



SOCIALENHETEN

Erbjuds god vård till personer med MRSA i äldreboenden?

En granskning av vilken handlingsberedskap
som finns för att vårda äldre med MRSA på
särskilda boende i Göteborgsområdet.

 Socialstyrelsen



LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALAND

2003:34

**Erbjuds god vård till
personer med MRSA i
äldreboenden?**

Publikation 2003:34
ISSN 1403-168X.

Produktion: Länsstyrelsen i Västra Götalands län, Socialenheten
Tryck: Länsstyrelsen Västra Götalands Repro, Vänersborg

Förord

Sedan flera år tillbaka genomför Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Göteborg och Länsstyrelsen i Västra Götaland regelbundet granskningar tillsammans av utvalda områden. Avsikten är att få en samlad bild inom en avgränsad del av äldre- och handikappomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården med fokus på den enskildes rättsäkerhet och patientsäkerhetsfrågor.

Under 2002 har ett egeninitierat tillsynsprojekt genomförts vid 66 äldreboenden i Göteborgsområdet i avsikt att granska vilken handlingsberedskap som finns för att vårda äldre med infektioner orsakade av MRSA (Methicillin Resistent Staphylococcus Aureus) inom den kommunala äldreomsorgen.

Rapporten riktar sig i första hand till berörda stadsdelar och kommuner samt primärvårdsområden i Göteborgsområdet. Resultatet ska ge underlag till huvudmännens förbättringsarbete inom området. Socialstyrelsen och Länsstyrelsen kommer att följa upp brister i sin fortsatta tillsynsverksamhet. Rapporten har utarbetats av Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Göteborg tillsammans med Länsstyrelsens sociala enhet i Västra Götaland. Projektledare har varit byrådirektör *Ralf Persson*, Socialstyrelsen. I projektgruppen har även deltagit tillsynsläkare *Görel Sundbeck*, Socialstyrelsen, och socialkonsulent *Annalena Berndtsson*, Länsstyrelsen. Till projektgruppen har adjungerats hygiensjuksköterskan *Margaretha van Raalte*, Göteborgs stad (f.d. MRSA-projektet, Smittskydds-enheten i Västra Götaland). Byrådirektören *Mats Odhagen*, administratörerna *Maria Carneland* och *Kim Hållvik* från Socialstyrelsen har svarat för databearbetningen.

Ulla Fryksmark
Medicinalråd
Socialstyrelsen

Bengt Andersson
Socialdirektör
Länsstyrelsen

Innehåll

Förord	3
Innehåll	4
Sammanfattning	5
Bakgrund	7
MRSA	7
Handlingsprogram för MRSA	7
God vård och omsorg	8
Syfte	9
Metod	10
Resultat	11
Verksamhetschefer/enhetschefer	12
Boendestandard.....	12
Möjlighet att delta i aktiviteter	13
Kompetens	13
Arbetsledning.....	13
Vårdhygieniska rutiner	14
Läkare	16
Erhållen utbildning/information om MRSA	16
Kompetens	16
Fördjupad tillsyn av tre särskilda boenden	17
Dokumentation.....	19
<i>Social dokumentation</i>	19
<i>Patientjournaler</i>	19

Sammanfattning

Fakta

”MRSA är en förkortning av Methicillin Resistent Staphylococcus Aureus. Detta innebär att bakterierna är motståndskraftiga mot alla s.k. b-laktamantibiotika (penicilliner och cefalosporiner). Ofta är bakterierna resistenta även mot andra typer av antibiotika vilket medför att kliniska infektioner orsakade av MRSA kan vara svåra att behandla. MRSA ger inte lättare upphov till infektioner än andra stammar av Staphylococcus Aureus. Vissa MRSA-stammar sprids lättare än andra vilket har orsakat epidemiska utbrott på många sjukhus runt om i världen. Under senare år har antalet MRSA-fall ökat i Göteborgsregionen. När en MRSA-stam väl har etablerat sig i en institutionsliknande miljö är den i många fall svår att bli av med.”

Källa:

Handlingsprogram för MRSA. Västra Götalandsregionen, Smittskyddsenheten.

Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Göteborg och Länsstyrelsen i Västra Götaland har genomfört en granskning av 66 äldreboenden i Göteborgsområdet med avsikt att granska vilken handlingsberedskap som finns för att vårda äldre med MRSA-smitta. Vid tre särskilda boenden har en fördjupad tillsyn genomförts. Bakgrunden till granskningen var att erfarenheter från tidigare granskningar visat att boendestandarden är låg på vissa särskilda boenden, och att det funnits bristande kunskaper om smittskydd och vårdhygieniska rutiner. Detta tillsammans med en ibland överdriven rädsla för MRSA-smitta hos äldreomsorgspersonal, har i sin tur medfört att äldre personer med MRSA fått ligga kvar på sjukhus under lång tid trots att de varit medicinskt färdigbehandlade.

Resultatet från granskningen visar att boendestandarden på de särskilda boenden, som ingick i granskningen och som kan betecknas som f.d. sjukhem med flerbäddsrum och hygienutrymmen som flera personer ska dela på, omöjliggör en godtagbar kvalitet i det medicinska omhändertagandet av personer med MRSA. Den låga boendestandarden på dessa enheter medför att handlingsberedskapen att vårda personer med MRSA inte kan anses som tillräcklig. Socialstyrelsen och Länsstyrelsen konstaterar att när det gäller ombyggnation av de gamla sjukhemmen i Göteborg, har utvecklingen mot en bättre boendestandard inte gått i önskvärd takt.

