



# *Uppföljning av kommunrevisionens granskning av Kvalitet i äldreomsorgen*

## *Klippans kommun*

---

### **Revisionsrapport**

**Maj 2011**

Jean Odgaard, certifierad kommunal revisor



## Innehåll

Sammanfattning.....	3
1 Inledning .....	4
1.1 Bakgrund .....	4
1.2 Uppdrag och revisionsfråga .....	4
1.3 Avgränsning, metod och genomförande.....	4
2 Ledningssystem.....	5
2.1 Revisionsrapport 2010 .....	5
2.2 Vidtagna åtgärder .....	6
2.3 Analys och bedömning .....	7
3 Kontinuitet och trygghet inom hemtjänsten .....	7
3.1 Revisionsrapport 2010 .....	7
3.2 Vidtagna åtgärder .....	8
3.3 Analys och bedömning .....	9
4 Fallskador .....	10
4.1 Revisionsrapport 2010 .....	10
4.2 Vidtagna åtgärder .....	10
4.3 Analys och bedömning .....	11
5 Läkemedelsanvändningen .....	12
5.1 Revisionsrapport 2010 .....	12
5.2 Vidtagna åtgärder .....	12
5.3 Analys och bedömning .....	13



## Sammanfattning

PwC har på uppdrag av kommunrevisionen i Klippans kommun genomfört en uppföljning av tidigare genomförd granskning av kvaliteten i äldreomsorgen. Den revisionsfråga som ska besvaras är vilka åtgärder som socialnämnden har vidtagit med anledning av revisionens tidigare granskning.

Vår **sammantagna bedömning** är att socialnämnden har vidtagit en rad olika åtgärder för att komma tillrätta med de brister som identifierades vid föregående granskning.

Vi bedömer att det finns ett **ledningssystem** i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Ledningssystemet är ännu inte komplett i alla delar vad gäller alla rutiner och riktlinjer för verksamheten. Det kan dock ses som ett naturligt steg i arbetet med ständiga förbättringar.

Nämnden har fattat beslut om kvalitetsmål för verksamheten. Det pågår ett arbete med att ta fram mått för alla mål. Arbetet har präglats av delaktighet. Det är ännu för tidigt att bedöma målens styrbarhet. Det kan finnas risk för att styrning och uppföljning gentemot så omfattande kvalitetsmål inte ger önskad effekt. Detta är något som framtiden får utvisa.

Det har vidtagits en rad olika åtgärder vilket ger förutsättning för verksamheten att i större utsträckning ta hänsyn till **kontinuitet och trygghet** vid planering av hemtjänstverksamheten. Nämnden har inte konkretiserat vad målsättningen om att begränsa antalet personer som deltar i omvårdnaden. Socialnämnden vet heller inte om vidtagna åtgärder har gett någon effekt för brukaren. Det planeras för en mätning under år 2011. Detta är ett viktigt område för nämnden att följa upp.

Socialnämnden har vidtagit en rad olika åtgärder för att komma till rätta med de brister som identifierades vad gäller **fallskador** vid tidigare granskning. Revisionen noterar också att antalet fallolyckor har minskat i jämförelse med föregående år. Fortfarande återstår dock ett viktigt arbete när det gäller att fallolyckor analyseras och åtgärdas på enhetsnivå. Detta är angeläget då det är en förutsättning att erfarenheterna av avvikelserna återförs till ansvarig vårdgivare och återkopplas till hela verksamheten så att åtgärder kan vidtas som leder till färre vårdskador.

Socialnämnden är aktiv vad gäller deltagande i läkemedelsgenomgångar. Nämnden har också uppmärksammat omvårdnadsaspekter relaterat till **läkemedelsanvändningen**. Det finns en medvetenhet och det pågår ett arbete för frågor gällande nutrition, lugnande medel och laxantia. Det är viktigt att framledes aktivt och regelbundet följa upp resultatet av detta arbete.

## 1 Inledning

### 1.1 Bakgrund

Under våren 2010 genomförde de förtroendevalda revisorerna en granskning av kvalitet i äldreomsorgen. Syftet var att granska om socialnämnden har säkerställt en ändamålsenlig verksamhet med god kvalitet inom äldreomsorgen och äldreomsorgens insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Granskningen omfattade en översiktlig granskning av nämndens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet samt kvalitetsindikatorer för kontinuitet och trygghet, fallskador och läkemedelsanvändning.

