



# **HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSINSATSER/KVALITETSINDIKATORER VID SÄRSKILDA BOENDEFORMER FÖR ÄLDRE**

**Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser/kvalitetsindikatorer i  
Hägersten- Liljeholmen och Älvsjö**

**April 2010**

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

### SAMMANFATTNING

<b>INLEDNING</b>	1
<b>Bakgrund</b>	1
<b>Syfte</b>	2
<b>Undersökningens genomförande</b>	2
<b>REDOVISNING AV RESULTAT BÄGGE STADSDELARNA</b>	3
<b>Allmänna uppgifter</b>	3
<b>Boende i särskilda boendeformer</b>	3
<b>Antalet boende i särskilda boendeformer, vecka 41 år 2009</b>	3
<b>Antalet hemsjukvårdspatienter i särskilda boendeformer</b>	3
<b>Antalet boende under 65 år</b>	3
<b>Boende vid vård- och omsorgsboenden</b>	3
<b>Vård- och omsorgsboenden som deltog 2009</b>	3
<b>Boende vid servicehus</b>	3
<b>Servicehus som deltog 2009</b>	4
<b>LÄKEMEDEL</b>	4
<b>Överlämnande av läkemedel</b>	4
<b>Stående ordination 7 eller fler läkemedel</b>	4
<b>Läkemedel vid behov</b>	4
<b>Sytematisk läkemedelsgenomgång</b>	5
<b>Tarmreglerande medel</b>	5
<b>Läkemedel vid diabetes</b>	5
<b>Antibiotika</b>	5
<b>Administrering av läkemedel</b>	5
<b>Inhalationer</b>	5
<b>NÄRINGSINTAG (NUTRITION)</b>	6
<b>Undernäring (malnutrition)</b>	6
<b>Tillsyn/påminnelse vid näringsintag</b>	6
<b>Boende som behövde hjälp med matning</b>	6
<b>Sondmatning</b>	6
<b>TANDVÅRD - MUNSTATUS</b>	6
<b>Tandvård</b>	6
<b>Munstatus</b>	6
<b>HUD</b>	7
<b>Trycksår</b>	7
<b>INKONTINENS</b>	7
<b>Toalettbesök</b>	7
<b>Inkontinens</b>	7
<b>Kateter</b>	7

<b>INFEKTIONER</b>	8
Urinvägsinfektion	8
Svampinfektion	8
Infektion i kronisk sår	8
Infektion i luftvägar	8
MRSA (Meticillinresistenta stafylococcus aureus)	8
VRE (Vancomycinresistenta enterokocker) och ESBL (Extended spectrum beta laktamaser)	9
<b>FALL, FALLSKADOR OCH FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER</b>	9
Frakturer efter fall	9
Rullstolsburna	9
Sänggrindar och bältesordinationer	9
Lift och lyftskynken	10
Kontrakturer	10
<b>ÖVRIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBEHOV</b>	10
Läkarkontakt	10
Vård i livets slut	10
Avlidna	10
<b>ÖVRIGA OMVÅRDNADSBEHOV</b>	10
Omvårdnadsbehov	10
<b>DISKUSSION</b>	11
Slutsatser	14

## **Bilagor**

Bilaga 1      Tabeller totalt två stadsdelar samt tabeller Hägersten-Liljeholmen

## **Sammanfattning**

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

De områden som kartlagts är bl a, näringsintag (nutrition), hud (trycksår), fall/fallolyckor.

Kartläggningen genomfördes via enkät till sjuksköterskor under vecka 41 i oktober 2009.

Undersökningen genomfördes för tolfte året i rad.

Antalet boende som var inskrivna i hemsjukvården på respektive boendeform ingick i enkäten.

Resultatet visade att det totalt fanns 825 boende i de särskilda boendeformerna varav 769 personer var inskrivna i hemsjukvården.

Kartläggningen visar att behovet av både hälso- och sjukvård och allmän omvårdnad har ökat något. Exempel på allmän omvårdnad är hjälp med av- och påklädning och uppstigning/sänggående.

Behovet av syrgas, sonder, läkemedel i injektionsform och infusioner är alla exempel på hälso- och sjukvårdsinsatser. Andelen sår har minskat något och trycksåren ligger på en låg nivå.

Behovet av rullstolar har ökat något och behovet av lyft har minskat något och andelen avlidna har ökat.

Av hälso- och sjukvårdsinsatser har andelen personer som behöver hjälp med sin läkemedelshantering minskat något. Arbetet med systematiska läkemedelsgenomgångar pågår i bägge stadsdelarna.

Det finns en viss skillnad mellan stadsdelarna när det gäller riskbedömningar av fall, trycksår och malnutrition. I Hägersten-Liljeholmen är fler riskbedömningar gjorda, men Älvsjö har en högre andel med åtgärder för de funna riskpatienterna. Andelen riskbedömningar har minskat något jämfört med föregående år. Frakturer och trycksår har dock inte ökat. Det är ett absolut krav att samtliga vårdtagare erbjuds riskbedömningar av fall, trycksår och malnutrition i syfte att identifiera riskpatienter och vidta relevanta åtgärder för den enskilda personen.

Det är viktigt att man väljer organisationsmodeller som möjliggör god kontinuitet och som ger sjuksköterskorna förutsättningar att genomföra de lagstadgade uppgifterna. God kontinuitet i sjuksköterskebemanningen och rimliga ansvarsområden är en förutsättning för att varje vårdtagare ska kunna få den vård och omvårdnad som erfordras.

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

## INLEDNING

För att politiker i stadsdelsnämnderna, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), äldreomsorgschefer samt berörda enheter ska få en uppfattning om kvaliteten av hälso- och sjukvårdsinsatserna inom respektive ansvarsområde, har de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i stadsdelarna Hägersten- Liljeholmen och Älvsjö valt att gemensamt göra en undersökning. Genom att kartlägga och jämföra behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser/kvalitetsindikatorer i de särskilda boendeformerna i stadsdelarna kan man få en uppfattning om och i så fall hur stadsdelsförvaltningarna skiljer sig från varandra. Studien har genomförts för tolfte året i följd vilket ger möjligheter till jämförelser över tid. I presentationen redovisas förra årets resultat inom parentes där det är möjligt att göra så.

## Bakgrund

Enligt bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:783), ska kvaliteten inom hälso- och sjukvården i verksamheterna systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Detta innebär att på olika sätt följa upp verksamheterna och kontinuerligt säkra att kvaliteten och säkerheten i vården och omhändertagandet av vårdtagarna i de särskilda boendeformerna tillgodoses. I ”Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” ställs krav på kvalitetssystem i hälso- och sjukvårdsverksamheten. Ett hjälpmedel är kvalitetsindikatorer, en mätbar variabel som kan användas för att registrera och utvärdera viktiga aspekter av vårdkvaliteten.

Utifrån tillgänglig forskning och tidigare kartläggningar har vi fastställt lägsta acceptabla nivå inom flera omvårdnadsområden.

