



Granskning av vård- och omsorgsnämndens systematiska kvalitetsarbete inom äldreomsorgen med fokus på särskilt boende

Rapport

Tingsryds kommun

KPMG AB

2019-09-25

Antal sidor 16



Tingsryds kommun

Granskning av vård- och omsorgsnämndens systematiska kvalitetsarbete inom äldreomsorgen

KPMG AB

2019-09-25

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	1
2	Inledning	2
2.1	Syfte och revisionsfrågor	2
2.2	Revisionskriterier	2
2.3	Metod	3
2.4	Avgränsningar	3
3	Resultat av granskningen	4
3.1	Målstyrning	4
3.2	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	4
3.3	Riktlinjer och rutiner	5
3.3.1	Rutiner för nattbemanning	6
3.4	Kontroll och uppföljning av kvalitetsarbetet	7
3.5	Nämndens avvikelshantering	9
3.6	Upplevd kvalitet utifrån brukarnas perspektiv	10
4	Slutsats och rekommendationer	13
4.1	Svar på revisionsfrågor	13
4.2	Slutsats	14
4.3	Rekommendationer	15
	Bilaga 1 – Nämndmål, mått	16

1 Sammanfattning

KPMG har av Tingsryd kommuns revisorer fått i uppdrag att granska vård- och omsorgsnämndens systematiska kvalitetsarbete inom särskilt boende. Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämnden, genom sin styrning och uppföljning, säkerställer kvaliteten inom äldreomsorgen med fokus på de särskilda boendena. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2019.

Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden i flera delar arbetar systematiskt med kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen. Samtidigt bedömer vi att nämnden kan stärka sin styrning, kontroll och uppföljning av kvalitetsarbetet. Vår bedömning baseras bl.a. på följande iakttagelser:

- Nämnden har beslutat om nämndmål avseende kvaliteten inom äldreomsorgen och särskilt boende. Målen följs upp en gång per år.
- Utöver nämndens styrkort styrs kvalitetsarbetet i huvudsak av den årliga verksamhetsplanen, samt beslutade riktlinjer för bistånd.
- Den tidigare socialnämnden beslutade 2012 om ett kvalitetsledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Arbetet avstannade dock av olika anledningar. Vård- och omsorgsnämnden har inte följt upp arbetet med kvalitetsledningssystemet. Vid granskningstillfället uppges kvalitetsledningssystemet inte vara implementerat i verksamheten.
- Vård- och omsorgsnämnden antog SKL:s rekommendation för arbete med ökad kvalitet nattetid i särskilt boende för äldre i maj 2017 (§ 27).
- Uppföljning av kvaliteten inom äldreomsorgen genomförs bl.a. genom egenkontroller och intern kontroll. Vi noterar att nämnden har samma egenkontroller 2019 som under föregående år. Det tydliggörs inte i samband med granskningen om beslut om egenkontroller bygger på en riskanalys.
- Nämnden upprättar en årlig patientsäkerhetsberättelse. Däremot upprättas, vid granskningstillfället, ingen kvalitetsberättelse.
- Det förekommer kvalitetsavvikelser inom särskilda boenden för äldre i kommunen. Under det första halvåret 2019 var fall-avvikelser och HSL-avvikelser vanligast.

Efter genomförd granskning rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- fastställa socialnämndens beslut om ett ledningssystem för kvalitetsarbete inom äldreomsorgen samt säkerställa att systemet implementeras i verksamheten i enlighet med Socialstyrelsens intentioner.
- se över vilka insatser som krävs för att stärka arbetet kopplat till SKL:s rekommendation "Strategi för ny teknik" och genom detta stärka rutinerna ytterligare kring kvalitetsarbetet nattetid inom särskilt boende.
- säkerställa att egenkontroller genomförs *fortlöpande* i verksamheterna, samt besluta om vilka kontroller som ska genomföras baseras på en riskanalys.

2 Inledning

Enligt 3 kap. 1§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ansvarar vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst enligt LSS för att det finns ett kvalitetsledningssystem för verksamheten. I föreskrifterna framgår hur kommunen ska arbeta med att *planera, genomföra, följa upp och kontrollera* samt *bedriva* ett systematiskt förbättringsarbete. Socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet och ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Enligt socialtjänstlagen (2001:453) ska kommunen verka för att äldre människor får goda bostäder samt för att ge dem som behöver stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. För de personer som har ett särskilt behov av stöd och omsorg, där behovet inte kan tillgodoses i det ordinära boendet, ska kommunen erbjuda plats vid ett särskilt boende. Innan plats beviljas ska en individuell prövning alltid genomföras. Kommunen har ett ansvar för hälso- och sjukvården samt rehabiliteringen vid de särskilda boendena.

Mot bakgrund av ovanstående har de förtroendevalda revisorerna i Tingsryds kommun beslutat att genomföra en granskning av vård- och omsorgsnämndens styrning och uppföljning av kvaliteten inom äldreomsorgen, med särskilt fokus på kommunens särskilda boenden. Granskningen ingår i revisionsplanen för år 2019.

2.1 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om nämnden, genom sin styrning och uppföljning, säkerställer kvaliteten inom äldreomsorgen med fokus på de särskilda boendena.

