

INLEDNING

För att få en uppfattning om hälso- och sjukvårdens kvalitet i stadsdelarnas vård- och omsorgsboenden har de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i stadsdelarna Enskede-Årsta-Vantör, Farsta, Hägersten- Liljeholmen, Skarpnäck och Älvsjö valt att göra en gemensam kartläggning av grundläggande hälso- och sjukvårdsinsatser. De områden som kartlagts är risk för malnutrition, munvård, risk för trycksår och risk för fall/fallskador. Dessutom omfattar kartläggningen förekomsten av sänggrindar/säkerhetssele och liftar och lyftskynken och personer i behov av rullstol.

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. Kvalitetsindikatorer är en mätbar variabel som kan användas för att registrera och utvärdera viktiga aspekter av vårdkvaliteten. Genom uppföljningar av dessa kvalitetsindikatorer uppmärksammas de områden som kräver en noggrannare granskning och vilka förbättringsåtgärder som behövs inom verksamheten. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har inom respektive stadsdelsförvaltning utarbetat rutiner för att säkra kvaliteten i hälso- och sjukvården.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Stockholms stad har fastställt lägsta acceptabla nivå inom vissa hälso- och sjukvårdsområden. Inom dessa områden ska riskbedömningar enligt gemensamt beslutade bedömningsinstrument göras för samtliga boende. I de fall då boende avböjer ska även detta dokumenteras.

Nutrition

- 100 % av alla boende i särskilda boenden ska ha en individuell bedömning av nutritionsstatus enligt bedömningsinstrumentet MNA (Mini Nutritional Assessment) utförd
- 100 % av identifierade riskpatienter ska ha insatser för att förebygga malnutrition
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Trycksår

- 100 % av alla boende i särskilda boenden ska ha en individuell bedömning av risker för trycksår d v s identifiering av riskpatienter enligt bedömningsinstrumentet modifierad Nortonskala utförd
- 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 ha en individuell bedömning av fallrisk enligt bedömningsinstrumentet DFRI (Downton Fall Risk Index) eller annat bedömningsinstrument utförd
- 100 % av identifierade riskpatienter ska ha insatser för att förebygga fall/falloolyckor
- 100 % av ovanstående ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Syfte

Syftet med kartläggningen är att identifiera förbättringsområden inom vissa hälso- och sjukvårdsområden och i förekommande fall föreslå åtgärder. Syftet är också, att ge ansvarig vårdgivare en bild av kvaliteten inom dessa hälso- och sjukvårdsområden.

Undersökningens genomförande

Undersökningen omfattar samtliga boende vid sjukhem, gruppboenden och ålderdomshem samt 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.

Kartläggningen utfördes under vecka 41 i oktober 2007 och frågorna besvarades av den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan. Förekomsten av antalet frakturer registrerades under perioden juli till och med kartläggningsveckan.

REDOVISNING AV RESULTAT I SAMTLIGA STADSDELAR

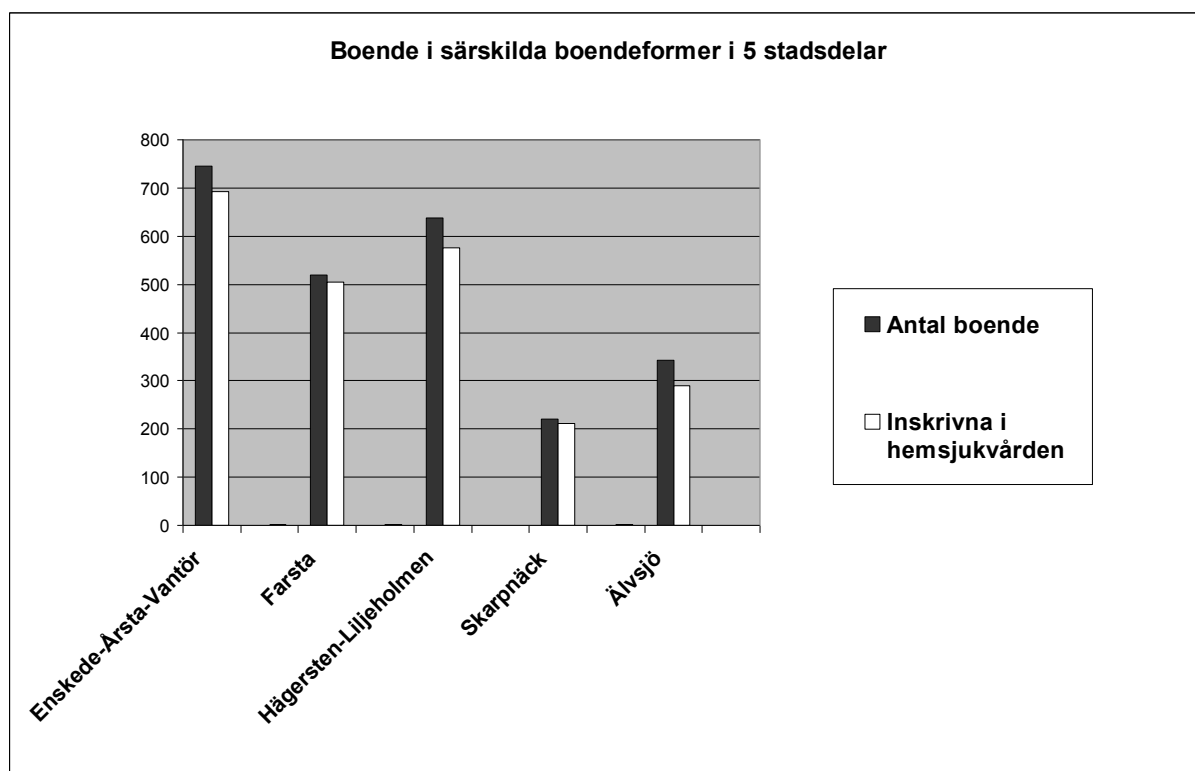
Samtliga utlämnade enkäter besvarades i alla stadsdelar. Undersökningens resultat baserar sig på antalet boende/vårdtagare som var inskrivna i hemsjukvården v 41 år 2007.

