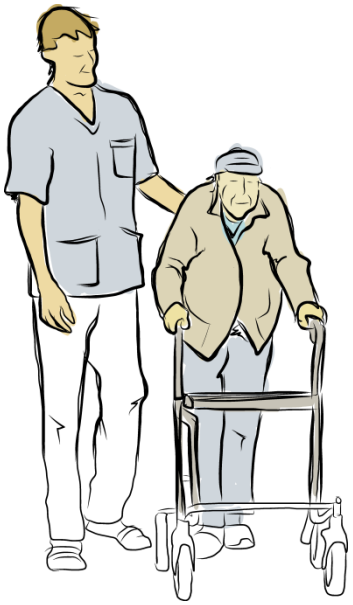


Årsrapport 2012

SENIOR alert

Sammanfattning

Senior alert är ett av de nationella kvalitetsregister i Sverige som helt eller delvis ’r finansierad genom medel för nationella kvalitetsregister. Under perioden 2010-2012 har dessutom finansiering skett inom ramen för satsningen; ”***Bättre liv för mest sjuka äldre***” vilket möjliggjort en expansiv utveckling av både innehåll och användning.

Samtliga landsting och Regioner levererar data till Senior alert under 2012. Flest riskbedömningar 2012 gjordes av landstinget i Jönköpings län följt av landstinget i Kalmar län och Västerbottens läns landsting. Dessa tre landsting har använt Senior alert för sitt **förebyggande arbete** under flera år. Det registreras få **teambaserade** utredningar av bakomliggande orsaker till risker inom sjukhusvården. Landstingen i Blekinge, Uppsala, Värmland och Region Skåne registrerar enbart riskbedömningar i Senior alert. Händelser dvs. uppkomna trycksår och inträffade fall är sannolikt underrapporterade i samtliga landsting. Under 2012-2013 har initiativ startat för att förbättra inrapporteringsfrekvensen av fall och trycksår.

Under 2012 var 275 kommuner i Sverige anslutna till Senior alert vilket var en ökning med 17 kommuner sedan december 2011.

Andelen som hade risk för fall var 56 %, risk för trycksår hade 19 % samt 59 % hade risk för undernäring. Få hade risk för ohälsa i munnen men det beror att modulen om munhälsa introducerades under året.

Senior alert är ett process register som stödjer kvalitetsförbättring och det systematiska förebyggande arbetssättet ”***Vårdprevention***”. Under perioden 2010-2012 har särskilda boende i Sverige förbättrat sitt vårdpreventiva arbetssätt från 61 % till 70 % följsamhet till den vårdpreventiva processen.

Punktprevalensmätning v 10 2013 visar att ca 5 % hade trycksår och 6 % hade minst ett fall bland de 6540 personerna i 60 deltagande kommuner. Detta är mindre än jämförande mätningar och indikerar att ett vårdpreventivt arbetssätt minskar förekomsten.

De fallförebyggande åtgärderna som ökat mest är användning av antihalksockar och gångträning.

För undernäring är näringsdryck och att begränsa nattfastan till max 11 timmar de förebyggande åtgärder som ökat mest. För personer med trycksårsrisk var den åtgärd som ökat mest, daglig hudbedömning. Team från olika verksamheter som har deltagit i Senior alerts teamutbildningar har arbetat med att förbättra det förebyggande arbetet.

Viktiga utvecklingsområden 2013-2014 är utveckling av inkontinens och psykisk ohälsa som nya områden, ökad forskning samt integration med journalsystem. Dessutom pågår ett arbete med att presentera publik Senior alert data.

Förord

Senior alert har haft en god utveckling de senaste tre åren. Resultaten börjar skönjas och användningen av registret är väl spridd. Senior alert har ambitionen att följa de aktuella riktlinjer och vårdprogram som finns. Många av registrets användare ställer frågor till oss om innehållet i vårdprevention. Nationella vårdhandboken är en viktig källa till den senaste evidensbaserade kunskapen inom områdena. Flera av ämnesexperterna inom Senior alert bidrar till nationella riktlinjer inom områdena.

Sedan 2011 har Senior alert bidragit med data Öppna jämförelser vilket vi är stolta över. I detta arbetet har täckningsgraden varit en viktig indikator och ett omfattande arbete har gjorts för att kartlägga antalet boendeplatser inom särskilda boenden. Ett arbete som inte är gjort tidigare och som väckt intresse utanför registret. Detta har varit en viktig del i Senior alerts arbete med att validera data. Förutom detta har en helt ny punktprevalensmätning tagits fram och prövas under 2013. Resultatet blir en självvalidering och jämförelse med journalföring inom kommunerna.

Vi ser en förbättring och utveckling av de förebyggande åtgärder som vidtas inom vård och omsorg. En viktig indikator som att minska nattfastan har stor betydelse för äldres nutrition och ökningen går att utvärdera i registret.

Allt fler forskare har under året inkommit med förfrågningar om datauttag. På högskolor och universitet börjar unga studenter att använda Senior alert i uppsatsskrivande på olika akademiska nivåer.

Registret utvecklas också ständigt baserat på att ny kunskap skapas och användares kloka synpunkter och svar i våra kontakter med drygt 30 000 användare. Dessutom vill olika Senior organisationer vara med och bidra i arbetet. Detta har lett till bland annat en utvecklad Iphone app som bygger på den vårdpreventiva processen, som den äldre själva kan använda sig av för att förebygga risker. Nästa steg i denna utveckling blir att ha publik data på webben som beskriver äldreomsorgens resultat

Detta är en årsrapport vars syfte är att ge en överblick över innehållet i Senior alert. Den riktar sig till alla intresserade. Då Senior alert har mer 13000 enheter i registret kan inte enskilda verksamheter få feedback på sin kvalitet utan detta sker genom on-line rapporter för varje enhet att när som helst produceras.

Joakim Edvinsson

Registerhållare

Göran Henriks

Ordförande

Innehållsförteckning

Sammanfattning 1

Förord 2

Innehållsförteckning 3

Bakgrund och organisation 4

Senior alert stödjer den vårdpreventiva processen 8

Registreringar i Senior alert 2012 9

Täckningsgrad särskilda boenden 12

Riskbedömningar 27

Följsamhet vårdpreventiva processen 30

Sammanfattning av förebyggande åtgärder 33

Förbättringsarbete och goda exempel 43

Livli-en app för äldre 45

Fortsatt utveckling 2013-2014 48

Referenser 49

Bakgrund och organisation

I Sverige finns det totalt 1 841 826 personer över 65 år[1] Dagens äldre personer i takt med stigande ålder ett mer komplexa vårdbehov än tidigare. Därför är det viktigt att förebygga skador i samband med vård och omsorg.

Syfte

Det övergripande syftet med Senior alert är att kunna förebygga skador och främja hälsan hos de äldre personer som har behov av vård och omsorg. Registret ger nya möjligheter att utforma nya arbetssätt. Genom att ta tillvara och använda insamlad data så kan verksamheten stärkas, förbättras samt utveckla praktiken och värdera vården- och omsorgens kvalitet.

Registret ger underlag för att utveckla, utvärdera och jämföra olika enheters arbete med att förhindra skador hos äldre personer. Den enskilda enheten kan kvalitetssäkra vården och omsorgen för den äldre personen samt jämföra sin vårdkvalitet över tid och med andra enheter.

Senior alerts organisation

Senior alert startade som nationellt kvalitetsregister i april 2008 och är utvecklat av Landstinget i Jönköpings län med stöd av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Landstinget i Jönköpings län är huvudman för Senior alert. Uppsala Clinical Research Center, UCR är leverantör av IT-systemet Senior alert.

Registerhållare

Registerhållaren är ansvarig för registrets utveckling och drift. Registerhållaren företräder Senior alert i kontakt med kompetenscentra och med Sveriges Kommuner och Landsting.

Joakim Edvinsson, leg sjuksköterska, Utvecklingsledare, Qulturum

Landstinget i Jönköpings län; joakim.edvinsson@lj.se

Styrgrupp

Styrgruppens uppdrag är att vara en strategisk ledning för registret Senior alert.

I styrgruppen finns representanter från olika län, kommuner och forskning.

Styrgruppens ordförande:

Göran Henriks, Leg. Psykolog

Utvecklingsdirektör

Qulturum Landstinget i Jönköping.
goran.henriks@lj.se

Ledamöter:

Thomas Schneider, fil dr.

Kvalitetsansvarig

Famna. thomas.schneider@famna.org

Lisbeth Löpare-Johansson, Leg. Sjuksköterska

Vårdstrateg, Vårdförbundet

lisbeth.lopare-johansson@vardforbundet.se

Mona-Lisa Hägvide, Leg Arbetsterapeut

Bitr verksamhetschef/enhetschef
Tallhöjdens Vårdcentral, Södertälje

Mona-lisa.hagvide@sll.se

Maria Engman Fil Mag. Omvårdnad

Leg Sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, verksamhetsutvecklare,

Tre Stiftelser Göteborg

Maria.engman@trestiftelser.se

Anders Engelholm Leg Sjuksköterska

Utvecklingsledare på Kommunförbundet Västernorrland och FoU Västernorrland

Anders.engelholm@kfvn.se

Helle Wijk Docent. Leg. Sjuksköterska, Universitetslektor,

Göteborgs universitet

helle.wijk@fhs.gu.se

Stefan Österström

Utvecklingschef

Jönköpings kommun

stefan.osterstrom@jonkoping.se

Cecilia Malmqvist Leg. Dietist

Växjö kommun

cecilia.malmqvist@vaxjo.se

Anna-Christina Ek, Professor emeritus

Leg Sjuksköterska.

Hälsouniversitetet, Linköping

Kansli och support

Projektgruppen ansvarar för den dagliga driften av Senior alert. Gruppens uppdrag är att vara användarsupport, administrera, sprida och kommunicera samt utbilda och handleda anslutna enheter. Arbetet leddes under 2012 av Susanne Lundblad, projektledare, Qulturum, Landstinget i Jönköpings län.

Support

Annica O'Connor och Anette Vernersson

Anna Trinks, Statistiker Med. dr.Medicinsk vetenskap

Michaela Nyander informatör

Support är öppen kl 9-15 måndag – fredag och är bemannad med (minst) 2 personer. Varje dag besvaras minst 60 telefonsamtal och 60 mail.

Ämnesexpertgrupp

Expertgruppen består av forskare som ansvarar för registerarbetets vetenskapliga förankring. De granskar även innehållet i registret samt registrets validitet

Tommy Cederholm, Leg Läkare
Professor

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Uppsala universitet

Ämnesexpert: Nutrition

Elisabeth Rothenberg, Leg Dietist
Docent, Verksamhetsutvecklare

Sahlgrenska universitetssjukhuset

Göteborg

Ämnesexpert: Nutrition

Lars Nyberg, Leg sjukgymnast,
Professor

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå tekniska universitet

Ämnesexpert: Fall

Lennart Christensson, Leg
Sjuksköterska, Docent

Hälsohögskolan, Jönköping

Ämnesexpert: Nutrition

Anna-Christina Ek, Leg Sjuksköterska,
Professor emeritus

Hälsouniversitetet, Linköping

Ämnesexpert: Trycksår

Margareta Lindgren, Leg.
Sjuksköterska, Universitetslektor

Hälsouniversitetet

Linköping

Ämnesexpert: Trycksår

Lars Ganhberg, Leg tandläkare,

Adj. Professor

Inst för odontologi. Göteborgs universitet

Ämnesexpert Munhälsa.

Personuppgiftsansvarig

Landstinget i Jönköpings län är centralt personuppgiftsansvarig. Personuppgiftsombud är Jan Albinsson, informationssäkerhetssamordnare, Landstinget i Jönköpings län. jan.albinsson@lj.se

IT-leverantör

Ansvarig för drift, underhåll och utveckling av IT-systemet Senior alert är Uppsala Clinical Research Center (UCR). UCR är ett av Sveriges nationella kompetenscenter för kvalitetsregister.

Kontaktperson på UCR:

Monica Sterner

Sektionschef

Monica.sterner@ucr.uu.se

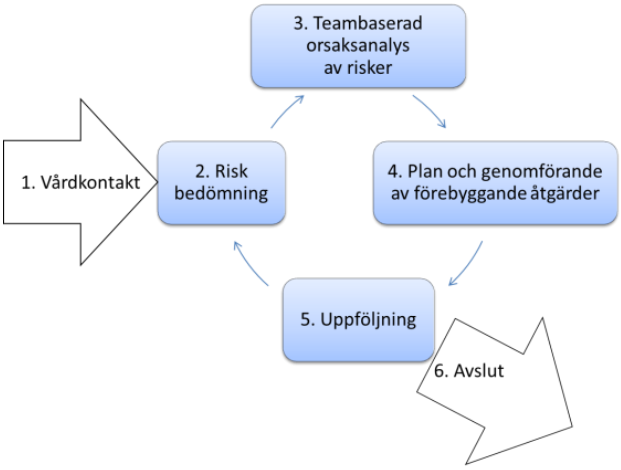
Senior alert samarbetar med Regional Registercentrum Syd-Ost (RCSO).

Senior alert stödjer den vårdpreventiva processen

Det förebyggande arbetet med vårdprevention är inget nytt. Vårdprocessen är beskriven som ett strukturerat sätt att lösa problem och utvärdera vården. Den består av fyra steg, bedömning, planering, utförande samt uppföljning. Denna modell är mycket spridd och accepterad för vårdpraxis och vårddokumentation.

Vårdprevention innebär ett systematiskt förebyggande arbetssätt liknande hela vårdkedjan. Senior alert har byggt in den vårdpreventiva processen i registreringen. Medarbetarna behöver följa alla steg i den vårdpreventiva processen för att registreringen ska bli möjlig att spara i registret.

Senior alert är inte enbart ett förebyggande register, flera förebyggande åtgärder blir också behandlande om undernäring, eller ohälsa i munnen uppstår.



Figur1. Den vårdpreventiva processens 6 olika steg.

1. Person kommer i kontakt med vård och omsorg t ex genom sjukhusbesök, inflyttning till särskilt boende eller inskriven i hemsjukvård.

2. Identifiera person med risk för fall, trycksår och/eller undernäring samt ohälsa i munnen (alla fyra områden samtidigt) med hjälp av de validerade riskbedömningsinstrumenten.

3. Teambaserad utredning av orsaker till risk för fall, trycksår och/eller undernäring samt ohälsa i munnen. Om det föreligger risk; försök att förstå och analysera vilka tänkbara orsaker som finns. Med teambaserad utredning avses att minst två olika professioner/funktioner har deltagit i utredningen av tänkbara orsakerna till risk.

4. Planera och genomföra förebyggande åtgärder i samråd med den äldre personen och dess närstående.

5. Följa upp åtgärder och resultat i teamet och eventuellt överföra information till nästa steg i vårdkedjan.

6. Avslut. Då den äldre personen lämnar vårdgivaren. Detta kan ske av olika orsaker, exempelvis dödsfall, flytt till annat boende.

Registreringar i Senior alert 2012

Senior alert är ett kvalitetsregister som finns tillgängligt via säker webbuppkoppling där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa.

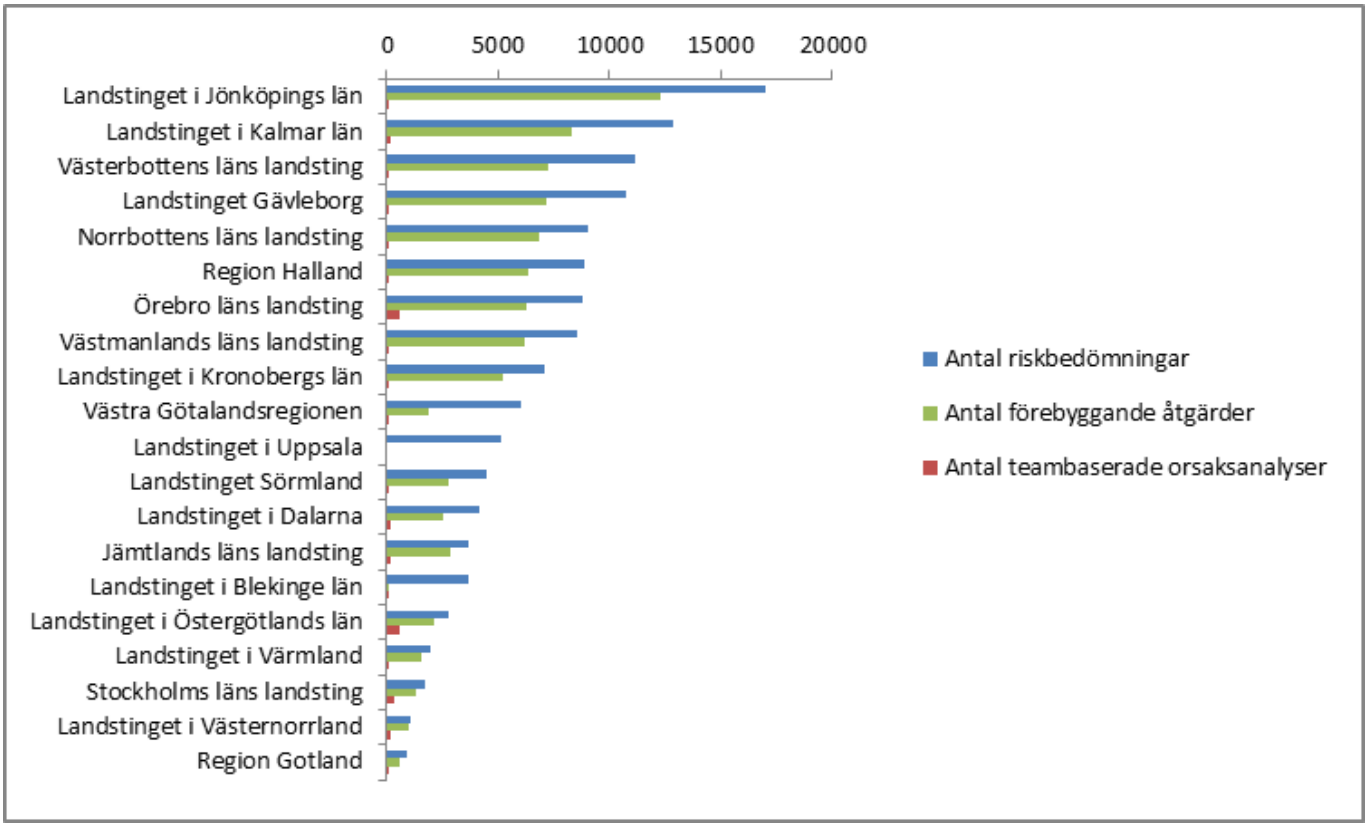
Användare registrerar uppgifter i Senior alert on-line. Registrering görs av vårdteamet som är direkt involverad i den äldres förebyggande vård. Det vanligaste arbetssättet för datainsamling är att fylla i en pappersmanual med riskbedömning på en sida och planerade förebyggande åtgärder på den andra sidan. Sedan förs uppgifterna in i Senior alert.

Det finns 35 800 användare i registret per 31/12 2012. Dessa finns fördelade på 8906 olika enheter.

Enhetstyp	Antal
Särskilt boende	6016
Avdelning (sjukhus)	820
Demensboende	618
Hemsjukvårdsteam	381
Hemtjänstteam	322
Vårdcentral	321
Korttidsboende	299
Verksamhet enligt LSS	84
Rehabiliteringsenhet	27
Övrigt	18
Totalt antal enheter	8906

Tabell 1. Typ av enheter i Senior alert.

Jämförelse av registreringar av vårdpreventiva processen på sjukhus i samtliga deltagande* landsting och regioner 2012.



Figur 2. Jämförelser av registreringar av den vårdpreventiva processen på sjukhus i samtliga deltagande landsting och regioner 2012

Flest riskbedömningar under 2012 gjordes av landstinget i Jönköpings län följt av landstingen i Kalmar och Västerbottens län. Detta är tre landsting som använt Senior alert för sitt förebyggande arbete under flera år. Noterbart är att det sker få teambaserade utredning av bakomliggande orsaker till risker inom sjukhusvården. Landstingen i Blekinge, Uppsala, Värmland samt Region Skåne* registrerar enbart riskbedömningar i Senior alert.

Händelserapporteringen är sannolikt låg i samtliga landsting och under 2012-2013 pågår det arbete med att förbättra inrapporteringsfrekvensen av fall och trycksår.

*** Region Skåne har ännu inte anslutit enheter till Senior alert.**

Antal registreringar i kommunal vård och omsorg

Då 275 kommuner är anslutna redovisas inte varje kommun enskilt. Tabell 2. nedan visar topp tio registrerande kommuner 2012.