I det särskilda projekt (MRSA-projektet), som Smittskyddsenheten i Västra Götalandsregionen genomfört åren 1999 – 2001, har ett särskilt ”Handlingsprogram för att förhindra smittspridning av MRSA” tagits fram. Programmet gäller för kommunernas äldre- och handikappomsorg samt all hälso- och sjukvård. Av granskningen framkommer att det har genomförts särskilda utbildnings- och informationsinsatser rörande MRSA av framför allt personal från f.d. MRSA-projektet samt av medicinskt ansvariga sjuksköterskor och läkare till både läkare inom primärvård samt ledning och personal på särskilda boenden inom Göteborgsområdet.

På ca ¾ av alla särskilda boenden som ingick i granskningen (de enheter som vårdat eller vårdar personer med MRSA) var handlingsberedskapen mycket god för att vårda personer med MRSA. Likaså fanns både resurser och en god kompetens på dessa enheter. Dessa enheter hade en god kompetens för att vårda personer med

MRSA pga de särskilda utbildnings- och informationsinsatser som genomförts, men också pga den erfarenhet som enheterna själva skaffat sig. På de resterande enheterna (de som inte vårdat eller vårdar personer med MRSA) var dock handlingsberedskapen lägre.

Av tillsynsresultatet framkommer vidare att berörd socialtjänstpersonal har en låg kompetens gällande vårdhygieniska rutiner och smittskydd. Vidare framkommer att det fanns ett behov av att höja kompetensen rörande vård av MRSA-patienter hos läkarna inom primärvården i Göteborgsområdet. På någon enhet fanns en rädsla hos personalen att själva bli smittade, vilket kan medföra en risk för att MRSA-drabbade personer kan känna sig eller bli utpekade och socialt isolerade.

Bakgrund

MRSA

MRSA är en förkortning av **M**ethicillin **R**esistent **S**taphylococcus **A**ureus. Dessa bakterier är motståndskraftiga mot flertalet antibiotika vilket medför att infektioner orsakade av MRSA kan vara mycket svåra att behandla. MRSA drabbar främst sjuka personer med nedsatt immunförsvar, t ex äldre med kroniska sjukdomar. Under vissa betingelser kan bakterien spridas lättare vilket har orsakat epidemiska utbrott på sjukhus. Risken för spridning minskar ju längre bort från sjukhusmiljön patienten kommer. Det ideala är att patienten vistas i eget hem. Även om en person förklaras som smittfri vid utskrivning från sjukhus, finns det en risk att åter drabbas av MRSA om t ex nya sår uppstår eller vid antibiotikabehandling. Kunskap om detta och en väl fungerande kommunikation mellan läkare och personal inom äldreården kan inte nog poängteras.

Under åren 1998 – 99 ökade antalet fall med MRSA markant i Göteborgsregionen. Socialstyrelsen gav 1999 smittskyddsläkaren i uppdrag att samordna arbetet med att förhindra fortsatt spridning i Västra Götalandsregionen. Smittskyddsenheten i Västra Götalands Regionen startade i maj 1999 ett särskilt projekt (MRSA-projektet) som avslutades våren 2001. När projektet startade och man började följa upp MRSA-förekomsten noterade man att det fanns personer med MRSA som vårdades på särskilda boenden (servicehus/ålderdomshem, sjukhem, gruppboenden, Hospiceverksamhet, korttidsboende och växelvård). Den sista december 2000 fanns 219 personer i regionen smittade med MRSA. Den sista december 2001 fanns 28 personer med MRSA boende på särskilda boenden i regionen. Problemet med MRSA har varit vanligast förekommande i Göteborg och södra Bohuslän.

Stafylokockinfektioner kan bli svåra eller t.o.m. omöjliga att behandla pga. bakteriens motståndskraft mot flertalet antibiotika. Konsekvenserna för den enskilde kan därför bli mycket allvariga. Därtill kommer ökade kostnader för vård och behandling. Erfarenheter från tidigare granskningar har visat att kommunens socialtjänstpersonal har en sämre tillgång till hygienexperter än vårdpersonal inom hälso- och sjukvården, och att de har en sämre kompetens gällande vårdhygieniska rutiner och smittskydd. Personalens ibland överdrivna rädsla för smitta, medför att många MRSA-drabbade personer inom äldreården ofta kan känna sig eller bli utpekade och socialt isolerade. Vården av personer med MRSA måste grundas på en individuell plan för att smittspridningen ska begränsas. En sådan plan finns tyvärr inte alltid upprättad. Vidare utgör boendestandarden på f.d. sjukhem med flerbäddsrum och hygienutrymmen som flera boende ska dela på, att vård av personer med MRSA omöjliggörs. Detta kan få till följd att patienterna får stanna kvar på sjukhus. Detta medför ett inhumant liv för den enskilde som drabbas och stora kostnader för kommunen.

Handlingsprogram för MRSA

Som en följd av smittspridningen av MRSA inom framför allt Göteborgsregionen har Västra Götalandsregionens Smittskyddsenhet inom ramen för MRSA-projektet utarbetat ett handlingsprogram för MRSA. I arbetet med framtagandet av

handlingsprogrammet har representanter från smittskydd, vårdhygien, primärvård, sjukhus och kommuner i Västra Götaland deltagit. Eftersom personer bosatta i regionen rör sig mellan olika sjukhus, vårdinrättningar och särskilda boenden är det viktigt att de rutiner som tillämpas vid MRSA är kända, följs och samordnas så långt som möjligt.

Handlingsprogrammet gäller för kommunernas äldre- och handikappomsorg och all hälso- och sjukvård. Målet med handlingsprogrammet är att förhindra smittspridning av MRSA. För att uppfylla målet krävs att vårdpersonal har kunskaper om grundläggande vårdhygieniska rutiner.

God vård och omsorg

Riksdagen har antagit en nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop1997/98:113). Där fastslås mål för äldrepolitiken; de äldre skall

- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende
- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag
- bemötas med respekt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

I Ädelreformen ingick ändrat huvudmannaskap av det som tidigare kallades för sjukhem. Förändringen syftade till att tydligare markera att insatsen i första hand var ett boende och inte en sjukvårdsinrättning, även om behovet av hälso- och sjukvård och omsorg var mycket stort hos de boende.

