

Handläggare
Kristina Ström
Telefon: 08 508 23 504**Till**
Skärholmens stadsdelsnämnd
Den 23 februari 2017

Verksamhetsberättelse 2016 för medicinskt ansvarig sjuksköterska

Förvaltningens förslag till beslut

Skärholmens stadsdelsnämnd beslutar att godkänna verksamhetsberättelse 2016 för medicinskt ansvarig sjuksköterska och lägga den till handlingarna.

Susanne Leinsköld
StadsdelsdirektörKristina Ström
Medicinskt ansvarig
sjuksköterska

Sammanfattning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett ansvar för kvalitet och patientsäkerhet i de särskilda boendeformer där kommunen bedriver hälso- och sjukvård enligt 18§ hälso- och sjukvårdslagen. MAS ansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen och i patientsäkerhetsförordningen. I MAS arbetsuppgifter ingår bland annat att revidera och upprätta lokal regler för hälso- och sjukvård utifrån gällande lagstiftning.

För att säkerställa att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården får en god och säker vård har MAS under året följt upp hälso- och sjukvårdsindikatorer inom äldreomsorgens och socialpsykiatriens särskilda boenden. MAS har också gjort en kvalitetsuppföljning med instrumentet QUSTA på Sätra vård- och omsorgsboende. Verksamheten uppnår 98 procent av de ställda kraven på god kvalitet, vilket är förbättring i jämförelse med förra året. Resultatet av uppföljningarna visar att verksamheterna har goda förutsättningar att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett ansvar för kvalitet och patientsäkerhet i de särskilda boendeformer där kommunen bedriver hälso- och sjukvård enligt 18§ hälso- och sjukvårdslagen. MAS ansvar regleras i 24 § hälso- och sjukvårdslagen och 7 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen.

Ärendet

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett ansvar för kvalitet och patientsäkerhet i särskilda boendeformer där kommunen bedriver hälso- och sjukvård. Detta ansvar kan MAS inte delegera till någon annan. MAS har en oberoende ställning i organisationen och är organisatoriskt underställd stadsdelsdirektören.

Det medicinska ansvaret i kommunens hälso- och sjukvård innebär att vissa uppgifter som åligger MAS är undandragna verksamhetschefens ledning för hälso- och sjukvården. MAS utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera, följa upp och redovisa arbetet med berörda verksamheters kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård.

MAS är även en resurs för nämnden när det gäller upprättande av policydokument, samverkan med andra huvudmän, upphandling av hälso- och sjukvård, personalens sammansättning, kompetens och kompetensutveckling samt att medverka i kvalitets- och utvecklingsarbete.

Under året har MAS deltagit i uppföljningar av hälso- och sjukvården inom äldreomsorgens särskilda boenden i enlighet med stadens uppföljningsmall. De verksamheter som följts upp är dels stadsdelens verksamhet i egen regi, dels enskilda verksamheter med ramavtal om enstaka platser med Stockholms stad.

Lokala regler för hälso- och sjukvård har upprättats eller reviderats under året och lagts ut på intranätet.

Under året har MAS deltagit i möten med verksamhetschef och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på Sätra vård- och omsorgsboende. Syftet med dessa möten är bland annat att informera om och diskutera nyheter och förändringar som rör hälso- och sjukvård.

MAS samarbetar och deltar regelbundet i möten med verksamhetschef och enhetschefer på Sätra vård- och omsorgsboende i hälso- och sjukvårdsfrågor.

MAS samarbetar även med stadens medicinskt ansvariga sjuksköterskor och samverkar kontinuerlig med bland andra äldreförvaltningen, Vårdhygien i Stockholms län och ansvarig läkarverksamhet på Sättra.

MAS har deltagit i en central arbetsgrupp i staden under året avseende utvecklingen av det gemensamma fackspråket för hälso- och sjukvårdsdokumentation som infördes 2015. MAS har också varit delaktig i upprättandet av stadsgemensamma riktlinjer för logghantering och nationell patientöversikt (NPÖ) tillsammans med äldreförvaltningen.

MAS har även vissa arbetsuppgifter som inte ingår i MAS-uppdraget, till exempel som stadsdelens kontaktperson mot Tandvårdsenheten i Stockholms läns landsting. I uppgiften ingår bland annat att administrera berörd kommunal personal i landstingets IT- stöd Symfoni. MAS administrerar även behörigheter i landstingets webbaserade vaccinationsjournal Vaccinera för sjuksköterskorna på Sättra vård- och omsorgsboende.

De uppföljningar av hälso- och sjukvården som MAS gjort under året är uppföljning med instrumentet QUSTA på Sättra och uppföljning av utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer på Sättra och socialpsykiatriens profilboenden Solholmen och Frösättra.

