



Nikolakonferensen, Djurönaset 25-26/10-2012

Torsdag 25/10

Start med god lunch

Inledning Agneta Zaar

Agneta välkomnar till årets konferens och hälsar alla och framför allt alla nya deltagare. Hon inledde med en odysseé kring vad som gjorts inom och via Nikola sedan starten.

Vad tycker nordbon om urininkontinens och blåsproblem? Märta Lauritzen

Märta berättar om resultatet från en nordisk (Sverige, Danmark, Norge och Finland) enkätundersökning. Totalt svarade 6.462 st respondenter. Fokus har legat på den enskildes upplevelser kring av sitt läckage, påverkan på socialt liv, arbetsliv, samliv och strategier för att klara vardagen på ett så bra sätt som möjligt. Även hur stödet från hälso- och sjukvården är och om läkare ska vara mer aktiva inom urinläckageområdet.

Undersökningen ledde till flera artiklar och reportage i stora tidningar som DN, Svenska Dagbladet, kvällstidningar mm.

Se Powerpoint.

Påverkas samliv och psykosocialt välbefinnande hos kvinnor med urininkontinens och deras partners? Margareta Nilsson,

Margareta berättar om artikel I, II och III. Mycket kort återberättat så påverkas kvinnornas upplevelser kring sig själva som partner mer negativt än vad deras partner, mannen, upplever utifrån läckaget. Faktorer som påverkar negativt på den sexuella lusten visar sig vara; otillfredsställande egen psykiska hälsa, Nedsatt lubrikation och sjukdom/besvär hos partnern. Området missnöjdhet med sexlivet i relation med urininkontinens/trängningar visade sig vara otillfredsställande egen psykiska hälsa, nedsatt orgasmförmåga och oro för läckage vid sexuell aktivitet.

Samt Ett år efter inkontinensoperation – hur har kvinnorna det som inte blivit botade? Margareta Nilsson,

Margareta beskriver Gynop-registret där 39 av 57 opererande enheter är anslutna. Ca 3000 inkontinensoperationer utförs varje år och patienter besvarar enkäter före operation, efter 8 veckor och efter ett år. Tre operationsmetoder använd TVT (n=2059), TVT-O (n=797) och TOT (n=478). 29% hade någon form av läckage efter ett år. Skillnaden mellan negativ påverkan av läckaget före op och ett år efter op visar på en signifikant skillnad ($p < 0,001$). Även bland de kvinnor som fortfarande läckte vad det dock bara 18% som var missnöjda med sin operation. Orsaker till detta visade sig vara; vid stigande ålder, högre BMI, vid trängningsläckage och att fler var botade med TVT-metoden i relation mot TOT-metoden.

Se Powerpoint.

Kartläggning av kateterbehandling på Karolinska Universitetssjukhuset, Märta Lauritzen

Märta inleder med att KAD är den vanligaste orsaken till vårdrelaterad urinvägsinfektion (VUVI). Syftet var att undersöka kunskapsläget och rutinerna kring katetrar och kateteranvändning samt att skapa förutsättningar för att utarbeta och sprida vårdprogram och som underlag för vidare analytiska studier.

Av totalt 4403 enkäter fick de in 1846 st svar varav 1553 blev kvar efter att exklusionskriterier tillämpats. Resultatet visade att 86% av KAD ordinerades av läkare eller via lokal riktlinje, 48% svarade att det är usk som sätter KAD men att 58% av läkarna tror det är ssk som gör det och 80% av usk säger att det oftast er dom som sätter KAD. Se bild kring behandlingsval i Powerpoint. Resultatet visade även att det finns en begreppsförvirring kring renhetsgrad och sterilitet i samband med KAD-behandling. Även kring dokumentationen framkommer en viss förvirring om vem som dokumenterar i journalen, läkare eller ssk. När det gäller orsaker till byte av KAD i samband med antibiotikabehandling mot UVI så uppger bara ett fåtal att det alltid gör eller oftast. Så där finns en stor kunskapslucka vad gäller antibiotikans möjligheter att tränga igenom biofilmen runt KAD. Märta beskriver biofilmen som en "kuvös" för bakterier.