Dagens vård och omsorg av äldre skiljer sig markant från tiden före Ädelreformens genomförande. Under 1990-talet har det skett en kraftig omstrukturering av flera olika orsaker, t ex har andelen äldre ökat, de ekonomiska förutsättningarna i kommuner och landsting har förändrats, antalet slutenvårdsplatser har minskat och vårdtiderna på sjukhus har kortats, samtidigt har den medicinska utvecklingen inneburit att allt fler äldre får behandlingar för mycket komplicerade sjukdomstillstånd. Den fortsatta vården efter en sjukhusvistelse sker idag i allt större utsträckning i primärvården och i kommunernas äldreomsorg. Vårdtyngden på särskilda boenden, främst på s.k. sjukhem, har därmed ökat betydligt. Även vård i livets slut ges i det egna hemmet, eller i särskilt boende med insatser från den öppna hälso- och sjukvården och kommunernas socialtjänst.

Beträffande de s.k. sjukhemmen som boendemiljö har till viss del standardförbättringar skett på dessa boenden genom att statliga stimulansbidrag har kunnat erhållas för att bygga om och förbättra lokalerna. Ofta saknas det fortfarande fullvärdiga bostäder inom äldreomsorgen och på många sjukhem är fortfarande lokalerna oförändrade med en övervägande andel av flerbäddsrums.

Genom Ädelreformen förändrades äldreomsorgens organisation, innehåll och arbetsuppgifter på ett radikalt sätt. Som en följd av detta har behovet av kompetens ökat. Ett stort antal professioner finns numera representerade bland anställda inom äldreomsorgen, men trots att kommunerna försökt tillgodose de ökade behoven har man ofta inte lyckats rekrytera personal med adekvat utbildning. Kompetens handlar inte bara om utbildnings- och kunskapsnivå. Det är en fråga om bemanning i termer av personaltäthet, men också om bemötande.

Syfte

Socialstyrelsen och Länsstyrelsen har beslutat att en gemensam granskning bör ha större förutsättningar att ge en helhetsbild av verksamheterna och deras innehåll. Syftet med föreliggande granskning var att i särskilda boendeformer granska

- bemötande och kvalitet i vård och omsorg för personer smittade med MRSA.
- vilken handlingsberedskap som finns för att förhindra smittspridning av MRSA.

Metod

Projektet har genomförts i samverkan mellan Länsstyrelsen och Socialstyrelsen. Till projektgruppen har adjungerats hygiensjuksköterskan för Göteborgs kommunala hälso- och sjukvård. Tillsynen har genomförts i enlighet med utarbetade tillsynsmetoder samt strukturerade formulär.

De särskilda boenden i Göteborgs stad och kranskommunerna Kungälv, Ale, Lerum, Partille, Härryda och Mölndal, som har mer än 50 platser per boende har ingått i verksamhetstillsynen. Granskningen har skett genom att:

1. Två enkäter har skickats ut. En till berörda verksamhetschefer/enhetschefer och en annan till patientansvariga läkare vid 66 särskilda boenden i Göteborgsområdet.
2. Besök av Socialstyrelsen och Länsstyrelsen vid tre särskilda boenden där personer med MRSA vistas. De boenden som besöktes var Svartedalens sjukhem, Åkerhus och Vegahuset i Göteborg. Vid besöken intervjuades 14 anställda på olika nivåer utifrån strukturerade frågeformulär. På de tre boendena identifierades fem personer med MRSA, varav tre intervjuades.
3. Granskning av de aktuella verksamheternas riktlinjer/PM eller liknande rörande vård av personer med MRSA.
4. Granskning av de aktuella personernas personakter och patientjournaler utifrån en strukturerad checklista.

Ett relativt begränsat antal verksamhetschefer/enhetschefer, vårdbiträdens/undersköterskors, läkares och sjuksköterskors erfarenheter av och kunskaper om vård av personer med MRSA bildar utgångspunkten för resultatet. Bedömningarna grundar sig på Socialstyrelsens och Länsstyrelsens tillsynserfarenhet och tillämpliga författningar inom området.

Resultat

Socialstyrelsens och Länsstyrelsens utgångspunkter:

En bra fysisk miljö är en förutsättning för en god äldreomsorg. Särskilda boendeformer, verksamheter enligt 7 kap. 1 § p. 2 Socialtjänstlagen (2001:453), SoL, skall vara fullvärdiga bostäder med eget rum, toalett, dusch och kokmöjligheter. Undantag görs när det gäller personer med demens. I propositionen 1996/98:124, ”Ändring i Socialtjänstlagen”, anges: ”När man inte kan bo kvar i det egna hemmet måste, enligt regeringens mening, det särskilda boendet – oavsett vad det kallas – kunna erbjuda en god vård som beaktar den enskildes behov av självbestämmande, integritet, trygghet och livskvalitet”. I propositionen 1997/98:113, ”Nationell handlingsplan för äldrepolitiken”, anges att med fullvärdig bostad avses minst ett rum och kök eller ett och ett halvt rum och kokvrå. Avsaknad av toalett och dusch/bad anses utgöra brister i boendet.

Kraven på trygghet och integritet innebär att alla boende i äldreboende skall ha rätt och möjlighet att låsa om sig och att personalen på olika sätt skall visa den enskilde att detta är acceptabelt. Med integritet avses här respekt för den enskildes sociala, medicinska, psykologiska och existentiella behov. Självbestämmandet i vardagen skall vara lika stort som för äldre personer i eget boende. Avdelningens rutiner skall inte begränsa den enskildes möjligheter att påverka sin vardag.

När det gäller personer som är bärare av bakterien MRSA ska dessa ha samma möjlighet till fullvärdigt boende och kunna ställa samma krav på trygghet, integritet och självbestämmande som andra äldre.

