

Handläggare
Agneta Blomkvist
Telefon: 08-508 22 044**Till**
Hägersten-Liljeholmens
stadsdelsnämnd 2016-04-14

Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser

Kvalitetsindikatorer i särskilda boendeformer för äldre

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner rapporten och lägger den till handlingarna.

Lars Arvidsson
stadsdelsdirektörAgneta Blomkvist
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Sammanfattning

Kartläggningen visar att arbetet med riskbedömningarna har sjunkit och riskerar att hamna under en godtagbar nivå. Under 2015 gjordes färre riskbedömningar än under tidigare år. Användandet av bedömningsinstrument för att hitta personer med risk för undernäring/malnutrition, trycksår och fallrisk ligger mellan 73-75 % enligt sökning i journalsystemet. Det är dock en variation mellan enheterna. Arbetet med kvalitetsregistren behöver 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 säkerhetsselen/bälten har minskat, och ligger på en förhållandevis låg nivå. Användning av skydds-och begränsningsåtgärder har följts kontinuerligt under året. Stora förändringar har genomförts av dokumentationssystemet. 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 orsak till att kvalitetsarbetet inte haft utrymme att utvecklas vidare under det gångna året.

Ärendets beredning

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

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.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Under en lång rad av år har en kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser gjorts vid de särskilda boendena för äldre. Under ett par år har man använt en gemensam modell för inrapportering av hälso- och sjukvårdsindikatorer vid samtliga boendeenheter som drivs i kommunal regi samt de som drivs på entreprenad. Modellen togs fram av Äldreförvaltningen och hade flera likheter med den modell som använts i söderort under lång tid. Syftet var att alla enheter ska rapportera och följas upp på ett likartat sätt. Verksamheterna kan själva följa upp utvecklingen vid den egna enheten.

Från och med 2015 samlas inte resultatet in av Äldreförvaltningen. För Hägersten-Liljeholmens stadsdel innebär det dock att vi fortsätter med kartläggningen för att ha ett underlag för egenkontroll av kvalitetsindikatorerna.

De parametrar som undersökts är bl. a näringsintag (nutrition), hud och fall/fallolyckor, 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 2015.

Fler av uppgifterna rör situationen den 31 december 2015 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 vecka 41 varje år. Den har delvis haft samma innehåll som den gemensamma modellen. 2014 ersatte den gemensamma modellen den tidigare kartläggningen, och tidpunkten för undersökningen flyttades till 31 december vilket innebär att siffrorna inte blev helt jämförbara mellan 2013 och 2014. Tidpunkten ändrades 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. För 2015 och även fortsättningsvis baseras kartläggningen på den situation som råder 31 december.

Resultatet baserar sig på de personer som var inskrivna i hemsjukvården och hade en pågående omvårdnadsjournal den 31 december 2015.

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 har upphört och vi nu gör en egen undersökning för stadsdelen. 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 378 personer.

	December 2015	Oktober 2014
Pågående omvårdnadsjournaler 31 december/Inskrivna i hemsjukvården	378 personer	405 personer

Kartläggningens resultat baserar sig på de personer som är inskrivna i hemsjukvården och har en omvårdnadsjournal upprättad 31 december 2015.

Ålder och kön

	December 2015	December 2014
Åldersspridning	66 år – 109 år	65 år – 108 år
Kön	Kv 74 % Män 26 %	Uppgift saknas

Det fanns ingen person under 65 år vid äldreboendena den 31 dec 2015. 74 % av vårdtagarna var kvinnor och 26 % var män.

Nutrition

	December 2015	December 2014
Andel riskbedömda för malnutrition, MNA	73 %	85 %
BMI lika med eller under 22	29 %	30,5 %
Munbedömning ROAG	52 %	Uppgift saknas

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. Validerade instrument ska användas. För nutritionsbedömning används MNA, Mini Nutritional Assessment. 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, MNA är lägre än året innan. Det finns en variation mellan enheterna. Det är framförallt en enhet som drar ner resultatet.

BMI, Body Mass Index, lika med 22 eller under är ett observandum då en person kan riskera undernäring.

För munbedömning används ROAG, Revised Oral Assessment Guide.

Arbetet med malnutrition/undernäring är ett prioriterat omvårdnadsområde.

Trycksår

	December 2015	December 2014
Andel riskbedömda för trycksår, Norton	74 %	86 %
Andel trycksår	4,5 %	11 %

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

Validerade instrument ska användas. För riskbedömning, trycksår används Modifierad Nortonskala.

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 lägre än året innan. Det finns en variation mellan enheterna. Det är framförallt en enhet som drar ner resultatet.

