

Handläggare
Kristina Ström
Telefon: 08-508 23 504**Till**
Skärholmens stadsdelsnämnd
Den 28 januari 2016

Verksamhetsberättelse 2015 för medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Förvaltningens förslag till beslut

Skärholmens stadsdelsnämnd beslutar att godkänna verksamhetsberättelse 2015 för medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och lägga den till handlingarna.

Susanne Leinsköld
T.f. 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 särskilda boende och socialpsykiatrins gruppboenden.

MAS har också gjort en kvalitetsuppföljning med instrumentet QUSTA på Sätra vård- och omsorgsboende. Resultatet av uppföljningen visar att kvaliteten på den hälso- och sjukvård som bedrivs på Sätra ytterligare har förbättrats sedan förra årets uppföljning och uppnår 97 procent av de ställda kraven på god kvalitet.

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 de särskilda boendeformer där kommunen bedriver hälso- och sjukvård enligt 18§ hälso- och sjukvårdslagen. Detta ansvar kan MAS inte delegera till någon annan. MAS har en oberoende ställning i organisationen och är administrativt direkt underställd stadsdelsdirektören. De grundläggande bestämmelserna för MAS och de uppgifter som åligger MAS regleras i hälso- och sjukvårdslagen och i patientsäkerhetsförordningen.

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 och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården.

MAS är även en resurs för nämnden när det gäller framtagning 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 sjukvården 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 Sättra vård- och omsorgsboende i hälso- och sjukvårdsfrågor.

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

MAS har också deltagit i centrala arbetsgrupper i staden under året, till exempel införande av ett gemensamt fackspråk för hälso- och sjukvårdsdokumentation och framtagande av stadsgemensamma riktlinjer för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Uppföljning enligt QUSTA

Under 2015 har MAS genomfört en kvalitetsuppföljning 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.

Uppföljningen visar att kvaliteten på den hälso- och sjukvård som bedrivs ytterligare har förbättrats sedan förra årets uppföljning och uppnår 97 procent av de ställda kraven på god kvalitet. Vid förra årets uppföljning uppnåddes 94 procent.

Vid årets uppföljning uppvisar flertalet områden genomgående goda resultat, till exempel läkemedelshantering, delegering och demens. Det område som uppvisar något lägre poäng är inkontinens, som dock uppvisar ett bättre resultat än förra året.

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 gäller för verksamheter i egen regi och på entreprenad.

Genom detta nya sätt att dokumentera kan ingen jämförelse göras med tidigare års granskningar. ICF och KVÅ infördes i januari 2015 och innebär ett omfattande förändringsarbete som kommer att pågå under flera år. Granskningen visar att hälso- och sjukvårdsdokumentationen är godtagbar utifrån gällande förutsättningar.

Syftet med kvalitetsuppföljningen 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.

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 av instrumentet innehåller frågor inom områden som regleras av lagar och förordningar. Den andra delen av instrumentet innehåller frågor som berör 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. Vid årets uppföljning har MAS granskat cirka 10 procent av hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Resultatet av dokumentationsgranskningen redovisas för sig.

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 även resultatet av granskningarna 2009, 2011, 2012, 2013 och 2014. Med anledning av det stora utvecklings- och förbättringsarbete som genomfördes under 2010 gjordes ingen granskning förrän 2011. Efter tabellen redovisas varje granskat område för sig med resultat av granskningen och förslag till förbättringsåtgärder.

Tabell över granskade hälso- och sjukvårdsområden

	Sätra vård- och omsorgsboende					
Maxpoäng 20 poäng per fråga	2009	2011	2012	2013	2014	2015
Första delen:						
Frågor som regleras enligt förordningar						
1. Kontakt med läkare m.fl.	18	20	20	20	20	20
2. Läkemedelshantering	9	18	20	20	20	20
3. Delegering	16	20	19	20	20	20
4. Avvikelsehantering	12	15	19	20	20	20
5. Medicintekniska produkter	16	20	20	20	20	20
6. Basal hygien	18	18	16	20	20	20
Andra delen:						
Frågor som berör vård och behandling						
7. Vård i livets slutskede	14	14	16	18	18	20
8. Inkontinens	4	10	10	13	15	17
9. Trycksår	8	12	16	16	17	20
10. Nutrition	10	18	16	16	17	18
11. Fall och fallprevention	9	20	17	20	20	20
12. Demens	13	16	13	18	19	20
13. Rehabilitering	17	20	18	20	20	19
14. Munhälsa	12	14	12	16	18	18
Antal poäng:	176	233	232	257	264	272
Möjliga poäng:	280	280	280	280	280	280
Uppfyllelse i procent:	63 %	83 %	85 %	92 %	94 %	97 %
Dokumentation max 29 poäng	< 6	10,4	-	-	-	-

