

Handläggare
Agneta Blomkvist
Telefon: 08-508 22 044**Till**
Hägersten-Liljeholmens
stadsdelsnämnd 2015-03-26

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

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner rapporten och lägger den till handlingarna.

Maria Mannerholm
stadsdelsdirektörLars Wennberg
avdelningschef

Sammanfattning

Kartläggningen visar att arbetet med riskbedömningarna har nått en godtagbar nivå även om något färre är gjorda än föregående år. Användandet av bedömningsinstrument för att hitta personer med risk för undernäring/malnutrition, trycksår och fallrisk ligger mellan 85 – 87 %. Det är dock en variation mellan enheterna. Andelen trycksår är på ungefär samma nivå som tidigare. Arbetet med kvalitetsregistren behöver dock intensifieras.

Viktiga områden utöver riskbedömningarna är exempelvis vård i livets slut och arbetet med att uppnå en god hygienisk standard. Det finns få vårdtagare med multiresistenta bakterier och ingen smittspridning har skett. Det indikerar att man arbetar med godtagbar hygienisk standard. Andelen som har säkerhetssele/bälten har ökat, men ligger på en förhållandevis låg nivå. Användning av skydds- och begränsningsåtgärder har följts kontinuerligt under året.

Stora förändringar genomförs av dokumentationssystemet. Dels har ett nytt system upphandlats dels har en helt ny modell för nationellt fackspråk börja användas, ICF, klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Omfattande utbildningsinsatser har genomförts. Förändringen har krävt stora insatser av all hälso- och sjukvårdspersonal och av verksamhetscheferna. Det kan vara en anledning till att kvalitetsarbetet inte haft utrymme att utvecklas vidare under det gångna året.

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. Verksamheterna kan själva 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, förflyttningshjälpmedel, skydds- och begränsningsåtgärder och vissa övriga hälso- och sjukvårdsbehov.

Kartläggningen genomförs dels via de hälso- och sjukvårdsindikatorer som sjuksköterskorna har rapporterat in till MAS under året, dels genom en journalsökning av olika parametrar i de omvårdnadsjournaler som var upprättade den 31 december 2014.

Fler av uppgifterna rör situationen den 31 december 2014 och har 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 gemensamma modellen. För 2014 har den gemensamma modellen ersatt den tidigare kartläggningen, och tidpunkten för undersökningen har flyttats till 31 december vilket innebär att siffrorna inte blir helt jämförbara mellan 2013 och 2014. Tidpunkten har ändrats för att

samordnas med uppgifterna i den patientsäkerhetsberättelse som varje enhet är skyldig att upprätta senast 1 mars efterkommande år. Parametrarna i patientsäkerhetsberättelsen bygger på redovisning kalenderårsvis.

Resultatet baserar sig på de personer som var inskrivna i hemsjukvården och hade en pågående omvårdnadsjournal den 31 december 2014.

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 förändras. 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 405 personer.

	December 2014	Oktober 2013
Pågående omvårdnadsjournaler 31 dec/ Inskrivna i hemsjukvården	405 personer	390 personer

Kartläggningens resultat baserar sig på de personer som är inskrivna i hemsjukvården och har en omvårdnadsjournal upprättad 31 december 2014.

	December 2014	Oktober 2013
Åldersspridning	65 år – 108 år	65 år – 107 år

Det fanns ingen person under 65 år vid äldreboendena den 31 dec 2014.

Läkemedel

	December 2014	Oktober 2013
Antal boende som fått en fördjupad läkemedelsgenomgång	47 %	61,5 %

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. Ansvar för att dokumentera detta ligger hos läkarverksamheten och därför är uppgifterna i omvårdnadsjournalerna osäkra.

Nutrition

	December 2014	Oktober 2013
Andel riskbedömda för malnutrition	85 %	87 %
BMI lika med eller under 22	30,5 %	Ej mätt

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 från den enskilde har inhämtats. Andelen vårdtagare med aktuell riskbedömning är aningen lägre än året innan. Det finns en variation mellan enheterna. Arbetet med malnutrition/undernäring är ett prioriterat omvårdnadsområde.

