

Revisionsrapport

Kommunrevisionens granskning av
Kvalitet i äldreomsorgen

Klippans kommun

Mars 2010

Jean Odgaard, certifierad kommunal revisor

2010-03-22

Jean Odgaard
Projektleidare

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
1 Inledning	3
1.1 Bakgrund	3
1.2 Uppdrag och revisionsfråga.....	3
1.3 Metod och genomförande.....	3
2 Utgångspunkter för granskningen.....	4
2.1 Socialstyrelsens föreskrifter	4
2.2 Indikatorer för utvärdering av äldres läkemedelsterapi.....	5
2.3 Öppna jämförelser	6
2.4 Socialnämndens mål och servicegarantier.....	7
3 Granskningsresultat.....	8
3.1 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet	8
3.2 Kontinuitet och trygghet inom hemtjänsten	10
3.3 Fallskador	11
3.4 Läkemedelsanvändningen	13
3.4.1 Hög risk för biverkningar hos äldre	13
3.4.2 Polyfarmaci.....	14
3.4.3 Antal äldre med stående ordination av NSAID-preparat.....	15
3.4.4 Antal äldre med stående ordination av laxantia.....	16
3.5 Arbetet i Klippans kommun	16
4 Analys och revisionell bedömning.....	16
4.1 Analys.....	16
4.2 Revisionsfrågorna.....	19

Bilaga: Läkemedelsanvändning, stående ordinationer, vid Klippans kommuns äldreboende, mättillfälle februari 2010

Sammanfattning

Komrev inom PricewaterhouseCoopers har på uppdrag av kommunens förtroendevalda revisorer granskat kvalitet i äldreomsorgen. Revisionsfrågan som ska besvaras är om socialnämnden har säkerställt en ändamålsenlig verksamhet med god kvalitet inom äldreomsorgen och äldreomsorgens insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Granskningen omfattar en översiktlig granskning av nämndens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet samt kvalitetsindikatorer för kontinuitet och trygghet, fallskador och läkemedelsanvändning.

Finns det ett dokumenterat kvalitetssystem som omfattar de områden som anges i socialstyrelsens föreskrifters avseende hälso- och sjukvårdsinsatser?

Revisionen bedömer att det finns ett dokumenterat ledningssystem som i stort omfattar de områden som anges i socialstyrelsens föreskrift. Det finns brister och förbättringsområden vad gäller exempelvis beskrivning av egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring som bör noteras. Av dokumentet framgår inte kopplingen mellan författningens krav, vårdgivarens (socialnämnden) mål, hur målen ska nås, vad som ska åstadkommas, ansvarig och hur målen ska utvärderas. Det saknas också kvalitetsmål för verksamheten med bäring på kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Revisionen menar att det dokument som finns idag i många delar mer är att betrakta som en "skrivbordsprodukt" än ett ledningssystem. Genom arbetet med att ta fram kvalitetsmål och krav på utförande kommer förutsättningar för önskvärd koppling mellan författningens krav och hur verksamheten fungerar skapas. Först då kan ledningssystemet leda verksamheten mot en god vård.

Kontinuiteten och tryggheten inom hemtjänsten.

Revisionen konstaterar att det inte finns något nationellt vedertaget kvalitetsmått för hur många olika personer inom hemtjänsten som brukaren bör träffa för att det ska anses vara god kvalitet i verksamheten. Kommunen har heller inget resultatmått eller servicegaranti som ger någon ledning i detta avseende. Den granskning som har genomförts visar dock på att åtta av elva brukare träffar 20 eller fler olika personer från kommunens hemtjänst under två veckor. En brukare träffade 31 olika vårdpersonal.

Revisionen bedömer det angeläget att nämnden granskar hur kontinuiteten ser ut i de olika hemtjänstområdena och i vilken utsträckning kontinuitet och trygghet beaktas vid planering och schemaläggning av verksamheten. I arbetet med att skapa en effektiv hemtjänst är det viktigt att kontinuitet och trygghet beaktas.

Förekomst av fallskador i nämndens avvikelshanteringssystem.

Revisionen konstaterar att det har varit en betydande ökning av antalet rapporterade fallolyckor i avvikelshanteringssystemet det senaste året. Orsaken till ökningen är inte klarlagd men tros bero på att fler avvikelser registreras av medarbetarna. Sedan några år bedrivs ett utvecklingsarbete där en ny rutin för fallprevention för ny vårdtagare vid särskilt boende har tagits fram. I samverkan med Region Skåne kommer även en standardvårdplan att införas. En rad olika fallförebyggande åtgärder vidtas. Revisionen konstaterar att förvaltningen i detta avseende kommit en god bit på vägen och att utvecklingen går åt rätt håll. De nya rutinerna är dock inte implementerade i organisationen. Det går ännu inte att följa upp resultatet av det fallförebyggande arbetet. Det saknas också en fungerande rutin för fallprevention inom hemvården.

Revisionen understryker vikten av att fallolyckor analyseras och åtgärdas på enhetsnivå. Kunskap om orsak till fall och när de äger rum på dygnet kan också ingå i informationen till nämnden. Revisionen anser att informationen bör sammanställas på förvaltningsnivå. Detta för att kunna återföra erfarenheterna av avvikelserna till ansvarig vårdgivare och återkoppla till hela verksamheten så att åtgärder kan vidtas som leder till färre vårdskador.

Antal förskrivna läkemedel per patient? Förekomsten av polyfarmaci – samtidig användning av alltför många läkemedel?

När det gäller läkemedelsanvändningen finns det vissa förhållanden som inte är helt tillfredsställande. Granskningen visar att det förekommer polyfarmaci. Det finns utvecklingsbehov för att närma sig en målsättning om en optimal läkemedelsbehandling för de äldre.

Det är också en brist att socialnämnden inte på en övergripande nivå regelbundet låter följa upp och bedöma läkemedelsanvändningen vid kommunens äldreboenden

Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig verksamhet med god kvalitet inom äldreomsorgen och äldreomsorgens insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen?