En god kvalitet och kvalitetsutveckling inom äldreomsorgen har stor betydelse inte bara för den enskilde utan också för hur verksamheten kan värdera effekter och resultat samt för verksamhetens utvecklingsarbete. Det finns också ett behov av att kunna jämföra verksamheten med andra vårdgivare och kommuner. Kommunernas äldreomsorg skall därför omfattas av ett system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten enligt de krav som anges i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården, samt inom socialtjänstlagen (1980:20) samt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1998:8) om kvalitetssystem inom äldre- och handikappomsorgen.

För att tillgodose den enskildes behov, bibehållande av dennes resurser och livskvalitet etc. måste biståndsbeslutet överföras till en konkret arbetsplan. Syftet med planen är att göra insatserna tydliga för den enskilde/företrädaren samt att fungera som ett arbetsredskap för personalen, se 11 kap. 5 och 6 §§ SoL, samt ”Social dokumentation inom äldreomsorgen” (2000:52), Länsstyrelsen Västra Götaland

Av patientjournalagen (1985:562), PjL, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:20) om patientjournalagen framgår att journalen är till för dokumentation av vård, behandling och undersökning av patienter. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att föra patientjournal. En journal skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård. Kraven på dokumentation utgår från patientsäkerheten i vidaste bemärkelse, det vill säga inte bara från terapeutisk synpunkt utan även från diagnostisk. Hälso- och sjukvårdsinsatser ska planeras, genomföras och utvärderas och åtgärderna ska journalföras. En journal är viktig som ett arbetsverktyg eller underlag för bedömning av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som tidigare inte träffat patienten.

Både patientjournalen och den sociala dokumentationen utgör ett viktigt instrument i kvalitetssäkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit.

Verksamhetschefer/enhetschefer

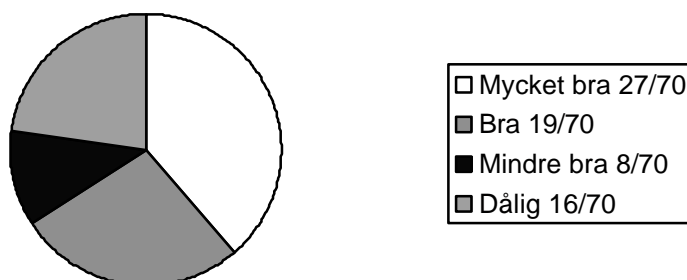
En enkät sändes ut till de ansvariga verksamhetscheferna vid de 66 särskilda boenden som utgjorde urvalet i tillsynsprojektet. Vissa av boendena var uppdelade i flera enheter med en verksamhetschef/enhetschef per enhet. Av de 70 chefer som har svarat på enkäten var 64 kvinnor och 6 män.

Avsikten med enkäten var att kartlägga boendestandard, möjligheter att vårda personer med MRSA på boendet, vilken information/utbildning man erhållit som chef och som erbjudits personal, vilken kännedom och kunskap man har om hygienrutiner och om Västra Götalands Regionens Handlingsprogram för MRSA m.m.

Av enkätsvaren från verksamhetscheferna framkommer att det vid tidpunkten för enkätundersökningen vårdades 5 personer med MRSA på 4 av de 66 särskilda boendena som ingick i granskningen. 18 verksamhetschefer har uppgivit att deras enhet tidigare har vårdat någon med MRSA.

Boendestandard

Diagram 1.(n=70) Chefernas bedömning av boendestandarden på de enheter de är chefer för.



Av verksamhetschefernas egna bedömningar av boendestandarden framkommer att 27 av 70 enhetschefer anser att standarden på de enheter som de är chefer över är mycket bra. 19 chefer anser att den är bra, 8 finner den mindre bra och 16 chefer anser att standarden är dålig. Av de enheter som hade dålig standard hade 7 enheter tidigare vårdat personer med MRSA. 13 enheter har uppgivit att det inte finns möjligheter att erbjuda enkelrum med egen toalett och dusch om en person med MRSA skulle bli aktuell för att flytta till boendet.

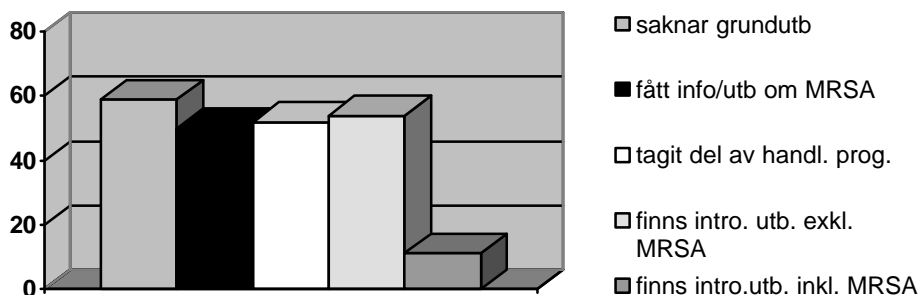
Av de 70 verksamhetschefer som svarat på enkäten har 19 uppgivit att deras enhet har flerbäddsrum. Alla enhetschefer har dock svarat att det på deras enhet finns möjligheter att erbjuda enkelrum. På merparten av de 19 enheterna som har flerbäddsrum kan de personer som bor där ändå ta emot besök i avskildhet. Av dessa 19 boendeenheter bedömde cheferna standarden som bra på 2 enheter, på 4 enheter ansågs den som mindre bra och på 13 att den är dålig.

Möjlighet att delta i aktiviteter

En av de 18 enheterna, som tidigare har haft personer med MRSA boende, uppger att personerna med MRSA inte deltog i de gemensamma måltiderna och/eller aktiviteterna. Vidare framkommer att det på en av de fyra enheter, som vid tiden för enkätundersökningen hade en boende med MRSA, deltog inte den aktuella personen i de gemensamma måltiderna pga. av att en sjuksköterska ansett att MRSA-patienter borde ha egna bestick och äta i sin egen lägenhet. På övriga enheter deltog personerna i alla olika förekommande aktiviteter på boendet.