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

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

ALLMÄNNA UPPGIFTER

Boende i särskilda boendeformer



Figur 1

Antalet boende i särskilda boendeformer, vecka 41 år 2007:

Enskede-Årsta-Vantör	745
Farsta	519
Hägersten-Liljeholmen	637
Skarpnäck	220
Älvsjö	342

Antalet hemsjukvårdspatienter i särskilda boendeformer, vecka 41 år 2007:

Enskede-Årsta-Vantör	692
Farsta	505
Hägersten-Liljeholmen	575
Skarpnäck	212
Älvsjö	289

Det totala antalet boende i särskilda boendeformer var under kartläggningsveckan 2 463 personer. Av dessa var 2 266 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.

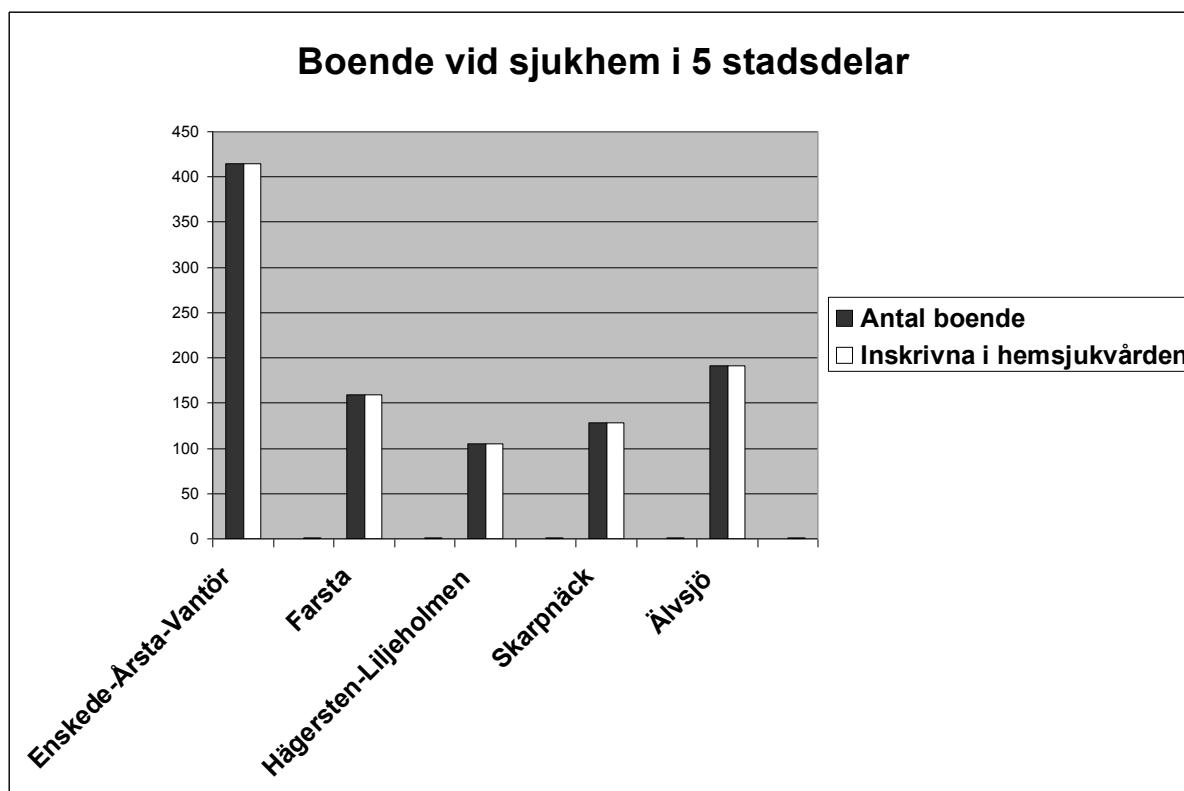
Vid enheter med heldygnsvård sjuksjuk, gruppboenden och ålderdomshem bor personer med stort omvårdnadsbehov och som ofta är svårt sjuka. Där finns tillgång till personal dygnet runt och samtliga boende definieras som hemsjukvårdspatienter.

