

Inkontinensprojektet

Personalens uppfattningar om äldre vårdtagares urininkontinens
vid tre kommunala vård- och omsorgsboenden
och hantering av frågor kring detta



Rapport från FoU Sjuhärad Valfärd
36, 2016
ISBN 978-91-85025-32-9

Lise-Lotte Jonasson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Inkontinensprojektet

Personalens uppfattningar om äldre vårdtagares
urininkontinens vid tre kommunala vård- och omsorgs-
boenden och hantering av frågor kring detta

Lise-Lotte Jonasson

RAPPORT NR 36, 2016
ISBN 978-91-85025-32-9

Redigering
PIA MATTZON, FoU SJUHÄRAD VÄLFÄRD

Tryck
RESPONSTRYCK, FEBRUARI 2016

Inkontinensprojektet

Personalens uppfattningar om äldre vårdtagares urininkontinens vid tre kommunala vård- och omsorgsboenden och hantering av frågor kring detta

FoU Sjuhärad Vålfärd | *Slutrapport*

Författare

Lise-Lotte Jonasson

© **Författaren**

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport – helt eller delvis – är förbjudet utan medgivande av författaren.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FoU Sjuhärad Vård | Rapport nr 36, 2016

Inledning	9
Bakgrund	10
Förekomst.....	10
Bakomliggande orsaker och utredning av urininkontinens	11
Forskning om behandling och åtgärder	12
Konsekvenser av urininkontinensproblematiken.....	13
Urininkontinens ur personalens perspektiv	14
Vad urininkontinens betyder för vårdtagarna	15
Teoretiska utgångspunkter	16
Personcentrerad vård och omsorg	16
Orems egenvårdsteori – en omvårdnadsmodell.....	17
Coping – strategier för att hantera olika behov.....	17
Problemformulering	19
Syfte	19
Metoder och genomförande	20
Intervjuer	20
Urval.....	20
Datainsamling och genomförande.....	20
Analys av intervjuer.....	21
Mätningar och inkontinensscreening	21
Urval.....	21
Datainsamling och genomförande.....	22
Analys av mätningarna	22
Etiska överväganden	23
Studiens resultat	24
Resultat från intervjustudien	24
Attityder till inkontinens och dess konsekvenser för hanteringen.....	24
Uppfattningar om utredning och åtgärder.....	25
Oklara rutiner kring utredning av urininkontinens	26

Kommunikation och organisering	28
Hinder som påverkar omvårdnad vid urininkontinens	29
Trygghetsfaktorer som kan bidra till att stärka kontinens.....	29
Vårdtagares inflytande och delaktighet	32
Personals lyhörddhet och vårdtagares utsatthet	33
Förslag till förbättringar	33
Resultat från mätningarna	36
Att komma till toalett.....	37
Inkontinensskyddens absorptionskapacitet	37
Resultatsammanfattning	40
Analys och diskussion med reflektion	41
Förändringar för att öka vårdtagares delaktighet	41
Kommunicera utifrån vårdtagares livsvärld	42
Förändringar inom organisation och ledning	43
Kompetenser och bemanning	44
Implementering av arbetssätt.....	45
Etik och stress	46
Copingstrategier	47
Förbättringar i ekonomi och hållbarhet.....	47
Metoddiskussion.....	49
Några slutsatser.....	49
Förslag på framtida forskning.....	49
Diskussionsfrågor	50
Referenser	53
Bilagor	61
Bilaga 1: Intervjustudiens informanter	
Bilaga 2: Information till intervjustudiens deltagare	
Bilaga 3: Intervjufrågor till personal	
Bilaga 4: Intervjufrågor till forskrivare	
Bilaga 5: Intervjufrågor till chefer	
Bilaga 6: Intervjufrågor till chefläkare primärvård	
Bilaga 7: Screening för inkontinens	
Bilaga 8: Till brukare och personal	

INLEDNING

Den komplexa problematiken kring äldre vårdtagares urininkontinens uppmärksammades av en distriktssköterska i Ulricehamns kommun och tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) tog de kontakt med FoU Sjuhärad Välfråd (FoUS), angående samarbete kring urininkontinensfrågor vid vård- och omsorgsboenden för äldre. Ett projektunderlag lämnades från en förstudie som genomförts vid ett vård- och omsorgsboende våren 2014. Därefter planerades och genomfördes en gemensam studie i två delar med stöd av en referensgrupp bestående av representanter från Ulricehamns, Tranemos och Bollebygds kommuner samt en från Södra Älvsborgs sjukhus. Studiens syfte var att undersöka förekomst och hantering av urininkontinens samt utredning och åtgärder, inklusive konsekvenser, för äldre personer vid tre vård- och omsorgsboenden.

Utifrån ett folkhälsoperspektiv är urininkontinens ett vanligt förekommande problem hos äldre personer, framför allt äldre kvinnor, som kan innebära en försämrad livskvalitet. Behov av ökad kunskap om urininkontinens och dess problematik finns hos dem som vårdar äldre personer, likaså finns ambitioner om att kunna arbeta mer individriktat genom preventiva åtgärder, för att äldre ska kunna få uppleva en högre grad av välbefinnande. Till stöd för att kunna genomföra detta behövs en organisation som möjliggör och stöder ett mer personcentrerat arbetssätt. Området är även viktigt att belysa ur ett samhällsperspektiv eftersom kostnaderna för hjälpmedel innebär en betydande utgift för kommunerna. Nuvarande hantering av problematiken handlar i huvudsak om att försöka lindra i stället för att utreda och åtgärda bakomliggande orsaker som nedsatt blåsfunktion eller nedsatt rörelseförmåga (Lawhorne, Ouslander, Parmele, Resnick & Calabrese, 2008; Tak, van Hespén, van Dommelen & Hopman-Rock, 2012; Vinsnes, Helbostad, Nyrønning, Harkless, Granbo & Seim, 2012).

I föreliggande rapport redovisas förekomst av urininkontinens hos äldre vårdtagare vid vård- och omsorgsboenden (benämns även särskilda boenden) i tre kommuner och hur personal inom berörda professioner uppfattar problematiken samt deras förslag till förbättringar. I rapporten används följande begrepp och de avser samma betydelse; äldre vårdtagare, äldre person, vårdtagare, äldre på särskilt boende samt äldre på vård- och omsorgsboende. Studiens professioner har indelats i två kategorier: lednings- och handledningspersonal och omvårdspersonal. Ledningspersonal är ansvariga chefer vid särskilda boenden, handledningspersonal handleder omvårdnadspersonal och är distriktssköterska eller sjuksköterska med förskrivningsansvar. Som omvårdnadspersonal benämns undersköterskor med ansvar för omvårdnadsarbetet.

BAKGRUND

I detta bakgrundsavsnitt presenteras tidigare studier av urininkontinens nationellt och internationellt, olika orsaker, utredning och forskning om olika behandlingsmetoder samt åtgärder. Vidare beskrivs forskning om vilka konsekvenser som attityder kring urininkontinens kan få för vårdtagarna. Studien har avgränsats till att omfatta äldre och ofta sköra individer vid vård- och omsorgsboende där urininkontinens förekommer. Faecesinkontinens (avföringsinkontinens) innefattas inte i studien.

Förekomst

Urininkontinens utgör en problematik såväl i Sverige som internationellt. I Sverige är urininkontinens ett komplext folkhälsoproblem, cirka 30–40 procent av befolkningen från 65 års ålder berörs av detta. Det innebär att urininkontinens angår mer än en halv miljon svenskar över 65 års ålder, enligt (SBU) Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013). Funktionsrubbnings drabbar båda könen, alla åldrar och orsakerna är många. Majoriteten som berörs är kvinnor och en fjärdedel av alla 80-åriga män uppfattas ”läcka urin”. Kostnaderna uppskattas till mellan 3–5 miljarder kronor om året i Sverige och utgör således en stor del av sjukvårds- och omvårdnadskostnaderna. Operativa ingrepp genomförs enbart på äldre personer under 80 år och inte på sköra äldre över 80 år (SBU, 2013). Antalet operationer har stigit med 50 procent under de senaste åren och idag genomförs 4 500 årligen. Urininkontinens är ett problemområde som berör olika målgruppers livskvalitet och som förväntas öka på grund av att en större andel av befolkningen blir allt äldre (SCB, 2014). Som jämförelse uppskattas det att 5–10 miljoner kvinnor över 20 års ålder har urininkontinensproblem i Storbritannien (Davis, 2008). Flertalet kvinnor över 80 år med urinkontinens har även omfattande vårdbehov på grund av skörhet, multisjuklighet och kognitiv svikt. (Flanagan et al., 2012; Fonda, DuBeau, Harrari, Oulsander, Palmer & Roe, 2005). Inkontinensproblematik är den näst största orsaken efter demenssjukdom till att äldre flyttar till vård- och omsorgsboenden. Närmare 70 procent av personer med inkontinens har även en depression enligt en studie i Storbritannien (Davis, 2008). Därtill förväntas antalet äldre med komplexa vårdbehov öka i framtiden (Crimmins & Beltran Sanchez, 2010). Uppskattningsvis har 50–80 procent av de äldre på vård- och omsorgsboenden i Sverige problem med urininkontinens (Vårdhandboken, 2015).

Bakomliggande orsaker och utredning av urininkontinens

År 2003 utgav SBU en systematisk kunskapsöversikt om inkontinens med en uppföljning 2013 inriktad mot äldre: *Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre*. Rapporten redovisar olika behandlingsmetoder som finns att tillgå även för äldre och betonar att utredning är viktig och ska föregå eventuell behandling. Vidare understryks att etiska ställningstaganden är väsentliga när det gäller omfattning och inriktning på utredningar och åtgärder. Rapporten beskriver också att olika insatser bör anpassas efter individens behov.

ICS (International Continence Society) Committee on Standardisation har standardiserat definitioner och nomenklatur kring urininkontinens och enligt denna definieras urininkontinens som ”alla former av läckage”, som ett symptom och inte en diagnos (ICS, 2013). Orsakerna till urininkontinens är flera och bakomliggande orsaker bör utredas inför val av behandlingsform. Inkontinensproblematik kan uppstå när personer med demenssjukdom eller annan förvirring inte uppfattar kroppens signaler, har svårigheter att ta sig till toalett, östrogenbrist, förändringar i urinrör, urinblåsa, stödjevävnad och muskulatur, underlivsinfektion, med mera (Vårdhandboken, 2015). Det finns studier som visar att äldre på vård- och omsorgsboenden har låga förväntningar när det gäller förbättring av inkontinensproblemen, vilket kan bidra till att problematiken inte uppmärksammas och utreds (Ostaszkiwicz, O’Connell & Dunning, 2012).

Till hjälp för att kunna utreda urininkontinens hos äldre personer finns olika kvalitetsprogram och register (Nikola, 2015; Senior alert, 2015). Dessa program finns lättillgängliga för personal inom kommuner och landsting. Enligt gällande riktlinjer i Sverige har verksamhetschefer ansvar för att utse behörig hälso- och sjukvårdspersonal som ska genomföra en forskrivningsprocess. Den omfattar kartläggning av urinläckage, individuell anpassning samt utprovning och ordination av hjälpmedel. Läkare, uroterapeut och distriktssköterska/sjuksköterska eller barnmorska med särskild kompetens, ansvarar för att utredningar genomförs i enlighet med den nationella Vårdhandboken (2015).

I denna studie används utredning som ett begrepp, vilket åsyftar de basala utredningar som görs av ovanstående professioner. Syftet med basala utredningar är enligt det nationella nätverket för blås- och tarmfunktionsstörning Nikola (2015) att definiera bakomliggande orsaker till vårdtagares blåsstörning. Basal utredning omfattar även en anamnes där den äldre skattar sina symptom och problem samt status som beskriver nuvarande problem och situation. Vidare ingår det i basal utredning ett toalettschema för att systematiskt kunna redovisa vårdtagares blåstömningsmönster. Om inte vårdtagaren blir kontinent trots

toalettassistans, utförs även en läckagemätning. Vidare kan urinmätning genomföras för att få information om dygnsvolym urin, antal blåstömningar, största/minsta volym, medelvolym, urinvolyms fördelning mellan dag och natt samt eventuell förekomst av urinläckage. Läckagemätning ger ett objektiva mått på mängden urin som patienten läcker. Mätningen används i utredningssyfte och vid utprovning och utvärdering av inkontinenshjälpmedel. Vid misstanke om blåstömningssproblem sker mätning av residualurin (resterande urinmängd). Undersökningen utförs oftast med hjälp av blåsscanner. De tidigare beskrivna studierna har genomförts i primärvården. Ibland behövs det ytterligare utredningar såsom ultraljud eller cystoskopi, vilka utförs av gynekolog eller urolog (Vårdhandboken, 2015).

Forskning om behandling och åtgärder

Enligt SBU (2013) saknas det vetenskapliga studier om den viktiga basala omvårdnaden i samband med inkontinensproblematik, t.ex. assistans till toalett och uppmärksamhets- och fysisk träning för sköra äldre. Det saknas även vetenskapliga studier som bedömer olika metoders kostnadseffektivitet. Sammanfattningsvis anser SBU att det finns stora behov av studier med fokus på sköra äldre och att det saknas forskning om bland annat omvårdnadsåtgärder och prevention samt botande eller lindrande insatser för målgruppen. Denna studie hoppas kunna tillföra viss kunskap i området samt även kunna vara underlag för fortsatt forskning i ämnet.

Flera litteratursökningar har genomförts som underlag till rapportens kunskapsöversikt med fokus på behandling och åtgärder vid urininkontinens. En systematisk litteraturstudie av Talley, Wyman & Shamlan (2011a) genomfördes för att undersöka vilka traditionella eller konservativa interventioner som kan vara framgångsrika för att minska urininkontinensproblemen. Sju studier ingick som omfattade 683 personer varav 75 procent var kvinnor över 65 år. Åtgärder som visade sig vara framgångsrika för att minska inkontinensproblemen var metoder som innefattade blåsträning och bäckenbottenträning, ändrat intag av dryck, motverkande av förstoppning samt strategier för att kunna hantera stress (Talley, Wyman & Shamlan, 2011b). Liknande framgångsrika resultat ingår i flera studier avseende fysisk träning, det vill säga träning av urinblåsa och bäckenbotten för att minska inkontinens (Aslan, Komurcu, Beji & Yalcin, 2008; Sackley et al., 2008). Det finns även resultat som påvisar motsatsen eller osäkerhet kring hur resultaten ska tolkas.

Ett träningsprogram har prövats för att undersöka om det gick att förbättra bäckenbottenmuskulaturen, urinblåsa samt fysisk förmåga hos kvinnor på äldre-

boenden. Den fysiska prestationsförmågan förbättrades hos interventionsgruppen, men minskningen av inkontinensproblematiken gick inte att säkerställa till resultaten (Tak et al., 2012). I en norsk studie av 68 personer vid vård- och omsorgsboende, inklusive kontrollgrupp, undersöktes det om ADL-träning kombinerat med fysisk träning kunde minska inkontinens. Vid uppföljning efter tre månader visade interventionsgruppen förbättringar gällande urininkontinens, medan kontrollgruppens inkontinens hade försämrats (Houten, Achterberg & Ribbe, 2007; Vinsnes et al., 2012).

En studies resultat redovisar att såväl trycksårs- som inkontinensproblematik hos vårdtagare på vård- och omsorgsboenden var mer omfattande vid arbetsplatser med hög personalomsättning (Temkin-Greener, Cai, Zheng, Zhao & Mukamel, 2012). En fokusgruppsstudie av Resnick et al. (2006) redovisar att kontinens- och träningsprogram på äldreboende hade lägre prioritet än påklädning, duschning och måltider. Träning av exempelvis urinblåsa, vanor och tarmtömning betecknades alla som "blåsträning", vilket innebär att variationen av åtgärder inte kan klargöras (Resnick et al, 2006). Avsaknaden av kontinens- och träningsprogram på vård- och omsorgsboenden har även uppmärksammats i andra studier (Taunton, Swagerty, Lasseter & Lee, 2005; Saxer, de Bie, Dassen & Halfens, 2008).

Konsekvenser av urininkontinensproblematiken

Urininkontinens kan leda till ytterligare komplikationer. En studie som genomfördes i Spanien redovisar olika faktorer betydelse för risk att falla där antal sjukdomar utgjorde störst, risk men att även urininkontinens värderades högt bland riskerna (Damián, Pastor-Barriuso, Valderrama-Gama & de Pedro-Cuesta, 2013). Vidare förekommer konsekvenser av inkontinensproblematiken som kan innebära ett stort lidande för patienten, såsom smärtsamma hudinfektioner, exempelvis svamp- eller bakterieinfektion. Det kan även orsaka komplikationer som trycksår, men sambanden är inte helt klarlagda (Bliss, Zehrer, Savik, Smith & Hedblom, 2007). En ytterligare konsekvens är risk för social isolering eftersom äldre kan vara oroliga över att lukta urin, eller att användningen av inkontinensskydd kan vara synlig för andra.

Vidare konsekvenser är omfattande samhällsliga kostnader för vård och behandling. Denna rapport fokuserar på utredning och åtgärder avseende urininkontinens och behandlar därför inte konsekvenserna och problematiken till följd av de omfattande kostnaderna. Däremot redovisas informanternas uppfattningar gällande vilka förbättringar som skulle kunna genomföras när det gäller åtgärder och hantering.

Urininkontinens ur personalens perspektiv

Flera studier beskriver vilka olika attityder som kan förekomma hos personal som arbetar med vårdtagare som har urininkontinens. Attityderna är påfallande ofta att inkontinens är en naturlig konsekvens av att åldras, vilket innebär att utredning och behandling kan förbises (Ehlman et al., 2012; Lawhorne et al, 2008; Mangnall, Taylor, Thomas & Watterson, 2006; Mathis, Ehlman, Dugger, Harrawood & Kraft, 2013; Palmer, 2008; Resnick et al., 2006).

Det förekommer även bristande kunskap och följsamhet i när det gäller huruvida riktlinjer följs eller inte hos olika personalkategorier (Lin, Wang, Lin & Chiang, 2012). Teunissen, van den Bosch, van Weel & Lagro-Janssen (2006) beskriver i en fokusgruppsstudie att det förekommer problem och brister kring handläggning av inkontinensproblematik hos äldre. En studie av allmänläkare redovisar brister när det gäller engagemang, tid och kunskap samt att uppfattningar att samsjuklighet, låg motivation och acceptering av problematiken även förekom hos de äldre. Liknande resultat framkom när det gäller sjuksköterskors uppfattningar och att problematiken ofta ses som ett symptom på åldrande, vilket kan åtgärdas med hjälp av inkontinensskydd. Fokus blir då val av inkontinensskydd istället för utredning av bakomliggande orsaker (Dingwall & McLafferty, 2006). Dessa resultat stöds av en norsk fokusgruppsstudie där det framkom att medicinska diagnoser prioriterades framför inkontinensutredningar. Personal visade även bristande kunskaper om problematiken och i att kunna ställa adekvata frågor till patienter om inkontinens (Norheim & Guttormsen Vinsnes, 2005).