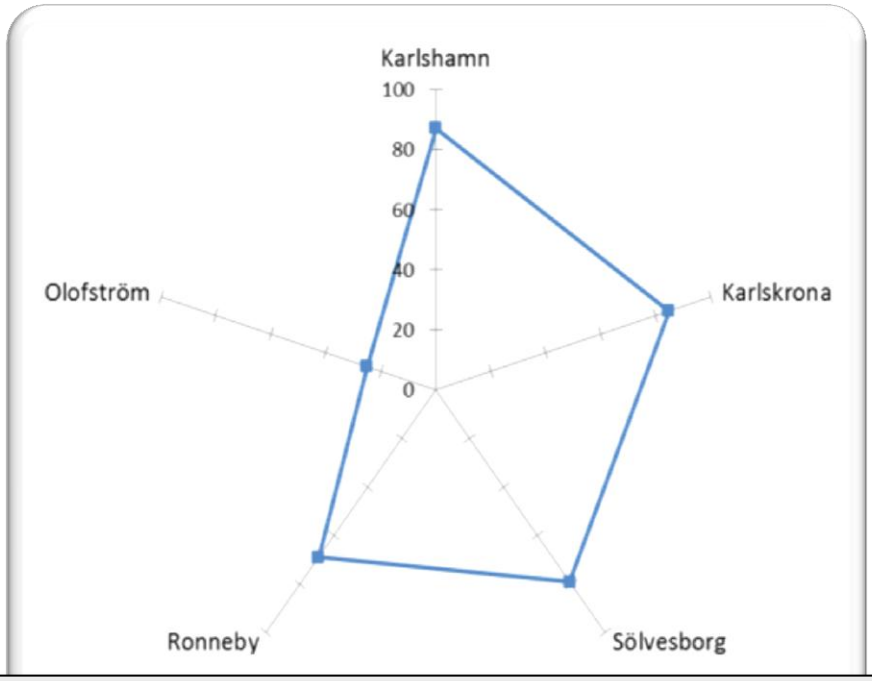
Kommun	Antal Registreringar
Stockholm	2678
Göteborg	1770
Sundsvall	1592
Gävle	1549
Norrköping	1280
Umeå	1270
Uppsala	1174
Karlskrona	1038
Solna Stad	1010

Tabell 2: Kommuner med mer än 1000 registreringar 2012

En vanlig arbetsprocess för många kommuner är att göra Senior alert bedömningar i samband med inflyttning till Särskilt boende. I de flesta kommuner finns politiska inriktningsbeslut att uppdatera och revidera genomförandeplaner varje halvår. Då görs i allmänhet också en förnyad riskbedömning.

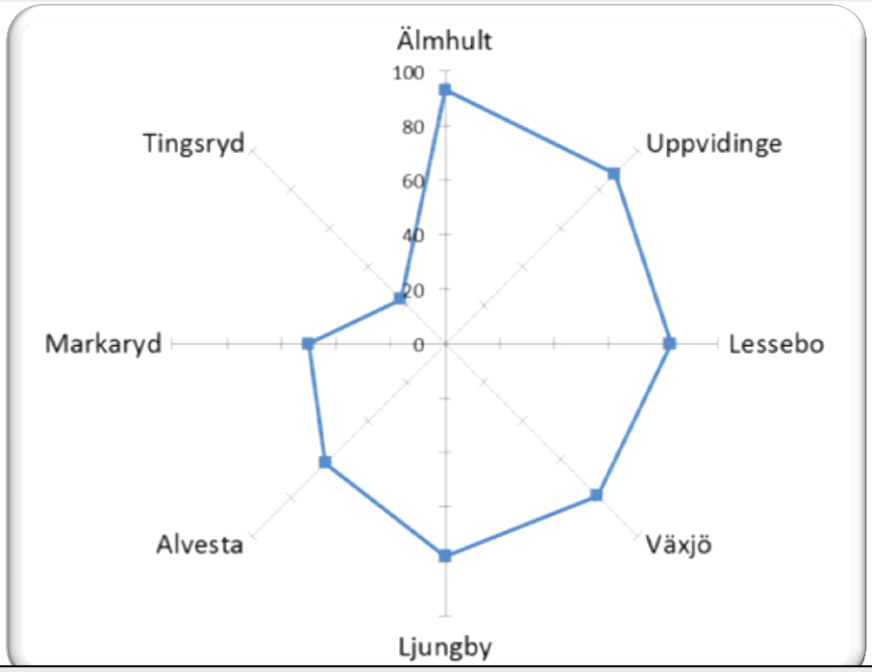
Täckningsgrad Särskilda boenden

Större kommuner har ansvar för fler äldre personer och det innebär att det går att riskbedöma fler äldre. Under 2012 utvecklades en metod där antalet registreringar sätts i relation till antalet platser i Särskilda boenden (SÄBO). Det finns ingen nationell statistik på exakt antalet personer som bor i särskilda boenden i realtid. Antal vårdplatser är den närmsta indikator som kunnat skapas. På följande sidor redovisas täckningsgraden för samtliga deltagande kommuner indelat i Sveriges olika län och regioner. Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent.

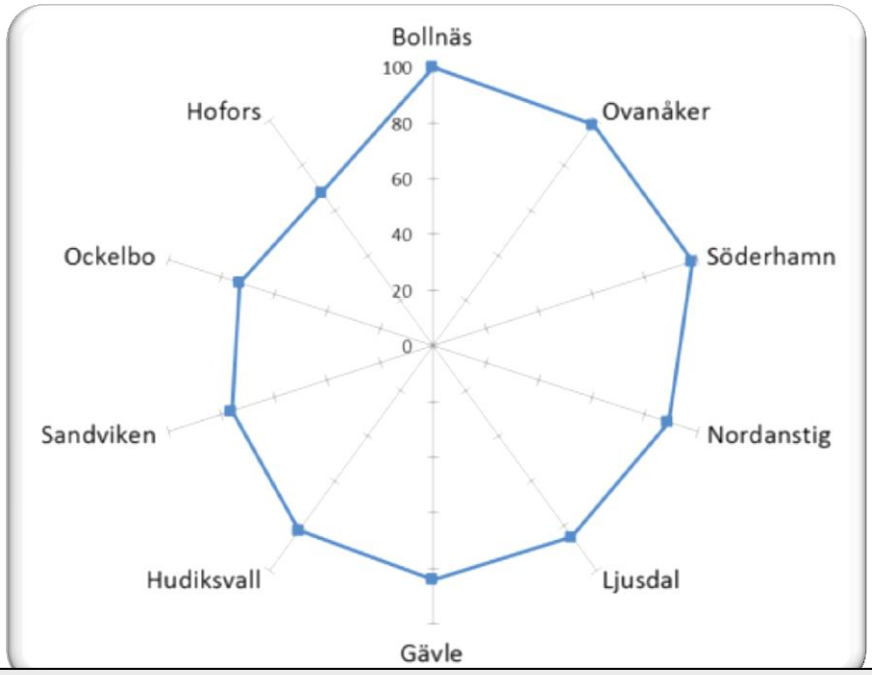


Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun i Blekinge. 2012 län.

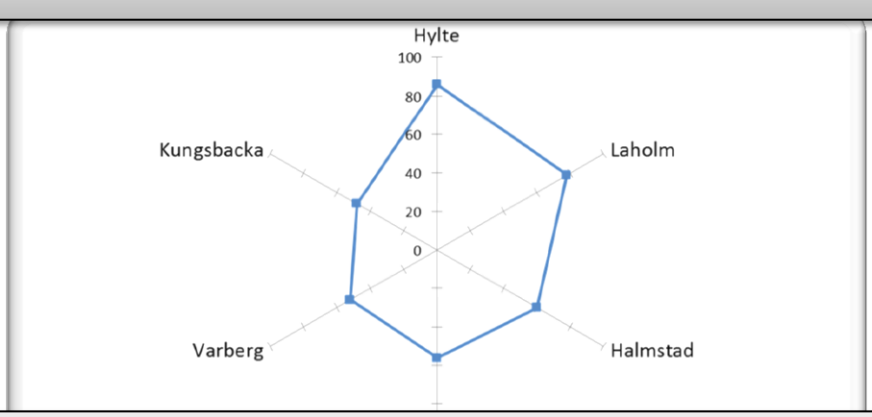


Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun i Kronoberg. 2012 län.

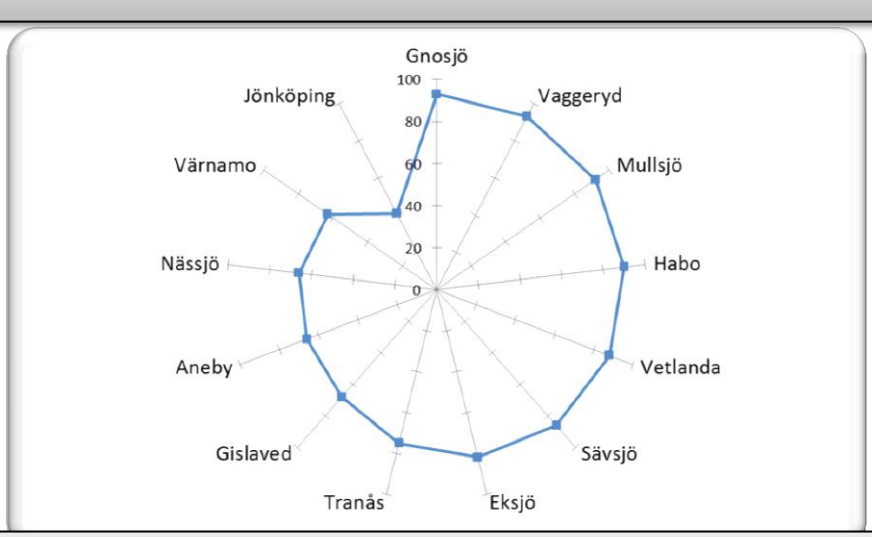


Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

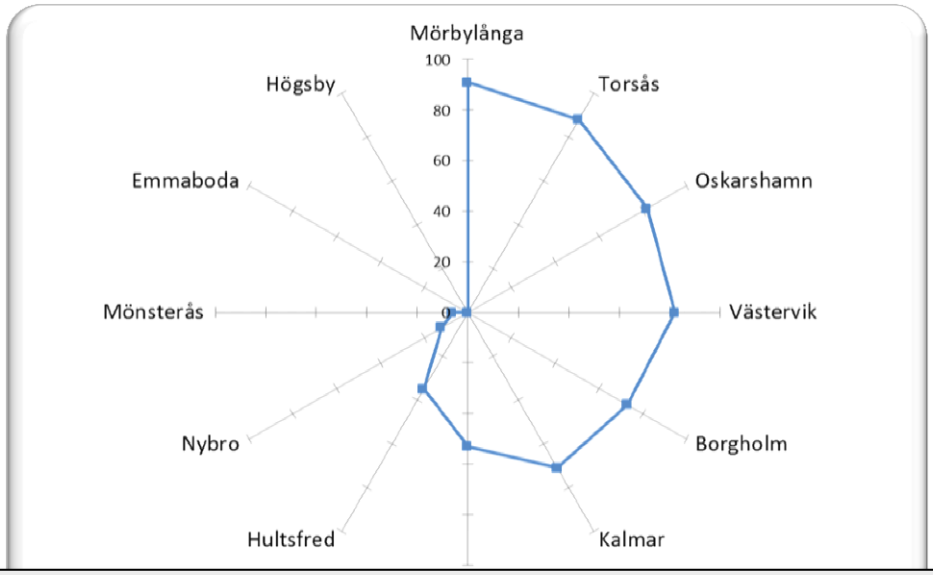
Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun i Gävleborg. 2012.



Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun i Halland. 2012.

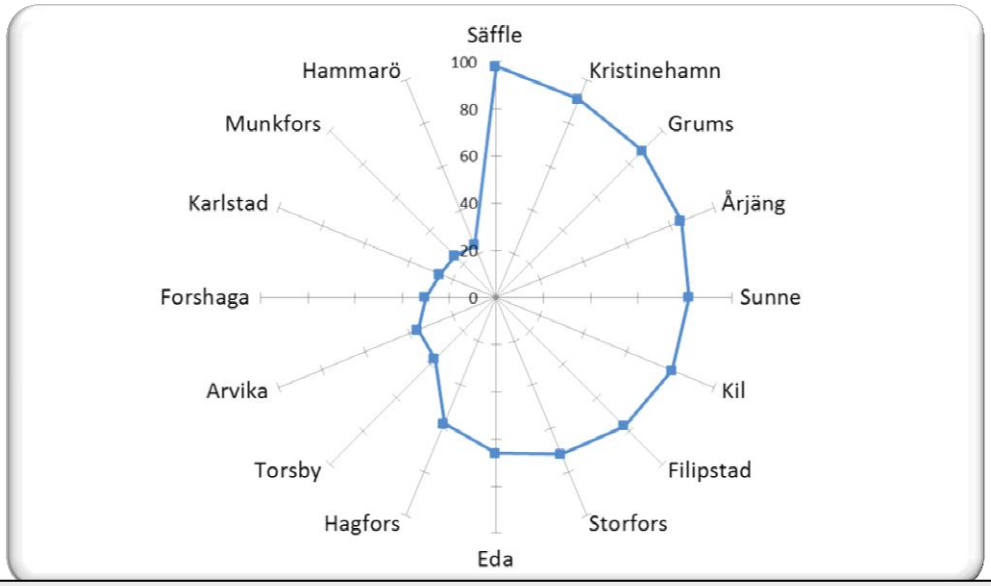


Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun i Jönköping. 2012.

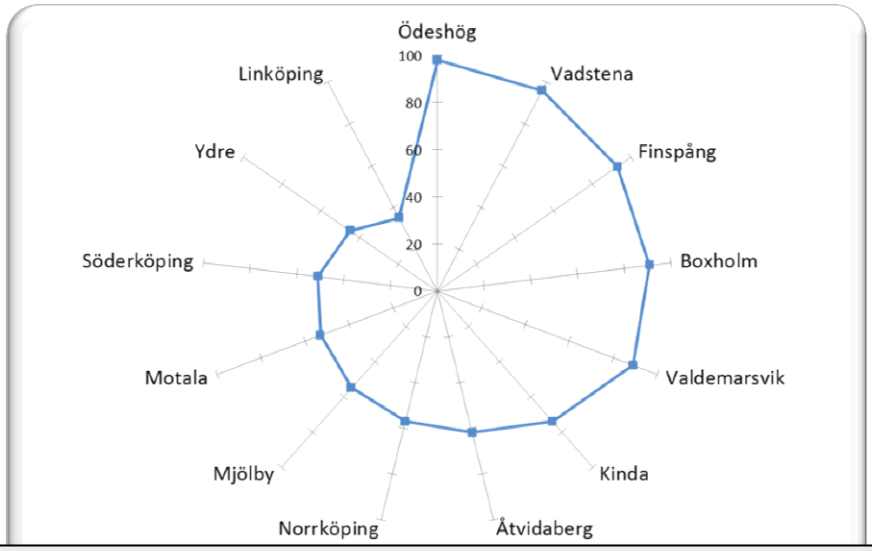


Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun i Kalmar. 2012.

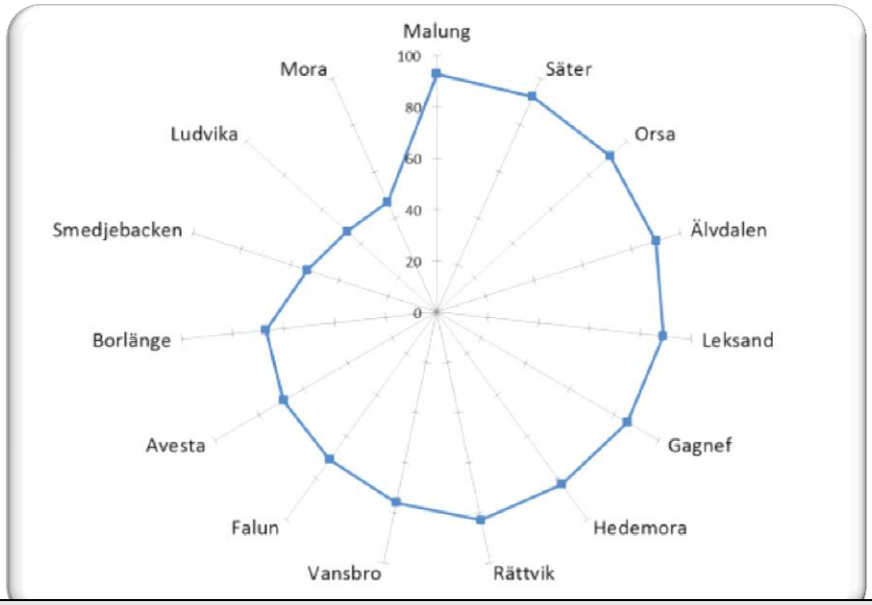


Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun i Värmland. 2012.

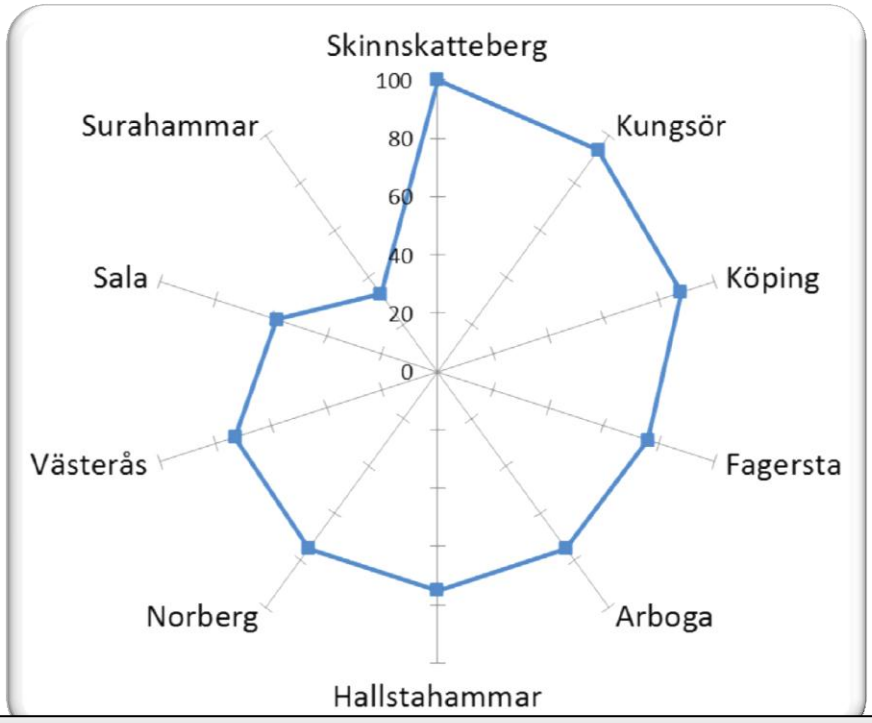


Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun i Östergötland. 2012.

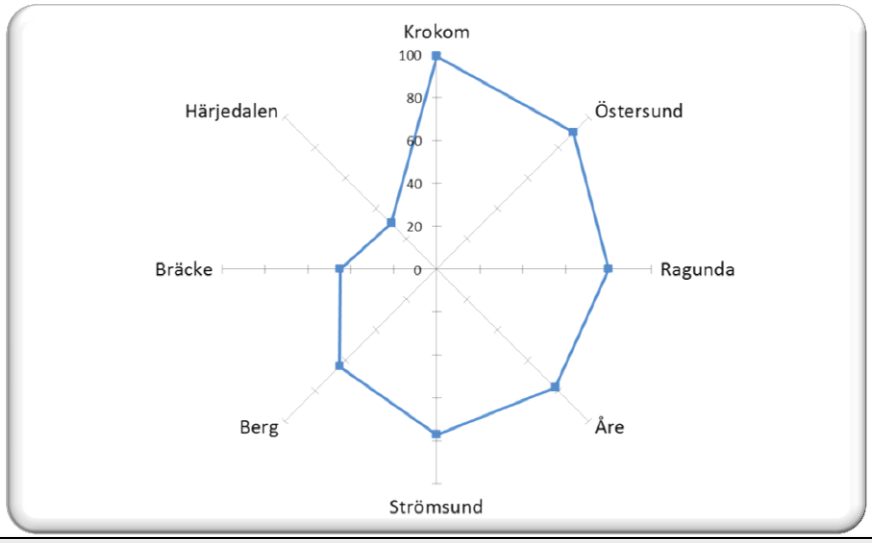


Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Dalarna. 2012.

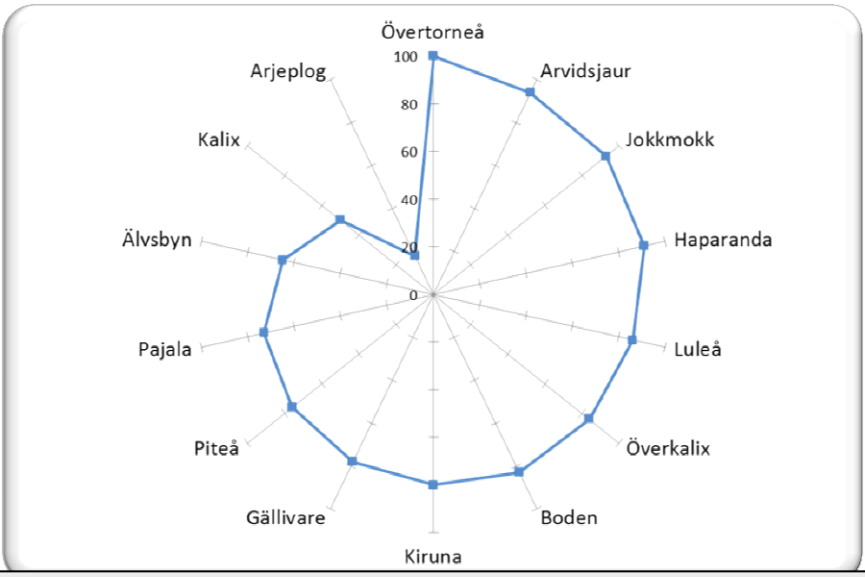


Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Västmanland. 2012.

