex. ENeG pågår patientvård i ett diagnostiskt syfte. Fortlöpande vid undersökningstillfället pågår en dialog mellan personal och patient. Patienten får en regelbunden information om undersökningens fortskridande.

Biomedicinska analytiker (BMA) som är aktivt deltagande i forskningsstudier för olika diagnosgrupper har även de en patientnära vårdrelation. BMA är den person som koordinerar studien i samverkan med läkaren och som också har den regelbundna kontakten med patienten under perioden studien pågår. Studierna pågår under kortare eller längre perioder beroende på forskningsområdets behov. Under denna period skall patienten få fortlöpande information, viss utbildning och genomgå olika typer av provtagning.

Laboratorium

Biomedicinska analytikern syn på sitt omvårdnadsarbete är att snabbt lämna korrekt analysresultat, så att remittenten skall kunna påbörja sin behandling snabbare. Detta kan med all sannolikhet medföra mindre lidande för individen, samt en kortare vårdtid.

Exempel på vidtagna åtgärder från informatören:

- Karolinska sjukhusets akutmottagning har i samverkan med Klinisk kemi upprättat en provtagningsenhet som utför patientnära analyser. Syftet med verksamheten är att lämna ”snabba provsvar” i en akut situation och att minska patientens väntetid. Önskas en mer omfattande utredning skickas provet vidare till huvudlaboratoriet. Provtagningsenheten bemannas av personal från Klinisk kemi.
- Ett mer patientnära vårdrelation mellan patient och vårdgivare förekommer i samband med provtagningar på vårdcentralerna. Det är särskilt vanligt förekommande vid olika typer av belastningskontroller som t.ex. glukosbelastning. Under en längre tidsperiod följs patienten upp enligt ett testprotokoll.
- Klinisk kemi vid Karolinska Sjukhuset svarar för den tekniska kontrollen i verksamheter där provtagning sker med egen personal, som vid t.ex. Danderyds och Norrtäljes sjukhus akutmottagningar och vårdcentraler.

Liknande synsätt på omvårdnadsarbetet och patientnära vårdrelationer torde med all sannolikhet förekomma vid liknande verksamhet inom SLL, enligt informatören.

Radiologi

Enligt de intervjuade skall omvårdnadsperspektivet genomsyra allt patientnära arbete – i en patientdialog, vid tidbokning och vid undersökningstillfället. Personalen skall möta patienten på ett medicinskt och etiskt, moraliskt samt korrekt sätt. Det är viktigt att utifrån ett kulturellt patientperspektiv anpassa varje vårdtillfälle, stödja patienten i den tekniska miljön samt ge en bra information. Utförda omvårdnadsåtgärder ska dokumenteras.

På kliniken diagnostisk radiologi framhöll chefsjuksköterskan att patienterna med försämrad njurfunktion ordinerar vid vissa tillfällen en percutan nefrostomi, en kateter direkt in i njuren. Röntgenavdelningens personal lägger in katetern och ansvarar för kontrollerna efter inläggningen. Personalen på röntgenavdelningen informerar och undervisar patienten i:

- den praktiska hanteringen
- delger skriftlig information
- vid problem med kateterna direktkontakt med röntgenavdelningen, som inom en halvtimme tar hand om patienten på avdelningen.

Ibland kan det uppstå problem med katetern, patienten kontaktar röntgenavdelningen direkt och behöver inte gå via sin remitterande läkare.

På röntgenavdelningen Astrid Lindgrens Barnsjukhus framhöll bitr. verksamhetschef att:

- Omvårdnadsarbetet utgår ifrån enhetens omvårdnadspolicy. En gemensam omvårdnadspolicy hade tagits fram av medarbetarna inom verksamheten, utifrån den divisionsgemensamma omvårdnadsprofilen.
- I policyn står bl.a. att läsa att personalen skall var väl förberedd inför undersökningen, vara lugn och trygg i bemötandet av barn och anhöriga, beakta barnets integritet utifrån t.ex. den kulturella bakgrunden.
- I syftet att förbättra barnens vårdtillfälle (minskad oro) finns inom divisionen dockor införskaffade – Rutan och Robert. Dockorna utgör ett hjälpmedel till personalen, för att lätt kunna förklara olika typer av ingrepp eller behandlingar som skall genomföras.
- För att minska oro och ångest hos barnen som söker vård har man planerat och tänkt på att anpassa lokalernas estetiska utformning så långt det är möjligt utifrån huskroppens utformning. Det pågår fortlöpande utsmyckning av lokalerna med hjälp av medel som söks från Astrid Lindgrens minnesfond.

Kompetens och framtida kompetensbehov

Fysiologi

Enligt den intervjuade är det i nuläget stora rekryteringsproblem av biomedicinska analytiker (BMA) med inriktning mot klinisk fysiologi, neurofysiologi. Det finns inte tillräckligt med utbildningsplatser för BMA med inriktning mot neurofysiologi, endast en kortare del av utbildningsprogrammet klinisk fysiologi behandlar neurofysiologi (8 veckor).

För ett framtida behov borde det diskuteras om en kombination av olika yrkesgrupper t.ex. sjuksköterskor och BMA skulle vara gynnsamt för personalförsörjningen i denna typ av verksamhet. Sjuksköterskan med huvudämnet inom omvårdnadsområdet och BMA med en mer teknisk inriktning skulle kunna utgöra en bra kombination.

Ytterligare ett annat framtida kompetensbehov är datakunskap, hantering av statistiska program etc. enligt informatörerna.

Laboratorium

I nuläget är det stora rekryteringsproblem av Biomedicinska analytiker (BMA) beroende på att utbildningen har blivit forskningsinriktad enligt de intervjuade.

Radiologi

Enligt den intervjuade chefsjuksköterskan på Diagnostisk radiologi är verksamhetens nuvarande kompetens god. Fortlöpande sker en kompetensutveckling för samtliga yrkesgrupper inom omvårdnadsområdet. Kompetensutvecklingen nivåanpassas till vilken kunskapsnivå medarbetaren bör ha inför sin arbetsuppgift. Ledningen bevakar så att det finns en bred baskompetens inom omvårdnadsområdet, så att det alltid skall finnas medarbetare med rätt kompetens tillgängliga i det dagliga arbetet.

För ett mindre antal medarbetare finns behov av en spetskompetens, t.ex. metodutveckling inriktat mot undersökning och medicintekniska området samt ansvarsområden inom det patientnära arbetet.

Inom radiologin sker för närvarande en snabb utveckling inom det tekniska området. Det kommer att medföra ett stort behov av att kompetensutveckla medarbetare för ny teknik, undersökningsmetodik och vård i det nära patientarbetet.