Uppföljning enligt QUSTA

Under 2016 har MAS genomfört den årliga kvalitetsuppföljningen av hälso- och sjukvården på Sättra vård- och omsorgsboende. Uppföljningen har gjorts med kvalitetsinstrument QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar). Instrumentet är framtaget av medicinskt ansvariga sjuksköterskor från tio stadsdelar/kommuner i Stockholms län.

Syftet med kvalitetsuppföljningen enligt QUSTA är att se till att:

- patienterna får en god och säker vård av hög kvalitet¹,
- MAS lokala regler för hälso- och sjukvård följs, och
- verksamheten har upprättat lokala rutiner för att säkerställa hälso- och sjukvården i det särskilda boendet

De områden som granskats är kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal, läkemedelshantering, delegering, avvikelshantering, medicintekniska produkter, basal hygien, vård i

livets slutskede, inkontinens, trycksår, nutrition, fall och fallskador, demens, rehabilitering, munhälsa och dokumentation.

Vid årets uppföljning uppvisar i stort sett alla områden genomgående goda resultat, till exempel läkemedelshantering, delegering och demens. De områden som uppvisar något lägre poäng är inkontinens och munhälsa, vilket är samma resultat som förra året.

Uppföljningen visar att kvaliteten på den hälso- och sjukvård som bedrivs har förbättrats varje år sedan uppföljningen 2009 och uppnår 98 procent av de ställda kraven på god kvalitet. Vid förra årets uppföljning uppnåddes 97 procent.

Metod

Kvalitetsinstrumentet QUSTA bygger på att all hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kunskap om de lokala regler och rutiner som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen. Instrumentet omfattar frågor som rör vissa utvalda delar av den kommunala hälso- och sjukvården och består av två delar.

Den första delen innehåller frågor inom områden som regleras av lagar och förordningar. Den andra delen innehåller frågor som rör vård och behandling. QUSTA fastställer en gräns för vad som bedöms vara godkänd kvalitetsnivå.

Innan uppföljningen görs skickas instrumentet till verksamhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut/sjuktymnast som tillsammans svarar på frågorna. MAS sammanställer svaren och återkopplar därefter resultatet till verksamheten och diskuterar eventuella förslag till förbättringsåtgärder inom berörda områden med berörd personal.

Instrumentet består av 14 hälso- och sjukvårdsområden. Varje granskat område poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng.

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen görs digitalt i Stockholm stads verksamhetssystem Vodok. MAS granskar ett urval av hälso- och sjukvårdsdokumentationen minst en gång per år.

Det är viktigt att kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheten till ständig förbättring och vidareutveckling. Om verksamheten vid uppföljningen presenterar en kvalitet som överstiger den satta miniminivån lyfts detta speciellt fram i rapporten. Finns det brister ges förslag till förbättringsåtgärder.

I rapporten redovisas först en tabell över de granskade hälso- och sjukvårdsområdena. Tabellen visar resultatet av granskningen 2009, 2015 och 2016. Med anledning av det stora utvecklings- och förbättringsarbete som genomfördes under 2010 gjordes ingen granskning det året. Mellan åren 2011 till 2014 har resultatet fortlöpande förbättrats, från 83 procent till 94 procent.

Efter tabellen redovisas varje granskat område för sig med förslag till förbättringsåtgärder. Sist redovisas resultatet av årets dokumentationsgranskning.

Tabell över granskade hälso- och sjukvårdsområden på Sättra VoB

Maxpoäng 20 poäng per fråga	2009	2015	2016
Del 1: Frågor som regleras enligt lagstiftning och föreskrifter			
1. Kontakt med läkare m.fl.	18	20	20
2. Läkemedelshantering	9	20	20
3. Delegering	16	20	20
4. Avvikelsehantering	12	20	20
5. Medicintekniska produkter	16	20	20
6. Basal hygien	18	20	20
Del 2: Frågor som rör vård och behandling			
7. Vård i livets slutskede	14	20	20
8. Inkontinens	4	17	17
9. Trycksår	8	20	20
10. Nutrition	10	18	20
11. Fall och fallprevention	9	20	20
12. Demens	13	20	20
13. Rehabilitering	17	19	20
14. Munhälsa	12	18	18
Totalt antal poäng:	176	272	275
Möjliga poäng:	280	280	280
Uppfyllelse i procent:	63 %	97 %	98 %

Granskade områden

1. Kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal
Det ska finnas lokala regler och rutiner för hur personal i boendet ska kunna komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal dygnet runt. De lokala reglerna och rutinerna ska vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal ska regelbundet

uppdateras. Det ska finnas en lokal samverkansöverenskommelse om läkarinsatserna.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