Det pågår ett utvecklingsarbete genom bland annat de nätverk som har organiserats. Ledning och ansvariga uppvisar ett genuint intresse och engagemang för kvalitetsområdet.

Denna granskning är begränsad till en översiktlig granskning av ledningssystem och ett fåtal kvalitetsindikatorer. Det är därför vanskligt att uttala sig om hela verksamhetens kvalitet. Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts måste ändå konstateras att nämnden inte har säkerställt en ändamålsenlig verksamhet med god kvalitet. Genom avsaknad av kvalitetsmål och ett fungerande ledningssystem saknas i nuläget förutsättningar för att kvalitetssäkra verksamheten. Genom det arbete som påbörjats med att ta fram kvalitetsmål och krav på verksamheten skapas förutsättningar för en verksamhet med god kvalitet.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Kommunen har ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet för äldre (HSL 18§). 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. Det förutsätter att det finns ett kvalitetssystem. I en föreskrift från socialstyrelsen anges vilka områden detta bör innehålla.

I socialnämndens mål för verksamheten anges att ”brukarna skall vara nöjda vad gäller bemötande och service och känna trygghet i verkställigheten av beviljade insatser samt utifrån det uppleva en förbättrad livssituation”.

1.2 Uppdrag och revisionsfråga

Revisionsfråga

Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig verksamhet med god kvalitet inom äldreomsorgen och äldreomsorgens insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen?

Kontrollmål/granskningsmål

- Finns det ett dokumenterat kvalitetssystem som omfattar de områden som anges i socialstyrelsens föreskrifters avseende hälso- och sjukvårdsinsatser?
- Kontinuiteten och tryggheten inom hemtjänsten studeras genom hur många olika hemvårdspersonal brukaren träffar under två veckor.
- Förekomst av fallskador i nämndens avvikelshanteringssystem.
- Läkemedelsanvändningen studeras genom granskning av antalet förskrivna läkemedel, förekomsten av polyfarmaci – samtidig användning av flera/för många läkemedel och i vilken omfattning olämplig läkemedelsanvändning förekommer för äldre.

Granskningen avgränsas till äldreomsorgen och innehåller inte verksamhet enligt LSS.

1.3 Metod och genomförande

Granskningen utgår från styrdokument (lagar, författningssamling, mål, policys) och annan adekvat dokumentation. Intervjuer har genomförts med förvaltningschef, äldreomsorgschef, myndighetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt nätverksledare för det fallförebyggande arbetet.

Ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet har endast granskats översiktligt.

Kontinuiteten inom hemtjänsten har granskats på så sätt att ett tvåveckorsschema för 11 antal brukare har granskats med avseende på medarbetare som har utfört beviljade "hemtjänstsysslor". Urvalet av brukare har skett genom att granska kontinuiteten hos de brukare som är födda dag 10-12 i månaden. Granskad period är 14-27 januari.

Förekomst av fallskador har fångats genom studier av rutiner samt avvikelshanteringen i kommunen.

De äldres läkemedelsanvändning har granskats genom en inventering av aktuella läkemedelslistor för 51 brukare (av kommunens totalt 122) på äldreboenden i Ljungbyhed (Syrengården, Rickmangården och Ljungbygården) samt 25 brukare på äldreboendet Åbyhem i Klippan. Inventeringen ägde rum vecka 9 år 2010.

Rapporten är sakgranskad av berörda tjänstemän.

2 Utgångspunkter för granskningen

2.1 Socialstyrelsens föreskrifter

Äldreomsorgen sorterar under socialnämnden och kommunens förvaltningschef är verksamhetschef¹. I enlighet med SOSFS 1997:10 finns det en MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) som är underställd verksamhetschefen i kommunens hälso- och sjukvård. De uppgifter som åligger MAS innebär att denne har ansvar för kvalitet och säkerhet i den verksamhet som kommunen bedriver. Det åligger den medicinskt ansvariga sjuksköterskan att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetssystem som skall finnas i verksamheten.

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12, skall tillämpas på den patientinriktade vården inom sådana verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen.

Föreskriftens krav på ledningssystem innebär att det ska finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning.

¹ I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen samt socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8).

Enligt SOSFS 2005:12 skall verksamhetschefen:

- ta fram, fastställa rutiner för kvalitetsarbetet,
- ansvara för att mål formuleras och nås,
- ansvara för uppföljning och analys av verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

Ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet syftar till att skapa en grundläggande ordning och reda i verksamheten för att, så långt det är möjligt, förebygga risker och misstag som kan leda till vårdskador. Systemets ändamålsenlighet för att leda och styra verksamheten mot de uppställda målen ska kontinuerligt utvärderas och förbättras.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska ett kvalitetssystem omfatta följande områden:

- Bemötande av patienter
- Metoder för diagnostik, vård och omhändertagande
- Kompetens
- Samverkan och samarbete
- Riskhantering
- Avvikelsehantering
- Försörjning av tjänster, produkter och teknik
- Spårbarhet
- Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring.

2.2 Indikatorer för utvärdering av äldres läkemedelsterapi

Socialstyrelsen har tagit fram en kunskapsöversikt som anger principer för medicinering av äldre². Bland de läkemedelsspecifika indikatorerna anges:

- Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger beroende på hög risk för biverkningar (exempelvis långverkande bensodiazepiner).
- Preparat vars användning kräver en korrekt och aktuell indikation (exempelvis NSAID vid smärttillstånd, neuroleptika utan aktuell indikation).
- Föreskrivning med olämplig regim, dvs ordination på fel sätt (exempelvis sömnmedel varje kväll under mer än en månad utan omprövning, laxermedel dagligen under mer än tre veckor).
- Olämplig dosering (psykofarmaka).

² Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi, Socialstyrelsen 2003

- Polyfarmaci.
- Läkemedelskombinationer som kan leda till interaktioner av klinisk betydelse.