Ytterligare framtida behov torde vara att:

- förbättra den breda baskunskapen / personal som arbetar jour
- utveckla spetskompetens inom forsknings- och utvecklingsområdet
- ökad samverkan med andra röntgenavdelningar
- förbättrad samverkan mellan olika yrkesgrupper
- ökat deltagande och medverkan vid utvecklingsarbete som berör vårdprogram och vårdkedjor

Enligt den intervjuade bitr. verksamhetschefen på röntgenavdelningen Astrid Lindgrens barnsjukhus framkom att, i nuläget saknas fördjupningskunskaper

inom olika ämnesområden. En kursplan har utarbetats i samverkan med Karolinska Institutet:

Samtliga sjuksköterskor inom verksamheten skall genomgå utbildningarna (urologi 2001, ortopedi 2002, kirurgi 2003, onkologi 2004). För framtiden planeras att bibehålla och utveckla medarbetarnas kompetens inom det tekniska området.

Läkarsekreterare och undersköterskor har haft heldagsutbildning i bemötande och stresshantering.

Verksamheten har en egen sonograf/sjuksköterska. Behov finns att utbilda ytterligare medarbetare inom detta ansvarsområde.

Regelbunden internutbildning som utbildningsledaren ansvarar för. Medarbetares kunskap och kompetens tas tillvara och utvecklas genom att de har fått egna ansvarsområden.

Personalförsörjning

Nedan redovisat resultat beskrivs utifrån de tillfrågades svar.

Fysiologi

I nuläget saknas BMA med inriktning mot klinisk fysiologi. Vid vissa verksamheter har man löst detta genom att anställa undersköterskor. Undersköterskor som har fått vidareutbilda sig för vissa avgränsade ansvarsområden.

Laboratorium

Rekrytering av Biomedicinska analytiker (BMA) är svårt i nuläget, beroende på tidigare beskrivna situation. Inom laborativ verksamheten har det påbörjats en informell diskussion för att finna lösningar på den framtida personalförsörjningen.

Radiologi

Vid de två enheter som jag intervjuade ansågs personalförsörjningen vara god idag. För att uppehålla en god bred kompetens med ständig utveckling av medarbetarnas kompetens finns i nuläget inga ekonomiska medel avsatta. Personaltätheten är inte så hög att den täcker för personalfrånvaro som t.ex. beror på sjukfrånvaro, föräldrar ledighet eller utbildning.

Idag rådande bristsituation

Fysiologi

Vid de två olika enheter jag ställde frågor framkom att:

- Läkarkontinuiteten är idag ett problem.
- Personalbristen är stor för Biomedicinska analytiker med inriktning mot
- klinisk fysiologi, neurofysiologi. Om studenter i nuläget skulle öka till antalet, skulle det innebära för verksamheterna att de skulle bli svårt att erbjuda kliniska utbildningsplatser.

- Utbildningen ingår som en del i utbildningen till BMA och är två månader lång.

Fem veckor av utbildningstiden åtgår till klinisk utbildning.

Laboratorium

I nuläget är personalbristen störst för Biomedicinska analytiker enligt de intervjuade.

Radiologi

Det saknas för närvarande bra tillgång på radiologer. För att förbättra rådande bristsituation borde man se över möjligheten till att utveckla sjuksköterskans roll mot ett mer självständigt arbete. Att skapa utvecklingsvägar med formella utbildningsprogram är med all sannolikhet ett måste inför framtiden. Tänkbara områden skulle bl.a. kunna vara röntgenundersökning av magsäck och grovtarm, ultraljud och skelettundersökningar enligt de båda informatörerna.

Det saknas personaltäthet för en ökad vårdtyngd, teknisk kompetens för undersökningar till magnetkamera och datortomografi, samt sonograf / sjuksköterska enligt chefsjuksköterskan vid diagnostisk radiologi.

Möjliga förbättrings-, utvecklings- och forskningsområden

Fysiologi

Pågående förbättringsområden inom omvårdnadsområdet beskrivs bedrivs utifrån synsättet *patienten i fokus*. Effektivisering av verksamhetens olika arbetsprocesser sker genom ett samverkansprojekt mellan Huddinge sjukhus och Södersjukhusets Neurofysiologiska klinker. Syftet är att förbättra vården och förbättra tillgängligheten genom att kartlägga verksamheternas ”flaskhalsar”, enligt den intervjuade sjuksköterskan.

Laboratorium

Förbättringsområden inom omvårdnadsområdet beskrivs vara att man effektiviserar olika processer, för att kunna omfördela personalen till andra arbetsuppgifter. Exempel på dessa är:

- automatisering av teknisk utrustning
- arbetar med ständiga förbättringar utifrån ett kundperspektiv. Efterfrågan från

Klinisk kemist stimulerar medarbetarna till ökad aktivitet inom forskning och utveckling

- SLL kräver att varje provtagningslaboratorium skall vara ackrediterat, därmed har man tillsyn från ackrediteringsmyndighet (SWEDAC) varje år.

Radiologi

Båda informatörerna framhöll och diskuterade röntgensjuksköterskans nya utbildningsprogram.

Hösten 2002 startade ett nytt utbildningsprogram för studenter som utbildar sig till röntgensjuksköterska vid Karolinska Institutet. Studentens kliniska utbildningsdel inom omvårdnadsområdet påbörjas redan från termin 1 och programmet har i och med den nya utbildningen valt ett nytt huvudämne, radiografi. Genom denna förändring är förhoppningen att en anpassning förbättras till det dagliga tekniska radiologiska arbetet och tydliggörs för den studerande och för arbetsgivaren.

Enligt chefsjuksköterskan på diagnostisk radiologi kan eventuella problem uppkomma i framtiden då röntgensjuksköterskorna kommer att ha olika bakgrund / kompetens, beroende på de olika utbildningsprogrammets innehåll regionalt.

Omvårdnad är det vanligaste förekommande val av huvudämne. Karolinska Institutet, Institutionen för omvårdnad, har valt radiografi som huvudämne och Hälsohögskolan i Jönköping har valt medicinsk bildvetenskap, för att exemplifiera ovanstående regional variationer.

Ytterligare synpunkter från informatören på Diagnostisk radiologi var att:

- Öka samverkan med olika röntgenavdelningar för att förbättra service och en ökad tillgänglighet för patienterna.
- Dropp in för viss typ av undersökning, för att öka patienttillgänglighet och minska patientens väntetider till undersökningar.
- Kortare svarstider på utförd röntgenundersökning till remitterande enhet.
- Utveckla egna ansvarsområden för undersköterskor.
- Möjliggöra för sjuksköterskor att göra karriär i det nära patientarbetet.