2. Läkemedelshantering

MAS lokala instruktion för läkemedelshantering och verksamhetens lokala rutiner ska vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshanteringens ska göras årligen och eventuella brister ska åtgärdas enligt upprättad åtgärdsplan. För hantering av narkotikaklassade läkemedel gäller särskilda regler. Läkemedel som överlämnas av personal med delegering ska alltid signeras på signeringslista.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

3. Delegering

Legitimerad personal kan delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal med reell kompetens för uppgiften. En delegering ska alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Den utbildning som ges i samband med delegeringen ska följas av ett skriftlig kunskapstest. Delegeringarna ska regelbundet följas upp och sjuksköterskan bör därför inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

4. Avvikelsehantering

I särskilda boenden för äldre ingår hälso- och sjukvården i verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska innehålla rutiner för avvikelsehantering och för risk- och händelseanalys. När en händelse eller risk för händelse inträffar som kan leda till att patienten drabbas av en vårdskada ska alltid en avvikelserapport skrivas och åtgärder vidtas.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter, till exempel hjälpmedel som rullstol och lyftar används i äldreboenden. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska förskrivas av arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast eller sjuksköterska.

Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvisningar tillgängliga för användaren och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat ska anges hur ofta översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

6. Basal hygien

Flertalet av de boende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar nära de boende och det måste finnas möjlighet för personalen att tvätta händerna och att ha tillgång till handsprit i dessa omvårdnadssituationer. Personalen ska också ha tillgång till skyddskläder och handskar.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

7. Vård i livets slutskede

Vården i livets slutskede är mycket viktig i ett vård- och omsorgsboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för vård i livets slutskede. Läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att sätta in extra personal när så behövs. Närstående ska ges möjlighet att delta i vården och en vårdplanering ska göras dit berörda inbjuds att vara med. En skattningsskala för bedömning av patientens symtom, till exempel smärta ska användas vid vård i livets slutskede.

Det ska framgå av hälso- och sjukvårdsdokumentationen att patienten vårdas i livets slutskede. Patientens önskemål, etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas. För de dödsfall som sker i verksamheten ska vården i livets slut ska registreras i Svenska palliativregistret.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

8. Blåsdysfunktion/inkontinens

Många av de boende har problem med eller symtom på blåsdysfunktion/inkontinens. Problemen eller symtomen kan vara av varierande grad. Det ska det finnas sjuksköterska med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan ska utreda problem/symtom på blåsdysfunktion/inkontinens, förskriva rätt inkontinenshjälpmedel och samarbeta med personalen på enheten

för att patienten ska uppnå en god livskvalitet. Allt detta ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 17 poäng.

Alla sjuksköterskor har forskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel som förskrivs individuellt. Sjuksköterska och omvårdnadspersonal arbetar i team vid utprovning av inkontinenshjälpmedel.

Förslag till förbättringsåtgärd

Alla patienter med nytillkomna symtom på blåsdysfunktion/inkontinens ska i möjligaste mån utredas och resultatet av utredningen ska dokumenteras i journalen. För patienter som är utredda av annan vårdgivare, till exempel primärvårdens distriktssköterska bör sjuksköterskan göra en årlig uppföljning av förskrivna inkontinenshjälpmedel med bedömningsinstrument i Vodok.

9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, till exempel lågt näringsintag, försämrad blodcirkulation och oförmåga att ändra läge på kroppen. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning med bedömningsinstrumentet Modifierad Norton för att se om patienten befinner sig i riskzonen för att få trycksår. När risker identifierats ska förebyggande åtgärder vidtas, följas upp och dokumenteras i en hälsoplan.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

10. Nutrition

Maten som serveras i boendet ska vara anpassad efter den boendes näringsbehov. Nattfastan ska inte vara längre än elva timmar. Sjuksköterskan ska göra en bedömning av patientens eventuella nutritionsproblem som kan vara orsakade av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna med mera. Riskbedömning ska göras med bedömningsinstrumentet MNA (Mini Nutritional Assessment). När risk för undernäring identifierats eller när undernäring konstaterats ska åtgärder vidtas, följas upp och dokumenteras i en hälsoplan.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

11. Fall och fallprevention

Verksamheten ska ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning med bedömningsinstrumentet Downton fallriskindex (DFRI).

Sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast ska initiera och delta i det förebyggande arbetet tillsammans med övrig personal, som också ska få utbildning i fallförebyggande åtgärder. När en boende med demenssjukdom faller ska sjuksköterskan informera läkare. När risk för fall identifierats eller när den boende faller ska åtgärder vidtas, följas upp och dokumenteras i en hälsoplan.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

12. Demens

I ett gruppboende för personer med demenssjukdom ska det alltid finnas personal både dag och natt. Enheterna bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med personer med demenssjukdom bör ha utbildning inom demens och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det är viktigt att personalen behärskar svenska språket. Patienten ska samtycka till att skyddsåtgärd, till exempel sänggrind används.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

Verksamheten arbetar utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Det finns omvårdnadspersonal både dag och natt. Tre sjuksköterskor är utbildade Silviasjuksköterskor. Genom Silviahemscertifieringen 2013 har övriga sjuksköterskor och omvårdnadspersonal god kunskap om demenssjukdomar.Handledning genomförs regelbundet inom området demens.

13. Rehabilitering

Rehabiliteringspersonal, det vill säga fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut ska medverka vid upprättandet av en journal i samband med att en boende flyttar in. Patienter som har behov av behandling av rehabiliteringspersonal ska erbjudas detta, individuellt eller i grupp. Individuella hjälpmedel ska förskrivas av rehabiliteringspersonal och användningen ska följas upp.

Bedömning av patientens ADL²- förmåga ska göras med bedömningsinstrumentet Sunnås ADL-index.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 20 poäng.

14. Munhälsa

En god munhälsa är viktig för att för att kunna äta och dricka men också för att förebygga eventuella infektioner i munhålan. Problem i munnen och munhålan kan därför påverka patientens välbefinnande.

Sjuksköterskan ska göra en egen bedömning av patientens munhälsa/munhålan kondition vid inflyttning till boendet. Sjuksköterskan ska också använda bedömningsinstrument ROAG (Revised Oral Assessment Guide) vid bedömning av munstatus. Äldre som har ett omfattande och varaktigt omvårdnadsbehov ska erbjudas en kostnadsfri munhälsobedömning årligen och personalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 18 poäng.

Förslag till förbättringsåtgärd

Det kan vara svårt att få en person med demenssjukdom att medverka i en munbedömning. Sjuksköterskorna ska, när patienten medverkar, göra en bedömning av munstatus med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) även om det inte sker i samband med inflyttning.

Dokumentation

I QUSTA ingår även en metod för dokumentationsgranskning vid namn CAT-CH-ING. Enligt den metoden redovisas resultatet av granskningen med en poäng, en genomsnittspoäng av de granskade journalerna, vilket gjordes vid uppföljningarna 2009 och 2011. I syfte att stimulera verksamheten till ett förbättrings- och utvecklingsarbete på ett mer pedagogiskt sätt, har MAS istället valt att redovisa resultatet av dokumentationsgranskningen i löpande text sedan 2012.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att föra en hälso- och sjukvårdsjournal för de personer som bor i kommunens särskilda boendeformer och är i behov av en sjuksköterskas, arbetsterapeuts och/eller fysioterapeuts/sjukgymnasts

åtgärder/insatser. Bestämmelser om hur journalföringen ska ske regleras i patientdatalagen³ och i Socialstyrelsens föreskrifter⁴.

I början av 2015 införde Stockholms stad hälso- och sjukvårdsdokumentation enligt ICF, en internationell klassificering av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa samt KVÅ, klassificering av vårdåtgärder. Dokumentation enligt ICF och KVÅ görs i verksamheter i egen regi och på entreprenad.

Dokumentation enligt ICF och KVÅ ger den legitimerade personalen gemensamma begrepp, en enhetlig struktur och ett systematiskt arbetssätt för dokumentation. Införandet av ICF och KVÅ och innebär ett omfattande förändringsarbete som kommer att pågå under flera år.

MAS granskar årligen ett urval av hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Vid årets uppföljning har MAS granskat 11 procent av hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Med anledning av införandet av ICF och KVÅ har årets granskning gjorts i syfte att, bland annat:

- se att dokumentationen följer gällande lagstiftning, och
- se att legitimerad personal dokumenterar enligt ICF och KVÅ,
- identifiera vilka områden som behöver förbättras, och
- ge förslag till förbättringsåtgärder

Granskningen gjordes under perioden juni- augusti. Granskningen omfattar 11 procent av journalerna som upprättats från och med den 1 september 2015. Granskningen har också omfattat att riskbedömningar är gjorda inom 14 dagar efter inflyttning och att dokumentationen är signerad, daterad och om texten är begriplig.

Genom att dokumentation enligt ICF och KVÅ infördes 2015 kan en jämförelse endast göras med förra årets granskning.

Resultat av granskningen

Den samlade bedömningen av granskningen visar att hälso- och sjukvårdsdokumentationen har utvecklats och förbättrats sedan förra året och är godtagbar utifrån gällande förutsättningar.