Riskbedömning av trycksår är ett prioriterat område. Andelen registrerade trycksår 2014 var högre på grund av ett annat beräkningssätt för att anpassa uppgifterna till stadens inhämtande av statistik. Vi har nu återgått till det tidigare sättet att beräkna andelen trycksår vid mättillfället, 31 december. Det går därför inte att jämföra 2014 och 2015 års siffror. Det har inte skett någon reell minskning av andelen trycksår.

Inkontinens

	December 2015	December 2014
Andel boende med utförd inkontinensutredning/uppföljning av inkontinensutredning, Nikola	54 %	23 %
Individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel	92 %	97 %
Andel KAD	8,5 %	7,9 %

Målet är att samtliga vårdtagare ska få en inkontinensutredning/uppföljning av utredning gjord. Metoden för inkontinensutredning/uppföljning är framtagen av Nikola, nationellt nätverk inom blåsfunktionsområdet.

Samtliga som bedöms inkontinenta ska ha individuellt utprovade hjälpmedel samt att detta dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Andelen med kvarliggande kateter i urinblåsan (KAD) var något högre. KAD används endast på läkarordination.

I siffrorna saknas uppgifter från Fruängsgårdens servicehus.

Infektioner med antibiotika resistens

	December 2015	December 2014
Antal personer med pågående MRSA-infektion	2 personer	4 personer
Antal personer med pågående VRE-infektion	2 personer	0 personer
Antal personer med pågående ESBL-infektion	5 personer	4 personer

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

Personer med sår, eksem, infart, PEG-sond (Perkutan Endoskopisk Gastrostomi), 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 2015	December 2014
Andel riskbedömda för fall, DFRI	75 %	82 %
Andel frakturer	8 %	4,8 %

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

Validerade instrument ska användas. För riskbedömning, fall används DFRI, Downton Fall Risk Index. 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 lägre än året innan. Det finns en variation mellan enheterna. Det är framförallt en enhet som drar ner resultatet.

Riskbedömning av fall är ett prioriterat område. I siffrorna för frakturer saknas uppgifter från Fruängsgårdens servicehus.

Rullstol och lyft, ADL-bedömning

	December 2015	December 2014
Rullstol	63,5 %	64 %
Lift	27,5 %	26 %
Sunnås ADL	90 %	Uppgifter saknas

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

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en bedömning kring sin förmåga till aktiviteter i det dagliga livet. Validerade instrument ska användas. För aktiviteter i det dagliga livet används Sunnås ADL. Bedömningen görs av arbetsterapeut. Siffran redovisades inte 2014.

Sänggrindar/säkerhetssele - bälten

	December 2015	December 2014
Sänggrindar	26,5 %	25 %
Säkerhetssele/bälten	2,9 %	4,2 %

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 medan andelen personer med sänggrind har ökat 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

	December 2015	December 2014
Antal inskickningar till akutsjukhus under 2015	179	250
Varav inlagda	70 %	56 %

Antalet inskickningar till akutsjukhus har minskat under året dock saknas uppgifter från Fruängsgårdens servicehus.

Andel som blev inlagda har ökat men 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 2015	December 2014
Avlidit under 2015	136 personer	150 personer

Drygt en fjärdedel av vårdtagarna har avlidit under året. Andelen är generellt högre vid vård- och omsorgsboenden än vid servicehus. Antalet avlidna är något färre än föregående år, men inom den normala variationen.

Slutsatser

Det är ett krav att alla som skrivs in i hemsjukvården vid de särskilda boendeformerna för äldre ska erbjudas individuella riskbedömningar för undernäring/malnutrition, trycksår och fallrisk. Syftet är att identifiera riskpersoner och därmed kunna sätta in åtgärder för att förhindra/minska skador i det enskilda fallet. Kartläggningen visar att arbetet med riskbedömningarna har sjunkit och riskerar att hamna under en godtagbar nivå. Under 2015 gjordes färre riskbedömningar än under tidigare år.

Användandet av bedömningsinstrument för att hitta personer med risk för undernäring/malnutrition, trycksår och fallrisk ligger mellan 73-75 % enligt sökning i journalsystemet. Det är en lägre nivå jämfört med året innan.

Därutöver har man under 2015 börjat erbjuda vårdtagarna en munbedömning som görs av ansvarig sjuksköterska. Den ersätter inte den munhälsobedömning som görs av tandhygienist och som är ett landstingsansvar. Dessutom ska en inkontinensutredning/uppföljning erbjudas. Dessa har kommit upp i dryga 50 % och följer mönstret från de tidigare riskbedömningarna. Det tar en tid att introducera nya metoder. Generellt är det en variation mellan enheterna och det är framförallt en enhet som drar ner resultatet.