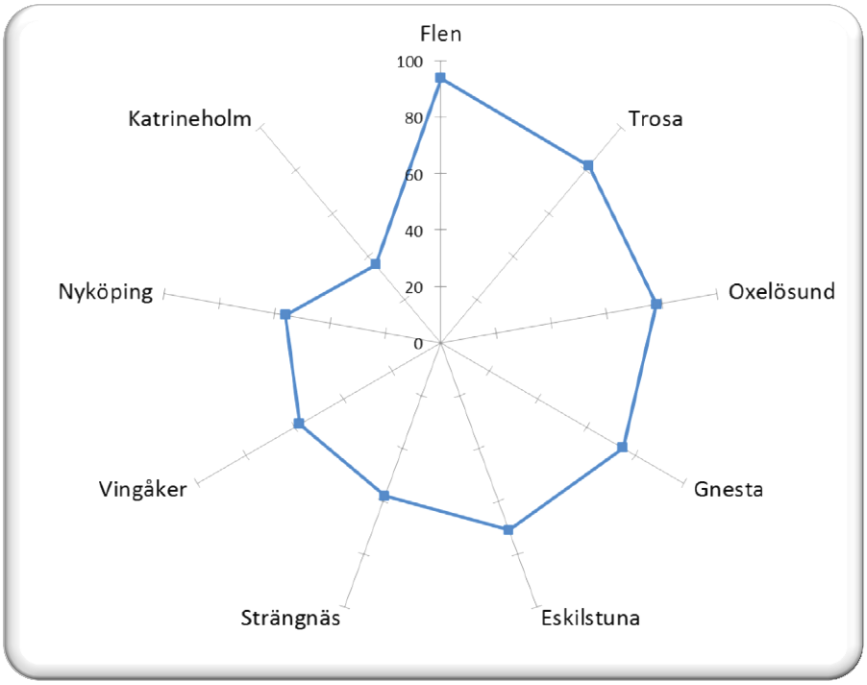


Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Jämtland. 2012.

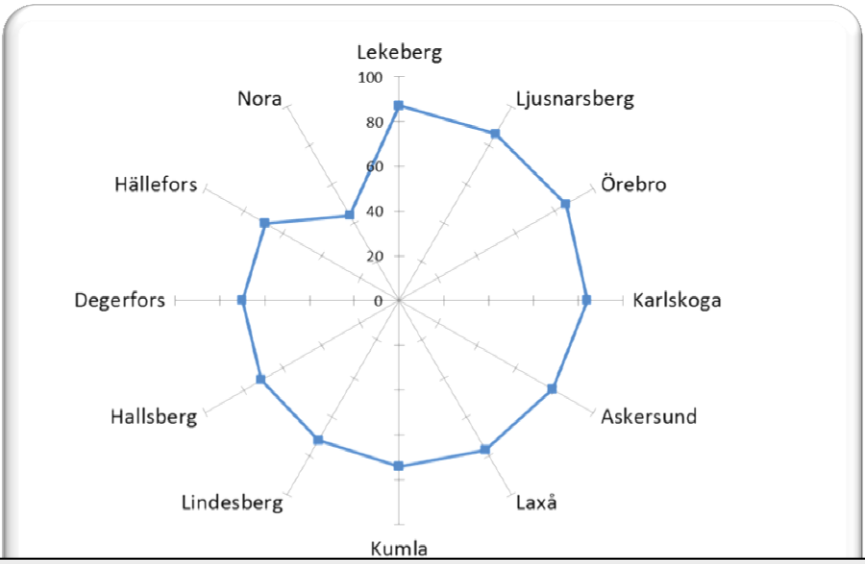


Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Norrbotten. 2012.

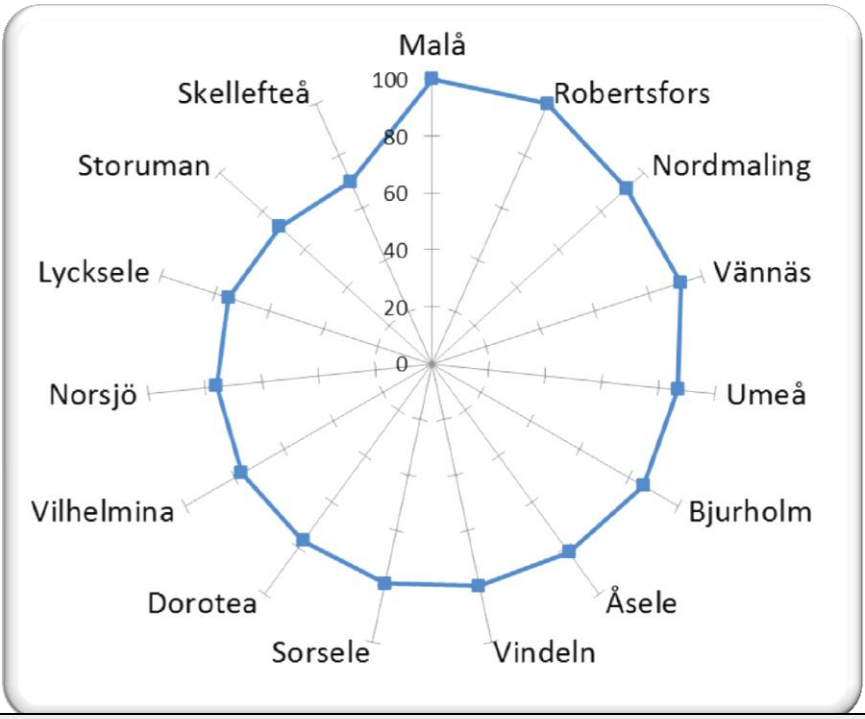


Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Södermanland. 2012.

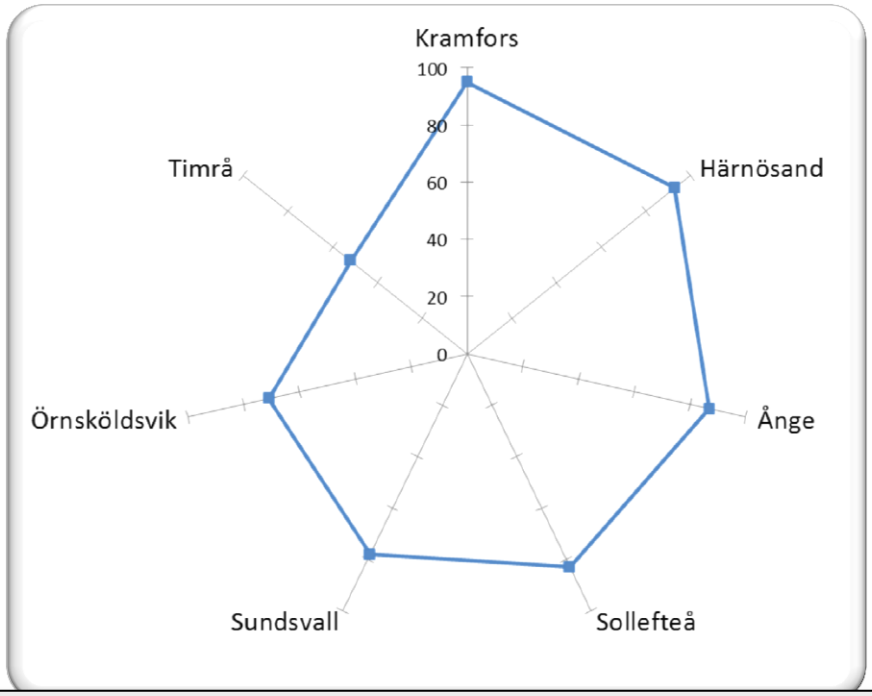


Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Örebro. 2012.

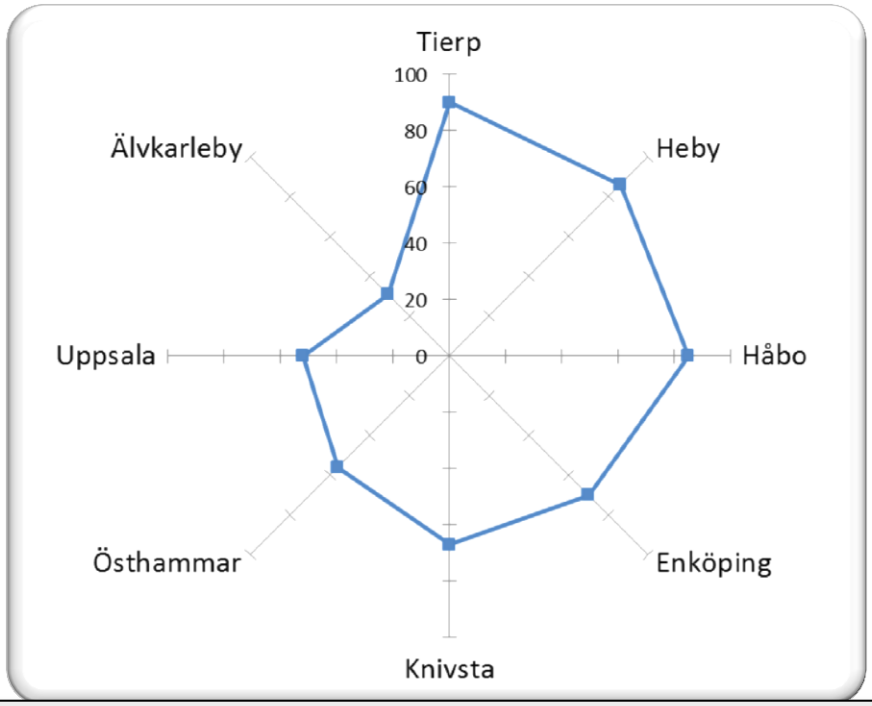


Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Västerbotten. 2012.

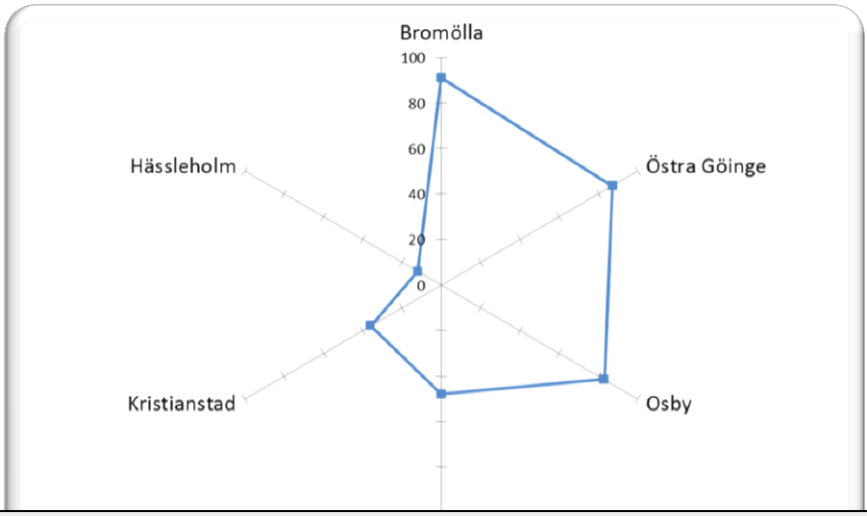


Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Västernorrland. 2012.

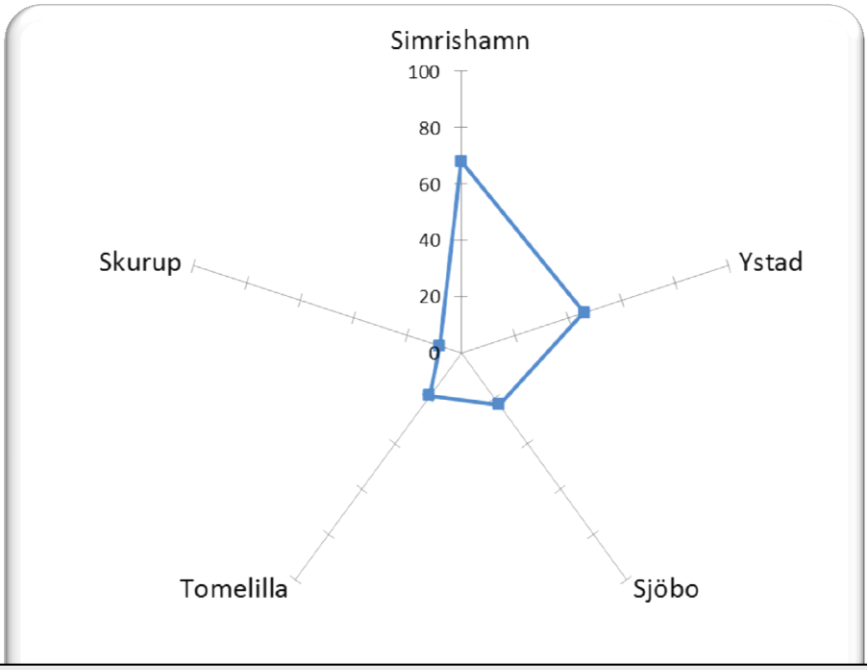


Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Uppsala. 2012.

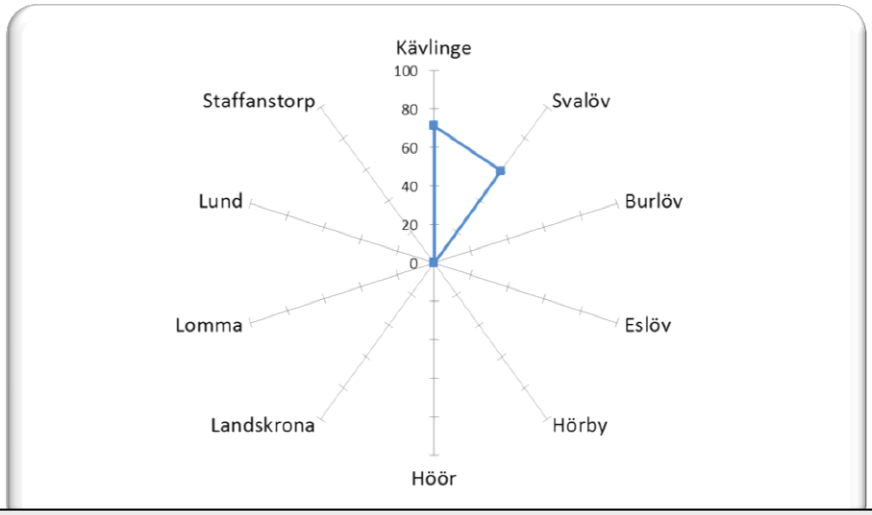


Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Skåne. 2012.

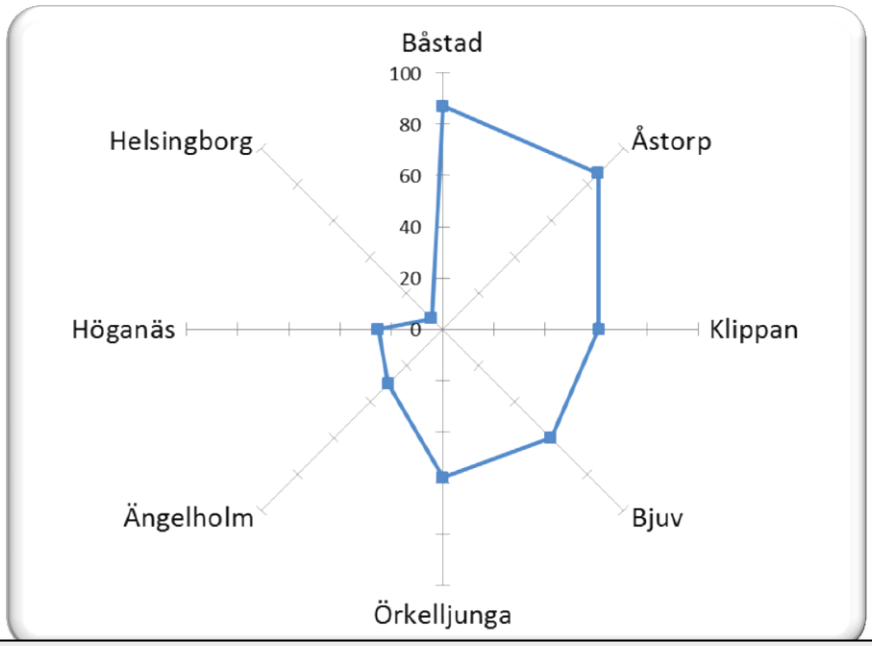


Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Skåne. 2012.

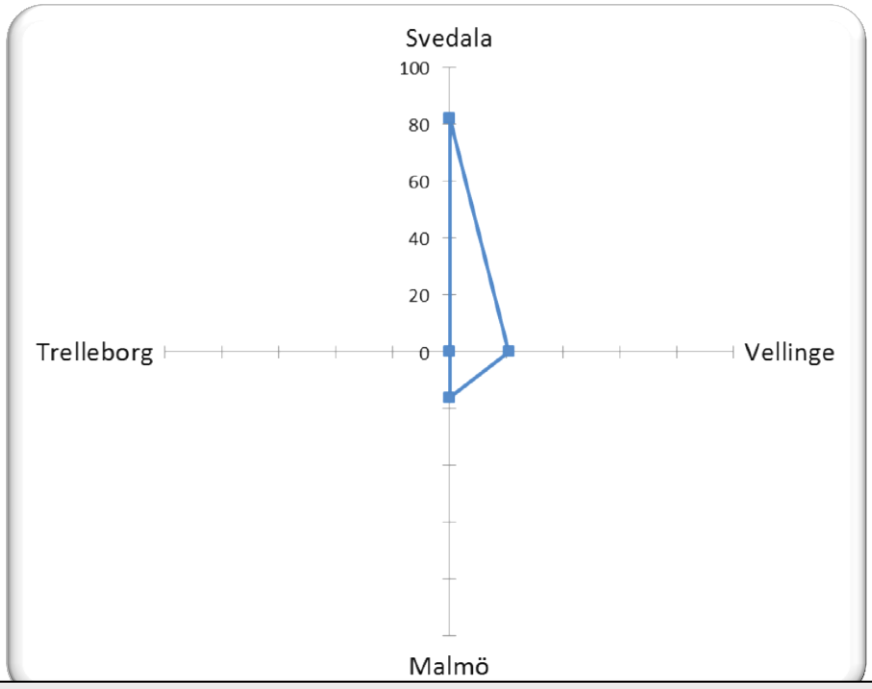


Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Skåne. 2012.

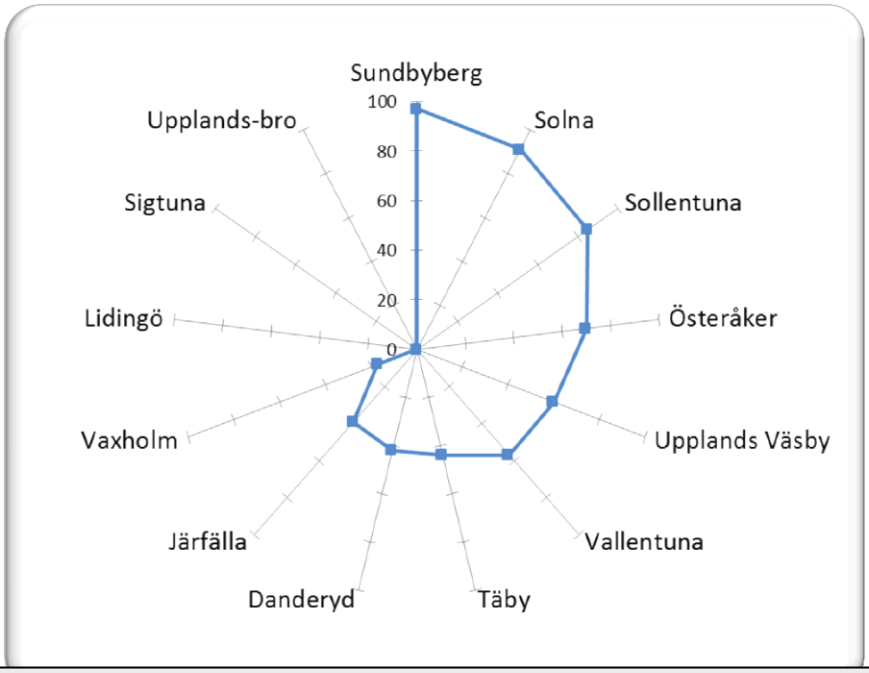


Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Skåne. 2012.