Resultatet visade att 92 % av alla boende var hemsjukvårdspatienter.

Knappt tre fjärdedelar, 1625, av alla som vårdades vid de särskilda boendeformerna var kvinnor och 641 var män. Åldersspridningen var stor, från 47 år till 104 år.

Totalt fanns 27 vårdtagare under 65 år i de särskilda boendena.

Boende vid sjukhem



Figur 2

Sjukhem som deltog år 2007:

Enskede-Årsta-Vantör	Högdalen, Stureby, Tussmötegården, Årsta
Farsta	Farsta
Hägersten-Liljeholmen	Axgården, Kastanjen, Ängsgården
Skarpnäck	Hemmet för Gamla
Älvsjö	Solberga, Älvsjö

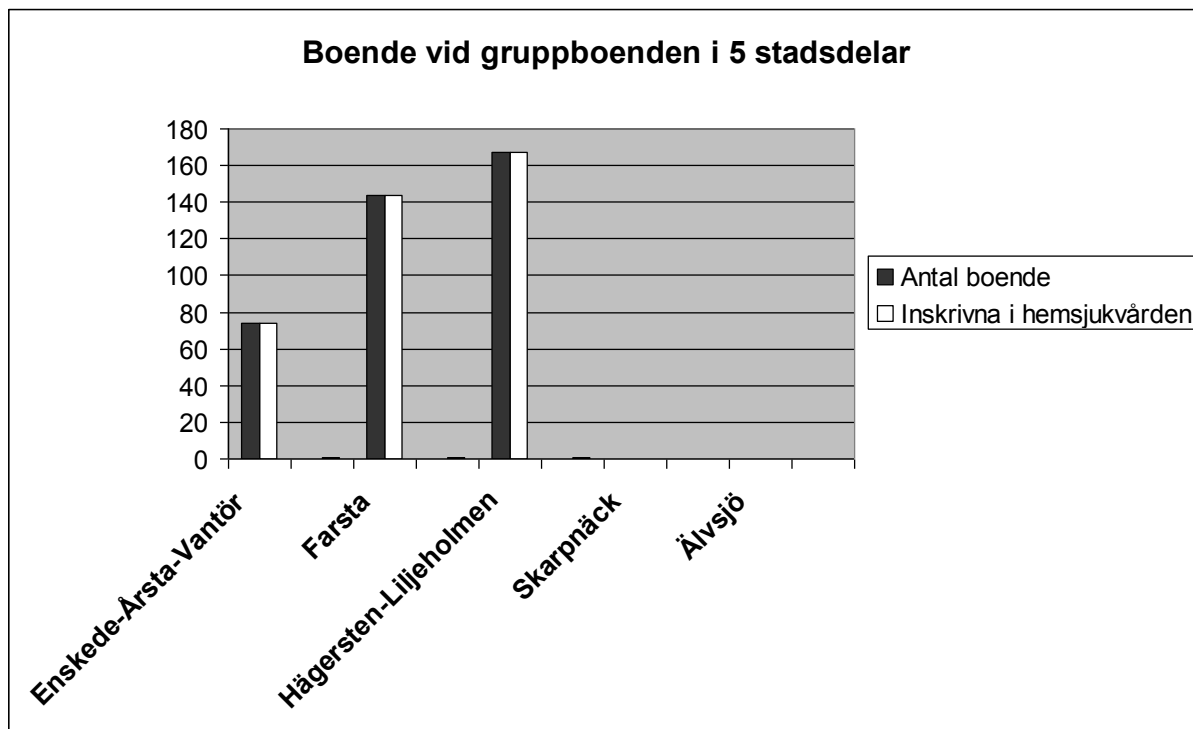
Antalet boende vid sjukhemmen varierade mellan stadsdelarna från 105 personer i Hägersten-Liljeholmen till 415 i Enskede-Årsta-Vantör. Sammanlagt fanns i de fem stadsdelarna 998 vårdtagare vid sjukhem. Av vårdtagarna var 719 kvinnor och 279 män. Den yngsta var 47 år och den äldsta var 103 år.

7 personer var under 65 år.

Ålderdomshem som deltog år 2007:

Endast Farsta har ålderdomshem, Edö och Postiljonen, med 61 boende. 47 var kvinnor och 14 var män.