Kompetens

Diagram 2. (n=70) Kompetensen rörande MRSA på de enheter som granskats (antal)



På 84 procent (59/70) av enheterna fanns det personal anställd som saknade grundutbildning för sitt arbete. När det gällde information/utbildning avseende vård av personer som är bärare av MRSA har ca 50 av 70 chefer uppgivit att de själva och den anställda vårdpersonalen erhållit sådan information/utbildning. Ca hälften av cheferna och vårdpersonalen hade erhållit sin information/utbildning från den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som ibland givit den tillsammans hygien-sjuksköterska och läkare. 52 av 70 enhetscheferna hade tagit del av Västra Götalandsregionens handlingsprogram för MRSA. Sex av cheferna och personalen vid tre enheter har även fått särskild information och genomgång av handlingsprogrammet i samband med att de fått utbildning/information om MRSA. 54 verksamhetschefer uppger att det på deras enhet finns en fastlagd introduktionsutbildning som alla nyanställda genomgår innan de påbörjar sin anställning. På 11 enheter ingår det i introduktionsprogrammet ett avsnitt om att arbeta med personer som är bärare av MRSA.

Arbetsledning

Av verksamhetscheferna som svarade på enkäten har 90 procent uppgivit att de eller någon annan arbetsledare finns tillgängliga för att handleda/vägleda enhetens personal i det dagliga arbetet. På 65 enheter får vårdpersonalen enligt sina chefer nödvändig information om de enskilda boendes behov av vård och omsorg. På 48 av de 65 enheterna ges informationen i form av muntliga rapporter. Vidare framgår att man i de flesta fall också kan ta del av den dokumentation som finns om den enskilde. I några enstaka fall har chefen uppgivit att information om den enskildes

behov av vård och omsorg lämnas i samband med introduktionen då man börjar arbeta på enheten.

Av de verksamhetschefer som svarade på enkäten har 65 procent uppgivit att det finns ett forum på deras enhet för diskussioner inom personalgruppen respektive mellan personalgrupper och/eller arbetsledningen rörande bemötande och omsorg om personer. Tillfällen för diskussioner ges på en majoritet av enheterna vid arbetsplatsträffar eller liknande personalmöten.

Vårdhygieniska rutiner

Tabell 1. (n=70) Förekomst av vårdhygieniska rutiner på särskilda boenden (procent).

Enheternas hygienrutiner	Enheter med rutiner	Enheter utan rutiner	Totalt
Rutiner för att förhindra MRSA-spridning	53 (76%)	17 (24%)	70 (100%)
Rutiner för samverkan med hygiensjuksköterska	52 (74%)	18 (26%)	70 (100%)
Rutiner för anhöriga med MRSA	23 (33%)	47 (67%)	70 (100%)

Av ovanstående tabell framgår att 76 procent (53/70) av verksamhetscheferna uppger att man har rutiner på enheten för att förhindra spridning av MRSA inom och mellan olika särskilda boendeformer samt till sjukhus/annan vårdnivå. En nästan lika stor andel (52/70) av cheferna uppger att det också finns rutiner för samverkan med hygiensjuksköterska, medan bara en tredjedel (23/70) av cheferna uppger att det också finns särskilda rutiner och/eller regler för anhöriga till en boende som är bärare av MRSA. Vidare framkommer av enkätsvaren att 93 procent (65/70) chefer känner till uttrycket "barriärvård", se Socialstyrelsens rapport 1998:12, "Att förebygga infektioner i vården", nr 2.

73 procent (51/70) av cheferna har uppgivit att det på deras enhet, utifrån den arbetsorganisation och bemanning som gäller på det boende de är chefer för, är arbetsorganisationen upplagd så att vårdpersonalens arbetsuppgifter omfattar såväl matlagning som blöjbyten, sårömläggningar etc. under ett och samma arbetspass. Trots de svårigheter detta kan medföra uppger 83 procent (58/70) av cheferna att det ändå finns möjligheter till att efterleva rutinerna för att förhindra smittspridning på boendet. Av dem som svarat att det inte finns sådana möjligheter, uppger flera att det beror på att man har flerbäddsrum, saknar hygienutrymmen och utrymmen för städ och skölj. På frågan om verksamhetscheferna anser att den verksamhet som man är chef för har de resurser och den kompetens som behövs för att ta emot en person, som är bärare av MRSA, för vård på boendet, svarade 17 procent (12/70) av cheferna att man inte hade de resurser och den kompetens som krävs.

De 22 enheter, som har eller har haft personer boende med MRSA, svarade annorlunda på frågan om de hade resurser och kompetens för att vårda personer med MRSA. Cheferna på dessa enheter uppger att man kan erbjuda enkelrum med

egna hygienutrymmen, och de har tagit del av "Handlingsprogrammet för MRSA". De känner till uttrycket "barriärvård", och det finns vårdhygieniska rutiner. Av svaren framkommer att det på dessa enheter även finns en utvecklad samverkan med hygiensjuksköterskor och medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Även om standarden bedömdes som dålig på 7 av de 22 enheterna anser man på 6 av de 7 enheterna att man ändå har vårdhygieniska rutiner, och att det finns möjligheter att efterleva rutinerna för att förhindra smittspridning på boendet. En av cheferna, som varken hade rutiner eller som tyckte att det finns praktiska möjligheter att efterleva rutiner, uppger att det beror på att det finns flerbäddsrum på boendet och att det saknas hygienutrymmen.