I en ytterligare fokusgruppsstudie om personals uppfattningar, framkom det brister gällande tid och prioritering av uppgifter, eftersom personal inte följde med äldre till toalettbesök i tid. Dessutom saknades förväntningar om att inkontinens skulle kunna förbättras, eftersom den sågs som en normal konsekvens av att åldras (Resnick et al., 2006). Omvårdnadspersonal som arbetade närmast de äldre uppvisade brister när det gällde att uppmärksamma inkontinensproblematik på ett sätt som kunde ha lett till utredande åtgärder (Davis, 2008). Liknande resultat framkom och inkluderade även förslag till utbildning av såväl sjuksköterskor som omvårdnadspersonal om inkontinensproblematik (Park, De Gagne, So & Palmer, 2015; Saxer et al., 2008). Brister kring dokumentation förekom likaså samt att just dokumentation av blås- och tarmtömning ofta förbisågs. Studien beskrev att inkontinens förekom men ofta utan att utredningar genomfördes (Mangnall et al., 2006).

Att ha ansvar för färre personer vid ett boende (mindre än 100) och att det sker kontinuerliga utbildningar visade sig kunna förbättra sjuksköterskors omhänder-

tagande vid inkontinens, medan undersköterskors omhändertagande förbättrades genom att mer grundläggande utbildningsinsatser genomfördes (Park et al., 2015). En ytterligare studie redovisar att attityderna hos personalen gick att förändra via utbildning, däremot gick det inte att påvisa någon effekt avseende ökad utredning och behandling av urininkontinens (Mathis et al., 2013).

Vad urininkontinens betyder för vårdtagarna

Personal har i flera studier beskrivit hur de uppfattar äldres egna upplevelser av inkontinensproblematiken. De äldre upplever ofta skam över urinläckage.

Rädsla för att falla, smärta och rörelseinskränkningar innebär att äldre inte hunnit eller vågat uppsöka toaletten, enligt omvårdnadspersonal. Det förekom även uppfattningar om att också de äldre själva såg inkontinens som en naturlig del av åldrandet och att de därför inte efterfrågade åtgärder. Hos omvårdnadspersonalen förekom det även uppfattningar att en del äldre var ovilliga att stiga upp ur sängen av "bekvämlighetsskäl" för att besöka toalett (Resnick et al., 2006)

Studier har genomförts med personer från 65 år och uppåt om deras upplevelser av inkontinensproblematiken och av att söka vård. Resultat visar att de upplevde stigmatisering och social isolering, vilket innebar att de undvek att söka vård (Wang, Li, Wan, Wang, Kane & Wang, 2014). Avseende äldre på vård- och omsorgsboenden finns det endast ett fåtal studier, vilket innebär att behovet av denna och liknande studier är stort och angeläget.

TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

I denna rapport har tre teoretiska utgångspunkter valts: personcentrerad vård, Orems egenvårdsteori och copingteorin. För att kunna åstadkomma ett mer personcentrerat arbets sätt i vård- och omsorgs arbetet behövs en implementerad värdegrund, och att de organisatoriska förutsättningarna stödjer omvårdnadspersonalens aktiviteter som syftar till att vårdtagare självständigt kan utföra eller får stöd för att kunna upprätthålla sin hälsa och kontinens. För att det ska vara möjligt krävs olika former av stöd till personal för att de ska kunna hantera olika vårdssituationer, varav Orems egenvårdsteori kan vara ett. Copingteorin används i studien för att beskriva olika strategier för att kunna hantera ansträngande situationer i vård- och omsorgs arbetet.

Personcentrerad vård och omsorg

För sköra äldre personer med urininkontinens på vård- och omsorgsboenden är det betydelsefullt att bemötas av en värdegrund som betonar individens unika värde oberoende av ålder eller kognitiv förmåga. Personcentrerad vård är en värdegrund som ger all personal förutsättningar att kunna arbeta mer personcentrerat (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det innebär att individuellt utgå från den unika vårdtagarens behov och att försöka förstå vårdtagarens livsperspektiv. Det har även betydelse att den sociala miljön stödjer den äldre genom att lyssna till personens berättelse om sitt liv. Därigenom kan kännedom fås om vårdtagarens drömmar, önskningsar och förväntningar. Att utgå från personens livsvärld är en förutsättning för att vården ska kunna vara personcentrerad (Brooker, 2004, 2007). Även Socialstyrelsen (2010) rekommenderar att vård och omsorg om vårdtagaren är personcentrerad. Personcentrerad vård innebär även att kunna ta del av äldres livsberättelser, vilket har positiva effekter för såväl vårdtagare som omvårdnadspersonal enligt en studie av Rönnmark vid FoUS (2014). Anställdas kunskap och intresse för vårdtagaren ökar och innebär även att de äldre i hög grad uppfattas och behandlas som enskilda individer (Rönnmark, 2014).

För omvårdnadspersonal innebär personcentrerad vård att den äldre personen är utgångspunkten och inte dennes sjukdom, samt att vårdtagarens behov, som han/hon själv formulerar, ges lika stor betydelse som de behov professionell personal identifierar. Att understödja en mer personcentrerad vård kräver kunskap, handling, förutsättningar och uppföljning. Det behövs likaså kunskap om vårdtagaren och hans/hennes behov, synsätt, intressen, vanor, prioriteringar, roller och andra betydelsefulla frågor (livsvärld). Det behövs även ett stödjande

arbetsätt som ger förutsättningar för individen att kunna göra prioriteringar och fatta beslut, odla sina intressen och bibehålla levnadsvanor. För att kunna åstadkomma ett mer personcentrerat arbetsätt inom vård- och omsorgsboenden behöver utgångspunkten vara en implementerad värdegrund. Likaså förutsätts det att organisationen stödjer omvårdnadspersonal i arbetet med att vårdtagare ska kunna genomföra det de vill; som att få ta tid att samtala om intressen, önsknings och personens livshistoria, och att kunna erbjuda möjligheter att lära sig nya saker. Personcentrerad vård, menar Ekman et al. (2011), är ett systematiskt arbetsätt som kräver planering, integrering och kvalitetssäkring i övergången från patientcentrerad till personcentrerad vård.

Orems egenvårdsteori – en omvårdnadsmodell

Orems egenvårdsteori (Orem, 1991) består av tre delar; *teorin om egenvård*, *teorin om brist på egenvård samt teorin om omvårdnadssystem*. Orems egenvårdsteori har nära anknytning till personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Den beskriver att egenvård omfattar de aktiviteter som vårdtagaren utför självständigt för att upprätthålla sin hälsa (Orem, 1991). De förmågor som människor har för att upprätthålla hälsa och välbefinnande varierar med ålder, hälsotillstånd, livserfarenhet och andra förutsättningar. Denna personliga förmåga benämns *egenvårdskapacitet*. Teorin om brist på egenvård beskriver när en person är i behov av omvårdnad men egenvårdskapaciteten är mindre än kravet på egenvård. Teorin om omvårdnadssystem handlar om olika omvårdnadssituationer som kan uppstå, när någon är i behov av hjälp (omvårdnad) och omvårdnadspersonal har förmåga att kunna hjälpa vårdtagaren. Denna förmåga kallas *omvårdnadskapacitet* och syftar till att kunna kompensera vårdtagarens *egenvårdskapacitet*, helt eller delvis. För omvårdnadspersonal handlar det om att stödja vårdtagaren fysiskt och psykiskt, vägleda och undervisa samt skapa en utvecklande miljö, enligt Svensk sjuksköterskeförening (SSF, 2008).

Coping – strategier för att hantera olika behov

För att kunna hantera yttre och inre krav eller påfrestningar i vård- och omsorgsverksamheter finns det flera olika sätt att möta detta, enligt Lazarus & Folkman (1984). Hantering av krav benämns *coping*. Personal använder olika copingstrategier för att kunna behärska eller hantera olika situationer. Lazarus & Folkman (1984) skiljer på *problemfokuserad* och *känslomässig* bearbetning av problem, vanligtvis används båda formerna i olika kombinationer. Problemfokuserad coping innebär att bearbeta problem, genom att exempelvis söka socialt stöd, söka

information, konfrontera problemet, planera problemlösning och/eller prioritera. Känslomässig coping innebär att kunna hantera känslomässiga reaktioner som uppstår, vanligtvis via förnekelse och genom att distansera sig. Problemfokuserad coping och känslomässig coping benämns av Währborg (2006) också *aktiv* och *passiv coping*. Vid aktiv coping hanteras eller elimineras stressorer genom att strukturera eller bortse från vissa arbetsuppgifter, medan passiv coping används för att härda ut, distansera sig och acceptera rådande villkor. Det är dock viktigt att ha i åtanke att reaktioner som enbart innebär förnekande kan få negativa konsekvenser när personer inte accepterar situationen (Lazarus & Folkman, 1984).

Vikten av att omvårdnadspersonal inte blir känslomässigt överbelastade beskrivs av Sandgren, Thulesius, Fridlund och Petersson (2005). Att få bearbeta sina känslor och utvecklas samt lära sig att uppfatta sina möjligheter och begränsningar utvecklar personals emotionella kompetenser och benämns *emotionell processning*. Det kan ske på olika sätt, som att samtala individuellt med någon eller i grupp för att ventileras och kunna släppa taget, känna bekräftelse och få erkännande såväl yrkesmässigt som privat – genom självreflektion eller genom att upprepat reflektera över svåra känslor tills de upplevs som mindre stressande. Den sista strategin författarna beskriver är *emotionell uppskjutning* och innebär att känslor inte bearbetas utan lagras. Kompetent socialt stöd leder till effektivare copingstrategier på längre sikt. Genom att omvårdnadspersonal erbjuds konstruktivt stöd ökar förutsättningarna för att kunna hantera betungande situationer inom äldreomsorgen. Genom förbättrade arbetsförhållanden för omvårdnadspersonal förbättras även vården för vårdtagarna och dennes närstående (Pronost et al., 2011).

PROBLEMFÖRMULERING

Urininkontinens hos äldre personer på vård- och omsorgsboende är ett vanligt förekommande problem, som relativt sällan utreds eller behandlas. Detta kan innebära personligt lidande för vårdtagaren i form av social isolering och viss stigmatisering. Problematiken med urininkontinens är angelägen att uppmärksamma för att vårdtagare ska få möjlighet att efter relevanta åtgärder uppleva en högre grad av välbefinnande. Ett mer personcentrat arbetssätt kan vara ett sätt att organisera vård- och omsorgsarbetet för att bemöta och hantera problematiken, för såväl omvårdnads-, som lednings- och handledningspersonal. Sett ur ett ekonomiskt perspektiv innebär den stora förbrukningen av inkontinensskydd en omfattande kostnad. Utifrån ett hållbart utvecklingsperspektiv inrymmer konsekvenser som sophantering även en miljöproblematik.

SYFTE

Studien syftar till att belysa personals uppfattningar när det gäller förekomst av olika utredningar och åtgärder samt frågor kring användning av inkontinensskydd/hjälpmiddel. Dessutom konsekvenser och förslag på förbättringar avseende hantering av äldres urininkontinens vid vård- och omsorgsboenden. Studiens mätningar syftar till att kartlägga assisterade toalettbesök, användning av inkontinensskydd och dess absorptionskapacitet samt förekomst av läckage utanför inkontinensskydd.

METODER OCH GENOMFÖRANDE

En kvalitativ intervjustudie genomfördes med induktiv ansats, vilket innebär att texten har analyserats utifrån personalens uppfattningar (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Genom kvalitativa studier uppnås förståelse av hur lednings-, handlednings- och omvårdnadspersonal uppfattar inkontinensproblematik hos äldre vårdtagare (Kvale & Brinkman, 2014). Studiens kvantitativa del består av mätningar vid två tillfällen. Under metodavsnittet beskrivs intervjustudien, följt av en redovisning av hur mätningarna genomfördes. Huvudförfattare av rapporten är Lise-Lotte Jonasson, Högskolan i Borås. Angela Bångsbo och Margareta Lundberg Rodin, FoUS, har medverkat i rapportskrivningen, likaså har Elvy Johansson, Ulricehamns kommun bidragit, främst när det gäller studiens mätningar.

Intervjuer

Urval

Ett ändamålsenligt urval tillämpades vid valet av informanter (Polit & Beck, 2012). Valet av informanterna gjordes med hjälp av projektets referensgrupp, som kontaktade berörda enhetschefer i respektive kommun för att välja ut informanter som representerade lednings-, handlednings- och omvårdnadspersonal för att kunna besvara studiens syfte och frågeställningar. Ett informationsbrev [bilaga 2] sändes till tre enhetschefer vid särskilda boenden i tre kommuner, med förfrågan om att föreslå tre omvårdnadspersonal varav en skulle arbeta nattetid. Vidare tillfrågades en sjuksköterska alternativt distriktssköterska med förskrivningsansvar per kommun om att medverka i studien. Ytterligare en informant kontaktades med särskilt huvudansvar för inkontinensområdet i Västra Götalandsregionen. I syfte att uppnå variation eftersträvades informanter med varierande professionstillhörighet, arbetslivserfarenhet och ålder. De inklusionskriterier som eftersträvades var att informanterna skulle representera olika befattningar såsom sjuksköterskor, distriktssköterskor, enhetschefer och omvårdnadspersonal samt representera olika verksamhetsområden vid tre vård- och omsorgsboenden samt att de hade kunskap om hanteringen av vårdtagares urininkontinens. Informanterna var i åldrarna 31 till 65 år. Deras arbetslivserfarenhet i vård- och omsorgsverksamhet varierade från tre till 45 år, [bilaga 1].

Datainsamling och genomförande

Totalt intervjuades 17 informanter (alla kvinnor) utifrån fyra intervjuguider [bilaga 3–6]. 13 informanter intervjuades via telefon och fyra intervjuer genom-

fördes via fysiskt möte (på plats). Alla intervjuer genomfördes enligt överenskommelse med informanterna avseende tidpunkt och plats. Informanter som ingick i studien är omvårdnadspersonal, i resultatet redovisas de som OMP 1–OMP 9. Informanter i studien är också lednings-/handledningspersonal och benämns LHP 10–LHP 17.

Varje intervju pågick 25–50 minuter. Inför intervjuerna informerades informanterna såväl muntligt som skriftligt om studiens syfte, samtycke och sekretess [bilaga 2]. Intervjun inleddes med att intervjuaren kort informerade om studien och dess syfte samt att intervjun att spelades in. Varje intervju inleddes med några inledningsfrågor om informanternas ålder, utbildning och arbetslivserfarenhet för att även skapa kontakt. Därefter följde en öppen ingångsfråga för alla informanter: Hur många av de boende uppfattar du har inkontinensproblem? Resterande följdfrågor varierade något beroende på målgruppens arbetsuppgifter, ansvar och befogenheter i relation till studiens syfte och frågeställningar, [bilaga 3–6].

Analys av intervjuerna

Analysprocessen genomfördes i olika steg via en kvalitativ innehållsanalys, genom att identifiera, koda samt kategorisera insamlad data från de 17 intervjuerna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Läsningen av intervjuerna gjordes upprepade gånger för att få förståelse och överblick över insamlat material. I materialet identifierades meningsbärande meningar eller fraser utifrån studiens syfte och frågeställningar. Därefter korrigerades texten till en mer läsbar text, samtidigt som det eftersträvades att bibehålla viktig information. För att kunna överblicka och analysera materialet kodades, grupperades och abstraherades insamlat resultat till kategorier som återspeglade viktig information från intervjuerna.

Mätningar och inkontinensscreening

Urval

Tre vård- och omsorgsboenden i tre kommuner ingick i intervjuundersökningen och även i studiens mätningar. De tre vård- och omsorgsboendena bestod av fem gruppboenden för demenssjuka och tre boenden för somatiskt sjuka. Alla vårdtagare vid varje boendeenhet ingick i studien. Totalt ingick 105 vårdtagare vid det första och 104 vårdtagare vid det andra mättillfället. Studien har eftersträvat att likvärdiga kunskaper ska finnas hos studiens personalkategorier och all personal vid de tre vård- och omsorgsboendena har fått information/utbildning från Centrum för läkemedelsnära produkter. Informationen och utbildningssatsningens avgränsning gällde främst urininkontinens och ägde rum under

en tid av maximalt tre år före mättillfälle två. Det innebar inte att all personal som var med vid tiden för mätningarna deltog i utbildningarna, eftersom en del hade avslutat sina anställningar på enheterna och likaså har det tillkommit nya efter att utbildningen genomfördes.

Datainsamling och genomförande

Mätningarna som genomfördes i studien omfattade följande: registrering av antal inkontinensskydd, praktisk absorptionsförmåga för varje använt inkontinensskydd, mängd tvätt på grund av läckage utanför inkontinensskydd, antalet assisterade toalettbesök och antal vårdtagare som genomförde toalettbesök självständigt (se registreringsblanketter, bilaga 7).

Datainsamlingen skedde i två steg. Steg ett är den första mätningen och steg två den andra mätningen. Registreringarna gick till på samma sätt och genomfördes under två dygn vid två tillfällen, med sex månaders mellanrum. Omvårdnadspersonal som genomförde registreringen fyllde i registreringsblankett [bilaga 7]. Varje vårdtagare hade en egen blankett i toaletterummet. Personalen registrerade varje toalettbesök, vilka inkontinensskydd som användes och hur många klädesplagg och lakan som byttes ut. Mätningarna började klockan 07:00 och fortsatte till klockan 07:00 två dygn senare. Tidpunkter för mätningarna bestämdes av studiens referensgrupp och alla enheter genomförde mätningarna samtidigt.

De enskilda vårdtagarna vid de två mättillfällena var inte helt överensstämmande eftersom ett antal vårdtagare från mättillfälle ett hade avlidit och nya vårdtagare tillkommit. En vårdtagare vistades inte på boendet under mätperiod två och redovisas därför som ett bortfall. Även en uppgift gällande absorptionskapacitet var svårtydd, vilken medförde att även den registrerades som bortfall i resultatet. Resultatet av mätningarna sammanställdes och diskuterades i referensgruppen och bedömdes som likvärdiga. Men eftersom mätningen vid det första tillfället inte genomfördes exakt lika av de ingående tre kommunerna, har vi valt att presentera mätresultat i rapporten enbart från den andra mätningen.