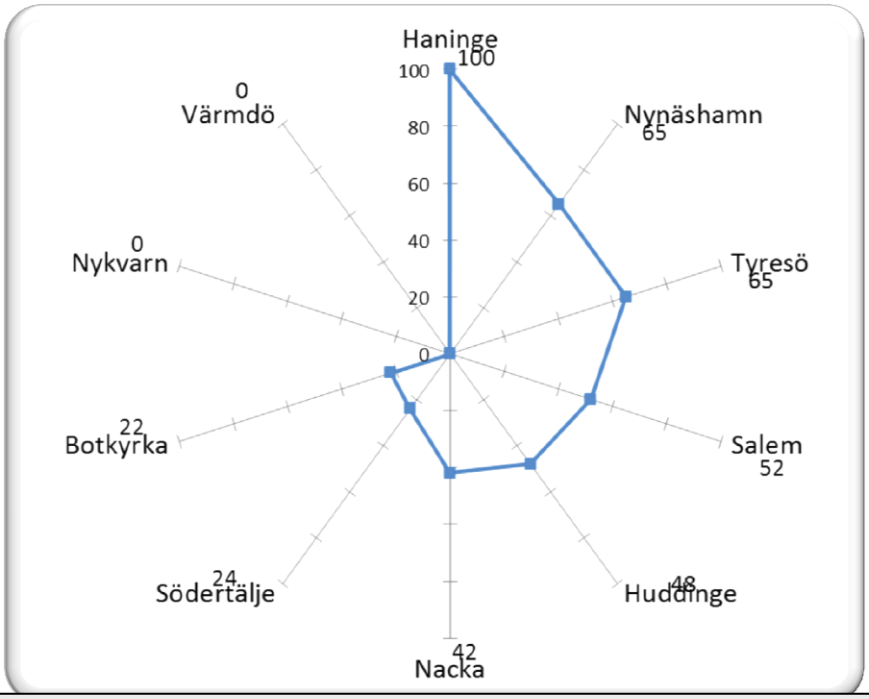
Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Skåne. 2012.

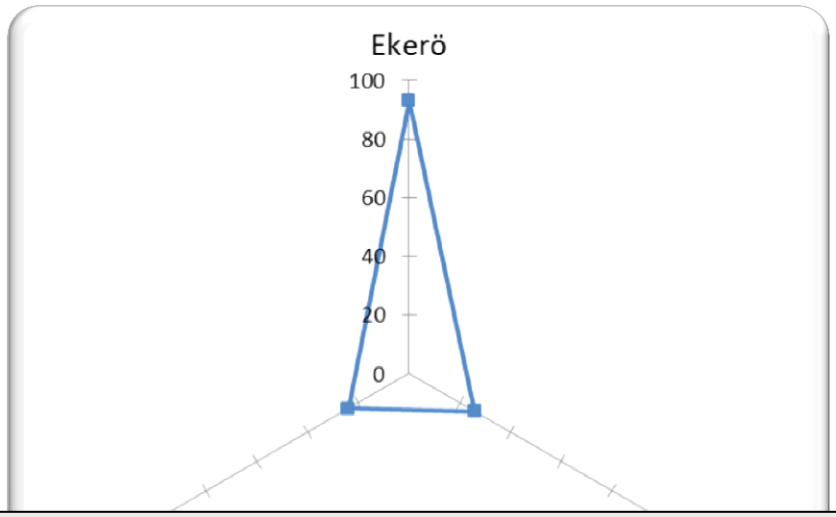


Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Stockholm. 2012.

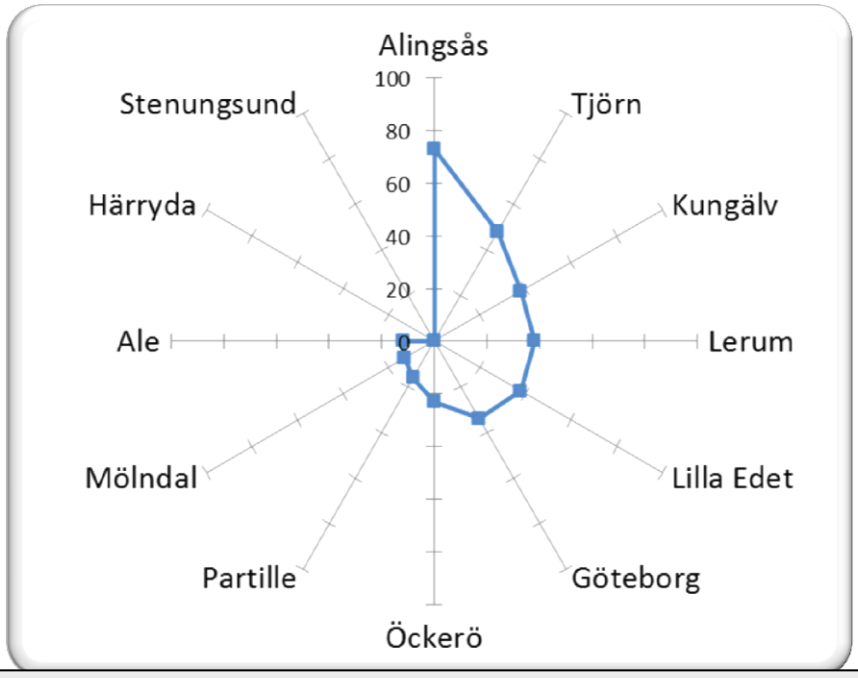


Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Stockholm. 2012.

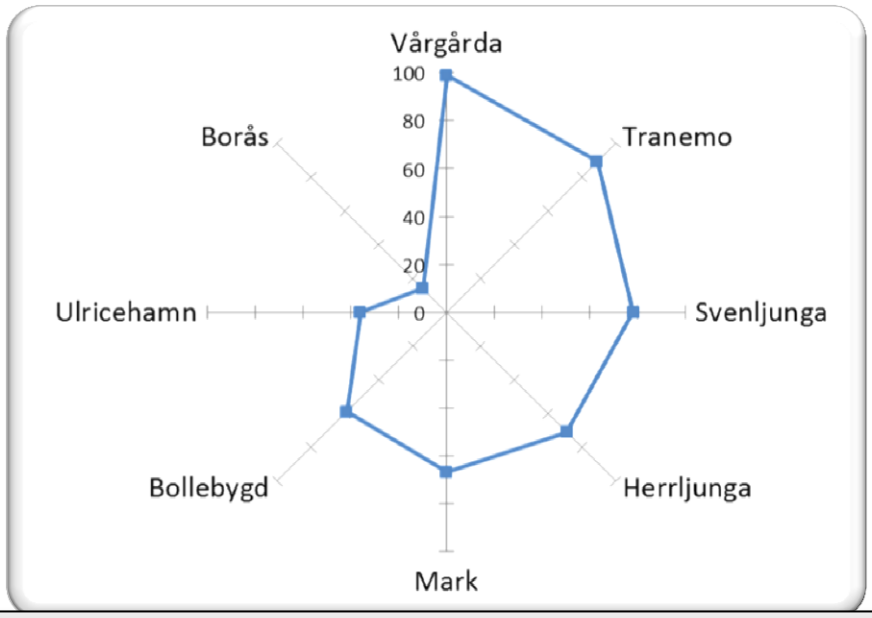


Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Stockholm. 2012.

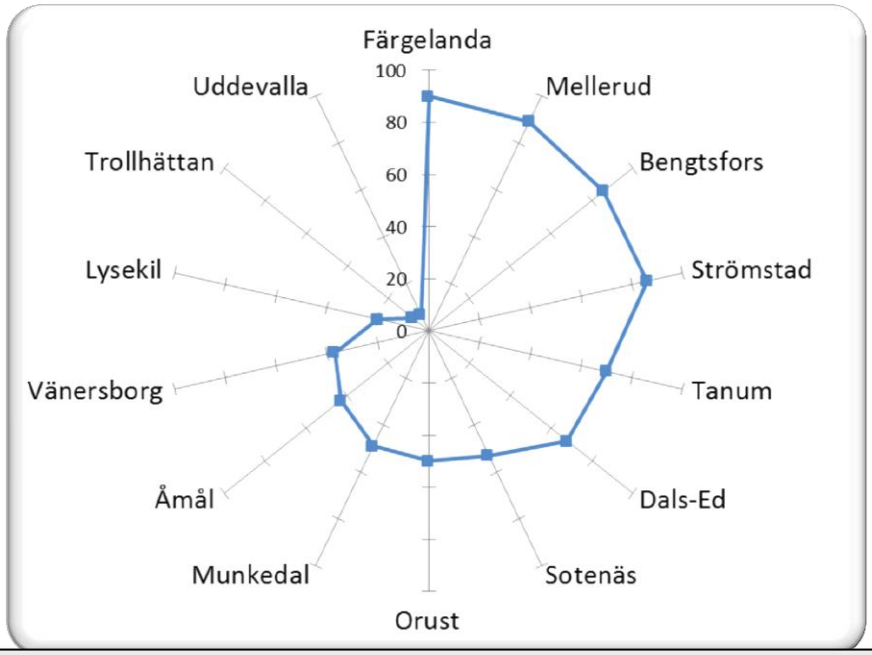


Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Västra Götaland. 2012.

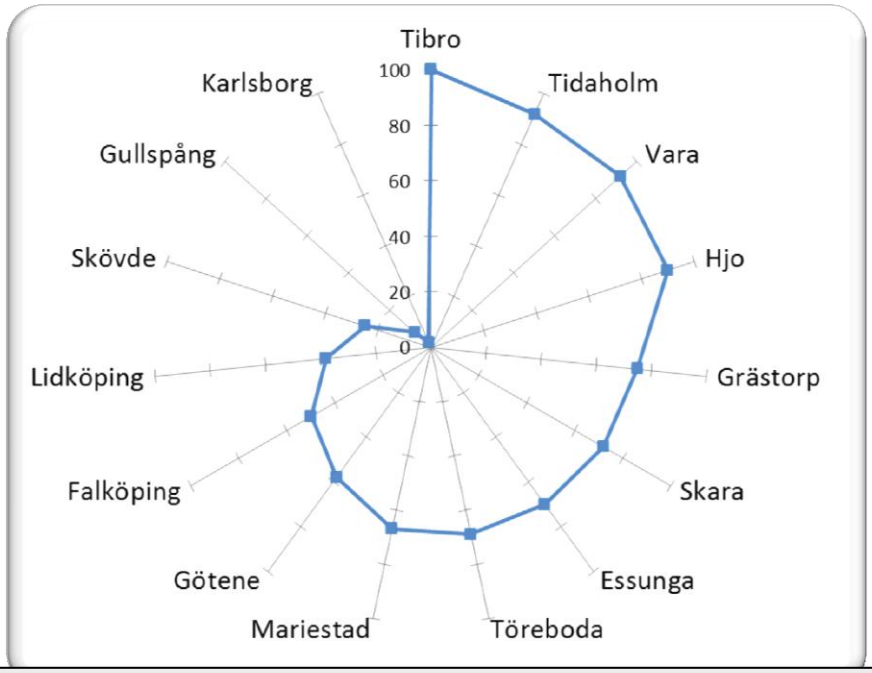


Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Västra Götaland. 2012.



Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Västra Götaland. 2012.



Graferna visar hur stor andel av de äldre i SÄBO som hade en aktuell riskbedömning i förhållande till antalet inrapporterade vårdplatser. Graferna anger andel i procent

Andel i % med aktuell riskbedömning i särskilda boenden. Per kommun Västra Götaland. 2012.

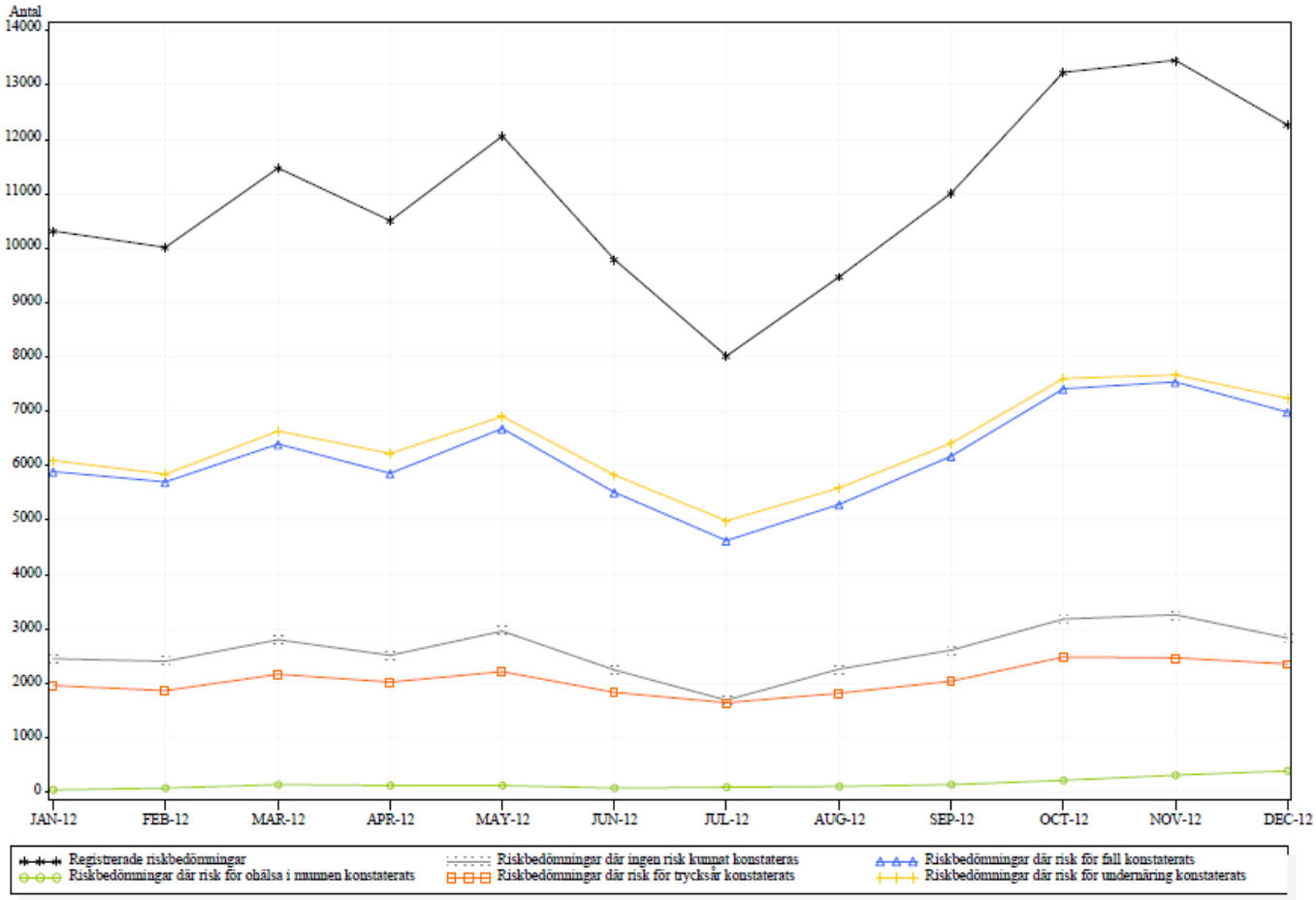
Inom ramen för satsningen ”Bättre liv för mest sjuka äldre” utgick en prestationsersättning för kommuner som hade mer än 90 % täckningsgrad i indikatorn, andel aktuell riskbedömningar/totalt antal vårdplatser i SÄBO.

Vid avstämningsperioden 30 september 2012 var det 8 kommuner som kunde rapportera 100 % täckningsgrad i andelen med aktuell riskbedömning. Sunne, Bollnäs, Båstad, Osby, Kil, Mullsjö, Vårgårda samt Övertorneå. Totalt nådde 73 kommuner över 90 % täckningsgrad vid den nationella avstämningen.

Denna indikator följs även perioden 1/10 2012-30/9 2013.

Riskbedömningar

Första steget i den vårdpreventiva processen är att genomföra systematiska riskbedömningar. Under 2012 registrerades 176 256 unika personer i registret, varav 104 400 var kvinnor och 71 856 män.



Figur 3. Antal riskbedömningar och antal med risk sjukhusavdelningar 2012.

Vårdavdelningar på sjukhus har en hög omsättning med många personer som kommer och lämnar enheten. Därför blir antalet gjorda riskbedömningar naturligt högre än t ex särskild boende. Totalt registrerades 131 594 st. riskbedömningar under 2012.

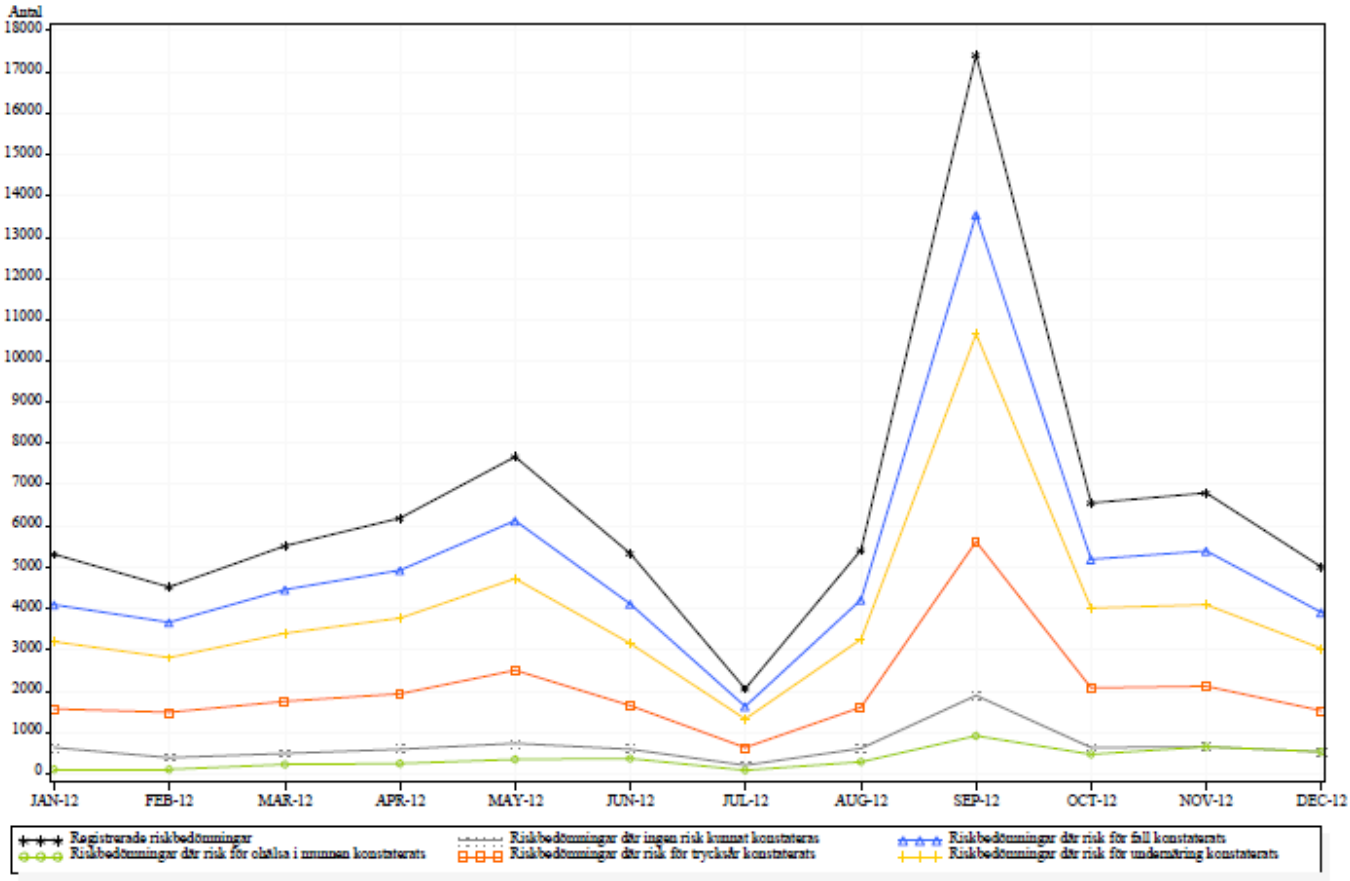
Ett viktigt mått för vårdavdelningar är att se om jämlik vård erbjuds. I Senior alert finns möjlighet att ange hur många personer som vårdats på enheten varje månad. Det är dock inte alla enheter som anger detta och därför kan denna beräkning inte göras på nationell nivå. Men är användbar på enhetsnivå.

Det minskade antalet riskbedömningar under sommarmånaderna förklaras i stort med de minskningar av verksamheten som görs på sjukhusen varje år.

Andelen som hade risk för fall var 56 %, risk för trycksår hade 19 % samt 59 % hade risk för undernäring. Ytterst få hade risk för ohälsa i munnen men det beror på att få riskbedömts med hjälp av ROAG-instrumentet.

Det är procentuellt högre risk för undernäring för kvinnor; 62 % respektive 55 % för män. Fall skiljde sig också 60 % respektive 53 % medan för trycksår var skillnaden 17 % respektive 21 %.

Det är viktigt att uppmärksamma dessa könsskillnader så att en jämlik vård kan erbjudas.



Figur 4 Antal riskbedömningar och antal med risk SÄBO 2012.

Totalt registrerade riskbedömningar från SÄBO var 77 811 st.

På särskilda boende märks effekterna som mest av prestations-ersättningen inom ramen för mest sjuka äldre. Under våren ökade anslutningen och därför ökade också riskbedömningar från januari till maj.

