

Revisionsrapport

Kvalitet inom äldreomsorg

Torsås kommun

Jean Odgaard
Mimmi Praks

November/2016

Innehåll

1.	Inledning	2
1.1.	Bakgrund	2
1.2.	Syfte och Revisionsfråga.....	2
1.3.	Revisionskriterier	2
1.4.	Kontrollmål	3
1.5.	Avgränsning.....	3
1.6.	Metod.....	3
2.	Iakttagelser och bedömningar	4
2.1.	Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.....	4
2.1.1.	Iakttagelser	4
2.1.2.	Bedömning.....	5
2.2.	Utvecklingsarbete	5
2.2.1.	Iakttagelser	5
2.2.2.	Bedömning.....	6
2.3.	Resultat från kvalitetsindikatorer och kvalitetsgranskning	7
2.3.1.	Iakttagelser	7
2.3.2.	Bedömning.....	13
2.4.	Uppföljning och återrapportering	13
2.4.1.	Iakttagelser	13
2.4.2.	Bedömning.....	14
3.	Sammanfattning och revisionell bedömning	15
3.1.	Revisionell bedömning	15
3.2.	Bedömningar mot kontrollmål.....	15
	Bilaga: Jämförelser mellan kommuner.....	17

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Kommunerna har enligt Socialtjänstlagen ett ansvar för att äldre personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull gemenskap med andra. Kommunen har enligt Socialtjänstlagen ett ansvar för att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. I begreppen inryms bl a rättssäkerhet, kompetens, bemötandefrågor, den enskildes medinflytande samt att vården är lättillgänglig.

För att säkerställa detta ska kvaliteten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkerställas. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det finns krav på riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet och dokumentationsskyldighet. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter kan förebyggas

Socialstyrelsen och SKL publicerar årligen en rapport med öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre. Syftet med öppna jämförelser är att stimulera kommuner och landsting att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten.

De förtroendevalda revisorerna i Torsås kommun har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning av om socialnämnden har säkerställt en ändamålsenlig verksamhet med god kvalitet inom äldreomsorgen. Uppdraget har tillkommit utifrån en genomförd risk- och väsentlighetsanalys.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Har socialnämnden säkerställt en ändamålsenlig verksamhet med god kvalitet inom äldreomsorgen?

1.3. Revisionskriterier

I denna granskning har följande revisionskriterier använts som grund för vår bedömning.

- Socialtjänstlagen, Hälso- och sjukvårdslagen samt socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
- Budget och flerårsplan
- Öppna jämförelser, Vård och omsorg om äldre.

1.4. *Kontrollmål*

- Det finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som omfattar kvalitetsmål för äldreomsorgen.
- Det sker ett utvecklingsarbete inom äldreomsorgen som leder till ökad kvalitet.
- Resultat från kvalitetsindikatorer visar att verksamheten bedrivs med en god kvalitet
- Nämndens uppföljning av verksamheten är tillräcklig.
- Det sker en tillräcklig återrapportering till nämnd.

1.5. *Avgränsning*

Granskningen avgränsas till äldreomsorg.

1.6. *Metod*

Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentgranskning samt journal- och personaktsgranskning.

Intervjuer har genomförts med socialchef, områdeschef särskilt boende, områdeschef hemtjänst samt medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Granskning har skett av kvalitetsindikatorer för äldreomsorg från Öppna jämförelser. Stickprovsundersökning har genomförts vad gäller kontinuitet inom hemtjänsten och läkemedelsanvändning på särskilt boende. Granskningen av kontinuitet inom hemtjänsten har skett genom granskning av social dokumentation för tjugo brukare.

Läkemedelsanvändningen har granskats genom genomgång av stående ordination hos ett urval av brukarna på särskilt boende. Denna granskning omfattar *inte* några analyser och bedömningar av läkemedelsanvändningen i förhållande till de äldres symtom och diagnoser, d v s medicinska bedömningar av *enskilda* läkemedelsterapier. Ett antal intervjuer med äldre har genomförts på särskilt boende där frågor kring trygghet, bemötande och socialt innehåll har diskuterats.

Följande dokument har granskats:

- Kvalitetsdeklarationer
- Vård och omsorgsplan 2016-2019
- Socialnämndens verksamhetsplan 2016
- Patientsäkerhetsberättelse, socialförvaltningen 2015
- IVO – tillsynsärende – kvalitets- och ledningssystem
- Socialnämndens arbetsutskott, protokoll 2016-04-07, 2016-04-26.

Granskningen har genomförts av Jean Odgaard (projektledare) och Mimmi Praks, samtliga PwC.

Rapporten har faktagranskats av berörda tjänstemän.

2. Iakttagelser och bedömningar

2.1. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

2.1.1. Iakttagelser

Organisation

Socialnämnden ansvarar för kommunens äldre- och handikappomsorg såsom hemtjänst i enskilt boende, service och omvårdnad i särskilda boendeformer samt övrig äldreomsorg, LSS-verksamhet samt kommunal psykiatri. Nämnden har också ansvar för den hälso- och sjukvård som åvilar kommunen genom lagstiftning eller avtal.

