



HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSINSATSER/KVALITETSINDIKATORER VID SÄRSKILDA BOENDEFORMER FÖR ÄLDRE

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

April 2009

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

INLEDNING	1
Bakgrund	1
Syfte	2
Undersökningens genomförande	2
REDOVISNING AV RESULTAT BÄGGE STADSDELARNA	3
Allmänna uppgifter	3
Boende i särskilda boendeformer	3
Antalet boende i särskilda boendeformer, vecka 38 år 2008	3
Antalet hemsjukvårdspatienter i särskilda boendeformer	3
Antalet boende under 65 år	3
Boende vid vård- och omsorgsboenden	3
Vård- och omsorgsboenden som deltog 2008	3
Boende vid servicehus	3
Servicehus som deltog 2008	3
LÄKEMEDEL	4
Överlämnande av läkemedel	4
Stående ordination 7 eller fler läkemedel	4
Läkemedel vid behov	4
Sytematisk läkemedelsgenomgång	4
Tarmreglerande medel	4
Läkemedel vid diabetes	5
Antibiotika	5
Administrering av läkemedel	5
Inhalationer	5
NÄRINGSINTAG (NUTRITION)	5
Undernäring (malnutrition)	5
Tillsyn/påminnelse vid näringsintag	6
Boende som behövde hjälp med matning	6
Sondmatning	6
TANDVÅRD - MUNSTATUS	6
Tandvård	6
Munstatus	6
HUD	6
Trycksår	6
INKONTINENS	7
Toalettbesök	7
Inkontinens	7
Kateter	7

INFEKTIONER	7
Urinvägsinfektion	7
Svampinfektion	7
Infektion i kronisk sår	8
Infektion i luftvägar	8
MRSA (Meticillinresistenta stafylococcus aureus)	8
VRE (Vancomycinresistenta enterokocker) och ESBL (Extended spectrum beta laktamaser)	8
FALL, FALLSKADOR OCH FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER	8
Frakturer efter fall	9
Rullstolsburna	9
Sänggrindar och bältesordinationer	9
Lift och lyftskynken	9
Kontrakturer	9
ÖVRIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBEHOV	9
Läkarkontakt	9
Vård i livets slut	10
Avlidna	10
ÖVRIGA OMVÅRDNADSBEHOV	10
Omvårdnadsbehov	10
DISKUSSION	10
Slutsatser	13

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 38 i oktober 2008.

Undersökningen genomfördes för elfte året i rad.

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

Resultatet visade att det totalt fanns 880 boende i de särskilda boendeformerna varav 791 personer var inskrivna i hemsjukvården.

Kartläggningen visar att behovet av både hälso- och sjukvård och allmän omvårdnad har varit stabilt.

Behovet av syrgas, sonder, läkemedel i injektionsform och infusioner är alla exempel på hälso- och sjukvårdsinsatser. Andelen sår är oförändrat med en minskning av trycksåren. Behovet av rullstolar och liftar ligger på samma nivå och andelen avlidna har minskat.

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

Det är inga stora skillnader mellan stadsdelarna när det gäller riskbedömningar av fall, trycksår och malnutrition. Andelen riskbedömningar har genomgående ökat. Frakturer och trycksår har totalt sett minskat. 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 elfte 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 elva åren har MAS-gruppen 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 38 i september 2008. 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 38 år 2008.

Allmänna uppgifter

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

Det totala antalet boende i särskilda boendeformer för äldre var under kartläggningsveckan 880 personer. Av dessa var 791 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 90 % (92 %) av alla boende var hemsjukvårdspatienter.

Knappt tre fjärdedelar, 566, av alla som vårdades vid de särskilda boendeformerna var kvinnor, och 225 var män. Åldersspridningen var stor, från 53 år till 105 år.

Antalet boende i särskilda boendeformer, vecka 38 år 2008

Hägersten-Liljeholmen	595 (637)
Älvsjö	285 (342)

Antalet hemsjukvårdspatienter i särskilda boendeformer, vecka 38 år 2008:

Hägersten-Liljeholmen	531 (575)
Älvsjö	260 (289)

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. Nio av dessa fanns i Hägersten-Liljeholmen.

Boende vid vård- och omsorgsboenden

Vård-och omsorgsboenden (sjukhem och demensgruppboenden) som deltog år 2008:

Hägersten-Liljeholmen	Axgården, Kastanjen, Lingården, Åsengården och Ängsgården
Älvsjö	Solberga, Älvsjö

Antalet boende vid vård- och omsorgsboenden varierade mellan 261 i Hägersten-Liljeholmen till 165 i Älvsjö. Sammanlagt fanns 426 vårdtagare vid vård- och omsorgsboenden. Av vårdtagarna var 324 kvinnor och 102 män. Den yngsta var 66 år och den äldsta var 105 år.