På Karolinska Universitetssjukhuset finns det olika system där KAD dokumenteras som innebär att en helhet är svår att uppnå – vilket framkommer i resultatet att 15% inte vet vem som ansvarar för KAD-avvecklingen. För att pusslet ska bli helt behövs det en tydlig kedja från ordination till avveckling och vem som gör vad i detta.

Kontakta gärna Märta vid frågor marta.lauritzen@karolinska.se

Gott Fika

Utredning och behandling lönar det sig? Gunnel Andersson

En hälsoekonomisk analys av insatser vid urininkontinens. Ledningen ville spara pengar. Man kan spara genom att göra rätt saker. Örebro läns landsting. 19 miljoner per år. Konsekvenser på miljö och samhällsekonomi. Särskilda boenden – man skriver hellre ut ett skydd än utreder? Studier visar att vården befäster inkontinens istället för att behandla den. Låg förväntas på att kunna bota inkontinens, tidsbrist. Vad kan man göra? Bäckenträning, Beteendeträning, Kirurgi.

Hälsovinster: QALY= kvalitetsjusterade levnadsår

Ett år fri från sjukdom och besvär =1,

Sämsta tänkbara hälsa motsvarande död = 0

Urininkontinens = 0,025 (WHO:s värde)

Vad kostar en behandling och vad kostar en behandling och skydden? Slutsatsen är att det alltid finns ekonomisk vinst med en behandling samt en hälsovinster för den enskilde – mot att bara låta behandlingen vara ett skydd.

Hur kan man använda hälsoekonomiska studier som argument för att utreda och behandlas? Alla tänker på sin ekonomi inte som en helhet i hela hälso- och sjukvården. Statusen på inkontinensvården i varje verksamhet är avgörande. Vårdval kan både förbättra statusen och försämra den enl. exempel i salen. Positivt att titta på detta – det ligger i tiden. Fortsätt att jobba. Se Powerpoint.

Utblick i världen

Rose-Marie Adler Eva-Lena Andersson berättar om GFI – 31 länder representerade.

Axplock: Kina: 430 miljoner över 60 år. Italien: Personer med ink. Har lägre livskvalitet – men att den kan förbättras. Stort globalt problem, genitiken är inblandad också – man ska välja sina föräldrar, riksfaktorer, graviditet och förlossning, ålder – men inte pga menopaus, kognitiva förändringar, samt ökning av BMI. Blåsträning bland barn där det fanns en ökning där barn tvingats till för tidig pott-träning, problem tidigt i livet kring kontinensen gav ökad risk senare i livet, fall och frakturer ökar bland de som har urininkontinens – pga trängningar.

Se Powerpoint.

Birgitta Lindehall berättar om RBU International Conference for Spina Bifida and Hydrocephalus -

juni i Stockholm. 32 länder deltog. Konferensen enl. modellen Finding our way. Hur fånga upp barnen och deras föräldrar? Workshops, öppna och stängda föreläsningar. Många olika medicinska föreläsningar. Paneldiskussioner mm. Konferensen hade en stor social uppgift.

Se Powerpoint.

Gunnel Andersson berättar om Urininkontinens hos äldre – och kommande SBU-rapporten.

Rapporten är på gång. Bör vara klar till sommaren 2013. Få artiklar och de är tyvärr av dålig kvalitet.

Få randomiserade studier. Ofta för få deltagare, mer än 40 behövs. Toalettassistans finns få bra studier – vilket är mycket bekymmersamt. Rapporten kommer att rekommendera åtgärder – men att bevisbördan är dålig. Gamla rapporten är 12 år gammal och tyvärr så har det inte hänt så mycket sedan dess.

Nikola på Facebook, Håkan Leander.