Införande av regionala vårdprogram

Majoriteten av informatörerna anser att det är viktigt att lyfta fram och medvetandegöra att personal som arbetar inom medicinsk service blir delaktig i utvecklingen av nya vårdprogram. Därigenom bereds möjlighet till anpassning av framtida undersökningars metodik och kundefterfrågan utifrån ett vårdprogramstänkande.

Pågående vårdutveckling inom SLL området

Laboratorium

Inom laboratorieverksamheten finns en stark inriktning mot kvalitetssäkring av den medicintekniska utrustningen samt att utarbeta snabba och korrekta provsvarsrutiner enligt de intervjuade. Verksamheterna själva utser kvalitetsansvariga medarbetare med uppdrag att följa upp kvalitets- och

utvecklingsarbetet fortlöpande samt att utföra bl.a. interna revisioner, handleda och stödja anställda vid implementering av ny metodik, bevaka verksamhetens dokumentstyrning och att utföra kvalitetskontroller.

Syftet med ovan beskrivna åtgärder är att säkra en god patientkvalitet.

Radiologi

Det framkom att vid intervjuerna att:

- Vid divisionen som Barnröntgenavdelningen ingår i pågår fortlöpande ett utvecklingsarbete inom omvårdnadsområdet: *akut omhändertagande av barn (skelett, bukorgan)*. Från varje programområde finns det med en deltagare.
- Sjuksköterskor med äldre utbildningar erbjuds att vidareutbilda sig inom omvårdnadsområdet.
- Utveckling av hantering av röntgenremissen.
- IT, elektronisk rapportering, dokumentation.

Pågående forskning inom omvårdnadsområdet i Sverige

Fysiologi

Den pågående forskningen och utvecklingen som för närvarande pågår syftar till att förbättra och stödja patienten i dennes sjukdom. Patienterna skall uppleva en ökad friskhet, genom att man t.ex. utvecklar ett nytt behandlingsprogram enligt intervju med biomedicinsk analytiker.

Radiologi/Laboratorium

Enligt information jag fått från informatör på Karolinska Institutet pågår endast vetenskapligt arbete genom studenternas arbete med kandidatuppsatser i grundutbildningen.

Omvårdnad – Primärvård

Inger Rising, VÅRDSAK

Sammanfattning

Denna rapport omfattar distriktssköterske- och sjuksköterskeverksamhet inom husläkaravtalet i primärvård inklusive basal hemsjukvård. Denna rapport kan inte på något sätt beskriva hela primärvården i Stockholm läns landsting och de exempel som lyfts fram kan inte i alla delar generaliseras utan kan ses som exempel på hur olika problem kan beskrivas och ibland lösas.

Distriktssköterskans uppgifter i primärvården är att utgöra första linjens hälso- och sjukvård och verka utifrån eget yrkesansvar. Uppgifter är att ansvara för omvårdnad och medicinska insatser i så väl hemmet på egen mottagning och i telefon.

Distriktssköterskan är en viktig funktion i primärvården bla utifrån att uppfylla vårdgarantin om rätt till bedömning samma dag. Tillgänglighet till distriktssköterskan upplevs som god och sällan uttrycks klagomål.

Beslut att införa avgiftsfria besök till distriktssköterskan kommer att innebära ökad tillströmning. Det vore av stort intresse att följa eventuell förändring av patientflöden, påverkan på egenvård och egenvårdsmönster samt eventuella ytterligare stigande kostnader av förbandsmaterial.

Hinder för en väl utbyggd och för patienten ändamålsenlig distriktssköterskeverksamhet

- Otydliga roller, otydligt åtagande och uppdrag.
- Svårt att prioritera omfattande vårdbehov. Upplevelsen av att inte räkna till för alla uppgifter tär på personalen.
- Resurser för att räkna till för att uppfylla befolkningens, patienters, närstående och övriga verksamhetsbehov är inte tillgodosett.
- Samverkansproblem med kommuner.
- Fortbildning nedprioriteras.

Primärvård ur distriktssköterskeperspektiv

Distriktssköterskans uppgifter i primärvården är att utgöra första linjens hälso- och sjukvård och verka utifrån eget yrkesansvar. Uppgifter är att ansvara för omvårdnad och medicinska insatser i så väl hemmet på egen mottagning och i telefon. Det tillkommer även att utföra utredningar, behandlingar och kontroll av sjukdomstillstånd samt arbeta med förebyggande åtgärder såsom rådgivning och patientundervisning.

Mycket tid åtgår för att samordna kontakter med övriga vårdgivare, som slutenvård och kommunens omsorg och närstående. Den basala hemsjukvården innefattar att patientens behov tillgodoses av omvårdnad och samordna där det

erfordras, bedöma, planera och genomföra vården tillsammans med närstående, läkare, undersköterskor, kommunens vårdbiträden och paramedicinsk personal. Telefontillgängligheten prioriteras av beställare vilket styr mycket av distriktssköterske- och husläkarverksamheten.

I uppdraget ligger att arbeta med preventiva och hälso främjande insatser. Detta som skulle kunna utgöra en stor och viktig del i primärvården för att tillvarata patienter resurser och minska risker hinns tyvärr idag inte med i den utsträckning som är önskvärt.

Detta är ett utvecklingsområde som skulle kunna innebära stora vinster på lång sikt.

Hemsjukvård

Inom distriktssköterskans ansvarsområde inkluderas den basala hemsjukvården med dagliga eller återkommande kontakter. De mest förekommande anledningarna till kontakter är läkemedelshantering såsom administrering i form av injektionsgivning för t.ex.. diabetespatienter, sårbehandling, eller medicindelning i dosett. Andra vanligt förekommande åtgärder är stöd i egenvård, återkommande tillsyn och stöd till patienter och stöd till anhörigvårdare och närstående.

Hemsjukvårdsuppgifterna delas vanligen av distriktssköterskor och undersköterskor som utgör ett team. Dessa hälso- och sjukvårdande insatser möjliggör att patienten kan få trygghet och hjälp att bo kvar i så väl det egna hemmet som i särskilt boende.

Avseende avancerad hemsjukvård och vård i livets slutskede har denna vård mer och mer kommit att övertas av specifika avancerade hemsjukvårdsteam som har tillgång till läkare dygnet runt och som kan i hemmet utföra medicinsktekniska uppgifter som motsvarar sjukhusets resurser.