### *Nutrition*

- 100 % av alla boende i särskilda boenden ska få/erbjudas en individuell bedömning av nutritionsstatus enligt bedömningsinstrumentet MNA (Mini Nutritional Assessment)
- 100 % av identifierade riskpatienter ska utredas med ställningstagande till nutritionsstöd
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

### *Trycksår*

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

### *Fallrisk*

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

### *Inkontinens*

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

### *Infektioner*

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

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

Under de senaste tolv åren har MAS genomfört kartläggningar. Under åren har olika stadsdelar i söderort deltagit. Stadsdelarna Hägersten och Älvsjö har deltagit under alla åren.

### **Syfte**

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

### **Undersökningens genomförande**

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

Förhållandena gäller vecka 41 i oktober 2009. Enkäten besvarades av den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan tillsammans med vårdpersonalen.

Enkäten har i första steget sammanställts på respektive förvaltning av MAS och har därefter sammanställts. De områden som kartlagts är bl a näringsintag (nutrition), hud (trycksår), fall/fallolyckor.

## REDOVISNING AV RESULTAT I BÄGGE STADSDELARNA

Samtliga utlämnade enkäter besvarades i bägge stadsdelarna. Undersökningens resultat baserar sig på antalet (boende) vårdtagare som var inskrivna i hemsjukvården v 41 år 2009.

### Allmänna uppgifter

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

Det totala antalet boende i särskilda boendeformer för äldre var under kartläggningsveckan 825 personer. Av dessa var 769 personer definierade som hemsjukvårdspatienter. Skillnaden mellan antal boende och antal hemsjukvårdspatienter beror på att det vid servicehusen finns personer/boende som inte är i behov av hälso- och sjukvård. De sköter själva sina eventuella läkarbesök och klarar sin egen medicinhantering och är därför inte med i kartläggningen. Uppstår ett behov av hjälp med hälso- och sjukvårdsinsatser skrivs de in i hemsjukvården.

Vid enheter med heldygnsomsorg d v s sjukhem och gruppboenden för dementa bor personer med stort omvårdnadsbehov och som ofta är svårt sjuka. Där finns tillgång till personal dygnet runt och samtliga boende definieras som hemsjukvårdspatienter.

Resultatet visade att 93 % ( 90 %) av alla boende var hemsjukvårdspatienter.

Majoriteten, 531, av alla som vårdades vid de särskilda boendeformerna var kvinnor, och 238 var män. Åldersspridningen var stor, från 54 år till 107 år.

### Antalet boende i särskilda boendeformer, vecka 41 år 2009

Hägersten-Liljeholmen 552 (595)

Älvsjö 273 (285)

### Antalet hemsjukvårdspatienter i särskilda boendeformer, vecka 41 år 2009:

Hägersten-Liljeholmen 525 (531)

Älvsjö 244 (260)

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

### Antal boende under 65 år

Totalt fanns 11 vårdtagare under 65 år vid äldreboendena. Sex av dessa fanns i Hägersten-Liljeholmen och fem i Älvsjö.

### Boende vid vård- och omsorgsboenden

#### Vård-och omsorgsboenden (sjukhem och demensgruppboenden) som deltog år 2009:

Hägersten-Liljeholmen Axgården, Kastanjen, Fruängsgårdens B-hus och Åsengården

Älvsjö Solberga, Älvsjö

Antalet boende vid vård- och omsorgsboenden med inriktning somatik var 158 personer och med inriktning demens 263, totalt 421 personer. Av vårdtagarna var 311 kvinnor och 110 män. Den yngsta var 58 år och den äldsta var 107 år. En person var under 65 år.

## **Boende vid servicehus**

### **Servicehus som deltog år 2009:**

Hägersten-Liljeholmen    Axelsberg, Fruängsgården, Kastanjen och Trekanten  
 Älvsjö                      Långbroberg, Älvsjö

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

Det totala antalet boende på servicehus var 404 personer. Antalet hemsjukvårdspatienter var 348 personer. Hägersten-Liljeholmen hade 263 inskrivna i hemsjukvården och Älvsjö hade 85 personer.

Andelen personer inskrivna i hemsjukvården var 86 % (80 %). Åldersspridningen vid servicehusen var från 54 år till 103 år. 10 personer var under 65 år. Av de inskrivna i hemsjukvården var 220 kvinnor och 128 män.

## **LÄKEMEDEL**

### **Överlämnande av läkemedel**

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

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

En stor andel av de boende, 85 % (87 %), klarade inte sin läkemedelshantering utan hjälp av vårdpersonal.

### **Stående ordination 7 eller fler läkemedel**

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

Totalt hade 49 % (46 %) av vårdtagarna stående ordination på sju eller fler läkemedel.

### **Läkemedel vid behov**

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

Läkemedel vid behov hade ordinerats till 73 % av de boende (70 %).



## Systematisk läkemedelgenomgång

Från 1 juli till om kartläggningsveckan genomfördes 212 systematiska läkemedelsgenomgångar, 28 %.

Numera har läkarföretagen vid de olika boendeformerna ett reglerat ansvar för att minst en gång per år och vårdtagare göra en systematisk läkemedelsgenomgång.

### Tarmreglerande medel

Förstoppning är ett problem för många äldre beroende på minskad rörlighet, sjukdomar, läkemedel, långvarigt bruk av laxermedel, ändrade matvanor och för litet vätskeintag. I omvårdnadsarbetet ingår det att definiera bidragande orsaker till att förstoppning uppstår och åtgärda dessa för att kunna minska användningen av laxermedel. När det inte är tillräckligt med kostomläggning för att få en fungerande tarmfunktion använder man bulkmedel som kan ses som ett extra tillskott av fibrer eller osmotiskt aktiva läkemedel som får en bulkeffekt genom att osmotiskt binda vatten. Ibland är det emellertid inte tillräckligt och då måste övriga/tarmirriterande laxantia användas.

Kartläggningen visade hur många boende som ordinerats bulkmedel/osmotiskt aktiva samt hur många som ordinerats övriga laxantia. Boende som ordinerats bulkmedel/osmotiskt aktiva var 37 % (42,5 %). Övriga ordinerade laxermedel var 20 % (17 %).

### Läkemedel vid diabetes

Totalt behandlades 7,5 % (8 %) av de boende med insulin. Boende som hade tablettbehandlad diabetes var 4,4 % (4,2 %). Vid diabetes typ 2, som mest förekommer hos äldre, behandlas sjukdomen vanligen med kost eller kostbehandling i kombination med tabletter.

### Antibiotika

Vanliga orsaker till antibiotikabehandling är urinvägsinfektion, infektioner i luftvägar samt sårinfektioner. Andelen boende som behandlades med antibiotika var totalt 3,5 % (3,5 %).

### Administrering av läkemedel

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

Läkemedel i injektionsform fick totalt 5,3 % (4,7 %) av de boende.

Pågående infusionsbehandling hade 0,4 % (3 boende) under kartläggningsveckan. Om en person ofta eller ständigt är i behov av infusion opereras vanligen en port á cath in i ett centralt blodkärl. Detta var fallet hos 0,1 % (1 boende).

Vid ett mer tillfälligt behov av infusion används en perifer venkanyl. Under kartläggningsveckan användes det av 0,4 % (3 personer).

### Inhalationer

Syrgasbehandling fick totalt 1,2 % (9 boende). Fyra av dessa bodde på vård- och omsorgsboende och fem på servicehus.