Analys av mätningarna

Insamlade data angående antal toalettbesök, inkontinensskydd samt läckage utanför inkontinensskydd beräknades manuellt, diskuterades i referensgruppen vid FoU Sjuhärad samt matades in i SPSS (IBM SPSS Statistics 21, IBM, New York, US). Insamlat datamaterial har bearbetats, analyserats och grupperats för att möjliggöra jämförelser och kunna undersöka samband (Borg & Westerlund, 2012). När antalet assisterade toalettbesök med vårdtagare analyserats har alla

”händelser” tagits med, oavsett om det förekommit urin eller avföring. Information om de olika inkontinensskyddens absorptionskapacitet har inhämtats från Sortimentkatalog 2014 (Västra Götalandsregionen, 2014).

Etiska överväganden

Enligt Helsingsforsdeklarationen (1964) ska personer som deltar i studien skyddas när det gäller integritet, värdighet, hälsa och liv. Fyra grundläggande krav ska forskning ta hänsyn till: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2015). Informationskravet innebär att informanter delges information både muntligt och skriftligt om medverkan i studien, att det är frivilligt och att de kan avbryta sitt deltagande i studien när helst de önskar. Samtyckeskravet innebär att informanten har lämnat sitt samtycke till intervjun. Konfidentialitetskravet innebär att inga uppgifter lämnas ut och att insamlat material förvaras på ett sådant sätt att inga obehöriga kan ta del av det. Nyttjandekravet innebär att uppgifter som lämnats i intervjun enbart används till avsedd studie (Vetenskapsrådet, 2015). Ovan nämnda krav åtföljdes genom att informanterna fick muntlig och skriftlig information samt att meddelande om samtycke lämnades innan intervjun inleddes [bilaga 2]. Samtliga intervjuer genomfördes enskilt, spelades in och förvaras så att ingen obehörig kan få tillgång till dem. Vidare har projektet initierats av yrkesverksamma, vilket beskrivs i inledningen. De har dessutom varit delaktiga i en referensgrupp där diskussioner förts kring projektets genomförande och rapportens resultat. Resultat från intervjuerna diskuterades vid tre tillfällen med referensgruppen och författarna till rapporten. Representanter ur referensgruppen har även ansvarat för framtagandet och sammanställningen av studiens kvantitativa data.

Inför mätningarna gavs skriftlig och muntlig information till lednings-, handlednings- och omvårdnadspersonal vid studiens samtliga vård- och omsorgsboenden. De vårdtagare som studien omfattar i samband med registrering av toalettbesök och inkontinensskydd, fick muntlig och skriftlig information om studien [bilaga 8]. Även närstående hade möjlighet att ta del av den skriftliga informationen och ställa frågor. Ingen av de tillfrågade valde att stå utanför studiens mätningar. Det insamlade materialet förvaras i låst utrymme. Vid registrering i gemensamt dokument för respektive enhet avidentifierades alla uppgifter. Datamaterialet matades in och bearbetades i statistikprogrammet SPSS. Patienternas identiteter och vårdenheter kodades, så att ingen individ eller vårdenhet skulle kunna identifieras i rapporten.

STUDIENS RESULTAT

Studiens resultat har delats in i två delar: en sammanställning utifrån intervjustudien och en redovisning av mätningarna. Intervjustudiens resultat har delats in i fyra kategorier: attityder till inkontinens – konsekvenser för hanteringen, uppfattningar om utredning och åtgärder, vårdtagares inflytande och livskvalitet, samt förslag till förbättringar. Kartläggningen av mätningen redovisas både via text och diagram.

Resultat från intervjustudien

En viktig del av studien var att undersöka hur personal uppfattar äldres inkontinens, hur de ser på utredningar och förekomst av dem, likaså hantering och åtgärder med konsekvenser samt vilka förbättringar som skulle kunna genomföras.

Attityder till inkontinens och dess konsekvenser för hanteringen

I intervjuerna beskriver de olika personalkategorierna att flertalet vårdtagare har inkontinensproblem. Enligt informanterna har ungefär 75 procent behov av hjälp, somliga behöver ständig hjälp med byte av inkontinensskydd, medan andra bara behöver hjälp ibland. Omvårdnadspersonal (OMP) som arbetar nära vårdtagare uttryckte i intervjuerna att de uppfattade inkontinens som en mer eller mindre naturlig del av åldrandet. Enligt lednings- och handledningspersonal (LHP) berättar flera vårdtagare om urinbesvär eller om hur det ”fungerar med urinblåsan” när de flyttar in vid vård- och omsorgsboenden. En del vårdtagare har behov av mindre inkontinensskydd eller ett litet mindre hjälpmedel för säkerhets skull, det senare beskrivs av en lednings- och handledningspersonal i följande citat:

”Det är tryggt att ha ett litet skydd i reserv”. (LHP 10)

Omvårdnadspersonal uttryckte att det fanns vårdtagare med regelbundna toalettvanor, medan andra hade svårt att komma till toalett i tid och därför behöver inkontinensskydd. Några intog vätskedrivande läkemedel, vilket medfört behov av inkontinenshjälpmedel. En ytterligare beskrivning var att några äldre hade behov av mindre inkontinenshjälpmedel på dagen och ett större under natten, eller inget hjälpmedel alls under dagen men behov av inkontinensskydd till natten. Andra vårdtagare hade enligt informanter svårigheter att genomföra toalettbesök överhuvudtaget, vilket medförde kontinuerliga byten av inkontinensskydd:

”Ja, det är ju såna som behöver hjälp flera gånger om dan och många som inte klarar av att gå på toaletten över huvudtaget utan man kanske bara byter blöjan på dem.” (OMP 4)

En del vårdtagare var mer ovilliga till att medverka i vårdandet, vilket enligt omvårdnadspersonal kunde bero på demenssjukdom. Vissa vårdtagare vill till exempel inte använda inkontinensskydd alls, utan får i stället hjälp med toalettbesök. För att kunna möta sådana behov berättade omvårdnadspersonal att de försöker uppmärksamma signaler från vårdtagare när de tycks ha behov av toalettbesök:

"Men det finns en del som kanske beroende på demens eller så att vi tar dem till toaletten och försöker liksom." (OMP 4)

Omvårdnadspersonal beskrev även att de observerar om äldre demenssjuka vårdtagare börjar bli oroliga och att de då frågar om de behöver gå på toalett, som i detta citat:

"'Nej'. Och sen så i nästa 'Var är toaletten?' och då är man inte precis där de står, de har ju sina toaletter på sina rum så att säga." (OMP 8)

Vårdtagare med demenssjukdom hade enligt informanter ibland svårt att hitta till toalett. Det kunde leda till att vårdtagare använde andra utrymmen på vård- och omsorgsboendet, som ett hörn i ett rum eller gröna växter för att uträtta sina behov. Sådana beteenden skapade oro på avdelningen och medförde även negativa attityder hos andra vårdtagare på boendet, enligt en omvårdnadspersonal:

"De tycker illa om den här personen, de vill inte att personen över huvudtaget ska vara där." (OMP 6)

Uppfattningar om utredning och åtgärder

Meningarna var delade hos såväl omvårdnadspersonal som lednings- och handledningspersonal om vad en inkontinensutredning ska omfatta samt när en utredning ska genomföras. Likaså varierade informanternas beskrivningar av vilka åtgärder som ska möta vårdtagares behov vid inkontinensproblem. Detta relaterade intervjupersonerna ibland till frågor som rör kommunikation och organisering av verksamheten. Uppfattningarna om vad en utredning ska innehålla varierade bland olika personalgrupper.

Här följer några exempel på olika uppfattningar som förekom hos personalen: Utredningar görs när misstanke finns om att vårdtagare kan ha behov av andra inkontinensskydd. Ibland utförs mätningar för att kartlägga hur ofta vårdtagare besöker toalett, och när läckage i inkontinenshjälpmedel förekommer. Detta kunde exempelvis ske när misstanke fanns om att vårdtagare kunde behöva inkontinensskydd:

"Ja, behoven av att veta när de går på toa och om det har läckt mycket eller om det har kommit mycket i inkontinensskyddet, då görs det ju undersökningar." (OMP 2)

En del informanter berättade att det relativt sällan görs utredningar och att det exempelvis förekom när vårdtagare hade hemtjänst och tidigare ordinerats hjälpmedel mot urininkontinens. Detta medförde enligt informanter att förskrivningen med automatik ofta ”följde med” vid flytt till vård- och omsorgsboende. Vid inflyttningen hade vårdtagare ibland med sig material från hemmet som därefter användes vid vård- och omsorgsboendet av vårdtagaren själv, men även av andra vårdtagare. Det innebar att personal använde individuellt utprovade och förskrivna inkontinensskydd även till andra vårdtagare. Det sker således inte alltid utredning eller diagnosättning när vårdtagare har inkontinensproblem som här beskrivs:

”De är inte utredda för man räknar väl med på nåt sätt att när man blir gammal ja då får dom ingen utredning av läkaren och det är det jag kan ifrågasätta. Nej jag tror att det är nån slags brist på respekt för den äldre att man räknar med det att dom blir inkontinenta på nåt vis.” (LHP 14)

En uppfattning som förekom när det gällde att kunna få plats vid ett vård- och omsorgsboende var att vårdtagare ofta hade fysiska handikapp eller stort hjälpbehov, men att det sällan ledde till utredning vid inflyttning. Om den förhärskande synen på urininkontinens är att det är naturligt när vårdtagare blir äldre får det givetvis konsekvenser för hanteringen. Utredningar skulle kunna genomföras i högre utsträckning än vad som nu sker, det uttryckte såväl lednings-, som handledningspersonal, vilket citatet här belyser:

”Personligen så brister jag i det liksom och att utreda det vidare sen kan jag säga då, att jag skulle kunna jobba mer med det faktiskt.” (LHP 10)

Oklara rutiner kring utredning av urininkontinens

Enligt omvårdnadspersonal är det relativt sällan som medicinsk utredning angående tänkbara orsaker och diagnosättning sker när det gäller äldre personer. Andra informanter beskriver att om vårdtagare har urinläckage, tas frågan upp vid omvårdnadsplaneringsmöten. Vid dessa tillfällen sker även genomgång med stöd av kvalitetsregistret Senior alert¹:

”Vi sätter oss ofta ner med en sköterska och pratar om det och vad man kan göra, förbättra.” (OMP 4)

”Jag tror att det är väldigt underdiagnostiserat eller utredningar, jag tror inte att de görs. Ja, min uppfattning är att det inte görs utredningar.” (LHP 16)

¹Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Undernäring, fall, trycksår, munhälsa och inkontinens är viktiga områden för vårdtagare inom såväl slutna vård och omsorg, som inom primärvård, hemsjukvård och kommunal äldreomsorg (Socialstyrelsen, 2015. Kunskapsguiden. <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Kunskapsunderlag/nationella-kvalitetsregister/Sidor/Senior-alert-Nationellt-kvalitetsregister-for-forebyggande-var-d-och-omsorg.aspx>)

Utredningar sker enligt informanter exempelvis vid misstänkt urinvägsinfektion, men oftast inte av andra tänkbara medicinska orsaker. Flera informanter såg det som en naturlig del av åldrandet att äldre kvinnor och män får urininkontinensproblem. När manliga vårdtagare har inkontinensproblem relateras problemet relativt ofta till ”prostataförstoring”. I själva verket fanns det kanske inte någon diagnos. Kontakt togs ibland med distriktsläkare som kunde remittera till urologmottagning för ytterligare utredning.

Vid vård- och omsorgsboenden kan utredning genomföras med hjälp av ett schema för att kartlägga hur ofta de äldre besökte toalett genom mätning av urinmängden. Därefter kunde urinblåsan kontrolleras med hjälp av ultraljudsundersökning, en så kallad ”BladderScan”, för att fastställa mängden urin i blåsan. Undersökningen ger ett mått på i vilken omfattning urinblåsan töms. Kartläggning och mätningar ingår som en del av distriktsläkares eller urologers diagnostik. En del vårdtagare hade sedan tidigare kontakt med urologmottagning, enligt lednings- och handledningspersonal.

Andra tänkbara orsaker till utredning som en informant beskrev var när vårdtagare ofta besökte toaletten, alternativt undvek att delta i aktiviteter. Vidare genomfördes det enligt flera informanter basala utredningar när vårdtagare fick besvär med att hålla urinen. Då funderade lednings- och handledningspersonal över vilka de bakomliggande orsakerna kunde vara, till exempel urinvägsinfektion. Vårdtagares temperatur kontrolleras ofta i samband med utredning, enligt lednings- och handledningspersonal.

Kvalitetsregistret Senior alert används vid utredningar och fungerar väl, enligt studiens alla personalkategorier, och det ger stöd för ett synsätt då personalens arbete omfattar hela hälsan hos vårdtagaren. Med hjälp av verktyget kan riskbedömningar göras inom fler områden, bland annat nutrition, enligt informanterna. Sjuksköterska är sedan ansvarig för att detta sker. Senior alert uppfattas av omvårdnadspersonalen som en god kunskapskälla och ett stöd för preventivt arbete:

”Det är väldigt bra med kvalitetsregistret eftersom det är ett vårdpreventivt arbetssätt.”
(OMP 5)

Utredningar av inkontinensproblematik genomfördes enligt informanter genom att bakomliggande orsaker till problematiken kunde undersökas av handledningspersonal. Därefter löste omvårdnadspersonal de praktiska åtgärderna, som exempelvis kunde innebära mer individuellt anpassade toalett-tider. Omvårdnadspersonal hade inte tillgång till dokumentation om vårdtagarnas inkontinensproblem, utan informationen delgavs dem genom lednings- och handledningspersonals anteckningar.

Kommunikation och organisering

Hur arbetat organiseras, hur kommunikationen sker och hur olika personalgrupper samverkar påverkar kvaliteten på utredningar och utvärderingar, enligt lednings- och handledningspersonal. Målet kan vara att arbeta för att organisationen ska fungera så att alla medarbetare blir involverade. Goda rutiner för att kunna hantera vårdtagares inkontinensproblem kan skapas via ett välfungerande vårdteam, enligt personal vid ett vård- och omsorgsboende. Det är likaså viktigt att personal hjälps åt, och att de kan lita på varandra. Enligt informanternas uppfattningar kunde detta innebära att hanteringen av vårdtagarnas inkontinens fungerade bättre. Detta kunde ske genom att sjuksköterskan eller distriktssköterskan hade dialog med undersköterskan, enligt några av omvårdnadspersonalen.

Det var ofta undersköterskan som arbetade dag- eller nattetid som tog upp frågor om inkontinensproblematiken med sjuksköterska eller distriktssköterska. Därefter hölls möte vid några av studiens enheter en gång i månaden, där individuella omvårdnadsplaner diskuterades. Vid mötena deltog undersköterskor och sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut och enhetschef, och de diskuterade inkontinensproblematik, men även andra omvårdnadsproblem. Det fanns schan, enligt lednings- och handledningspersonal, som säkerställde att alla vårdtagare diskuterades på möten under både höst och vår. Omvårdnadspersonal som inte var närvarande vid mötena kunde senare läsa informationen:

”Det är när man tar upp en eller två vårdtagare varje gång som man går igenom, det är ju bland annat Senior alert och genomförandeplan och läget – hur mår Berta just nu? Vi diskuterar just en eller två personer under en timma och det är jättebra för då kommer man liksom in på djupet.” (LHP11)

I en ytterligare beskrivning vid ett annat vård- och omsorgsboende, dokumenterades förändringar i beteendemönster hos enskilda vårdtagare med inkontinensproblem, enligt lednings- och handledningspersonalen, för att sedan kunna diskuteras i samband med rapportgivning. Skedde det förändringar hos vårdtagare fick omvårdnadspersonal den information de behövde för att utföra adekvata omvårdnadsåtgärder. Information om vad som förskrivits och vad som behöver användas ska finnas lättillgängligt för omvårdnadspersonalen. Ansvarigt kontaktombud har en central roll vid denna informationsöverföring. Ombudet tog även upp frågor med förskrivande sjuksköterska. Ibland skrevs det ett meddelande till patientansvarig sjuksköterska på speciella blanketter. Dialogen är viktig i gruppen av omvårdnadspersonal, speciellt information från nattpersonal, eftersom det var främst nattetid som mycket urinläckage skedde, enligt omvårdnadspersonal i följande citat:

"Nattpersonalen är ju väldigt involverad i detta med för det är oftast på natten som det är väldigt mycket läckage." (OMP 2)

Hinder som påverkar omvårdnad vid urininkontinens

Bemanningen och hur arbetet organiserades togs upp som ett hinder vid omvårdnad kring inkontinens av flera informanter, likaså påverkades omvårdnadsarbetet av hur bemanningen organiserats över dygnet, vilket uttrycks i citatet:

"Då blir jag riktigt arg och upprörd, när jag får till svar från personalen att 'vi hinner inte byta på natten och vi vill inte att de ska va blöta, så då lägger vi en båt först så tar vi bort den sen när vi går nästa runda och så är patienten torr', jovisst ligger patienten torr men då har dom fått ligga halva natten på två blöjor..." (LHP 15).

"Då kissar de mycket på natten och då finns det inte personal som hinner med att byta och då lägger de två blöjor och det är en brist helt enkelt." (LHP 15).

"Det är grunderna ja, det är där det har fallerat lite grann under de här åren märker man ju." (LHP 10)

Lednings- och handledningspersonal nämnde osäkerhet när det var stor omsättning i personalgruppen och att detta påverkade omvårdnadsarbetet. Ekonomi hör nära samman med bemanning, vilket i sin tur inverkar på vårdkvalitet och förändringsbenägenhet, enligt följande citat:

"Beroende på om det byter lite personal och såna saker, kan det göra att det blir risker att vissa delar blir överhoppade i vissa skeden." (LHP 17).

"Kommer väl kanske in på såna här övergripande saker som personalbyten, ekonomi styr väldigt mycket, personalbyten tror jag kan innebära att man står och stampar lite, man kanske inte utvecklar på samma sätt." (LHP 17).