En uppdaterad utgåva av dessa indikatorer är för närvarande ute på remiss för publikation under senare delen av 2010.

2.3 Öppna jämförelser

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) publicerar årligen en rapport om öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre. Rapporten³ är ett led i SKL:s arbete med att öppet redovisa och jämföra olika verksamheters kvalitet och effektivitet. Syftet med jämförelserna är att stimulera kommuner till att i samverkan med landstingen utveckla och förbättra vården och omsorgen om äldre. Rapporten innehåller sammanlagt 28 kvalitetsindikatorer. Nedan redovisas resultaten av några kvalitetsindikatorer för Klippans kommun år 2009.

När det gäller *fallskador*⁴ befinner sig Klippan strax över riksgenomsnittet och hamnar på plats 203 av Sveriges kommuner. För *samtidig förskrivning av tio eller fler läkemedel* befinner sig Klippan strax under riksgenomsnittet och hamnar på plats 136 av Sveriges kommuner. Förskrivning av *riskfyllda läkemedelskombinationer* är mindre vanligt i kommunen och Klippan hamnar på plats 51 av Sveriges kommuner.

Kommunen redovisar ingen information för indikatorn ”*Personalkontinuitet inom hemtjänsten*”. Av de 105 kommuner som redovisat uppgiften besöktes brukaren under en tvåveckorsperiod av i genomsnitt 13 olika personer ur hemtjänstpersonalen. Majoriteten av kommunerna har en personalkontinuitet på 11 till 15 olika personer. Bästa kommunvärde är sex personer i genomsnitt och sämsta värde är 22.

³ Öppna Jämförelser 2009, vård och omsorg om äldre, Sveriges Kommuner och Landsting.

⁴ Antal personer med fallskador per 1000 invånare 80 år och äldre som medför inläggning på sjukhus under ett år, kvinnor och män, genomsnitt för 2006, 2007 och 2008.

2.4 Socialnämndens mål och servicegarantier

Socialnämnden styr verksamheten genom inriktnings- och resultatmål. Nämndens vision är ”Kvalité i varje möte”. Vidare finns servicegarantier för vad som gäller i Klippans kommun. Nedan beskrivs de mål och servicegarantier som är relevanta för granskningen av kvalitet inom äldreomsorgen och aktuella för år 2010.

Inriktningsmål

Att utveckla olika boendeformer för äldre personer och för personer med funktionshinder samt skapa individuella boendelösningar för de mest utsatta.

Resultatmål:

- Verksamheten skall erbjuda fler alternativ och möjligheter till en meningsfull vardag för alla brukare.
- Brukarna skall vara nöjda med genomförandet av insatserna utifrån överenskommen plan.
- Brukaren skall få komma till tals och bli lyssnad på både individuellt och i grupp.

Resultatmål/Servicegaranti:

- När du har beviljats hemtjänst, åtar sig hemtjänsten att en namngiven kontaktman är utsedd vid första besöket.
- Det särskilda boendet åtar sig att erbjuda dig och dina närstående ett ankomstsamtal inom 14 dagar efter inflyttningsdatum.

Inriktningsmål:

Metodutveckling och förbättringar skall uppnås genom gemensam värdegrund och professionellt förhållningssätt.

Resultatmål

- Tydliga riktlinjer och rutiner skall fastställas och implementeras inom samtliga enheter.
- Arbetsmiljön och delaktigheten i dialogen skall utvecklas inom ramen för samverkansavtalet.
- Styrning genom mål och dialog skall tillämpas i organisationens alla avdelningar och enheter.

Under 2010 kommer förvaltningen i enlighet med målstyrningsmodellen att arbeta vidare med implementeringen och delaktigheten av de fem perspektiven i balanserad styrning utifrån de av fullmäktige fastlagda fokusområdena, nämndens vision, inriktningsmål och resultatmål. Att skapa dialog, nå förståelse och delaktighet hos personalen närmast brukaren, enhetschefernas ansvarsområde, är en angelägen uppgift för att kunna öka

kvaliteten och måluppfyllelsen. Framtagna servicegarantier ska inte bara göras kända för personalen utan även för Klippanbon. En ambition är också att utöka servicegarantierna inte minst utifrån vad brukarna och deras närstående anser vara angeläget.

Arbetet med att konkurrensutsätta delar av förvaltningens verksamhet kommer att starta under 2010. Ett särskilt boende inom äldreomsorgen kommer att handlas upp och utredandet av ett eventuellt införande av fritt val inom hemtjänsten förväntas bli klart.

3 Granskningsresultat

3.1 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

Den styrmodell som tillämpas är balanserad styrning, vilken bygger på inriktnings- och resultatmål för verksamheten. Det finns också servicegarantier som leder verksamheten mot angivna mål. Några särskilda kvalitetsmål för verksamheten finns inte. De resultatmål som finns är avdelningsspecifika. Dessa är inte nedbrutna på enhetsnivå.

Förvaltningen har organiserat utvecklingsarbetet i olika nätverk. Det finns nätverk för exempelvis diabetes, palliativ omvårdnad och läkemedelssäkerhet. För år 2010 har skapats kvalitetsnätverk gentemot särskilda boenden och hemvården med uppdrag att ta fram kvalitetsmål och servicegarantier. Det finns en styrgrupp för hälso- och sjukvård som består av äldreomsorgschef, MAS och två enhetschefer. Dessa träffar månatligen nätverksledarna för avstämning och uppföljning av uppdragen. Motsvarande träffar sker för utvecklingsarbetet enligt socialtjänstlagen. Förvaltningen arbetar med att skapa forum och mötesplatser för lärande utifrån nätverkens arbete.

Förvaltningen har sedan ett antal år arbetat med att ta fram ett ledningssystem för verksamhetens alla delar. Ett grundmaterial färdigställdes november 2007. Detta arbetades fram genom ett utvecklingsarbete på både lednings- och medarbetarnivå. Dettas dokument följer de områden som anges i Socialstyrelsens föreskrift med något undantag. Det finns ingen samlad kvalitetspärm eller motsvarande för ledningssystemet. Huvudprocesserna för verksamheten är heller inte dokumenterade.

