

Handläggare
Agneta Blomkvist
Telefon: 08-50822044**Till**
Hägersten-Liljeholmens
stadsdelsnämnd 2014-03-13

Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser/ kvalitetsindikatorer i särskilda boendeformer för äldre

Förvaltningens förslag till beslut

1. Stadsdelsnämnden godkänner rapporten och lägger den till handlingarna.

Maria Mannerholm
stadsdelsdirektörLars Wennberg
avdelningschef

Sammanfattning

En gemensam modell för inrapportering av hälso- och sjukvårdsindikatorer vid samtliga boendeenheter som drivs i kommunal regi samt de som drivs på entreprenad har tagits fram av Äldreförvaltningen. Syftet är att alla enheter ska rapportera och följas upp på ett likartat sätt. Verksamheten kan själv följa upp utvecklingen vid den egna enheten samt på sikt även jämföra med andra enheter. Resultatet av föreliggande rapport baserar sig på de personer som var inskrivna i hemsjukvården och hade en pågående omvårdnadsjournal den 1 oktober 2013. De parametrar som undersökts är bl. a näringsintag (nutrition), hud och fall/fallolyckor, läkemedelsgenomgångar, inkontinens, förflyttningshjälpmedel, skydds- och begränsningsåtgärder och vissa övriga hälso- och sjukvårdsbehov. Kartläggningen genomfördes dels via de hälso- och sjukvårdsindikatorer som sjuksköterskorna har rapporterat in under året till MAS, dels genom en journalsökning av olika parametrar i de omvårdnadsjournaler som var upprättade den 1 oktober 2013. Kartläggningen visar att arbetet med riskbedömningarna har nått en godtagbar nivå även om färre är gjorda än föregående år. Granskning av dokumentationen visar att situationen är godtagbar och har kontinuerligt förbättrats. Andelen trycksår har ökat något mellan 2012 och 2013, men måste fortfarande anses vara låg. MAS kommer även fortsättningsvis att noggrant följa utvecklingen vid enheterna och samverka med verksamhetscheferna för att utveckla patientsäkerheten. Kontinuitet samt en kunnig och engagerad personal med rimliga ansvarsområden är viktiga faktorer för en god och trygg äldreomsorg i Hägersten-Liljeholmen.

Bakgrund

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:783) ska kvaliteten inom de verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård, systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Inom den medicinskt ansvariga sjuksköterskans (MAS) ansvarsområde ligger att följa upp och granska hälso- och sjukvården i kommunens särskilda boendeformer. Kartläggningen är en del av medicinskt ansvariga sjuksköterskans regelbundna granskning och uppföljning.

Ärendets beredning

Ärendet har utarbetats av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan med ansvar för äldreomsorg.

Förvaltningens synpunkter och förslag

En gemensam modell för inrapportering av hälso- och sjukvårdsindikatorer vid samtliga boendeenheter som drivs i kommunal regi samt de som drivs på entreprenad har tagits fram av Äldreförvaltningen.

Syftet är att alla enheter ska rapportera och följas upp på ett likartat sätt. Verksamheten kan själv följa upp utvecklingen vid den egna enheten samt på sikt även jämföra med andra enheter.

De parametrar som undersökts är bl. a näringsintag (nutrition), hud och fall/fallolyckor, läkemedelsgenomgångar, inkontinens, infektioner, förflytningshjälpmedel, skydds- och begränsningsåtgärder och vissa övriga hälso- och sjukvårdsbehov.

Kartläggningen genomfördes dels via de hälso- och sjukvårdsindikatorer som sjuksköterskorna har rapporterat in under året till MAS, dels genom en journalsökning av olika parametrar i de omvårdnadsjournaler som var upprättade den 1 oktober 2013.

Under 2013 har de enheter som drivs i kommunal regi rapporterat under hela året medan de entreprenaddrivna, genom direktiv från Äldreförvaltningen, startade sin rapportering den 1 september 2013.

Fler av uppgifterna rör dock situationen den 1 oktober och har därför kunnat sökas fram i journalsystemet Vodok.

Under en lång följd av år har boendeenheterna i Hägersten-Liljeholmen deltagit i en kartläggning som genomförts v 41 varje år. Den har delvis haft samma innehåll som den nya gemensamma modellen. För 2013 har den nya gemensamma modellen ersatt den

tidigare kartläggningen, vilket innebär att siffrorna inte blir helt jämförbara mellan 2012 och 2013.