Vad är ett nätverk? Hur kan vi förenkla möten mellan konferenserna? Men det finns sätt. Facebook (FB). Skapat en sluten grupp på FB som alla som är med i nätverket kan gå med i. Det är enkelt.

1. Skapa ett eget Facebook-konto.
2. Skriva adressen i Agnets brev, inbjudan till FB
3. Bli accepterad – av Håkan
4. Sedan är det bara att börja nätverka.

Se Powerpoint . Brev kommer från Agneta Zaar med inbjudan.

Agneta Sandberg, om vad Nikola ska jobba med i framtiden.

- Vad har Nikola uträttat?
- Vad är aktuellt just nu?
- Vad ska Nikola arbeta med i framtiden? Hur ska Nikola utvecklas?

Diskussion kring borden där anteckningar gjordes på ”notisar” och placerades på tavlan. Efter konferensen samlades alla notisar ihop av IA gruppen som åtar sig att sammanställa och se vad som är möjligt att förverkliga.

Se Powerpoint.

Avtackning av Agneta Zaar

Trevligt mingel och middag för alla

Fredag 26/10

Fantastisk frukost

Arbetsgruppernas presentationer

Utbildningsgruppen, Birgitta Lindehall

Gruppen är stor. De har identifierat olika problemområden. Vem äger problemet exv. när vi ska hantera patienter med blås och tarmproblem. Kunskapen och vad som ingår under utbildning på exv. högskolor? Vad kan man göra? Tagit med patientföreningarna.

Skrivit till Soccialstyrelsen mm.

Se Powerpoint.

Guiden, Agneta Zaar

Varför ska man kvalitetssäkra och hur gör man? Behov av en interaktiv utbildning. En kombination mellan guide och utbildning kring kvalitetsprogrammet. Intyg kan genereras på slutet.

Se Powerpoint och så klart på Nikola.nu.

Nya webbsidan,

Agneta Sandberg – visar ett förslag på nya webben där de olika delarna, barn, vuxen, äldre osv.

Blanketterna kommer att kunna filtreras bättre, män/kvinnor.

Barnsidorna har samma upplägg som vuxensidan. Barnsidan innehåller många frågor och svar med fördjupning inom respektive område.

Håkan håller på att lära sig hur man kan få fram hur många besökare webben har och hur länge de stannar etc.

Fråga: Diskussion kring om det inte bör vara olika för vad som gäller på Vårdcentral och Specialistmottagning.

Se Powerpoint .

Klara krav, Håkan Leander

Önskemål att det behöver uppdateras.

Klara krav riktar sig till upphandlare. Vad krävs då? Vilka använder sig av det, vad behöver revideras, behövs det nya områden. Arbetet startar efter årets möte. Inbjudan att arbeta i gruppen kommer att skickas ut till nätverket.

Se Powerpoint.

Urininkontinens i Öppna Jämförelser, Marianne Lidbrink Socialstyrelsen

Behov av kunskap, analysredskap som Analyshandboken. Kan laddas ner på webben.

Ett test om man kan svara på frågorna o kommande öppna jämförelser som gått ut till landets MAS:ar.

ÖJ är i sin linda och en ständig utveckling pågår. Nya indikatorer håller på att utvecklas och nu har det tagits fram inom inkontinensområdet. Dokumentationen behöver utvecklas för att man ska veta vad som gjorts och vad insatsen hade för resultat/effekt.

Vad är ÖJ? Enkäter till äldre, Kvalitetsregister, Soc.sty. statistik samt kommun- och enhetsundersökning. Äldreguiden ska göras om till 2013 så att den blir mer lättillgänglig för allmänheten, brukare och patienter.

Nästa vecka går enhetsundersökningen till över 5500 enheter i landet. Där ingår inkontinens med för första gången.

Marianne beskriver kunskapshjulet . Det blir dock ingen förbättring utan analys av resultatet. Hjälpen finns i Analyshandboken. De nya indikatorerna togs fram samt ett kunskapsunderlag. Pilottest till några kommuner och sedan en bredare test till MAS:arna – om de kan svara på frågorna.