Revisionen konstaterade utifrån sin granskning att socialnämnden 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. Revisionen riktar kritik avseende;

- Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet
- Kontinuitet och trygghet inom hemtjänsten
- Fallskador
- Läkemedelsanvändningen

Socialnämnden fattade beslut om svar till revisorerna under år 2010<sup>1</sup>.

### 1.2 Uppdrag och revisionsfråga

#### **Revisionsfråga**

Vilka åtgärder har socialnämnden vidtagit med anledning av revisionens tidigare granskning?

#### **Kontrollmål**

- Kommunen har ett dokumenterat ledningssystem.
- Kontinuitet och trygghet beaktas inom hemtjänsten
- Information angående fallskador sammanställs
- Uppföljning sker av läkemedelsanvändningen

### 1.3 Avgränsning, metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentgranskning. Intervju har genomförts med socialchef, äldreomsorgschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

---

<sup>1</sup> Socialnämnden 2010-06-01, § 67.



Dokumentgranskning har bland annat skett av ledningssystem, kvalitetsmål för äldreomsorgen och relevanta rutiner och resultatsammanställningar.

Rapporten har sakgranskats av berörda tjänstemän.

## **2 Ledningssystem**

### **2.1 Revisionsrapport 2010**

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.

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.

## 2.2 Vidtagna åtgärder

Socialnämnden har fastställt<sup>2</sup> ett för socialförvaltningen övergripande ledningssystem för kvalitet enligt SoL, LSS, LVU och LVM under år 2010. Vidare fattades beslut om att Socialnämnden ska fastställa ett för socialförvaltningen övergripande ledningssystem för kvalitet HSL omarbetat och kompletterat på motsvarande sätt. Kvalitetssystemen skall årligen revideras per september månad.

Socialnämnden beslutade vid samma sammanträde att kvalitetsmål för verksamheten gällande kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården skulle fastställas under 2010. Därefter har två arbetsgrupper inom äldreomsorgen, en grupp inom särskilt boende och en grupp inom hemtjänsten, arbetat fram ett förslag på kvalitetsmål. Nämnden fattade beslut<sup>3</sup> om kvalitetsmål för äldreomsorgen december 2010.

### Ledningssystem

Nämnden har valt att göra ett ledningssystem för ovan berörda lagstiftningar. Den kanske viktigaste erfarenhet som har dragits av tidigare arbete med kvalitetssystem är behovet av en ordentlig förankring av arbetet. Det nya ledningssystemet har därför föregåtts av ett ordentligt förankrings- och implementeringsarbete där samtliga enheter har varit representerade.

Ledningssystemet redovisas i form av en visuell "tankekarta" samt ledningssystem i form av rapport. Tankekartan ger en översiktlig bild över ledningssystemets omfattning och innehåll. Rapporten innehåller en sammanställning över de olika områden som Socialstyrelsens föreskrifter anger. I övrigt ges hänvisningar till berörda riktlinjer och rutiner för respektive område. Denna information finns tillgänglig för berörd personal på kommunens intranät.

### Kvalitetsmål

Övergripande mål är angivna utifrån perspektiven:

- Delaktighet och inflytande
- Integritet och bemötande
- Information och trygghet
- Aktiv och meningsfull tillvaro

För respektive övergripande mål finns en beskrivande text samt en rad olika kvalitetsmål. Sammantaget finns 47 kvalitetsmål angivna. Tanken är att dessa mål även ska svara mot de

---

<sup>2</sup> Socialnämnden, 2010-09-07, § 103 Ledningssystem för kvalitet.

<sup>3</sup> Socialnämnden, 2010-12-07, § 142 Kvalitetsmål för äldreomsorgen 2011.



krav på uppföljning som finns i SKL/Socialstyrelsens Öppna Jämförelser. Kvalitetsmålen kommer att följas upp månatligen.

Det pågår nu ett arbete att ta fram mått för angivna kvalitetsmål. Det arbetet beräknas bli klart första tertialet 2011. Av intervjuerna framgår att vissa mått är svåra att mäta. Exempelvis "Brukare utsätts inte för beslut eller diskussioner över huvudet på sig själv".

Parallellt pågår ett arbete med att ta fram ett underlag för förfrågningsunderlag till upphandling av verksamhet för särskilt boende. Angivna kvalitetsmål uppges i stort vara tillräckliga för att precisera kraven på verksamheten i form av kvalitet.

I vilken utsträckning ledningssystemet är förankrat och känt av all personal är oklart. Av intervjuerna framgår att personalen bör ha en kännedom om att ledningssystemet finns. Det har varit en större delaktighet i arbetet med framtagande av kvalitetsmål. Här har funnits grupperingar från särskilda boenden och hemtjänst.