Det innebär att enheter som halkar efter måste ta fram en åtgärdsplan och aktivt arbeta med de prioriterade områdena. Verksamhetschef har ansvar för att följa upp att det förebyggande arbetet genomförs.

Verksamhetschefen vid den enhet som kommit mest efter, har tagit fram en sådan plan och arbetet med att åtgärda bristerna pågår. Samtliga identifierade riskpatienter ska ha dokumenterade åtgärder/insatser för att förebygga risken.

Andelen trycksår ser ut att ha minskat mycket men är i realiteten på ungefär samma nivå som tidigare. Andelen registrerade trycksår 2014 var högre på grund av ett annat beräkningssätt vilket gjordes för att anpassa uppgifterna till stadens inhämtande av statistik. Vi har nu återgått till det tidigare sättet att beräkna andelen trycksår vid mättillfället, 31 december. Det går därför inte att jämföra 2014 och 2015 års siffror. Det har inte skett någon reell minskning av andelen trycksår. 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. Siffran mäts per helår, men en enhet har inte lämnat in uppgift om antal frakturer. Vid sökning i journalerna blir siffran lite osäker då alla inte har dokumenterat på rätt ställe i journalen. Det förhåller sig dock på samma sätt som med trycksåren; enheten måste kontinuerligt analysera alla fall som leder till fraktur.

Fysioterapeut/sjukgymnast har en viktig uppgift inom fallpreventionsområdet.

Arbeterapeuterna vid enheterna har en viktig roll vid bedömning av vårdtagarnas förmåga att delta i det dagliga livet. ADL-bedömning enligt Sunnås låg under 2015 på 90 % vilket måste bedömas som en tillfredställande nivå.

Arbetet nu handlar om att upprätthålla och vidareutveckla kvaliteten och se till att patientsäkerhetsarbetet fungerar vid alla enheter.

1 januari 2011 infördes en patientsäkerhetslag som bland annat fokuserade på att minimera vårdskador. Den beskrev också nödvändigheten av att ha tydliga mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet och poängterade kravet på ett tydligt och integrerat ledningssystem. Varje år ska en patientsäkerhetsberättelse tas fram. Den ska på ett konkret sätt beskriva hur respektive enhets

patientsäkerhetsarbete bedrivs och vilket resultat som uppnått 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. Enheterna i Hägersten-Liljeholmen registrerar i Svenska Palliativregistret sen 2011 och i Senior Alert sen 2012.

Enheterna 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 säkerhetsselen/bälten har minskat något, och ligger på en förhållandevis låg nivå. Andelen personer med sänggrind har ökat 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 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. Under året har genomförandet och dokumentationen av riskbedömningarna minskat. Orsakerna kan vara flera. Under året har stora förändringar att genomförts av dokumentationssystemet. En helt ny modell för nationellt fackspråk har börjat 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 genomfört sitt arbete med övergång till ICF under 2015.

Under 2014 har det genomfördes omfattande utbildningsinsatser för all hälso- och sjukvårdspersonal samt verksamhetschefer inför förändringen. Utbildningar var obligatoriska och samordnades och organiserades av Äldreförvaltningen.

Då togs också en struktur och organisation med processledare och handledare för införandet av ICF och nytt dokumentationssystem och bekostades av Äldreförvaltningen enligt den modell som Hägersten-Liljeholmens Vodok-samordnare redan arbetat efter.

Dessutom har ett nytt journalsystem har upphandlats med ett beräknat införande under 2016/2017.

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 togs fram av Äldreförvaltningen har upphört. Det innebär att Hägerstern-Liljeholmen återgår till det tidigare sättet att rapportera in statistik med den enda skillnaden från tidigare är att vi har 31 december som

mätdatum istället för som tidigare den 1 oktober. Förändringen gör att alla uppgifter inte går att jämföra med föregående år. Syftet med mätningarna är dels att få en övergripande information rörande hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna i stadsdelen, dels att varje enhet ska ha kontroll och överblick av sin verksamhet. Man vill även kunna jämföra över tid.

En annan möjlig orsak till den nedåtgående trenden under 2015 är att sjuksköterskor har slutat och att det är förenat med stora svårigheter att rekrytera nya. Vid den enhet som halkat efter mest har samtliga sjuksköterskor slutat. Orsaken till att sjuksköterskor slutar är flera, men det har varit en del pensionsavgångar och kommer att bli fler framöver. Det kommer att vara en stor utmaning framledes.

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.