Resultatet baserar sig på de personer som var inskrivna i hemsjukvården och hade en pågående omvårdnadsjournal den 1 oktober 2013.

Avsikten är att även fortsättningsvis följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser/kvalitetsindikatorer för att få en jämförelse över tid. Formerna för uppföljning kan komma att förändras p.g.a. att den gemensamma mallen utvecklas. Därutöver har kommunfullmäktige tagit beslut om att de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret ska användas i inom de särskilda boendeformerna.

Resultatet av kartläggningen visade att det inom stadsdelen Hägersten-Liljeholmen fanns:

Totala antalet vårdtagare med pågående omvårdnadsjournaler vid särskilda boendeformer för äldre i stadsdelen var 390 personer.

	Oktober 2013	Oktober 2012
Pågående omvårdnadsjournaler 1 okt/ Inskrivna i hemsjukvården	390 personer	364 personer

Kartläggningens resultat baserar sig på de personer som är inskrivna i hemsjukvården och har en omvårdnadsjournal upprättad 1 oktober 2013.

	Oktober 2013	Oktober 2012
Åldersspridning	65 år – 107 år	65 år – 106 år

Det fanns ingen person under 65 år vid äldreboendena den 1 okt 2013.

Läkemedel

	Oktober 2013	Oktober 2012
Antal boende som fått en fördjupad läkemedelsgenomgång	61,5 %	Mättes ej 2012

De äldre vid boendena som är läkemedelsbehandlade har rätt till en årlig, fördjupad läkemedelsgenomgång. Ansvar för detta ligger hos den behandlande läkaren och ska ske i samarbete med omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Nutrition

	Oktober 2013	Oktober 2012
Andel riskbedömda för malnutrition	87 %	97,5 %

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en nutritionsbedömning och för samtliga identifierade riskpatienter ska ett ställningstagande göras om och vilka åtgärder som ska vidtas. Detta ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Därutöver ska resultatet av riskbedömningen med åtgärder registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert under förutsättning att samtycke inhämtats. Andelen vårdtagare med aktuell riskbedömning är färre än året innan. Arbetet med malnutrition/undernäring är ett prioriterat omvårdnadsområde.

Trycksår

	Oktober 2013	Oktober 2012
Andel riskbedömda för trycksår	87 %	94 %
Andel trycksår 1 okt	3,0 %	2,2 %

För samtliga vårdtagare ska en riskbedömning för trycksår göras i syfte att identifiera riskpatienter och därmed kunna sätta in förebyggande åtgärder i det enskilda fallet.

Detta ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Därutöver ska resultatet av riskbedömningen med åtgärder registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert under förutsättning att samtycke inhämtats. Andelen vårdtagare med aktuell riskbedömning är färre än året innan.

Riskbedömning av trycksår är ett prioriterat område.

Andelen registrerade trycksår den 1 oktober var något högre än 2012.

Inkontinens

	Oktober 2013	Oktober 2012
Individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel	88 %	87 %
Andel KAD	8,2 %	8,8 %

Målet är att samtliga inkontinenta ska ha individuellt utprovade hjälpmedel samt att detta dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Andelen med kvarliggande kateter i urinblåsan (KAD) var något lägre. KAD används endast på läkarordination.

Infektioner med antibiotika resistens

	Oktober 2013	Oktober 2012
Antal personer med pågående MRSA-infektion	4 personer	4 personer
Antal personer med pågående VRE-infektion	0 st.	4 st.
Antal personer med pågående ESBL-infektion	2 st.	3 st.

MRSA-infektion (meticillinresistent stafylococcus aureus) är en anmälningspliktig sjukdom enligt smittskyddslagen.

Personer med sår, eksem, infart, PEG-sond, stomi eller kateter betraktas som riskpersoner för MRSA-infektion och ska ”odlas” i samband med inflyttning till särskilda boendeformer. Detsamma gäller om vårdtagare med ovanstående indikationer återkommer efter sjukhusvistelse. Det gäller även innan personer med riskfaktorer sätts in på en antibiotikakur. Utöver MRSA-infektioner förekommer till och från vårdtagare med VRE-infektioner (vancomycinresistenta enterokocker) och vårdtagare med ESBL-infektion (extended spectrum beta laktamaser) vid våra boenden. Gemensamt för de ovanstående bakterierna är att de har utvecklat resistens för antibiotika, vilken försvårar och på sikt omöjliggör behandling av infektioner.