Socialförvaltningen ansvarar under socialnämnden för kommunens äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Äldreomsorgen består av två äldreboenden samt en korttidsenhet. För närvarande svarar en områdeschef för dessa. Vidare finns sex hemtjänstgrupper organiserade under två områdeschefer. Sjuksköterskor, arbets- och fysioterapeuter är organiserade i egen enhet.

Kvalitetsmål

Av Socialnämndens Vård- och omsorgsplan 2016-19 beskrivs bland annat mål och innehåll för tillgång till en god vård och omsorg, insatser i hemmet, särskilt boende och trygghetsbostäder samt kommunal hälso- och sjukvård.

Av Socialnämndens verksamhetsplan anges nämndens uppdrag till förvaltningen. Verksamhetsplanen innehåller också nämndens mål. Nämnden har angett flera mål för kvalitet i särskilt boende och hemtjänstverksamheten. Målen följs upp genom indikatorer i KKIK (Kommunens Kvalitet i Korthet)¹. Nämndens mål är inte nedbrutna på enhetsnivå.

Kommunen har antagit kvalitetsdeklarationer som omfattar äldreomsorgen. Av dessa framgår vad brukaren kan förvänta sig av hemtjänst i ordinärt boende, särskilt boende, hemsjukvård, nattpatrull och rehabilitering. För särskilt boende anges exempelvis att brukaren har ”tillgång till aktiviteter varje dag och du har möjlighet att få tillgång till frisk luft varje dag om du vill det”.

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

Av intervjuer framgår att det pågår ett arbete med att upprätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Det saknas rutiner inom olika områden. Orsaken till avsaknad av ledningssystem uppges framförallt vara hög omsättning på chefs- och ledningspersonal under senare år. Ledningssystemet är inte implementerat.

I samband med tillsynsärende har IVO (Inspektionen för vård och omsorg) uppmärksammat avsaknad av ledningssystem. Socialnämnden har beslutat om att under år 2016 prioritera arbetet med det systematiska kvalitets- och ledningssystemet. Arbetet beräknas vara klart i januari 2017.

¹ Bygger på uppgifter från bland annat Öppna Jämförelser.

Rutiner för avvikelshantering samt hantering av klagomål och synpunkter finns i ledningssystemet på kommunens intranät. Blankett för allmänheten finns även tillgänglig på kommunens hemsida. Av intervjuer framgår att personalen skriver avvikelser, men att det fortfarande är ett utvecklingsområde. Det brister i återkoppling till personal.

2.1.2. Bedömning

Kontrollmålet, att det finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som omfattar kvalitetsmål för äldreomsorgen, *bedöms inte vara uppfyllt*.

Vi konstaterar att det i nuläget saknas ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Det finns en plan för framtagande av ledningssystem och det pågår ett arbete med att ta fram rutiner och riktlinjer. Bristen är uppmärksammas av nämnden och det finns en fastställd tidplan för när arbetet ska vara klart. Därefter återstår ett viktigt arbete med att implementera ledningssystemet i verksamheten.

Implementeringen av ledningssystemet är avgörande för hur kvalitetsarbetet får genomslag i organisationen. Förstår inte personalen nyttan av exempelvis riskbedömningar enligt Senior alert får insatsen inte avsedd effekt. Nämnden bör fortlöpande erhålla information om hur implementeringen av ledningssystemet fortskrider.

Vi menar att det finns kvalitetsmål och mått för äldreomsorg samt kvalitetsdeklaration som omfattar äldreomsorgen. Vi bedömer att mål och kvalitetsdeklarationer tydliggör önskvärd kvalitet. Målen bör brytas ner på enhetsnivå.

2.2. Utvecklingsarbete

2.2.1. Iakttagelser

Arbete med att utveckla äldreomsorgen och förbättra kvaliteten sker på olika sätt. Torsås kommun deltar i Läns gemensam ledning, vilket är en samverkansgrupp för länets 12 kommuner och landstinget. Här sker ett länsövergripande arbete med riktlinjer och rutiner för att exempelvis öka patientsäkerheten.

Verksamheten omfattar rapportering av avvikelser. Av aktuell patientsäkerhetsberättelse framgår registrering av avvikelser från verksamhetssystemet Procapita, se tabell nedan.

Avvikelser	2013	2014	2015
Fallavvikelser	657	516	457
Läkemedelsavvikelser	104	103	128

Antalet registrerade fallavvikelser har minskat för varje år sedan år 2013. Antalet läkemedelsavvikelser ökade något år 2015 jämfört med tidigare år. Av intervjuer med enhetschefer framgår att personalen skriver avvikelser, men att det inte sker systematiskt. Återkoppling av avvikelser uppges vara ett förbättringsområde.

Inom hälso- och sjukvårdsenheten finns personer utsedda med olika ansvarsområden för att säkerställa att verksamheten håller sig uppdaterad med utvecklingen av exempelvis sårvård, palliativ vård, inkontinensvård, nutrition, demens samt riskförebyggande arbete.

Det finns ingen tjänst som kvalitetsutvecklare inrättad i organisationen. Nuvarande MAS fungerar som kvalitetsutvecklare under begränsad del av tid.