Företrädare för förvaltningen menar att man i angivet ledningssystem har ett bra grundmaterial att arbeta vidare utifrån. På sikt skall det finnas ett ledningssystem som omfattar alla delar inom nämndens ansvarsområde.

Efter en översiktlig granskning av dokumentet kan följande konstateras:

- Det framgår inte om dokumentet är reviderat sedan 2007-11-21.
- Det framgår av ledningssystemet att det finns en rad olika rutiner och riktlinjer framtagna inom hälso- och sjukvårdsområdet. Dessa finns tillgängliga för medarbetarna på intranätet.
- När det gäller riskhantering finns en rad olika områden angivna (exempelvis trycksår). Det genomförs riskanalyser på individnivå på olika sätt. På övergripande nivå har en risk och sårbarhetsanalys genomförts. Vad som saknas är en riskinventering på systemnivå där förväntade risker på exempelvis avdelnings- eller enhetsnivå analyseras.
- Det saknas en beskrivning av egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring.

3.2 Kontinuitet och trygghet inom hemtjänsten

En granskning har genomförts av kontinuiteten för ett slumpmässigt antal brukare inom kommunens hemtjänst. Urvalet har fokuserats på vårdtagare med något mer omfattande insatser⁵ i hemmet. För perioden 14-27 januari 2010 har bemanningen hos elva brukare från fyra hemtjänstområden studerats⁶. Studien har gjorts utifrån en journalöversikt där det framgår av signeringen vilka medarbetare som utfört beviljade insatser i hemtjänsten. Vidare har revisionen utgått ifrån ett utdrag av journalöverföringen enligt HSL samt för perioden aktuell läkemedelslista och därtill hörande signeringslistor.

Tabell) Bemanning och kontinuitet inom hemtjänsten, 14-27/1 2010, Klippans kommun

Brukare	Insats SoL	Insats HsL	Läkemedel	Antal olika signaturer/ personer⁷/period	Antal olika signaturer/ personer/dag
1	x	x	x	13	4
2	x	x		21	4
3	x	x	x	21	4
4	x	x	x	20	4
5	x	x	x	28	5
6	x	x	x	14	3
7	x	x	x	11	5
8	x	x		31	7
9	x		x	25	4
10	x			23	3
11	x	x	x	29	3

Tabellen ovan visar att alla brukare hade någon insats enligt SoL (11 av 11), merparten av granskade brukare hade insats enligt HsL (9 av 11) och/eller läkemedelsinsatser (9 av 11). Det skiljer sig mellan brukarna när det gällde hur många olika personer som brukaren mötte under granskningsperioden. Den som träffade flest mötte 31 olika vårdpersonal. Av granskade brukare hade 8 av 11 träffat 20 eller fler olika vårdpersonal under

⁵ Förvaltningen ombads ta fram uppgift om brukare som inte enbart hade insatser i form av städning och trygghetslarm.

⁶ Antalet brukare inom hemtjänsten är totalt 527.

⁷ Vid granskningen har enbart noterats en person/signering per insats. Det kan vara så att vissa insatser kräver dubbelbemanning eller att insatser skett nattetid. Granskningen har inte beaktat detta.

granskningsperioden. När det gäller olika antal personer under en dag var det som mest 7 olika personer.

Det kan finnas en rad olika förklaringar till att det blir mycket vårdpersonal runt en brukare. Krävs insatser dygnet runt under veckans alla dagar blir det många tjänster för att klara bemanningen. Vidare förekommer deltidstjänstgöring vilket också påverkar antal personal. Även om sjukfrånvaron har minskat i kommunen är den störst inom äldreomsorgen.

Förvaltningen har påbörjat en organisationsöversyn för att skapa en större effektivitet inom hemtjänsten. Det planeras också för införande av IT-stöd för schemalägningsarbetet.

3.3 Fallskador

MAS rapporterar två gånger per år resultat av sammanställningar på avvikelser till Socialnämnden. Antalet fallolyckor uppgick under år 2009 till 1 327 i äldreomsorgen. Det är en ökning med 549 fall eller 70 % sedan föregående år. Av redovisningen kan utläsas hur fallolyckorna fördelas mellan äldreboenden och hemvårdsområden. Av materialet kan däremot inte utläsas exempelvis orsak till fallskada eller när dessa äger rum. Dessa uppgifter registreras i avvikelshanteringssystemet. Alla avvikelser skall läsas, analyseras och åtgärdas av berörd enhetschef tillsammans med personal. En sammanställning skall skickas till MAS varje månad. Detta är ett arbete som har påbörjats och fungerar i dagsläget endast i varierande utsträckning.

Socialnämnden har antagit riktlinjer för avvikelshantering⁸. Det finns också rutiner framtagna för hantering av HSL-avvikelser samt risk- och händelseanalys på enheterna. Enligt rutinen skall den som upptäcker händelsen eller tillbudet kontakta tjänstgörande sjuksköterska och sedan skriva en avvikelse ställd till ansvarig vårdgivare. Alla avvikelser läses av enhetschefen och denne tillsammans med ansvarig legitimerad personal skall vidta åtgärder för att motverka ska så snart de får vetskap om avvikelsen. Enhetschefen ansvarar för att, tillsammans med legitimerad personal, följa upp avvikelserna, åtgärda dem och förebygga att nya avvikelser uppstår.

Fallrapporter ställs till enhetschef som ansvarar för åtgärd och uppföljning. Vid teamträffar, som äger rum 2 ggr/månad, diskuteras orsak och åtgärder. Fall som lett till fraktur eller allvarlig skada hos vårdtagaren skall skickas till MAS.

⁸ Socialnämnden 2006-12-05, Sn § 138.