Många av de patienter som distriktssköterskan har kontakt med har också bistånd genom kommunens försorg. Det är då av yttersta vikt att samordning sker så att vården utformas optimal för att tillgodose patientens behov av vård och omsorg.

På grund av en pressade situation i många kommuner har samarbetet försvårats, vilket inneburit bl.a. kontinuitetsbrister som exempel kan nämnas att läkemedelshantering och vårdplanering inte fungerar.

Många kommuner anser sig ha tolkningsföreträde på samverkansavtalen. Hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs inte om inte ekonomisk ersättning utgår. Nära samarbete inom hemsjukvården är en förutsättning för att vården och omsorgen för patienter i hemsjukvården ska fungera. Mångfalden av entreprenörer försvårar kontakthållande och samverkan.

Basal och avancerad hemsjukvård behöver bra samverkan med kommunens omsorg.

Kvalitet

Tillgänglighet

Dagens sjukvård ställer stora krav på produktivitet effektivitet och kvalitet. Det kan därför inte enhetligt beskrivas hur kvaliteten i primärvården förhåller sig. En av de brister som oftast påtalas är tillgängligheten. Ofta uttrycks det i generaliserande termer vilket ger en odifferentierad bild av verkligheten då tillgänglighet till de olika vårdprofessionerna i primärvården ser olika ut. I primärvårdspropositionen slogs fast att primärvården ska präglas av närhet, tillgänglighet av helhetssyn och kontinuitet. Att patienten får möjlighet att ha kontakt med samma personer både på mottagningen vid telefonkontakt och vid besök i hemmet skapar goda möjligheter till helhetssyn, vilket stöder vårdprocessen och därigenom möjlighet till säker diagnostik och behandling.

Tillgänglighet till distriktssköterskan upplevs som god och sällan uttrycks klagomål. Många distriktssköterskemottagningar har en sk öppen tid dagligen där patienter med osorterade behov kan komma för bedömning och åtgärder. Distriktssköterskemottagningar har dagliga telefontider för rådgivning och många enheter har infört jourtelefon för de patienter som är inskrivna i hemsjukvården så att de snabbt kan få komma i kontakt när behov uppstår.

Personalförsörjning

Inom SLL finns idag 900-1000 distriktssköterskor/sjuksköterskor som arbetar inom primärvården.

Utbildningen kan inte täcka den naturliga pensionsavgången. I takt med att fler vakanser uppstår ökar arbetsbelastningen för den kvarvarande personalen. För att täcka behovet används sjuksköterskor från uthyrningsföretag. Detta innebär att kontinuitetsbrister kan uppstå samt att tillgång på sjuksköterskor med distriktssköterskekompetens inte alltid kan erhållas.

Undersköterskor i hemsjukvården och på mottagning är också underbemannade. Personalsituationen att bli ett avgörande hinder att fylla detta uppdrag att vara det naturliga första handsvalet för en stigande åldrande befolkning.

Beslut att införa avgiftsfria besök till distriktssköterskan kommer att innebära ökad tillströmning.

Det vore av yttersta vikt att följa eventuell förändring av patientflöden, påverkan på egenvård och egenvårdsmönster samt om eventuella ytterligare stigande kostnader av förbandsmaterial.

Distriktssköterske/sjuksköterske- och undersköterskebemanning måste få en översyn för att långsiktigt kunna täcka framtida behov. Avgiftsfria besök kommer att öka trycket på distriktssköterskeverksamheten och kommer att försvåra prioritering i den kliniska vardagen.

Kompetensutveckling

Under år 2002, har ca 100 distriktssköterskor examinerats på Karolinska institutet, det enda universitet/högskola som f.n. examinerar distriktssköterskor i Stockholm. Under 2003 kommer ytterligare ca 60 studenter att bli klara. Detta kommer inte täcka behoven. Konkurrens om distriktssköterskans kompetenser finns inom husläkarverksamheten, barnvårdscentral, skolhälsovård och kommunal hälso- och sjukvårds äldrevård. Detta kommer att innebära att behoven inte kommer att kunna täckas inom samtliga dessa verksamheter. Redan nu ses trender med ökad belastning på det krympande antalet sjuksköterskor. Tid för kompetensutveckling och fortbildning nedprioriteras.

Behovet av fortbildning är dock oändligt då vården ständigt förändras i takt att den medicinska utvecklingen ger större möjligheter att vårda och behandla än tidigare.

För att tillföra resurser och utifrån behovet att höja kvaliteten på den kliniska utbildningen genom bättre handledning för studenter på grund- och specialist nivå fortsätter satsningen med tillsättande av adj. kliniska adjunkt tjänster.

Det är av stor betydelse för fortsatt rekrytering av distriktssköterskor och för att utveckla primärvården att den kliniska utbildningen tillförs såväl kliniska adjunkter och adjungerade kliniska adjunkter vars uppgift är att tillsammans med KI och yrkeshandledarna utveckla den kliniska utbildningen inom primärvården.

Specialiseringsområde i utveckling. Hälsöförebyggande/preventiv verksamhet

Inom flera distriktssköterskeverksamheter pågår hälsofrämjande arbete. Distriktssköterskor och sjuksköterskor arbetar aktivt med dessa frågor ibland med andra vårdgivare i team. Tydliga specialiseringsområden för distriktssköterskor/sjuksköterskor befrämjar folkhälsa och omvårdnad genom sjuksköterskeledda mottagningar och vårdutvecklingsledare inom centrala omvårdnadsområden. I Södra länsdelarna har samverkan med Allmänmedicinska institutionen inneburit tillskapande av vårdutvecklingsledare inom vårdområden sår, smärta, diabetes, astma – allergi, läkemedel och dokumentation. Inom Norra länet finns nätverk inom områden dokumentation, sår och smärta. En länsövergripande vårdutveckling inom hemsjukvård planeras inför år 2003.

Primär- och viss mån sekundärpreventivt arbete nedprioriteras dock på många ställen p.g.a. den allt mer arbetsintensiva hemsjukvården. Telefontillgänglighet prioriteras av politikerna vilket innebär att tid för preventiva insatser minskar. Avseende folkhälsosjukdomar som är primärvårdens stora åtagande har en utveckling påbörjats där enheter har profilerat ett ökat ansvarstagande för distriktssköterskor och sjuksköterskor med specialistfunktioner såsom t.ex. diabetesmottagning, blodtryckmottagning, astma och allergimottagning, KOL-mottagning samt inkontinensmottagning. Inom bland annat området diabetesvård har ett antal distriktssköterskor efter erforderliga akademiska poäng fått ett större ansvarsåtagande avseende denna patientgrupp. Ett flertal

projekt har startats inom SLL för stödjande patienter i egenvård inom astma-
allergiområdet.