- Erbjuder nämnden boendeplatser för äldre utifrån olika brukares behov?
- Har nämnden beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen?
- Finns ändamålsenliga rutiner och riktlinjer avseende kvaliteten i särskilt boende?
- Vilka åtgärder har vidtagits för att uppfylla socialtjänstförordningens reglering avseende nattbemanning vid de särskilda boendena?
- Vilka kvalitetsavvikelser är vanligast inom särskilda boenden för äldre?
- Följs kvaliteten löpande upp?
- Genomförs uppföljning av brukarnas uppfattning om den levererade kvaliteten vid särskilda boenden?

2.2 Revisionskriterier

Nedanstående revisionskriterier ligger till grund för revisorernas bedömningar i denna granskning:

- Kommunallagen 6 kap. 6 §
- Socialtjänstlag (2001:453)
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Socialtjänstförordningen (2001:937 2 kap 3 §)
- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

2.3 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med berörda tjänstemän och politiker.

Inom ramen för granskningen presenteras utfallet av den senast genomförda brukarundersökningen "Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2018" samt resultatet i 2018 års öppna jämförelser för äldreomsorgen, särskilt boende.

Samtliga intervjuade har givits möjlighet att faktakontrollera rapporten.

2.4 Avgränsningar

Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden. Granskningen fokuserar på särskilt boende inom äldreomsorgsverksamheten.

I samband med granskningen har det inte genomförts några verksamhetsbesök eller stickprov.

Nämndens tjänstegaranti/värdegaranti används inte som ett revisionskriterium, utan har endast granskats övergripande.

3 Resultat av granskningen

I Tingsryds kommun finns sex kommunala äldreboenden: Konga Allhus, Solhaga, Solängen, Örnén, Älmegården samt Äppelgården. Kommunen har omkring 190 boendeplatser varav 10 korttidsplatser. Vid behov används permanenta boendeplatser för att tillgodose behovet av växelvårdsplatser och korttidsplatser. Ett boende i kommunen, Älmegårdens särskilda boende i Rävåla, är särskilt inriktad på demenssjukdomar. Under 2019 byggs ett nytt gruppboende inom LSS i Tingsryd tätort.

Vård- och omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet vid de kommunala äldreboendena. Förvaltningsledning och stab leds av vård- och omsorgschef. Förvaltningens stab består av vård- och omsorgschef, socialt ansvarig socionom, IT-utvecklare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (del av tjänst), samt medicinskt ansvarig rehabilitering (del av tjänst). Övriga ledningsfunktioner inom förvaltningen arbetar som första linjens chefer inom äldreomsorgen, omsorg funktionsnedsättning och hälso- och sjukvård. Vård- och omsorgschefen tillsammans med förvaltningens övriga chefer bildar förvaltningens ledningsgrupp.

3.1 Målstyrning

Utifrån kommunfullmäktiges vision¹ har vård- och omsorgsnämnden beslutat om två nämndmål för mandatperioden (2019-2022) som avser nämndens kvalitetsarbete vid de särskilda boendena. Målen är:

1. *Medborgare som är i behov av stöd p.g.a. fysiska, psykiska, sociala eller andra skäl skall erbjudas ett individuellt anpassat stöd av hög kvalitet som bygger på självbestämmande och delaktighet.*
2. *Medborgare skall ges möjlighet till förebyggande stöd och service på ett sätt så att Tingsryds kommun är en bra plats att leva och bo i.*

Enligt de intervjuade följs målen upp en gång per år i kommunens digitala system Stratsys. Delmål beslutas av nämnden inför varje verksamhetsmål i ett s.k. styrkort. Se bilaga 1 för beslutade nämndmål för mandatperioden, uppföljningsbara mått samt nämndens mål för 2019.

Utöver beslutat styrkort styrs kvalitetsarbetet inom särskilt boende, enligt de intervjuade, i huvudsak av nämndens årliga verksamhetsplan.

3.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Den tidigare socialnämnden beslutade 2012-06-12 (§ 141) att införa ett ledningssystem för kvalitetsarbetet inom dåvarande verksamhetsområde. Enligt de intervjuade påbörjades ett arbete med ett nytt ledningssystem under slutet av 2012. Enligt uppgift avstannade dock arbetet när fullmäktige beslutade om en kommunal omorganisation 2014. Därtill valde ett flertal av de tjänstemän som arbetade med det nya kvalitetsledningssystemet att lämna sina tjänster i samband med omorganisationen. Enligt de intervjuade var tjänsterna vakanta under en längre period, vilket påverkade att arbetet med ledningssystemet avstannade.

¹Kommunfullmäktiges vision - "Vård och omsorg av hög kvalitet efter behov med bästa bemötande och delaktighet"

Kommunens nya politiska organisation, som gäller från och med april 2017, innebär bl.a. att verksamheten Vård- och omsorg numera är organiserad under vård- och omsorgsnämnden. Vård- och omsorgsnämnden har enligt de intervjuade inte följt upp den tidigare socialnämndens beslut om att införa ett ledningssystem för kvalitet inom äldreomsorgen. Vid granskningstillfället finns det inget implementerat kvalitetsledningssystem som utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

3.3 Riktlinjer och rutiner

Riktlinjer för *bistånd*
I juni 2018 beslutade nämnden (§ 82) om riktlinjer för bistånd. Riktlinjerna har arbetats fram utifrån socialtjänstlagen, socialstyrelsens föreskrifter samt kommunens mål för äldre- och funktionshinderomsorg. I riktlinjerna framgår bl.a. nämndens mål och verksamhetsidé för äldre- och funktionshinderomsorgen samt vilket ansvar kommunen har enligt gällande lagstiftning.