Socialförvaltningen har organiserat ett särskilt nätverk för fallförebyggande arbete. Ett antal fallförebyggande åtgärder har vidtagits:

- Broschyr "Är ditt hem säkert?" är framtagen och sprids av larmansvarig och biståndshandläggare vid nybesök.
- Rollatorcafé där det finns hjälpmedelstekniker och sjukgymnast för bland annat översyn av hjälpmedlet.
- Balansträning för pensionärer över 65 år i ordinärt boende.
- Det finns en särskild Fixartjänst, Micke Mek, som vänder sig till personer över 75 år bosatta i kommunen. Verksamheten är kostnadsfri och den äldre behöver inte vara aktuell för insatser i övrigt från socialförvaltningen.

Nätverket har tagit fram en ny rutin för fallprevention för ny vårdtagare vid särskilt boende. Rutinen infördes på ett äldreboende 2009 och kommer att implementeras i hela organisationen år 2010. Rutinen har prövats i hemvården, men behöver arbetas om då arbetssätt och förutsättningar skiljer sig från särskilt boende. Detta beror framförallt på att det är betydligt fler medarbetare som arbetar runt brukaren och att det är svårt att samla personalen i teamträffar. Rutinen innebär att en riskbedömning för fall genomförs. Resultat och åtgärder diskuteras av olika yrkeskategorier vid teamträff. Tillsammans med Region Skåne sker också ett arbete med att införa en standardvårdplan⁹ i det förebyggande arbetet.

En ny rutin är även framtagen för fall. Ett fall definieras som "en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken oavsett om skada inträffar eller inte". En fallträff genomförs av ett tvärprofessionellt team högst en vecka efter fallet. På fallträffen görs en händelseutredning och eventuella åtgärder planeras.

Fallskada är den avvikelse som är lättast att skriva/rapportera då inget uppenbart fel har begåtts. Av intervjuerna framgår att det finns en uppfattning om att alla fall inte anmäls och att det finns ett mörkertal.

I nuläget arbetar man på lite olika sätt med fall och fallolyckor inom kommunen. Den struktur som är framtagen i de nya rutinerna saknas.

⁹ En standardvårdplan är ett journaldokument för en enskild patient. En standardvårdplan kan upprättas för patienter med samma medicinska diagnos eller likartade problem eller som underlag för olika undersökningar och behandlingar. Standardvårdplanen ska baseras på en evidensbaserad kunskapsöversikt som ska innehålla en aktuell sammanställning av vetenskapliga fakta och beprövad erfarenhet för aktuell diagnos, problemområde, undersökning eller behandling.

3.4 Läkemedelsanvändningen

Nationella undersökningar visar att äldre personer över 75 år i genomsnitt har cirka 5 olika läkemedelsordinationer. För de som är 80 år och äldre använder cirka 15 procent tio eller fler läkemedel. Personer som bor i äldreboende använder i genomsnitt 8-10 olika läkemedel per person och dag. Läkemedelsproblemen kan öka ju fler läkemedel som kombineras. T ex genom sedering (lugnande/ångestdämpning) kan biverkningar hos de äldre uppkomma som yrsel, förvirring, ökad falltendens, störd kognitiv och emotionell funktion.

3.4.1 Hög risk för biverkningar hos äldre

Neuroleptika, antidepressiva medel, lugnande medel samt sömnmedel har samlingsnamnet psykofarmaka. Användningen av dessa läkemedel vid granskade äldreboenden i Klippan redovisas nedan.

- **Antal äldre med stående ordination av neuroleptika (ATC-kod N05A¹⁰)**

Var fjärde (24 %) av alla äldre vid de granskade äldreboendena använder neuroleptika kontinuerligt/stående. Här varierar andelen som använder neuroleptika kontinuerligt mellan 12 och upp till 41 procent. Användningsområdet är för patienter med psykotiska tillstånd. Stor risk finns för biverkningar som förvirring, kognitiva (intellektuella) störningar samt störningar på sociala funktioner och känslolivet. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt och medlet bör undvikas i möjligaste mån. Stor restriktivitet har nyligen (nov. 2008) förordats av Läkemedelsverket som bland annat pekar på risker för patienter med demenssjukdom. Enligt Läkemedelsverket ska äldre inte använda läkemedlet regelbundet längre än en månad och uppföljning förutsätts ske regelbundet under tiden.

Även om man från vårt material inte kan dra några tvärsäkra slutsatser om biverkningar och interaktioner kan nivån neuroleptikaanvändningen ses som en varningssignal för ökad kontroll och uppföljning. Hög neuroleptikaanvändning kan, enligt expertis bland andra Läkemedelsverket, fås ner med goda omvårdnadsinsatser.

¹⁰ Läkemedel klassificeras enligt rekommendation från WHO med ATC-kod (Anatomical Therapeutic Chemical Classification). N=centrala nervsystemet, 05= terapeutisk huvudgrupp t ex neuroleptika, A= kemisk/terapeutisk undergrupp t ex bensodiazepinderivat.

- **Antal äldre med stående ordination av antidepressiva (ATC-kod N06A)**

Det är vanligt med depressiva besvär hos gamla människor. Förekomsten har uppskattats till cirka 15 procent av befolkningen över 65 år. Hos äldre multisjuka som lider av flera andra kroppsliga sjukdomar är förekomsten av depressioner dubbelt så hög. Äldre deprimerade tillfrisknar långsammare än yngre personer. Studier har visat att vid behandling av äldre med antidepressiva medel finns brister dels avseende strategier för diagnostiseringen av patienten samt uppföljning, utvärdering och omprövning av medicineringen.

Nästan var fjärde (22 %) av de äldre vid granskade äldreboenden använder antidepressiva medel regelbundet. Erfarenheter från andra läkemedelsuppföljningar har visat att äldre inte sällan står kvar på medicinen lång tid utan att skäl för långtidsbehandling finns. Kända biverkningar som illamående, huvudvärk och yrsel gör att andelen äldre som använder medlen ska vara så optimal som möjligt. Vid äldreboendena i Klippan varierar användningen av antidepressiva läkemedel mellan 6 och upp till 48 procent. För att säkerställa en hög kvalitet i de äldres användning av läkemedlet behövs en kontinuerlig uppföljning och kontroll.