Trygghetsfaktorer som kan bidra till att stärka kontinens

Grundtanken enligt några informanter är att upprätthålla goda rutiner, det vill säga att vårdtagare får göra dagliga toalettbesök. Om vårdtagare använder inkontinenshjälpmedel kan rutiner ge trygghet, eftersom byten sker regelbundet och skydden är bättre anpassade. Goda vanor kan innebära toalettvanor som att få assistans till toalett morgon och kväll, och i samband med lunch och middag. Omvårdnadspersonal beskrev hur de försökte finna lämpliga åtgärder för att kunna möta vårdtagares behov. En översyn av vårdtagarens vätskeintag under dagen var en vanlig rutin för att minska urinläckage nattetid. Målet var att vårdtagare skulle kunna bevara sin kontinens. Nedanstående citat är från olika personalkategorier:

"Att man går med dem på toaletten gör det ju lättare både för dem och för oss att ta hand om det liksom." (OMP 6)

"Jag tror ju på det här med alltså möjlighet att få komma avskilt på toaletten och att man gör det med regelbundenhet, det tror jag." (LHP 16)

".....och så men man försöker ju ändå hjälpa dem med, att de kan göra knipövningar till exempel." (LHP 17)

Kommunikation och omvårdnadsåtgärder hör nära samman med varandra. Enligt informanterna var kommunikation viktig omvårdnadspersonal emellan, och när vårdtagare uttryckte behov förde omvårdnadspersonal ofta en dialog med varandra, tillsammans med vårdtagarens ansvariga kontaktombud. Vid behov tar omvårdnadspersonal även kontakt med förskrivningsansvariga.

Kommunikation är också viktig för att kunna hantera olika uppfattningar och eventuella missuppfattningar i personalgruppen, t.ex. när och varför en vårdtagare börjar bli "röd i ljumskarna". Lednings- och handledningspersonal bemöter situationen med att ställa frågor för att försöka få omvårdnadspersonal att reflektera:

"Varför tror du att patienten är röd i ljumskarna eller rumpan eller mellan skinkorna?" (LHP 15)

Åtgärder kan vara att till exempel prova några dagar med att "tvätta och torka torrt". Om det inte blivit bättre, utreds andra tänkbara orsaker, t.ex. om inkontinensskyddet sitter fel. Målet är även att minimera lidandet för vårdtagarna, enligt flera av lednings- och handledningspersonalen. De beskrev under intervjuerna att omvårdnadspersonalens synsätt kring omvårdnad skiljer sig åt. Olikheter i synsätt menar de kan bero på olika kunskapsnivåer eller olika prioriteringar i personalgruppen, vilket nedanstående citat belyser:

"Det verkar som det ska va lättast möjligast. Och andra som är precis tvärtom och har bra kunskaper och vill att det ska va så bra som möjligt, kanske de driver det så mycket så att de är nära att bli utbrända." (LHP 12)

Vårdtagare med så stora urinmängder att deras tillgängliga inkontinensskydd inte "räcker till", är exempel på frågor som kommunicerades i teamet av omvårdnadspersonal och förskrivningsansvariga. Åtgärder som nämndes av lednings- och handledningspersonal var att vårdtagarnas vätskeintag minskades efter kl. 18.00 och att vätskeintaget istället ökades under förmiddagen och under dagen. På kvällen serverades yoghurt eller liknande och kaffemängden minskades. Därtill registrerades vätskeintag. Åtgärderna kommunicerades sedan med vårdtagaren och dessa insatser inverkade även på kvällsrutinerna. Daganteckningar skrevs så att all omvårdnadspersonal kunde få information, enligt lednings- och handledningspersonal. Omvårdnadsåtgärder förstärktes när resultaten var goda, efter att ha prövats under några dagar för att sedan utvärderas, som i citatet:

"Vi prövar oss fram och vi rapporterar när vi är överens, vi provar några dar och så utreder vi, var detta bra eller dåligt? Så ska vi återgå till det gamla eller ska vi köra med detta?" (OMP 4)

Det är viktigt att ha goda rutiner och att rätt åtgärder sätts in vid misstanke om urinvägsinfektion, enligt lednings- och handledningspersonal. Symptomen hos vårdtagarna vid misstänkt urinvägsinfektion är feber, att de börjar kissa oftare, att urinen luktar illa och när viss desorientering uppfattas förekomma. När vårdtagare konstaterats ha fått en urinvägsinfektion rekommenderas omvårdnadsåtgärder som tranbärsdryck, citronvatten och rikligt med vätska i första hand. En del vårdtagare äter tranbär och dricker tranbärsdryck vid varje frukost. Vid konstaterad urinvägsinfektion kan även inkontinensskydden behöva användas tillfälligt. Vissa äldre kvinnor har blivit hjälpta av att använda östrogen som kan bidra till att förhindra återkommande urinvägsinfektioner. Om symptomen inte försvinner med hjälp av ovan beskrivna åtgärder tas kontakt med läkare i primärvården för utskrivning av antibiotika, enligt studiens lednings- och handledningspersonal.

Omvårdnadsproblem kan innebära att vårdtagare inte kan tömma urinblåsan, vilket kan bekräftas genom undersökning med en BladderScan. Åtgärden att sätta in kateter beslutas av sjuksköterska/distriktssköterska och läkare, enligt lednings- och handledningspersonal. Omvårdnadspersonal som är närmast vårdtagarna provar ut olika inkontinensskydd. Om det tycks fungera under prövotiden att använda hjälpmedlet under ”dag och natt” för vårdtagaren, tar omvårdnadspersonalen kontakt med förskrivningsansvarig sjuksköterska eller distriktssköterska.

Det är viktigt med dialog mellan omvårdnadspersonal och lednings- och handledningspersonal, till exempel när vårdtagaren har en infektion och det finns behov av att byta inkontinensskydd ofta. Dialogen är också viktig kring vårdtagare som behöver ligga och ”lufta” huden för att förebygga trycksår. Det är viktigt att vara uppmärksam på vårdtagarens bästa, att ha helhetssyn och att ställa frågor, enligt flera av studiens informanter.

När en ny vårdtagare flyttar in på vård- och omsorgsboende är rutinen enligt omvårdnadspersonal att ”inkontinensombudet” får meddelande om att en ny vårdtagare flyttat in. Vårdtagaren har samtal med förskrivningsansvarig av inkontinenshjälpmedel. Förskrivning av inkontinenshjälpmedel vid vård- och omsorgsboenden sker ofta i samband med beställning var tredje månad. Vid dessa tillfällen sker en översyn av individuellt anpassade inkontinensskydd. Det sker även en genomgång av sortimentet av inkontinenshjälpmedel på vård- och omsorgsboendet var sjätte månad, enligt en informant. Grunds Sortimentet har förändrats under åren, enligt nedanstående citat:

”Om inte alla 25 vårdtagare har hela bredden ifrån ett litet inkontinensskydd till ett stort massivt, så är det kanske så, att de (på vård- och omsorgsboendet) har profilerat sig på fem stycken och då har de ett visst grundsortiment som ska finnas för olika, både för män att det finns kanske tre olika sorters skydd för män om det bara är urininkontinens,

som typ droppskydd, det behöver inte vara en stor blöja om det är en man som finner det behagligt. Hos kvinnor så är det ju ändå storleken på skyddet som gör att det känns behagligt eller inte eller hur rörlig man är eller sitter man bara, vad är det för ett skydd som behövs då?" (LHP 17)

Vårdtagares inflytande och delaktighet

Inkontinensproblem är en del av det naturliga åldrandet, enligt merparten av studiens informanter, likaså är det viktigt att fokusera på den enskilde vårdtagarens välbefinnande. Det framkommer från samtliga informanter att omvårdnadspersonal ska vara flexibla utifrån vad som är bäst för den enskilde vårdtagaren, likaså att de ska vara observanta angående vilka vanor vårdtagare har. Detta kan innebära att vårdtagare till exempel inte har bruk av inkontinensskydd. Kommunikation och planering tillsammans med vårdtagaren har stor betydelse för upplevd livskvalitet, enligt lednings- och handledningspersonal, och att hela tiden arbeta utifrån tankesättet "vem är jag här för?" Det är viktigt, som i citatet:

"Vem är jag här för?" Mår de äldre bra så mår också vårdpersonalen bra." (LHP 11)

"Nej jag tror man får, ja inte glömma det här med relationen patient-vårdare, fungerar den gott, så att de kan bli sedda." (LHP 17)

Vårdtagares möjlighet till inflytande kan ske när hon/han flyttar in på det särskilda boendet då en mängd olika frågor tas upp, som om det finns behov av inkontinensskydd, hur det ser ut med toalettvanor, hur och när används skydd. Om omvårdnadspersonal konstaterar att det förekommer mycket tvätt ställs frågan om behov av inkontinensskydd. Andra frågor som ställs är t.ex. om det förekommer svårigheter för vårdtagare att "hinna sätta sig" på toaletten, om det kan vara svårt med knappar på kläder eller användande av höftskyddsbyxa, om det finns behov av toalettförhöjning eller hur det är med förstoppning. Områden som ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal observerar är urinläckage nattetid, likaså vad vårdtagare dricker på kvällen. Dessa områden aktualiseras också i kvalitetsregistret Senior alert, i vilket även inkontinens ingår. Med hjälp av verktyget kan personal nära vårdtagare mer tydligt precisera vilka svårigheter som finns.

Det är viktigt att bevara de grundläggande goda rutinerna för vårdtagarens välbefinnande, enligt lednings- och handledningspersonalen. Det kan till exempel innebära att vårdtagare regelbundet erbjuds toalettbesök. Vidare förekommer diskussioner i omvårdnadspersonalens arbetsgrupp om vårdtagares toalettvanor samt vilka arbetssätt och rutiner som ska gälla för att bevara det friska så länge som möjligt. Ett exempel kan vara åtgärder för att underlätta för en demenssjuk vårdtagare att känna igen miljön till toaletten. När förändringar av rutiner och arbetssätt sker påverkas även dialogen om arbetssituationen. Det skulle exem-

pelvis kunna innebära att förskrivningen av inkontinensskydd minskar. Återigen är det fördelaktigt att kunna arbeta utifrån fokus på individens behov, vilket ger mest välbefinnande. Detta inverkar i sin tur på personal nära vårdtagaren och deras upplevelse av att kunna ge en god omvårdnad, så att vårdtagaren blir nöjd. Detta kan även öka självkänslan hos omvårdnadspersonal, enligt lednings- och handledningspersonal, som följande citat belyser:

”Självkänsla i sitt yrke, jag vet inte om man kan säga så, men en bättre yrkesstolthet.”
(LHP 12)

Omvårdnadspersonalen använder sina sinnen gentemot vårdtagaren, det vill säga att de lyssnar, observerar, frågar, informerar – och förklarar att det inte är besynnerligt om det händer en ”olycka”. Sådana förhållningssätt kan visa att omvårdnadspersonal har ett medvetet synsätt att försöka bevara vårdtagarens integritet. Efteråt när vårdtagaren har fått hjälp med att byta till torra kläder upplever omvårdnadspersonal ofta att de får tacksamhet tillbaka.

”Vad man har för inställning, vad har jag för uppgift och vad gör jag på mitt arbete? Vad ingår i mina uppgifter? Jo det kanske ingår att jag ska tvätta underkläder eller kläder.”
(LHP 15)

Personals lyhördhet och vårdtagares utsatthet

Enligt studiens informanter är det viktigt att omvårdnadspersonal är lyhörda, inte minst i mer utsatta omvårdnadssituationer. Informanter uppfattar att vissa vårdtagare har stor integritet och vill vara självständiga, likaså kan vårdtagare känna sig utsatta i samband med undersökningar eller vid byten av inkontinensskydd. Vårdtagare som kan svara på tilltal har ofta ett större inflytande vilket vårdtagare med kognitiva besvär inte har i lika hög grad, enligt omvårdnadspersonal:

”Men i längden så försöker vi få dem att va med och bestämma för det är ju inte jättebekvämt att gå med en jättestor blöja om man säger så.” (OMP 2)

Vid kognitiva hinder hos vårdtagare förekommer det att omvårdnadspersonal använder olika så kallade ”påtryckningsmetoder”. När byte ska ske av t.ex. vårdtagares sängkläder och kläder händer det att den äldre inte vill medverka. Vid sådana tillfällen används ett ”mer bestämt handlag” som efteråt förklaras med att det skedde för vårdtagarens bästa, vilket nedanstående citat belyser:

”Om de är dementa och absolut inte förstår vad..., det är klart man får göra det ibland med tvång men då försöker man förklara att det är för deras eget bästa.” (OMP 2)

Förslag till förbättringar

Studiens informanter har förutom synpunkter på urininkontinensproblematik hos vårdtagare och dess hantering, även lämnat en rad förslag till förbättrings-

områden. Förslagen har kategoriserats genom följande rubriker: kommunikation och organisering, utredningar, kunskap och kompetens, inkontinenshjälpmedel, fysisk aktivitet samt arbete för att uppnå en högre grad av inflytande för vårdtagare. Under varje rubrik framgår det även vilka personalgrupper som lämnat förslagen och de benämns som tidigare OMP (omvårdnadspersonal) och/eller LHP (lednings- och handledningspersonal).

Kommunikation och organisering

OMP-LHP

- Utgå från enskilda vårdtagares behov i högre grad när det gäller toalettbesök, byte av inkontinensskydd m.m. relaterat till bemanningsbehovet.
- Kommunikationen mellan arbetslag är viktig, så att olika arbetspass informerar varandra.
- Kommunikationen mellan dag- och nattpersonal behöver stärkas för att omvårdnadspersonal ska få kunskap om lämpliga tidpunkter för byte av inkontinensskydd, för att undvika att vårdtagare sover med blöta eller fuktiga inkontinensskydd.

LHP

- Arbeta för att kunna åstadkomma ett mer problemlösningsorienterat arbetssätt, ifrågasätta vissa rutiner samt arbeta för att få mer enhetliga arbetssätt. Exempel på frågor: vid vilka tidpunkter får vårdtagare hjälp med att besöka toalett? Är bemanningen anpassad utifrån de äldres behov?
- Ha dialog med äldre om deras behov av storlek på inkontinensskydd.

OMP

- Omvårdnadspersonal (dag och natt) närmast vårdtagaren behöver vara mer delaktiga vid förskrivning av inkontinensskydd. Nattpersonal har behov av direkta kommunikationsvägar med sjuksköterska/distriktssköterska.
- Informationsöverföring behövs när behov förändras hos de äldre så att rätt beställningar av inkontinensskydd sker.
- Inkontinensombud behövs även nattid.

Utredningar

OMP-LHP

- Följa upp förskrivna inkontinensskydd från hemsjukvården när äldre flyttar in på vård- och omsorgsboende.

LHP

- Förbättra de basala utredningarna. Mätningar och observationer ska ske så att vårdtagare kan få individuellt anpassade inkontinensskydd.

Kunskap och kompetens

OMP-LHP

- Det behövs bättre anpassade individuella lösningar när vårdtagare ska få assistans med toalettbesök, samt bra liftar, arbetstekniska hjälpmedel och tillräckligt med omvårdnadspersonal.
- Öppenhet behövs för olika alternativa lösningar för att vårdtagare i högre grad ska kunna hantera sina inkontinensproblem på egen hand.
- Senior alert är en bra modell att arbeta vidare med. Kunskap ger ökad motivation och målet bör vara att all omvårdnadspersonal använder Senior alert.

LHP

- Behov finns hos omvårdnadspersonal att få mer kunskap om vilka olika inkontinensdiagnoser vårdtagare har.
- Det finns behov av att få ta del kunskap som till exempel demenssjuk-sköterskor har för att bättre kunna bemöta vårdtagare med demenssjukdom och om hur de ska få rätt inkontinensskydd utprovat.
- Utbildning av all omvårdnadspersonal behövs om inkontinens, när och hur den bör hanteras och följas upp. Det är viktigt att utredning och uppföljning grundas på evidensbaserad kunskap. Exempel på frågor: Vad är en basal utredning, och varför, hur genomförs en basal utredning samt hur följs den upp?

Inkontinenshjälpmedel

OMP-LHP

- Ett bättre sortiment skulle kunna innebära mindre tvätt och mindre arbete för omvårdnadspersonal.

OMP

- Behov finns av att det utvecklas bättre inkontinensskydd för män.
- Effektivare rutiner behövs när det gäller beställning av inkontinenshjälpmedel.

Fysisk aktivitet

LHP

- Mer förebyggande arbete behövs med att till exempel utbilda inkontinensombud.
- Införa mer gruppgymnastik/gruppövningar där vårdtagare exempelvis kan göra knipövningar, mer ADL-aktiviteter samt även öka användningen av Senior alert.

Arbete för att uppnå en högre grad av inflytande för vårdtagare

LHP

- Införa boenderåd där vårdtagare, närstående och lednings-/handlednings- och omvårdnadspersonal kan mötas regelbundet för att diskutera frågor av olika slag.
- Arbeta för att vårdtagares inflytande, delaktighet och självbestämmande ska öka. Genomförandeplaner ska planeras och genomföras tillsammans med vårdtagarna.

Förväntade positiva effekter av förändringsarbetet

OMP-LHP

- Omvårdnadspersonal behöver mer tid för att kunna arbeta med att vårdtagare i högre grad ska kunna behålla sin kontinens.
- Lednings-, handlednings- och omvårdnadspersonal behöver bli mer delaktiga i förändringsarbetet och arbeta gemensamt kring inkontinensproblematik.

LHP

- När uppföljning av användningen av inkontinenshjälpmedel sker mer systematiskt kan förbrukning och kostnader följas över tid i syfte att minska förbrukningen.

Resultat från mätningarna

Nedan följer en sammanställning av genomförda mätningar under två dygn med fokus på vårdtagarnas assisterade toalettbesök, användning av inkontinensskydd och dess absorptionskapacitet.

Att komma till toalett

Vid mätningarna registrerades hur ofta vårdtagare fick assistans vid toalettbesök. Tabell 1 redovisar antal personer som fick assistans till toalett, hur många gånger under två dygn samt hur många vårdtagare som klarar toalettbesök självständigt:

Tabell 1. Redovisade toalettbesök

Antal toalettbesök	Antal personer	Procent	Kumulativ procent
0	15	14,4	14,6
1–3	18	17,3	32,0
4–7	33	31,7	64,1
8–16	5	4,8	68,9
Sköter själv	32	30,8	100,0
Total	103	99,0	
Bortfall	1	1,0	
Totalt	104	100,0	

Resultaten visar att ungefär en tredjedel av vårdtagarna klarade sina toalettbesök självständigt, medan flertalet behövde hjälp. Värt att notera är att 15 personer inte besökte toalett över huvud taget.

Vidare visar resultatet av granskningarna att åtta vårdtagare hade kvarsittande kateter i urinblåsan, KAD (kateter à demeure), varav tre av dem inte hade besökt toalett över huvud taget under två dygn. Två personer med KAD använde inga inkontinensskydd. Sex personer med KAD använde inkontinensskydd, dock inte av den största storleken.