Trycksår

	December 2014	Oktober 2013
Andel riskbedömda för trycksår	86 %	87 %
Andel trycksår	11 %	3 %

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 från den enskilde har inhämtats. Andelen vårdtagare med aktuell riskbedömning är aningen lägre än året innan. Det finns en variation mellan enheterna. Riskbedömning av trycksår är ett prioriterat område.

Andelen registrerade trycksår 2014 var högre än 2013 på grund av ett nytt beräkningssätt för att anpassa uppgifterna till stadens inhämtande av statistik. Tidigare räknades andelen trycksår på de personer som fanns på boendena 1 oktober. Nu räknas alla med trycksår som funnits under hela året. Hade samma beräkningsgrund använts som tidigare hade siffran legat på 2-3 %. Det har inte skett någon reell ökning av andelen trycksår.

Inkontinens

	December 2014	Oktober 2013
Andel boende med utförd inkontinensutredning/uppföljning av inkontinensutredning	23 %	Mättes ej 2013
Individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel	97 %	88 %
Andel KAD	7,9 %	8,2 %

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

	December 2014	Oktober 2013
Antal personer med pågående MRSA-infektion	4 personer	4 personer
Antal personer med pågående VRE-infektion	0 st.	0 st.
Antal personer med pågående ESBL-infektion	4 personer.	2 personer.

MRSA-infektion (meticillinresistent stafylococcus aureus) är en anmälningsskyldig 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 olika antibiotikasorter, vilken försvårar och på sikt omöjliggör behandling av infektioner.

Fallrisk

	December 2014	Oktober 2013
Andel riskbedömda för fall	82 %	86 %
Andel frakturer	4,8 %	7,7 %

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 från den enskilde har inhämtats. Andelen vårdtagare med aktuell riskbedömning är aningen lägre än året innan. Det finns en variation mellan enheterna.

Riskbedömning av fall är ett prioriterat område.

Rullstol och lyft

	December 2014	Oktober 2013
Rullstol	64 %	62,5 %
Lift	26 %	28 %

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

Sänggrindar/säkerhetsselen -bälten

	December 2014	Oktober 2013
Sänggrindar	25 %	29 %
Säkerhetsselen/bälten	4,2 %	3,1 %

Användning av sänggrindar och säkerhetssela/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 säkerhetsselen/bälten har ökat något medan 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 fortfarande oklart.

Behov av sjukhusvård

	December 2014	Oktober 2013
Antal inskickningar till akutsjukhus under 2014	250	183
Varav inlagda	56 %	66 %

Antalet inskickningar till akutsjukhus är inte jämförbar med året innan då det sker en helårsrapportering på nytt sätt. Det var dock en mindre andel som blev inlagda och det finns en variation mellan enheterna. De berörda enheterna måste kontinuerligt analysera orsakerna för att vara säkra på att inskickning inte sker i onödan.

Avlidna

	December 2014	Oktober 2012
Avlidit på enheten	126 personer	48 personer
Registrerat i svenska palliativ registret	76 personer, 60 %	43 personer, 89,5 %
Avlidit på akutsjukhus	24 personer	18 personer

Antalet avlidna är inte jämförbar med året innan då det sker en helårsrapportering på nytt sätt. Det syns en försämring i rapporteringen till Palliativa registret.

Slutsatser

Kartläggningen visar att arbetet med riskbedömningarna har nått en godtagbar nivå även om något 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 85 – 87 % enligt sökning i journalsystemet. Det är aningen lägre nivå jämfört med året innan. Det är dock en variation mellan enheterna. Det innebär att enheter som halkar efter måste ta fram en åtgärdsplan och aktivt arbeta med de prioriterade områdena.

Verksamhetschef har ett ansvar för att följa upp att det förebyggande arbetet genomförs.

Samtliga identifierade riskpatienter ska ha dokumenterade åtgärder/insatser för att förebygga risken.