Riktlinjerna för bistånd tydliggör även rutiner för handläggning av ärenden d.v.s. ansökan, utredning och beslut samt vilken dokumentation som ska genomföras och vad som ska framgå av denna. Vidare framgår kriterierna för att beviljas plats vid särskilt boende i kommunen:

- Den enskilde har ett stort behov av hjälp i kombination med en oförmåga att tillkalla hjälp.
- Den enskilde har svårigheter att orientera sig i tid och rum.
- Den enskilde uttrycker oro, stör grannar/närstående och/eller är i fara för sig själv.
- Den enskildes hjälpbehov kan inte tillgodoses av hemtjänst på ett sådant sätt att det tillförsäkrar den enskilde en skälig levnadsnivå.
- Den enskilde som har fyllt 90 år och som ansöker om denna insats, och är stadigvarande bosatt i Tingsryds kommun, kan beviljas denna insats genom förenklad biståndsbedömning enligt SoL 4 kap. 2 §.

Det är alltid den enskildes individuella behov och förutsättningar som ska styra. Vid bedömningen eftersträvas alltid en helhetssyn på individens situation och möjligheter där sociala, fysiska, psykiska och existentiella behov ska beaktas. Prioritering för att verkställa en plats vid ett särskilt boende går till den enskilde med störst omsorgsbehov och som tillhör något av de fyra första kriterierna ovan.

Riktlinjerna tydliggör rutinbeskrivningar för brukares genomförandeplaner, kontaktmän, boendestöd och hemtjänst. Slutligen klargör riktlinjerna nämndens rutiner för sekretess och tystnadsplikt, vilken rapporteringsskyldighet som finns samt vad som gäller för god man och förvaltare.

Nämndens tjänstegaranti/värdighetsgaranti

Vård- och omsorgsnämndens tjänstegaranti/värdighetsgaranti inom äldreomsorgen är framtagen för att stärka kvaliteten på de tjänster som kommunen erbjuder. Garantierna förtydligar kommunens ansvar och är både ett löfte och en upplysning om vad kommuninvånarna kan förvänta sig. Garantierna är en del av nämndens kvalitetsarbete. I sina garantier lovar nämnden följande:

- Du får kontakt med handläggare inom sju arbetsdagar när du anmält behov av hemtjänst eller äldreboende.

- Genomförandeplan erbjuds när dina insatser påbörjas och färdigställs inom en månad.
- Kontaktman utses i samband med verkställigheten av insatserna.
- Bemöta dig vänligt och med respekt och vi ska lyssna på dina önskemål och åsikter.
- Den personal du möter bär identitetskort som bekräftar att de arbetar inom äldreomsorgen.

Övriga riktlinjer och rutinbeskrivningar som vi erhållit och granskat i samband med denna granskning är:

- Riktlinjer för avvikelser, senast reviderad i maj 2019
- Handlingsplan för demensomsorgen i Tingsryds kommun, fastställd av vård- och omsorgsnämnden i april 2019
- Ansvarsfördelning inom demensområdet, reviderad januari 2019
- Rätten att få åldras tillsammans – parboendegarantin
- Rutin vid hantering av Lex Sarah
- Rutin: Bemötande plan vid hotfulla situationer
- Rutiner för brukarens måltider, från oktober 2016
- Rutin för kommunikation mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska
- Rutin för teamträffar inom vård- och omsorgsförvaltningen
- Rutin när omsorgstagare som ska ha insatser från äldre- och funktionshinderomsorgen inte öppnar, inte är hemma eller inte svarar vid insatsen telefonkontakt
- Region Kronobergs äldrestrategi (Regionsamverkan)
- Region Kronobergs handlingsplan för äldre (Regionsamverkan)

Enligt de intervjuade har en kvalitetsgrupp, bestående av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) samt socialt ansvarig socionom (SAS), granskat förvaltningens samtliga riktlinjer och rutinbeskrivningar under 2019. Syftet har varit att identifiera eventuella underlag med behov av revidering samt att gallra ut inaktuella underlag.

3.3.1 Rutiner för nattbemanning

Regeringen beslutade i februari 2016 att införa en ny bestämmelse om bemanning i socialtjänstförordningen (2001:937). Bestämmelsen (SoF, 2 kap. 3 §) gäller särskilda boenden för äldre och trädde i kraft den 15 april 2016. Förordningens nya bestämmelser är enligt följande:

”Vid ett särskilt boende ska det, utifrån den enskildes aktuella behov, finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa.”

Utifrån Socialstyrelsens nya bestämmelser arbetade Sveriges kommuner och landsting (SKL) fram en rekommendation i fyra delar. Vård- och omsorgsnämnden antog SKL:s rekommendation för arbete med ökad kvalitet nattetid i särskilt boende för äldre i maj 2017 (§ 27). Enligt de intervjuade arbetar förvaltningen vid granskningstillfället utifrån denna rekommendation. De fyra rekommendationerna samt tillhörande kommentar kring hur nämnden/förvaltningen arbetar utifrån rekommendationen vid granskningstillfället redogörs i nedanstående tabell.