Inkontinensskyddens absorptionskapacitet

Under mätperioden registrerades vilken typ av inkontinensskydd varje vårdtagare använde samt hur många inkontinensskydd som användes av var och en under två dygn. Med hjälp av uppgifterna beräknades total praktisk absorptionskapacitet under två dygn per vårdtagare (tabell 2). Med praktisk absorptionskapacitet menas den mängd vätska som ett inkontinensskydd kan absorbera när det används. För varje skydd finns också en betydligt större kapacitet angiven och det är hur mycket vätska skyddet kan absorbera när det sänks ner i vatten.

Av nedanstående tabell framgår att 26 vårdtagare inte använde något inkontinensskydd. Den grupp som klarade toalettbesök på egen hand, 32 vårdtagare (se tabell 1), är inte helt identisk med den grupp som inte använde inkontinens-

skydd. Värt att notera är att så många som 32 vårdtagare använde förhållandevis högabsorberande inkontinensskydd med en praktisk absorptionskapacitet som omfattade 4 000–20 000 ml, vilket torde vara betydligt mer än den mängd urin som normalt produceras.

Tabell 2: Användare av inkontinensskydd och absorptionskapacitet

Praktisk absorptionskapacitet angivet i ml/2 dygn	Antal personer	Procent	Kumulativ Procent
Har inget skydd	26	25,0	25,5
1–1 000 ml	12	11,5	37,3
1 001–4 000 ml	32	30,8	68,6
4 000–20 000 ml	32	30,8	100,0
Totalt	102	98,1	
Bortfall	2	1,9	
Totalt	104	100,0	

Av de 32 personer som besökte toalett självständigt (tabell 3) använde 11 personer inkontinensskydd och av de totalt 70 personer som är i behov av assistans till toalett (tabell 3) använde 65 personer inkontinensskydd. Korstabellen nedan visar att de som själva klarar sina toalettbesök vanligtvis har mindre absorptionskapacitet på inkontinensskydd än de som behöver assistans till toalett.

Tabell 3: Inkontinensskydd och absorptionskapacitet under två dygn, hos vårdtagare som klarar toalettbesök själv alternativt behöver assistans.

Antal assisterade toalettbesök	Vårdtagare utan inkontinensskydd	Absorptionskapacitet hos inkontinensskydd			
		1–1 000 ml	1 001–4 000 ml	4 000–20 000 ml	Totalt
0	0	1	2	11	14
1–3	2	5	8	3	18
4–7	3	3	15	12	33
8–16	0	0	2	3	5
Sköter själv	21	3	5	3	32
Totalt	26	12	32	32	102

Bortfall i tabellen är 2 personer.

I tabell 4 analyseras antal läckage i förhållande till absorptionskapaciten hos inkontinensskydd. De flesta läckagen förekom i gruppen som hade inkontinensskydd med högst absorptionskapacitet. I gruppen som har skydd med absorptionskapacitet för 4 001–20 000 ml hade 20 personer av 32 haft läckage utanför skydden under två dygn, medan 5 personer av 12 som hade skydd med kapacitet 1–1 000 ml, respektive 11 personer av 32 med skydd för 1 001–4 000 ml haft läckage utanför inkontinensskydden. Endast hos en vårdtagare utan inkontinensskydd hade läckage registrerats (3,8 %).

Tabell 4: Vårdtagare med inkontinensskydd. Antal personer utan och med läckage utanför inkontinensskydd vid olika absorptionskapacitet.

Absorptionskapacitet/ ml	Antal vårdtagare utan läckage	Antal vårdtagare med 1–2 läckage	Antal vårdtagare med >2 läckage	Totalt antal vårdtagare
1–1 000	7	4	1	12
1 001–4 000	21	8	3	32
4 000–20 000	12	14	6	32
Totalt antal läckage	40	26	10	76

26 av de 102 vårdtagarna vid de tre boendena använde inte inkontinensskydd. Tabellen redovisar frekvens av läckage hos de 76 vårdtagare som använde inkontinensskydd. Det innebär att vissa av vårdtagarna som hade fler än två läckage kunde ha betydligt fler, vilket inte framgår av mätresultatet. Av dem med inkontinensskydd hade 40 personer inget läckage utanför inkontinensskydden i samband med mätningen och 36 hade läckage. Värt att notera är det relativt stora antalet personer med läckage, 20 vårdtagare, bland dem som använt inkontinensskydd med högst absorptionskapacitet.

RESULTATSAMMANFATTNING

Studiens lednings-, handlednings- och omvårdnadspersonal ger en samstämmig bild av att flertalet (70–75 %) vårdtagare på vård- och omsorgsboenden använder inkontinensskydd och har behov av assistens vid toalettbesök. Synen på inkontinens som en naturlig del av åldrandet är vanligt förekommande både hos personal och bland de äldre. Personalgrupperna har däremot olika uppfattningar om vad en utredning innebär och vilken information den ska innehålla. Flertalet av de intervjuade anser att utredningar och diagnoser skulle kunna ske oftare för att utreda orsakerna och därmed kunna sätta in individuellt anpassade insatser.

Informanterna uttrycker att det är viktigt att vårdtagarna erbjuds en god individuell omvårdnad och vikten av att skapa goda rutiner, kommunikation och dialog mellan olika arbetsgrupper och arbetspass. Dessa frågor uppfattas även som centrala för att vårdtagare ska kunna få mer individuellt anpassade lösningar och en högre grad av inflytande samt uppleva en högre grad av livskvalitet.

Studiens mätningar visar att ett stort antal vårdtagare inte besöker toalett dagligen. Många använder inkontinensskydd med mycket stor absorptionskapacitet och trots det förekommer läckage utanför skydden.

Ett stort antal förbättringsområden konstateras när det gäller frågor som rör organisering, bemanning, arbetsätt, rutiner, kommunikation, utredningar, kunskap och kompetens om urininkontinens. Likaså när det gäller sortiment, beställning, förbrukning och uppföljning av olika inkontinenshjälpmedel, liftar och arbetstekniska hjälpmedel. Ett ytterligare förbättringsområde som omnämns är arbete för att kunna uppnå en ökad delaktighet för såväl anställda som vårdtagare och deras anhöriga. Förebyggande insatser som fysiska gruppövningar och fler ADL-aktiviteter skulle kunna innebära att fler vårdtagare skulle kunna behålla kontinensförmågan längre.

ANALYS OCH DISKUSSION MED REFLEKTION

I analys- och diskussionsavsnittet tas frågor upp om förändringar som skulle kunna genomföras för att ge vårdtagarna ökad delaktighet. Det innebär bland annat att anställda ska kunna kommunicera utifrån vårdtagarens livsvärld. Sådana förändringar innebär även konsekvenser när det gäller hur vårdarbetet kan ledas, organiseras och kommuniceras.

Förändringar för att öka vårdtagares delaktighet

Studiens lednings-, handlednings- och omvårdnadspersonal uppfattar urininkontinensproblem som en vanligt förekommande problematik hos äldre personer som flyttar in i eller bor på särskilt boende. Detta resultat överensstämmer med en rad andra studier (Flanagan, et al., 2012; Fonda, et al., 2005). Denna uppfattning kan leda till att omvårdnadspersonal ser det som mer eller mindre naturligt att äldre vårdtagare använder inkontinensskydd. Hjälpmidlen är lätta att ha till förfogande i verksamheten, de erbjuds ofta till de äldre och anses allmänt som en adekvat omvårdnadsåtgärd. I äldreomsorgen finns det behov av att kunna arbeta utifrån ett mer personcentrerat arbetssätt enligt Socialstyrelsen (2010). Utifrån ett sådant perspektiv behöver exempelvis frågor ställas till enskilda vårdtagare om vad de anser är naturligt och hur de vill sköta sina behov. En ytterligare åtgärd kan vara att motivera vårdtagare till fysisk aktivitet enskilt eller i grupp. Tidigare studier inom området visar positiva resultat av ökad fysisk aktivitet (Tak et al., 2012; Houten et al., 2007; Vinsnes et al., 2012; Aslan et al., 2008; Sackley et al., 2008).

En sammanställning av SBU (2013) redovisar en mer avvaktade inställning när det gäller basal omvårdnad och dess inverkan på vårdtagares urininkontinens. Det finns resultat och studier som redovisar att fysisk aktivitet, ADL-träning och naturlig träning kan ha positiva effekter. SBU:s studie innehåller förslag på hur regelbunden gruppgymnastik och aktivering kan genomföras. Målet för varje vårdtagare bör vara att inkontinensskydd är en sista åtgärd, efter det att andra åtgärder som t.ex. regelbundna toalettbesök utifrån vårdtagares behov, har prövats (Socialstyrelsen, 2010). Detta stärks av att det anses normalt att besöka toalett 4–8 gånger per dygn (Nikola, 2015). Mätningarna i denna studie visar att endast en liten andel vårdtagare som behöver assistans vid toalettbesök får assistans fyra gånger per dygn. Studiens registreringar visar att 15 vårdtagare inte besökt toalett alls under två dygn. När frågan diskuteras i verksamheten

framkom det ibland argument att det enbart gäller vårdtagare med KAD, men en kontroll visade att det endast var tre vårdtagare av de 15 som inte varit på toaletten som hade KAD, och KAD kan knappast vara ett argument för att inte få assistans till toalett.

Toalettvanor utifrån vårdtagares behov bidrar till att vårdtagare kan upprätthålla sin hälsa och även uppleva en högre grad av välbefinnande (Orem, 1991). Det är viktigt att även personer med kognitiva besvär känner igen toaletterummet och kan uppfatta det som naturligt att ”gå på toaletten”. Att regelbundna toalettvanor främjar att ”magen sköter sig” framkom av svaren från studiens informanter. Andra studier redovisar att äldre kvinnliga vårdtagare ofta begränsar sin fysiska aktivitet på grund av att de upplever det som pinsamt och obehagligt med urinläckage (Brown & Miller, 2001). Detta medför att det är angeläget att omvårdnadspersonal och sjuksköterskor/distriktssköterskor känner till vårdtagares individuella behov och olika möjligheter att få hjälp med urininkontinensproblemen. För att detta ska vara möjligt behöver vårdtagare erbjudas utredning, vilket enligt studiens informanter tyvärr sker relativt sällan. Oavsett vilka fysiska behov eller hjälpbehov vårdtagare har behöver utredning genomföras för att vårdtagare ska kunna få en mer individuellt relevant omvårdnad. Studiens resultat överensstämmer i detta avseende med flera andra studiers resultat (Ehlman, et al., 2012; Lawhorne et al., 2008; Mangnall et al., 2006. Palmer, 2008; Mathis et al., 2013; Resnick et al., 2006). Att bli erbjuden utredning, få individuellt anpassade åtgärder och rätt behandling förbättrar vårdtagarens livskvalitet, vilket bl.a. projektet ALINKO (2009) redovisar. Av ALINKO:s resultat framgår att 70 % av vårdtagarna fick en förbättrad livskvalitet efter genomförd utredning, åtgärd och behandling.

Kommunicera utifrån vårdtagares livsvärld

God omvårdnad handlar främst om att kunna uppfatta vårdtagares förmåga att upprätthålla sin egen hälsa (Orem, 1991). För att förstå vårdtagares egenvårdskapacitet behöver personal som möter vårdtagare, framförallt omvårdnadspersonal och sjuksköterska/distriktssköterska, öppet möta vårdtagarna och gärna även ta del av deras livsberättelser (Rönmark, 2014), och genom dessa även få kunskap om den äldres urininkontinensproblematik.

Genom berättelser kan det likaså synliggöras vilka behov olika vårdtagare har, likaså vilken omvårdnad de behöver för att kunna uppleva välbefinnande och få en ökad livskvalitet (Pronost et al., 2011; SCB, 2012). För att bidra till att öka vårdtagares välbefinnande kan omvårdnadspersonal och sjuksköterskor/distriktssköterskor ställa direkta frågor, vilket bland annat en studie av Hägglund

& Wadensten (2007) beskriver. Det är viktigt att atmosfären är inbjudande och förstående för att vårdtagare ska vilja tala om sina problem. Informanter i denna studie betonar vikten av att personal är känslig vid frågandet, av att invänta med att ställa ytterligare frågor samt att kunna diskutera på ett bekräftande sätt. Hägglund & Wadensten bekräftar även betydelsen av lyhördhet, dialog och kommunikation mellan olika personalgrupper.

Omvårdnadssystem kan bistå vårdtagare genom att omvårdnadspersonal stödjer vårdtagare fysiskt med assistans vid t.ex. regelbundna toalettbesök (Orem, 1991). Psykiskt stöd kan även ges genom att uppmuntra, motivera, vägleda och undervisa (SSF, 2008). Att uppmuntra till träning och att följa upp effekter kan även medföra gynnsamma förbättringar av urininkontinensproblem (Milne & Moore, 2006). Omvårdnadssystem fungerar bäst när verksamheter har väl genomtänkta rutiner och arbetssätt som stödjer vårdtagare utifrån en mer personcentrerad vård (Ekman et al. 2011). Detta betonar även studiens informanter, framför allt lednings- och handledningspersonal.

Förändringar inom organisation och ledning

För att vårdtagaren ska kunna erbjudas en personcentrerad vård (SSF, 2008) behövs en stödjande organisation som gynnar ett sådant arbetssätt. I denna studie uppmärksammas flera förbättringsområden när det gäller t.ex. kommunikation och organisering. För att kunna stödja vårdtagare behöver de mötas av en förstående attityd och en nära och öppen kommunikation (Hägglund & Wadensten, 2007). Vidare behövs en välutvecklad kommunikation mellan omvårdnadspersonal sinsemellan dagtid, mellan dag- och nattpersonal samt mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska/distriktssköterska. Även en välutvecklad kommunikation mellan ledare för verksamheten och medarbetarna behövs, dessutom är goda rutiner och väl inarbetade arbetssätt betydelsefulla utvecklingsområden enligt denna studie.

Kommunikationsvägar kan se olika ut beroende på hur verksamheten har organiserats. Positiva exempel som omnämns i denna studie är regelbundna omvårdnadsplaneringsmöten där även vårdtagares problem med urininkontinens tas upp. Vid sådana möten deltar personal med olika professionstillhörighet. Dokumentation av vad som har bestämts samt uppföljning är andra viktiga delar enligt studiens informanter. Några verksamheter i denna studie saknar struktur för att kunna ”gå igenom” alla vårdtagare, vilket beror på verksamhetens rutiner och arbetssätt. Här finns en viss förbättringspotential.

Ledningspersonal vid verksamheterna beskrivs av informanter ofta som drivande motorer och sammanhållande länkar mellan olika personalgrupper i sam-

arbete med handlednings- och omvårdnadspersonalen. Chefer ska kunna hantera olika krav från politisk nivå samt även ansvara för att verksamheten ger god vård och omsorg till vårdtagarna (Wolmesjö, 2005; Ekholm, 2012). Ledningens uppdrag innebär att vård och omsorg ska organiseras och att goda rutiner ska skapas inom enheten för att kunna genomföra uppdraget, att erbjuda god vård och omsorg med hög kvalitet (Törnquist, 2004) samt att värna om den enskilde vårdtagarens önskemål och behov (Bergman, 2009). God vård och omsorg innebär att vårdtagarens psykiska, emotionella och sociala behov tillgodoses, och samtidigt att individer behandlas med värdighet och respekt (Gjerberg, Førde, Pedersen & Bollig, 2010). För att kunna erbjuda en god och högkvalitativ vård och omsorg är det av avgörande betydelse att vårdpersonalen är erfarna, kompetenta, kunniga, har rätt inställning till jobbet (Gjerberg et al., 2010; Bergman, 2009) samt att de arbetar i välfungerande arbetslag (Bergman, 2009).

Kompetenser och bemanning

Studiens resultat visar att det finns behov av mer kunskap och kompetens i verksamheterna när det gäller urininkontinensproblematik. I denna studie uppmärksammas frågor som rör till exempel: individuella lösningar för vårdtagarens bästa, rutiner med rimlig bemanning, arbetstekniska hjälpmedel, basala utredningar och kunskap om vårdtagares inkontinensdiagnos, samt att använda Senior alert mer medvetet och på ett systematiskt sätt.

Behov av mer kunskap och bättre kompetens om urininkontinensproblematiken överensstämmer med flera liknande studier (Norheim et al. 2005; Lin, et al. 2012; Park et al. 2015). Området är komplext, och behovsbilden innehåller flera olika delar. Behovet av kunskap hos omvårdnadspersonal kan omfatta både kunskap om behandling och diagnoser beträffande urininkontinens (Hellström & Lindehall 2006; Lauritzen & Andersson 2014; Vårdhandboken 2015; Nikola 2015; Senior alert 2015). Kunskap kan t.ex. också handla om behandling av urinvägsinfektion. Diffusa symtom som trötthet, förvirring och oro beror ofta inte på urinvägsinfektion enligt Sundvall (2014). Ospecifika besvär ska därför inte behandlas med antibiotika, utan att undersökning av orsakerna till besvären har skett. I denna studie nämner informanter att de ger vårdtagare tranbärsdryck eller kapslar vid misstänkt urinvägsinfektion som behandling. Effekten av att använda tranbärsdryck eller kapslar är osäker, enligt en studie av Hägglund, Wadensten, Andersson & Aflarenko (2009). Mer kvalitativa och kvantitativa studier behövs inom detta område. Det är vidare viktigt att personal arbetar evidensbaserat, med ett förhållningssätt att använda bästa bevis som beslutsstöd utifrån forskning, klinisk erfarenhet samt utifrån vårdtagares och närståendes erfarenheter (ibid).

Resultat i denna studies mätningar visar att 31 % av vårdtagarna har inkontinensskydd med praktisk absorptionskapacitet på 2–10 liter per dygn. När resultatet ses ur perspektivet att många äldre vid särskilda boenden ofta riskerar att dricka för lite, kan frågan ställas om det kanske inte främst är stora urinmängder som är anledning till den omfattande användningen av skydd med stor absorptionskapacitet. Vårdtagare som har inkontinensskydd med stor absorptionskapacitet har störst frekvens av läckage utanför inkontinensskydden och det borde därför kunna finnas stora möjligheter att göra individuella bedömningar kring skydden som kan förbättra situationen. Ett alternativ till att förbättra individuella bedömningar kan vara att använda en elektronisk ”mätblöja” vid utredning. Även en fukt känslig sensor och en ny applikation kan vara till hjälp. Den nya tekniken används vid ett äldreboende i Södra Sverige (Ny teknik, 2015a; Ny teknik, 2015b). Detta kan även vara ett område att studera i framtida forskning.