Andelen trycksår ser ut att ha ökat mycket men är i realiteten på ungefär samma nivå som tidigare. Anledningen är ett nytt beräkningssätt för att anpassa uppgifterna till stadens inhämtande av statistik. Tidigare räknades andelen trycksår på de personer som fanns på boendena 1 oktober. Nu räknas alla med trycksår som funnits under hela året. Hade samma beräkningsgrund använts som tidigare hade siffran legat på 2-3 %. Det har inte skett någon reell ökning av andelen trycksår. Man kan alltså inte göra en jämförelse mellan åren.

Varje enhet måste kontinuerligt analysera de trycksår som finns och framförallt arbeta med att inga trycksår ska uppstå vid enheten.

För andelen frakturer är siffran något osäker. Det finns en differens mellan 4,8 % – 6,9 % beroende på om uppgifterna hämtas ur omvårdnadsjournalerna eller från de hälso- och sjukvårdsindikatorer som rapporteras in. Siffran är inte heller helt jämförbar med föregående år. Det förhåller sig dock på samma sätt som med trycksåren, att enheten kontinuerligt måste analysera alla fall som leder till fraktur.

Efter 2007 års kartläggning togs en åtgärdsplan fram som även 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 vid alla enheter.

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.

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver bland annat 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. Det finns få vårdtagare med multiresistenta bakterier och ingen smittspridning har skett. Det indikerar att man arbetar med godtagbar hygienisk standard.

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, efter att samtycke från den enskilde har inhämtats, samt 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 arbetet utvecklas efterhand. BPSD är ett arbetssätt för patienter med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Syftet med de nationella kvalitetsregistren är att utveckla och förbättra den hälso- och sjukvård som ges den enskilde och att säkra ett systematiskt arbetssätt.

Arbetet med kvalitetsregistren behöver intensifieras under kommande år.

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 säkerhetssele/bälten har ökat något, men ligger på en förhållandevis låg nivå. Andelen personer med sänggrind har

minskat något. Det är 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 fortfarande oklart. Inga vägledande rättsfall finns ännu.

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

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen förbättrades i och med att en Vodok-samordnare anställdes enligt åtgärdsplanen 2007.

Omfattande utbildnings- och informationsinsatser har genomförts efter det. Regelbunden granskning av hälso- och sjukvårdsjournalerna genomförs. Dessa granskningar visar att man inte helt lyckats uppnå kraven på full dokumentation inom riskbedömningarna med åtföljande åtgärder, men att situationen ändå är godtagbar inom dessa områden och har kontinuerligt förbättrats fram till 2014.

Under närmsta åren kommer stora förändringar att genomföras av dokumentationssystemet. Dels har ett nytt system upphandlats med ett beräknat införande under 2015/2016, dels har 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 vid alla enheter och Stockholms stad har påbörjat sitt arbete med övergång till ICF i samband med upphandlingen av det nya dokumentationssystemet.

Under 2014 har det genomförts omfattande utbildningsinsatser för all hälso- och sjukvårdspersonal samt verksamhetschefer och dessa utbildningar har varit obligatoriska. Utbildningen samordnas och organiseras av Äldreförvaltningen.

En struktur och organisation med processledare och handledare för införandet av ICF och nytt dokumentationssystem har tagits fram och bekostats av Äldreförvaltningen enligt den modell som Hägersten-Liljeholmens Vodok-samordnare redan arbetat efter.

Förändringen har krävt och kräver även framöver stora insatser av all hälso- och sjukvårdspersonal och av verksamhetscheferna. Det kan vara en anledning till att kvalitetsarbetet inte haft utrymme att utvecklats vidare under det gångna året.

Den stadsgemensamma modellen för inrapportering av hälso- och sjukvårdsindikatorer vid samtliga boendeenheter som drivs i kommunal regi samt de som drivs på entreprenad, som har tagits

fram av Äldreförvaltningen, gör att det inte helt går att jämföra med de tidigare kartläggningarna som gjordes i stadsdelen.

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

Dock står det klart redan nu att det kommer att bli förändringar i den stadsgemensamma mallen och målet är att antalet indikatorer ska bli färre.

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.