- **Antal äldre med stående ordination av lugnande medel och sömnmedel (ATC-kod N05B och N05C)**

Lugnande medel/bensodiazepiner är oftast beroendeframkallande och kan ge påtagliga biverkningar hos den äldre som dagtrötthet, balansstörningar och fall, kognitiva störningar, muskelsvaghet. Stående ordinationer av sömnmedel är inte lämpliga, omprövning av användningen bör ske senast inom en månad som en del i den löpande uppföljningen av de äldres medicinerings. Biverkningar av sömnmedel är liknande de som finns för lugnande medel. Risker är bland annat fallskador. Andelen äldre som har dessa medel bör vara låg.

Vid granskade äldreboenden är det något mer än var tredje (36 %) som kontinuerligt använder dessa medel vilket är en jämförelsevis hög andel. Andelen med lugnande/sömnmedel varierar mellan 25 – 43 procent.

3.4.2 Polyfarmaci

Som nämnts tidigare innebär samtidig användning av flera läkemedel från samma läkemedelsgrupp men även mellan läkemedelsgrupper en ökad risk för skadliga interaktioner och biverkningar samt läkemedelsorsakad inskrivning på sjukhus. Läkemedelsbehandlings effekter blir svåra att kontrollera och förutsäga. Socialstyrelsen har tidigare uttalat att ett intag av mer än fem läkemedel samtidigt innebär polyfarmaci. Socialstyrelsen och SKL framför i rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2008*, att samtidig användning av mer än tio läkemedel innebär avsevärd/extrem polyfarmaci.

I denna granskning har vi undersökt förekomsten av polyfarmaci avseende antal äldre med samtidig stående ordination av 2 – 3 av neuroleptika, antidepressiva medel, lugnande medel och sömnmedel. Vi har även undersökt andelen äldre som samtidigt har mer än tio eller mer än tjugo läkemedel.

- **Antal äldre som samtidigt använder 2-3 psykofarmaka**

Andelen äldre som samtidigt använder neuroleptika, lugnande medel, antidepressiva och/eller sömnmedel bör hållas så låg som möjligt eftersom det är en grupp läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre. Vid granskade äldreboenden är det 24 procent av de äldre i granskningen som medicinerar med två till tre av dessa läkemedel. Högsta andelen har ett äldreboende där 28 procent av de äldre samtidigt har två till tre av medlen. Lägsta värdet har ett boende med 20 procent. Det finns en uppenbar risk för biverkningar eller interaktioner för de sammanlagt 18 äldre som samtidigt och stående använder två till tre av dessa läkemedel.

- **Antal äldre med fler än 10 ordinerade läkemedel**

Här finns jämförelsemått som kan användas som relation till förhållandena i Klippans kommun. I Sverige hade 12 procent tio eller fler läkemedel 2008¹¹ av personer 80 år och äldre med aktuell läkemedelsbehandling. Motsvarande siffra för Skåne i genomsnitt var 12,7 procent. Uppgiften för Klippan motsvarande period var 11,8 procent. Vid granskade äldreboenden är det 28 procent av de äldre som kontinuerligt och samtidigt använder mer än 10 läkemedel. Ett äldreboende har dock klart högre värde än övriga (64 %). Vi ser i detta avseende tydliga variationer mellan äldreboendena.

På ett av boendena fanns en brukare som hade fler än tjugo ordinerade läkemedel.

3.4.3 Antal äldre med stående ordination av NSAID-preparat

NSAID (non-steroid antiinflammatory drugs) är antiinflammatoriska smärtstillande medel. Läkemedlen bör inte ges vid tillstånd där inflammation saknas eller är obetydlig och där andra medel är lämpligare. Vid längre tids intag finns risk för bl a magtarmblödningar/magsår, nedsatt njurfunktion, kognitiva störningar mm. Andelen äldre som använder medlen ska vara så låg som möjligt.

I genomsnitt 9 procent (7 personer) av de äldre på granskade äldreboenden har en stående ordination av NSAID.

¹¹ Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2008, Socialstyrelsen och SKL.

3.4.4 Antal äldre med stående ordination av laxantia

Medicinering med laxantia dagligen under mer än tre veckor ses som en indikator för utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre. Detta indikerar att läkemedel ordinerar på ett sådant sätt att det medför risk för biverkningar eller att behandlingen är verkningslös. Mer än hälften, 55 procent, av de äldre vid granskade äldreboenden använder kontinuerligt laxantia. Vid det boende, som har den lägsta användningen, är det 45 procent som använder 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. Det är inte säkerställt att laxantia förebygger förstoppning hos äldre patienter. 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.

3.5 Arbetet i Klippans kommun

Det finns ett lokalt samverkansavtal mellan Klippans kommun och Primärvården Skåne som reglerar läkarmedverkan. Läkemedelsgenomgångar för de äldre som har hemsjukvård genomförs årligen i enlighet med Region Skånes riktlinjer. Det pågår för närvarande ett projekt där även farmaceut deltar i läkemedelsgenomgången. Enligt uppgift har samarbetet mellan kommun och landsting blivit närmre och bättre.

Under hösten 2009 genomfördes en utbildningsinsats för all personal i samverkan med Apoteket. Det saknas dock strukturerade och fortlöpande utbildningsinsatser inom området. Det finns ett särskilt nätverk för läkemedelssäkerhet vars uppgift är att kvalitetssäkra läkemedelsdelegeringen.