Ett förtydligt uppdrag av folkhälso- och preventiva insatser i primärvården, där distriktssköterska är en resurs, skulle utgöra en viktig grund att förbättra hälsoläget inom Stockholms läns landsting.

Kunskapsbaserad vård med IT- stöd

Vad gäller samverkan mellan vårdnivåer och vårdenheter avseende vård och behandling, utgör lokala IT-informationsstöden VISS (Vårdinformation i Södra Storstockholm) och tidigare VINK (Vårdinformation Norra länet, Karolinska sjukhuset) en bas för gemensamma vårdprogram. Syftet är att stärka vårdkedjan med tillgänglig information om överenskomna vårdprogram samt uppdatering av adressregister och konsulter som stöd för kontakter i vårdkedja

Målet är att patienten ska uppleva minsta möjliga oönskade förändring av vårdens innehåll vid byte av vårdgivare eller vårdnivå.

I VISS har omvårdnadsdelen utvecklats. Syftet är att ge kunskap och informationsstöd till sjuksköterskor och distriktssköterskor i primärvården. Ett annat syfte är att tillhandahålla länkar och information som kan vara av intresse för sjuksköterskorna.

I respektive program beskrivs sjuksköterskans ansvars- och omvårdnadsområden. Ambitionen är att vårdprogrammen ska skrivas i samverkan mellan sjuksköterskor i den öppna och slutna vården.

Inom Stockholms läns landsting Medicinska programarbete har ett antal regionala vårdprogram tagits fram och godkänts. Dessa kommer att naturligt länkas in i de lokala informationssystemen. Likaledes den nationella Handboken för hälso- och sjukvård finns som en viktig kunskaps källa och metodbok tillgänglig på www.infomedica.se/handboken.

Kvalitetsindikatorer för distriktssköterskeverksamheten

Arbetsgrupper inom Riksföreningen för distriktssköterskor har inom viktiga och i primärvården vanliga vårdområden tagit fram förslag till nationella kvalitetsindikatorer.

Med hjälp av dessa kvalitetsindikatorer kan man identifiera förhållanden som behöver studeras närmare när det gäller orsakssamband och möjlighet till förbättringar.

Vårdområden som idag finns framtagna är för patientgrupper med bensår, diabetes, högt blodtryck, astma och urininkontinens.

Ytterligare vårdområden som det är framtagna kvalitetsindikatorer för är alkohol och andra droger, tobak, fallskador och läkemedelshantering. Det finns idag ingen regelmässig registrering av kvalitetsmått för distriktssköterskeverksamheten.

Utvecklingsområden

I samband med det Medicinska programarbetet har programområdet för omvårdnad tagit fram ett regionalt vårdprogram för prevention och behandling av trycksår. I en kartläggning som genomfördes under 2001 slumpmässigt på ett antal vårdcentraler och distriktssköterskemottagningar visade att inom området trycksårprevention finns idag ingen vedertaget arbetssätt för att göra riskbedömningar och förebygga trycksår.

Kartläggning utgör en baslinje för det interventionsprogram som de regionala vårdprogrammen kommer att utgöra. I samband implementering av det regionala vårdprogrammet för trycksårprevention och behandling kommer efterfrågan på regelmässig uppföljning ske.

Möjligheter att få data om primärvården

Det är idag svårt att utifrån central system ta fram vilken produktion som utgörs av distriktssköterskor och undersköterska på vårdcentraler, husläkarmottagning eller hemsjukvårdenheter. Rapportering kan endast härföras till besök och då sker en klar underrapportering när tex en patienter får fler besök per dag. Patienter med stadigvarande kontakter insulingivning ett par gånger per dag glöms ofta bort. Inte heller kan utifrån det centrala registret spåras vilka tillstånd som sköts av distriktssköterskor. Möjlighet till att följa hälso-och sjukdomsutveckling, från preventiva insatser till vård livets slut, d.v.s. de patienter som omhändertas av distriktssköterskan är inte möjlig.

De kontakter som utgör en stor del av distriktssköterskans kontakter d.v.s. telefonrådgivning, samverkan med närstående och andra vårdaktörer kan inte beskrivas från gemensamma register.

Beskrivning av distriktssköterskans/sjuksköterskan/undersköterskans verksamhet blir felaktig vilket innebär att följsamhet till att registrera såväl besök på mottagning som i hemmet inte känns meningsfull då dessa kontakter endast avspeglar en ringa del av distriktssköterskeverksamheten.

Hur ska distriktssköterskeverksamheten synliggöras, kvalitetsmätas och utvärdera? Vilka nyckeltal kan vi använda?

Hur ska distriktssköterskeverksamheten beskrivas och hur ska effekterna av distriktssköterskans folkhälsoarbete, omvårdnad och behandling redovisas?
--

Omvårdnad – Psykiatri

Anette Erdner, VÅRDSAK

Aktuellt

Vårdsak - område psykiatrisk vård omfattas av barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri samt beroendevård. Vuxenpsykiatri tillhör något av SLL: s produktionsområde som i sin tur innefattas av en eller flera kliniker. Klinikerna är indelade i sektioner alt. område. Några kliniker har valt att organisera sina verksamheter utifrån diagnosgrupper och akuttillstånd, kortvariga samt långvariga vårdbehov. Andra har valt att organisera sin verksamhet utifrån akutpsykiatriska behov, öppen samt slutenvård. Principiellt innebär dessa organisatoriska skillnader, att för sektionsindelade kliniker är patientens diagnos avgörande för tillhörighet inom vårdkedjan medan områdesindelade kliniker vänder sig till samtliga våldsökande inom upptagningsområdet. Dessa organisatoriska skillnader kan försvåra för den sökande att hitta rätt vårdform inom SLL. Dessutom kan de organisatoriska skillnaderna försvåra möjligheterna till valfrihet.

Under år 2001 förändrades åldersgränsen för vuxenpsykiatrisk vård från 20 – 18 år. Öppenvårdsmottagningar inom SLL har under året påtalat att nybesök har ökat i omfattande grad. Vad i ökningen orsakas av är oklart, om det är ett ökat ohälsotal eller förändrad åldersgräns eller en ökad benägenhet hos ungdomar att söka psykiatrisk vård. Förhoppningsvis besvaras dessa frågor snart.

Dessa unga patienter antas ha behov andra av vård- insatser än vad psykiatri varit med om tidigare. Det kan antas att dessa unga patienter förväntar sig att kunna få hjälp med korta och snabba insatser samt att de är välinformerade om olika behandlingsmetoder och initialt blir delaktiga vid valet av behandlingsmetod. Vi kan också utgå ifrån att många är brukare av Internet som de ser som en självklarhet att ha tillgång till även när de är ineliggande.