³ Patientdatalagen SFS 2008:355

⁴ SOSFS 2008:14 Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

Granskningen visar att legitimerad personal till stor del dokumenterar enligt ICF och KVÅ. Granskningen visar också att nivån på dokumentationen har utvecklats från förra året och att den är godtagbar men att den kan utvecklas och förbättras ytterligare.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring är genomförda för alla patienter i de granskade journalerna. Riskbedömningarna har gjorts inom 14 dagar efter inflyttning, vilket visar på god följsamhet till MAS lokala regler. Flertalet patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår har hålsoplaner med förebyggande åtgärder upprättade. Granskningen visar att dokumentation är daterad, signerad och att texten är begriplig i journalerna.

Resultatet av dokumentationsgranskningen har sammanställts och återkopplats till verksamhetschef och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på Sättra.

Genomförda och pågående förbättringsåtgärder

Äldreförvaltningen tog under 2014 fram en struktur för hur övergången av ICF skulle gå till. En central arbetsgrupp tillsattes, processledare utsågs i varje stadsdel och all legitimerad personal i samtliga verksamheter i kommunal regi och på entreprenad utbildades i ICF. Det utsågs också dokumentationshandledare i verksamheterna.

Under året har handledarna på Sättra haft regelbundna möten med legitimerade personal. Processledaren har också regelbundna dokumentationsmöten med handledare och övrig legitimerad personal angående ICF. MAS, processledare och handledare deltar därutöver regelbundet i en regional dokumentationsgrupp med motsvarande representanter från Hägersten- Liljeholmen och Älvsjö stadsdelsförvaltningar för att utveckla dokumentationen.

Den 31 december 2016 avslutades ICF- projektet från Äldreförvaltningen. För att fortsätta utveckla dokumentationen kommer verksamheten fortsättningsvis att ha tillgång till tidigare processledare och delta i dokumentationsmöten lokalt och regionalt.

Hälso- och sjukvårdsindikatorer

MAS följer årligen upp utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer på Sättra vård- och omsorgsboende och vissa av indikatorerna på socialpsykiatrins profilboenden, Solholmen och Frösättra. Eftersom indikatorerna är framtagna för äldreomsorgen är inte alla indikatorer helt relevanta för de personer som bor på socialpsykiatrins profilboenden.

Indikatorerna följs upp årligen och över tid. Indikatorerna revideras emellanåt och de indikatorer som följs upp är:

- ADL– funktion (Aktiviteter i Dagligt Liv, det vill säga saker som vi dagligen gör som att äta, tvätta och klä oss),
- fall,
- funktionsbedömning,
- infektioner
- inkontinens,
- malnutrition/undernäring och munbedömning,
- skyddsåtgärder,
- sjukhusbesök,
- trycksår, och
- avlidna

Uppgifterna om hälso- och sjukvårdsindikatorerna är dels hämtade ur Stockholms stads dokumentationssystem Vodok, dels inrapporterade från respektive verksamhet. Mätperioden är 1 januari till och med 31 december 2016. Beräkningsunderlaget utgörs av antalet pågående journaler per verksamhet för mätperioden.

MAS gör en sammanställning av ovan nämnda uppgifter och redovisar den till nämnden en gång per år. Sammanställningen återkopplas till verksamhetschef och legitimerad personal.

Under varje rubrik/indikator finns en kortfattad beskrivning av indikatorn. Därefter redovisas resultatet från varje verksamhet/inriktning i en tabell med resultat från 2011 och framåt för jämförelse.

För 2011 avser uppgifterna i tabellen endast Solholmen. Från och med 2012, då Frösätra öppnade redovisas det sammanlagda resultatet av socialpsykiatrins båda boenden i tabellen.

Vissa indikatorer följdes upp första gången 2014. Dessa indikatorer är markerade med en asterisk i rubriken till respektive tabell.

Sätra vård- och omsorgsboende har 102 permanenta platser med heldygnsomsorg, varav 76 platser för personer med demenssjukdom, 7 platser för personer med frontallobsdemens och 19 platser för personer med Huntingtons sjukdom och personer med kognitiv svikt. Under året har i stort sett alla platser varit belagda.

Solholmens och Frösätra profilboenden är socialpsykiatriska boenden. Under hösten 2015 flyttade Solholmen från lokaler i

Vårberg till lokaler i Sättra. I samband med flytten minskades antalet platser från 20 till totalt 16 platser. Cirka hälften av de boende är yngre än 65 år, vilket är några färre än förra året. Vissa hälso- och sjukvårdsindikatorer är därför inte alltid helt relevanta för målgruppen, till exempel bedömning av ADL- funktion och riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. Riskbedömningar ska erbjudas för personer 65 år eller äldre. Riskbedömningar ska även erbjudas för personer yngre än 65 år om sjuksköterskan bedömer att det behövs.