Tabell 1

SKL:s rekommendation	Nuläge i Tingsryds kommun
<p>Koll på läget Ledningen behöver i större utsträckning ta reda på hur arbetet bedrivs nattetid.</p>	<p><i>Vid granskningstillfället sker individuella bedömningar kring hjälpbehov genom biståndsbeslut. Arbetsplatsträffar genomförs enligt uppgift regelbundet. Nattpersonal är enligt rutin även delaktiga i teamträffar vid behov. Nattpersonal är enligt intervjuade stationerad på särskilt boende enligt rekommendation.</i></p>
<p>Individens behov En planering behöver genomföras med den äldre och den äldres anhöriga vad gäller omsorgsinsatser och tillsyn även nattetid.</p>	<p><i>Vid granskningstillfället finns och används genomförandeplaner² vid samtliga äldreboenden i kommun. Det pågår extra insatser för att säkerställa att nattens insatser finns dokumenterade i planerna. Vid granskningstillfället pågår en implementering av metodiken "Individens behov i centrum" (IBIC).</i></p>
<p>Strategi för ny teknik Kommunen bör ta fram en teknikstrategi som omfattar såväl infrastruktur, informationssäkerhet och tillämpning av lagstiftning.</p>	<p><i>Enligt de intervjuade kvarstår stora insatser inom särskilt boende avseende digitala hjälpmedel och välfärdsteknik. Vid granskningstillfället pågår ett upphandlingsarbete avseende trygghetskameror. Vidare genomförs en utbyggnad av wi-fi vid samtliga särskilda boenden i kommunen under 2019.</i></p>
<p>Ledarskap Ledarskapet inom särskilt boende för äldre behöver stärkas för att förändringsarbetet med att identifiera och införa nya arbetssätt ska säkerställas.</p>	<p><i>Nämnden har en områdeschef i beredskap utanför kontorstid under årets alla dagar och nätter. Områdeschefer genomför besök nattetid, enligt beslutad plan, en gång per termin vid de särskilda boendena. Vidare träffar områdeschefer nattpersonalen på morgonen.</i></p>

3.4 Kontroll och uppföljning av kvalitetsarbetet

Risikanalys

Nämnden ska enligt socialtjänstlagen säkerställa att missförhållanden eller en påtaglig risk för ett missförhållande dokumenteras, utreds och avhjälps. Allvarliga missförhållanden eller risker för allvarliga missförhållanden ska snarast anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Med syfte att minska risken för missförhållanden bör nämnden enligt Socialstyrelsen fortlöpande bedöma om det finns risk (risikanalys) för att händelser kan inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska nämnden delvis uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och delvis bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av

² Genomförandeplaner beskriver hur omsorgstagaren vill att beviljade insatser utförs. Ur ett omsorgstagarperspektiv är det viktigt att genomförandeplanen hålls uppdaterad och aktuell.

händelsen. Riskanalysen kan ha koppling t.ex. till klagomål, synpunkter och avvikelser, men även nämndens arbete med egenkontroller.

I samband med granskningen har vi inte erhållit några underlag som tydliggör att nämnden genomför fortlöpande riskanalyser av kvalitetsarbetet inom särskilt boende.

Uppföljning genom egenkontroll

I syfte att minska risker i verksamheten ska *löpande egenkontroller* genomföras i nämndens verksamheter. Syftet bör, enligt SOSFS 2011:9, vara att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamheten. Valet av egenkontroller bör bygga på en riskanalys. Enligt de intervjuade ska följande egenkontroller genomföras under september och november 2019:

- Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner vid samtliga särskilda boenden.
- Extern apoteksgranskning av basförråd och vårdtagares läkemedelsskåp. Granskningen genomförs av sjuksköterskor.

Vi noterar att förvaltningen beslutat om att genomföra samma egenkontroller som genomfördes under 2018. Enligt de intervjuade gjordes bedömningen att det fanns ett behov av att följa upp 2018 års resultat av egenkontrollerna. Vi har inte erhållit underlag som visar att beslutet av egenkontroller bygger på en riskanalys. Vi har inte heller erhållit underlag som tydliggör om det genomförts några löpande egenkontroller under våren 2018. Av vad vi erfar ska de första egenkontrollerna genomföras i september och november 2019.

Intern kontroll

Inom ramen för intern kontroll, som har sin grund i kommunallagens krav, har vård- och omsorgsnämnden inför 2019 beslutat om följande kontrollmål som kan kopplas till nämndens kvalitetsarbete inom äldreomsorgen:

- ***Rutin för att närvaromarkera vid larm inom hemtjänst och särskilt boende.***
Att inte närvaromarkera kan skapa otrygghet hos omsorgstagare och dess anhörig samt misstro mot förvaltningen.

Uppföljningen av intern kontrollen genomförs i slutet av verksamhetsåret.

Övrig uppföljning av kvalitetsarbetet

Utöver uppföljning genom egenkontroll och intern kontroll genomförs annan uppföljning av verksamheten genom bl.a. Senior Alert, ett nationellt kvalitetsregister. Registret erbjuder en struktur och systematik att bedöma risker och planera åtgärder för patienter i förhållande till de bedömda riskerna, samt att synliggöra resultat på enhetsnivå. Riskbedömningen avser: risk för undernäring, risk för fall, risk för trycksår samt risk för dålig munhälsa. Målet inför 2019 är, enligt patientsäkerhetsberättelsen, att öka användningen av Senior Alert som stöd för omvårdnadsåtgärder.

Nämnden upprättar årligen en patientsäkerhetsberättelse vars syfte bl.a. är att redogöra resultat som uppnåtts föregående år men även beskriva hur vårdgivaren har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Nämnden upprättar, vid granskningstillfället, inte någon årlig kvalitetsberättelse³ i enlighet med SOSFS 2011: 9.