Fallrisk

	Oktober 2013	Oktober 2012
Andel riskbedömda för fall	86 %	92 %
Andel frakturer	7,7 %	9,6 %

För samtliga vårdtagare ska en riskbedömning för fall göras i syfte att identifiera riskpatienter och därmed kunna sätta in förebyggande åtgärder i det enskilda fallet.

Detta ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Därutöver ska resultatet av riskbedömningen med åtgärder registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert under förutsättning att samtycke inhämtats. Andelen vårdtagare med aktuell riskbedömning är färre än året innan.

Riskbedömning av fall är ett prioriterat område.

Andelen frakturer är inte jämförbar med året innan då alla enheter inte har registrerat förekomsten av frakturer under hela året.

Rullstol och lyft

	Oktober 2013	Oktober 2012
Rullstol	62,5 %	63 %
Lift	28 %	29 %

Både andelen rullstolsburna och andelen vårdtagare som är i behov av lift vid förflyttning ligger i princip stilla.

Sänggrindar/säkerhetssele -bälten

	Oktober 2013	Oktober 2012
Sänggrindar	29 %	33 %
Säkerhetssele/bälten	3,1 %	4,4 %

Användning av sänggrindar och säkerhetssele/bälte är en form av frihetsinskränkande säkerhetsåtgärd som noga måste prövas och som endast får användas för att hindra en vårdtagare från att falla. Andelen som har säkerhetssele/bälten har minskat något. Även andelen personer med sänggrind har minskat något. Det är av stor vikt att dokumentera beslut att använda ovanstående åtgärder och orsaken till beslutet. De allmänna råden från Socialstyrelsen för användning av begränsningsåtgärder upphörde att gälla 2010. Hur balansen mellan individens behov av skydd och förbudet att inskränka en individs frihet ska tillämpas är i fortsfarande oklart.

Behov av sjukhusvård

	Oktober 2013	Oktober 2012
Antal inskickningar till akutsjukhus under 2013	183	43 (under 3 månader)
Varav inlagda	66 %	77 %

Antalet inskickningar till akutsjukhus är inte jämförbar med året innan då alla enheter inte har registrerat förekomsten av inskickningar under hela året samt att mätperioden var annorlunda året innan.

Det var dock en mindre andel som blev inlagda och de berörda enheterna måste kontinuerligt analysera orsakerna för att vara säkra på att inskickning inte sker i onödan.

Avlidna

	Oktober 2013	Oktober 2012
Avlidit på enheten	48 personer	82 personer
Registrerat i svenska palliativ registret	43 personer, 89,5 %	Mättes ej 2012
Avlidit på akutsjukhus	18 personer	17 personer

Antalet avlidna är inte jämförbar med året innan då alla enheter inte har registrerat antalet avlidna under hela året.

Slutsatser

1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag som bland annat fokuserar på att minimera vårdskador. Den beskriver också nödvändigheten av att ha tydliga mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet och poängterar kravet på ett tydligt och integrerat ledningssystem. Varje år ska en patientsäkerhetsberättelse tas fram som på ett konkret sätt beskriver hur respektive enhets patientsäkerhetsarbete bedrivs och vilket resultat som uppnåtts under året.

Kartläggningen visar att arbetet med riskbedömningarna har nått en godtagbar nivå även om färre är gjorda än föregående år. Det är ett krav att alla som skrivs in i hemsjukvården ska erbjudas riskbedömningar. Syftet är att identifiera riskpersoner och därmed kunna sätta in åtgärder för att förhindra/minska skador i det enskilda fallet.

Användandet av bedömningsinstrument för att hitta personer med risk för undernäring/malnutrition, trycksår och fallrisk ligger mellan 86 – 87 % enligt sökning i Vodok, men riskbedömningarna är i själva verket fler.

Vid analys av orsaken till minskningen har det framkommit att det framförallt handlar om administrativa orsaker. Exempelvis är vissa riskbedömningar gjorda i Senior Alert och inte införda i omvårdnadsjournalen.

Vikten av att dokumentera på rätt ställe tas upp på möten med hälso- och sjukvårdspersonalen vid alla enheter. Man får anse att målet i det närmaste är uppfyllt då man har två veckor på sig från inflyttning att genomföra riskbedömningen. Samtliga identifierade riskpatienter ska ha dokumenterade åtgärder/insatser för att förebygga risken.

