

Handläggare
Agneta Blomkvist
Telefon: 08-508 22 044

Till
Hägersten-Liljeholmens
stadsdelsnämnd 2017-04-20

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

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner rapporten och lägger den till handlingarna.

Anders Carstorp
stadsdelsdirektör

Agneta Blomkvist
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Sammanfattning

Kartläggningen visar att arbetet med riskbedömningarna har förbättrats jämfört med föregående år. Under 2016 gjordes fler riskbedömningar än under tidigare år. Användandet av bedömningsinstrument för att hitta personer med risk för undernäring/malnutrition, trycksår och fallrisk ligger mellan 79,5 % -82 % enligt sökning i journalsystemet. Det är dock en variation mellan enheterna. Arbetet med riskbedömningar behöver trots det intensifieras för att nå upp till målnivån 90 %.

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 har en godtagbar hygienisk standard i omvårdnadsarbetet.

Andelen som har säkerhetssele/bälten har ökat något men 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 har börjat användas, ICF, klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

Förändringen har krävt stora insatser av all hälso- och sjukvårdspersonal och av verksamhetscheferna. Trots det har kvalitetsarbetet bibehållits och förbättrats under 2016 jämfört med föregående år.

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

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 stadsgemensam 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 2016.

Fler av uppgifterna rör situationen den 31 december 2016 och har kunnat sökas fram i journalsystemet Vodok.

Under en lång följd av år har boendeenheter i Hägersten-Liljeholmen deltagit i en kartläggning som genomförts v 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. 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 2016 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 2016 samt på de redovisade hälso- och sjukvårdsindikatorerna.

Avsikten är att även fortsättningsvis följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser/kvalitetsindikatorer för att få en jämförelse över tid.

Kommunfullmäktige har tagit beslut om att de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret ska användas i inom de särskilda boendeformerna för äldre.

Resultat av kartläggningen inom stadsdelen Hägersten-Liljeholmen:

Totalt finns i 193 lägenheter i servicehus och 260 lägenheter vid vård- och omsorgsboenden i stadsdelen som drivs i kommunal regi eller på entreprenad, sammanlagt 453 lägenheter. Totala antalet vårdtagare med pågående omvårdnadsjournal vid särskilda boendeformer för äldre i stadsdelen var den 31 december 2016 397 personer. Under 2016 har totalt 582 omvårdnadsjournaler varit upprättade.

	December 2016	Oktober 2015
Pågående omvårdnadsjournaler 31 dec/ Inskrivna i hemsjukvården	397 personer	378 personer

Kartläggningens resultat baserar sig på de personer som är inskrivna i hemsjukvården och har en omvårdnadsjournal upprättad 31 december 2016 samt på de redovisade hälso- och sjukvårdsindikatorerna.

Ålder och kön

	December 2015	December 2015
Åldersspridning	66 år – 102 år	66 år – 109 år
Kön	Kv 72%/Män 28%	Kv 74% /Män 26 %

Det fanns ingen person under 65 år vid äldreboendena den 31 dec 2016.

72 % av vårdtagarna var kvinnor och 28 % var män.

Nutrition

	December 2016	December 2015
Andel riskbedömda för malnutrition, MNA	82 %	73 %
BMI lika med eller under 22	55 %	Uppg. Saknas
Munbedömning ROAG	68 %	52 %

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 högre 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. Användning av ROAG är högre än året innan.

Arbetet med malnutrition/undernäring är ett prioriterat omvårdnadsområde.

Trycksår

	December 2016	December 2015
Andel riskbedömda för trycksår, Norton	82 %	74 %
Andel trycksår	4,8 %	4,5 %

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 högre 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 2016 var i nivå med föregående år.

Vi beräknar andelen trycksår vid mättillfället, 31 december.

Därutöver följs trycksåren genom särskild mätning varje månad.

Inkontinens

	December 2016	December 2015
Andel boende med utförd inkontinensutredning/uppföljning av inkontinensutredning, Nikola	75 %	54 %
Andel KAD	8 %	8,5 %

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. Andelen utredningar/uppföljningar har ökat.

Samtliga som bedöms inkontinenta ska ha individuellt utprovade hjälpmedel och detta ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Andelen med kvarliggande kateter i urinblåsan (KAD) var likvärdigt med föregående år. KAD används endast på läkarordination.

Infektioner med antibiotika resistens

	December 2016	December 2015
Antal personer med pågående MRSA-infektion	3 personer	2 personer
Antal personer med pågående VRE-infektion	0 personer.	2 personer.
Antal personer med pågående ESBL-infektion	6 personer.	5 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 2016	December 2015
Andel riskbedömda för fall, DFRI	82 %	75 %
Andel frakturer	7,5 %	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 högre 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.

Det finns 44 rapporterade frakturer under året. Andelen frakturer är beräknad på det totala antalet boende under året.

Rullstol och lyft, ADL-bedömning

	December 2016	December 2015
Rullstol	58 %	63,5 %
Lift	27 %	27,5 %
Sunnås ADL	87 %	90 %

Andelen rullstolsburna har minskat något medan andelen vårdtagare som är i behov av lyft 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 och ligger på ungefär samma nivå som föregående år.