En tydligare mötesstruktur på ledningsnivå infördes under 2018 för att förenkla informationsöverföring och snabbare återkoppling till verksamheten. Även regelbundna möten inom hälso- och sjukvårdsorganisationen, s.k. HSL-möten, har införts. Under HSL-

³ Skillnaden mellan det lagstadgade kravet på en patientsäkerhetsberättelse och det allmänna rådet om en kvalitetsberättelse ligger i berättelsens omfattning. Patientsäkerhet handlar om skydd mot vårdskada. Kvalitetsbegreppet kan innefatta mer än enbart arbetet med patientsäkerhet.

mötena informerar MAS om riktlinjer och rutiner, samt återkopplar avvikelser och klagomål. Syftet med mötena är att skapa en dialog och ett informationsutbyte.

3.5 Nämndens avvikelshantering

Hälso- och sjukvårdspersonalen är enligt patientsäkerhetslagen (2010: 659) skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risken för vårdskador, samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Samtliga avvikelser ska riskbedömas utifrån en allvarlighetsgrad och sannolikhet att avvikelsen kan inträffa igen. Riskanalysen är avgörande för vilken typ av åtgärd som ska vidtas. Enligt patientsäkerhetsberättelsen 2018 behöver avvikelshantering i verksamheten utvecklas. Vidare framgår att det under 2018 inte genomförts riskanalyser i den utsträckning som krävs. Enligt uppgift har arbetet med att utveckla arbetet med avvikelshantering fortskridit under 2019. Bl.a. har ett nytt verksamhetssystem, VIVA, införts. Det nya systemet beskrivs som mer användarvänligt och möjliggör bl.a. att flera yrkeskategorier kan arbeta aktivt samtidigt med åtgärder som dokumenteras i systemet. Det nya systemet tydliggör även om avvikelsen avser socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen.

Rutiner för avvikelserapportering

När en avvikelse eller risk för avvikelse inträffat ska den inblandade personalen skriva en avvikelserapport i verksamhetssystemet. Rapporten skickas automatiskt till ansvarig chef på enheten/området där händelsen inträffat. I rapporten ska det framgå en beskrivning av ärendet, vilka personer som kan ta del av rapporter samt vem som är ansvarig för uppföljningen av ärendet. Varje profession som är mottagare i en avvikelse gör sin bedömning av avvikelsen och dokumenterar därefter ett åtgärdsförslag i uppföljningen/utredningen.

Allvarliga avvikelser rapporteras till MAS/MAR/SAS för ställningstagande om fortsatt utredning. Avvikelser som rapporteras till MAS/MAR/SAS ska återkopplas till verksamheten tillsammans med åtgärdsförslag för att minska risken för att händelsen återupprepas. Allvarligare avvikelser, som kräver fortsatt utredning, redovisas för ledningsgruppen. Beslut om utredning och anmälan enligt lex Maria görs av MAS på delegation av vård- och omsorgsnämnden. Beslut om anmälan enligt lex Sarah görs av Vård- och omsorgsnämnden. Utredning enligt Lex Sarah görs av SAS.

Avvikelser som uppkommer mellan kommunen och Region Kronoberg skickas till MAS som följer upp ärendet i den länsgemensamma gruppen.

En genomgång av avvikelser sker vid teamträffar/arbetsplatsträffar på enheten/området. Syftet med genomgången är att personalen ska analysera och besluta om eventuella åtgärder och uppföljning.

Statistik över avvikelser

I samband med granskningen har vi erhållit statistik kring nämndens avvikelser vid särskilda boenden. Vid granskningstillfället har förvaltningen sammanställt statistiken som berör det första halvåret 2019. För att kunna få en fruktbar jämförelse efterfrågade vi statistik från första halvåret 2018. Notera att förvaltningen hade två olika verksamhetssystem för avvikelserapportering under granskade perioder. Detta kan enligt de intervjuade förklara att t.ex. fall-avvikelser specificerats under 2019. Se nedanstående tabell för statistik.

Tabell 2

	2018-01-01 – 2018-06-30	2019-01-01 – 2019-06-30
	Särskilt boende	Särskilt boende
HSL-avvikelse	519	226
SoL-avvikelse	27	42
Fall-avvikelse	-	367
Totalt	546	635

Vi kan konstatera ett totalt ökat antal avvikelserapporter från särskilt boende vid jämförelse mellan perioderna. Enligt de intervjuade ser förvaltningen detta som en kvalitetssäkring och att det nya systemet fångar fler avvikelser för hantering.

Under 2018 anmäldes tre utredningar enligt Lex Maria till IVO. Samtliga tre avsåg förväxlingar, dvs. brister i ID-kontroll. Enligt patientsäkerhetsberättelsen 2018 upptäcktes samtliga tre händelser i tid och ingen brukare kom till skada.

3.6 Upplevd kvalitet utifrån brukarnas perspektiv

För att följa upp den upplevda kvaliteten utifrån brukarnas perspektiv ges brukare i kommunen och/eller deras anhöriga möjlighet att besvara Socialstyrelsens årliga enkät "Så tycker äldre om äldreomsorgen". Resultatet av enkäten kommuniceras ut i verksamheten av områdescheferna och enhetschefer vid arbetsplatsträffar. I nedanstående avsnitt redogörs resultatet av undersökningen 2018 samt resultatet i Öppna jämförelser 2018 avseende särskilda boenden.