Andra efterfrågade områden är anhörigutbildningar och hjälpinsatser. På många ställen har anhörigutbildningar genomförts och de har rönt stor uppskattning och efterfrågan. Dessa utbildningar har också givit förfrågan om särskilda riktade stödinsatser ämnade för anhöriga.

Utarbetande av informationsmaterial som avses ges via IT pågår. Efterfrågan om möjlighet att byta vårdgivare ökar kontinuerligt, i de flesta fall är det anhöriga som önskar byte av vårdgivare.

Samarbetspartner

Kommun och primärvård är viktiga samarbetspartner. Samarbetet kommer att vara i behov av fördjupning så att patienters vård- och omsorgsbehov tillgodoses på ett ändamålsenligt sätt.

För detta kommer att krävas tydliga samarbetsavtal mellan organisationerna och huvudmännen. I dessa samarbetsavtal behöver även omvårdnadsfrågor omnämnas.

Framtida teamarbete

Inom psykiatrisk vård är teamarbete en självklar organisationsstruktur och kommer säkerligen fortsätta att finnas.

Patientens behov av helhetssyn med många vårdgivare fodrar framgent att det professionella samarbetet förbättras. De olika yrkesgruppernas ansvar och befogenheter bör ses över så att patientens helhetsbehov tillgodoses.

Fokus på omvårdnad

Under många år har det inom klinisk verksamhet, och fortfarande, varit svårt att särskilja och få en acceptans att psykiatrisk omvårdnad är ett separat ämne. Ibland menas att psykiatrisk omvårdnad är något som inte går att särskilja ifrån andra ämnen i andra fall uttrycks en konkurrens med andra kunskapsområden. I forskningssammanhang och utbildningssituationer är det självklart att psykiatrisk omvårdnad är ett separat kunskapsområde resp. huvudämne. Huvudämnet psykiatrisk omvårdnad utgår ifrån att patientens/ individens utsagor om sin situation och tillstånd har avgörande betydelse och ligger till grund för vilka hjälpinsatser som erfordras.

Grundantagandet är;

- att patientens upplevelser har betydelse för hur vårdarbetet ska läggas upp
- att om patienten är delaktig i sin vård- planering så ökar möjligheterna för en god hälsoutveckling
- att patientens delaktighet ger möjligheter till att motivera och revidera patientens utsagor

Fortfarande är det vanligt förekommande att patienten inte medverkar i sin egen vård- planering, ibland anges skäl som att patienten utsagor inte är verklighetsanknutna. Studier visar på motsatsen att patienter är införstådda med sina svårigheter och lämpliga åtgärder men de har en oförmåga att använda sig av kunskapen och tillämpa den i praktiska situationer (Erdner m.fl.2002, Topor 2001).

Häri föreligger ett stort utvecklingsbehov som:

- att öka patienters medverkan i vårdplanering
- att acceptera ämnet psykiatrisk omvårdnad utan att förkasta andra ämnen
- att tillämpa forskningsresultat öka i psykiatrisk omvårdnad.

För att skapa en vård som på ett optimalt sätt bör hänsyn tas till denna kunskap och det krävs fortbildning men också tid för reflektion och diskussion. Framförallt krävs ökad insikt om vikten av teamarbete.

Kompetens och framtida kompetensbehov

Behovet av kompetent personal inom psykiatrisk vård kommer att öka inom SLL i takt med att befolkningen ökar. Att utbilda en sjuksköterska inom psykiatrisk vård tar minst 4 år. Ett stort dilemma är att få söker till specialistutbildning i psykiatrisk vård, ca 40- 50 % av utbildningsplatserna är besatta. Detta måste naturligtvis påverkas och försöka locka sjuksköterskor till psykiatrin. För det är inte möjligt att ersätta sjuksköterskor med någon annan yrkesgrupp allteftersom arbetet födrar alltmer ökade kunskaper pga. grund av att det utvecklas till att bli alltmer mångfacetterat. Allt större krav ställs på både kompetensbredd inom yrket samt fördjupad kunskap/spetskunskap inom vissa områden.

Personalförsörjning

Alla prognoser talar för att befolkningens psykiska ohälsa ökar vilket också kommer att kräva fler psykiatriska sjuksköterskor både inom den öppna och slutna vården. Förmodligen kommer även primärvården få ett ökat ansvar för människor med psykiska ohälsotillstånd som vidare kan generera, för primärvården, nya personalkategorier. Pensionsavgångar bland psykiatriska sjuksköterskor i länet täcks på intet sätt av dem som nyutbildas. Behovet av psykiatriska sjuksköterskor kommer därför att öka.

Organisatoriska aspekter på vården och vem som gör vad diskuteras allt mer. Anlitandet av personal från uthyrningsbolag kan vara till hjälp under kortare perioder. På lång sikt kan de ge negativa effekter inte bara ur ekonomiskt perspektiv utan också organisatoriskt och ansvarsmässigt. När negativa konsekvenser uppstår är dess effekter ofta avhängigt av större om det är som regel avhängigt

Införande av regionala vårdprogram

Under året har flera regionala vårdprogram framtagits. De som kan nämnas är RVP för:

- Psykosvård
- Suicidnära patienter
- Tvångsneuroser
- Alkoholberoende
- Affektiva sjukdomar

Forskning

Intresset för forskning ökar inom grupper med medellång vårdutbildning. Detta är något som gagnar både patienter och sjukvårdsorganisationen. I takt med att fler yrkeskategorier intresserar sig för detta område ökar kunskapen om faktorer som påskyndar tillfrisknandet vid sjukdom.

Forskningen bidrar också till att förbättra behandlingsmetoder och öka kunskapen om implementering av nya vård- metoder samt undervisning. Inom området psykiatrisk omvårdnad pågår en del forskning.

Exempel på områden där det pågår psykiatrisk omvårdnadsforskning är;

- Högberg. T., Personer som bor granne med en psykiskt sjuk person.
- Svedberg B., Sjuksköterskors och patienters erfarenheter av depåneuroleptika.
- Dahlstrand A., Det första mötet med psykiatrisk vård.
- Magnusson A-B., Vård i hemmet av personer med psykiska funktionshinder.

Referenslista

Erdner A., Nyström M., Severinsson E., Lützén (2002)

“Psychosocial disadvantages in the lives of persons with longterm mentall illness living in a Swedish community”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **9**, 457-463.

Topor A.