## NÄRINGSINTAG (NUTRITION)

### Undernäring (malnutrition)

Risken för sjukdom och funktionsnedsättning ökar med stigande ålder, vilket kan begränsa den äldres möjligheter att få i sig den näring kroppen behöver. Det finns flera orsaker till att aptiten och förmågan att äta kan försämrats. De vanligaste anledningarna är kronisk sjukdom eller hög ålder. Andra faktorer som påverkar matintaget är depression, läkemedelsbehandling, dåligt tandstatus och sväljsvårigheter.

Kartläggningen visade att en riskbedömning enligt MNA var genomförd hos 80 % (87 %) av vårdtagarna.

275 personer, 36 % (43 %) var undernärda eller i riskzonen för att utveckla undernäring och för 95 % (92 %) av dessa fanns förebyggande insatser dokumenterade.

### Tillsyn/påminnelse vid näringsintag

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

Denna hjälp behövde 27 % (36 %) av de boende.

### Andel boende som behöver hjälp med matning

När en person inte kan äta själv krävs det att vårdpersonalen har tillräckligt med kunskap om vad och hur mycket näring den äldre behöver. Dessutom är det viktigt att ha tillräckligt med tid för att vara den boende behjälplig vid måltiden.

Andelen boende som behövde hjälp med matning var 13 % (15 %).

### Sondmatning

Sondmatning är en liten del av hälso- och sjukvårdsuppgifterna. 1,3 % (0,9 %) av hemsjukvårdspatienterna, 10 personer, fick sitt näringsintag tillgodosett genom sond. Sondmatning får endast utföras av sjuksköterska eller av vårdpersonal som har uppgiften delegerad.

## TANDVÅRD – MUNSTATUS

### Tandvård

Enligt tandvårdslagen ska landstinget svara för att uppsökande tandvårdsverksamhet bedrivs bland boende inom kommunernas särskilda boendeformer. Samtliga vårdtagare med heldygnsomsorg samt de med stora omvårdnadsbehov vid servicehusen ska erbjudas en årlig munhälsobedömning utförd av tandvårdspersonal. De har dessutom rätt till nödvändig tandvård kostnadsfritt. Med stort omvårdnadsbehov avses personer som har behov av hjälp minst tre gånger per dag samt natthjälp som kan vara i form av larm. Munhälsobedömningen innebär en undersökning av munhåla, tänder och tandersättning samt bedömning av det dagliga behovet av munvård. Munhälsan påverkar den boendes livskvalitet och välbefinnande.

Inom de särskilda boendeformer som ingått i studien hade 66 % (61 %) av de boende bedömts ha rätt till den uppsökande tandvården. Minst kontakt med tandvården hade boende vid servicehus.

### Munstatus

I sjuksköterskans uppgifter ingår att i omvårdnadsjournalen dokumentera munstatus. I denna kartläggning hade 51 % (57 %) av de boendes munstatus dokumenterats.

## HUD

### Trycksår

Trycksår definieras som en lokal skada i huden förorsakad av för högt och långvarigt yttre tryck. Detta har medfört störning av blodtillförsel som i sin tur leder till närings- och syrebrist i huden. Urininkontinens ökar risken för trycksår eftersom huden blir uppluckrad och lätt spricker sönder. Tiden som vårdtagaren ligger på ett hårt underlag är också en riskfaktor. Trycksår klassificeras efter en fyrgradig skala.

Kartläggningen visade trycksårsförekomst på 1,2 % (1,8 %) vilket motsvarar 9 personer vid samtliga boendeformer.

Sjuksköterskan ska bedöma risken för trycksår hos alla boende vid särskilda boenden.

Kartläggningen visade att riskbedömning enligt modifierad Nortonskala var genomförd för 82 % (88 %) av vårdtagarna.

177 personer, 28 % (32 %), var i riskzonen för att utveckla trycksår och för 92 % (89 %) av dessa fanns förebyggande insatser dokumenterade.

## INKONTINENS

### Toalettbesök

Att tömma urinblåsan 5-8 gånger/dygn anses normalt. Tätare behov av att besöka toaletten kan bero på olika sjukdomar såsom neurologiska sjukdomar, demens eller urinvägsinfektioner. Dessa sjukdomar resulterar ofta i nedsättningar av vårdtagarnas funktionsförmåga och de behöver därför hjälp vid toalettbesök. Årets undersökning visade att 63 % (56 %) behövde hjälp vid toalettbesök.

Behovet av hjälp vid toalettbesök var störst vid vård- och omsorgsboendena.

### Inkontinens

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

Kartläggningen visade att 74,5 % (70 %) av vårdtagarna var inkontinenta.

Av alla inkontinenta hade 89 % (94 %) individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Av dessa var 90 % (89 %) dokumenterade i omvårdnadsjournalerna.

### Kateter

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

Undersökningresultatet visade att 7 % (6 %) av vårdtagarna hade kvarliggande kateter.

## INFEKTIONER

Bland de vanligaste infektionerna inom öppenvård är infektioner i urinvägar och i luftvägar. Därefter kommer infektioner i hud och mjukdelar. Ett växande problem är att vissa bakterier har utvecklat resistens mot de vanligaste penicillinsorterna.

## Urinvägsinfektion

Kartläggningen visade att den vanligaste orsaken till antibiotikabehandling var urinvägsinfektion, 1,8 % (3,8 %) av vårdtagarna. Hos äldre personer kan symtomen vara diffusa som förvirring eller nedsatt allmäntillstånd. Urinvägsinfektion ska inte alltid behandlas. Behandlande läkare gör ett individuellt ställningstagande bl a utifrån symtombilden. Detta följer smittskyddsläkaren instruktioner.

## Svampinfektion

Alla människor har bakterier och svamp i små mängder på och i kroppen utan att de orsakar någon skada. De flesta är dessutom ofarliga och viktiga för att upprätthålla en balans mellan skadliga och ofarliga bakterier. Om immunförsvaret eller bakteriefloran påverkas kan svampen växa ohämmat. Förebyggande åtgärder är att hålla hudveck som hals, armveck och ljumskar rena och torra.

Undersökningsresultatet visade att 2,7 % (2,1 %) av vårdtagarna hade svampinfektioner.

## Infektion i kroniskt sår

Med kroniskt sår avses ett sår i huden som utgör en vävnadsskada som omfattar överhuden och når ner i läderhuden eller djupare och som kvarstår efter sex veckor. Exempel på kroniska sår är venösa bensår, arteriella bensår, bensår hos diabetiker och trycksår. I kroniska sår kan alltid bakterier påvisas. Med infektion avses bakteriell förökning med rodnad, ödem och smärta i omkringliggande vävnad. Kartläggningen visade att 1,4 % (1,3 %) av vårdtagarna, 11 personer, hade en pågående infektion i ett kroniskt sår.

## Infektion i luftvägar

Kartläggningen visade att lunginflammation förekom hos en ringa del av vårdtagarna, 0,4 %, 3 personer.

## MRSA (Meticillinresistent a Stafylococcus aureus)

MRSA är en beteckning för en bakterie som är resistent och är därmed inte behandlingsbar med de vanligaste penicillinsorterna. MRSA, är sedan den 1 januari 2000 en anmälningspliktig sjukdom enligt smittskyddslagen och smittspridningen är ett växande problem i Stockholmsregionen.