Brucarundersökning, 2018, särskilt boende, Tingsryds kommun

Syftet med Socialstyrelsens enkät "Så tycker äldre om äldreomsorgen 2018" är att kartlägga de äldres uppfattning om sin vård och omsorg. Enkäten redogörs för nämnden en gång per år och kommuniceras till personal genom bl.a. teamträffar och vid arbetsplatsträffar. Svaren i enkäten kommuniceras till anhöriga i samband med anhörigrträffar eller brukarråd. Enligt de intervjuade använder nämnden resultatet bl.a. för jämförelser med andra kommuner och verksamheter, men främst i samband med beslut om nya mål för verksamheterna d.v.s. i syfte att bidra till utveckling och förbättring av vården och omsorgen om de äldre i kommunen.

Samtliga personer, 65 år och äldre, som den 31 december 2017 hade boende på ett särskilt boende, har fått möjlighet att besvara enkäten. I Tingsryds kommun besvarades enkäten av 78 personer, dvs. 51,3 % av de tillfrågade. Det kan jämföras med rikets totala svarsfrekvens som var 49, 4 % (35 432 personer).

Nedan redogörs övergripande upplevelser hos de svarande i kommunen kring kvaliteten inom äldreomsorgen. Vidare redogörs ett antal frågor där kommunen skiljer sig från riket. För detaljerad redovisning av svaren i enkäten se mer om undersökningen på www.socialstyrelsen.se/alldreundersokning.

De fem frågor där andelen positiva svar var som högst var:

- Får bra bemötande från personalen (92 %)
- Känner sig trygg på sitt äldreboende (90 %)

- Känner förtroende för personalen (89 %)
- Är sammantaget nöjd med äldreboendet (88 %)
- Har lätt att få kontakt med personalen på äldreboendet vid behov (88 %)

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att en hög andel anser sig få ett bra bemötande från personalen, att de känner sig trygga på sitt boende samt att de känner förtroende för personalen.

De fem frågor där andelen positiva svar var lägst var:

- Besväras inte av ensamhet (24 %)
- Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål (45 %)
- Har lätt att få träffa läkare vid behov (47 %)
- Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar (52 %)
- Möjligheterna att komma utomhus är bra (59 %)

Vi kan konstatera att en stor andel av de svarande (76 %) besväras av ensamhet samt att fler än hälften av de svarande inte vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål (55 %) samt uppger att de inte har lätt att träffa läkare vid behov (53 %).

Boendemiljö

Sammantaget uppger 88 % att de är nöjda med sitt äldreboende i Tingsryds kommun, vilket är högre än riket i genomsnitt (81 %). Enligt enkäten var det 88 % av de svarande som fick plats på det äldreboende som de ville bo på. Det kan jämföras med riket, 87 %. Brukare i Tingsryds kommun är mer positiva till trivseln inomhus och utomhus i jämförelse med riket.

Mat- och måltidsmiljö

Omkring 77 % av de svarande i kommunen upplever att maten smakar bra. Det kan jämföras med riket 74 %. Ca 72 % upplever måltiderna som en trevlig stund på dagen, i jämförelse med riket 68 %.

Trygghet

Ca 89 % av de svarande uppger att de känner förtroende för personalen på sitt äldreboende. Det kan jämföras med riket 85 %.

Sociala aktiviteter

Endast 24 % av de svarande i kommunen besväras inte av ensamhet. Det innebär att 76 % gör det. I jämförelse med riket, 65 %, som besväras av ensamhet. Samtidigt uppger 69 % av de boende att de är nöjda med de aktiviteter som erbjuds vid boendet samt 59 % att det finns bra möjligheter att komma utomhus.

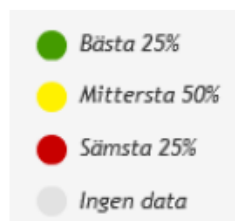
Tillgänglighet

Andelen svarande som uppger att det är lätt att få träffa en sjuksköterska eller läkare vid behov är lägre än riket. Däremot uppger fler svarande i kommunen (88 %) att det är lätt att få kontakt med personalen vid äldreboendet i jämförelse med riket (83 %).

Öppna jämförelser, 2018, särskilt boende, Tingsryds kommun

Öppna jämförelser inom socialtjänsten arbetas fram av Socialstyrelsen i samverkan med SKL, Vårdföretagarna och Famna. Resultatet baseras huvudsakligen på information från en kommunenkät under januari-februari 2018.

För varje nyckeltal rangordnas alla kommuner efter sina resultat och de bästa resultaten (25 %) har grön färg, de sämsta (25 %) har en röd färg och de i mitten (50 %) har en gul färg. Saknas data i något nyckeltal anges det med en grå färg. Färgsättningen visar om kommunen har ett bra eller dåligt resultat i jämförelse med andra kommuner. Det talar inte nödvändigtvis om ifall resultatet är bra eller dåligt. En kommun kan ha ett dåligt resultat i jämförelse med andra kommuner, vilket ger en röd färg, trots att resultatet egentligen är bra (och vice versa). Nedan redogörs resultatet för Öppna jämförelser socialtjänst 2018, Tingsryds kommun, särskilt boende.