”Återhämtning från svåra psykiska störningar”(2001) Natur och Kultur, Stockholm.

Omvårdnad – Rörelseorganens sjukdomar

Lars Strömberg, VÅRDSAK

Läget inom den Ortopediska vården

Vad som är Ortopedisk omvårdnad har under de senaste decennierna förskjutits från ett förhållandevis tekniskt innehåll – bandage, (balanserade) sträck, lyft, gångträning med hjälpmedel – till basal omvårdnad av gamla och mycket gamla människor med frakturer och då framför allt höftfraktur.

Omvårdnadsåtgärder kretsar kring förhindrande av komplikationer till sängläge och immobilisering såsom trycksår, blodpropp, svullnad, urinstämma, förstoppning och lunginflammation samt givetvis mobilisering.

Artroskopiska operationsmetoder och utbyggnad av dagkirurgisk verksamhet, utvecklingen mot allt säkrare ledproteser, att sträckbehandling som immobilisationsmetod vid frakturvård har frångåtts samt att synen på hur belastning påverkar frakturläkningen har förändrats innebär idag att ortopedisk slutenvård vid SLL:s sjukhus karaktäriseras av korta/mycket korta vårdtider (om inläggning över huvud taget sker). Dessutom har landstingsfinansierad privatvård på några år övertagit en betydande del av den elektiva kirurgin: artrospatients (yngre äldre med broskförslitning i höft- och knäleder), patienter med ryggsmärtor och patienter med ledbands- och broskskador, fram för allt i knäna ("idrotts"skador).

Härigenom har akutfall – frakturer och mjukdelsskador – kommit att utgöra en allt större del av verksamheten vid Landstingets ortopedkliniker. Patientgruppen utgör 50-80 % av inläggningarna på en ortopedavdelning. Andelen varierar med åldersstrukturen i upptagningsområdet. Av akutfallen utgör i sin tur gamla och mycket gamla patienter med osteoporosrelaterade frakturer mer än hälften av antalet. Det är också dessa som nyttjar huvuddelen av de befintliga omvårdnadsresurserna. Höftfraktur är den mest betydelsefulla frakturdiagnosen inom ortopedisk slutenvård och belägger cirka en tredjedel av klinikens vårdplatser.

Under året har en omsvängning accelererat gällande operationsmetoder vid höftfraktur. Forskningsresultat från flera stockholmssjukhus visar att operation med total höftledsprotes i stället för skruvar vid vissa frakturtyper ger bättre ADL-förmåga, gångförmåga och självskattad livskvalitet. Det större ingreppet innebär dock att behovet av specialistkompetens i omvårdnaden ökar.

Kompetens och framtida kompetensbehov

Behovet av kompetent personal inom ortopedisk vård kommer att öka inom SLL i takt med att befolkningen blir allt äldre.

De kliniska utbildningsavdelningarna (KUA) vid HS, DS och SöS är ortopedavdelningar. Under året har KUA vid SöS övergått från att vara en del av ortopedkliniken till att administreras av Karolinska Institutet och handledarna/sjuksköterskorna har numera anställning som kliniska adjunkter vid Institutionen för Omvårdnad. Härmed kan ses möjligheter för stärkt integration av omvårdnadens teoretiska grunder i den praktiska utbildningen.

Möjliga förbättringsområden

Vårdtider har inom alla specialiteter mer än halverats på 10 år. Tempot i Stockholms akutsjukvård ökar idag nära nog okontrollerat. Detta är särskilt iögonenfallande för gruppen äldre och mycket äldre patienter med benskörhetsfrakturer där stafettliknade vårdkedjor har utvecklats för att snabbt flytta runt patienterna mellan vårdnivåer utifrån ett ”optimalt” resurs-utnyttjandeperspektiv.

Dagens situation i akutsjukvården med äldre och sjukare patienter, allt färre vårdplatser, stor personalomsättning, vakanser, allt större arbetsbörda och nya idéer om arbetstidsförläggning, kompetensprofiler och arbetsorganisation innebär att behovet av stärkt kontinuitet, ett personligt definierat planeringsansvar och uppföljning i akutsjukvården är större än någonsin.

Upphandling av vård med ett fixerat pris per vårdtillfälle för en diagnos har sedan införandet 1992-93 lett till dramatiskt förkortade vårdtider i akutsjukvården för dessa patienter. Medelvårdtider på Stockholmsjukhusen för t ex äldre höftfrakturpatienter (en stor, tung grupp i akutsjukvård) på 5-7 dagar innebär att nära nog ingen patient ens kan ta sig ur sängen själv vid utskrivningen. I stället har symbiotiska förhållanden uppstått mellan de olika klinikerna och eftervårdsinstitutioner, typen varierar beroende på tillgång; exempelvis akutgeriatriska kliniker, stiftelseägda rehab. platser, privata vårdhem eller kommunala korttidsboenden. Gemensamt är att sedan ett par år tillbaka har t ex alla äldre höftfrakturpatienter med ett självständigt boende i botten åtminstone två vårdtillfällen i följd för sin höftfraktur. Tecken tyder på att cirka hälften dessutom har ett tredje (primärkommunalt) vårdtillfälle.

Uppdelning av ett vårdtillfälle på två landstingsdrivna och landstingsfinansierade verksamheter – kliniken på akutsjukhuset och rehabilitering/eftervård på geriatrisk klinik – innebär att beställaren betalar två räkningar i stället för en. Tempoförlusten vid förflyttningen och dubbleringen av administrationen gör att kostnaden blir större än nödvändigt.

Personalförsörjning

Flera ortopedkliniker dras med brist på sjuksköterskor, speciellt nattetid. Bemanningföretag finns inne på flera håll.

Införande av regionala vårdprogram

Under året har arbetet i Socialstyrelsens regi med Nationella riktlinjer för vård vid höftfraktur slutförts. Detta är ett integrerat vårdprogram där författarna (läkare, sjuksköterska och sjukgymnast) gemensamt har utformat texten.

Omvårdnadsaspekter är genomgående tillvaratagna i skrivningarna. Publicering, inkluderande särskilt dokument riktat till lekmän/patienter, sker i början av 2003.

Pågående vårdutveckling inom SLL området

I december 2002 startar en bred epidemiologisk kartläggning i SLL av höftfrakturpatientgruppen (bakgrund, åtgärder och behandlingsresultat) inklusive vårdkedjor mellan huvudmän och vårdkonsumtion på alla nivåer. Detta sker inom ramen för ett HSN-stött multicenterprojekt omfattande de 4 stora landstingsägda sjukhusen i SLL (DS, HS, KS och SöS). Projektet har stark omvårdnadsprägel och rymmer såväl riskbedömning för trycksår och trycksårsförekomst som kartläggning av demens och akuta förvirringstillstånd i patientgruppen. Studien innebär bland annat att Stockholmssjukhusen för första gången på många år kommer att rapportera behandlingsdata till det nationella kvalitetsregistret Rikshöft.