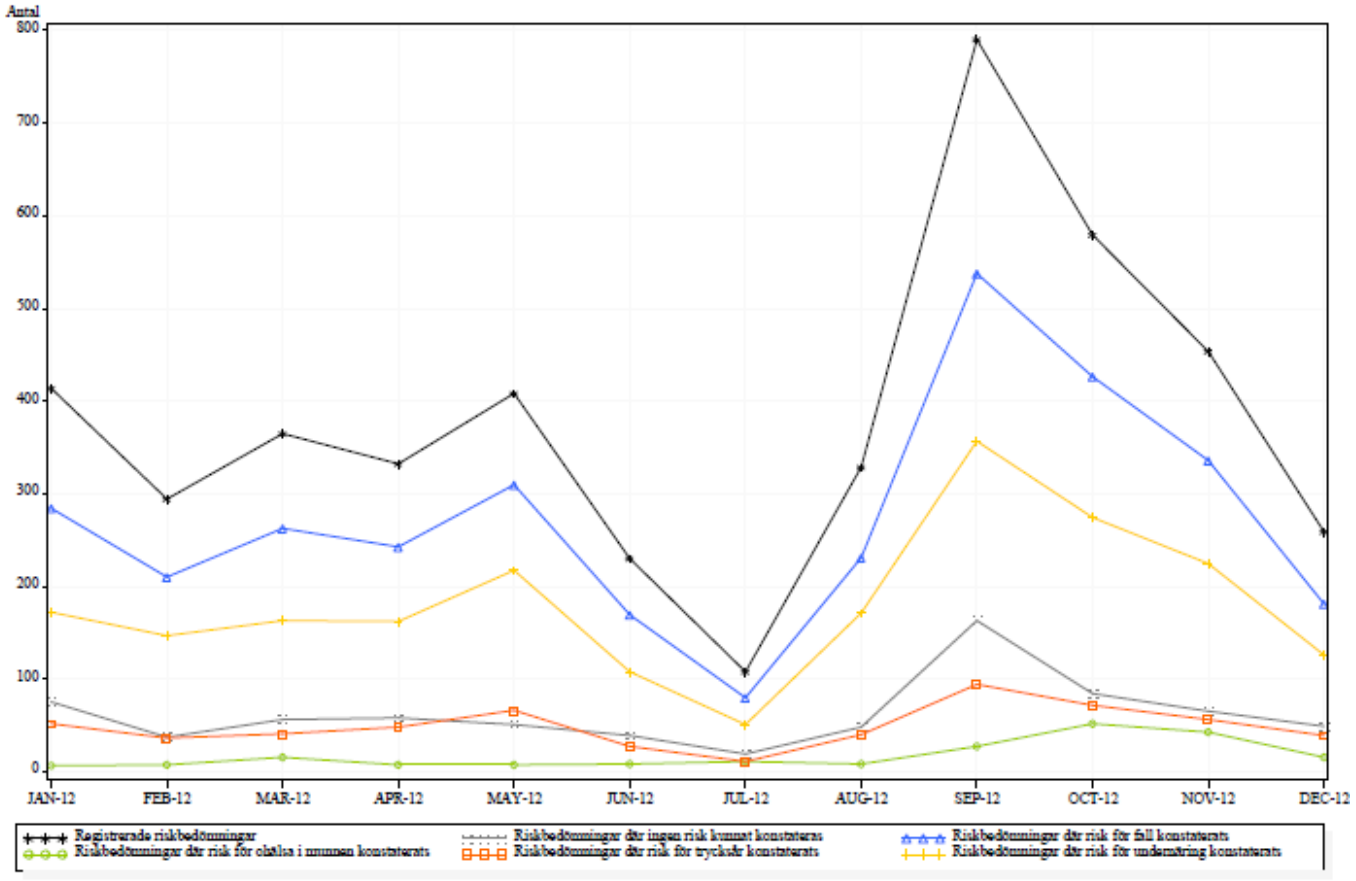
Minskningen under sommaren förklaras med att äldre inom SÄBO finns på enheten under en längre tid. Därför planeras sällan förnyade riskbedömningar in under sommarmånaderna. Så denna nedgång är naturlig med tanke på verksamhetens art.

Den extrema toppen i september beror uteslutande på det var avräkningsperioden för prestationsersättningen den 30:e september och flera kommuner samtidigt anslöt sig till Senior alert.

Andelen personer som hade risk var högre på särskilda boenden. Vilket gör att det är mycket angeläget att ha bra förebyggande arbetssätt i denna typ av verksamhet. Det finns könsskillnader även inom särskilda boenden men inte lika stora som sjukhusvården. 77 % av männen hade risk för fall medan 79 % av kvinnorna hade risk för fall. För trycksår var det 29 % respektive 33 % risk och för

undernäring 59 % respektive 62 %. 6 % hade risk ohälsa i munnen, men då är munhälsa ett nytt område 2012 och mindre än 1000 ROAG-bedömningar.

Den valideringsstudie som gjordes i samband med punktprevalensmätning visar en mycket hög överenstämmelse med andelen med risk för trycksår och fall i Senior alert och de som hade detta dokumenterat i journalen.



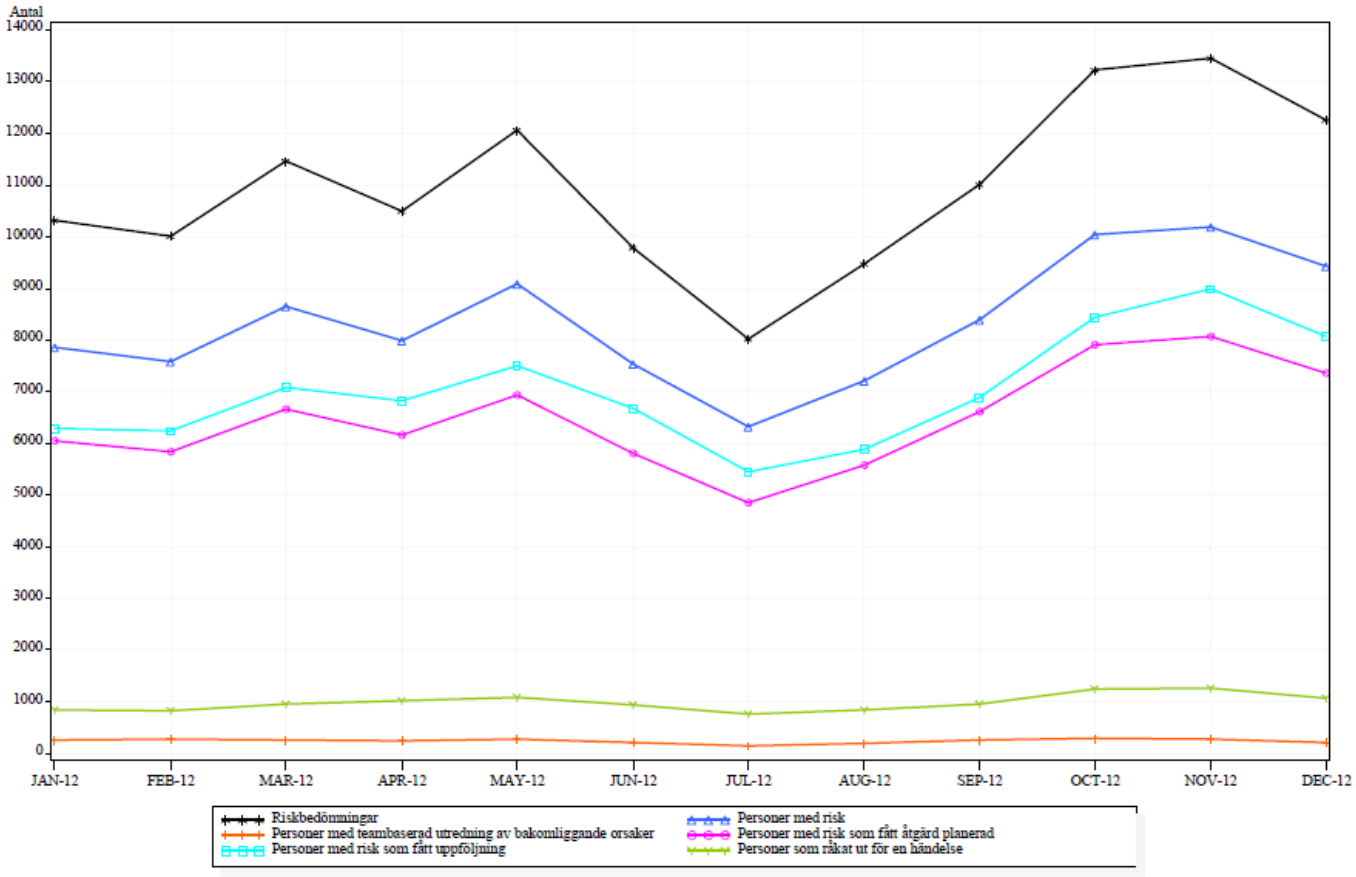
Figur 5. **Antal riskbedömningar och antal med risk inom hemsjukvård 2012.**

Antalet riskbedömningar i hemsjukvård är lågt i förhållande till vårdavdelningar och särskilda boende. En utmaning har varit att definiera vem som ska inkluderas i Senior alert. I kontakt med hemsjukvård är en viktig ingång i registret och bör prioriteras av vårdcentraler och hemsjukvårdsteam. Om dessa två enhetstyper adderas blir totala antalet riskbedömningar 11 600 st. under 2012.

Ett liknande mönster som särskilda boende är att i september ökade registreringar dramatiskt. Det går att konstatera att munhälsobedömningar, precis som i sjukhusvården, är sällsynt registrerade i Senior alert.

Följsamhet vårdpreventiva processen

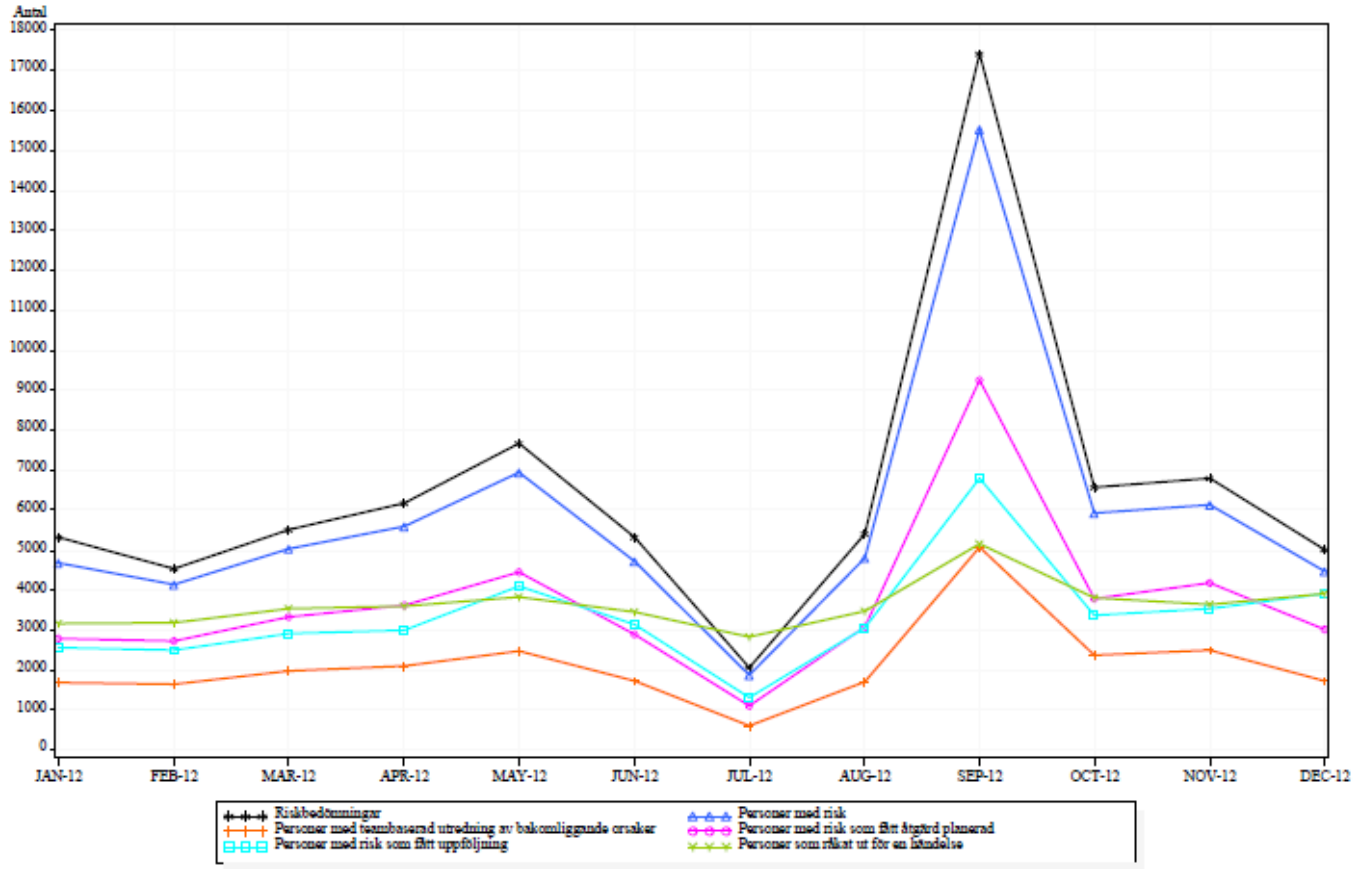
En kvalitetsindikator i Senior alert är en enhets förmåga att arbeta systematiskt förebyggande med stöd av den vårdpreventiva processen. Vårdprevention består av *Riskbedömning*, *teambaserad analys av bakomliggande orsaker*, *planering av förebyggande åtgärder* samt *uppföljning.* En utmaning är att åstadkomma detta för varje person som kommer i kontakt med enheten.



Figur 6. Summering processteg sjukhusavdelningar

Inom sjukhusen är registreringen är teambaserad analysen av bakomliggande orsaker det största gapet. Det är i snitt 81 % av de med risk som också har en förebyggande åtgärdsplan registrerad. Munhälsa skiljer sig där det enbart är 47 % med förbyggande plan.

Andelen som har en uppföljning inom 3 månader är 84 %.

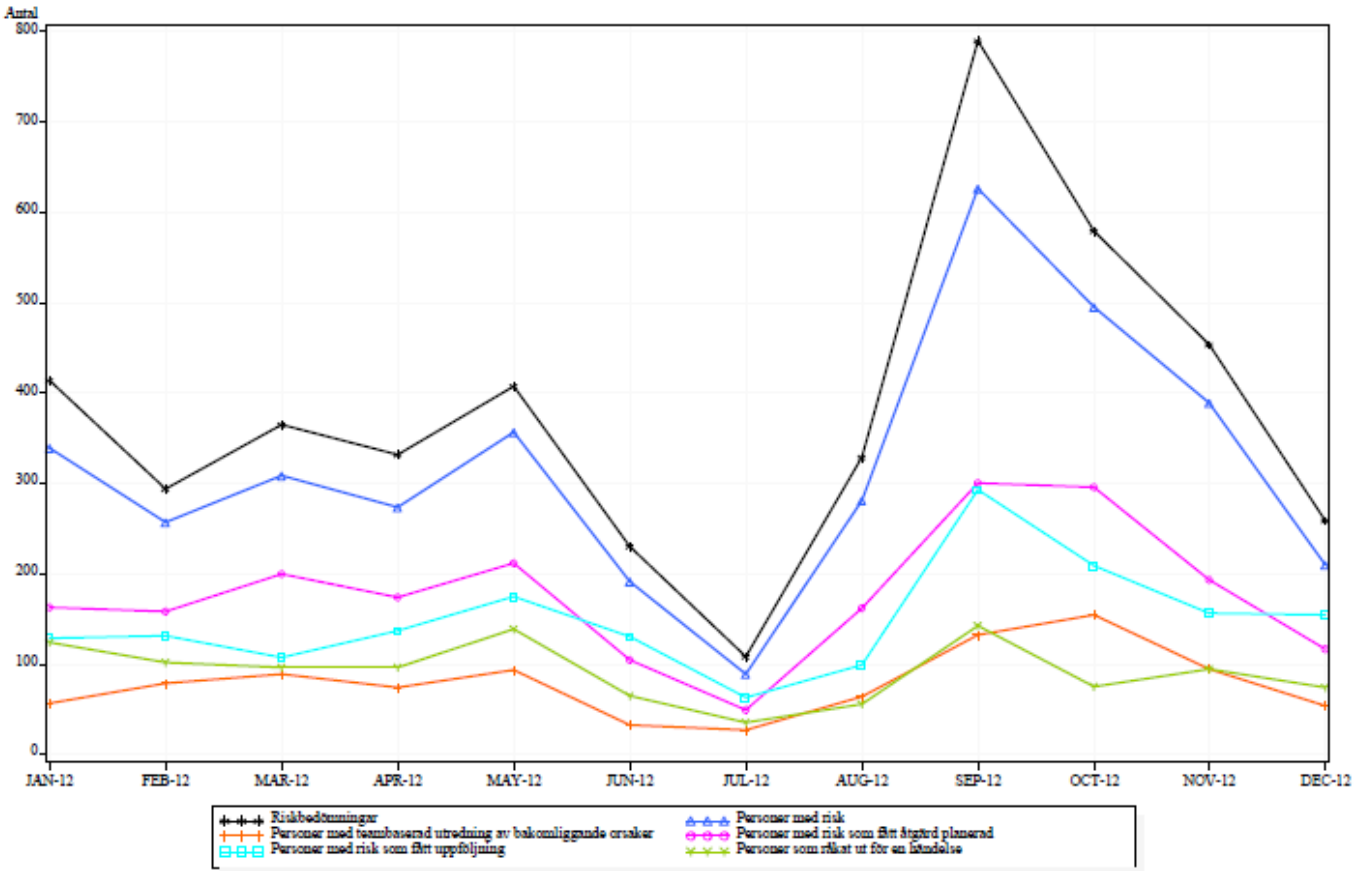


Figur 7. Summering processteg Särskilda boenden 2012.

På SÄBO är registreringen av teambaserade analyser av bakomliggande högre än inom sjukhusvården. 30 % av personerna i risk har en sådan analys registrerad.

Inom Senior alerts förbättringsutbildningar är just teamarbete ett angeläget område som deltagande verksamheter arbetar med att förbättra.

Andelen med förebyggande åtgärder registrerade i Senior alert är i genomsnitt 65 %. Andelen som har en uppföljning inom 3 månader är 18 %.



Figur 8. Summering processteg hemsjukvård 2012.

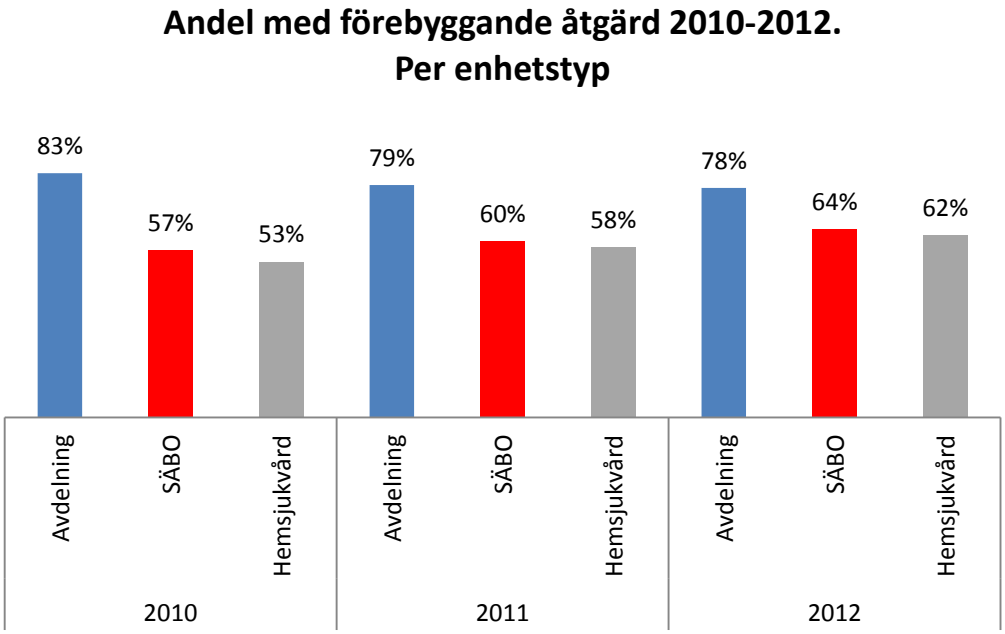
Inom hemsjukvården är antalet registringar lägre än inom särskilda boende och sjukhusavdelningar. En av utmaningarna inom hemsjukvården är hur den ska definieras. Definitionsfrågan utreds tillsammans med representanter från Socialstyrelsen. Hemsjukvården använder den teambaserade bakomliggande orsaksanalysen i ca 20 % av fallen. Men det varierar under året. Det är små siffror i sammanhanget och enskilda verksamheters anslutning till Senior alert kan påverka mycket.

Sammanfattning av förebyggande åtgärder

Under 2012 märktes en rörelse i Sverige från att enbart riskbedöma äldre personer till att planera och utförda förebyggande åtgärder. Från 1 oktober 2012 blev detta en del av prestationsersättningen inom ramen för ”Bättre liv för mest sjuka äldre”. Förbättringsutbildningar under året har haft fokus på att förbättra de förebyggande åtgärderna. Detta börjar få genomslag i registret. T ex har åtgärden ”minskad nattfasta till mindre än 11 timmar” ökat som förebyggande åtgärd inom särskilt boende.

Andelen med förebyggande åtgärder ökar för personer som har en risk ökar. Inom akutsjukvården minskar måluppfyllelsen något troligen eftersom tre landsting enbart gör riskbedömningar. En annan orsak är att förebyggande åtgärder inom munhälsområdet tillkommit under 2012 och där är andelen ca 50 %.