Marianne beskriver hur processen gick till för att få fram indikatorerna och resultaten från testen med MAS:arna.

Publicering under maj månad 2013 och i ÖJ, inte i Äldreguiden – för att svaren är i första hand till professionen för utveckling av verksamheten.

Datasystemet behöver anpassas så att det blir mindre handarbete ute i kommunerna för att få fram uppgifterna. Dokumentationen behöver utvecklas så att automatuttag kan göras. Krav på dataleverantörer så att det går att få fram data i vården.

Se Powerpoint .

Senior alert, Joakim Edvinsson, Anders Engelholm

Vad är Senior alert? Se det invanda med nya ögon. Kan man göra saker p ett annat sätt och uppnå nya och bättre resultat. Se patienten, Lilly. Få till ett systematiskt arbetssätt. Hitta risker, sätta in åtgärder, följa upp dem och se vilka resultat de givit. Mindre fall, inga trycksår, ingen undernäring och god munhälsa. Många äldre har alla risker.

Bättre liv för sjuka äldre. Nationella satsningen som ska göra skillnad för de mest sjuka, sköra äldre i vårt land.

Ny modul i Senior alert som bygger på att stimulera till teamarbete, samt att identifiera de som har ett läckage, hur basal utredning genomförs, åtgärder sätts in och utvärderas. Åtgärderna ska vara evidensbaserade.

Se Powerpoint .

Hattstugan, Delaktighet och engagemang grunden för god vård, Jane Lindell Ljunggren

Se Powerpoint. Viktigt att se personen bakom det sjuka. Hattstugan – ett privat boende som ägs av Jane och hennes syster och de 10 platserna köps Gottlands kommun. Personalen är ”boendeassistenter” för att vi de ser att de arbetar med att assisterar de äldre. Även pensionärer deltar i arbetet samt fyrbenta medarbetare, hund och katter.

Allt utgår från den enskildes behov – de bor där och personalen är gäster och bjuds in för att hjälpa den äldre utifrån behoven.

Jane berättar om mannen som cyklade, promenader med hunden 10 ggr per dag och de två äldre damerna från Stockholm som även de började cykla på träningscyklarna i vardagsrummet. Allt är möjligt.

Mycket låg sjukfrånvaro bland personalen.

Många av de som bor på Hattstugan kan inte säga till att de behöver gå på toa – men personalen ser när de börjar skruva på sig och då kan de hjälpa till. Att läsa av de äldres behov. De såg även att det användes mycket laxermedel och det vill de ända på. Så de började använda taktill massage. Alla som behövde fick det varje morgon. Även personal fick något tillbaka. Laxermedlen har minskat med 80%. Se det som en gåva att personalen får ge – är något som Jane berättar om när hon är ute och utbildad. Viktigt att den äldre får sitta länge på toa och få vara ifred.

Duka fint. Inte använda haklapp.

Personalen ska se sig själv som ett redskap. Medicin kan aldrig ersätta det. Hopp-tillit-trygghet. Att vara närvarande – städningen exv. göras en annan dag.

Levnadsberättelsen är en viktig utgångspunkt för att skraddarsyn genomförandeplanen.

Fall – kan den äldre hantera rollatorn? Använt högre RA-rollator istället. Har bara haft några få frakturer på 18 år. Få mediciner och nästa inga lugnande och inga sömnläkemedel.

Mathållning och livsmedelshygien. God ordning, kunna tvätta händerna. Men personalen kan hantera mat och all mat lagas på Hattstugan.

Jane visar ett bildspel från Hattstugan och avslutar med en berättelse ur boken ”Den öppna gylfen”.

Se Powerpoint och www.hattstugan.se

Nästa konferens

Agneta Zaar avslutar konferensen.

Utvärdering via e-post.

Nästa konferens blir på Djurönäset 10-11/10-2013.



Avslutning med en God lunch

Vid pennan Anders Engelholm