Den främsta orsaken till smittspridning är brister i basala hygienrutiner.

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

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

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

Totalt fanns 143 (156) personer, 19 % med riskfaktorer för MRSA av alla hemsjukvårdspatienter.

Av antalet nyinflyttade/återkomna var 43 personer aktuella för odling. Odling hade utförts vid 85 tillfällen. Vid kartläggningstillfället fanns 12 (8) vårdtagare (1,6 %) med MRSA-infektion.

## **VRE (Vancomycinresistenta enterokocker) och ESBL (Extended spectrum beta-laktamaser)**

Under senare år har det tillkommit fler bakterier med resistensbildning mot de vanligaste antibiotikasorterna. Vid kartläggningstillfället fanns 8 personer (1 %) med VRE-infektion och en person med ESBL.

## **FALL, FALLSKADOR OCH FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER**

Fall och dess konsekvenser i form av benbrott (frakturer) och andra följskador utgör ett stort hälsoproblem bland äldre. Det finns studier som visar att för personer som bor inom de särskilda boendeformerna är fallolyckorna vanligast i åldrarna mellan 70 och 85 år, för att sedan bli mindre vanliga i högre åldrar. Forskningen kring fallolycksmekanismer, hur olyckorna går till, har delats upp i tre huvudkategorier:

- yttre eller miljömässiga mekanismer, t ex att man snubblar över hinder eller halkar på hala golv
- inre mekanismer, som har att göra med individens inneboende egenskaper. Dessa beror på funktionsnedsättningar som oftast orsakas av balanssvårigheter, muskelsvagheter eller perceptuella (upplevda, iakttagande) missbedömningar
- fall från icke stående eller gående position när vårdtagaren rullar ur sängen eller glider ur rullstol

Den enskilde vårdtagaren som faller använder ofta läkemedel och har dessutom i de flesta fall sjukdomar och funktionsnedsättning som i samverkan med yttre faktorer bidrar till fallet.

Kartläggningen visade att riskbedömning enligt DRFI var gjord för 83 % (84 %) av vårdtagarna.

436 personer, 69 % (74 %) var identifierade riskpatienter och för 84 % (89 %) av dessa fanns förebyggande insatser dokumenterade.

### **Frakturer efter fall**

I denna studie redovisas att 2,5 % (2,4 %) av vårdtagarna, 19 personer, under de senaste 3 månaderna innan kartläggningen hade drabbats av fall som medförde fraktur.

### **Rullstolsburna**

Nedsatt funktionsförmåga som orsakas av muskelsvagheter samt balanssvårigheter resulterar ofta i att individen behöver använda rullstol vid förflyttning. Arbetsterapeuter/sjukgymnaster är ansvariga för att rullstolarna är individuellt utprovade. Kartläggningen visade att 54 % (50 %) av vårdtagarna var rullstolsburna.

### **Sänggrindar och bältesordinationer**

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

Totalt hade 30 % (33 %) vårdtagare ordinerats sänggrindar och av dessa var 73 % (79 %) dokumenterade i omvårdnadsjournalerna.

Säkerhetssele/bälte är en frihetsinskränkande åtgärd och får endast användas för att hindra en svag vårdtagare från att falla och därigenom komma till skada. Ordinationer förekommer främst inom sjukhem och gruppboende. Av kartläggningen framgick att totalt 10 % (11 %) hade bältesordination.

## Lift och lyftskynken

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

22 % (25 %) av vårdtagarna bedömdes vara i behov av lift vid förflyttning. 99 % (100 %) hade fått ett individuellt utprovat lyftskynke.

## Kontrakturer

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

Av samtliga vårdtagare hade 7 % (9 %) kontrakturer .

## ÖVRIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBEHOV

### Läkarkontakt

Under mätveckan var 15 % (19 %) av vårdtagarna personligt bedömda av läkare och för 27 % (23 %) av vårdtagarna hade hälsotillståndet diskuterats vid "sittrond".

De tre närmaste månaderna före kartläggningen var antalet akuta läkarbesök på sjukhus 153 (121). Av dessa resulterade 123 besök, 80 % (69 %), i inläggning på akutsjukhus.

### Vård i livets slut

Vård i livets slut var en liten andel av den totala vården under mätveckan, men på grund av sin karaktär och de känslor döendet väcker hos såväl närstående, boende och personal är det ett mycket viktigt område.

Under den aktuella mätveckan var totalt 11 av 769 personer i terminalt stadium (döende), vilket motsvarar 1,4 % av vårdtagarna.

### Avlidna

Andelen avlidna under de senaste tre månaderna före kartläggningen var 62 personer, 8,1 % (5,8 %).

Av de 62 avlidna under undersökningsperioden avled 15 på akutsjukhus och 47 på sin boendeenhet.

## ÖVRIGA OMVÅRDNADSBEHOV

### Omvårdnadsbehov

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

Undersökningen visade att 43 % (23 %) hade fullständigt aktuellt ADL-status, d v s högst sex månader gammalt, upprättat av sjukgymnast/arbetsterapeut. 19 % (22 %) av vårdtagarna hade del av ADL-status.

Hjälpsbehoven inom omvårdnaden är mycket personalkrävande. Hjälps med av- och påklädning behövde 73 % (66 %) och 68 % (64 %) behövde hjälp med uppstigning och sänggående. I de olika omvårdnadsmomenten behövde 29 % (31 %) av samtliga vårdtagare hjälp av 2 personer.

## DISKUSSION

Genom att kartlägga och jämföra behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser med hjälp av kvalitetsindikatorer i de särskilda boendeformerna i stadsdelarna Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö, kan man se kvalitetsnivån mellan olika enheter, verksamheter och stadsdelsförvaltningar.

Kvalitetsindikatorerna som används i kartläggningen syftar till förbättringar i vården/omvårdnaden. Respektive enhet får också möjlighet att följa utvecklingen över tid.

### Kvalitetsmål hälso- och sjukvård

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

Under de gångna åren har vi utvecklat kvalitetsindikatorer som utgör underlag för de årliga undersökningarna.

Vi anser att det är viktigt att hälso- och sjukvårdsmål utformas i verksamhetsplanen och integreras med övriga mål för äldreomsorgen. Ansvar för att hälso- och sjukvårdsmål utformas åligger verksamhetschefen. Målen ska vara konkreta, mätbara och välkända för samtliga anställda inom äldreomsorgen.

### Läkemedel och läkemedelshantering

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

Kartläggningen visade att nästan hälften av vårdtagarna är ordinerade sju eller fler läkemedel. Sedan maj 2008 har alla läkarföretag, som har uppdrag att utföra läkarinsatser vid särskilda boendeformer för äldre, ett uppdrag att genomföra systematiska läkemedelsgenomgångar minst en gång per år och vårdtagare.

Vi kan inte dra några slutsatser om läkemedelskonsumtionen är för hög alternativt för låg i förhållande till vårdtagarens sjukdomspanorama. Det är av stor vikt att det inom kommunala hälso- och sjukvården finns tillräckligt med läkare och sjuksköterskor för att kunna genomföra individuella läkemedelsuppföljningar i samarbete med kontaktman och gärna apotekare.