Under år 2015 genomfördes dokumentationsutbildning för samtlig omsorgspersonal med syfte att förbättra dokumentationen så att information och kommunikation internt kan bli bättre.

Det pågår ett arbete med att införa planeringsverktygen Laps care och Time care för planering och optimering av hemtjänsten. Det pågår också ett arbete med att införa mobil dokumentation. Det ger personalen bättre överblick över sin dagliga planering och kan snabbt rapportera viktiga händelser direkt från hembesöken. Det innebär mindre stress, mer tid till omsorg och ökad trygghet för de äldre.

Det pågår ett arbete med att införa nyckelfri hemtjänst. Med en digital nyckel i mobiltelefonen och en mottagande låsenhet på insidan av dörren behöver inte hemtjänstpersonalen hantera omsorgstagarnas nycklar. Det blir säkrare för brukarna och innebär även en kvalitetskontroll eftersom man kan se när, hur länge och vem som varit hos omsorgstagaren.

Av intervjuer med områdescheferna framgår att det saknas grundläggande rutiner i verksamheten. Orsaken till denna brist uppges vara en hög omsättning på ledningspersonal under senare år. Det finns brister vad gäller arbetet med genomförandeplaner. Dessa upprättas inte i tid, uppdateras inte och det saknas en delaktighet med brukaren. En organisation med teammöten kring brukaren är inte utvecklat.

Arbetet med riskbedömning enligt Senior alert har tidigare varit aktivt men avstannat. Ambitionen är att fortsätta utvecklingsarbetet under hösten 2016.

2.2.2. *Bedömning*

Kontrollmålet, att det sker ett utvecklingsarbete inom äldreomsorgen som leder till ökad kvalitet, *bedöms delvis vara uppfyllt.*

Vi bedömer att det delvis sker ett utvecklingsarbete inom äldreomsorgen inom äldreomsorgen som skapar förutsättning för en ökad kvalitet, men att det finns förbättringspotential inom ett antal områden.

Det finns en organisation för utvecklingsarbete genom de personer som är utsedda inom olika ansvarsområden. Vi menar att det är angeläget att ge utrymme för en kvalitetsutvecklare att driva förändringsarbete tillsammans med enhetschefer.

Utvecklingsarbete sker inom en rad olika områden såsom dokumentation, införande av planeringsverktyg och nyckelfri hemtjänst.

Vi menar att det saknas struktur för arbetet med kontaktmannaskap och genomförandeplaner. Det är angeläget att dessa grundläggande områden utvecklas på ett enhetligt sätt i verksamheten. Det finns utvecklingsområden såsom exempelvis implementering av teamträffar och Senior alert som behöver utvecklas. Av granskningen framgår att MAS har begränsat med tid för att bedriva utvecklingsarbete.

Avvikelsehantering är grunden för förbättringsarbetet och därför en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet. För att uppnå god kvalitet och patientsäkerhet är personalens engagemang och delaktighet nödvändig. Genom att den som bedriver verksamhet får in rapporter, klagomål och synpunkter avseende verksamhetens kvalitet från personalen skapas förutsättningar för att kunna utveckla och säkra kvaliteten. Därmed kan vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser förhindras. Det är därför viktigt att den som bedriver verksamhet uppmuntrar personalen att delta i kvalitetsarbetet genom ett öppet klimat. Vi menar att det är viktigt att ledningen kopplar val av strategier och aktiviteter till resultat från avvikelsehanteringsystemet. För att åstadkomma ett systematiskt förbättringsarbete är det viktigt att konsekvent kommunicera avvikelsehanteringsystemets betydelse och sambandet mellan utvecklingsarbetet och avvikelser.

2.3. Resultat från kvalitetsindikatorer och kvalitetsgranskning

2.3.1. Iakttagelser

Socialstyrelsen och SKL publicerar årligen en rapport med öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre. Syftet med öppna jämförelser är att stimulera kommuner till kunskapsutveckling och att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten. Aktuell rapport som avser år 2015 belyser kvaliteten på vården och omsorgen utifrån olika perspektiv och områden. De indikatorer som rapporten beskriver är möjliga för kommunerna att påverka. Indikatorerna ger en bred bild av både vården och omsorgen om äldre.

Uppgifterna bygger på nationella enkätundersökningar, Socialstyrelsens kommun- och enhetsundersökning 2015 samt Kommun och landstingsdatabasen (Kolada, SKL) och nationella kvalitetsregister såsom Senior Alert och BPDS avseende demens.

Tabellerna är färgade med grönt, gult och rött. Grönt betyder att kommunens värde för indikatorn hör till de 25 procent av kommunerna med bäst värden i förhållande till de andra kommunerna. Rött får de 25 procent av kommunerna med sämst värde och gult gäller de 50 procent av kommunerna som ligger mitt emellan. Jämförelserna mellan kommunerna är relativa, och varken rikets medelvärde eller ett grönt resultat behöver i sig vara ett bra resultat. Det finns i dag inga målnivåer på nationell nivå för respektive indikator. En av fördelarna med den färgsatta jämförelsen är att det är lätt att få en överblick. De relativa jämförelserna är också användbara så länge det inte finns några exakta och överenskomna målvärden för de enskilda indikatorerna.