Inom särskilda boende ses en utveckling till att allt fler gör förebyggande åtgärder.

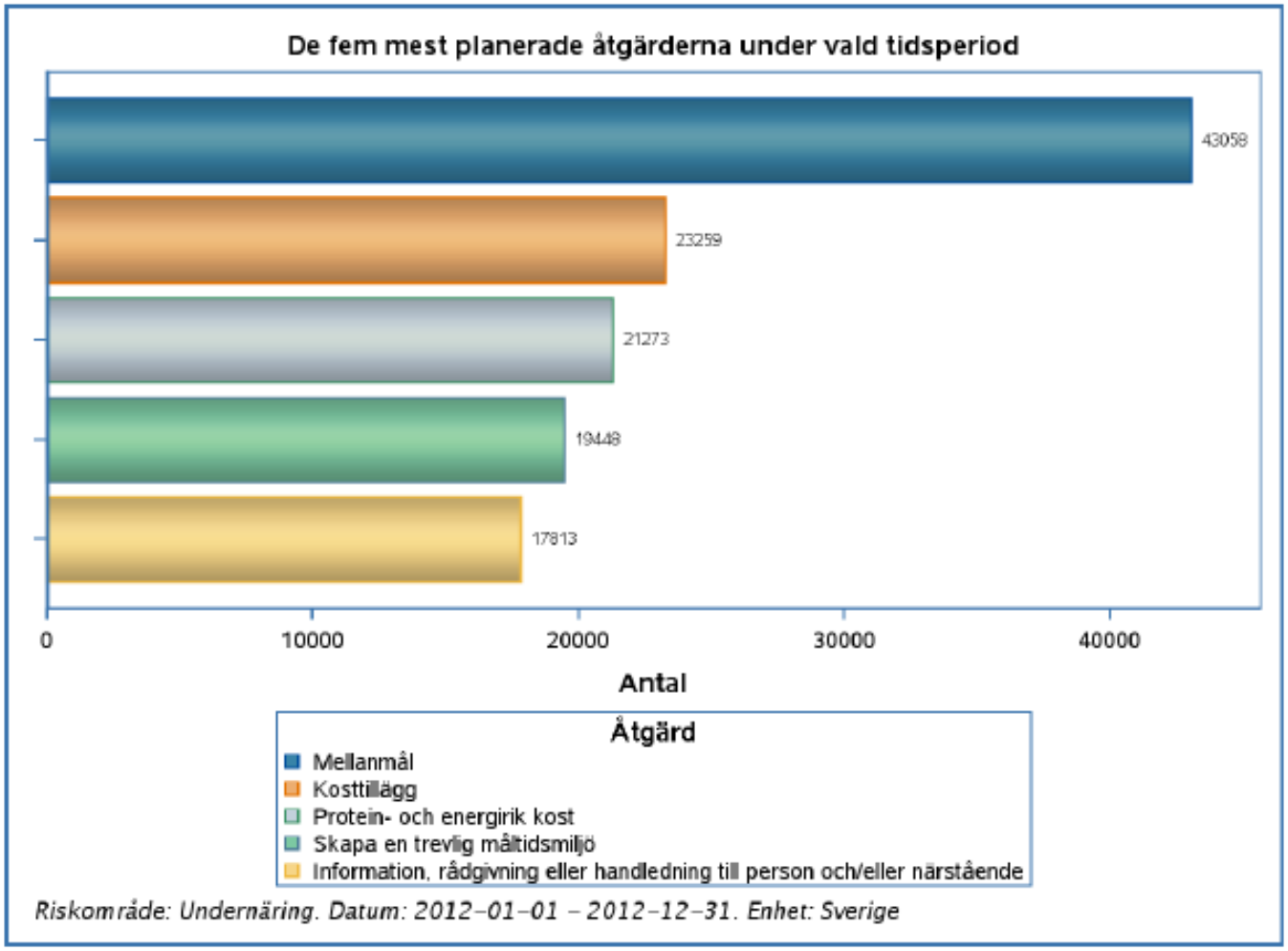


Figur 9. Andel med förebyggande åtgärder per enhet. Perioden 2010-2012

Att förebygga undernäring

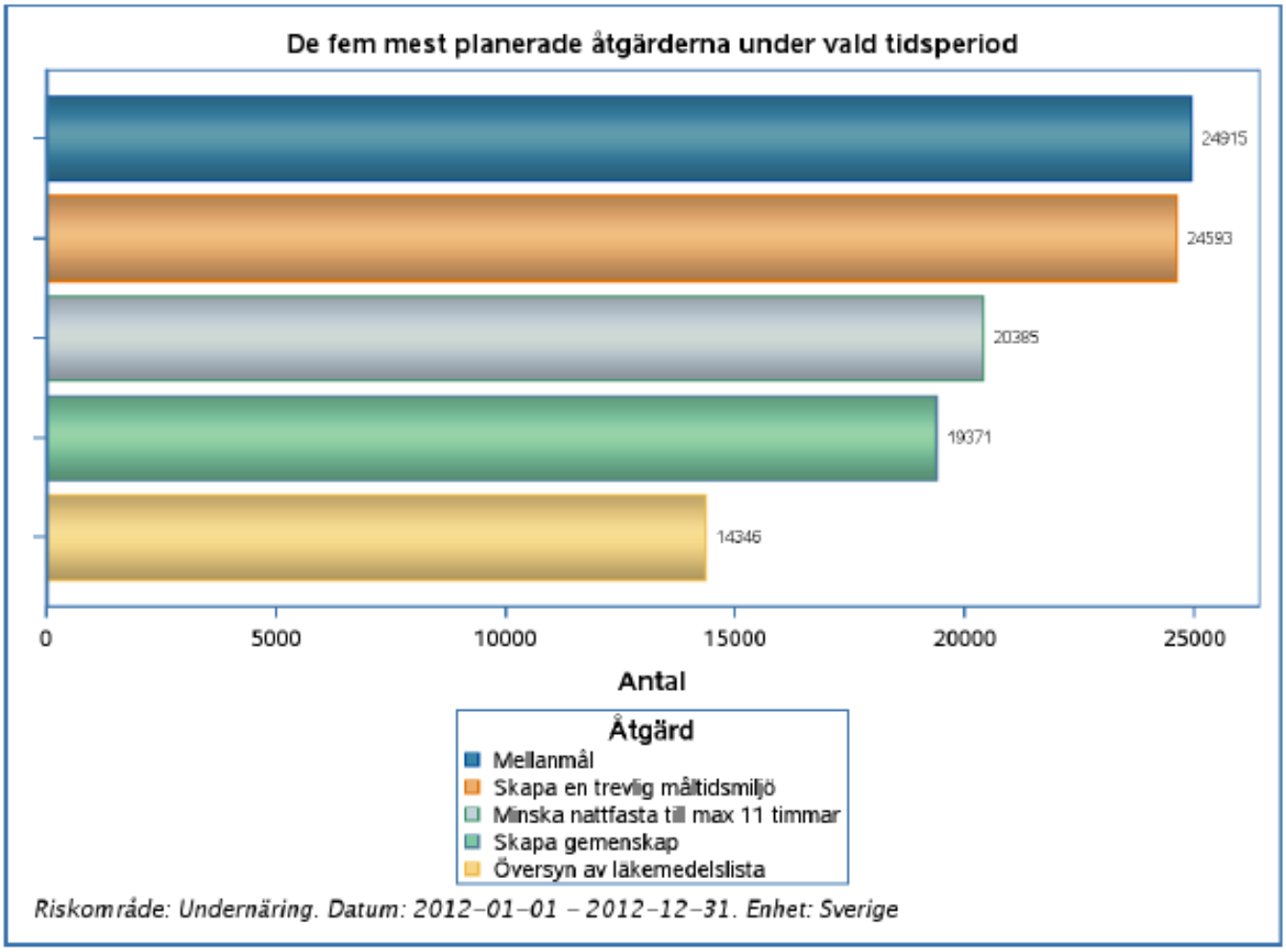
Användandet av riskbedömningsinstrument i särskilda boende förbättrar nutritionsstatusen. Att göra en omfattande fysisk bedömning med speciellt focus på munhälsan bör göras. Att följa vikten och kaloriintaget bör vara en del av rutinerna och förebyggande åtgärder bör göras så snart som möjligt [2].

För personer med risk för undernäring ska kontinuerliga viktkontroller göras för att identifiera viktförluster, mat och- vätskeintag ska registreras, kosten anpassas efter behov och önskemål samt upprätta en vårdplan med individuellt anpassade åtgärder[3,4,5]. Att slippa äta ensam, att vara på gott humör och att ha en trevlig måltidsmiljö är några faktorer som kan underlätta för den friske äldre att äta och dricka[6] .



Figur 10. Åtgärder för att förebygga undernäring på sjukhus 2012.

De mest planerade förebyggande åtgärderna som registrerats på sjukhus är mellanmål och att ge kosttillägg. Att träna och instruera är de minst planerade förebyggande åtgärderna på sjukhusen och det skulle kunna bero på korta vårdtider och att de äldre personerna på sjukhus är svårt sjuka. Mellanmål fick 58 % av de personer som hade risk för undernäring medan 22 % fick information/undervisning

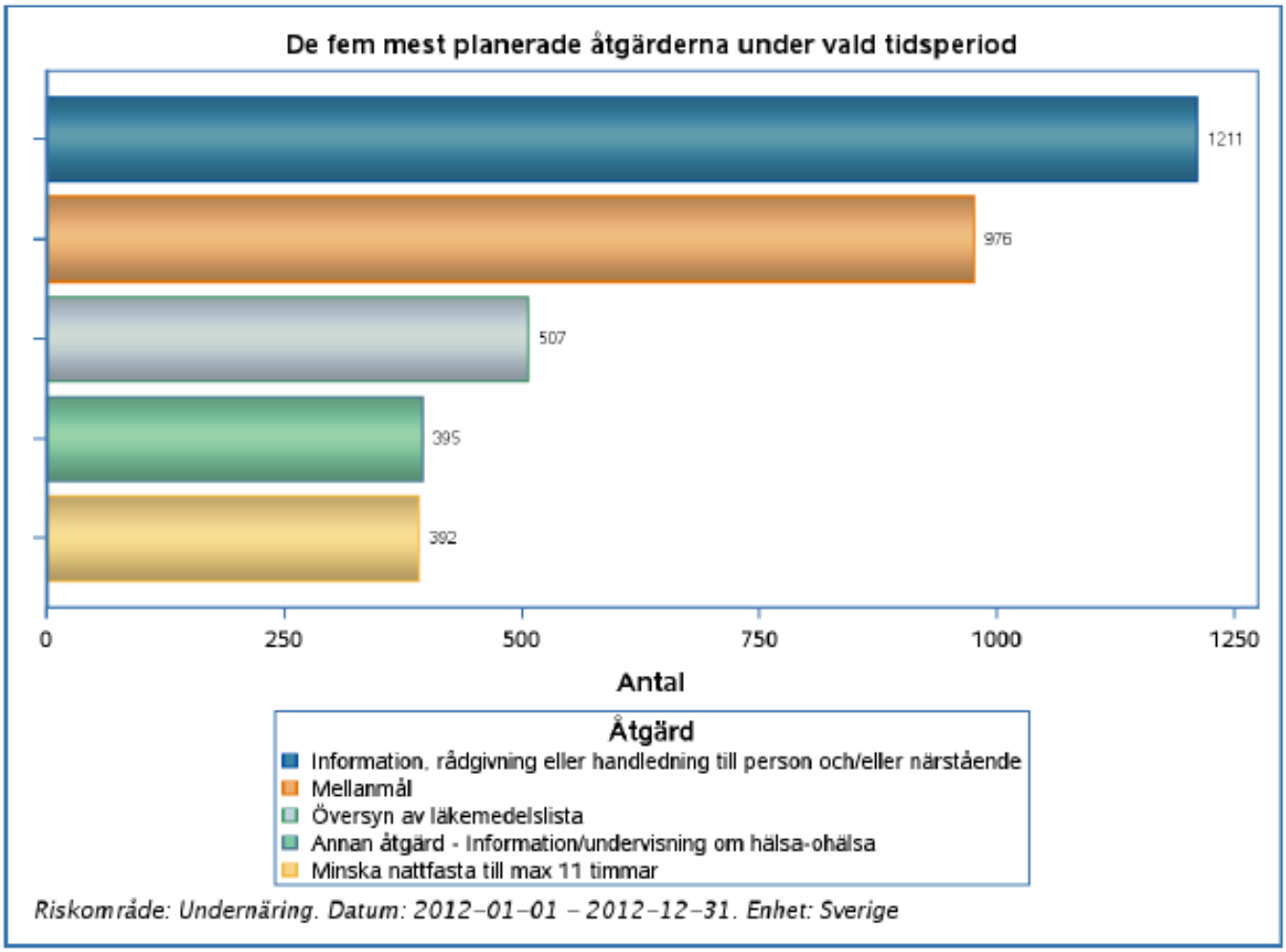


Figur 11. Åtgärder för att förebygga undernäring på SÄBO 2012.

Träning i måltidssituationen bör komma högre på särskilda boende då dessa åtgärder kan ha effekt för den äldre personens livskvalitet att klara hela eller delar av måltiden själv. Särskilda boende har förebyggande åtgärder kring måltidsmiljön högt på listan och det är positivt.

Att slippa äta ensam, att vara på gott humör och att ha en trevlig måltidsmiljö är några faktorer som kan underlätta för den äldre att äta och dricka

På Senior alerts teamutbildning i förbättringsarbete är det vanligt att team från särskilda boende arbetar med att minska nattfastan till mindre än 11 timmar och denna åtgärd har ökat mellan 2010 och 2012. 27 % av personer med risk för undernäring fick 2010 denna förebyggande åtgärd. 2012 hade andelen ökat till 42 %.



Figur 12. Åtgärder för att förebygga undernäring inom hemsjukvård 2012.

Fram till 1 januari 2013 har primärvård och vårdcentralerna haft ansvaret för hemsjukvård i ca hälften av Sveriges län. Från 2013 är hemsjukvården ett primärkommunalt ansvar. De organisatoriska lösningarna är varierande i landet för hur hemsjukvården bedrivs och detta kan påverka inrapporteringen.

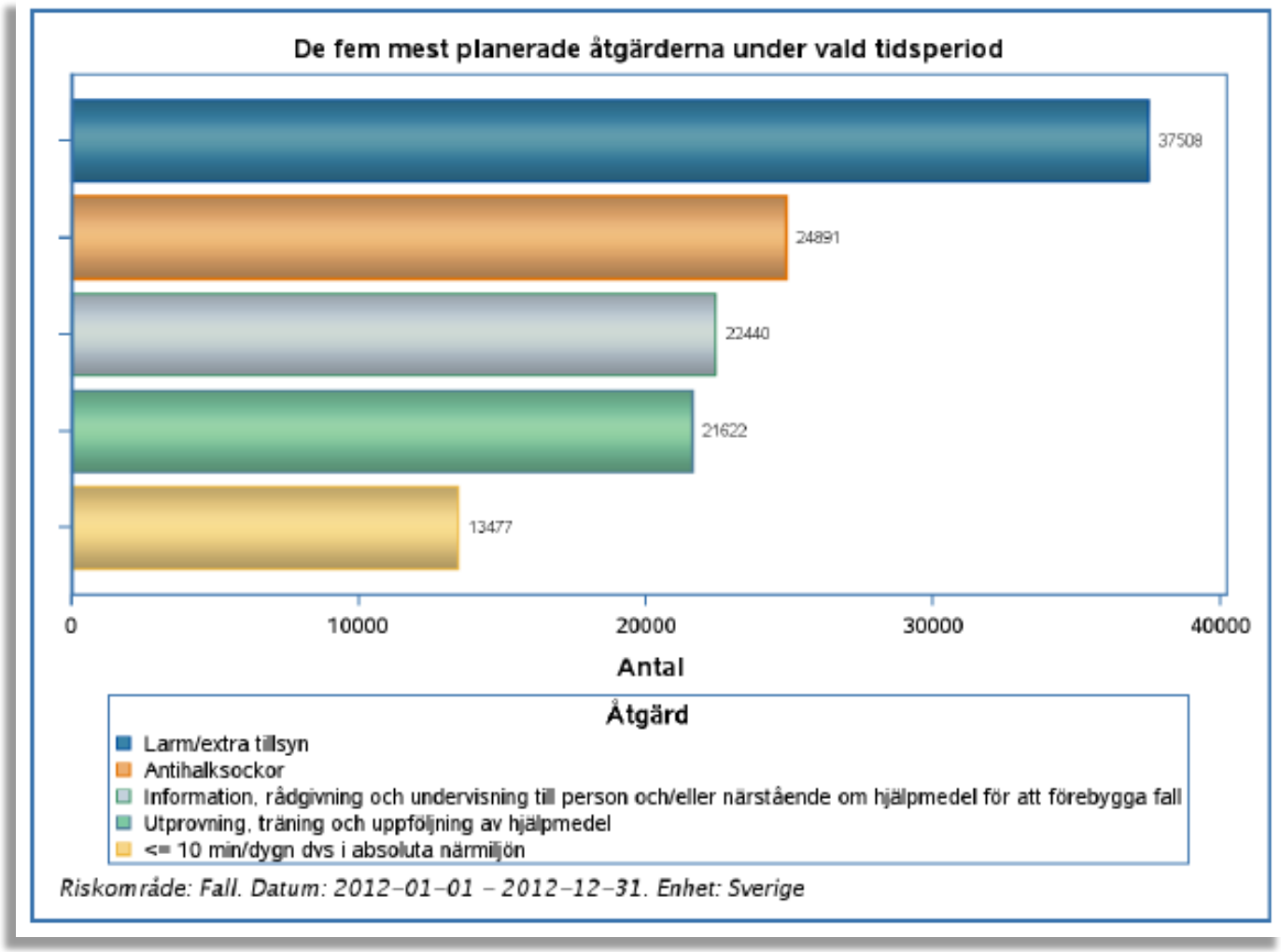
I de verksamheter som angett att de är hemsjukvård är information och handledning av äldre och dess närstående om undernäring och ätande den vanligaste åtgärden. Vårdcentraler är aktiva avseende att göra läkemedelsöversyn av läkemedel som påverkar aptiten.

Att förebygga fall

Teambaserade multifaktoriella åtgärder med bland annat fysisk träning av balans och styrka framförallt för de nedre extremiteterna minskar fallfrekvensen med upp emot 40 procent[7].

Läkemedelsöversyn (korrigering av medicinering om ökad fallrisk misstänks) kan reducera risken för fall[7-8]. Detta är också den mest kostnadseffektiva förebyggande åtgärden i särskilda boenden[9].

Antihalksockar är en åtgärd som rekommenderas av Vårdhandboken och ingår i många lokala vårdprogram i Sverige[10].



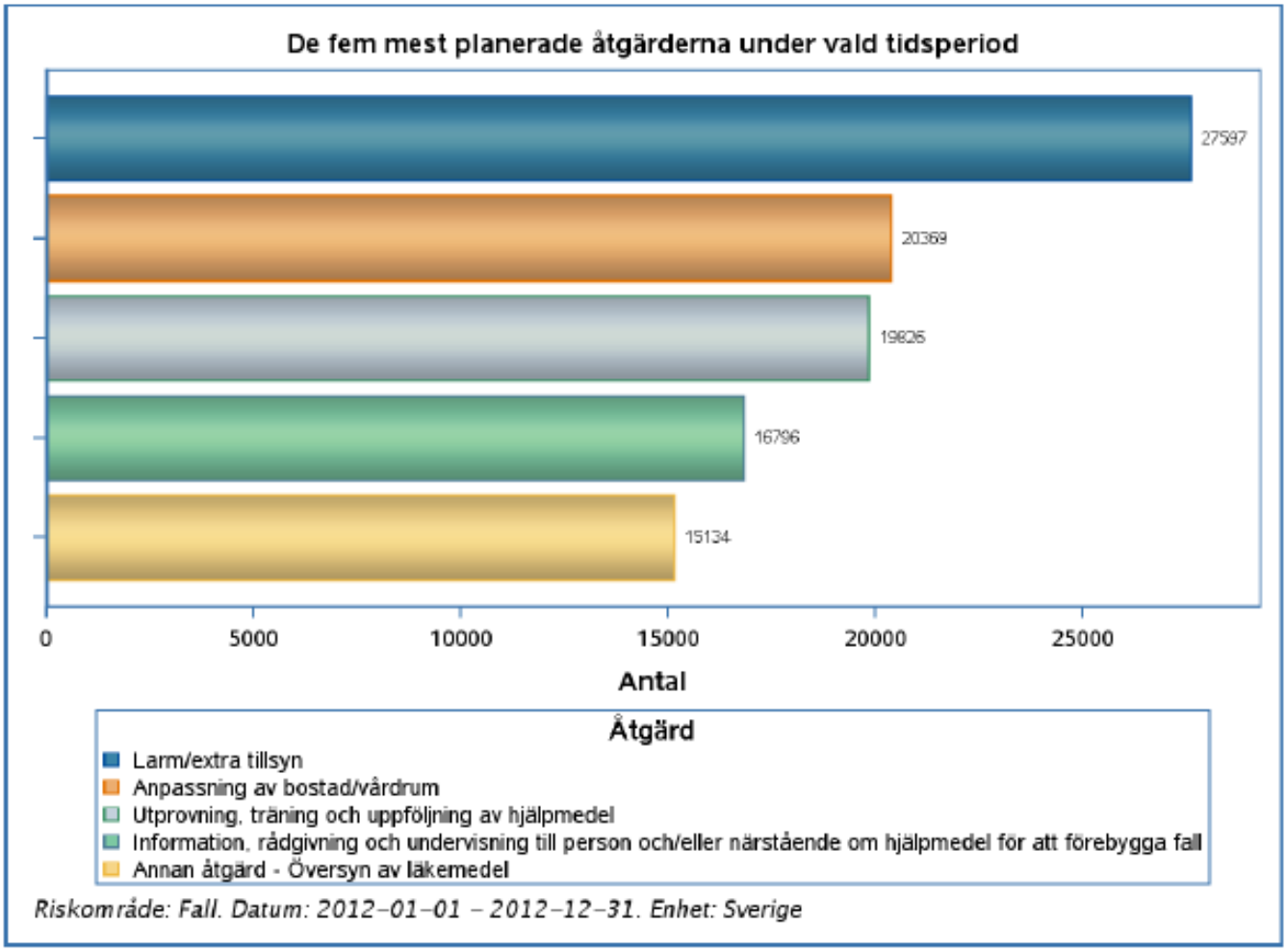
Figur 14. Åtgärder för att förebygga fall på sjukhus 2012.