### Nutrition

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

Av kartläggningen framgick vidare att närmare fyra av tio av dessa var i riskzonen för undernäring. Drygt nio av tio av dessa hade nutritionsåtgärder dokumenterade.

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

För att tillgodose behovet av omsorg och god vård på nutritionsområdet behövs olika typer av medicinsk kompetens. Tillgång till dietist är en viktig faktor. Visserligen finns dietistkompetens inom äldreförvaltningen, men vi anser att det finns behov av dietist inom varje stadsdelsförvaltning. Det finns många faktorer som påverkar möjligheten att äta. Vårdpersonalen bör få kontinuerlig nutritionsutbildning för att höja sin kompetens inom området och de måste också få tid och möjlighet att praktiskt hjälpa de boende med maten. Miljön runt matsituationen är viktig t ex dukning, uppläggning av maten och en lugn atmosfär. Vägning ska erbjudas fyra gånger per år eller oftare vid behov och nattfastan ska inte överstiga 11 timmar. Projekt kring äldre och kost pågår med hjälp av stimulansmedel från Socialstyrelsen.

### **Tandvård/Munstatus**

Enligt tandvårdslagen ska samtliga boende med heldygnsomsorg och de med stora omvårdnadsbehov vid servicehusen, erbjudas en årlig munhälsobedömning och har rätt till nödvändig tandvård kostnadsfritt. Närmare sju av tio boende hade fått tandvårdsstödskort utfärdade. I sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår att dokumentera munstatus i omvårdnadsjournalen. För drygt hälften av de boende finns munstatus dokumenterat. Det ligger något under nivån året innan. Alltså finns ett utrymme för förbättringsarbete.

### **Hud**

Förekomsten av trycksår går inte att undvika helt. Identifiering av riskpatienter och noggrann uppföljning och utvärdering av insatta förebyggande åtgärders effekt är ett krav. Riskbedömning ska utföras enligt modifierad Nortonskala. Hos åtta av tio av de boende var riskbedömning utförd. Av kartläggningen framgick att knappt en tredjedel av dessa var i riskzonen för att få trycksår och nio av tio med identifierad risk hade dokumenterade insatser för att förebygga trycksår. Arbetet med att identifiera boende med risk för trycksår ligger något under nivån året innan. Det är mycket viktigt att sätta in förebyggande åtgärder hos alla som identifieras som riskpatienter. Bedömning och åtgärder ska finnas dokumenterade. Andelen vårdtagare med trycksår är lågt, 1,2 % och har minskat något sedan förra året då andelen var 1,8 %.

### **Inkontinens**

Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering lider var fjärde kvinna i 80-årsåldern av inkontinens och omkring var femte man i 80-årsåldern har svårigheter att hålla urinen. Kartläggningen visade att mer än hälften av alla vårdtagare behövde hjälp med toalettbesök och tre fjärdedelar bedömdes som inkontinenta.

Samtliga inkontinenta vårdtagare har rätt till individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel och detta uppnåddes för nio av tio. Undersökningen visade att något färre hade fått en individuell utprovning.

Årets undersökning visade vidare att andelen vårdtagare med KAD har ökat något.

### **Infektioner**

Ett växande problem i Stockholmsregionen är smittspridningen av meticillinresistenta stafylococcus aureus (MRSA). Kartläggningen visade att det fanns 143 personer med riskfaktorer för MRSA.



Under senare år har det tillkommit fler bakterier med resistensbildning mot de vanligaste antibiotikasorterna. Vid kartläggningstillfället fanns 8 personer med VRE-infektion och en person med ESBL.

Genom att stadsdelarna har ett avtal med landstingets hygiensektion och därmed får tillgång till hygienläkarnas och hygiensjuksköterskornas kompetens, arbetas det med att förhindra denna smittspridning. Kunskaper och tillämpning av basala hygienrutiner är viktiga åtgärder för att nedbringa smittspridningen i kombination med odlingar av personer med riskfaktorer. Enheterna har också möjlighet att få en hygienrond gjord och därmed få expertråd i hygienfrågor.

Det är ytterst väsentligt att personalen får kontinuerlig utbildning i basala hygienrutiner och att varje enhet utser personer som kan genomgå hygienutbildning. Inte minst behöver många sjuksköterskor få sina kunskaper uppdaterade. Det är även viktigt att enhetscheferna uppdaterar sina kunskaper eftersom en del insatser medför kostnader som cheferna har att ta ställning till.

### **Fallrisk**

Kartläggningen visade att fallriskbedömning gjordes för åtta av tio boende. Knappt tre fjärdedelar av dessa identifierades som riskpatienter. Åtta av tio av de identifierade riskpatienterna hade dokumenterade insatser för att förebygga fallolyckor.

Andelen funna riskpatienter är högre i Älvsjö och man är också bättre på dokumentera förebyggande insatser. Totalt har det inte skett någon förbättring under året.

Andelen vårdtagare som drabbats av fraktur är ungefär densamma som året innan.

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

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

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

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

### **Läkarkontakter**

Under undersökningsveckan hade fyra av tio vårdtagare antingen träffat läkare vid äldreboendet eller fått sin situation genomgången vid en "sittrond". Både personligt besök av läkare och andelen vårdtagare som fått sin situation diskuterad vid "sittrond" är ungefär samma som året innan. Avtalen angående läkarinsatserna som tagits fram har reglerat omfattningen och arten av insatserna på ett tydligare sätt.

### **Avlidna**

Andelen avlidna var högre år 2009 än föregående år. Flertalet av de avlidna vårdtagarna hade dött på i sin boendeenhet och en fjärdedel på ett akutsjukhus.

### **Övriga omvårdnadsbehov**

Frågor avseende vårdtagarnas allmänna omvårdnadsbehov ingår i kartläggningen.

Undersökningen visade att vårdtagarna hade omfattande omvårdnadsbehov som ökat en del sedan föregående år. En orsak till den höga omvårdnadsnivån kan vara att landstinget snabbt skriver ut personer med stora vårdbehov och att de boende blivit äldre och har fler sjukdomar.

## Slutsatser

En jämförelse mellan 2008 och 2009 års kartläggningar ger anledning att fundera över vilka förändringar som skett. Andelen vårdtagare inskrivna i hemsjukvården är färre än året innan. Det är framförallt vid servicehusen antalet minskar.

Kartläggningen visar att behovet av både hälso- och sjukvård och allmän omvårdnad har ökat något. Exempel på allmän omvårdnad är hjälp med av- och påklädning och uppstigning/sänggående.

Behovet av syrgas, sonder, läkemedel i injektionsform och infusioner är alla exempel på hälso- och sjukvårdsinsatser. Andelen sår har minskat något och trycksåren ligger på en låg nivå. Behovet av rullstolar har ökat något och behovet av lyft har minskat något och andelen avlidna har ökat.

Av hälso- och sjukvårdsinsatser har andelen personer som behöver hjälp med sin läkemedelshantering minskat något. Arbetet med systematiska läkemedelsgenomgångar pågår i bägge stadsdelarna.