Under respektive hälso- och sjukvårdsindikator görs först en kort beskrivning av indikatorn. Därefter redovisas sammanställningen för Sättra och socialpsykiatrins profilboenden.

ADL- funktion

Inom området specifik rehabilitering ingår ADL- bedömning gjord av arbetsterapeut. Andel patienter med aktuell ADL- bedömning utförd med bedömningsinstrumentet Sunnås ADL- index redovisas. Registreras minst en gång per år och patient.

ADL- bedömning görs inte inom socialpsykiatrins gruppboenden då indikatorn inte är relevant i dagsläget.

Andel patienter med ADL- bedömning

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sättra	94 %	100 %	98 %	99 %	88 %	90 %
Socialpsyk	<i>Ej akt.</i>	<i>Ej akt.</i>	<i>Ej akt.</i>	<i>Ej akt.</i>	<i>Ej akt.</i>	<i>Ej akt.</i>

Fall

Andel patienter med aktuell fallriskbedömning enligt bedömningsinstrumentet Downton fallrisk index (DFRI), antalet fall och andelen fraktur redovisas. Riskbedömningen registreras minst en gång per år och patient.

Syftet med fallriskbedömningen är att identifiera patienter som befinner sig i riskzonen för att falla för att, om möjligt förhindra att patienten faller och drabbas av fraktur.

Andel patienter med fallriskbedömning

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sättra	100 %	100 %	98 %	96 %	100 %	75 %
Socialpsyk	0 %	10 %	15 %	45 %	40 %	38 %

Antal fall

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	185	237	217	227	252	269
Socialpsyk	7	5	3	9	5	2

Andel fall som lett till fraktur

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	4 %	3 %	2 %	2 %	2 %	3 %
Socialpsyk	0 %	0 %	0 %	22 %	0 %	0 %

Funktionsbedömning

Andel patienter med aktuell funktionsbedömning redovisas. Med funktionsbedömning avses bedömning av förflyttningsförmåga och rörelsefunktioner. Bedömningen görs av fysioterapeut/sjukgymnast och registreras minst en gång per år och patient.

Funktionsbedömning görs inte inom socialpsykiatrins gruppboenden då indikatorn inte är relevant i dagsläget.

Andel patienter med funktionsbedömning*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	-	-	-	34 %	56 %	69 %
Socialpsyk	-	-	-	<i>Ej akt.</i>	<i>Ej akt.</i>	<i>Ej akt.</i>

**Ny indikator från och med 2014*

Infektioner

Förekomsten av infektioner orsakade av antibiotikaresistenta bakterier, till exempel MRSA (penicillinresistenta stafylokocker) är ett växande problem i samhället. Antibiotikaresistenta bakterier påträffas även hos personer inom kommunens särskilda boendeformer. En av orsakerna till resistensutvecklingen är en överförskrivning av antibiotika. Det är därför av stor vikt att följa förekomsten av antibiotikabehandlade infektioner tillsammans med ansvarig läkarverksamhet för att, om möjligt minska förskrivningen av antibiotika.

Infektionsutveckling och antibiotikaförskrivning följs genom att antalet infektioner med ordinerad antibiotikabehandling registreras och rapporteras till MAS varje månad. Registreringen skickas regelbundet till Vårdhygien i Stockholms län för sammanställning, som sedan återkopplas till verksamheten och ansvarig läkarverksamhet.

På Sättra är urinvägsinfektion hos patienter utan kvarliggande kateter via urinröret och lunginflammation de antibiotikabehandlade infektioner som förekommer mest. Antalet patienter med antibiotikaresistenta infektioner är fortsatt mycket låg och har inte ökat i jämförelse med tidigare år. Ingen smittspridning har skett under året och inget fall av influensa har inträffat under året. Ett mindre utbrott av virusorsakad gastroenterit, så kallad "vinterkräksjuka" har inträffat i slutet av året.

Inom socialpsykiatri är urinvägsinfektion hos patienter utan kvarliggande kateter via urinröret den mest förekommande antibiotikabehandlade infektionen. Det finns ingen patient med antibiotikaresistent infektion. Inget fall av influensa eller virusorsakad gastroenterit, så kallad "vinterkräksjuka" har inträffat under året.