De mest planerade förebyggande åtgärderna som registrerats på sjukhus är larm/extra tillsyn. Denna förebyggande åtgärd behövs naturligtvis på sjukhus då pågående sjukdom och ny miljö kan vara en riskfaktor i sig.

Antihalksockar är den näst vanligaste fallförebyggande åtgärden på sjukhus. Ca en tredjedel av alla med risk för fall fick denna förebyggande åtgärd.

Information och undervisning om hjälpmedel är den tredje vanligast förekommande fallförebyggande åtgärden på sjukhus. Att instruera en äldre person som kommer till en ny miljö och

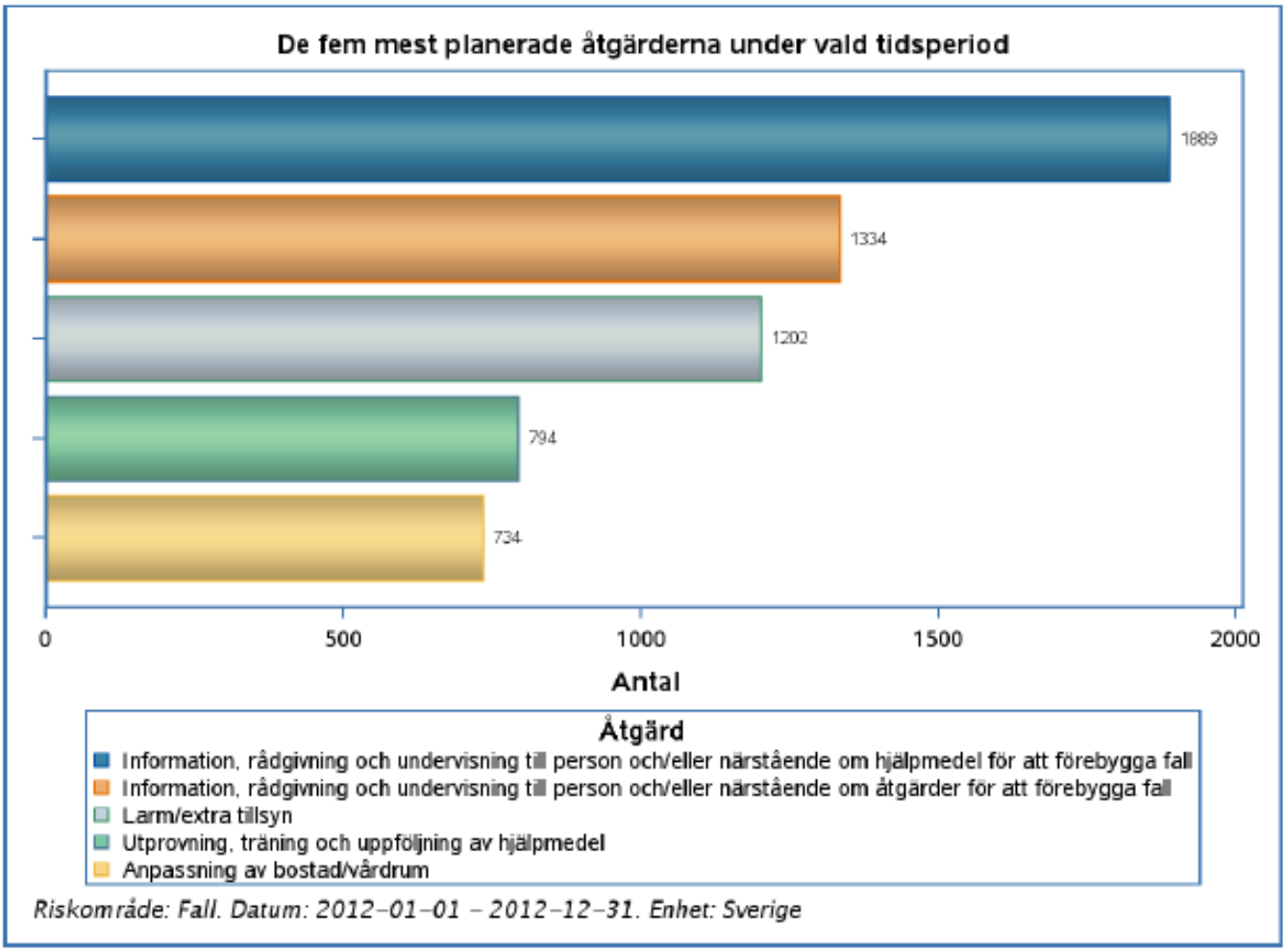
se till att denna har rätt hjälpmedel är naturligtvis viktigt. Särskilt efter att den absolut mest akuta fasen är över och mobiliserings- och rehabiliteringsfasen tar vid. Det är också en generell åtgärd som passar de flesta och det kan förklara den höga frekvensen av åtgärden. Att den fjärde och femte mest vanliga förebyggande åtgärden är just utprovning av gånghjälpmedel och gångträning i den absoluta närmiljön är troligen också en följd av att det är en del i mobiliseringsarbetet efter akuta sjukdomen.



Figur 15. Åtgärder för att förebygga fall på SÄBO 2012.

Larm och extra tillsyn är vanligt förekommande i många varianter såsom larmmattor och dörr-larm. Dessa åtgärder rekommenderas I vårdhandboken om en etisk värdering görs innan åtgärderna vidtas. Anpassning av bostaden kan vara generell t x att sätta in rörelseutlöst lyse på toaletten. Det kan också vara mer individuellt som att ta bort mattor, minska hinder i omgivning för möblemang. Även utprovning av hjälp medel med tillhörande information är generella åtgärder som oftast är välfungerande processer inom äldreomsorgen. Det som är intressant är att översyn av läkemedel kommer topp fem. Det är en viktig process som kan vara utmanande genomföra.

En viktig förebyggande åtgärd är fysisk träning både balansträning och styrketräning har effekt på fallrisken hos äldre. Balansträning är den 10:e vanligaste förebyggande åtgärden och styrketräning är den 17:e vanligaste.



Figur 16. Åtgärder för att förebygga fall inom hemsjukvård 2012.

Information och undervisning om fallförebyggande respektive hjälpmedel är tillsammans med utprovning av hjälpmedel de vanligaste fallförebyggande åtgärderna inom hemsjukvården tillsammans med larm/extra tillsyn.

Läkemedelsöversyn är nära att nå upp till topp fem vanligaste fallförebyggande åtgärderna. Då det inte är så många registreringar totalt sett så bör inga större slutsatser av dessa data göras.

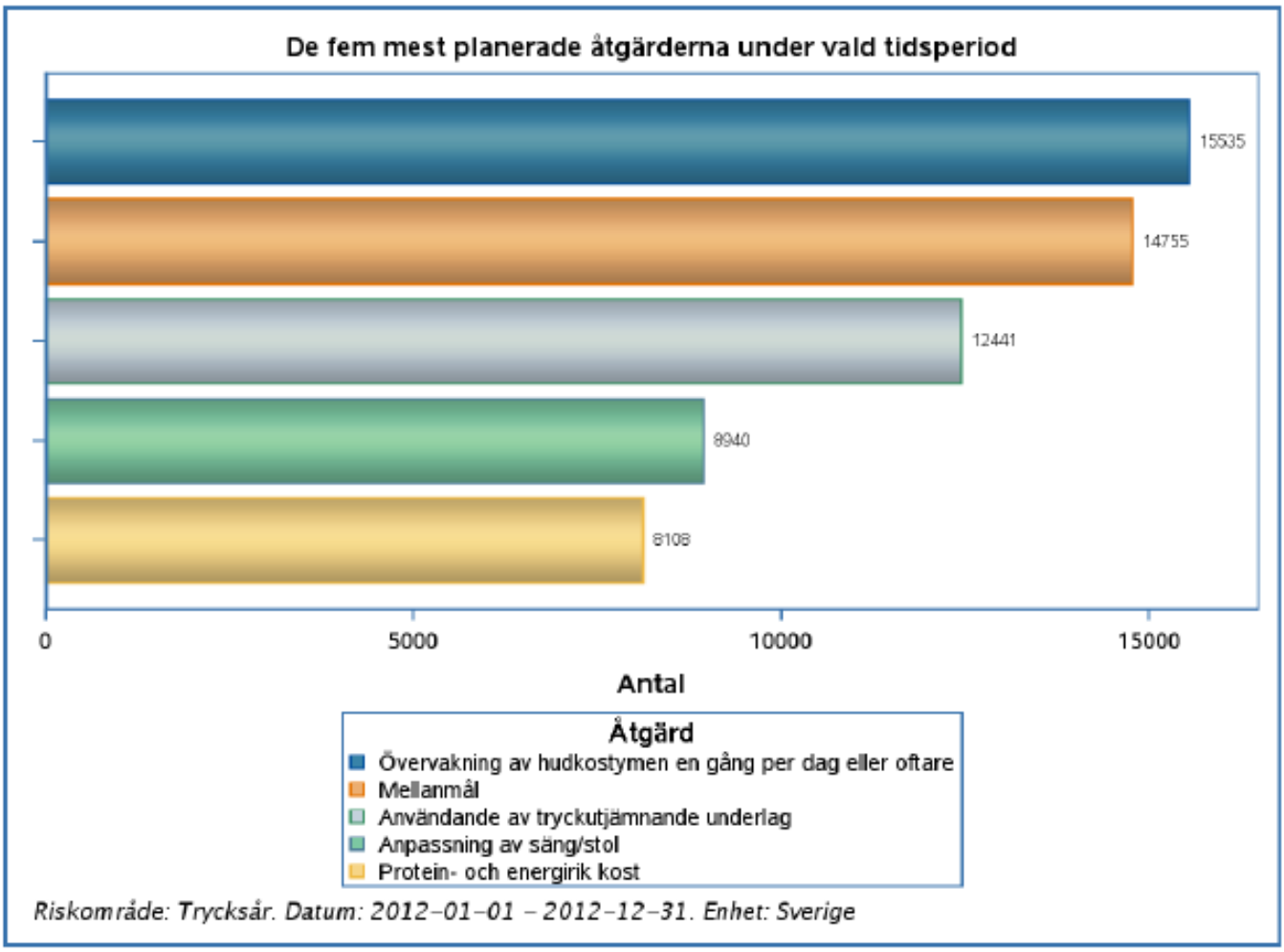
Att förebygga trycksår

För att undvika långvarigt tryck är lägesändring en rekommenderad förebyggande åtgärd. Det är en av de viktigaste och mest effektiva metoderna för att förebygga trycksår[11-13].

Därför är förebyggande åtgärden att kroppspositionera i säng och stol en viktig förebyggande åtgärd som inte görs i tillräcklig omfattning[14].

Nutritionens har betydelse för att undvika trycksår. Att ge extra näringsdryck minskar uppkomsten av trycksår och förbättrar rehabiliteringen efter höftfrakturer[15-16].

Bedömning av huden en gång per dag eller oftare ska dokumenteras enligt patientjournallagen men detta görs i alltför liten omfattning[14,17].

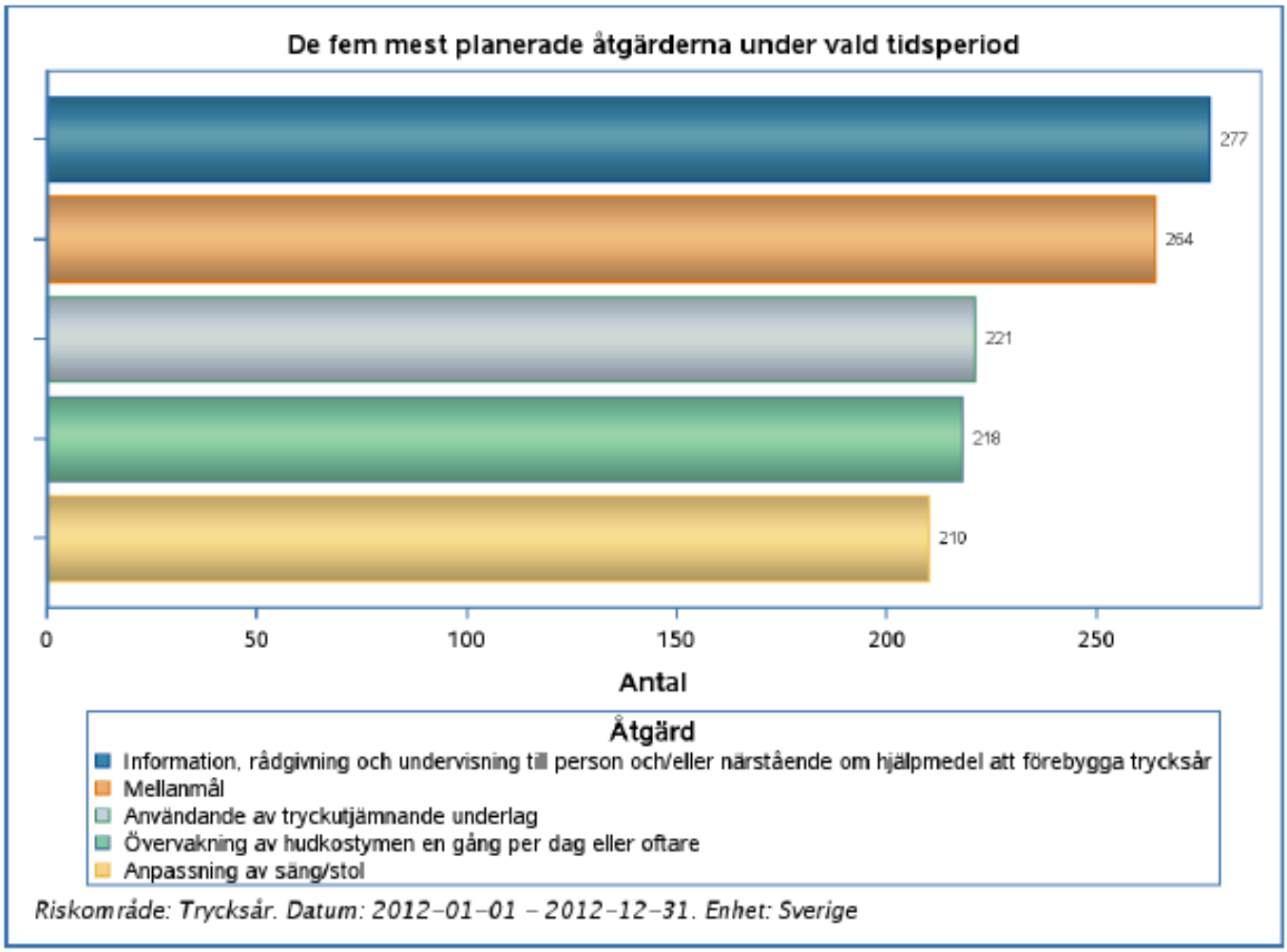


Figur 17. Åtgärder för att förebygga trycksår på sjukhusavdelning 2012.

Att identifiera trycksår är en mycket viktig åtgärd för att upptäcka ett trycksår tidigt innan det utvecklats till en kategori 2 eller allvarligare. Därför är det bra att daglig hudinspektion är den vanligaste förebyggande åtgärden på sjukhus. Där finns också oftast sängliggande äldre personer och i kombination med att t ex en operation eller annat immobiliserande ingrepp genomförs är utsattheten stor för att ett trycksår ska uppkomma.

Sängen och sängmiljön är också på grund av ovanstående viktig att anpassas till den äldres behov med hjälp av tryckutjämnande underlag.

Det är intressant och positivt att åtgärder som syftar till att förbättra nutritionsstatusen hamnar på topp fem. Att mellanmål hamnar högt beror troligen på att det är en generell åtgärd som kan passa många personer i risk för trycksår.

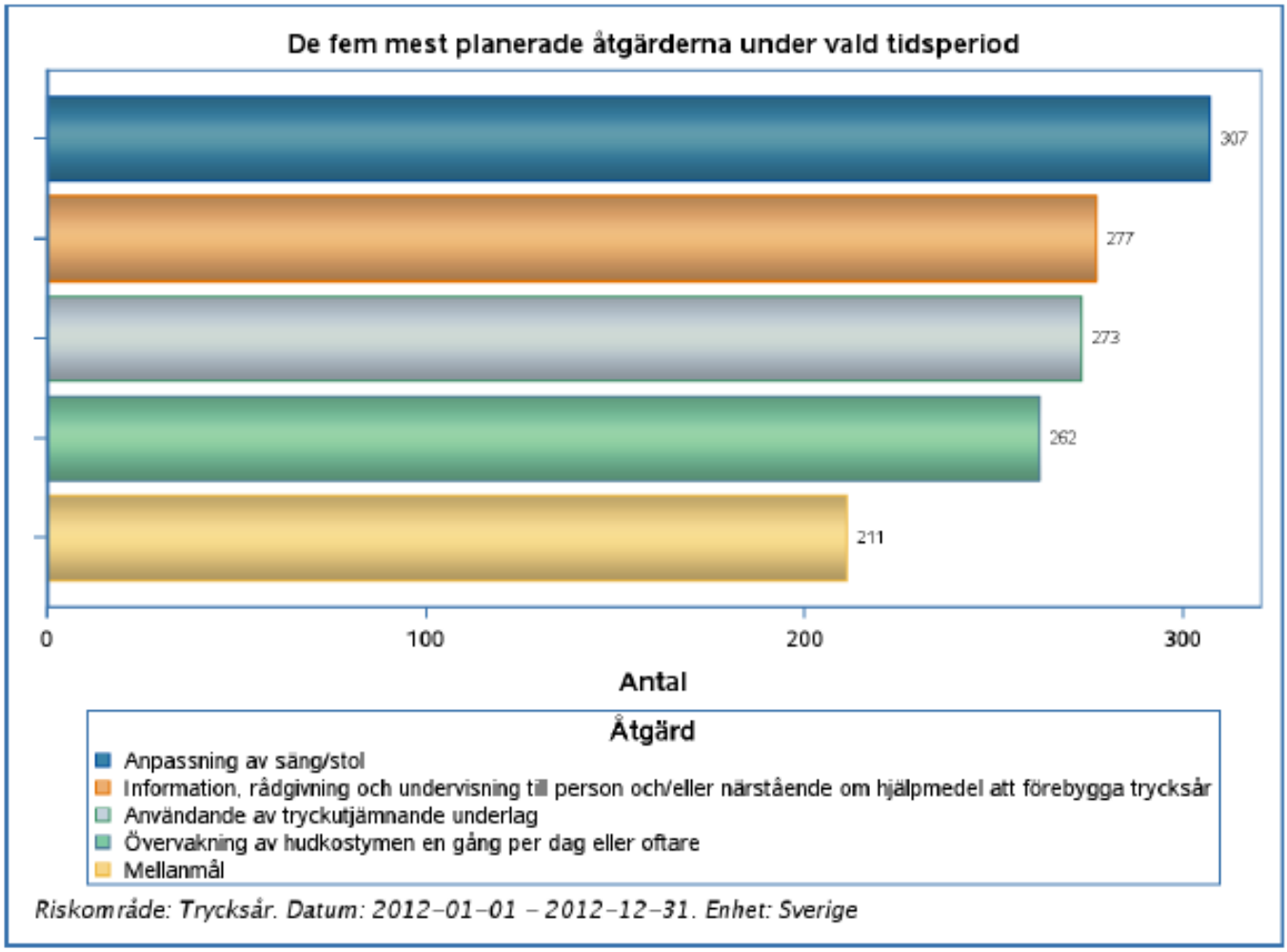


Figur 18. Åtgärder för att förebygga trycksår på SÄBO 2012.

På särskilda boende överensstämmer åtgärderna i stort med vad som görs inom sjukhusvården. Eftersom personer som bor på särskilda boenden inte är sängliggande i lika hög grad som på sjukhus tillkommer anpassning av säng/stol som en trycksårsförebyggande åtgärd.

Information/undervisning om hjälpmedel kommer som vanligast förebyggande åtgärd. Det kan bero på att på särskilda boende behöver den äldre personen själv kunna justera och tryckavlasta i säng och stol då bemanningstätheten inte är lika hög som inom akutsjukvården.