Implementering av arbetssätt

Att verksamheten behöver implementera nya arbetssätt och rutiner som gynnar vårdtagaren och närstående, påtalas av såväl studiens omvårdnadspersonal som av lednings- och handledningspersonalen. För att kunna implementera nya arbetssätt är det viktigt med teamarbete och kompetent teamledning. Förutom omvårdnads-, handlednings-, och ledningspersonal kan gärna även arbetsterapeut och fysioterapeut vara delaktiga i förändringsarbetet. Ett förslag som framkom i denna studie var att införa boenderåd, för att öka vårdtagares och deras närståendes delaktighet. Flera författare har beskrivit hur lyckade förändringsarbeten kan genomföras (Åmåls kommun, 2006; Batalden & Davidof, 2007; Blennberger & Johansson, 2010; Svedberg, 2012). Även Socialstyrelsen (2012) uppmärksammar behovet av förändringsarbete som även studiens informanter påtalar.

I denna rapport finns en rad konkreta förbättringsförslag som kan användas som stöd för ledare att involvera medarbetare i förändringsarbetet. Att implementera en evidensbaserad praktik kräver ett långsiktigt processinriktat arbetssätt som förbättrar strukturen i det dagliga arbetet och uppmuntrar till ett kontinuerligt lärande och till kompetensutveckling i verksamheten.

Särskild uppmärksamhet och stöd behövs inte minst i verksamhet med hög omsättning av personal och ”nyckelpersoner”. I denna studie beskriver lednings- och handledningspersonal osäkerhet på grund av hög personalomsättning och hur detta inverkar negativt på omvårdnadsarbetet. Detta bekräftas av Elovsson och Boström (2011) som redovisar att hantering av vårdtagarens urininkontinens och omvårdnad är bättre om personalomsättningen är låg. Finns kontinu-

itet i bemanningen leder det även till bättre uppföljning. Vårdtagare påverkas negativt vid hög personalomsättning eftersom vårdtagare inte känner sig trygga när alltför många i omvårdnadspersonalen byts ut eller när sjuksköterskor och distriktsköterskor ger alltför varierande stöd i vårdsituationen. När vårdtagaren upplever kontinuitet känner de sig mer trygga med personalen, vilket även kan leda till att vårdtagare ”öppnar sig” och berätta mer om sina behov. Att personalkontinuitet är betydelsefull även vid personcentrerad vård betonar även Ekman et al. (2011).

Etik och stress

Behov av att kunna ge stöd och hjälp till vårdtagare och att kunna hantera deras urininkontinens framhålls som betydelsefullt av studiens omvårdnadspersonal. Hög personalomsättning, brist på information, bemanning som inte anpassats utifrån behoven i verksamheten, brist på kunskap samt svåra omvårdnadssituationer kan vara orsaker till att personal upplever moralisk stress. Denna studie innehåller exempel på vad informanter kan uppfatta som orsaker till extra påfrestningar. Moralisk stress eller påfrestningar kan uppstå när en person inser vad som är ”det rätta att göra”, men förhindras att göra det på grund av faktorer som hen inte kan påverka eller styra (Ågren-Bolmsjö, Edberg & Sandman, 2006; Silén, Svantesson, Kjellström, Sidenvall & Christensson, 2011). Vård och omsorg ska i den mån det är möjligt ges utifrån utgångspunkten att det är vårdtagarens uppfattningar om vad ett ”bra liv” innebär som är det mest väsentliga. Det är viktigt att personals åsikter inte blir alltför normativa när vårdtagare har andra åsikter, vare sig de uttryckts verbalt eller icke-verbalt. I äldreomsorgen kan det vara lätt att förbise eller inte tillgodose vårdtagarens åsikter och önskningsar. Frågor som dessa av mer moralisk karaktär kräver reflektion och diskussion (Ågren-Bolmsjö, Edberg & Sandman, 2006).

Att stärka den etiska kompetensen kan vara en väg att förhindra eller minska moralisk stress, menar Kälvemark-Sporrong, Arnetz, Hansson, Westerholm & Höglund (2007). Etisk kompetens kan beskrivas som en psykologisk färdighet, eller ”tyst kunskap”. Där ledarskapet kan ge stöd till goda rutiner kan de även bli en etisk praxis (Storch, Makaroff, Pauly & Newton, 2013). Framförallt är detta viktigt eftersom personal är mer benägna att lämna sina arbeten vid moralisk stress i kombination med brist på stöd i att försöka handla etiskt rätt (Aitamaa, Leino-Kilpi, Puukka & Suhonen, 2010). Av denna studies resultat framgår det att hög personalomsättning kan medföra problem att följa rutiner och dessutom bidra till att orsaka meningskiljaktigheter.

Copingstrategier

För att kunna hantera olika krävande situationer kan personal använda olika *copingstrategier* (Dingwall, 1984; Währborg, 2006). Där ingår alltifrån att bortse, acceptera och distansera sig, till att vara problemfokuserad och proaktiv. Eftersom personal är olika i sitt handlande och tänkande kring olika situationer i vårdverksamheten kan ett mer reflekterande arbetssätt vara ett sätt att hantera upplevelsen. Likaså kan självreflektion och att lära av varandra i personalgrupper och reflektera tillsammans i team fungera (Jonasson, Carlsson & Nyström, 2014). Ett reflekterande socialt stöd i form av sådana reflekterande team kan leda till effektivare copingstrategier på längre sikt. Det kan även vara ett sätt att ge personal bättre stöd och förutsättningar att hantera besvärliga situationer. När upplevelser förbättras hos personalen leder det likaså till att upplevelsen av vården för vårdtagarna och deras närstående förbättras (Pronost et al., 2011). Detta framkom även i denna studie; informanter uppfattar att när vårdtagare upplever god omvårdnad medför det även ökad självkänsla hos personalen, vilket indirekt kan innebära en högre livskvalitet för vårdtagarna.

Förbättringar i ekonomi och hållbarhet

Ett förbättringsförslag som framkom i denna studie är att följa förbrukning och kostnader för inkontinensskydd över tid. Informanter anser att det finns en ekonomisk vinst i att se över beställningar, anpassa sortimentet och utgå från enskilda vårdtagares behov med individuellt anpassade lösningar. Liknande tankegångar beskrivs i ett projekt från Åmål (2006). För att även kunna åstadkomma en mer hållbar utveckling i framtiden finns det en hel del att förbättra ur såväl ekonomiskt, som socialt och ekologiskt perspektiv (SSE, 2008). Förutom detta kan omnämnas att goda rutiner för att möta vårdtagarnas behov ger mindre tvätt, vilket bidrar till en ökad hållbar utveckling.

Att förändring tar tid redovisar även denna studies resultat och en tidigare genomförd studie av tillsyn av inkontinensvård vid särskilda boenden i Västra Götaland (Socialstyrelsen, 2006). Studien var även grund till ett vårdprogram om blås- och tarmfunktionsproblem inom kommunal hälso- och sjukvård (Västra Götalandsregionen, 2011). Likheter med denna studies resultat är exempel där omvårdnadspersonal föreslår vilka inkontinenshjälpmedel som ska beställas. Sjuksköterskor och distriktssköterskor får ofta förlita sig på att det som omvårdnadspersonal föreslår är det rätta. Det är därför betydelsefullt att personal väl känner till upphandlade sortiment för att kunna jämföra produkter angående utprovning, storlek och specifika egenskaper. Socialstyrelsen (2006) redovisar

att det är ovanligt med annan behandling än inkontinensskydd vid inkontinensproblem för vårdtagare vid vård- och omsorgsboenden. Vidare konstaterades att få vårdtagare med inkontinensproblem utreds. Den vård och behandling som erbjuds är till stor del fortfarande enbart inkontinensskydd.

Kompetens, attityder och inställning hos berörd personal har stor betydelse för om de boende ska kunna få genomgå utredning för att få rätt diagnos, vård eller behandling. Denna studie redovisar en rad förbättringsförslag som informanterna uppfattar som möjliga att genomföra. För att förändringsarbeten ska lyckas krävs det, vilket tidigare nämnts, att lednings-, handlednings- och omvårdnadspersonal är delaktiga i implementeringen. Det saknas dock enkla samband mellan förändringsarbete och vilka resultat som kan åstadkommas, eftersom det är så pass många olika faktorer som inverkar på resultatet (Eldh, 2014). Framgångsfaktorer är ledare som kan stimulera till införande av förändringar, att arbetet prioriteras på alla nivåer, att bra samspel finns mellan olika involverade grupper samt även entusiasm hos de som deltar i förändringsarbetet. Det faktum att problemet uppmärksammas och att regelbundna uppföljningar genomförs kan bidra till att positiva förändringar. (Ibid.)

Metoddiskussion

För att belysa en komplex verksamhet inom ett sammansatt problemområde som personals uppfattningar om vårdtagarnas inkontinensproblematik valdes en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer som lämplig metod. En fördel var att det ingick olika professionstillhörigheter vid tre särskilda boenden i tre kommuner som besvarade intervjufrågorna. En mindre brist i studien var att intervjuerna genomförande delvis på olika sätt, dvs. att 13 var telefonintervjuer och fyra intervjuer på plats. Viss information kan ha missats. En viktig fördel var att studiens referensgrupp var involverad i studiens framtagande och i diskussioner kring resultaten, vilka därmed kunde valideras. Verksamma vid tre vård- och omsorgsboenden genomförde även studiens mätningar vars resultat relaterades till intervjurensresultaten. Screeninginstrumentet till mätningarna var mycket enkelt och lätt att fylla i, med tanke på att personal genomförde mätningar utan extra resurser. Förfarandet medförde tyvärr att vissa frågor tolkades på olika sätt, vilket fick till följd att resultaten från den första mätningen inte var fullt tillförlitligt. De togs därför inte med. Å andra sidan överensstämde resultaten i stort från båda mätningstillfällena. Även frågor om hur mycket tvätt som orsakades av läckage exkluderades från studiens resultat av ovanstående skäl.

Några slutsatser

Studien visar att synen på och hanteringen av äldre vårdtagares urininkontinensproblematik är komplex och inte alltid entydig samt att problemet relativt ofta uppfattas som en naturlig del av åldrandet. Detta åskådliggörs till exempel när studiens lednings-, handlednings-, och omvårdnadspersonal beskriver olika uppfattningar om vad utredning innebär och hur de ser på urininkontinens. Tyvärr utreds orsakerna till urininkontinens mycket sällan och användande av inkontinensskydd är den mest vanliga och ofta även den enda lösningen på problemet. Av studiens resultat framgår det att attityder till problematiken har stor betydelse när det gäller hur omvårdnaden sker.

Studiens samtliga informanter framhåller vikten av att vårdtagare får individuell omvårdnad och för att kunna möjliggöra detta behövs det välutvecklade rutiner och kommunikation mellan olika personalgrupper och arbetspass. Vidare visar studiens resultat att det behövs mer kunskap kring inkontinensfrågor och olika tänkbara hjälpmedel och åtgärder. Att använda ett mer personcentrerat arbetssätt kan vara ett sätt att organisera arbetet så att vårdtagare kan få ökat inflytande och uppnå en högre grad av livskvalitet. Ett sådant arbetsätt skulle förmodligen kunna bidra till att fler vårdtagare assisterades till dagliga toalettbesök och att de även fick mer individuellt utprovade inkontinensskydd. Det finns en rad konkreta förslag på vad som skulle kunna förbättras i verksamheterna.

Förslag på framtida forskning

Det finns flera intressanta frågeställningar i studiens resultat som skulle kunna beforskas i framtida studier. Att förbättra de individuella utredningarna och bedömningarna av vårdtagares behov av inkontinenshjälpmedel genom att använda ny teknik, t.ex. användningen av den så kallade elektroniska ”mätblöjan” skulle kunna följeforskas och utvärderas. Tyvärr utreds orsaker till inkontinens mycket sällan och inkontinensskydd är den mest vanligt förekommande åtgärden. Studier om hur äldre personer upplever och uppfattar sin urininkontinensproblematik, är ett annat tänkbart, relativt outforskat, forskningsområde.

Studier för att kunna utarbeta modeller för att utveckla arbetssätt och förändringsarbete kring urinkontinensproblematiken, liksom implementeringen av dem i äldreomsorgen, är likaså angelägena områden. Det finns även behov av studier om evidensbaserade omvårdnadsåtgärder för att kunna behandla vårdtagares inkontinens och urinvägsinfektioner vid vård- och äldreomsorgsboenden.

DISKUSSIONSFRÅGOR

Förslag till diskussionsfrågor

... som rör inkontinens och de äldre

- Kan synen på inkontinens som en naturlig del av åldrandet inverka på om insatser som rör att utredning och behandling uppmärksammas och om åtgärder sätt sin? Hur påverkas anatomi och fysiologi vid naturligt åldrande?
- Hur många wc-besök per dygn kan vara rimliga utifrån olika vårdtagares behov och förutsättningar?
- Vad kan göras för att äldres kontinensförmåga ska behållas?
- När och hur kan dialog ske med äldre om inkontinens och hur den kan hanteras?
- När behöver olika inkontinensskydd och hjälpmedel användas/bytas utifrån kapacitet och behov? Varför används ibland så stora skydd?
- Hur kan vårdtagarens välbefinnande och livskvalitet förstärkas? Hur kan kommunikation, inflytande och delaktighet från vårdtagare och med deras anhöriga kunna öka?
- Diskuteras inkontinensproblematik med närstående?

... som rör anställda och arbetets organisering

- Vilka konsekvenser hör samman med urininkontinensproblemen och kan de förebyggas mer systematiskt?
- Hur kan bemanning, arbetssätt och rutiner förändras så att de i högre grad anpassas till de äldres behov?
- När och hur genomförs utredningar? Bör de ske oftare?
- När och hur sker förskrivning av olika hjälpmedel? Kan rutiner förbättras?
- Vilket ansvar har enhetschef/medarbetare i arbetet med urininkontinens?
- Hur kan kommunikation och information mellan olika arbetspass förbättras/utökas?
- I vilka frågor behöver anställdas delaktiga utökas och hur skulle förändringsarbetet kunna ske mer gemensamt?
- Diskuteras inkontinensproblematik på teamträffar, t.ex. varför är toalettbesök viktiga?
- Finns det tillräckligt med förskrivande sjuksköterskor?

- På vilka sätt skulle en mer systematisk uppföljning av förbrukning av olika inkontinenshjälpmedel inklusive dess kostnader kunna ske över tid? Hur ofta görs uppföljningar? Vilka riskbedömningar görs? Varför eller varför inte?

Rutiner och bemanningsfrågor att diskutera på arbetsplatsträffar

- Behöver rutiner kring inköp & sortiment av inkontinensskydd och hjälpmedel ses över?
- Skulle Senior Alert kunna användas mer och av fler och utvecklas som modell?
- Hur sker dokumentation kring inkontinens och behöver den förbättras?
- Utifrån värdegrunden att få besöka toalett – vad är det som gör att det inte alltid blir av? Påverkar bemanning antalet assisterade toalettbesök?
- Finns omvårdnadsplan/genomförandeplan för toalettbesök? Varför inte?
- Används schema för toaletträning? Hur ofta och i vilket syfte?
- Hur och hur ofta diskuteras tvätthantering och hygieniska aspekter?
- Hur får man tid att erbjuda ett "normalt" antal toalettbesök/dygn med befintlig personal?

Utbildningsbehov och kompetensinsatser

- Vilken nytta ger basal utredning? Hur går inkontinensutredningar till på arbetsplatsen?
- Vilka kompetensinsatser behöver olika anställda i frågor som rör t.ex. inkontinensdiagnoser, demenssjukdomar, utredningar och hjälpmedel?
- Får nyanställda eller vikarier utbildning kring inkontinensproblematik, hantering och omvårdnadsåtgärder?

Frågor till självreflektion och reflektion i grupp

- Hur ser jag på inkontinens? Hur är min attityd till inkontinensproblematik hos äldre?
- Vilken sorts inkontinens har vårdragarna och hur hjälper jag dem på bästa sätt?
- Hur kan jag, med min yrkeskompetens, bidra och medverka i inkontinensutredningar?
- Vilka etiska aspekter behöver övervägas innan utredning/ behandling inleds?

- Hur förhåller jag mig i min yrkesroll till vårdtagare som har inkontinensproblemet. Har jag kunskap som krävs för att bemöta vårdtagare med inkontinensproblemat?
- Vad förbättras för vårdtagaren om urinläckageproblem minskar/uteblir? Vad förbättras i mitt arbete om vårdtagares urinläckageproblem minskar?
- Hur hade jag känt och hur hade jag förhållit mig till urinläckage om jag drabbats? Vad hade jag önskat för bemötande, utredning, behandling osv.?

Förslag till förbättringar

En rad förslag till förbättringar inom olika områden framfördes av dem som intervjuades. Här följer några exempel:

- Utvärdera förskrivna inkontinensskydd och hjälpmedel när äldre flyttar in på boenden.
- Initiera att utredningar sker oftare för mer individuellt anpassad behandling.
- Bättre anpassade individuella och alternativa lösningar vid toalettbesök, bra liftar, arbetstekniska hjälpmedel samt tillräcklig bemanning.
- Utökad användning av åtgärder i Senior alert, vilken även kan utvecklas som modell.
- Förbättra beställningshanteringen av inkontinensskydd och andra hjälpmedel.
- Bättre sortiment av inkontinensskydd/hjälpmedel innebär mindre tvätt och merarbete.
- Öka kommunikationen mellan dag- och nattpersonal och se till att olika arbetspass informerar varandra mer och oftare.
- Arbeta mer förebyggande med fler fysiska gruppvövningar och mer ADL-aktiviteter.
- Kompetensinsatser behövs kontinuerligt för olika professioner kring inkontinensfrågor, demenssjukdomar, utredningar, förskrivning, hjälpmedel, förebyggande arbete, etc.
- Införa till exempel boenderåd där vårdtagare, anhöriga, personal och ledning kan mötas och gemensamt diskutera frågor och problem.
- Mer systematisk uppföljning över tid av förbrukning och kostnader när det gäller olika inkontinensskydd, hjälpmedel samt tvätt av sängkläder och kläder p.g.a. läckage.