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 läkemedelshantering 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

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter till personal 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 ska hälso- och sjukvården ingå 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 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 är därför mycket viktigt att det finns möjlighet för personalen att tvätta händerna och att de har 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 kunna ge den bästa hjälpen till patienten. Allt detta ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

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 nyttillkomna 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 18 poäng.

Vid uppföljningstillfället visar journalgranskningen att hälsoplaner upprättas i journalen för flertalet patienter när risker identifierats.

Förslag till förbättringsåtgärd

Näringspreparat vid undernäring bör ordinerars av läkare eller dietist.

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.

Vid legitimerad personals bedömning om skyddsåtgärd ska samtycke, bedömning, beslut, åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i journalen.

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 19 poäng.

Vid uppföljningstillfället kan boende med behov av arbetsterapeutisk träning inte erbjudas detta i grupp, endast individuellt.

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 munhälsobedömning årligen och personalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

Resultat av granskningen

Verksamheten uppnår 18 poäng.

Förslag till förbättringsåtgärd

För att förbättra arbetet med patientens munhälsa ska sjuksköterskorna under 2015 göra munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) för hälften av patienterna.

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 patientjournal 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.

Ett nytt dokumentationssystem för hälso- och sjukvården i Stockholms stad upphandlades centralt under 2012. I samband med upphandlingen beslutades att införa ett gemensamt fackspråk för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Det är aktuella fackspråket är ICF, en internationell klassificering av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa samt KVÅ, klassificering av vårdåtgärder. Dokumentation enligt ICF och KVÅ ger den legitimerade personalen gemensamma begrepp, en enhetlig struktur och ett systematiskt arbetssätt för dokumentation. ICF och KVÅ infördes i januari 2015 och innebär ett omfattande förändringsarbete som kommer att pågå under flera år.

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 påbörjat dokumentation enligt ICF och KVÅ

Årets granskning har endast omfattat journaler upprättade från och med den 26 januari. Granskningen gjordes under perioden juni-augusti. Granskningen omfattar 10 procent av journalerna som upprättats från och med den 26 januari 2015.

³ Patientdatalagen SFS 2008:355

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

Granskningen har också omfattat att riskbedömningar är gjorda inom 14 dagar efter inflyttning och att dokumentationen är signerad, daterad och om texten är begriplig.

Resultat av granskningen

Granskningen visar att legitimerad personal till stor del påbörjat dokumentation enligt ICF och KVÅ. Granskningen visar också att nivån på dokumentationen är godtagbar men att den kan utvecklas och förbättras ytterligare.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring är genomförda för i stort sett alla patienter i de granskade journalerna. Riskbedömningarna har gjorts inom 14 dagar efter inflyttning, vilket visar på god följsamhet till MAS lokala regler. Granskningen visar vidare att all dokumentation är daterad och att texten är begriplig i alla journaler.

I och med att övergången till dokumentation enligt ICF gjordes i början av året kan ingen jämförelse med tidigare års granskningar göras. Resultatet av dokumentationsgranskningen har sammanställts och återkopplats till verksamhetschef och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på Sättra.

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 hälso-och sjukvårdsdokumentationen.

Hälso- och sjukvårdsindikatorer

Stockholms stad har fastställt vissa hälso- och sjukvårdsindikatorer som ska följas upp inom äldreomsorgens särskilda boenden i kommunal regi och på entreprenad. I Skärholmen följer MAS upp hälso- och sjukvårdsindikatorerna på Sättra vård- och omsorgsboende, VoB.

MAS följer också upp vissa av indikatorerna på socialpsykiatrins två gruppboenden, Solholmen och Frösätra. Eftersom indikatorerna är framtagna för äldreomsorgen är inte alla indikatorer helt relevanta för de personer som bor på socialpsykiatrins gruppboenden.