4 Analys och revisionell bedömning

4.1 Analys

Ledningssystem

Nämnden har tagit fram ett dokument som, med något undantag, följer de områden som anges i Socialstyrelsens föreskrift. Av dokumentet framgår dock inte kopplingen mellan författningens krav, vårdgivarens (socialnämnden) mål, hur målen ska nås, vad som ska åstadkommas, ansvarig och hur målen ska utvärderas. Det saknas också kvalitetsmål för verksamheten med bäring på kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Enligt föreskriftens krav på ledningssystem ska det finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet syftar till att skapa en grundläggande ordning och reda i verksamheten för att, så långt det är möjligt, förebygga risker och misstag som kan leda till vårdskador. Systemets ändamålsenlighet för att leda och styra verksamheten mot de uppställda målen ska kontinuerligt utvärderas och förbättras.

Under år 2010 påbörjas ett arbete med att konkurrensutsätta verksamheten inom äldreomsorgen. Ett särskilt boende inom äldreomsorgen kommer att upphandlas och utredandet av ett eventuellt införande av fritt val inom hemtjänsten förväntas bli klart. I samband med detta påbörjar nämnden ett arbete med att ta fram kvalitetskrav för verksamheten där det framgår vad brukaren kan förvänta sig och vilka kvalitetskrav som är rimliga att ställa på leverantören. Genom detta arbete definieras även krav och innehåll i kommunens egen verksamhet.

Det finns en medvetenhet hos förvaltningsledningen att det nuvarande ledningssystemet endast är att betrakta som en grund för ett fortsatt arbete. Det viktigaste är hur ledningssystemet tillämpas ute i verksamheten.

Kontinuitet och trygghet inom hemtjänsten

Det finns inget nationellt vedertaget kvalitetsmått för hur många olika personal inom hemtjänsten som brukaren bör träffa för att det ska anses vara god kvalitet i verksamheten. Det är dock en kvalitetsindikator i öppna jämförelser och i den senaste mätningen uppgick genomsnittet till 13 olika personal vid mätning dagtid. I samma rapport anges följande avseende kvalitet:

”Om brukaren möter få och välkända ansikten från personalen ökar tryggheten och möjligheten att påverka hur service och omvårdnad utförs i den egna bostaden. Om många olika personer kommer in i hemmet och ska utföra insatser är risken stor att kvaliteten blir lidande. Det blir svårt för den enskilde att lära känna personalen och det blir tröttsamt att gång på gång förklara vad som ska göras och hur. Det är därför en viktig målsättning för kommunerna att så få personer som möjligt hjälper den enskilde.”

I Klippans kommun finns varken servicegarantier eller mål angivna för verksamheten som granskningsresultatet kan relateras till.

Läkemedelsanvändningen

Det är inledningsvis viktigt att poängtera att denna granskning *inte* omfattar några analyser och bedömningar av läkemedelsanvändningen i förhållande till de äldres symtom och diagnoser, d v s medicinska bedömningar av *enskilda* läkemedelsterapier. Vidare

innehåller granskade enheter både äldre som bor på renodlat demensboende och äldre som bor på vanligt äldreboende.

Granskningen visar att 28 procent av de äldre i kommunens särskilda boenden använder mer än tio läkemedel regelbundet. Ett äldreboende har klart högre värde än övriga (64 %). För de äldre som har mer än tio läkemedel samtidigt och kontinuerligt är det en omfattande läkemedelsbehandling som är riskfylld med tanke på biverkningar och interaktioner som kan påverka de äldre på ett negativt sätt. Förekomsten av många läkemedel för enskilda äldre förutsätter därför att kontroll och uppföljning av förskrivna medel fungerar på ett betryggande sätt. På ett av boendena fanns en brukare som hade fler än tjugo ordinerade läkemedel.

Var fjärde vårdtagare (24 procent) vid äldreboendena använder kontinuerligt neuroleptika. Detta får bedömas som en hög andel. Mot bakgrund av att inriktningen bör vara att så få som möjligt behandlas med denna typ av läkemedel pga. de betydande riskerna för allvarliga biverkningar är det motiverat med ökad löpande kontroll och uppföljning av dessa vårdtagare.

När det gäller lugnande medel och sömnmedel är andelen äldre (36 procent) och intrycket är att användningen av sömnmedel/lugnade medel ligger på en överlag hög nivå. Det finns variationer i detta avseende mellan äldreboendena. Stående ordination av sömnmedel anses inte lämpligt för äldre. Socialstyrelsen har en klar syn på detta, löpande uppföljning bör ske månadsvis och tydliga rutiner för uppföljning av läkemedelsterapi med sömnmedel bör finnas. Vi har inte tagit del av journalanteckningar vid äldreboendena för att se om Socialstyrelsens riktlinjer följs i dessa avseenden. Vi ser det som motiverat att verksamhetschefen eller MAS tar initiativ till att närmare undersöka om t ex sömnmedelsbehandlingen omprövas löpande enligt rekommendationerna. Finns det faktiska vårdbehov hos de äldre som förklarar förhållandet?

En fjärdedel av de äldre vid granskade äldreboenden använder samtidigt 2-3 medel av neuroleptika, sömnmedel/lugnande medel och antidepressiva medel. Denna form av polyfarmaci bör vara så låg som möjligt. Därför finns det skäl till en kontinuerlig kontroll och uppföljning av denna grupp av äldre (18 personer).

Det är positivt att bara nio procent av de äldre använder antiinflammatoriska läkemedel (NSAID-preparat) kontinuerligt, vilket är i linje med Socialstyrelsens rekommendation.

Mer än hälften (55 procent) av alla äldre i de granskade äldreboendena använder kontinuerligt laxantia. Det finns behov av att fortsätta följa upp och utvärdera förskrivning av dessa medel. Det bör finnas en möjlighet att utveckla arbetet med kost och omvårdnad för de äldre, som ett alternativ till laxantia.

4.2 Revisionsfrågorna

Finns det ett dokumenterat kvalitetssystem som omfattar de områden som anges i socialstyrelsens föreskrifters avseende hälso- och sjukvårdsinsatser?