Det finns en viss variation mellan olika enheter och verksamhetschef har ett ansvar för att följa upp att det förebyggande arbetet genomförs.

Andelen trycksår har ökat något mellan 2012 och 2013, men måste fortfarande anses vara låg.

Andelen frakturer är inte jämförbar med året innan då alla enheter inte har registrerat förekomsten av frakturer under hela året.

.

Efter 2007 års kartläggning togs en åtgärdsplan fram som beslutades av nämnden. Man får nu anse att den har haft avsedd effekt och att arbetet nu handlar om att upprätthålla och

vidareutveckla kvaliteten och se till att patientsäkerhetsarbetet fungerar tillfredställande vid alla enheter.

Varje enhet skriver en patientsäkerhetsberättelse som bland annat beskriver hur arbetet med riskbedömningarna på individnivå går och effekterna av riskbedömningen.

Viktiga områden utöver riskbedömningarna är exempelvis vård i livets slut och arbetet med att uppnå en god hygienisk standard.

Alla enheter har avtal med Vårdhygieniska enheten inom Stockholms läns landsting och har därmed tillgång till vårdhygienisk expertis och arbetar utifrån deras riktlinjer.

Kommunfullmäktige har tagit ett beslut om att boenden inom äldreomsorgen som drivs i kommunal regi eller på entreprenad ska delta i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret.

Enheter i Hägersten-Liljeholmen registrerar i Svenska Palliativregistret sen 2011 och påbörjade registreringen i Senior Alert under 2012.

Enheter påbörjade under 2013 deltagande i BPSD-registret och ska utveckla det arbetet under 2014. BPSD är ett arbetssätt för patienter med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Användning av sänggrindar och säkerhetssele/bälte är en form av frihetsinskränkande säkerhetsåtgärd som noga måste prövas och endast får användas för att hindra en vårdtagare från att falla. Andelen som har säkerhetsselen/bälten har återigen minskat något. Även andelen personer med sänggrind har minskat. Det är också viktigt att dokumentera beslut att använda ovanstående åtgärder och orsaken till beslutet. Hur balansen mellan individens behov av skydd och förbudet att inskränka en individs frihet ska tillämpas är i fortsfarande oklart.

Användning av skydds- och begränsningsåtgärder har följts kontinuerligt under året.

Arbetet med hälso- och sjukvårdsdokumentationen förbättrades i och med att en Vodok-samordnare anställdes enligt den ovan nämnda åtgärdsplanen. Omfattande utbildnings- och informationsinsatser har genomförts. Regelbunden granskning av hälso- och sjukvårdsjournalerna genomförs. Dessa granskningar visar att man inte helt lyckats uppnå kraven på full dokumentation, men att situationen ändå är godtagbar och har kontinuerligt förbättrats.

Under närmsta kommande åren kommer stora förändringar att genomföras av dokumentationssystemet. Dels har ett nytt system upphandlats med ett beräknat införande under 2015, dels ska en helt ny modell för nationellt fackspråk börja användas, ICF. Det är klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Modellen är framtagen av WHO och översatt till svenska förhållanden av Socialstyrelsen. Man kan anta att det på sikt blir obligatoriskt att använda det nationella fackspråket och Stockholms stad påbörjar nu sitt arbete med övergång till ICF i samband med det nya dokumentationssystemet. Det kommer att krävas omfattande utbildningsinsatser och de har inletts med obligatoriska utbildningstillfällen för all hälso- och sjukvårdspersonal samt verksamhetschefer. Utbildningen samordnas och organiseras av Äldreförvaltningen.

Den stadsgemensamma modellen för inrapportering av hälso- och sjukvårdsindikatorer vid samtliga boendeenheter som drivs i kommunal regi samt de som drivs på entreprenad och som har tagits fram av Äldreförvaltningen gör att det inte helt går att jämföra mellan 2012 och 2013. Syftet med den stadsgemensamma modellen är att alla enheter ska rapportera och följas upp på ett likartat sätt och att verksamheterna själva kan följa upp utvecklingen vid den egna enheten samt på sikt även jämföra med andra enheter.

MAS kommer även fortsättningsvis att noggrant följa utvecklingen vid enheterna och samverka med verksamhetscheferna för att utveckla patientsäkerheten.

Kontinuitet samt en kunnig och engagerad personal med rimliga ansvarsområden är även de viktiga faktorer för en god och trygg äldreomsorg i Hägersten-Liljeholmen.