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

Med anledning av att det är ansvarig läkarverksamhet på Sättra VoB som ansvarar för att fördjupade läkemedelsgenomgångar görs för patienter med ordinerad läkemedelsbehandling har indikatorn fasats ut vid årets uppföljning. Sjuksköterskan planerar, förbereder och deltar i läkemedelsgenomgången tillsammans med läkaren.

Inom socialpsykiatrins gruppboenden finns inte avtal om läkarinsatser som det gör inom äldreomsorgen. Varje patient väljer själv vilken vårdcentral han/hon vill lista sig på. Ansvarig vårdcentral har dock en lagstadgad skyldighet att erbjuda läkemedelsgenomgångar om så behövs.

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 2015. Beräkningsunderlaget utgörs av antalet 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 respektive verksamhet.

Under varje rubrik/indikator finns en kortfattad beskrivning av indikatorn. Därefter redovisas resultatet från varje

verksamhetsområde/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 gruppboestad öppnade redovisas det sammanlagda resultatet av socialpsykiatrins båda gruppboenden.

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 heldygnsvård, varav 76 platser för personer med demenssjukdom, 7 platser för personer med frontallobsdemens och 19 platser för personer med Huntingtons sjukdom och för personer med kognitiv svikt. Under året har i stort sett alla platser varit belagda.

Solholmens och Frösätra gruppboende är två socialpsykiatriska boenden med totalt 16 platser. Verksamheten har under hösten minskat antalet platser från 20 till 16 i samband med att Solholmen har flyttat från lokaler i Vårberg till lokaler på Sätra VoB. 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 Sätra VoB och socialpsykiatrins gruppboenden (Solholmen och Frösätra).

ADL- funktion

Inom området specifik rehabilitering ingår ADL- bedömning gjord av arbetsterapeut. Andel patienter med 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 utförd ADL- bedömning

	2011	2012	2013	2014	2015
Sätra VoB	94 %	100 %	98 %	99 %	88 %
Socialpsykiatri	<i>Ej akt.</i>	<i>Ej akt.</i>	<i>Ej akt.</i>	<i>Ej akt.</i>	<i>Ej akt.</i>

Fall

Andel patienter där fallriskbedömning är gjord med 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 utförd fallriskbedömning

	2011	2012	2013	2014	2015
Sätra VoB	100 %	100 %	98 %	96 %	100 %
Socialpsykiatri	0 %	10 %	15 %	45 %	40 %

Antal fall

	2011	2012	2013	2014	2015
Sätra VoB	185	237	217	227	252
Socialpsykiatri	7	5	3	9	5

Andel fall som lett till fraktur

	2011	2012	2013	2014	2015
Sätra VoB	4 %	3 %	2 %	2 %	2 %
Socialpsykiatri	0 %	0 %	0 %	22 %	0 %

Funktionsbedömning

Andel patienter med 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 utförd funktionsbedömning*

	2011	2012	2013	2014	2015
Sätra VoB	-	-	-	34 %	56 %
Socialpsykiatri	-	-	-	<i>Ej akt.</i>	<i>Ej akt.</i>

**Ny indikator från och med 2014*

Infektioner

För att kunna följa infektionsutvecklingen och antibiotikaförskrivningen i varje verksamhet registrerar och rapporterar verksamheterna varje månad antalet infektioner med ordinerad antibiotikabehandling. Registreringen skickas regelbundet till Vårdhygien i Stockholms län för sammanställning, som sedan återkopplas till verksamheten.

På Sättra VoB är lunginflammation och urinvägsinfektion de antibiotikabehandlade infektioner som förekommer mest.

Förekomsten av infektioner orsakade av antibiotikaresistenta bakterier, till exempel MRSA (penicillinresistenta stafylokocker) blir idag allt vanligare i samhället och påträffas även hos boende inom kommunens särskilda boendeformer. Antalet patienter med antibiotikaresistenta infektioner är fortsatt mycket låg och har inte ökat i jämförelse med tidigare år. Ingen smittspridning har skett under året. Inget fall av influensa eller virusorsakad gastroenterit, så kallad "vinterkräksjuka" har inträffat under året.

Inom socialpsykiatrins gruppboenden är urinvägsinfektion 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 nyttillkomna 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.