Revisionen bedömer att det finns ett dokumenterat ledningssystem som i stort omfattar de områden som anges i socialstyrelsens föreskrift. Det finns brister och förbättringsområden vad gäller exempelvis beskrivning av egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring som bör noteras.

Revisionen menar att det dokument som finns idag i många delar mer är att betrakta som en ”skrivbordsprodukt” än ett ledningssystem. Genom arbetet med att ta fram kvalitetsmål och krav på utförande kommer förutsättningar för önskvärd koppling mellan författningens krav och hur verksamheten fungerar skapas. Först då kan ledningssystemet leda verksamheten mot en god vård.

Kontinuiteten och tryggheten inom hemtjänsten.

Revisionen konstaterar att det inte finns något nationellt vedertaget kvalitetsmått för hur många olika personer inom hemtjänsten som brukaren bör träffa för att det ska anses vara god kvalitet i verksamheten. Kommunen har heller inget resultatmått eller servicegaranti som ger någon ledning i detta avseende. Den granskning som har genomförts visar dock på att åtta av elva brukare träffar 20 eller fler olika personer från kommunens hemtjänst under två veckor. En brukare träffade 31 olika vårdpersonal.

Revisionen bedömer det angeläget att nämnden granskar hur kontinuiteten ser ut i de olika hemtjänstområdena och i vilken utsträckning kontinuitet och trygghet beaktas vid planering och schemaläggning av verksamheten. I arbetet med att skapa en effektiv hemtjänst är det viktigt att kontinuitet och trygghet beaktas.

Förekomst av fallskador i nämndens avvikelshanteringssystem.

Revisionen konstaterar att det har varit en betydande ökning av antalet rapporterade fallolyckor i avvikelshanteringssystemet det senaste året. Orsaken till ökningen är inte klarlagd men tros bero på att fler avvikelser registreras av medarbetarna. Sedan några år bedrivs ett utvecklingsarbete där en ny rutin för fallprevention för ny vårdtagare vid särskilt boende har tagits fram. I samverkan med Region Skåne kommer även en standardvårdplan att införas. En rad olika fallförebyggande åtgärder vidtas. Revisionen konstaterar att förvaltningen i detta avseende kommit en god bit på vägen och att utvecklingen går åt rätt håll. De nya rutinerna är dock inte implementerade i organisationen. Det går ännu inte att följa upp resultatet av det fallförebyggande arbetet. Det saknas också en fungerande rutin för fallprevention inom hemvården.

Revisionen understryker att det är viktigt att fallolyckor analyseras och åtgärdas på enhetsnivå. Kunskap om orsak till fall och när de äger rum på dygnet kan också ingå i informationen till nämnden. Revisionen anser att informationen bör sammanställas på förvaltningsnivå. Detta för att kunna återföra erfarenheterna av avvikelserna till ansvarig vårdgivare och återkoppla till hela verksamheten så att åtgärder kan vidtas som leder till färre vårdskador.

Antal förskrivna läkemedel per patient? Förekomsten av polyfarmaci – samtidig användning av alltför många läkemedel?

När det gäller läkemedelsanvändningen finns det vissa förhållanden som inte är helt tillfredsställande. Granskningen visar att det förekommer polyfarmaci. Det finns utvecklingsbehov för att närma sig en målsättning om en optimal läkemedelsbehandling för de äldre.

Det är också en brist att socialnämnden inte på en övergripande nivå regelbundet låter följa upp och bedöma läkemedelsanvändningen vid kommunens äldreboenden

Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig verksamhet med god kvalitet inom äldreomsorgen och äldreomsorgens insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen?

Det pågår ett utvecklingsarbete genom bland annat de nätverk som har organiserats. Ledning och ansvariga uppvisar ett genuint intresse och engagemang för kvalitetsområdet.

Denna granskning är begränsad till en översiktlig granskning av ledningssystem och ett fåtal kvalitetsindikatorer. Det är därför vanskligt att uttala sig om hela verksamhetens kvalitet. Mot bakgrund av de iakttagelser som gjorts måste ändå konstateras att nämnden inte har säkerställt en ändamålsenlig verksamhet med god kvalitet. Genom avsaknad av kvalitetsmål och ett fungerande ledningssystem saknas i nuläget förutsättningar för att kvalitetssäkra verksamheten. Genom det arbete som påbörjats med att ta fram kvalitetsmål och krav på verksamheten skapas förutsättningar för en verksamhet med god kvalitet.

Bilaga 1

Läkemedelsanvändning, stående ordinationer, vid Klippans kommuns äldreboende, mätillfälle februari 2010

	Total		Åbyhem		Syregården		Rickmanskgården		Ljungbygården	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Antal platser	77		25		18		14		20	
Antal äldre per boendeenhet	76		25		17		14		20	
					<i>demensplatser</i>					
Hög risk för biverkningar hos äldre										
- Antal äldre med stående ordination av neuroleptika ATC-kod: N05A	18	24%	3	12%	7	41%	4	29%	4	20%
- Antal äldre med stående ordination av antidepressiva ATC-kod: N06A	17	22%	12	48%	1	6%	2	14%	2	10%
- Antal äldre med stående ordination av lugnande medel och sömnmedel ATC-kod: N05B och N05C	27	36%	10	40%	6	35%	6	43%	5	25%
Antal äldre med samtidig stående ordination 2 – 3 av följande medel:	18	24%	7	28%	4	24%	3	21%	4	20%
- Neuroleptika										
- Antidepressiva										
- Lugnande och sömnmedel										
Antal äldre med stående ordination av NSAID-preparat ATC-kod: M01	7	9%	4	16%	2	12%	0	0%	1	5%
Antal äldre med stående ordination av laxantia ATC-kod: A06A	42	55%	15	60%	10	59%	8	57%	9	45%
Polyfarmaci:										
- Antal äldre med fler än 10 ordinerade läkemedel	21	28%	16	64%	0	0%	2	14%	3	15%
- Antal äldre med fler än 20 ordinerade läkemedel	1	1%	0		0		0		1	