Pågående forskning inom omvårdnadsområdet

En forskargrupp knuten till Institutionen för Omvårdnad vid Karolinska Institutet undersöker idag omvårdnadsaspekter på omhändertagandet av äldre patienter med höftfraktur: effekter av förändringar i vårdorganisationen, dokumentationsmönster, hur samtidig demens och förvirringstillstånd påverkar vårdinnehållet.

Omvårdnad – Äldrevård

Katarina Eveland, Vårdsak

Inledning

Omvårdnadsbehovet inom äldrevård är stort och kommer att så förbli. Antalet äldre invånare i SLL kommer visserligen att minska något men antalet invånare över 80 år kommer inte att minska och det är inom den gruppen som de största omvårdnadsbehoven finns.

Omvårdnadsbehov hos äldre uppstår inom såväl primärvård, geriatrik, akutsjukvård som inom kommunala/privata verksamheter och boendeformer.

Kvaliteten på omvårdnad kan med största säkerhet uppfattas som mycket varierande av såväl patienter som personal. Den negativa bild som massmedia nästan uteslutande lyfter fram utgör dock inte hela sanningen. Exempel på bra verksamheter och nöjda patienter och brukare finns.

Personalförsörjning

Den främsta orsaken till brister som idag finns är relaterade till personalsituationen. Vakanta sjukskötersketjänster har varit och utgör fortfarande ett stort problem. Även brist på undersköterskor spås för framtiden.

När verksamheter töms på egna personalresurser och blir mer eller mindre beroende av uthyrningspersonal är risken stor att förutom att personalkostnaderna ökar, att omvårdnads kvaliteten sjunker. Anledningen till sämre omvårdnads-kvalitet genom med förre egen anställd personal handlar om att trygghet/kontinuitet är centrala kvalitetsbegrepp inom omvårdnad av äldre. Personalbrist och brist på kontinuitet bland omvårdnadspersonal försvårar all form av omvårdnadsutveckling och kvalitetsuppföljning.

Utbildning/Kompetens

Att generellt utbilda fler sjuksköterskor och undersköterskor är en del av problemets lösning. En annan är att öka kompetensen hos omvårdnadspersonal i det normala åldrandets processer och att möta behoven hos den sjuka äldre patienten.

Idag kan man konstatera att 40p specialistutbildning för sjuksköterskor i äldrevård under flera års tid haft mycket få sökande. Även fördjupningskurser för undersköterskor i äldrevård har ställts in på grund av för få intresserade.

För att stimulera sjuksköterskor att söka specialistutbildning inom äldrevård bör specialisttjänster finnas som tar till vara och synliggör specialkompetens. Det är också önskvärt att man inom högskolan samordnar utbildningar. Att konkurrera om få sökande för ofta med sig att ingen kan fylla en kurs. Morgondagens specialistutbildning måste också kunna erbjudas genom ”flexibla” studievägar.

Undersköterskor måste också i större utsträckning än i dag få möjlighet till fortbildning, även på poängnivå.

Kan vi inte visa dagens ungdomar att ett yrke inom äldreomsorg är attraktivt med stora utvecklingsmöjligheter kommer vården att stå inför mycket stora problem i framtiden.

Omvårdnad för patienter med demenssjukdom

Inom ramen för Medicinskt Program Arbete kommer inom kort ett vårdprogram för demensvård. I det sammanhanget är det särskilt viktigt att framhålla specialistkompetens i omvårdnad av patienter med demenssjukdomar. Inom flera kommuner finns idag demenssjuksköterskor som arbetar dels med patient- och anhörigkontakter men också utbildar och handleder personal.

Fler demenssjuksköterskor att tillgå, kanske också inom akutsjukvården, för konsultation och handledning skulle med största säkerhet förbättra omhändertagandet av till exempel patienter med demens/förvirringstillstånd. Forskning som den Naomi Feil bedrivit om hur man hjälper disorienterade äldre med demenstillstånd behöver spridas till omvårdnadspersonal inom alla verksamheter som vårdar den äldre befolkningen.

För att kunna erbjuda den äldre befolkningen en trygg och säker omvårdnad i framtiden behövs:

- välutbildad personal
- kontinuitet bland personal och ledare
- specialkompetens/specialisttjänster
- möjlighet att utveckla/forska runt omvårdnad för äldre
- möjlighet att ta del av och sprida forskning
- ökat samarbete mellan högskola/gymnasieskola och verksamheter

Förteckning över rapporter från MPA

Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2000 (MPA 1/00)
Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2001 (MPA 1/01)
Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2002 (MPA 1/02)

Programområdenas Årsrapporter från MPA 2000
Programområdenas Årsrapporter från MPA 2001

Programområdenas Årsrapporter från MPA 2002

MPA 2/02 Kvalitetsutveckling
MPA 3/02 Akut omhändertagande (AO)
MPA 4/02 Barnsjukvård (B)
MPA 5/02 Hjärt-, Kärl- och Lungsjukvård (HKL)
MPA 6/02 Kvinnosjukvård (K)
MPA 7/02 Medicin – Kirurgi 1 (MK 1)
MPA 8/02 Medicin – Kirurgi 2 (MK 2)
MPA 9/02 Medicin – Kirurgi 3 (MK 3)
MPA 10/02 Medicinsk Service (MS)
MPA 11/02 Nervsystemets sjukdomar (N)
MPA 12/02 Omvårdnad (O)
MPA 13/02 Primärvård (PV)
MPA 14/02 Psykiatrisk vård (P)
MPA 15/02 Rörelseorganens sjukdomar (R)
MPA 16/02 Äldrevård (Ä)

MPA 2/01 Arbetssätt och Rapportstruktur – Medicinskt Program Arbete.
Samverkan kring den medicinska utvecklingen

Fokusrapporter

MPA 1/01 Äldre multisjuka, steg 1
MPA 2/02 Äldre multisjuka, steg 2
MPA 3/02 MR- utredning

Regionala vårdprogram

MPA 1/02 Normal graviditet, förlossning och eftervård
MPA 3/02 Trycksår – prevention och behandling
MPA 4/02 Vård av suicidnära patienter
MPA 5/02 STI/hiv-prevention

Samtliga Årsrapporter är publicerade på MPAs webbsida www.hsn.sll.se/mpa