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

Andel patienter med utförd inkontinensutredning/uppföljning av inkontinensutredning

	2011	2012	2013	2014	2015
Sättra VoB	0 %	0 %	0 %	0 %	56 %
Socialpsykiatri	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Andel patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel

	2011	2012	2013	2014	2015
Sätra VoB	73 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Socialpsykiatri	<i>Ej akt.</i>	0 %	0 %	60 %	100 %

På Sätra VoB är 79 procent av patienterna inkontinenta.
I socialpsykiatrins gruppboenden är 22 procent av patienterna inkontinenta.

Andel patienter med kvarliggande kateter via urinröret (KAD)*

	2011	2012	2013	2014	2015
Sätra VoB	-	-	-	1 %	1 %
Socialpsykiatri	-	-	-	5 %	10 %

**Ny indikator från och med 2014*

Malnutrition/undernäring och munbedömning

Andel patienter där riskbedömning för malnutrition/undernäring är genomförd 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.

Andel patienter med utförd riskbedömning för undernäring

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

Andel patienter med utförd munbedömning enligt ROAG*

	2011	2012	2013	2014	2015
Sätra VoB	-	-	-	33 %	31 %
Socialpsykiatri	-	-	-	0 %	0 %

**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
Sätra VoB	-	-	-	9 %	5 %
Socialpsykiatri	-	-	-	0 %	0 %

**Ny indikator från och med 2014*

Andel patienter med sänggrindar*

	2011	2012	2013	2014	2015
Sätra VoB	-	-	-	30 %	29 %
Socialpsykiatri	-	-	-	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 används som underlag för att arbeta för en mer sammanhållen vård och omsorg i samverkan, till exempel med ansvarig läkarverksamhet för att förebygga onödiga sjukhusvistelser.

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

	2011	2012	2013	2014	2015
Sätra VoB	-	-	-	33	40
Socialpsykiatri	-	-	-	14	13

**Ny indikator från och med 2014*

Andel gånger som inskickning lett till inskrivning på sjukhus*

	2011	2012	2013	2014	2015
Sätra VoB	-	-	-	33 %	50 %
Socialpsykiatri	-	-	-	71 %	77 %

**Ny indikator från och med 2014*

Trycksår

Andel patienter där riskbedömning för trycksår är gjord med bedömningsinstrumentet Modifierad Norton och antal trycksår som uppkommit i verksamheten redovisas. Riskbedömningen registreras minst en gång per år och patient. Alla trycksår registreras oavsett var trycksåret uppkommit, till exempel på sjukhus.

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 utförd riskbedömning för trycksår

	2011	2012	2013	2014	2015
Sätra VoB	100 %	100 %	98 %	96 %	100 %
Socialpsykiatri	0 %	20 %	0 %	0 %	0 %

Antal patienter med trycksår som uppkommit i verksamheten

	2011	2012	2013	2014	2015
Sätra VoB	14	8	6	2	2
Socialpsykiatri	0	1	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
Sätra VoB	38/3	33/5	24/7	29/2	32/4
Socialpsykiatri	0/0	1/1	2/0	0/0	1/1

Ärendets beredning

Ärendet har beretts av medicinsk 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 i enlighet med stadens uppföljningsmall.

MAS samarbetar och deltar regelbundet i hälso- och sjukvårdsmöten med verksamhetschef, enhetschefer och legitimerad personal på Sätra vård- och omsorgsboende. 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 konstaterar vidare att MAS regelbundet reviderar och upprättar lokala regler för hälso- och sjukvård utifrån gällande lagstiftning och lägger ut dem på intranätet.

MAS har också under året gjort uppföljning av hälso- och sjukvårdsindikatorer samt en kvalitetsuppföljning med instrumentet QUSTA. Förvaltningen kan se att kvaliteten på den hälso- och sjukvård som bedrivs på Sättra successivt har förbättrats sedan 2009 genom att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Verksamheten uppnår i år i genomsnitt 97 procent av de ställda kraven på god kvalitet.

Vissa mindre brister finns fortfarande kvar inom området inkontinens. Förvaltningen anser att verksamheten i första hand bör utveckla arbetet med att göra bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument i Vodok.

En ny uppföljning av hälso- och sjukvården kommer att genomföras under 2017 för att se att verksamheten kommit till rätta med bristerna. Förvaltningen anser 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.