Det finns en viss skillnad mellan stadsdelarna när det gäller riskbedömningar av fall, trycksår och malnutrition. I Hägersten-Liljeholmen är fler riskbedömningar gjorda, men Älvsjö har en högre andel med åtgärder för de funna riskpatienterna. Andelen riskbedömningar har minskat något jämfört med föregående år. Frakturer och trycksår har dock inte ökat.

Verksamhetscheferna/enhetscheferna måste, genom god internkontroll, tillse att arbetet med riskbedömningarna utvecklas på ett positivt sätt. Det är ett absolut krav att samtliga vårdtagare erbjuds riskbedömningar av fall, trycksår och malnutrition i syfte att identifiera riskpatienter och vidta relevanta åtgärder för den enskilda personen.

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

Det är viktigt att man väljer organisationsmodeller som möjliggör god kontinuitet och som ger sjuksköterskorna förutsättningar att genomföra de lagstadgade uppgifterna. God kontinuitet i sjuksköterskebemanningen och rimliga ansvarsområden är en förutsättning för att varje vårdtagare ska kunna få den vård och omvårdnad som erfordras.

Kartläggningen visar ett behov av kontinuerlig utbildning och kunskapsinhämtning för de som arbetar närmast den multistjuka äldre.

Stockholms stad har genom fullmäktigebeslut fastställt indikatorer för hälso- och sjukvård. Enheterna har ett uppdrag att kontinuerligt följa upp och rapportera uppgifterna enligt ett fastställt formulär. Indikatorerna tangerar kartläggningens frågeställningar. Ett ställningstagande görs längre fram om hur omfattningen och innehållet i kommande kartläggningar påverkas.

Kartläggning 2009 TOTALT SÄRSKILDA BOENDEFORMER, Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö

Totalt Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö	Hägersten-Liljeholmen		Älvsjö		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>1. ALLMÄNNA UPPGIFTER</b>						
Antal boende	552		273		825	
Inskrivna i hemsjukvården	525	95,1%	244	89,4%	769	93,2%
<b>Ålder och kön</b>						
Kvinnor	364	69,3%	167	68,4%	531	69,1%
Män	161	30,7%	77	31,6%	238	30,9%
	364	69,3%	167	68,4%	531	69,1%
Äldst	103 år		107 år		107 år	
Yngst	62 år		71 år		62 år	
	161	30,7%	77	31,6%	238	30,9%
Äldst	100 år		99 år		100 år	
Yngst	57 år		54 år		54 år	
Antal boende under 65 år	6	1,1%	5	2,0%	11	1,4%
Finns enhetsspecifika kvalitetsmål för hälso- och sjukvården?	Ja/Nej		Ja		Ja/Nej	
<b>2. LÄKEMEDEL</b>						
Hjälp med överlämnande	426	81,1%	226	92,6%	652	84,8%
Delegerats överlämnande av läkemedel	291		171		462	
Delegerats insulingivning	68		31		99	
Dosett	207	39,4%	217	88,9%	424	55,1%
Apodos	243	46,3%	25	0,0%	268	34,9%
Dosett + apodos	49	9,3%	8	3,3%	57	7,4%
Antal genomförda läkemedelsgenomgångar de senaste 3 mån	126	24,0%	86	35,2%	212	27,6%
Ordination 7 eller fler läkemedel	254	48,4%	126	51,6%	380	49,4%
Läkemedel ordinerat vid behov	368	70,1%	190	77,9%	558	72,6%
Syrgasbehandling	8	1,5%	1	0,4%	9	1,2%
Läkemedel i injektionsform (ej insulinbehandling)	24	4,6%	17	7,0%	41	5,3%
Pågående infusionsbehandling	3	0,6%	0	0,0%	3	0,4%
Port á cath	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
Perifer venkanyl	3	0,6%	0	0,0%	3	0,4%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse med Port á cath de senaste 3 mån.	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse med Perifer venkanyl de senaste 3 mån.	1	0,2%	1	0,4%	2	0,3%
Insulinbehandlad Diabetes	36	6,9%	22	9,0%	58	7,5%
Tablettbehandlad Diabetes	24	4,6%	10	4,1%	34	4,4%
Bulkmedel (se Fass A06 AC) och osmotiskt aktiva medel (se Fass A06 AD)	177	33,7%	106	43,4%	283	36,8%
Övriga laxantia (se Fass A06)	108	20,6%	43	17,6%	151	19,6%
Pågående Antibiotikabehandling	15	2,9%	12	4,9%	27	3,5%
<b>3. NUTRITION</b>						
Vägning vid inflyttning	Ja		Ja/Nej		Ja/Nej	
Vägning minst 4 gånger/ år	Ja/Nej		Ja/Nej		Ja/Nej	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Riskbedömning enl MNA gjord	429	81,7%	187	76,6%	616	80,1%
varav identifierade som riskpatienter	143	33,3%	132	70,6%	275	35,8%
varav dokumenterad bedömning och nutritionsinsatser	129	90,2%	132	100,0%	261	94,9%
Tillsyn / påputtning	114	21,7%	95	38,9%	209	27,2%
Hjälp med matning	70	13,3%	31	12,7%	101	13,1%
Sondmatning	6	1,1%	4	1,6%	10	1,3%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse med Peg-sond de senaste 3 mån.	5	1,0%	1	0,4%	6	0,8%
<b>4. TANDVÅRD</b>						
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Boende med tandvårdsstödkort	334	63,6%	175	71,7%	509	66,2%
Munstatus dokumenterat i omvårdnadsjournal	276	52,6%	118	48,4%	394	51,2%
<b>5. HUD</b>						
Riskbedömning enl modifierad Nortonskala gjord	443	84,4%	186	76,2%	629	81,8%
varav Identifierade som riskpatienter för trycksår	85	19,2%	92	49,5%	177	28,1%
varav dokumenterade insatser för att förebygga trycksår	78	91,8%	85	92,4%	163	92,1%
Bensår	9	1,7%	11	4,5%	20	2,6%
Trycksår	5	1,0%	4	1,6%	9	1,2%
Annat sår än ovan	20	3,8%	4	1,6%	24	3,1%
Eksem	13	2,5%	6	2,5%	19	2,5%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse med sår/ eksem de senaste 3 mån.	13	2,5%	4	1,6%	17	2,2%

Kartläggning 2009 TOTALT SÄRSKILDA BOENDEFORMER, Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö

Totalt Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö	Hägersten-Liljeholmen		Älvsjö		Totalt	
<b>6. INKONTINENS</b>						
Hjälp vid toalettbesök	297	56,6%	187	76,6%	484	62,9%
enbart Urininkontinenta	208	39,6%	61	25,0%	269	35,0%
både Urin o faecesinkontinenta	208	39,6%	96	39,3%	304	39,5%
Sammantaget inkontinenta	416	79,2%	157	64,3%	573	74,5%
Individuellt utprovade inkontinens-hjälpmiddel	390	93,8%	122	77,7%	512	89,4%
varav dokumenterade i omvårdnadsjournal	345	88,5%	117	95,9%	462	90,2%
Boende med KAD (kvarliggande kateter i urinblåsan)	33	6,3%	18	7,4%	51	6,6%
Boende med Urostomi	0	0,0%	1	0,4%	1	0,1%
Boende med Colostomi	4	0,8%	0	0,0%	4	0,5%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse med KAD de senaste 3 månaderna	10	1,9%	5	2,0%	15	2,0%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse med Stomi de senaste 3 månaderna	1	0,2%	1	0,4%	2	0,3%
<b>7. INFEKTIONER</b>						
Svampinfektion.	18	3,4%	3	1,2%	21	2,7%
Urinvägsinfektion behandlad med antibiotika	9	1,7%	5	2,0%	14	1,8%
Pneumoni	2	0,4%	1	0,4%	3	0,4%
Infektion i kroniskt sår	3	0,6%	8	3,3%	11	1,4%
Pågående MRSA - infektion	5	1,0%	7	2,9%	12	1,6%
MRSA-odling utförd från 1 juli tom kartläggningsveckan, vecka 41	32	6,1%	53	21,7%	85	11,1%
Pågående VRE - infektion	7	1,3%	1	0,4%	8	1,0%
Pågående ESBL - infektion	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
<b>8. FALLSKADERISK</b>						
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Riskbedömning enl Downton gjord	442	84,2%	193	79,1%	635	84,5%
varav identifierade riskpatienter	262	59,3%	174	90,2%	436	58,6%
varav dokumenterade insatser	195	74,4%	171	98,3%	366	83,9%
Fraktur efter fall fr o m 1 juli to m kartläggningsveckan, vecka 41	15	2,9%	4	1,6%	19	2,5%
Individuellt utprovad och ordinerad rullstol	274	52,2%	142	58,2%	416	54,1%
Boende i behov av lift	106	20,2%	64	26,2%	170	22,1%
varav individuellt utprovat lyftskynke	106	100,0%	62	96,9%	168	98,8%
Ordinerats sänggrindar	135	25,7%	95	38,9%	230	29,9%
varav dokumenterat i journal	121	89,6%	46	48,4%	167	72,6%
Säkerhetssele / bälte ordinerat av läkare	37	7,0%	39	16,0%	76	9,9%
varav dokumenterat i journal	36	97,3%	35	89,7%	71	93,4%
<b>9. ÖVRIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBEHOV</b>						
Aktuellt (= högst 6 mån gammalt) ADL-status gjort paramedicinsk personal	190	36,2%	140	57,4%	330	42,9%
Del av aktuellt (= 6 mån gammalt) ADL-status gjort paramedicinsk personal	73	13,9%	73	29,9%	146	19,0%
Kontrakturer som försvårar omvårdnad och/eller förorsakar smärta	35	6,7%	21	8,6%	56	7,3%
Trakeostomi	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse m trakeostomi from 1 juli tom kartl	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Personligen träffat läkare under mätveckan	77	14,7%	39	16,0%	116	15,1%
vars situation diskuterats med läkare vid tex Sittrond eller liknande	153	29,1%	58	23,8%	211	27,4%
Antal gånger någon behövt åka akut till sjukhus fr o m 1 juli to m kartläggningsve	115	21,9%	38	15,6%	153	19,9%
varav hur många ggr någon blivit inlagd på sjukhus de senaste 3 mån	99	86,1%	24	63,2%	123	16,0%
Boende som är döende	8	1,5%	3	1,2%	11	1,4%
Avlidit på enheten fr o m 1 juli to m kartläggningsveckan, vecka 41	35	6,7%	12	4,9%	47	6,1%
Avlidit på akutsjukhus fr o m 1 juli to m kartläggningsveckan, vecka 41	12	2,3%	3	1,2%	15	2,0%
<b>10. ÖVRIGA OMVÅRDNADSBEHOV</b>						
Hjälp med uppstigning och sänggående	311	59,2%	212	86,9%	523	68,1%
Hjälp m av-och påklädning	346	65,9%	216	88,5%	562	73,1%
Hjälp av minst 2 personer	147	28,0%	77	31,6%	224	29,1%

Totalt Hägersten-Liljeholmen	VoB Somatik		VoB Demens		Servicehus		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>1. ALLMÄNNA UPPGIFTER</b>								
Antal boende	96		166		290		552	
Inskrivna i hemsjukvården	96	100,0%	166	100,0%	263	90,7%	525	95,1%
<b>Ålder och kön</b>								
Kvinnor	62	64,6%	135	81,3%	167	63,5%	364	69,3%
Män	34	35,4%	31	18,7%	96	36,5%	161	30,7%
Kvinnor	62	64,6%	135	81,3%	167	63,5%	364	69,3%
Äldst	99 år		99 år		103 år		103 år	
Yngst	67 år		67 år		62 år		62 år	
Män	34	35,4%	31	18,7%	96	36,5%	161	30,7%
Äldst	99 år		99 år		100 år		100 år	
Yngst	71 år		79 år		57 år		57 år	
Antal boende under 65 år	0	0,0%	0	0,0%	6	2,3%	6	1,1%
Finns enhetsspecifika kvalitetsmål för hälso- och sjukvården?	Ja		Ja/Nej		Ja/Nej		Ja/Nej	
<b>2. LÄKEMEDEL</b>								
Hjälp med överlämnande	92	95,8%	166	100,0%	168	63,9%	426	81,1%
Delegerats överlämnande av läkemedel	23		119		149		291	
Delegerats insulingivning	0		27		41		68	
Dosett	91	94,8%	71	42,8%	45	17,1%	207	39,4%
Apodos	2	2,1%	80	48,2%	161	61,2%	243	46,3%
Dosett + apodos	0	0,0%	13	7,8%	36	13,7%	49	9,3%
Antal genomförda läkemedelsgenomgångar de senaste 3 månaderna	12	12,5%	53	31,9%	61	23,2%	126	24,0%
Ordnation 7 eller fler läkemedel	30	31,3%	89	53,6%	135	51,3%	254	48,4%
Läkemedel ordinerat vid behov	85	88,5%	128	77,1%	155	58,9%	368	70,1%
Syrgasbehandling	2	2,1%	1	0,6%	5	1,9%	8	1,5%
Läkemedel i injektionsform (ej insulinbehandling)	5	5,2%	6	3,6%	13	4,9%	24	4,6%
Pågående infusionsbehandling	3	3,1%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,6%
Port á cath	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
Perifer venkanyl	3	3,1%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,6%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse med Port á cath de senaste 3 mån.	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse med Perifer venkanyl de senaste 3 mån.	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
Insulinbehandlad Diabetes	5	5,2%	8	4,8%	23	8,7%	36	6,9%
Tablettbehandlad Diabetes	9	9,4%	3	1,8%	12	4,6%	24	4,6%
Bulkmedel (se Fass A06 AC) och osmotiskt aktiva medel (se Fass A06 AD)	34	35,4%	44	26,5%	99	37,6%	177	33,7%
Övriga laxantia (se Fass A06)	10	10,4%	74	44,6%	24	9,1%	108	20,6%
Pågående Antibiotikabehandling	4	4,2%	4	2,4%	7	2,7%	15	2,9%
<b>3. NUTRITION</b>								
Vägning vid inflyttning	Ja		Ja		Ja		Ja	
Vägning minst 4 gånger/ år	Ja		Ja		Ja/Nej		Ja/Nej	
Riskbedömning enl MNA gjord	96	100,0%	155	93,4%	178	67,7%	429	81,7%
varav identifierade som riskpatienter	45	46,9%	47	30,3%	51	28,7%	143	27,2%
varav dokumenterad bedömning och nutritionsinsatser	45	100,0%	45	95,7%	39	76,5%	129	90,2%
Tillsyn / påputtning	28	29,2%	40	24,1%	46	17,5%	114	21,7%
Hjälp med matning	18	18,8%	43	25,9%	9	3,4%	70	13,3%
Sondmatning	5	5,2%	1	0,6%	0	0,0%	6	1,1%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse med Peg-sond de senaste 3 mån.	3	3,1%	2	1,2%	0	0,0%	5	1,0%
<b>4. TANDVÅRD</b>								
Boende med tandvårdsstödskort	92	95,8%	141	84,9%	101	38,4%	334	63,6%
Munstatus dokumenterat i omvårdningsjournal	92	95,8%	161	97,0%	23	8,7%	276	52,6%
<b>5. HUD</b>								
Riskbedömning enl modifierad Nortonskala gjord	96	100,0%	162	97,6%	185	70,3%	443	84,4%
varav Identifierade som riskpatienter för trycksår	33	34,4%	33	20,4%	19	10,3%	85	16,2%
varav dokumenterade insatser för att förebygga trycksår	33	100,0%	31	93,9%	14	73,7%	78	91,8%
Bensår	0	0,0%	2	1,2%	7	2,7%	9	1,7%
Trycksår	2	2,1%	1	0,6%	2	0,8%	5	1,0%
Annat sår än ovan	5	5,2%	6	3,6%	9	3,4%	20	3,8%
Eksem	5	5,2%	2	1,2%	6	2,3%	13	2,5%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse med sår/ eksem de senaste 3 mån.	3	3,1%	1	0,6%	9	3,4%	13	2,5%