Boende vid servicehus

Servicehus som deltog år 2008:

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

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

Det totala antalet boende på servicehus var 454 personer. Antalet hemsjukvårdspatienter var 365 personer. Hägersten-Liljeholmen hade 270 inskrivna i hemsjukvården och Älvsjö hade 95 personer.

Andelen personer inskrivna i hemsjukvården var 80 % (83 %). Åldersspridningen vid servicehusen var från 53 år till 102 år. 11 personer var under 65 år. Av de inskrivna i hemsjukvården var 242 kvinnor och 123 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 läkemedelshanteringen 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, 87 % (85 %), 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 46 % av vårdtagarna stående ordination på sju eller fler läkemedel. Det finns ingen jämförelsesiffra då vi tidigare mätt hur stor andel som har haft fem 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 70 % av de boende (67 %).

Systematisk läkemedelsgenomgång

Från 1 juli t o m kartlägningsveckan genomfördes 232 systematiska läkemedelsgenomgångar, 29 %.

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 42,5 % (47 %). Övriga ordinerade laxermedel var 17 % (12 %).

Läkemedel vid diabetes

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

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 4,7 % (6 %) av de boende.

Pågående infusionsbehandling hade 0,1 % (1 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 0,3 % (2 boende).

Vid ett mer tillfälligt behov av infusion används en perifer venkanyl. Under kartläggningsveckan användes det inte av någon person.

Inhalationer

Syrgasbehandling fick totalt 1,1 % (9 boende). Fem av dessa bodde på vård- och omsorgsboende och fyra 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 87 % (39 %) av vårdtagarna.

339 personer, 43 % (53 %) var undernärda eller i riskzonen för att utveckla undernäring och för 92 % (70 %) 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 36 % (31 %) 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 15 % (16 %).

Sondmatning

Sondmatning är en liten del av hälso- och sjukvårdsuppgifterna. 0,9 % (1,1 %) av hemsjukvårdspatienterna, 7 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 tandersättningar samt bedömning av det dagliga behovet av munvård. Munhälsan påverkar den boendes livskvalitet och välbefinnande.

Inom de särskilda boendeformer som ingått i studien hade 61 % (67 %) 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 57 % (48 %) 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 1,8 % (2,5 %) vilket motsvarar 14 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

88 % (49 %) av vårdtagarna.

222 personer, 32 % (40 %), var i riskzonen för att utveckla trycksår och för 89 % (84 %) 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 56 % (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 70 % (75 %) av vårdtagarna var inkontinenta.

Av alla inkontinenta hade 94 % (86 %) individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Av dessa var 89 % (70 %) 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.

Undersökningsresultatet visade att 6 % (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, 3,8 % (2,5 %) 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 smittskyddsläkarens 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 2,1 % (1,7 %) 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 1,3 % (2 %) av vårdtagarna, 10 personer, hade en pågående infektion i ett kroniskt sår.

Infektion i luftvägar

Kartläggningen visade att lunginflammation förekom hos en ringa del av vårdtagarna, 0,3 %, 2 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 156 personer, 20 % med riskfaktorer för MRSA av alla hemsjukvårdspatienter.

Av antalet nyinflyttade/återkomna var 38 personer aktuella för odling. Odling hade utförts vid 47 tillfällen. Vid kartläggningstillfället fanns 8 vårdtagare (1 %) med MRSA-infektion.

VRE (Vancomycinresistent enterokocker) och ESBL (Extended spectrum beta-laktamaser)

Under senare år har det tillkommit fler bakterier med resistensbildning mot de vanligaste antibiotikasorterna. Vid kartläggningstillfället hade Hägersten-Liljeholmen 8 personer (1,5 %) med VRE-infektion och en person med ESBL.

FALL, FALLSKADOR OCH FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Fall och dess konsekvenser i form av benbrott (frakturer) och andra följdskador 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 84 % (50 %) av vårdtagarna.
490 personer, 74 % var identifierade riskpatienter och för 89 % (86 %) av dessa fanns förebyggande insatser dokumenterade.

Frakturer efter fall

I denna studie redovisas att 2,4 % (3 %) 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 50 % (48 %) 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 33 % (34 %) vårdtagare ordinerats sänggrindar och av dessa var 79 % (87 %) 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 11 % (9 %) 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.
25 % (26 %) av vårdtagarna bedömdes vara i behov av lift vid förflyttning. 100 % (96 %) 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 9 % (8 %) kontrakturer .

ÖVRIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBEHOV

Läkarkontakt

Under mätveckan var 19 % (11 %) av vårdtagarna personligt bedömda av läkare och för 23 % (22 %) av vårdtagarna hade hälsotillståndet diskuterats vid "sittrond".

De tre närmaste månaderna före kartläggningen var antalet akuta läkarbesök på sjukhus 121 (122). Av dessa resulterade 84 besök, 69 % (85 %), 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 3 av 791 personer i terminalt stadium (döende), vilket motsvarar 0,4 % av vårdtagarna.

Avlidna

Andelen avlidna under de senaste tre månaderna före kartläggningen var 46 personer, 5,8 % (10 %).

Av de 46 avlidna under undersökningsperioden avled 11 på akutsjukhus och 35 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 23 % (25 %) hade fullständigt aktuellt ADL-status, d v s högst sex månader gammalt, upprättat av sjukgymnast/arbetsterapeut. 22 % (28 %) av vårdtagarna hade del av ADL-status.

Hjälpsbehoven inom omvårdnaden är mycket personalkrävande. Hjälps med av- och påklädning behövde 66 % (69 %) och 64 % (62 %) behövde hjälp med uppstigning och sänggående. I de olika omvårdnadsmomenten behövde 31 % (30 %) 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. Tidigare har frågeställningen varit andelen vårdtagare som ordinerats fem eller fler läkemedel. Sju eller fler läkemedel är en anpassning till rådande forskning.

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 sjukdomsdiagnostik. Det är av stor vikt att det inom kommunala hälso- och sjukvården finns tillräckliga läkarresurser för att kunna genomföra individuella läkemedelsuppföljningar i samarbete med omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktman och gärna apotekare.

Nutrition

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

Av kartläggningen framgick vidare att knappt hälften av dessa var i riskzonen för undernäring. Över nittio procent 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. En tydlig förbättring har skett under året.

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. Sex 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. Detta ger alltså 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 har förbättrats. Det är också 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, 1,8 % och har minskat sedan förra året då andelen var 2,5 %.

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 sju av tio bedömdes som inkontinenta.

Samtliga inkontinenta vårdtagare har rätt till individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel och detta uppnåddes för nio av tio. Undersökningen visade en ökning av såväl utprovning som dokumentation av individuella inkontinenshjälpmedel.

Årets undersökning visade vidare att andelen vårdtagare med KAD ligger kvar på samma nivå som föregående år.

Infektioner

Ett växande problem i Stockholmsregionen är smittspridningen av meticillinresistenta stafylococcus aureus (MRSA).

Kartläggningen visade att det fanns 156 personer med riskfaktorer för MRSA.

Under senare år har det tillkommit fler bakterier med resistensbildning mot de vanligaste antibiotikasorterna. Vid kartläggningstillfället hade Hägersten-Liljeholmen 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.

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.

Fallrisk

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

Det är ganska lika mellan de två stadsdelarna och vid vård- och omsorgsboendena är det gjort av så gott som samtliga boende. Det har skett en förbättring sedan föregående år.

Andelen vårdtagare som drabbats av fraktur efter fall har minskat.

Kartläggningen visade att hälften av de boende hade individuellt utprovad och ordinerad rullstol. En fjärdedel av de boende var i behov av hjälpmedel t ex lift vid förflyttning. 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.

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" har ökat. Under året har nya avtal angående läkarinsatserna tagits fram. Dessa reglerar omfattningen och arten av insatserna på ett tydligare sätt.

Avlidna

Andelen avlidna var lägre år 2008 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, vilket är på samma nivå som 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 2007 och 2008 års kartläggningar ger anledning att fundera över vilka förändringar som skett. Andelen vårdtagare inskrivna i hemsjukvården är ungefär lika många som året innan.

Kartläggningen visar att behovet av både hälso- och sjukvård och allmän omvårdnad har varit stabilt. Exempel på allmän omvårdnad är hjälp med av- och påklädning, uppstigning/sänggående samt hjälp av två personer.

Behovet av syrgas, sonder, läkemedel i injektionsform och infusioner är alla exempel på hälso- och sjukvårdsinsatser. Andelen sår är oförändrat, med en minskning av trycksåren. Behovet av rullstolar och liftar ligger på samma nivå och andelen avlidna har minskat.

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

Vi kan inte se några stora skillnader mellan stadsdelarna när det gäller riskbedömningar av fall, trycksår och malnutrition. Andelen riskbedömningar har genomgående ökat och vård- och omsorgsboendena har kommit längst. Frakturer och trycksår har totalt sett minskat. Verksamhetscheferna/enhetscheferna måste, genom god internkontroll, tillse att arbetet med riskbedömningarna fortsätter att 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 multisjuka 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.