Boende vid gruppboenden



Figur 3

Gruppboenden för demenssjuka som deltog år 2007:

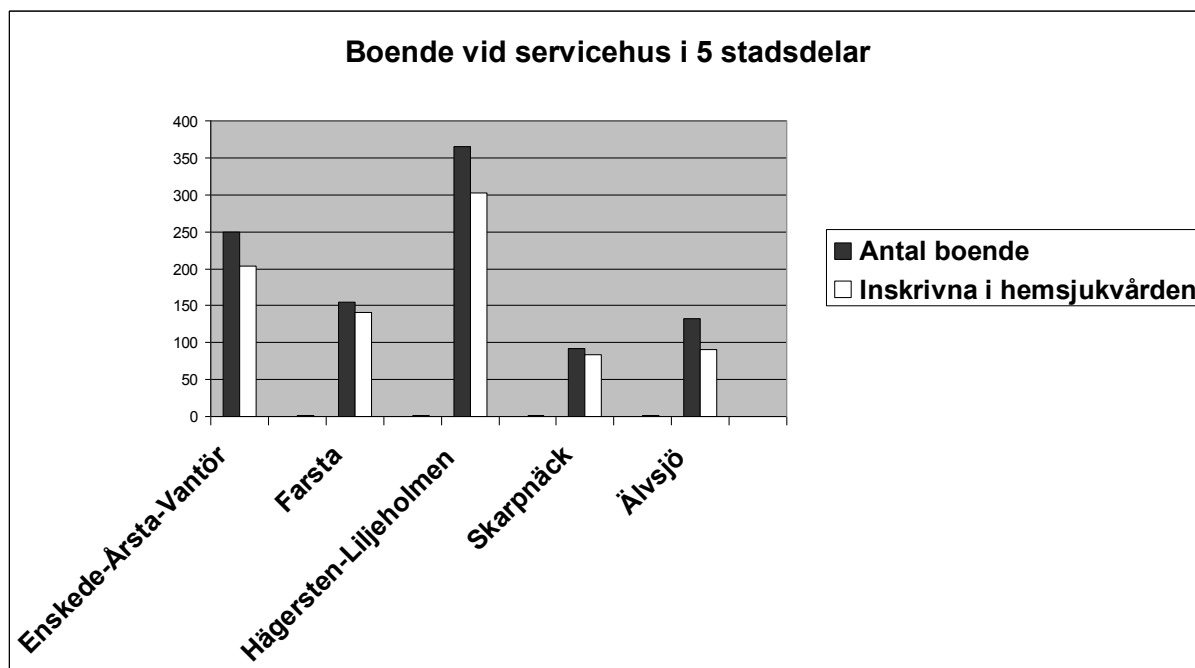
Enskede-Årsta-Vantör	Mårtensgården, Skogsglantan
Farsta	Edö, Postiljonen, Ängsö, Veckobo
Hägersten-Liljeholmen	Elingården, Fredrikagården, Kastanjen, Ljusglimten, Violen, Åsengården

Antalet boende varierade mellan 74 personer i Enskede-Årsta-Vantör till 167 i Hägersten-Liljeholmen.

Sammanlagt redovisades i de fem stadsdelarna 385 boende vid gruppboenden, 306 kvinnor och 79 män. Åldrarna varierade mellan 63 år och 100 år.

En person var under 65 år.

Boende vid servicehus



Figur 4

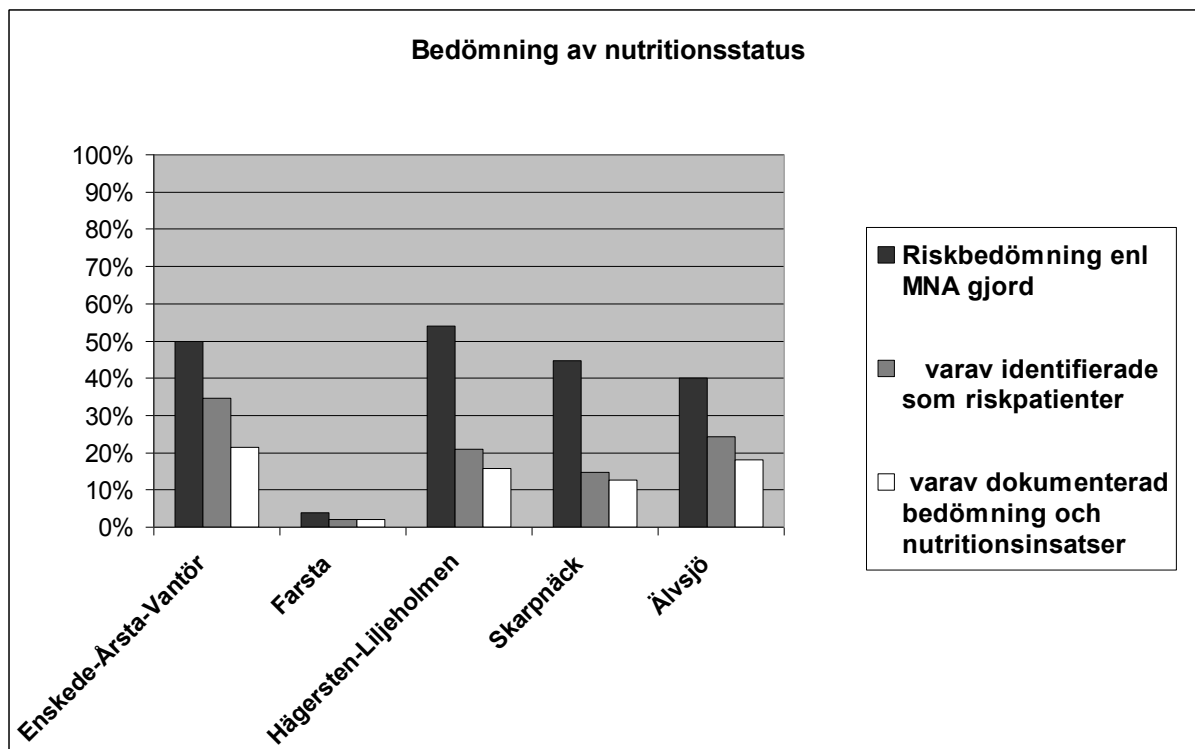
Servicehus som deltog år 2007:

Enskede-Årsta-Vantör	Enskededalen, Rågsved
Farsta	Edö
Hägersten-Liljeholmen	Axelsberg, Fruängsgården, Kastanjen, Trekanten
Skarpnäck	Hammarbyhöjden
Älvsjö	Långbroberg, Älvsjö

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

Det totala antalet boende på servicehus i de fem stadsdelarna var 994 personer. Antalet hemsjukvårdspatienter var 822 personer. Det lägsta antalet hemsjukvårdspatienter fanns i Skarpnäck, 84 personer och det högsta antalet fanns i Hägersten-Liljeholmen, 303. Andelen personer inskrivna i hemsjukvården var 83 %. Åldersspridningen vid servicehusen var från 54 år till 104 år. Antalet boende under 65 år var 19 personer. Av de inskrivna i hemsjukvården var 553 kvinnor och 269 män.

NUTRITION (NÄRINGSINTAG)



Figur 5

Nutrition

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, till exempel kronisk sjukdom, hög ålder, depression, läkemedelsbehandling, dåligt munstatus och sväljsvårigheter.

Kartläggningen visade att en riskbedömning enligt MNA var genomförd hos 39 % av vårdtagarna.

886 personer, 53 % var undernärd eller i riskzonen för att utveckla undernäring och för 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 31 % av de boende.

Andel boende som behöver hjälp med matning

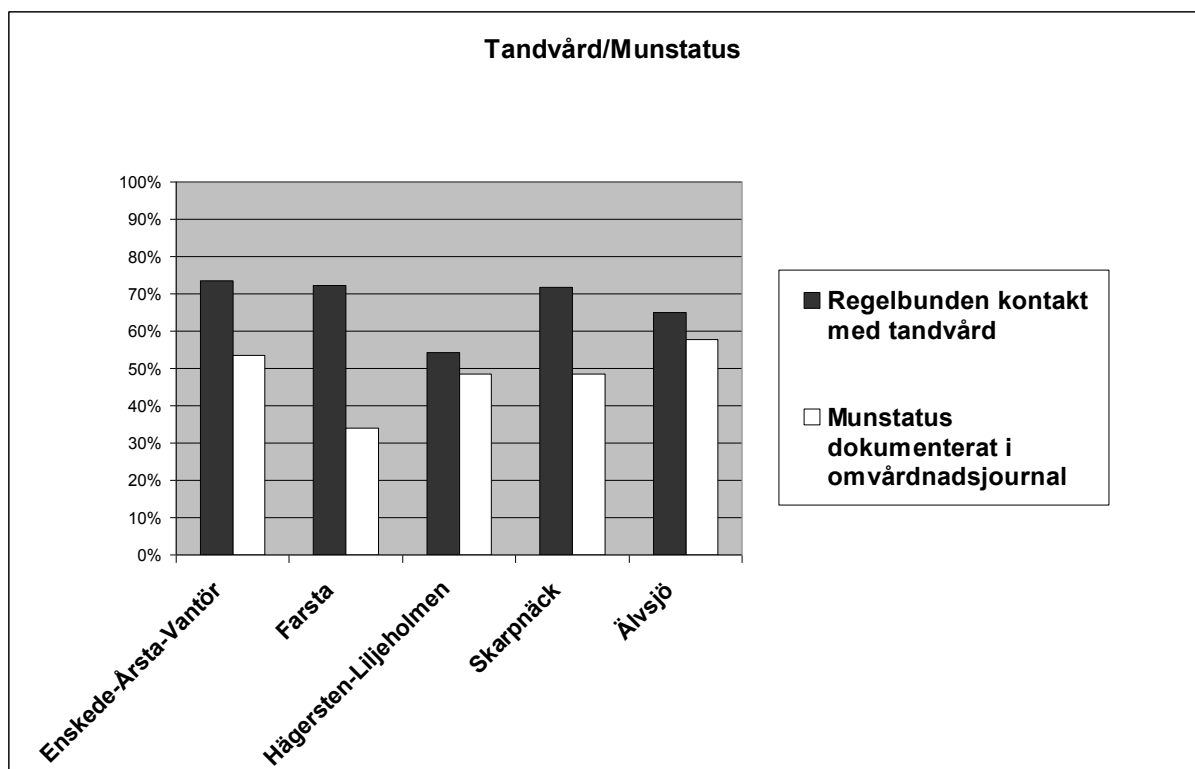
När en person inte kan äta själv, krävs det att vårdpersonalen har tillräckligt med kunskap om vad och hur mycket näring den äldre behöver. Dessutom är det viktigt att ha tillräckligt med kunskap och tid för att vara den boende behjälplig vid måltiden.