Socialstyrelsens och Länsstyrelsens kommentarer:

Det är en stor brist att det fortfarande inte är möjligt för alla att få en egen lägenhet i ett särskilt boende i Göteborg. Det innebär att de nationella målen om att åldras i trygghet och ha inflytande över sin vardag inte kan uppfyllas. För de personer som är bärare av MRSA är det särskilt olyckligt att inte erbjudas en egen lägenhet eller åtminstone eget rum och eget hygienutrymme. Att det förekommer att personer med MRSA blir isolerade från sociala aktiviteter och gemenskap är anmärkningsvärt.

Det är beklagligt att det tio år efter Ädelreformen och statliga stimulansbidrag till kommunerna fortfarande finns särskilda boenden med flerbäddsrum som inte ger boende och närstående tillfällen till avskildhet eller privatliv. Socialstyrelsen och Länsstyrelsen konstaterar att när det gäller ombyggnation av de gamla sjukhemmen i Göteborg, har utvecklingen inte gått i önskvärd takt. Dessutom är det svårt att ha en godtagbar kvalitet i det medicinska omhändertagandet av personer med MRSA inom särskilda boenden med en sämre boendestandard. Eget rum och eget hygienutrymme är nödvändigt för att vårdkvaliteten ska uppnå en tillfredställande nivå. Alternativet är att personer med MRSA riskerar att onödigt länge få vistas inom akutsjukvården med allt som det medför av dålig livskvalitet för den enskilde. Dessutom är det mycket kostsamt för samhället.

Av granskningen framkommer tydligt att kompetensfrågorna är ett förbättringsområde på de särskilda boenden som deltagit i undersökningen. På 84 procent av enheterna fanns personal som saknade grundutbildning. 16 av 70 verksamhetschefer uppger att det på deras enhet inte finns en fastlagd introduktionsutbildning som alla nyanställda genomgår innan de påbörjar sin anställning. Endast på 11 enheter ingår det i introduktionsprogrammet ett avsnitt om att arbeta med personer som är bärare av MRSA. 24 procent av enheterna saknar vårdhygieniska rutiner och 26 procent har ingen samverkan med hygiensjuksköterska. På en majoritet av boendena är arbetsorganisationen upplagd så att vårdpersonalens arbetsuppgifter omfattar såväl matlagning som blöjbyten, såromläggningar etc. under ett och samma arbetspass. För att förhindra spridning av MRSA, krävs att vårdpersonal har kunskaper om grundläggande hygienrutiner. Saknas kompetens om hygien liksom rutiner för att förhindra smittspridning kan det få katastrofala följder för de äldre som bor där. Behovet av att utveckla både arbetsorganisation som kompetenshöjande åtgärder är därför viktig.

Vikten av den medicinskt ansvariga sjuksköterskans samverkan med de särskilda boendena för att påverka och delta verksamhetens kvalitetsstyrning och i det medicinska säkerhetsarbetet kan inte nog poängteras. När denna samverkan finns och fungerar ger den ökad kunskap och säkerhet hos verksamhetschefer/enhetschefer och personal.

Tillfredsställande är dock att de enheter i undersökningen som tidigare hade vårdat, eller som då enkäten genomfördes vårdade personer med MRSA, hade både resurser och kompetens för att vårda dessa personer. Enheternas kompetens och handlingsberedskap var hög för att vårda personer med MRSA pga de utbildnings- och informationsinsatser som genomförts och den erfarenhet enheterna själva skaffat sig genom att vårda personer med MRSA.

Läkare

Samtidigt med enkäten till verksamhetscheferna vid de 66 särskilda boendena skickades också en enkät till de patientansvariga läkarna på boendena. Avsikten med enkäten var att kartlägga vilken utbildning som berörda läkare fått samt vilken kännedom och kunskap de har avseende vårdhygieniska rutiner, Västra Götalands "Handlingsprogram för MRSA" samt om diagnostik vård och behandling av patienter som är bärare av MRSA-bakterier.

Enkäten innehöll frågor om utbildningsnivå, kännedom om vårdhygieniska rutiner och provtagningsrutiner m.m. Enkäten besvarades av 41 läkare, varav 21 var kvinnor och 20 var män.

Erhållen utbildning/information om MRSA

Vid enkätundersökningens genomförande hade 10 av 41 läkare vårdat eller vårdade någon eller några patienter med MRSA. Av de 41 läkarna hade 7 fått särskild riktad utbildning avseende MRSA från infektionskliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra. Nästan lika många läkare hade fått utbildning av Smittskyddsenheten. 6 läkare hade erhållit särskild information från MRSA-projektet, och 5 läkare hade fått information från infektionskliniken. 30 av läkarna uppgav dock att de inte alls hade fått någon utbildning/information om MRSA. Av enkätsvaren framkommer även att de läkare som hade haft eller har ansvar för patientgruppen hade fått utbildning och information i högre utsträckning än de som saknade erfarenhet av vård av dessa patienter.

Kompetens

Socialstyrelsen anser att en läkare som arbetar inom äldreården ska kunna ta ett helhetsansvar för en MRSA-patienters vård och kunna arbeta för att begränsa smittspridningen av MRSA. För att kunna göra detta anser Socialstyrelsen att läkaren skall ha kunskaper om

- vårdhygieniska rutiner,
- vilka prover som behöver ordinerats om en patient med MRSA visar tecken på ny infektion och/eller behöver antibiotika,
- vilka åtgärder som behöver vidtas om en patient med MRSA behöver sjukhusvård.

Socialstyrelsen har gjort en bedömning av läkarnas kompetens gällande vård av patienter med MRSA utifrån läkarnas enkätsvar. Svaren har Socialstyrelsen graderat efter hur väl kända framtagna riktlinjer och rutiner är och tillämpas av läkarna. Bedömningen av de inkomna svaren har Socialstyrelsen grundat på den kunskap som idag finns framtagna av professionen avseende smittspridning av MRSA.