Det finns troligen en tradition inom sjukhusvården att personalen vänder och regelbundet sköter tryckavlastningen.



Figur 19. Åtgärder för att förebygga trycksår inom hemsjukvård 2012.

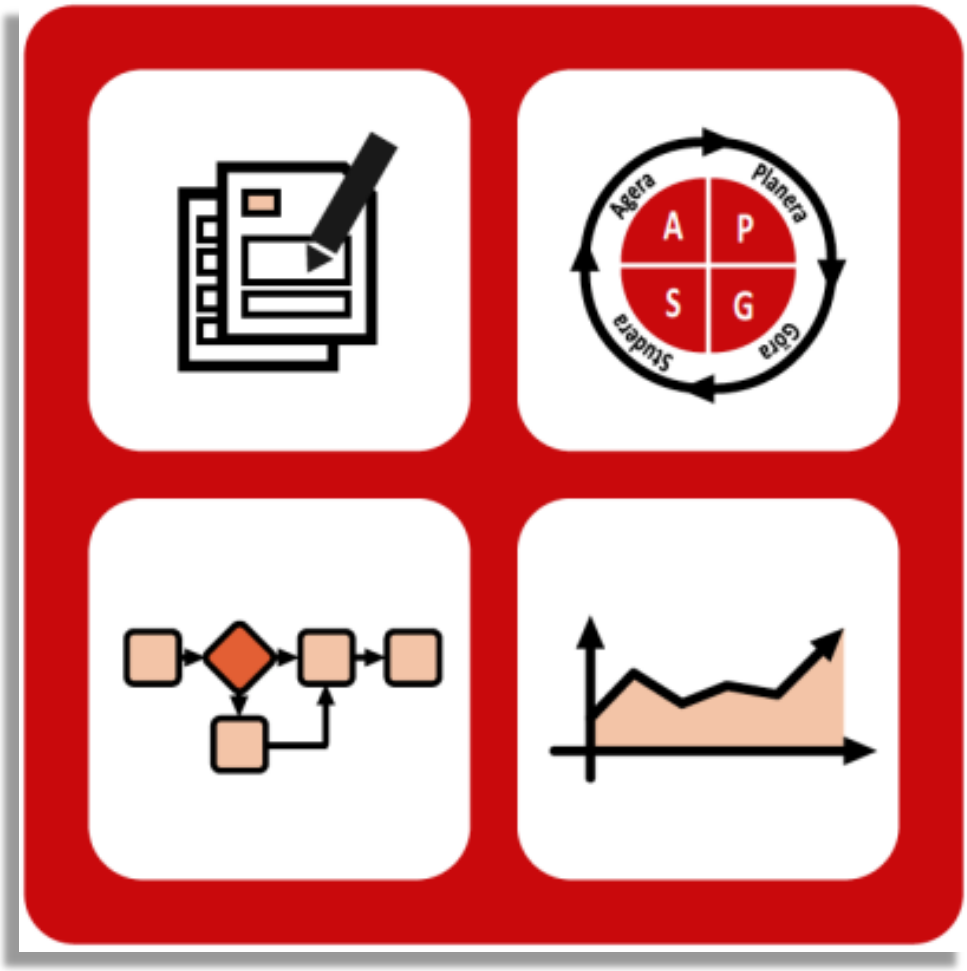
De fem vanligaste förebyggande åtgärderna precis är i stort överensstämmande med de som görs på sjukhus och inom särskilda boende. Att avlasta i säng och stol är den viktigaste förebyggande åtgärden. Hjälpmedel är en viktig förebyggande åtgärd inom hemsjukvård då personen själv behöver kunna göra lägesförändringar.

Att förebygga ohälsa i munnen

Området munhälsa introducerades under 2012 och därför har inte tillräckligt med data samlats in för denna årsrapport

Förbättringsarbete och Goda exempel

Senior alert arbetar utifrån fyra processer (se i figur 13 nedan). Verksamheten behöver arbeta med systemisk vårdpreventionsprocess, registrera i Senior alert, reflektera och analysera resultat och rapporter ur senior alert samt bedriva förbättringsarbete baserat på dessa data.



Figur 13. Fyra processer för att arbete med Vårdprevention

För att stödja verksamheter och team anordnar Senior alert olika utbildningsinsatser. Exempelvis har 35 heldagsutbildningar med över 1500 deltagare genomförts med teman; Grundkurs Senior alert, Mäta med Senior alert, Regionkoordinatorsutbildning och Munhälsodagar.

Flera omgångar med Teamutbildning för hundratalet team. Teamutbildningen sträcker sig över 4 månader och innehåller 3 heldagars lärandeseminarier, webbträffar och eget arbete med förbättringar på hemma plan.

Teamutbildningar runt om i Sverige med syfte att Senior alerts personal tränat regionala medarbetare att kunna genomföra ytterligare teamutbildningar.
Live-webbutbildningar med över 400 deltagare. Inom ämnena vårdprevention, mätning, munhälsa, registrera, att lyckas med Senior alert och för regionkoordinatorer.

Inspirationsdagar genomfördes vid flera tillfällen och platser i landet. Program och innehåll finns att ta del av på www.senioralert.se

Ovanstående är utdrag ur folder med goda exempel. Där intervjuas och beskrivs många av de förbättringsarbetena som pågår med Senior alert och vårdprevention som utgångspunkt.

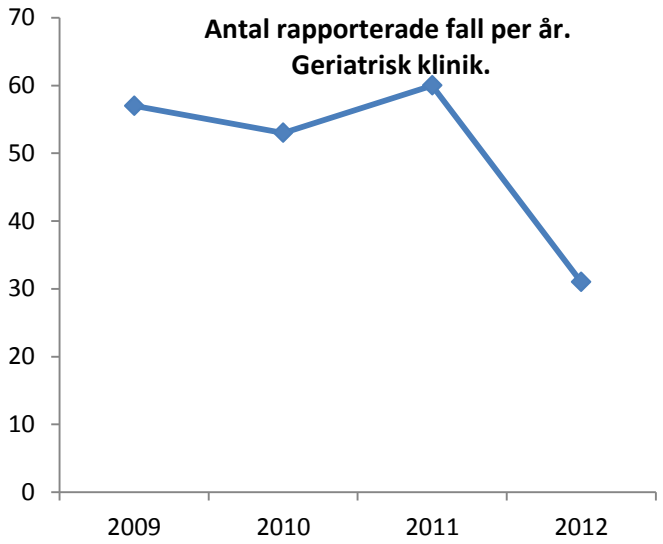
Dessa verksamheter har lyckats med samtliga fyra processer som behövs för ett framgångsrikt förebyggande arbete.

Fler goda exempel och filmer finns på www.senioralert.se

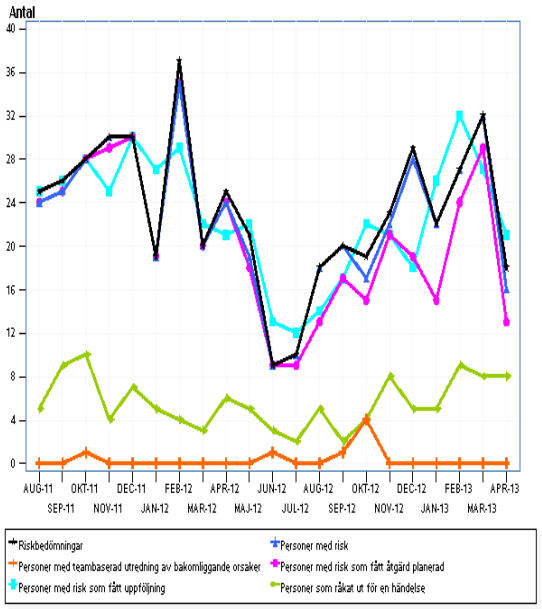
Blir det bättre med förebyggande åtgärder?

Allt fler verksamheter har under 2012 ökat rapporteringen av händelser i Senior alert. Fortfarande är dock rapporteringsfrekvensen för låg för att kunna göra generella analyser av materialet.

Det finns dock allt fler fall-studier som visar på goda resultat. Nedan beskrivs en geriatrisk verksamhet på ett mellanstort sjukhus.



Figur20a. Rapporterade fall per år geriatrisk klinik.



Figur 20b. Den vårdpreventiva processen geriatrisk klinik 2011-2012

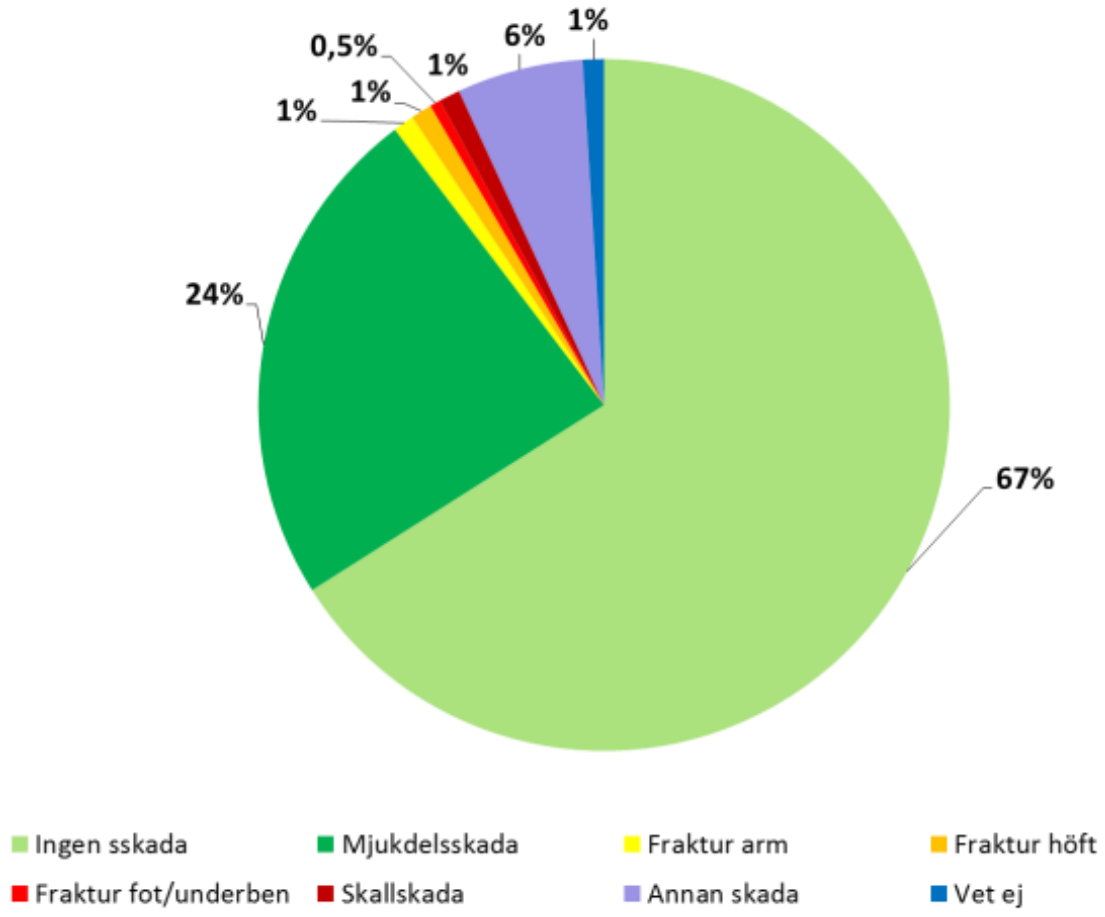
Under året har flera fallrapporter om förbättrade resultat i form av minskad undernäring, trycksår och fall. Ett exempel från en geriatrisk klinik på ett sjukhus i mellersta Sverige visar att fallen nästan halverades efter att enheten börjat arbeta med sin vårdpreventiva process.

Punktprevalensmätning i Senior alert

Under slutet av 2012 designades en punktprevalensmätning i Senior alert. Denna mätning innehåller en journalgranskning av områden fall och trycksår och är formulerad på samma sätt som SKL's punktprevalensmätning som genomförts under flera år. Målgruppen för Senior alert är i första hand särskilda boenden.

Under vecka 10 2013 prövades denna mätning för första gången i 60 kommuner omfattande 6540 äldre personer.

Den visade att 6,3 % (412 personer) hade minst ett fall under de senaste två veckorna. 67 % hade ingen skada efter fallet. 5,4 procent hade trycksår. Denna mätning upprepas två gånger per år (vecka 10 och vecka 40) för att följa utvecklingen över tid. Det går att läsa mer om resultaten på www.senioralert.se

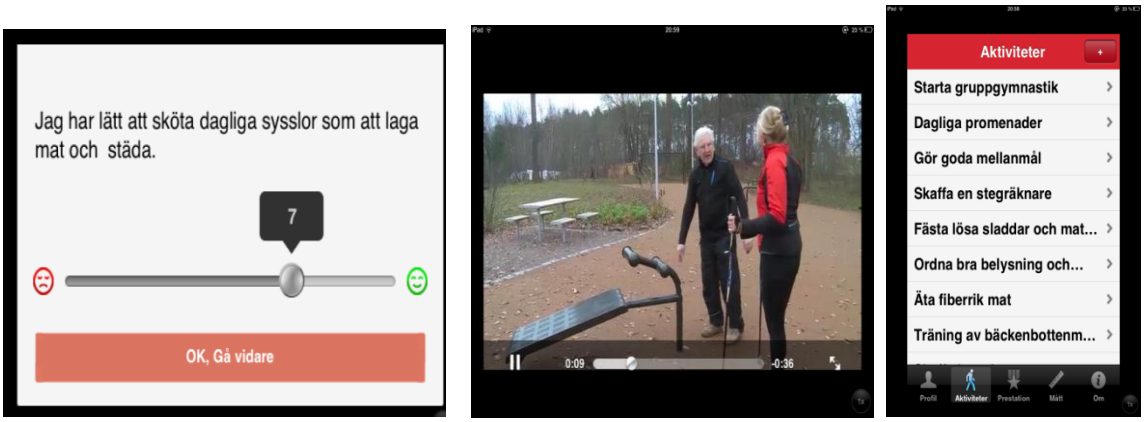


Figur 21. Konsekvenser av fall i PPM-mätning vecka 10. Särskilda boende

Livli – En App för äldre

Appen Livli är ett innovativt sätt att tillgängliggöra och individanpassa hälsoinformation för äldre. Livli är en innovation där idéer från unga designstudenter blandats med erfarenheter från det nationella kvalitetsregistret Senior alert och nytänkande från folkrörelsen Passion för Livet.

Senior Alert och Passion för livet är två exempel på sådana arbeten som redan idag fokuserar på att förebygga och utveckla egenvård. Livli är resultatet av ett samarbete mellan dessa två angreppssätt. Appen kombinerar systematiskt förebyggande arbetssätt som designats av vårdens medarbetare med Passion för livet, där individen själv hittar sin egen drivkraft att påverka sin hälsa och livskvalitet. Det handlar om att bryta invanda mönster, bli medveten om förbättringar, gå från ord till handling och göra förändringar i det egna livet.



Figur 22. Skärmbilder från appen Livli.

Det innovativa med Livli är det sätt hälsoinformationen tillgängliggörs och individanpassas för användaren.

För den som är nyfiken finns mycket information att tillgå angående förebyggande levnadsvanor för äldre. Dock är det svårare att endast genom ”informering” påverka beteenden och skapa motivation till en förändring i sina vanor.

Genom det inledande testet som varje användare får göra, blir hen upplyst om viktiga områden för äldres hälsa och får också ta ställning till sin egen förmåga utifrån de påståenden som ställs. De fyra områdena som Appen innehåller är Min vardag, Min hälsa, Min träning och Mina vänner.

Testet genererar sedan ett antal aktiviteter eller uppgifter som kommer vara relevanta för användarens egen profil utifrån testet. Dessa aktiviteter har stöd i den forskning som finns på området. På det sättet får användaren individanpassad information om vilka aktiviteter som är viktiga för just denne.

Nyttan för den äldre är att erbjuda ett sätt att lära sig om sina levnadsvanor. Individer är olika och tar till sig information på olika sätt. Därför behöver nya vägar testas och utvecklas. Den nya gruppen teknik-pensionärer är en förhållandevis ny grupp att ta sig an. Livli är ett sätt att stödja den som redan bestämt sig för att ändra sina vanor genom att erbjuda ett roligt verktyg.

Fortsatt utveckling 2013-2014

Senior alert har en stor spridning inom kommuner och landsting i Sverige. I takt med att allt fler börjar använda registret som stöd för sin vårdpreventiva process ökar behovet av utveckling och utbildning inom olika områden.

Senior alert genomför tillsammans med Qulturum, landstinget i Jönköpings län, teamutbildningar i förbättringsarbete, webbutbildningar med olika teman som t ex munhälsa och mätningar. Dessa aktiviteter kommer fortsätta och utvecklas baserat på användares behov.

Några viktiga utvecklingsinsatser som planeras och som pågår är:

Inom satsningen kring de mest sjuka äldre har inkontinensnätverket Nikola inlett ett samarbete med Senior alert. Med Nikola's och Socialstyrelsens kunskapsunderlag till grund har ett riskbedömningsinstrument (formulär) tagits fram av en gemensam arbetsgrupp. Kunskapsunderlaget lägger grunden för de kvalitetsvariabler som formulerats. Målsättningen är att ha infört Inkontinens som ett nytt område i Senior alert till 1 januari 2014.

Journalintegration mellan register och journal är ett prioriterat område under 2013 och 2014. Piloter genomförs under 2013 och enligt planen kan fler journalsystem integreras med Senior alert under 2014.

Under 2013 kommer också området psykisk ohälsa att utredas om det kan bli ett område i Senior alert.

Samarbete har initierats med nationella kvalitetsregistret för svårläkta sår, Rikssår och avsikten är att fördjupa samarbetet under kommande år.

Efterfrågan på att använda Senior alert data forskning ökar och detta är ett viktigt område att utveckla ytterligare under perioden 2013-2014.

Så slutligen,

"Det mesta är ännu ogjort – underbara framtid!"

Referenser

[1] Statistiska centralbyrån 2013. Folkmängden den 1 november 2012 efter region, ålder, kön och tid. http://www.scb.se/Pages/SSD/SSD_SelectVariables____340487.aspx?px_tableid=ssd_extern%3aFolkmangdNov&rxid=9c7b0119-dad4-48c0-ae12-7cd57603b83e

[2] Reginald Labossiere, Marie A. Bernard 2008 Nutritional considerations in institutionalized elders Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care 2008, 11:1–6.

[3]Bavelaar JW, Otter CD, Bodegraven AA, Thijs A, van Bokhorst-D, van der Schueren MAE (2008) Diagnosis and treatment of disease-related in hospital malnutrition: the performance of medical and nursing staff. Clinical nutrition. Vol 27. pp 431-438.

[4] Collins N. (2001). Involuntary weight loss in the long-term care setting: A suggested nutritional intervention treatment algorithm. Wounds vol 13 (4 suppl D); 32D-37D.

[5] Heersink JT, Brown CJ, Dimaria-Ghalili RA, Locher JL. (2010) Undernutrition in Hospitalized Older Adults: Patterns and Correlates, Outcomes, and Opportunities for Intervention with a Focus on Processes of Care Journal of Nutrition For the Elderly Volume 29, Issue 1.

[6]. Wikby K, Fägerskiöld A. (2004) The willingness to eat. An investigation of appetite among elderly people Scandinavian Journal of Caring Sciences Volume 18, Issue 2, pages 120–127.

[7] Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG (2010). Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cochrane Database Syst Rev(1).

[8] Zermansky AG, Alldred DP, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Eastaugh J. (2006) Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes-- randomised controlled trial. Age Ageing; 35:586-91

[9] Church J. Goodall S. Norman R. Haas M. (2011) An economic evaluation of community and residential aged care falls prevention strategies in NSW. Vol. 22(3–4) NSW Public Health Bulletin.

[10] Nationella Vårdhandboken (2013) http://www.vardhandboken.se/Texter/Fallprevention/Val-av-produkter/

[11] Lindholm C. (2003). Sår. Lund: Studentlitteratur.

[12]. Reddy M, Gill S, Rochon P. (2006) Preventing Pressure Ulcers: A systematic review. JAMA 269:974-984.

[13]. Vanderwee K, Grypdonck MH, (2007) De Bacquer D, Defloor T. Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions.J Adv Nurs. 57(1):59-68.

[14] Gunningberg L. Risk, prevalence and prevention of pressure ulcers in three Swedish healthcare settings. (2004) J Wound Care. 13(7):286-90.

[15] Langer G, Schloemer G, Knerr A, Kuss O, Behrens J. (2003) Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4.

[16] Gunnarsson AK, Lönn K, Gunningberg L. (2008) Does nutritional intervention for patients with hip fractures reduce postoperative complications and improve rehabilitation? Journal of Clinical Nursing, 18, 1325–1333

[17] Gunningberg L, Ehrenberg A. (2004) Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: a comparison of record content and patient examination. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2004;31(6):328-35.

Förbättringar
Senior alert
Livskvalitet
Kvalitetsregister
Samverkan
Coaching
Mätningar
Åtgärder
Ledarskap
Uppföljning
Lyssna
Värdegrund
Inspiration
Förståelse
Goda exempel
Följa resultat
Testa
Trygghet
Vill du veta mer?
www.senioralert.se
senioralert@lj.se