REFERENSER

- Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Puukka, P., & Suhonen, R. (2010). Ethical problems in nursing management: The role of codes of ethics. *Nursing ethics*, 17(4), 469–482.
- ALINKO. (2009) *Kvalitetsutveckling av inkontinensvården i Alingsås kommun*. 2008-11-20–2009-09-15. Inkontinenscentrum Västra Götaland. Alingsås kommun.
- Aslan, E., Komurcu, N., Beji, NK., & Yalcin O (2008). Bladder training and Kegel exercises for women with urinary complaints living in a rest home. *Gerontology*, 54(4), 224–231. doi: 10.1159/000133565.
- Batalden, P., & Davidof, F. (2007). *Vad är kvalitetsutveckling och hur kan den transformera hälso- och sjukvården*. Hämtad 6 juli, 2015 från http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Utvecklingscentrum/dokument/avhandlingar_artiklar/Batalden_David_off_WhatisSv%20overJan081.pdf
- Bergman, A. (2009). *Att leda inom äldreomsorgen – En litteraturgenomgång av enhetschefers organisatoriska sammanhang och arbetsvillkor*. (Karlstad University Studies 2009:8). Karlstad: Karlstads universitet.
- Blennberger, E., & Johansson, B. (2010). *Värdigt liv och välbefinnande: Äldreomsorgens värdegrund och brukarinflytande i tolkning och praktik*. Solna: Fortbildning.
- Bliss, D., Zehrer, C., Savik, K., Smith, G., & Hedblom, E. (2007). An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention ... including commentary by Fader M. *Journal Of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 34(2), 143–152.
- Borg, E., & Westerlund, J. (2012) *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber AB.
- Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 215–222.
- Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care making services better*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Brown, W., & Miller, Y. (2001). Too wet to exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity in women. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 4(4), 373–378.

Crimmins, E.M., & Beltrán-Sánchez, H. (2010). Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, *66B*(1), 75–86, doi:10.1093/geronb/gbq088. Advance Access published on December 6, 2010.

Damián, J., Pastor-Barriuso, R., Valderrama-Gama, E., & de Pedro-Cuesta, J. (2013). Factors associated with falls among older adults living in institutions. *BMC Geriatrics*, *13*, (6), doi:10.1186/1471-2318-13-6.

Davis, C. (2008). The cost of containment. *Nursing older people*, *20*(3), 24–26.

Dingwall, L., & Mclafferty, E. (2006). Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people?: An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, *15*(10), 1276–1286. Hämtad 19 januari, 2016 från <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01381.x/abstract>

DSF (2008). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktsköterska*. Stockholm: DSF.

Ehlman, K., Wilson, A., Dugger, R., Eggleston, B., Coudret, N., & Mathis, S. (2012). Nursing home staff members' attitudes and knowledge about urinary incontinence: the impact of technology and training. *Urol Nursing*, *32*(4), 205–213.

Ekholm, B (2012). Middle managers in elderly care under demands and expectations. *Leadership in Health Services*, *25*(3), 203–215.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanhoff, S., Johansson, I-L., Kellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnehagen, K. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. *10*(1016), 248–251.

Eldh, AC., (2014) Strategier för behandling av urininkontinens inom äldreomsorgen. (red) Nilsen, P. *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerups utbildning AB.

Elovsson, M., & Boström, B. (2011). Sjuksköterskors upplevelser av smärtbehandling av äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård. *Vård i Norden*, *31*(4), 10–15.

Flanagan, L., Roe, B., Jack, B., Barrett, J., Chung, A., Shaw, C., & Williams, KS. (2012). Systematic review of care intervention studies for the promotion of con-

tinance in older people in care homes with urinary incontinence as the primary focus (1966–2010). *Geriatrics and Gerontology International* 12(4), 1–12.

Fonda, D., DuBeau, CE., Harrari, D., Oulsander, JG., Palmer, M., & Roe, B. (2005). *Incontinence in the frail elderly*. In *Third International Consultation on Incontinence*, chapter 18 (Abrams P, Cardozo L, Khoury S & Wein A, eds), Monaco, 26–29 June 2004. Health Publications Ltd, Plymbridge Distribution Ltd, Plymouth, pp. 1165–1239.

Gjerberg, E., Førde, R., Pedersen, R., & Bollig, G. (2010) Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social science & Medline*, 71(4), 677–684.

Hellström, A-L., & Lindehall, B. (Red.). (2006). *Uroterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Helsingforsdeklarationen (1964). *Etiska principer för medicinsk forskning med människor inblandade*. Hämtad 1 juni, 2015 från <http://www.vma.net>

Hägglund, D., & Wadensten, B. (2007). Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 305–312. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00481.x

Hägglund, D., Wadensten, B., Andersson, C., & Aflarenko, M. (2009). Effekten av tranbärsjuice och personalutbildning i vårdhygien för att förebygga urinvägsinfektioner inom särskilt boende. *Vård i Norden* 29(2), 28–32. ISBN/ISSN 0107-4083.

ICS International Continence Society. Fact sheets – a background to urinary and faecal incontinence (2013). Hämtad 21 januari, 2016 från <http://www.ics.org/>

Jonasson, L-L., Carlsson, G., & Nyström, M. (2014). Prerequisites for sustainable care improvement using the reflective team as a work model. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 9:23934 Hämtad 21 januari, 2016 från <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v9.23934>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Källemark-Sporrong, S., Arnetz, B., Hansson, M., Westerholm, P., & Höglund, A. (2007). Developing ethical competence in health care organizations. *Nursing ethics*, 14(6), 825–837.

- Lauritzen, M., & Andersson, G. (2014) *Utredning och bedömning [Urininkontinens]* Hämtad 6 juli, 2015 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Urininkontinens/Utredning-och-bedomning/>
- Lawhorne, LW., Ouslander, JG., Parmelee, PA., Resnick, B., & Calabrese, B. (2008). Urinary incontinence: a neglected geriatric syndrome in nursing facilities. *J Am Med Dir Association*, 9(1), 29–33. doi: 10.1016/j.jamda.2007.08.003.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lin, S., Wang, R., Lin, C., & Chiang, H. (2012). Competence to Provide Urinary Incontinence Care in Taiwan's Nursing Homes: Perceptions of Nurses and Nurse Assistants. *Journal Of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 39(2), 187–193.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. (ss.159–173).
- Mangnall, J., Taylor, P., Thomas, S., & Watterson, L. (2006). Continence problems in care homes: auditing assessment and treatment. *Nurs Older People*, 18(2), 20–22.
- Mathis, S., Ehlman, K., Dugger, B., Harrawood, A., & Kraft, C. (2013). Bladder Buzz: The Effect of a 6-Week Evidence-Based Staff Education Program on Knowledge and Attitudes Regarding Urinary Incontinence in a Nursing Home. *Journal Of Continuing Education In Nursing*, 44(11), 498–506.
- Milne, J., & Moore, K. (2006). Factors impacting self-care for urinary incontinence. *Urologic Nursing*, 26(1), 41–51.
- Nikola. (2015). *Nätverk inom blås och tarmfunktionsstörning*. Hämtad 6 juli, 2015 från <http://www.nikola.nu/>
- Norheim, A., & Guttormsen Vinsnes, A. (2005). Ansatte på sykehus sine holdninger til eldre pasienter med urininkontinens. *Vård i Norden*, 25(1), 21–25.
- Orem, D. (1991). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby – Year Book, Inc.
- Ny teknik. (2015a). *Bättre vård med high tech-blöjan*. Hämtad 6 juli, 2015 från http://www.nyteknik.se/nyheter/innovation/forskning_utveckling/article3802029.ece
- Ny teknik. (2015b). *Sensor på blöjan ger bättre sömn*. Hämtad 6 juli, 2015 från <http://www.nyteknik.se/tekniknyheter/article3860968.ece>

- Ostaszkiwicz, J., O'Connell, B., & Dunning, T. (2012). Residents' perspectives on urinary incontinence: a review of literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 761–772.
- Palmer, MH. (2008). Urinary incontinence quality improvement in nursing homes: where have we been? Where are we going? *Urol Nurs*, 28(6), 439–444, 453. Review.
- Park, S., De Gagne, JC., So, A., & Palmer, MH. (2015). Knowledge, attitudes, beliefs and practices in registered nurses and care aids about urinary incontinence in Korean nursing homes. *J Wound Ostomy Continence Nursing*, 42(2), 183–189.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9thed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pronost, A.M., Le Gouge, A., Leboul, D., Gardembas-Pain, M., Berthou, C., Giraudeau, B., Fouquereau, B., & Colombat, P. (2011). Relationships between the characteristics of oncohematology services providing palliative care and the sociodemographic characteristics of caregivers using health indicators: social support, perceived stress, coping strategies, and quality of work life. *Supportive Care in Cancer*, 20(3), 607–614. doi: 10.1007/s00520-011-1139-3
- Resnick, B., Keilman, LJ., Calabrese, B., Parmelee, P., Lawhorne, L., Paillet, J., & Ouslander J (2006). Nursing staff beliefs and expectations about continence care in nursing homes. *J Wound Ostomy Continence Nursing*, 33(6), 610–618.
- Rönmark, L. (2014). *Sista socialisationen*. Berättelser som livskraft på äldreboendet. FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Sackley, C., Rodriguez, N., Van den Berg, M., Badger, F., Wright, C., Besemer, J., Van Reeuwijk, K., & Van Wely, L. (2008). 'A phase II exploratory cluster randomized controlled trial of a group mobility training and staff education intervention to promote urinary continence in UK care homes', *Clinical Rehabilitation*, 22(8), 714–721.
- Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B., & Petersson, K. (2005). Striving for Emotional Survival in Palliative Cancer Nursing. *Qualitative Health Research*, 15(16), 78–96. doi: 10.1177/1049732305283930
- Saxer, S., de Bie, R.A., Dassen, T., & Halfens, R.J. (2008). Nurses' knowledge and practice about urinary incontinence in nursing home care. *Nurse Educ Today*, 28(8), 926–934. doi: 10.1016/j.nedt.2008.05.009. Epub 2008 Jun 25. Häm-

tad 20 januari, 2016 från <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691708000580>

SBU. (2013). Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt. Hämtad 21 januari, 2016 från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/SBU_Urininkontinens_2013_219.pdf

SCB, enheten för befolkningsstatistik (2014). Befolkningspyramiden har blivit ett torn. Hämtad 21 januari, 2016 från http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Befolkningspyramiden-har-blivit-ett-torn/

Senior alert. 2015. *Ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg*. Hämtad 21 januari, 2016 från <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=42665>

Silén, M., Svantesson, M., Kjellström, S., Sidenvall, B., & Christensson, L. (2011). Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23–24), 3483–3493.

Socialstyrelsen. (2006). *Inkontinensvård. Tillsyn av insatser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården*. Länsstyrelsen Västra Götalands län och Socialstyrelsen. Artikelnummer: 2006-109-30 Hämtad 21 januari, 2016 från <http://www.lansstyrelsen.se/vastragotaland/SiteCollectionDocuments/sv/publikationer/2006/rapport200691.pdf>

Socialstyrelsen. (2012). *Att leda en evidensbaserad praktik – en guide för chefer inom socialtjänst*. Hämtad 21 januari, 2016 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-10-4/Sidor/default.aspx>

Storch, J., Makaroff, K., Pauly, B., & Newton, L. (2013). Take me to my leader: The importance of ethical leadership among formal nurse leaders. *Nursing Ethics*, 20(2), 150–157.

Sundvall, P-D. (2014) *Diagnostic aspects of urinary tract infections among elderly residents of nursing homes*. Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien.

Svedberg, L. (2012). *Gruppsykologi: Om grupper, organisationer och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

Svensk sjuksköterskeförening, SSF (2010) *Personcentrerad vård*. <http://www.swenurse.se/personcentrerad-varld> [2016-01-20]

Svensk sjuksköterskeförening, SSF. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening, SSF (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Hämtad 20 januari, 2016 från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Halsoframjande/Strategi-for-sjukskoterskans-halsoframjande-arbete/>

Tak, EC., van Hespden, A., van Dommelen, P., & Hopman-Rock, M. (2012). Does improved functional performance help to reduce urinary incontinence in institutionalized older women? A multicenter randomized clinical trial. *BMC Geriatrics*, 6(12), 51. doi: 10.1186/1471-2318-12-51.

Talley, K., Wyman, J., & Shamlan, T. (2011a). State of the science: conservative interventions for urinary incontinence in frail community-dwelling older adults. *Nursing Outlook*, 59, 215–220.

Talley, K., Wyman, J., & Shamlan, T. (2011b). Conservative Interventions for Urinary Incontinence in Frail Community-Dwelling Older Adults: A Literature Review. *Nurs Outlook*. 59(4), 215–220. e1. doi: 10.1016/j.outlook.2011.05.010.

Taunton, RL., Swagerty, DL., Lasseter, JA., & Lee, RH. (2005). Continent or incontinent? That is the question. *J Gerontol Nursing*, 31(9), 36–44.

Temkin-Greener, H., Cai, S., Zheng, NT., Zhao, H., & Mukamel, DB. (2012). Nursing home work environment and the risk of pressure ulcers and incontinence. *Health Serv Res.*, 47(3Pt1), 1179–1200. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01353.x.

Teunissen, D., van den Bosch, W., van Weel, C., & Lagro-Janssen, T. (2006). Urinary incontinence in the elderly: attitudes and experiences of general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 56–61.

Törnquist, A. (2004): *Vad ska man kunna och hur ska man vara? En studie om enhetschefers och vårdbiträdens kompetens inom äldreomsorgens särskilda boendeformer*. Stockholm: HLS Förlag.

Wang, C., Li, J., Wan, X., Wang, X., Kane, R.L., & Wang, K. (2014). Effects of stigma on Chinese women's attitudes towards seeking treatment for urinary incontinence. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1112–1121. doi: 10.1111/jocn.12729

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning*. ISBN: 91-73707-008-4. Hämtad 1 juni, 2015 från <http://www.codex.vr.se>

Vinsnes, A., Harkless, G., & Nyronning, S. (2007). Unit-based intervention to improve urinary incontinence in frail elderly. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies/Vård I Norden*, 27(3), 53–56.

Vinsnes, AG., Helbostad, JL., Nyrønning, S., Harkless, GE., Granbo, R., & Seim, A. (2012). Effect of physical training on urinary incontinence: a randomized parallel group trial in nursing homes. *Clin Interv Aging*, 7, 45–50. doi: 10.2147/CIA.S25326.

Wolmesjö, M. (2005): *Ledningsfunktion i omvandling. Om förändringar av yrkesrollen för första linjens chefer inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen*. Diss. Lund: Lunds Universitet.

Västra Götalands Regionsservice (VGR 2014). Sortimentskatalog 2014. *Blås- och tarmfunktionsstörning*. Hämtad 20 januari, 2016 från <http://www.vgregion.se/upload/Regionsservice/CLP/Inko/Sortimentskatalog%20Inkontinens%20.pdf>

Västra Götalands Regionsservice (VGR 2011). *Vårdprogram för Blås- och tarmfunktionsproblem inom kommunal hälso- och sjukvård*. Centrum Läkemedelsnära Produkter/Inkontinens/ Hämtad 19 januari, 2016 från <http://www.vgregion.se/upload/Regionsservice/CLP/Inko/V%C3%A5rdprogram%20okt-11%20m%20bilagor%20just%20feb%202015.pdf>

Vårdhandboken. (2015). *Urininkontinens*. Hämtad 6 juli, 2015 från <http://www.varldhandboken.se/Texter/Urininkontinens/Referenser-och-regelverk/>

Währborg, P. (2006). *Ledarskap och stress i politiskt styrd verksamhet. Balanserade förhållningssätt och strategier*. Institutet för stressmedicin. ISM-rapport 1.

Ågren-Bolmsjö, I., Edberg, A-K., & Sandman, L. (2006). Everyday ethical problems in dementia care: a teleological model. *Nursing ethics*, 13(4), 340–359.

Åmåls kommun. (2006). *Inkontinensprojekt. Åmåls kommun. Ekbacken och Illern september 2005-september 2006*.

BILAGOR

Bilaga 1.

Tabeller över informanter (=personal) i inkontinensprojektet

Omvårdnadspersonal, OMP 1-9

Omvårdnadspersonal, OMP 1-9	Ålder	År i yrket
OMP 1	47	10
OMP 2	42	3
OMP 3	33	11
OMP 4	46	25
OMP 5	46	4
OMP 6	63	21
OMP 7	42	21
OMP 8	55	5
OMP 9	65	45

Lednings och handledningspersonal, LHP 10-17

Lednings och handledningspersonal LHP 10 - 17	Ålder	År i yrket
LHP 10	49	10
LHP 11	40	3
LHP 12	41	17
LHP 13	52	15
LHP 14	31	3
LHP 15	38	1
LHP 16	57	11
LHP 17	65	35

Borås 2014-11-20

Information till deltagande i studien om inkontinensproblematik på särskilt boende

Inkontinens är ett omfattande folkhälsoproblem inte minst bland äldre, boende på institution. Med start hösten 2014 kommer ett antal intervjuer att genomföras med personal och chefer i tre utvalda kommuner i Sjuhärad. Intervjustudien är en del i ett projekt som avser att studera förekomst och hantering av inkontinensproblematik vid tre särskilda boenden i vårt område, vilka utredningar och åtgärder som genomförs inklusive tänkbara förbättringar.

Syftet med intervjuerna är att undersöka hur personal och chefer ser på inkontinensproblematiken vid särskilt boende, vidare hur hanteringen av inkontinens sker med fokus på utredning, åtgärder, tänkbara förbättringar, samt vilka konsekvenser personal uppfattar att inkontinensproblem medför för de äldre på särskilt boende.

De uppgifter som lämnas hanteras konfidentiellt och de som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt (9kap 4§ Sekretesslagen). I de resultat som redovisas framgår det inte vad enskilda personer svarat. Utvärderingens resultat kommer att redovisas muntligen vid ett seminarium och skriftligen i form av en rapport.

Jag som kommer att genomföra intervjun heter Lise-Lotte Jonasson, arbetar på uppdrag av FoU Sjuhärad Valfärd och kommer att ta kontakt med er. Om ni har frågor om intervjun eller uppdraget kontakta oss gärna via telefon eller e-post.