Inkontinens

Patienter med nyttkomna symtom på blåsdysfunktion/inkontinens ska utredas och inkontinenshjälpmedel ska förskrivas individuellt. För patienter vars blåsdysfunktion/inkontinens är utredd av annan vårdgivare, till exempel primärvårdens distriktssköterska bör en årlig uppföljning av förskrivna inkontinenshjälpmedel göras. Från och med 2015 görs uppföljningen på Sättra med bedömningsinstrument i Vodok.

Andel patienter med inkontinensutredning/uppföljning av förskrivna inkontinenshjälpmedel redovisas. Andel patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel, andel patienter som är inkontinenta och andel patienter med kvarliggande kateter via urinröret (KAD) redovisas också.

Uppföljning av inkontinensutredning/förskrivna inkontinenshjälpmedel med bedömningsinstrument i Vodok görs inte inom socialpsykiatri i dagsläget.

Andel patienter med inkontinensutredning/uppföljning av förskrivna inkontinenshjälpmedel

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sättra	0 %	0 %	0 %	0 %	56 %	43 %
Socialpsyk	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Andel patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sättra	73 %	100 %	100 %	100 %	100 %	97 %
Socialpsyk	<i>Ej akt.</i>	0 %	0 %	60 %	100 %	100 %

Andel patienter som är inkontinenta*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	-	-	-	83 %	79 %	81 %
Socialpsyk	-	-	-	24 %	22 %	18 %

**Ny indikator från och med 2014*

Andel patienter med kvarliggande kateter via urinröret (KAD)*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	-	-	-	1 %	1 %	1 %
Socialpsyk	-	-	-	5 %	10 %	7 %

**Ny indikator från och med 2014*

Malnutrition/undernäring och munbedömning

Andel patienter med aktuell riskbedömning för malnutrition/undernäring med bedömningsinstrumentet MNA (Mini Nutritional Assessment) redovisas. Riskbedömningen registreras minst en gång per år och patient. Syftet med riskbedömningen är att identifiera patienter med ökad risk för malnutrition/undernäring för att, om möjligt vidta åtgärder för att förhindra att malnutrition/undernäring uppstår.

God munhälsan är viktig för patientens möjligheter att äta och dricka och därmed minska risken för undernäring. Munbedömning enligt bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) redovisas. Bedömningen registreras minst en gång per år och patient på Sätra.

Andel patienter med riskbedömning för undernäring

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	100 %	100 %	98 %	96 %	99 %	80 %
Socialpsyk	<i>Ej akt.</i>	5 %	5 %	0 %	0 %	0 %

Andel patienter med munbedömning*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	-	-	-	33 %	31 %	43 %
Socialpsyk	-	-	-	-	-	-

**Ny indikator från och med 2014*

Skyddsåtgärder

Användningen av skyddsåtgärder, till exempel bälte/brickbord och sänggrind får inte användas i syfte att frihetsberöva en person men däremot som skydd eller hjälpmedel då patienten samtycker. Inom området skyddsåtgärder redovisas andel patienter med bälte/brickbord och sänggrind.

Andel patienter med bälte/brickbord*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	-	-	-	9 %	5 %	6 %
Socialpsyk	-	-	-	0 %	0 %	0 %

**Ny indikator från och med 2014*

Andel patienter med sänggrindar*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	-	-	-	30 %	29 %	25 %
Socialpsyk	-	-	-	0 %	0 %	0 %

**Ny indikator från och med 2014*

Sjukhusbesök

Sjuka äldre har ett särskilt behov av en individanpassad och samordnad vård och omsorg i syfte att förebygga onödiga sjukhusvistelser. Indikatorn kan användas som underlag för att arbeta för en mer sammanhållen vård och omsorg i samverkan, till exempel med ansvarig läkarverksamhet för att förebygga onödiga inskickningar och sjukhusvistelser.

Antal akuta inskickningar till sjukhus; dagtid, kvällar och helger*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	-	-	-	33	40	44
Socialpsyk	-	-	-	14	13	7

**Ny indikator från och med 2014*

Andel gånger som inskickning lett till inskrivning på sjukhus*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	-	-	-	33 %	50 %	59 %
Socialpsyk	-	-	-	71 %	77 %	100 %

**Ny indikator från och med 2014*

Trycksår

Andel patienter med aktuell riskbedömning för trycksår med bedömningsinstrumentet Modifierad Norton och antal patienter med trycksår som uppkommit i verksamheten redovisas.

Riskbedömningen registreras minst en gång per år och patient. Alla trycksår registreras oavsett var trycksåret uppkommit. Trycksår som uppkommit på annan plats, till exempel sjukhus redovisas inte i rapporten.

Syftet med riskbedömningen är att identifiera patienter som befinner sig i riskzonen för att utveckla trycksår för att, om möjligt förhindra att trycksår uppkommer.