2.3.1.1. Kostnader och resurser

Indikator	2015	2014	Kalmar län	Riket
Andel 80 år och äldre	7,3	7,6	6,9	6,0
Nettokostnad hemtjänst, kr/inv	7 259	6 473	5 216	4 074
Kostnad per brukare, hemtjänst	315 160	322 362	280 139	272 266
Nettokostnad särskilt boende, kr/inv	7 276	6 753	6 816	6 760
Kostnad per brukare, särskilt boende	872 485	743 069	852 155	824 789

Källa: Öppna jämförelser 2015, Vård och omsorg om äldre.

Kommentar

Andelen invånare som är 80 år och äldre är högre i Torsås kommun jämfört med såväl länet som med riket. Kostnadsnivån är också betydligt högre vad gäller såväl hemtjänst som särskilt boende.

2.3.1.2. Ordinärt boende

Med hemtjänst avses en behovsbedömd insats i form av service och personlig omvårdnad som utförs i den äldres bostad (ordinärt boende). Enligt aktuella uppgifter från kommunens tjänstemän per september månad har 201 personer hemtjänstinsatser.

Indikator	2015	2014	Kalmar län	Riket
Bemötande, förtroende och trygghet i hemtjänsten (%)	42	Ingen uppgift	43	42
Kontakt med personal i ordinärt boende (%)	56	Ingen uppgift	54	47
Inflytande och tillräckligt med tid i hemtjänsten (%)	44	Ingen uppgift	50	49
Risikoförebyggande åtgärder (%)	42	Ingen uppgift	26	35
Hemtjänsten i sin helhet	91	91	91	91

Källa: Öppna jämförelser 2015, Vård och omsorg om äldre.

Kommentar

Indikatorerna visar på att brukare i ordinärt boende bedömer att de har en god tillgänglighet till vård- och omsorgspersonal. När det gäller uppgift om bemötande, förtroende och trygghet i hemtjänsten befinner sig kommunen på riksgenomsnittet. När det gäller inflytande och delaktighet är dessa begrepp grundläggande faktorer för att den äldre ska kunna påverka sin livssituation och behålla en hög grad av självbestämmande och integritet. Denna indikator pekar på viss förbättringspotential och kommunen uppvisar lägre resultat än såväl länet som riket.

Brukarnas bedömning av hemtjänsten i sin helhet är oförändrat jämfört med föregående år och på samma nivå som länet/riket.

2.3.1.3. Särskilt boende

Särskilt boende är det gemensamma namnet för flera boendeformer, som anpassats för exempelvis äldre med stort behov av omsorg. Plats inom särskilt boende kan erhållas efter ansökan till kommunens biståndshandläggare. I Torsås kommun finns det totalt 80 platser på särskilt boende².

² <http://www.torsas.se/Omsorg-och-hjaelp/Boenden-saerskilda/Saerskilt-boende-aeldre.aspx>

Indikator	2015	2014	Kalmar län	Riket
Bemötande, förtroende och trygghet i särskilt boende (%).	Ingen uppgift	Ingen uppgift	41	41
Kontakt med personal i särskilt boende (%)	Ingen uppgift	Ingen uppgift	50	52
Inflytande och tillräckligt med tid i särskilt boende (%)	Ingen uppgift	Ingen uppgift	40	40
Mat och måltidsmiljö i särskilt boende (%)	Ingen uppgift	Ingen uppgift	69	63
Sociala aktiviteter i särskilt boende (%)	58	59	63	62
Risikoförebyggande åtgärder (%)	76	Ingen uppgift	33	55
Särskilt boende i sin helhet (%)	91	89	86	83

Källa: Öppna jämförelser 2015, Vård och omsorg om äldre.

Ett antal intervjuer med äldre har genomförts på särskilt boende där frågor kring trygghet, bemötande och socialt innehåll har diskuterats. Intervjuerna har skett på Mariahemmet. Inom ramen för granskningen planerades för fem intervjuer. Urvalet har skett från boendet och samtycke har inhämtats hos brukarna innan intervju. Tre intervjuer har genomförts, en avböjde i sista stund och en fick förhinder.

Brukarna beskriver att de får ett gott bemötande från personalen. Samtliga uppger att de känner sig trygga på Mariahemmet. Några av brukarna angav att de var missnöjda med att det fanns för lite aktiviteter. Maten uppges vara god. Intervjuade brukare uppger att de får komma ut i den utsträckning de önskar.

Kommentar

För flertalet indikatorer saknas uppgift om kommunen från år 2015. Indikatorerna visar på att brukare i särskilt boende bedömer att verksamheten fungerar väl. Av uppgifterna framgår också att kommunen är aktiv vad gäller risikoförebyggande åtgärder.

2.3.1.4. Indikatorer för sammanhållen vård och omsorg

Indikator	2015	2014	Kalmar län	Riket
Fallskador bland personer 80 år och äldre	Ingen uppgift	69	60	58
Tillgodosedda rehabiliteringsbehov efter stroke (2012-2014)	Ingen uppgift	Ingen uppgift	55	56
Funktionsförmåga 12 månader efter stroke (2012-2014)	Ingen uppgift	Ingen uppgift	70	70

Källa: Öppna jämförelser 2015, Vård och omsorg om äldre.