Av de 41 läkare som svarade på enkäten klarade 18 läkare Socialstyrelsens ovan angivna krav på kunskaper. 6 läkare saknade emellertid helt kunskaper på ovanstående tre punkter. Ingen av dessa 6 läkare hade vårdat någon MRSA-patient

tidigare. Det förkom ingen skillnad i kunskaper beroende på om läkarna hade erhållit särskild utbildning/information om MRSA eller ej.

Tabell 2. (n=41) Antal läkare och fördelningen av deras kunskaper om vård av MRSA-patienter utifrån Socialstyrelsens bedömning.

	Vårdad MRSA		Ej vårdad MRSA		Totalt	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Hygienkunskap	9	1	20	11	29	12
Provtagningskunskap	6	4	17	14	23	18
Kännedom om åtgärder vid intagning på sjukhus	9	1	15	16	24	17

Av ovanstående tabell på fördelningen av kunskaper inom de tre områden som Socialstyrelsen anser att man skall ha kunskaper om, kan ses att det förhållande att man vårdar eller har vårdat någon patient med MRSA tycks öka läkarnas kompetens. Av dessa läkarna klarade 6 av 10 de kunskapskrav som Socialstyrelsen ställer. Av de 31 läkare som inte vårdat patienter med MRSA uppfyllde bara 12 Socialstyrelsens krav.

Socialstyrelsens kommentarer:

De läkare som hade haft eller har ansvar för patientgruppen hade fått utbildning och information i högre utsträckning än de som saknade erfarenhet av vård av dessa patienter. Dock borde samtliga läkare ha känt till hur dessa patienter skall behandlas enligt det gällande "Handlingsprogrammet för MRSA" inom Västra Götaland. Socialstyrelsen bedömer att i gruppen läkare som inte vårdat eller vårdade patienter med MRSA hade knappt hälften av de tillfrågade läkarna tillräcklig kännedom om utredning och behandling av patienter med MRSA samt om framtagna riktlinjer från Västra Götalandsregionen.

Sammanfattningsvis gör Socialstyrelsen bedömningen att läkare inom primärvården i Göteborgsområdet i alltför stor utsträckning saknar kännedom och kunskap om hur MRSA patienter skall vårdas avseende hygien, provtagning och vilka åtgärder som behöver vidtas om patienterna är i behov av sjukhusvård. Socialstyrelsen anser därför att utbildningsinsatserna inom detta område behöver förstärkas.

Fördjupad tillsyn av tre särskilda boenden

Socialstyrelsen och Länsstyrelsen genomförde tillsynsbesök på tre av de särskilda boenden som ingick i urvalet, och som vårdade personer med MRSA. Vid de tre boendena intervjuades totalt 14 personal (9 vårdbiträden/undersköterskor och 5 sjuksköterskor). Samtliga intervjuad personal var kvinnor. På boendena bodde fem personer som var bärare av MRSA. Tre av dem kunde intervjuas. Hälsotillståndet hos de övriga två tillät inte intervjuer. Vid en av intervjuerna deltog en närstående som stöd till personen med MRSA. Den närstående framförde även egna synpunkter. Svaren som redovisas från intervjuerna bygger på en sammanvägning av svaren från närstående och boende. Av redovisningen framkommer att Socialstyrelsen och Länsstyrelsen i vissa fall har bedömt och tolkat några av intervju svaren.

Standarden var mycket bra på ett av de granskade boendena. Alla personer som bodde på detta boende hade egna lägenheter. Det fanns dock möjligheter att erbjuda eget rum med eget hygienutrymme på alla de tre besökta särskilda boendena. Men på ett av boendena kunde de som fått eget rum råka ut för att tvingas dela på sitt hygienutrymme med en annan person som bodde på ett intilliggande rum, och på ett av boendena var merparten av rummen flerbäddsrum där man delade på hygienutrymmen. Alla personer med MRSA som bodde på de tre granskade särskilda boendena hade emellertid prioriterats och fått egna rum med egna hygienutrymmen. Däremot kunde man på det boende som hade övervägande flerbäddsrum inte bereda plats på det boendet för någon ytterligare person med MRSA pga. att det inte fanns tillgång till fler egna rum med tillhörande hygienutrymme. Där var det heller ingen bra boendemiljö i övrigt enligt den intervjuade personalen.

Vid intervjuerna framkom att det på två av enheterna fanns möjligheter att erbjuda avskildhet vid besök till den boende ifall personen i fråga inte hade fått tillgång till eget rum eller lägenhet. Den ena av de två personerna med MRSA, som intervjuades på det särskilda boendet som hade flerbäddsrum, tyckte att det var bra att ha fått ett enkelrum, men att det ändå inte att det var hemligt på boendet. Den andra kände sig isolerad pga sin MRSA-smitta Endast en av de 3 intervjuade personerna med MRSA, hade kunnat välja var han/hon ville bo. De andra två uppgav att de hade fått ta det som erbjöds dem. De uppgav dock att de till viss del hade kunnat påverka hur de hade det på boendet.

Vid intervjuerna med personalen på de tre granskade boendena framkom att all personal hade fått utbildning/information om MRSA från MRSA-projektet, hygiensjuksköterska, MAS och läkare. Alla intervjuade sjuksköterskor på de tre boendena hade mycket god kännedom om "Handlingsprogrammet för MRSA" och om enhetens rutiner för att förhindra smittspridning. På två boenden hade även vårdbiträden/undersköterskor kännedom om handlingsprogrammet och om boendets rutiner, men på det tredje boendet var varken handlingsprogrammet eller boendets vårdhygieniska rutiner kända trots att man hade fått utbildning/information om MRSA. Detta boende var samtidigt det bäst rustade boendet för att ta emot personer med MRSA med tanke på att boendet hade en hög boendestandard med små egna lägenheter.

Tabell 6. Uppgifter om erhållen utb/information, förekomst av introduktionsprogram för nyanställda, kännedom om handlingsprogram för MRSA samt kännedom om rutiner för att förhindra smittspridning på respektive boende.