Sänggrindar/säkerhetssele -bälten

	December 2016	December 2015
Sänggrindar	24 %	26,5 %
Säkerhetssele/bälten	3,5 %	2,9 %

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 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

	2016	2015
Antal inskickningar till akutsjukhus under året	232	179
Varav inlagda	68,5 %	70 %

Antalet inskickningar till akutsjukhus har ökat under året, dock saknades uppgifter från Fruängsgårdens servicehus för 2015 så det går inte att göra en jämförelse mellan åren.

Andel som blev inlagda ligger på ungefär samma nivå 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

	2016	2015
Antalet avlidna under året	132 personer	136 personer

En knapp en fjärdedel av vårdtagarna har avlidit under året.

Andelen är generellt högre vid vård- och omsorgsboenden än vid servicehus.

Antalet avlidna är ungefär samma som föregående år.

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 ökat under året.

Användandet av bedömningsinstrument för att hitta personer med risk för undernäring/malnutrition, trycksår och fallrisk ligger på 79,5 % - 82 % enligt sökning i journalsystemet. Det finns en viss variation mellan enheterna. Det är en högre nivå jämfört med året innan. Arbetet med riskbedömningar behöver dock intensifieras för att nå upp till målvärdet 90 %.

Därutöver började man under 2015 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 68 % respektive 75 % 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, måste ta fram en sådan plan och arbeta med att åtgärda bristerna. Samtliga identifierade riskpatienter ska ha dokumenterade åtgärder/insatser för att förebygga risken.

Andelen trycksår ligger på ungefär samma nivå som tidigare.

Mätningen är gjord den 31 december 2016 och visade att sex av tio trycksår hade uppstått vid de egna enheterna.

Det pågår en särskild månatlig rapportering av trycksårsförekomst för att säkerställa att situationen är under kontroll.

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

För andelen frakturer är siffran något osäker. Siffran mäts per helår och man är beroende av att enheterna rapporterar in alla frakturer. Vid sökning i journalerna blir siffran lite osäker då alla inte har dokumenterat på rätt ställe i journalen. Enheten måste kontinuerligt analysera alla fall som leder till fraktur och

fysioterapeut/sjukgymnast har en mycket viktig uppgift inom fallpreventionsområdet.

Arbeterapeuterna vid enheterna har en avgörande roll vid bedömning av vårdtagarnas förmåga att delta i det dagliga livet. ADL-bedömning enligt Sunnås låg under 2016 på 87 % vilket måste bedömas vara 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 uppnåtts under året.

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver bland annat hur arbetet med riskbedömningarna på individnivå går och effekterna av riskbedömningen.

Ansvar för att ta fram patientsäkerhetsberättelsen vilar på verksamhetschefen.

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 har en godtagbar hygienisk standard i omvårdnadsarbetet.

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 arbets sätt 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.

Användning av sänggrindar och säkerhetssele/bälte är en form av frihetsinskränkande säkerhetsåtgärd som noga måste prövas och får enbart användas för att hindra en vårdtagare från att falla. Andelen som har säkerhetssele/bälten har ökat något, men ligger fortfarande 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 fortsfarande 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 i stadsdelen 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 emellertid genomförandet och dokumentationen av riskbedömningarna ökat. Det är framförallt en enhet som ligger efter. En orsak kan vara att man har lägst sjuksköterskebemanning vid den enheten och att man har haft vakanta tjänster.

Under 2015 genomfördes stora förändringar av dokumentationssystemet. En helt ny modell för nationellt fackspråk började 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 genomförde sitt arbete med övergång till ICF under 2015. Dessutom har KVÅ – klassificering av vårdåtgärd- genomförts. Man måste räkna med att det tar flera år innan så stora förändringar är fungerar tillfredställande vid alla enheter.

Under 2014 togs en struktur och organisation med processledare och handledare inför införandet av ICF och nytt dokumentationssystem fram och bekostades av Äldreförvaltningen enligt den modell som Hägersten-Liljeholmens Vodok-samordnare redan arbetade efter.

Från och med 2017 har de centrala medlen upphört, men funktionen processledare och handledare kommer att behållas i stadsdelen.

Ett nytt journalsystem har upphandlats med ett beräknat införande under 2017/2018.

Förändringen har krävt och kräver även framöver stora insatser av all hälso- och sjukvårdspersonal och av verksamhetscheferna. 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 Hägersten-Liljeholmen återgår till det tidigare sättet att rapportera in statistik med den enda skillnaden från tidigare att vi har 31 december som mätdatum istället för den 1 oktober. Från och med 2017 har frågorna förenklats och förtydligats.

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 svårighet framöver är att flera sjuksköterskor har slutat och att det är förenat med stora svårigheter att rekrytera nya. Den enhet som halkat efter mest har flera vakanser. Orsaken till att sjuksköterskor slutar är flera, men det har varit en del pensionsavgångar och det kommer att bli fler framöver. Det blir en stor utmaning framledes.

Trots de beskrivna svårigheterna har man ändå lyckats bibehålla och förbättra kvaliteten jämfört med föregående år.

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.