Kommentar

Det saknas uppgift om angivna indikatorer. När det gäller fallskador skrivs avvikelser. Av patientsäkerhetsberättelsen framgår att antalet fallavvikelser har minskat. År 2015 registrerades 457 fallavvikelser (jmf år 2014 516 st och år 2013 657 st). Av intervju med MAS framhålls att verksamheten ger tillräcklig rehabilitering vad gäller stroke.

2.3.1.5. Läkemedel

Granskningen av läkemedelsanvändningen har omfattat Mariahemmet i Torsås. Äldreboendet har totalt 56 platser. Granskningen omfattar totalt två avdelningar och 20 brukare.

Tabell: Läkemedelsanvändning, stående ordination, Mariahemmet, måttillfälle v 35 2015.

	Antal (%)
1. Polyfarmaci:	
- Antal äldre med fler än 10 ordinerade läkemedel	3 (15 %)
- Antal äldre med fler än 15 ordinerade läkemedel	0
- Antal äldre med fler än 20 ordinerade läkemedel	0
2. Antal äldre som får en årlig läkemedelsgenomgång	20 (100 %)
3. Olämpliga läkemedel	
- Antal äldre med minst ett av fyra läkemedel som bör undvikas.	18 (90 %)
4. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre	3 (15 %)
5. Tre eller fler psykofarmaka	4 (20 %)
6. Antal äldre med stående ordination av laxantia	17 (85 %)

Polyfarmaci. När en person samtidigt använder många läkemedel kallas det polyfarmaci. Studier har visat att detta är förknippat med en ökad risk för biverkningar, risk för skadliga läkemedelsinteraktioner, lägre följsamhet till ordination samt läkemedelsorsakad inläggning på sjukhus. Läkemedelsbehandlings effekter blir svåra att kontrollera och förutsäga. Samtidig användning av tio eller fler preparat hos en patient bör betraktas som en signal om att det kan finnas läkemedel som används utan eller med oklar indikation och risker med läkemedelsbehandlingen.

Av Öppna jämförelser från år 2015 framgår att 23,3 % av antalet personer i särskilt boende i riket över 75 år använder tio eller fler läkemedel samtidigt. Motsvarande uppgift i

Torsås kommun var 10,6 %. Av granskningen framgår att 3 av 20 brukare på Mariahemmet använde fler än tio läkemedel samtidigt.

Läkemedelsgenomgångar. Läkemedelsgenomgångar är en metod för att följa upp, analysera och ompröva en individs läkemedelsanvändning på ett förutbestämt och systematiskt sätt. Genomgångarna involverar personen som använder läkemedel samt ansvarig läkare och vid behov farmakologisk expertis samt sjuksköterskor och den personal som dagligen möter brukaren. Syftet med en enkel läkemedelsgenomgång är att kartlägga en persons ordinerade och använda läkemedel, kontrollera att läkemedelslistan är korrekt samt att bedöma om behandlingen är ändamålsenlig och säker. Enligt Öppna jämförelser rapporteras 84 procent av personer i särskilt boende ha en aktuell (ej äldre än 12 månader) läkemedelsgenomgång. Av granskningen framgår att samtliga äldre på Mariahemmet som omfattats av granskningen har fått en läkemedelsgenomgång under den senaste 12-månadersperioden.

Olämpliga läkemedel. Olämpliga läkemedel för äldre avser benzodiazepiner med lång halveringstid (lugnande och sömngivande), läkemedel med betydande antikolinerga effekter (vid urininkontinens, mot smärta, vid vissa ögonsjukdomar, astma, KOL och Parkinson sjukdom), tramadol (smärtstillande) och propiomazin (sömnmedel). Av Öppna jämförelser framgår att Torsås kommun använder färre olämpliga läkemedel i särskilt boende än övriga riket (6,4 % jmf 9,4 % i riket). Granskningen på Mariahemmet visar dock på att nästan samtliga (18 av 20) använder minst ett av fyra läkemedel som bör undvikas.

Antipsykotiska läkemedel. Av Öppna jämförelser framgår att användningen av antipsykotiska läkemedel i särskilt boende var något färre (10,6 %) i Torsås kommun jämfört med övriga riket (13,6 %). Antipsykotiska läkemedel används vid psykotiska symptom och vissa allvarliga beteendesyntom vid demens, till exempel aggressivitet. I äldrevården används dessa läkemedel emellertid ofta för att dämpa beteendesyntom såsom motorisk oro, rop och vandring, oftast med blygsam eller ingen effekt. Preparaten är starkt förknippade med biverkningar av olika slag, såsom passivitet, kognitiva störningar och Parkinsonliknande symtom. De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner. Av granskningen framgår att 3 av 20 brukare (15 %) använde antipsykotiska läkemedel.

Tre eller fler psykofarmaka. Andelen äldre som samtidigt använder flera psykofarmaka bör hållas så låg som möjligt då det är läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre. Av Öppna jämförelser framgår att användningen av antipsykotiska läkemedel hos befolkningen 75 år och äldre på särskilda boenden var lägre i Torsås kommun (8,5 %) jämfört med övriga riket (16,9 %). Av granskningen framgår att var femte brukare (4 av 20) hade tre eller fler psykofarmaka på Mariahemmet.