Andel patienter med riskbedömning för trycksår

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	100 %	100 %	98 %	96 %	100 %	76 %
Socialpsyk	0 %	20 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Antal patienter med trycksår som uppkommit i verksamheten

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	14	8	6	2	2	2
Socialpsyk	0	1	0	0	0	0

Avlidna i boendet och på annan plats

Antalet avlidna i boendet och på annan plats, vanligtvis sjukhus är inte en hälso- och sjukvårdsindikator men ger nämnden som vårdgivaren en viss bild av omsättningen av boende i verksamheterna.

Antalet avlidna i boendet/på annan plats

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sätra	38/3	33/5	24/7	29/2	32/4	28/3
Socialpsyk	0/0	1/1	2/0	0/0	1/1	0/0

Ärendets beredning

Ärendet har beretts av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Förvaltningen konstaterar att medicinskt ansvarig sjuksköterska har följt upp hälso- och sjukvården på Sätra vård- och omsorgsboende i enlighet med stadens uppföljningsmall. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har under året också deltagit i uppföljningar av hälso- och sjukvården inom äldreomsorgens särskilda boenden i enskild regi med stadens uppföljningsmall.

MAS samarbetar och deltar regelbundet i hälso- och sjukvårdsmöten med verksamhetschef, enhetschefer och legitimerad personal på Sätra. MAS samarbetar också med stadens medicinskt ansvariga sjuksköterskor och samverkar kontinuerligt med bland andra äldreförvaltningen, läkarverksamheten på Sätra och med Vårdhygien i Stockholms län.

Förvaltningen kan även konstatera att MAS regelbundet reviderar och upprättar lokala regler för hälso- och sjukvård utifrån gällande lagstiftning och lägger ut dem på intranätet.

MAS har under året gjort uppföljning av utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer samt en kvalitetsuppföljning med instrumentet QUSTA på Sätra. Resultatet av QUSTA-uppföljningen visar att kvaliteten på den hälso- och sjukvård som bedrivs på Sätra successivt har förbättrats sedan 2009 genom att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Verksamheten uppnår i år 98 procent av de ställda kraven på god kvalitet. MAS har även följt upp hälso- och sjukvården inom socialpsykiatriens profilboenden med samma hälso- och sjukvårdsindikatorer.

Förvaltningen anser därmed att verksamheterna har goda förutsättningar att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård utifrån resultatet av uppföljningarna. Uppföljningarna visar också att det finns några utvecklings- och förbättringsområden, framför allt inom områdena inkontinens och munhälsa.

På Sätra visar uppföljningen visar att andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår är lägre än tidigare år. En förklaring till detta är att en del patienter vårdats i livets slutskede, vilket innebär att det inte varit aktuellt att göra riskbedömningar. Andelen genomförda riskbedömningar är 90 procent om dessa patienter inte tas med i beräkningsunderlaget, vilket fortfarande är lägre siffror än tidigare år.

En annan förklaring är den omflyttning av omvårdnadsansvariga sjuksköterskor som gjorts inom verksamheten, från en enhet/avdelning till en annan. I samband med detta har verksamheten helt enkelt missat att göra riskbedömningar för några patienter.

Förvaltningens bedömning är att verksamhetens egenkontroll måste förbättras under 2017 för att säkerställa att riskbedömningar görs enligt gällande regler/rutiner.

Vissa delar inom området inkontinens bör förbättras. Förvaltningen anser att verksamheten i första hand bör fortsätta arbetet med att göra inkontinensutredning/uppföljning av förskrivna inkontinenshjälpmedel med bedömningsinstrument i Vodok.

En god munhälsa är viktig för att för att kunna äta och dricka men också för att förebygga eventuella infektioner i munhålan. Problem i munnen och munhålan kan därför påverka patientens välbefinnande. Det kan emellertid vara mycket svårt att få en person med demenssjukdom att medverka vid en bedömning av munstatus.

Förvaltningen menar därför att verksamheten ska fortsätta göra så många bedömningar av munstatus som möjligt, även om bedömningen inte alltid görs i samband med inflyttning

Inom socialpsykiatri har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår erbjudits och riskbedömning för fall har genomförts för de boende 65 år eller äldre som tackat ja till erbjudandet.

MAS återkopplar resultatet av uppföljningarna till verksamhetschef och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En ny uppföljning av hälso- och sjukvården kommer att genomföras under 2018 för att se att verksamheten genomfört det förbättringsarbete som behövs.

Förvaltningen finner i och med detta att MAS medverkar till att säkerställa att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården får en god och säker vård med god hygienisk standard utifrån sitt lagstadgade ansvar.