				2015	2016	2017	2018
Leva och bo självständigt							
✓ Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	al	≈	↑	85	87	82	88
✓ Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - inflytande och tillräckligt med tid, andel (%)	al	≈	↑	46	39	56	40
Trygga förhållanden							
✓ Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, förtroende och trygghet, andel (%)	al	≈	↑	43	42	42	39
✓ Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - kontakt med personal, andel (%)	al	≈	↑	49	56	43	38
Personer 75+ år i särskilt boende med olämpliga läkemedel, andel (%)	al	≈	↑	6.8	8.3	7.6	8.8
Personer 75+ år i särskilt boende med tio eller fler läkemedel, andel (%)	al	≈	↑	24.4	24.4	34.7	33.8
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	al	≈	↑	19	12	16	18
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%)	al	≈	↑	35	40	49	54
Aktiv och meningsfull tillvaro							
✓ Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - mat och måltidsmiljö, andel (%)	al	≈	↑	69	69	64	59
✓ Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - aktiviteter och känsla av ensamhet, andel (%)	al	≈	↑	54	45	49	57
✓ Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - boendemiljö, andel (%)	al	≈	↑	56	58	65	46
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter under vardagar, andel (%)	al	≈	↑	61	12		0
Boendeplatser i särskilt boende där den äldre har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet/lägenheten, andel (%) (-2018)	al	≈	↑	20	26	33	23

Av resultatet kan vi konstatera att Tingsryds kommun i en av tretton nyckeltal tillhör de 25 % kommuner som är minst positiva (röd) till kvaliteten inom ramen för nyckeltalet. Nyckeltalet avser boendeplatser i särskilt boende som erbjuder *minst* två organiserade och gemensamma aktiviteter under vardagar. Enligt de intervjuade har nämnden som mål att erbjuda sju organiserade aktiviteter per vecka under 2019. I nio av tretton nyckeltal tillhör kommunen den grupp som placerat sig i mitten (gul), dvs. den grupp som består av 50 % av alla svarande kommuner. Nyckeltalen avser bl.a. inflytande och tillräcklig tid, bemötande, förtroende och trygghet, kontakt med personal, trycksår och nedsatt munhälsa, mat och måltidsmiljö samt aktiviteter och känsla av ensamhet. Avseende tre nyckeltal tillhör kommunen de grupp om 25 % (grön) som upplever sig som mest positiva till nyckeltalet. Dessa nyckeltal avser helhetssynen på äldreboendet, väntetid för att få plats vid ett av kommunens särskilda boenden samt boendemiljön.

4 Slutsats och rekommendationer

4.1 Svar på revisionsfrågor

Erbjuder nämnden boendeplatser för äldre utifrån olika brukares behov?

Vård- och omsorgsnämnden erbjuder boende för äldre i form av platser vid särskilt boende eller korttidsplatser. Vård erbjuds även i det ordinära boendet (hemtjänst). Ett boende i kommunen erbjuder platser med särskild inriktning på demenssjukdomar.

Har nämnden beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen?

Den tidigare socialnämnden beslutade 2012-06-12 (§ 141) att införa ett ledningssystem för kvalitetsarbetet inom dåvarande verksamhetsområde. Enligt uppgift avstannade dock arbetet när fullmäktige beslutade om en kommunal omorganisation. Den nya vård- och omsorgsnämnden har inte följt upp den tidigare socialnämndens beslut och vid granskningstillfället uppges ledningssystemet inte vara implementerat i verksamheten.

Finns ändamålsenliga rutiner och riktlinjer avseende kvaliteten i särskilt boende?

Nämndens kvalitetsarbete i särskilt boende styrs främst av nämndens verksamhetsplan, styrkort (mål), beslutade riktlinjer om bistånd samt nämndens tjänstegaranti/värdighetsgaranti. Utöver det finns ett antal riktlinjer (som beslutats av nämnden) och rutiner (förvaltningsspecifika) som på något sätt avser nämndens kvalitetsarbete vid de särskilda boendena. Vår bedömning är att erhållna riktlinjer och rutinbeskrivningar är ändamålsenligt utformade utifrån ett kvalitetsperspektiv.

Vilka åtgärder har vidtagits för att uppfylla socialtjänstförordningens reglering avseende nattbemanning vid de särskilda boendena?

Vård- och omsorgsnämnden antog SKL:s rekommendation för arbete med ökad kvalitet nattetid i särskilt boende för äldre i maj 2017 (§ 27). Enligt de intervjuade arbetar förvaltningen vid granskningstillfället utifrån denna rekommendation. Se tabell 1, s.7, för beskrivning av hur nämnden/förvaltningen vid granskningstillfället arbetar utifrån respektive rekommendation.

Följs kvaliteten löpande upp?

Vi kan konstatera att nämnden följer upp kvaliteten inom särskilt boende genom bl.a. egenkontroll och intern kontroll. Avseende uppföljning genom egenkontroller noterar vi att förvaltningen beslutat om att genomföra samma kontroller under 2019 som under 2018. Vi har inte erhållit underlag som visar att beslut av egenkontroller bygger på en riskanalys. Vi har inte heller erhållit underlag som tydliggör att det genomförts några löpande egenkontroller under 2019. Av vad vi erfar ska de första egenkontrollerna genomföras i september och november 2019.

Nämnden upprättar årligen en patientsäkerhetsberättelse vars syfte bl.a. är att följa upp och redogöra resultat som uppnåts föregående år. Syftet är även beskriva hur nämnden arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Nämnden upprättar, vid granskningstillfället, inte någon årlig kvalitetsberättelse i enlighet med SOSFS 2011: 9.

Vilka kvalitetsavvikelser är vanligast inom särskilda boenden för äldre?

Under första halvåret 2019 inkom flest fall-avvikelser (367 stycken) från särskilt boende. HSL-avvikelser (226 stycken) var näst vanligast och SoL-avvikelser (42 stycken) minst vanliga.

Genomförs uppföljning av brukarnas uppfattning om den levererade kvaliteten vid särskilda boenden?