Laxantia. Användningen av laxantia kan ge en indikation på kvaliteten i omvårdnaden av de äldre. En god omvårdnad i sammanhanget kan bestå av att man inte använder läkemedel som orsakar förstoppning, lägger om kost (t ex mer fibrer och dryck) och samtidigt erbjuder mer fysisk aktivitet för de äldre. Om brister i personalbemanning och arbetsrutiner tillåts styra användningen av laxantia kan det vara ett tecken på mindre god omvårdnad. Dessa förhållanden har dock inte studerats inom ramen för denna granskning. Av granskningen framgår att de flesta brukarna (17 av 20) regelbundet använder laxantia.

Övrigt. Av patientsäkerhetsberättelsen framgår att antalet läkemedelsavvikelser ökat något år 2015 jämfört med föregående år. Den vanligaste avvikelsen är att personalen glömt att ge läkemedel.

2.3.1.6. Kontinuitet

Det finns flera orsaker till att det är viktigt att sträva mot en hög personalkontinuitet inom hemtjänstverksamheten. Om många olika personer kommer in i hemmet för att utföra insatsen finns det risk att kvaliteten blir lidande. Det kan bli svårt för den enskilde att lära känna personalen och tröttsamt att gång på gång förklara vad som ska göras och hur. Det är därför viktigt att inte alltför många olika personer hjälper den enskilde i hemmet.

I denna granskning har vi följt den metod som används i Öppna jämförelser för att mäta kontinuiteten inom hemtjänsten.

Kvalitetsindikatorn beskriver medelvärdet av antal olika personal som en hemtjänsttagare möter under en 14-dagarsperiod. Måttet avser de personer, 65 år eller äldre, som har två eller fler besök av hemtjänsten varje dag, förutom trygghetslarm och matleveranser. Hemsjukvårdspersonal räknas inte in i måttet. Mätningen avser tiden 07.00- 22.00.

Hemtjänsten är organiserad i sex hemtjänstgrupper och det finns ca 200 brukare med insatser utöver service. Granskningen har genomförts under perioden v 35-36 2016. Stickprovsundersökningen har gjorts hos fem brukare inom fyra hemtjänstgrupper. Tabellen nedan redovisar antal hemtjänstpersonal som hjälper den äldre under 14 dagar.

Tabell: Stickprovsundersökning – kontinuitet inom hemtjänsten.

Hemtjänst-Område	Antal besök kl 7-22	Antal Personal	Hemtjänst-Område	Antal besök kl 7-22	Antal Personal
Badhusgatan	31	13	Tuppen	14	6
Badhusgatan	61	14	Tuppen	83	15
Badhusgatan	56	15	Tuppen	31	12
Badhusgatan	79	16	Tuppen	60	15
Badhusgatan	132	17	Tuppen	34	13
Lunnagatan	63	19	Gullabo	82	12
Lunnagatan	54	18	Gullabo	112	15
Lunnagatan	37	14	Gullabo	46	13
Lunnagatan	132	24	Gullabo	194	16
Lunnagatan	27	14	Gullabo	28	10

Av Öppna jämförelser för år 2015 framgår att Torsås kommun låg något under riksgenomsnittet (14 jmf med 15). Av granskningen framgår att den brukare som träffade flest medarbetare mötte 24 olika personal. Sex av tjugo brukare träffade fler olika personal än föregående års riksgenomsnitt.

2.3.2. *Bedömning*

Kontrollmålet, att resultat från kvalitetsindikatorer visar att verksamheten bedrivs med en god kvalitet, *bedöms delvis vara uppfyllt.*

Efter en genomgång av tillgängliga resultat inom olika kvalitetsindikatorer samt genomförande av särskild granskning inom områdena läkemedel och personalkontinuitet bedömer vi att kontrollmålet delvis är uppfyllt. Brukarnas sammantagna bedömning av verksamheten är högre än riksgenomsnittet vad gäller särskilt boende samt i nivå med riksgenomsnittet när det gäller ordinärt boende. Samtidigt finns det en rad olika kvalitetsindikatorer som behöver förbättras.

Inom hemtjänsten varierar resultat vad gäller brukarnas bedömning mellan olika kvalitetsindikatorer. Tillgång till vård- och omsorgspersonal bedöms som god, medan förbättringsmöjligheter finns inom inflytande och delaktighet. Personkontinuiteten bedöms vara i nivå med riksgenomsnittet.

När det gäller äldreomsorg inom särskilt boende saknas det en del uppgifter om kommunen från år 2015. Brukarnas upplevelse av sociala aktiviteter är ett förbättringsområde.

För flertalet indikatorer inom sammanhållen vård och omsorg saknas uppgift om kommunen från år 2015. Av uppgifterna framgår att kommunen är aktiv vad gäller riskförebyggande åtgärder. Av patientsäkerhetsberättelsen framgår dock att antalet som bedömdes för risk för fall, trycksår och undernäring var färre år 2015 jämfört med föregående år.