Andelen boende som behövde hjälp med matning var 16 %.

Sondmatning

Sondmatning är en liten del av hälso- och sjukvårdsuppgifterna. Drygt 1 % av hemsjukvårdspatienterna, 26 personer, fick sitt näringsintag tillgodosett genom sond. Sondmatning får endast utföras av sjuksköterska eller av vårdpersonal som har uppgiften delegerad.

TANDVÅRD-MUNSTATUS



Figur 6

Tandvård

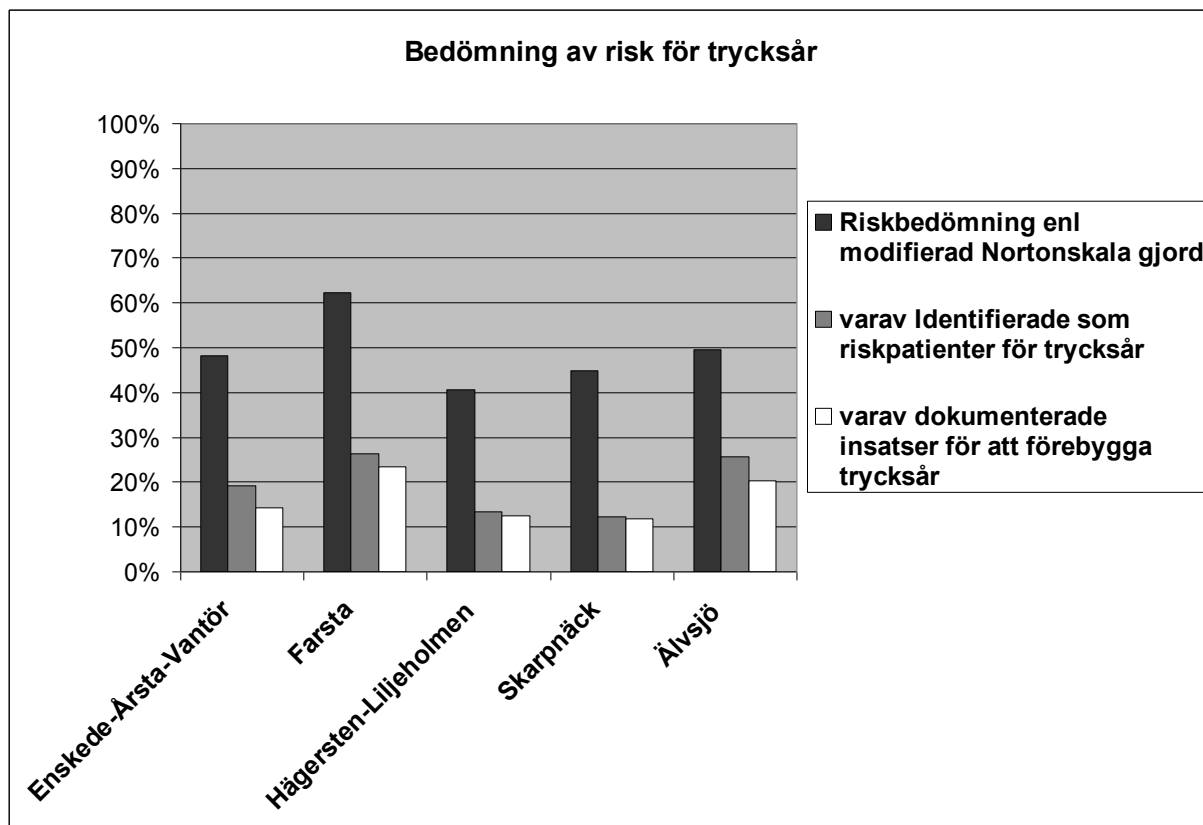
Enligt tandvårdslagen ska landstinget svara för att uppsökande tandvårdsverksamhet bedrivs bland boende inom kommunernas särskilda boendeformer. Samtliga vårdtagare med heldygnsomsorg samt de med stora omvårdnadsbehov vid servicehusen erbjuds en årlig munhälsobedömning utförd av tandvårdspersonal. Med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

Inom de särskilda boendeformer som ingått i studien hade 67 % av de boende regelbunden kontakt med tandvården. Minst kontakt med tandvården hade boende vid servicehus.

Munstatus

I sjuksköterskans uppgifter ingår att i omvårdnadsjournalen dokumentera munstatus. I denna kartläggning hade 48 % av de boendes munstatus dokumenterats.

HUD



Figur 7

Sjuksköterskan ska bedöma risken för trycksår hos alla boende vid särskilda boenden. Kartläggningen visade att riskbedömning enligt modifierad Nortonskala var genomförd för 49 % av vårdtagarna. 443 personer, 40 %, var i riskzonen för att utveckla trycksår och för 84 % av dessa fanns förebyggande insatser dokumenterade.