Brukare i kommunen ges möjlighet att varje år besvara Socialstyrelsens enkät "Så tycker äldre om äldreomsorgen". Syftet är att följa upp deras uppfattning om den levererade

kvaliteten inom äldreomsorgen. Resultatet av enkäten kommuniceras ut i verksamheten av områdescheferna och enhetschefer vid arbetsplatsträffar.

4.2 Slutsats

Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden i flera delar arbetar systematiskt med kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen. Samtidigt bedömer vi att nämnden kan stärka sin styrning, kontroll och uppföljning av kvalitetsarbetet.

En förutsättning för ett systematiskt förbättringsarbete är enligt vår bedömning en formaliserad struktur för arbetet. En bra struktur innebär att formalisera kvalitetsmål, rutiner för riskanalyser, rutin för egenkontroll, rutiner för att ta emot och utreda klagomål och synpunkter samt rutiner för att sammanställa och analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter. Vi bedömer att nämnden i flera hänseende säkerställer detta. Vi kan, i samband med granskningen, konstatera att nämnden styr sitt kvalitetsarbete utifrån fastställda styrkort (verksamhetsmål) och riktlinjer, som ska fungera som stöd i det löpande arbetet vid de särskilda boendena. Vi bedömer det som positivt att nämnden bl.a. tar hänsyn till resultatet i brukarundersökningen inför beslut av de årliga verksamhetsmålen.

Utifrån resultaten från bl.a. riskanalyser, egenkontroll, analys av klagomål och synpunkter ska rutiner finnas så att åtgärder ska kunna vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Vi bedömer att nämnden i delar säkerställer detta. Det som sker på verksamhetsnivå ska enligt vår bedömning fullt ut kunna bidra till effektivare mål och strategier på ledningsnivå. Mål och strategier ska samtidigt bidra till ökad kvalitet i verksamheten. Vi saknar, vid granskningstillfället, en övergripande struktur som kan skapas av ett kvalitetsledningssystem. Nämndens styrning av kvalitetsarbetet bör enligt vår bedömning stärkas genom att säkerställa att kvalitetsledningssystemet implementeras i verksamheten i enlighet med Socialstyrelsens intentioner som framgår i SOSFS 2011: 9.

Minst en gång om året bör kvalitetsledningssystemet revideras av nämnden för att bedöma dess lämplighet och effektivitet. Som underlag för bedömningen kan t.ex. verksamhetsplaner, styrkort, resultat från egenkontroll, registreringar av klagomål och avvikelser, samt genomförda förbättringsåtgärder användas.

Det är, enligt vår bedömning, en viktig uppgift att fortlöpande sammanställa information från olika källor för att ge beslutsfattare en övergripande och korrekt bild av kvaliteten inom äldreomsorgen. För att åstadkomma förbättringar i verksamheten bör beslut utifrån riskanalyser, egenkontroll, utredningar av klagomål och synpunkter omsättas till exempel i verksamhetsplaner, handlingsplaner, målstyrning och budget. Vi bedömer att nämnden till viss del gör det vid granskningstillfället. Samtidigt bedömer vi att nämnden bör stärka sin kontroll och uppföljning genom att bl.a. säkerställa att det genomförs fortlöpande riskanalyser i verksamheten.

4.3 Rekommendationer

Efter genomförd granskning rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- fastställa socialnämndens beslut om ett ledningssystem för kvalitetsarbete inom äldreomsorgen samt säkerställa att systemet implementeras i verksamheten i enlighet med Socialstyrelsens intentioner.
- se över vilka insatser som krävs för att stärka arbetet kopplat till SKL:s rekommendation "Strategi för ny teknik" och genom detta stärka rutinerna ytterligare kring kvalitetsarbetet nattetid inom särskilt boende.
- säkerställa att egenkontroller genomförs *fortlöpande* i verksamheterna, samt besluta om vilka kontroller som ska genomföras baseras på en riskanalys.

KPMG, dag som ovan



Anna Hammarsten
Verksamhetsrevisor



Lars Jönsson
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Bilaga 1 – Nämndmål, mått

Kommunfullmäktiges vision		
<i>"Vård och omsorg av hög kvalitet efter behov med bästa bemötande och delaktighet"</i>		
Nämndmål	Beslutade mått	Mål 2019
<i>Medborgare som är i behov av stöd på grund av fysiska, psykiska, sociala eller andra skäl skall erbjudas ett individuellt anpassat stöd av hög kvalitet som bygger på självbestämmande och delaktighet.</i>	Andel som är nöjda/mycket nöjda med sitt särskilda boende, %	90
	Andel som är mycket/ganska nöjda med sin hemtjänst, %	90
	Antal hemtjänstpersonal som i genomsnitt besöker en brukare under 14 dagar.	Högst 10 personer
	Nattfasta för brukare på särskilt boende	Högst 11 timmar
	Andel som är nöjda/mycket nöjda med anhörigstödet som erbjuds, %	90
	Andel nöjda omsorgstagare, %	90
	Andel som tycker det är lätt att få träffa sjuksköterska i särskilt boende vid behov, %	75
<i>Medborgare skall ges möjlighet till förebyggande stöd och service på ett sätt så att Tingsryds kommun är en bra plats att leva och bo i.</i>	Antal träffar anhörigamördnaren har per år med anhörigrupper	Minst 30
	Antal Seniorträffar per år fördelat på de sju största orterna i kommunen	Minst 300
	Antal aktiviteter som erbjuds på särskilt boende per vecka	Minst 7
	Antal anhörigträffar på varje särskilt boende per år.	Minst 6