Inom läkemedelsområdet finns en rad indikatorer och resultat som påvisar att läkemedelsanvändningen fungerar bra. Läkemedelsgenomgångar hade genomförts för samtliga granskade brukare. Revisionens läkemedelsgranskning visade dock att olämpliga läkemedel för äldre används i stor omfattning. Vår stickprovsgranskning påvisade samtidig användning av tre eller flera psykofarmaka samt antipsykotiska läkemedel.

2.4. *Uppföljning och åiterrapportering*

2.4.1. *Iakttagelser*

Av intervjuerna med tjänstemän framgår att det finns intresse och engagemang från nämnden när det gäller äldreomsorg. Fokus har dock varit uppföljning av ekonomin. Åiterrapportering av verksamhetsmål sker vid delårsrapport och årsredovisning. Under 2016 har nämnd tillsammans med förvaltning arbetat med mål och måluppfyllelse. I juni 2016 genomförde nämnden en lägesavstämning av nämndåtaganden under en halvdag med bedömning av måluppfyllelse.

Det sker ingen systematisk uppföljning av nämndens värdighetsgarantier. I Socialnämndens internkontrollplan 2016 sker uppföljning av exempelvis implementering av kvalitetsledningssystem och stickprovsundersökningar i form av genomförandeplaner samt dokumentation i verksamheten.

Nämnden ges redovisning vad gäller avvikelser kvartalsvis. Av intervju med MAS framgår att uppföljning inom ramen för MAS-funktionen blir eftersatt beroende på tids- och resursbrist. Patientsäkerhetsberättelsen för 2015 fanns framme först vid halvårsskiftet 2016.

Av intervjuerna med enhetschefer framgår att någon egenkontroll eller tillsyn i egen verksamhet inte genomförs. Några strukturerade verksamhetsuppföljningar genomförs inte på enhetsnivå. Det bör påpekas att intervjuade chefer endast varit i tjänst under en begränsad tid.

2.4.2. *Bedömning*

Kontrollmålet, att nämndens uppföljning av verksamheten är tillräcklig, *bedöms delvis vara uppfyllt.*

Kontrollmålet, att det sker en tillräcklig återrapportering till nämnd, *bedöms vara uppfyllt.*

Vi bedömer att nämndens uppföljning av verksamheten delvis är tillräcklig. Det sker en uppföljning av nämndens mål. Nämnden har också antagit en internkontrollplan som omfattar kvalitet inom äldreomsorg. Vi bedömer att nämnden till övervägande del får en tillräcklig återrapportering genom den redovisning som sker av mål, mått och måluppfyllelse.

Uppföljningen kan utvecklas genom att tydligare koppla uppföljning av värdighetsgarantier till övrig uppföljning. Ett annat område är att skapa förutsättningar för Medicinskt ansvarig sjuksköterska att genomföra systematisk tillsyn och uppföljning av verksamheten.

Vi anser att nämndens mål bör brytas ner på enhetsnivå. Det saknas egenkontroll på enhetsnivå och vi anser att en enhetlig struktur för uppföljning av verksamhetsmål på enhetsnivå behöver tas fram.

3. *Sammanfattning och revisionell bedömning*

De förtroendevalda revisorerna i Torsås kommun har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning av om socialnämnden har säkerställt en ändamålsenlig verksamhet med god kvalitet inom äldreomsorgen. Granskningen har genomförts under perioden maj – oktober genom intervjuer, dokumentgranskning och stickprovskontroller avseende läkemedelsanvändning och personalkontinuitet inom hemtjänsten.

3.1. *Revisionell bedömning*

Vi bedömer att socialnämnden endast delvis har säkerställt en ändamålsenlig verksamhet med god kvalitet inom äldreomsorgen då det finns brister och områden som behöver utvecklas. Vi menar att resultat från kvalitetsindikatorer inte tillräckligt visar att verksamheten bedrivs med en god kvalitet. Vi grundar i övrigt vår bedömning på den avstämning av kontrollmål som gjorts.

3.2. *Bedömningar mot kontrollmål*

Kontrollmål	Kommentar
Det finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som omfattar kvalitetsmål för äldreomsorgen.	Ej uppfyllt Vi bedömer att det i nuläget saknas ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Tidplan är framtagen för när arbete ska vara klart. Av vår granskning framgår vidare att det återstår ett viktigt arbete med att implementera ledningssystemet ute i verksamheten. Vi bedömer att fastställda mål och kvalitetsdeklarationer tydliggör önskvärd kvalitet.
Det sker ett utvecklingsarbete inom äldreomsorgen som leder till ökad kvalitet.	Delvis uppfyllt Vi bedömer att det delvis sker ett utvecklingsarbete inom äldreomsorgen som skapar förutsättning för en ökad kvalitet. Det finns utvecklingsområden då det saknas struktur för arbetet med kontaktsmannaskap och genomförandeplaner. Det är angeläget att dessa grundläggande områden utvecklas på ett enhetligt sätt i verksamheten. Av granskningen framgår att MAS har begränsat med tid för att bedriva utvecklingsarbete.
Resultat från kvalitetsindikatorer visar att verksamheten bedrivs med en god kvalitet	Delvis uppfyllt Efter genomgång av tillgängliga resultat inom olika kvalitetsindikatorer samt genomförande av särskild granskning inom områdena läkemedel och perso-

nalkontinuitet bedömer vi att kontrollmålet i varierande utsträckning är uppfyllt. Det finns en rad olika kvalitetsindikatorer som behöver förbättras.