Totalt vård- och omsorgsboende Hägersten-Liljeholmen	VoB Somatik		VoB Demens		Servicehus		Totalt	
<b>6. INKONTINENS</b>								
Hjälp vid toalettbesök	74	77,1%	143	86,1%	80	30,4%	297	56,6%
enbart Urininkontinenta	24	25,0%	46	27,7%	138	52,5%	208	39,6%
både Urin o faecesinkontinenta	61	63,5%	111	66,9%	36	13,7%	208	39,6%
Sammantaget inkontinenta	85	88,5%	157	94,6%	174	66,2%	416	79,2%
Individuellt utprovade inkontinens-hjälpmedel	83	97,6%	156	99,4%	151	86,8%	390	93,8%
varav dokumenterade i omvårdnadsjournal	83	100,0%	156	100,0%	106	70,2%	345	88,5%
Boende med KAD (kvarliggande kateter i urinblåsan)	11	11,5%	8	4,8%	14	5,3%	33	6,3%
Boende med Urostomi	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Boende med Colostomi	0	0,0%	1	0,6%	3	1,1%	4	0,8%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse med KAD de senaste 3 månaderna	5	5,2%	2	1,2%	3	1,1%	10	1,9%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse med Stomi de senaste 3 månaderna	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	1	0,2%
<b>7. INFEKTIONER</b>								
Svampinfektion	0	0,0%	6	3,6%	12	4,6%	18	3,4%
Urinvägsinfektion behandlad med antibiotika	2	2,1%	4	2,4%	3	1,1%	9	1,7%
Pneumoni	0	0,0%	1	0,6%	1	0,4%	2	0,4%
Infektion i kroniskt sår	2	2,1%	0	0,0%	1	0,4%	3	0,6%
Pågående MRSA - infektion	0	0,0%	2	1,2%	3	1,1%	5	1,0%
MRSA-odling utförd från 1 juli tom kartlägningsveckan, vecka 41	9	9,4%	8	4,8%	15	5,7%	32	6,1%
Pågående VRE - infektion	1	1,0%	4	2,4%	2	0,8%	7	1,3%
Pågående ESBL - infektion	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	1	0,2%
<b>8. FALLSKADERISK</b>								
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Riskbedömning enl Downton gjord	96	100,0%	162	97,6%	184	70,0%	442	84,7%
varav identifierade riskpatienter	37	38,5%	120	74,1%	105	57,1%	262	49,1%
varav dokumenterade insatser	37	100,0%	120	100,0%	38	36,2%	195	74,4%
Fraktur efter fall fr o m 1 juli t o m kartlägningsveckan, vecka 41	4	4,2%	4	2,4%	7	2,7%	15	2,9%
Individuellt utprovad och ordinerad rullstol	57	59,4%	110	66,3%	107	40,7%	274	52,2%
Boende i behov av lift	31	32,3%	52	31,3%	23	8,7%	106	20,2%
varav individuellt utprovad lyftskynke	31	100,0%	52	100,0%	23	100,0%	106	100,0%
Ordinerats sänggrindar	52	54,2%	65	39,2%	18	6,8%	135	25,7%
varav dokumenterat i journal	41	78,8%	65	100,0%	15	83,3%	121	89,6%
Säkerhetssele / bälte ordinerat av läkare	12	12,5%	24	14,5%	1	0,4%	37	7,0%
varav dokumenterat i journal	12	100,0%	24	100,0%	0	0,0%	36	97,3%
<b>9. ÖVRIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBEHOV</b>								
Aktuellt (= högst 6 mån gammalt) ADL-status gjort paramedicinsk personal	51	53,1%	127	76,5%	12	4,6%	190	36,2%
Del av aktuellt (= 6 mån gammalt) ADL-status gjort paramedicinsk personal	0	0,0%	11	6,6%	62	23,6%	73	13,9%
Kontrakturer som försvårar omvårdnad och/eller förorsakar smärta	8	8,3%	18	10,8%	9	3,4%	35	6,7%
Trakeostomi	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
Flyttat in eller återkommit från sjukhusvistelse m trakeostomi from 1 juli tom kartl veckan	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Personligen träffat läkare under mätveckan	23	24,0%	26	15,7%	28	10,6%	77	14,7%
vars situation diskuterats med läkare vid tex Sittrond eller liknande	33	34,4%	42	25,3%	78	29,7%	153	29,1%
Antal gånger någon behövt åka akut till sjukhus fr o m 1 juli to m kartlägningsveckan	26	27,1%	19	11,4%	70	26,6%	115	21,9%
varav hur många ggr någon blivit inlagd på sjukhus de senaste 3 mån	24	92,3%	12	63,2%	63	90,0%	99	86,1%
Boende som är döende	6	6,3%	0	0,0%	2	0,8%	8	1,5%
Avlidit på enheten fr o m 1 juli t o m kartlägningsveckan, vecka 41	14	14,6%	11	6,6%	10	3,8%	35	6,6%
Avlidit på akutsjukhus fr o m 1 juli t o m kartlägningsveckan, vecka 41	3	3,1%	2	1,2%	7	2,7%	12	2,3%
<b>10. ÖVRIGA OMVÅRDNADSBEHOV</b>								
Hjälp med uppstigning och sänggående	86	89,6%	147	88,6%	78	29,7%	311	59,2%
Hjälp m av-och påklädning	90	93,8%	145	87,3%	111	42,2%	346	65,9%
Hjälp av minst 2 personer	41	42,7%	65	39,2%	41	15,6%	147	28,3%