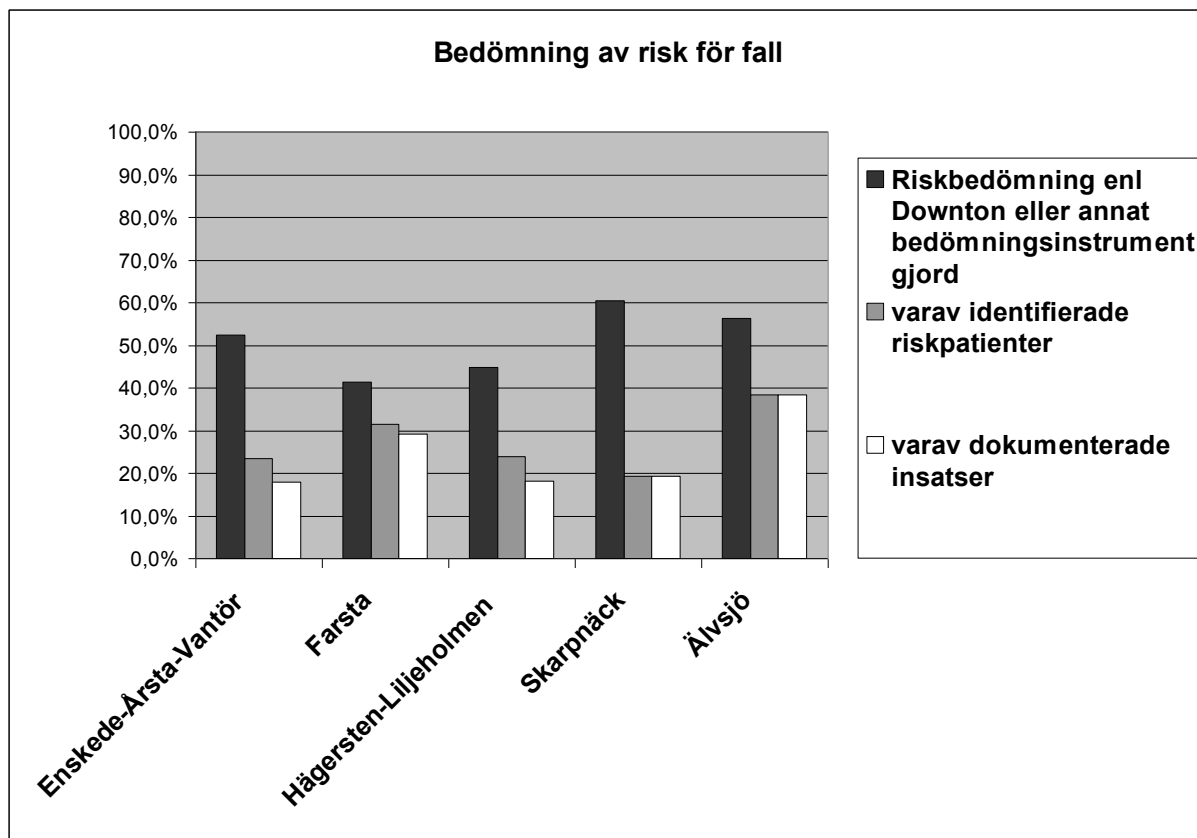
Trycksår

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 för 2,5 % av vårdtagarna vilket motsvarar 57 personer vid samtliga boendeformer.

FALL, FALLSKADOR OCH FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER



Figur 8

Fall och dess konsekvenser i form av benbrott (frakturer) och andra följskador utgör ett stort hälsoproblem bland äldre. Det finns studier som visar, att för personer som bor inom de särskilda boendeformerna är falloolyckorna vanligast i åldrarna mellan 70 och 85 år, för att sedan bli mindre vanliga i högre åldrar.

Forskningen kring falloolycksmekanismer, 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 DFRI eller annat bedömningsinstrument var gjord för 50 % av vårdtagarna.

612 personer, 55 %, var identifierade som riskpatienter och för 86 % av dessa fanns förebyggande insatser dokumenterade.

Frakturer efter fall

Kartläggningen visade att 3 % av vårdtagarna, 67 personer, hade drabbats av frakturer efter fallolyckor under de senaste 3 månaderna före kartläggningen.

Ordinationer av sänggrindar och säkerhetssele/bälte

Det finns flera begränsnings- och skyddsåtgärder för att förhindra fall, fallolyckor och därmed skador. Användningen av sänggrindar och säkerhetssele/bälte är exempel på detta.

Sänggrindar ordinerar av sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter och bälten ordinerar av läkare.

Totalt hade 34 % av vårdtagarna ordinerats sänggrindar och av dessa var 87 % dokumenterade i omvårdnadsjournalerna.

Säkerhetssele/bälte är också 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 9 % hade ordination på bälte.

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 48 % av vårdtagarna hade individuellt utprovade och ordinerade rullstolar.

Lift och lyftskynken

För vissa vårdtagare underlättas förflyttningar med hjälp av lift. Förflyttningen i sig är en fallrisksituation. För att minimera risken för fall ska lyftskynket vara individuellt utprovat av arbetsterapeut/sjukgymnast.

26 % av vårdtagarna bedömdes vara i behov av lift vid förflyttning. 96 % hade ett individuellt utprovat lyftskynke.