Nämndens uppföljning av verksamheten är tillräcklig.

Delvis uppfyllt

Vi bedömer att nämndens uppföljning av verksamheten delvis är tillräcklig. Det sker en uppföljning av nämndens mål. Nämnden har också antagit en internkontrollplan som omfattar kvalitet inom äldreomsorg. Uppföljningen kan utvecklas genom att tydligare koppla uppföljning av värdighetsgarantier till övrig uppföljning. Ett annat område är att skapa förutsättningar för Medicinskt ansvarig sjuksköterska att genomföra systematisk tillsyn och uppföljning av verksamheten. Det saknas egenkontroll på enhetsnivå och vi anser att en enhetlig struktur för uppföljning av verksamhetsmål på enhetsnivå behöver tas fram.

Det sker en tillräcklig återrapportering till nämnd.

Uppfyllt

Vi bedömer att nämnden till övervägande del får en tillräcklig återrapportering genom den redovisning som sker av mål, mått och måluppfyllelse.

2016-11-30

Jörn Wahlrot

Uppdragsledare

Jean Odgaard

Projektledare

Bilaga: Jämförelser mellan kommuner

Inledning

Under perioden maj – oktober 2016 har kommunrevisorerna i Borgholm, Mönsterås, Mörbylånga och Torsås genomfört en granskning av "Kvalitet i äldreomsorg". Metod och genomförande har skett på likartat sätt. Uppgifter i denna bilaga ger möjlighet till jämförelser mellan de olika granskade kommunerna. Jämförelserna bygger på uppgifter från Socialstyrelsens Öppna Jämförelser 2015 samt genomförd granskning i respektive kommun under år 2016.

Bakgrundsfakta

Indikator	Borgholm	Mönsterås	Mörbylånga	Torsås	Kalmar län	Riket
Andel 80 år och äldre (%)	8,5 %	6,6 %	5,7 %	7,3 %	6,9	6,0
Kostnad per brukare, hemtjänst	351 882	287 541	252 537	315 160	280 139	272 266
Kostnad per brukare, särskilt boende	1 010 175	671 972	808 250	872 485	852 155	824 789

Kvalitetsindikatorer Ordinärt boende

<i>Indikator</i>	<i>Borg holm</i>	<i>Mön sterås</i>	<i>Mörby långa</i>	<i>Torsås</i>	<i>Kalmar län</i>	<i>Riket</i>
Bemötande, förtroende och trygghet i hemtjänsten (%)	48	46	47	42	43	42
Kontakt med personal i ordinärt boende (%)	63	50	64	56	54	47
Inflytande och tillräckligt med tid i hemtjänsten (%)	51	56	48	44	50	49
Risikoförebyggande åtgärder (%)	45	14	33	42	26	35
Hemtjänsten i sin helhet	92	92	92	91	91	91

Kvalitetsindikatorer Särskilt boende

<i>Indikator</i>	<i>Borg holm</i>	<i>Mörby långa</i>	<i>Mön sterås</i>	<i>Torsås</i>	<i>Kalmar län</i>	<i>Riket</i>
Bemötande, förtroende och trygghet i särskilt boende (%).	40	40	43	Ingen uppgift	41	41
Kontakt med personal i särskilt boende (%)	32	46	48	Ingen uppgift	50	52
Inflytande och tillräckligt med tid i särskilt boende (%)	41	46	45	Ingen uppgift	40	40
Mat och måltidsmiljö i särskilt boende (%)	71	74	62	Ingen uppgift	69	63
Sociala aktiviteter i särskilt boende (%)	52	75	74	58	63	62
Risikoförebyggande åtgärder (%)	47	68	5	76	33	55
Särskilt boende i sin helhet (%)	81	88	85	91	86	83

Personalkontinuiteten i hemtjänsten

	Antal personal
Borgholm	17
Mönsterås	
Mörbylånga	14
Torsås	14
Kalmar län	Mellan 7-17
Riket	15

Läkemedelsgranskningen

Uppgifterna i tabellen nedan avser samtliga granskade brukare från de fyra kommunerna.

	Antal (%)	Riket (Andel %)
Antal granskade äldre	110	
Polyfarmaci: Antal äldre med fler än 10 ordinerade läkemedel	23 (21 %)	(23,3 %)
Antal äldre med fler än 15 ordinerade läkemedel	4 (4 %)	-
Antal äldre med fler än 20 ordinerade läkemedel	0	-
Antal äldre som får en årlig läkemedelsgenomgång	93 (85 %)	(84 %)
Olämpliga läkemedel Antal äldre med minst ett av fyra läkemedel som bör undvikas.	28 (25 %)	(9,4 %)
Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre	6 (5 %)	(13,6 %)
Tre eller fler psykofarmaka	9 (8 %)	(16,9 %)
Antal äldre med stående ordination av laxantia	63 (57 %)	-