Med vänliga hälsningar,

Lise-Lotte Jonasson

Högskolan i Borås

Tf. xxx-xxxxx

Margareta Lundberg Rodin

Högskolan i Borås

FoU Sjuhärad Valfärd

Tfn. xxx-xxxxx



Intervjufrågor kring

inkontinensproblematik: personal vid särskilt boende för äldre

Förslag till intervjufrågor:

Namn

Ålder

Befattning

Utbildning

Yrkeserfarenhet och antal år

1. Hur många av de boende uppfattar du har inkontinensproblem?
2. Hur omfattande uppfattar du att inkontinensproblematiken är vid det särskilda boendet?
Beskriv:
3. Hur ofta och av vilka orsaker uppfattar du att inkontinens leder till utredning/diagnos?
4. a) Hur ofta uppfattar du att det sker förskrivning av åtgärder mot inkontinens?
b) När sker det förskrivning av åtgärder mot inkontinens?
5. Vilka olika åtgärder anser du förekommer och av vilka skäl?
6. a) Hur uppfattar du att de äldres inkontinens hanteras i nuläget?
b) Har de äldre något inflytande i nuläget?
7. Vad uppfattar du som problem i nuvarande hantering?
8. Vad anser du kan leda till förbättringar?
a) För de äldres livskvalitet?
b) För er som arbetar vid boendet?
9. Hur uppfattar du att de äldre upplever inkontinensproblemet?
10. Vilka uppfattningar upplever du att olika personal vid boendet har på inkontinensproblemet?
11. Vad skulle eventuella förbättringar kunna innebära:
a) för de boendes livskvalitet?
b) för arbetssituationen för er som är personal?
12. Övrigt du vill framföra?

Intervjufrågor kring inkontinensproblematik: chefer vid särskilt boende för äldre

Förslag till intervjufrågor:

Namn

Ålder

Befattning

Utbildning

Yrkeserfarenhet och antal år

1. Hur många av de boende uppfattar du har inkontinensproblem?
2. Hur omfattande uppfattar du att inkontinensproblematiken är vid äldreboendet?
Beskriv:
3. Hur ofta och av vilka orsaker uppfattar du att inkontinens leder till utredning/diagnos?
4. a) Hur ofta uppfattar du att det sker förskrivning av åtgärder mot inkontinens?
b) När uppfattar du att det sker förskrivning av åtgärder mot inkontinens?
5. Vilka olika åtgärder uppfattar du förekommer och av vilka skäl?
6. a) Hur uppfattar du att de äldres inkontinens hanteras i nuläget?
b) Har de äldre något inflytande?
7. Vad uppfattar du kan vara problem i nuvarande hantering?
8. Vad anser du skulle kunna leda till förbättringar?
a) För de äldres livskvalitet?
b) För personal som arbetar vid boendet?
9. Hur uppfattar du att de äldre vid boendet upplever inkontinenshanteringen?
10. Vilka uppfattningar upplever du att olika personal vid boendet och andra involverade har på inkontinensproblematiken?
11. Vad skulle eventuella förbättringar kunna innebära:
a) för de boendes livskvalitet?
b) för de personals arbetssituation?
c) går det att balansera eller hur balanseras de motstridiga behoven?
12. Övrigt du vill framföra?

**Intervjufrågor kring inkontinensproblematik vid särskilda boenden för äldre:
chefläkare primärvård**

Förslag till intervjufrågor:

Namn

Ålder

Befattning,

Utbildning

Yrkeserfarenhet

1. Kan du berätta om hur du arbetar med inkontinensproblematik avseende äldre på särskilt boende, utifrån din roll som chefläkare samt hur ser du på primärvårdens roll? Vilken är primärvårdens roll?
2. Hur omfattande uppfattar du att inkontinensproblematiken är vid äldreboenden?
Beskriv:
3. Hur ofta och av vilka orsaker uppfattar du att inkontinens leder till utredning/diagnos?
4. a) Hur ofta anser du att förskrivning av åtgärder mot inkontinens sker?
b) När sker förskrivning av åtgärder mot inkontinens?
5. Vilka olika slags åtgärder förekommer och av vilka skäl?
6. Hur uppfattar du att äldres (på särskilt boende) inkontinens hanteras i nuläget?
7. Vad anser du är problem i den nuvarande hanteringen?
8. Vad anser du skulle kunna leda till förbättringar?
 - a) För de äldres livskvalitet?
 - b) För dem som arbetar vid boendet?
 - c) Finns det andra metoder?
12. Övrigt du vill framföra?

**Intervjufrågor kring inkontinensproblematik: förskrivare av
inkontinenshjälpmedel vid särskilt boende för äldre**

Förslag till intervjufrågor:

Namn

Ålder

Befattning

Utbildning

Yrkeserfarenhet och antal år

1. Hur många av de boende uppfattar du har inkontinensproblem?
2. Hur omfattande uppfattar du att inkontinensproblematiken är vid det särskilda boendet?
Beskriv:
3. Hur ofta och av vilka orsaker leder inkontinens till utredning/diagnos?
4. a) Hur ofta sker förskrivning av åtgärder mot inkontinens?
b) När sker förskrivning av åtgärder mot inkontinens?
c) På vilka grunder?
5. Vilka olika slags åtgärder förekommer och av vilka skäl?
6. a) Hur uppfattar du att de äldres inkontinens hanteras i nuläget?
b) Har de äldre något inflytande?
7. Vad uppfattar du som problem i nuvarande hantering?
8. Vad ser du som tänkbara förbättringar?
a) För de äldres livskvalitet?
b) För dem som arbetar vid boendet?
9. Hur uppfattar du att de äldre ser på inkontinensproblematiken?
10. Vilka uppfattningar upplever du att olika personal vid boendet har på inkontinensproblemet?
11. Vad skulle eventuella förbättringar kunna innebära:
a) för de boendes livskvalitet?
b) för de personals arbetssituation?
c) övrigt

Screening för inkontinens

Namn _____ Personnr _____

Inkontinensdiagnos: Ja Nej (besvaras av sjuksköterska)

Går själv på toaletten: Ja Nej

Använder följande engångs inkontinensmaterial

Best nr	Benämning	Storlek	Antal använda:	Summa

Andra använda inkontinenshjälpmedel, flergångs

Registrera här nedan hur många gånger kläder /sängkläder byts pga inkontinens samt vad som byts

Blöt antal gånger Antal bytta underlakan Antal bytta överlakan Underkläder bytt (antal gånger) Övriga kläder bytt (antal gånger) Annat förorenat och bytt (antal gånger) Hjälp till toaletten (antal gånger)

Till personalen: Sätt en "pinne" varje gång ni byter.

Till brukare och anhöriga

XX kommun har fått möjlighet att tillsammans med XX och XX kommun delta i ett FOU- projekt kring inkontinens, dvs. oförmågan att klara sina toalettbesök utan hjälpmedel.

Det ena syftet med projektet är att se om alla boende har just det hjälpmedel dom behöver. Är det för litet eller för stort? Byts det tillräckligt ofta?
Alla boende ska må bra och trivas med sin vardag.

Det andra syftet är att ta reda på personalens syn på hjälpmedel vid inkontinens. Högskolan i Borås, genomför samtal med personer ur olika personal- kategorier för att se om inställningen till inkontinensproblem påverkar den boendes vardag.

Projektet kommer också att innehålla personliga utredningar för de boende som behöver, utbildning för personalen och uppföljning med presentation av resultat.

Vi kommer att börja med en undersökning under vecka 11 av hur mycket material som används idag och hur mycket extra tvätt vi får för att hjälpmedlen fungerar dåligt. Detta registreras på ett registreringskort som är personligt, korten kommer efter två dygn att samlas in och räknas samman. Resultatet skickas sedan till den ansvariga sjuksköterskan. Inga personliga uppgifter kommer att lämna kommunen.

Ett väl fungerande, lagom stort inkontinensskydd kan lyfta vardagen, medan ett illa anpassat inkontinensskydd kan göra att man vill stanna på rummet.

Har ni frågor så vänd er till sjuksköterskorna på XX.

Vänliga hälsningar

XX

Patient ansvarig sjuksköterska

Tel. XX

Tidigare utgivna rapporter från FoU Sjuhärad Vålfärd/ ÄldreVäst Sjuhärad

Rapporter:

Medin, E., & Jutengren, G. (2015) *Utvärdering av projektet Hela Skolan. Skol- och socialtjänstbaserat integrationsarbete*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Carlén, M., Löfström, M., & Theanderson, C. (2014). *Utvärdering av När-vårdssamverkan Södra Älvsborg*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Rönmark, L. (2014). *Sista socialisationen. Berättelser som livskraft på äldre-boendet*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Andersson, B., & Lebedinski, L. (red) (2013). "*... men ingen pratar om de fula sidorna ...*" *Rapport från en FoU-cirkel för lokal mobilisering mot cannabis*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd och Länsstyrelsen Västra Götalands län.

Rönmark, L. (2013). *Det måste få ta tid. Metoder och synsätt i patientarbetet vid Äldrepsykiatriska teamet, Södra Älvsborgs Sjukhus*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Esbjörnson, S., & Hagqvist, A. (2013). *Individuell plan enligt SoL och HSL. Till nytta för brukarna?* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Bjerke, U., & Frändin, K. (2013). *Formkontroll för äldre. En randomiserad, kontrollerad studie*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Hörder, H., & Frändin, K. (2012). *Betydelsen av en intervention med fysisk träning för inaktiva äldre. Delrapport från projektet Formkontroll för äldre*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Bångsbo, A., & Lidén, E. (2012). *Tvårprofessionell samverkan för patienters/brukares delaktighet i vård- och omsorgsplanering*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Lebedinski, L. (2011). *KomBas-projektet Kompetensutveckling för baspersonal – slutrapport från utvärderingen av projektet*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Lebedinski, L. (2011). *Uppföljning av de lokala Psykiatriråden i Sjuhärad/ Södra Älvsborg 2011*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Beijer, E., Eriksson, B. G. (red), Greene C. J., Jess K., Karlsson Vestman, O., Karlsson, P-Å., (red) & Niklasson, L. (2011). *Verkstäder för utvärde-*

ring i välfärdsverksamheter – erfarenheter från några svenska FoU-enheter och högskolor. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Elm, M. (2010). *LÄR UT – Bättre läkemedelshantering för äldre.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Lönn Svensson, A., & Kokkonen, M. (2009). *Attitydförändring och nya arbetsformer för social dokumentation. En utvärdering av ett projekt inom äldreomsorgen i sju kommuner.* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

Rönmark, L. (2008). *Rollen som brukarsamordare i psykiatrin.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Lebedinski, L. (2008). *Miltonprojektet: Integrerad Psykiatri Dubbeldiagnoser – en utvärdering.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Lebedinski, L. (2008). *Miltonprojektet: SamKom – en utvärdering.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Esbjörnson, S., Björkman, I., Henriksson, A., Lidskog, R., Sjören, M., Wessbo, G., & Karlsson, P-Å. (2008). *Så tycker brukarna om äldreomsorgen i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo 2008 jämfört med 2004.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Källman, U. (2008). *Virtuellt Sårcentrum – ett koncept för kunskapsspridning. Slutrapport Virtuellt Sårcentrum.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Nordström, M., & Redberg, P. (2007). *Livssituationen för personer med psykiskt funktionshinder i Sjuhärad.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Hanson, E., Magnusson, L., Winqvist, I., & Sennemark, E. (2006). *Meningsfull vardag i särskilt boende i Sjuhärad.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Lönn Svensson, A., & Kokkonen, M. (2006). *Nulägesbeskrivning av projektet Social dokumentation. Våren 2006.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Höglund, E. (2006). *FoU-projektet Social dokumentation. Redogörelse för arbetet 2004–2005.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Karlsson, P-Å., Nordström, M., Niemi, M., & Redberg, P. (2005). *Vad gör de som hjälper gamla i hemmet? En studie om samverkan och kompetens inom äldreomsorgen.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

- Ehrnlund, L., Essedahl, L., Süvari, K., & Karlsson, P-Å. (2005). *Nå, blir det bättre om vi samverkar? Slutrapport från utvärderingen av Samrehab i Mark-Svenljunga*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Karlsson, P-Å., Höglund, E. et al. (2005). *Brukare om sin äldreomsorg – i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Sennemark, E., Hanson, E., & Magnusson, L. (2005). *Jag har ju barnen som kommer... Äldres hälsa och levnadsvillkor; en intervjuundersökning med vård- och omsorgsberoende i Sjuhäradsbygden*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Brovall, C., Hanson, E., Magnusson, L, et al. (2004). *Mål och policy vid palliativ vård och vård i livets slutskede för äldre och deras närstående i Tranemo – Ett gemensamt synsätt*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Johnsson, L. (2003). *Handledning av biståndsbedömare*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Nilsson, M., & Magnusson, L. (2002). Publ. 2003. *Hälsa och livssituation i relation till fallolyckor bland äldre personer i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Andersson, B-A., Hanson, E., Magnusson, L., Lidskog, R., & Holm, K. (2002). *Informationscentrum för äldre och närstående i Sjuhärad. Slutrapport till Socialdepartementet 2002-09-25*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Källman, U., & Andersson, B-A. (2002). *Virtuellt sårvårdscentrum i södra Älvsborg – Kartläggning av förutsättningarna för en etablering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Ingemansson, M., Nilsson, M., & Sonn, U. (2002). *Rehabilitering för äldre – guide vid val av mätinstrument*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Arbetsrapporter och delrapporter:

Winqvist, M., Magnusson, L., Bergström, I., Beyhammar, K., Eriksson, B., Folin, A., Forsgren, A., Forsman Björkman, C., Göransson, M., Göransson, S., Höglund, E., Larsson, A-C., Lerman, B., Mannefred, C., Takter, M., Talman, L., Tomazic, D., Wesser, E., & Hanson E. (2013). *Stöd till anhöriga – erfarenheter från åtta kommuner 2010–2012*.

Andersson, E., & Hultin, M. (2013). *Forskning och utveckling i samverkan? En extern utvärdering av FoU Sjuhärad Vålfärd*.

Carlén, M., Esbjörnson, S., & Löfström, M. (2013). *Utvärdering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg – Delrapport 1*.

Lebedinski, L. (2013). *Dialektisk beteendeterapi som arbetsplatsverktyg. Utvärdering av DBT-färdighetsträning för ett team vid vårdavdelning 3 på Vuxenpsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus*.

Beijer, E., Eriksson, B. G., (red), Gustafsson, M., Hagqvist, A., Hansson, M., Karlsson, P-Å., (red), Käcker, P., Larsson K., Mensas L., Niklasson L., & Palm, L. (2012). *Handbok för utvärderingsverkstäder*.

Mannefred, C. (2012). *Utveckling av stödet till anhöriga i Borås Stad 2010–2011*.

Lebedinski, L. (2012). *Utvärdering av Närvårdskansliets geografiska lokalisering och organisatoriska placering*.

Aasmundsen, W., & Flodman, H. (2012). *Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder – en studie av neuropsykologers metoder*.

Lebedinski, L. (2012). *Utvärdering av projektet Vita villan i Tranemo kommun. Ett projekt finansierat av Europeiska socialfonden, programområde 2, ökat arbetskraftsutbud*.

Ehlersson C., Hjort E., Karlsson M., Rönmark L., (red) & Tenefors, J-E. (2011). *Enhetschefer undersöker sin roll – ett FoU-projekt i Sjuhärad*.

Craaford, J. Glemne, M., & Nygren, L. (2011). *Protesförsörjning av benamputerade i Sjuhäradsbygden. Studie 1 – Faktorer som påverkar den fysiska förmågan och protesförsörjning, samt resultaten av dessa faktorer hos benamputerade på Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås*.

- Borgvall, L. & Svegelius, E. (2010). *Möten över gränser – Trädgårdsrummet som en möjlig mötesplats.*
- Bångsbo, A. & Lidén, E. (2010). *Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten – Delrapport i projektet Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet.*
- Esbjörnson, S. (2010). *LOV i Sjuhärad. En förstudie om kundval.*
- Lidén, E. (2009). *Vård- och omsorgsplaneringsmötet – erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Social dokumentation inom äldreomsorgen (2009).* Kortversion av två projektrapporter.
- Höglund, E. & Hallberg, M. (2009) *FoU-projektet Social dokumentation – en redogörelse för arbetet 2006–2008.*
- Andersson, E-L. (2009). *Vad gör tidigare medarbetare vid ÄldreVäst Sjuhärad nu och vad betydde uppdraget för dem?*
- Andersson, E-L. & Alth, C. (2009). *Uppföljning av Informationsarbetet vid ÄldreVäst Sjuhärad.*
- Redberg, P. (2008) *Arbetsterapeuters och Sjukgymnasters syn på projekt Hem-Rehabs inledningskedje.*
- Danung, C. & Salomonsson, S-B. – med forskarstöd av Rönmark, L. (2008). *BRASS – BRukare och personliga ASSistenter i samverkan.*

Inkontinensprojektet

Rapporten är en studie av personals uppfattningar om äldres urininkontinens vid tre kommunala vård- och omsorgsboenden i Sjuhärad. Studiens metoder består av intervjuer och mätningar.

Studien visar att synen på och hanteringen av äldre vårdtagares urininkontinensproblematik är komplex och inte alltid entydig samt att problemet relativt ofta uppfattas som en naturlig del av åldrandet. Detta åskådliggörs till exempel när studiens lednings-, handlednings-, och omvårdnadspersonal beskriver olika uppfattningar om vad utredning innebär och hur de ser på urininkontinens. Tyvärr utreds orsakerna till urininkontinens mycket sällan och användande av inkontinensskydd är den mest vanliga och ofta även den enda lösningen på problemet. Av studiens resultat framgår att attityder till problematiken har stor betydelse när det gäller hur omvårdnaden sker.

Studiens samtliga informanter framhåller vikten av att vårdtagare får individuell omvårdnad och för att kunna möjliggöra detta behövs det välutvecklade rutiner och kommunikation mellan olika personalgrupper och arbetspass. Vidare visar studiens resultat att det behövs mer kunskap kring inkontinensfrågor och olika tänkbara hjälpmedel och åtgärder. Att använda ett mer personcentrerat arbetssätt kan vara ett sätt att organisera arbetet så att vårdtagare kan få ökat inflytande och uppnå en högre grad av livskvalitet. Ett sådant arbetssätt skulle förmodligen kunna bidra till att fler vårdtagare assisterades till dagliga toalettbesök och att de även fick mer individuellt utprovade inkontinensskydd. Rapporten innehåller en rad konkreta förslag på vad som skulle kunna förbättras i verksamheterna.

FoU Sjuhärad Vårld är ett kompetenscentrum för forskning och utveckling inom välfärdsområdet. Fokus ligger på samverkan mellan hälso- och sjukvård, omsorg och socialtjänst. Ägarparter är Högskolan i Borås, Västra Götalandsregionen, Borås Stad och kommunerna Bollebygd, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn och Vårgårda. FoU Sjuhärad Vårld administreras av Högskolan i Borås och finns i högskolans lokaler.



Besöksadress: Högskolan i Borås, Allégatan 1 (plan E7)

Postadress: Högskolan i Borås, FoU Sjuhärad Vårld, 501 90 Borås

Telefon: 033-435 40 00 **E-post:** fous@hb.se **Webb:** www.fous.se