DISKUSSION, ÅTGÄRDSFÖRSLAG OCH SLUTSATSER

Genom att kartlägga och jämföra behovet av de grundläggande hälso- och sjukvårdsinsatserna med hjälp av kvalitetsindikatorer kan man få en uppfattning om kvalitetsnivån i de fem stadsdelarnas särskilda boendeformer.

Kvalitetsindikatorerna som används i kartläggningen syftar till förbättringar i hälso- och sjukvården.

Nutrition

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

Av kartläggningen framgick vidare att hälften av dessa var i riskzonen för undernäring. Två tredjedelar av dessa hade nutritionsåtgärder dokumenterade.

Förslag till åtgärder

- För att kunna identifiera när nutritionsåtgärder behöver sättas in, är det ett krav att riskbedömningar görs för alla vårdtagare i vård- och omsorgsboenden.
- Viktkontroll ska erbjudas de boende fyra gånger per år eller oftare vid behov.
- Planerade, vidtagna åtgärder och uppföljning av nutritionsåtgärder ska dokumenteras.
- För att tillse att näringsbehovet tillgodoses behövs olika typer av medicinsk kompetens. Tillgång till dietist är en viktig faktor. Dietistkompetens finns att tillgå inom Äldreförvaltningen i Stockholms stad och även hos de flesta matleverantörer.
- Hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal bör få kontinuerlig utbildning kring äldre och kost för att höja kompetensen inom området. De måste också få tid och möjlighet att praktiskt hjälpa de boende med maten. Projekt kring äldre och kost pågår inom de fem stadsdelarna med hjälp av stimulansmedel från Socialstyrelsen.

Tandvård/Munvård

Enligt tandvårdslagen ska samtliga boende med heldygnsomsorg och de med stora omvårdnadsbehov vid servicehusen erbjudas en årlig munhälsobedömning. Två tredjedelar av de boende hade fått munhälsobedömning utförd eller hade haft annan kontakt med tandvården. Munhälsobedömning sker som regel en gång per år och det kan vara ett skäl till, att inte alla nyinflyttade hade fått bedömningen gjord vid kartläggningstillfället.

Munhälsan påverkar den boendes förmåga att äta och därmed livskvalitet och välbefinnande. I sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår att dokumentera munstatus i omvårdnadsjournalen. För hälften av de boende fanns munstatus dokumenterat.

Förslag till åtgärder

- Sjuksköterskorna måste intensifiera arbetet med att uppmärksamma munhälsan och dokumentera munstatus i journalen.

Hud

Förekomsten av trycksår går inte att undvika helt. Identifiering av riskpatienter och noggrann uppföljning av insatta förebyggande åtgärders effekt är ett krav. Riskbedömning ska utföras enligt modifierad Nortonskala.

Hos hälften av de boende var riskbedömning utförd. Fyra av tio var i riskzonen för att få trycksår och åtta av tio med identifierad risk hade dokumenterade insatser för att förebygga trycksår.

Förslag till åtgärder

- För att kunna identifiera när det föreligger risk för trycksår och när åtgärder behöver sättas in, är det ett krav att riskbedömningar görs för alla vårdtagare i vård- och omsorgsboenden.
- Planerade, vidtagna åtgärder och uppföljning av dessa ska dokumenteras.

Fallrisk

Kartläggningen visade att fallriskbedömning var gjord för hälften av de boende. Hälften av dessa identifierades som riskpatienter. Åtta av tio av de identifierade riskpatienterna hade dokumenterade insatser för att förebygga fallolyckor.

Förslag till åtgärder

- För att kunna identifiera när det föreligger risk för fall och när åtgärder behöver sättas in är det ett krav att riskbedömningar görs för alla vårdtagare i vård- och omsorgsboenden.
- Planerade, vidtagna åtgärder och uppföljning av dessa ska dokumenteras.

Rullstol och lift

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. I stort sett samtliga av dessa hade individuellt utprovade lyftskynken.

Sänggrindar och säkerhetssele/bälte

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

En tredjedel av de boende hade sänggrindar ordinerade och nio av tio hade ordinationen dokumenterad.

Mindre än en tiondel hade säkerhetssele/ bälte ordinerat av läkare.

SLUTSATSER

Resultatet av kartläggningen visade stora brister vad gäller identifiering av risker för malnutrition, trycksår och fall. Kartläggningen visade också, att det fanns brister i dokumentationen av bedömningar och föreslagna insatser. Detta är ett förbättringsområde. Hjälpmedel som rullstolar, lift och lyftskynken var till största delen individuellt utprovade och väl dokumenterade. Även sänggrindar och säkerhetssele/bälte var väl dokumenterade.

Det framgick av kartläggningen att det fanns skillnader mellan stadsdelarna när det gällde antalet utförda riskbedömningar för fall, trycksår och nutrition. Ingen av stadsdelarna uppnådde kravet på lägsta acceptabla nivå gällande att utföra riskbedömningar. Enhetscheferna måste, genom förbättrad internkontroll, se till att riskbedömningarna genomförs och att åtgärder vidtas vid behov.