	Boende 1	Boende 2	Boende 3
Har erhållit utb/inf om MRSA	Ja	Ja	Ja
Förekomst av introd.pr. för nyanställda	Ja	Ja	Ja
Förekomst av introd.pr. inkl. MRSA	Ja	Ja	Nej
Kännedom om Handlingspr. För MRSA	Ja	Ja	Nej
Kännedom om rutiner för smittspridning	Ja	Ja	Nej

Vid intervjuerna av personal på de tre boendena framkom att det inte fanns några särskilda regler eller rutiner för anhöriga till personer som är bärare av MRSA, men från de intervjuade personerna med MRSA och en närstående fanns en uppfattning om att det ändå fanns rutiner och regler som gällde för närstående. På ett boende

uppgav personalen att man i stället för rutiner ägnade närstående särskilt mycket tid för information etc.

När det gällde boendenas gemensamma aktiviteter som måltider, sammankomster m.m. uppgav vårdpersonalen på två boenden att de boende alltid deltar i dessa oavsett om man har MRSA eller inte. På ett boende uppgav både personal, den boende och dennes närstående att det inte förekommer några aktiviteter på boendet. På det tredje boendet bedömde Socialstyrelsen och Länsstyrelsen av intervjuvaren att de anställda var rädda för att bli smittade. På det boendet hade MRSA-smittade fått äta på sitt rum när hon/han varit dåliga. Sjuksköterskan på detta boende bekräftade också att det där fanns personal som var rädda för att bli smittade av MRSA. Hon menade att rädslan föder en risk för att det ska uppstå brister i bemötandet, och att man därför borde avsätta extra tid för relationerna och kommunikationen mellan personal och ledning. På detta boende fanns det enligt de intervjuade inget särskilt forum för diskussioner mellan personal och arbetsledning om bemötande och omsorg rörande personer som är bärare av MRSA. Som framgår av tabell 6 fanns det heller inte något introduktionsprogram för nyanställda där information om MRSA ingick. Sådana introduktionsprogram och forum för diskussioner mellan arbetsledning och personal fanns däremot på de övriga två granskade boendena.

Dokumentation

Social dokumentation

På de besökta boendena fanns en viss social dokumentation. Någon konkret arbetsplan för de sociala insatserna fanns inte. Ingen av de intervjuade personerna med MRSA och deras närstående hade varit med om någon planering av vården.

Patientjournaler

Socialstyrelsen har granskat fyra omvårdnadsjournaler som förts av sjuksköterskor och fyra medicinska journaler som förts av läkare avseende patienter med MRSA som bor eller har bott på de tre besökta särskilda boendena. I tre av fyra omvårdnadsjournaler fanns det en vårdplan innehållande problemformulering, målformulering, planerade och genomförda åtgärder samt vårdens resultat. Sociala insatser var delvis dokumenterade i journalerna. Av tre läkarjournaler framgick att det endast gått en vecka sedan senaste läkarbesöket. Journalerna innehöll uppgifter om anamnes, status, bedömning, planerade och genomförda åtgärder.

Länsstyrelsens och Socialstyrelsens kommentarer:

Av granskningen framkommer att på de tre boendena som varit föremål för en fördjupad tillsyn fanns en god handlingsberedskap för att vårda personer med MRSA hos både ledning och vårdpersonal. Sjuksköterskorna och läkarna vid dessa boenden hade en hög kompetens rörande vård av MRSA-patienter. De särskilda insatser som genomförts till ledning och personal rörande vård av MRSA-patienter hade medfört att dessa enheter hade en högre kompetens än övriga enheter i Göteborgsområdet som deltagit i undersökningen. Det medicinska omhändertagandet var högre på dessa tre enheter. Även om det fanns en varierande boendestandard hade de tre enheterna prioriterat eget rum och eget hygienutrymme för berörda personer med MRSA som de vårdade.

På det särskilda boende med den högsta boendestandarden saknades dock kännedom om både hygienrutiner och Handlingsprogram för MRSA hos socialtjänstpersonalen trots att man genomfört utbildnings- och informationsinsatser. Sannolikt har avsaknad av både forum mellan ledning och personal rörande bemötande och omsorg av personer som är bärare av MRSA, samt avsaknad av introduktionsprogram för nyanställda, där information om MRSA ingår, bidragit till att det på denna enhet fanns en uttalad osäkerhet och en rädsla för smitta hos personalen. På detta boende hade det fått negativa konsekvenser i form av social isolering i vissa situationer för den person med MRSA som bodde där.

Återkommande utbildning/information som prioriteras av ledningen kan komma tillrätta med ovanstående problem. Det finns annars risk för att de personer som är bärare av MRSA och deras närstående bemöts och behandlas på ett sätt som äventyrar deras trygghet, självbestämmande och delaktighet i samhället. Det är därför särskilt angeläget att föra diskussioner mellan personal och ledning samt att en individuell planering görs som kan motverka detta. För att kunna respektera den enskildes integritet och självbestämmande fullt ut måste alla verksamheter inom äldreomsorgen ha system i form av individuell planering för att få kunskap om dennes sociala, medicinska, psykologiska och existentiella behov och önskemål om hur dessa kan tillgodoses. Detta är inte minst viktigt för de personer som är bärare av MRSA. I en individuell plan bör också frågan ställas vad den enskilde tycker är viktigt att själv bestämma över.

I alla 8 granskade patientjournaler var väsentliga delar rörande MRSA-vården dokumenterad. Alla 4 läkarjournalerna och de 4 omvårdnadsjournalerna var sammantaget förda på ett acceptabelt sätt.



LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALAND
Socialenheten

Södra Hamngatan 3, 403 40 GÖTEBORG
Telefon 031-60 50 00, Fax 031-60 51 41. ISSN 1403-168X