Under hösten 2011 kommer ett förankringsarbete att genomföras i organisationen vad gäller de olika kvalitetsområdena. Här kommer innehållet i ledningssystem och kvalitetsmål att förankras genom diskussioner.

### **2.3 Analys och bedömning**

Vi bedömer att det finns ett ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Ledningssystemet är ännu inte komplett i alla delar vad gäller alla rutiner och riktlinjer för verksamheten. Detta kan ses som ett naturligt steg i arbetet med ständiga förbättringar.

Nämnden har fattat beslut om kvalitetsmål för verksamheten. Det pågår ett arbete med att ta fram mått för alla mål. Arbetet har präglats av delaktighet. Det är ännu för tidigt att bedöma målens styrbarhet. Det kan finnas risk för att styrning och uppföljning gentemot så omfattande kvalitetsmål inte ger önskad effekt. Detta är dock något som framtiden får utvisa.

## **3 Kontinuitet och trygghet inom hemtjänsten**

### **3.1 Revisionsrapport 2010**

Revisionen konstaterade 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. 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.”

Den granskning som har genomförts visade 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.

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

### 3.2 Vidtagna åtgärder

Socialnämnden har vidtagit en rad olika åtgärder för att åstadkomma förbättringar. I svaret till revisorerna angavs att:

- Socialnämnden ska under 2010 utarbeta och fastställa mål och servicegarantier för verksamheten avseende kontinuitet och trygghet inom hemtjänsten enligt riksgenomsnittets rekommendationer.
- Förvaltningen ska utveckla arbetssättet med kontaktmannaskap och ersättande kontaktman, i syfte att öka kontinuiteten hos brukaren.
- Förvaltningen ska utveckla schemaläggning, för kvällar och helger genom att organisera arbetet så att mål för kontinuitet kan uppnås.
- Förvaltningen ska minska antalet timanställda genom införande av schemaverktyget Time Care under 2010/2011 inom hela verksamheten.
- Förvaltningen ska utveckla arbetssättet hos brukare med behov av dubbelbemanning, i syfte att öka kontinuiteten hos brukaren.
- Förvaltningen ska utveckla möjligheten till önskad sysselsättningsgrad hos personalen i syfte att öka kontinuiteten hos brukaren.
- Förvaltningen ska införskaffa och implementera ett datoriserat planeringsverktyg i syfte att öka kontinuiteten hos brukaren under 2010/2011.

Det finns fastställda kvalitetsmål med bäring på kontinuitet och trygghet inom hemtjänsten i form av ”Antalet personer som deltar i omvårdnaden skall så långt det är möjligt vara begränsat.”





Förvaltningen har påbörjat en utveckling av kontaktmannaskapet i hemtjänsten, genom att det utses en kontaktman och ersättande kontaktman hos alla brukare som har omvårdnadsinsatser beviljade. Detta innebär att insatserna, så långt som möjligt, blir utförda av kontaktmannen.

Omorganisationen av hemtjänsten har inneburit mindre hemtjänstgrupper vilket ger förutsättningar för en högre kontinuitet hos brukaren. Schemaverktyget Time Care är under införande 2010/2011. Införandet av Time-Care har inneburit att det finns bättre förutsättningar för att planera verksamheten med hänsyn till kontinuitet. Av intervjuerna framgår att sjukfrånvaron och antalet timanställda totalt sett har minskat på de enheter som använder Time-Care. Time Care har ökat möjligheterna till en optimal bemanningsplanering vilket medfört ökad kontinuitet och kvalitet. Personalen kan i ökad utsträckning täcka upp för varandra vid planerad frånvaro vilket innebär att behovet av att bemanna med timanställd personal minskar. Time Care medför ökade förutsättningar att förbättra personalens trivsel, inflytande och påverkansmöjligheter över sitt arbete.

Förvaltningen planerade att införa ett datoriserat planeringsverktyg 2010/2011. Detta kommer inte att verkställas inom den närmaste tiden, utan planering av utförandet av insatserna kommer att fortsätta att ske manuellt.

Förvaltningen har utvecklat arbetssättet när det finns ett behov av dubbelbemanning genom att en av medarbetarna är huvudansvarig för utförandet av insatserna hos brukaren. Det innebär konkret att målet är att brukaren därmed ska uppleva kontinuitet, trots att det är flera personer i utförandet av insatserna.

### **3.3 Analys och bedömning**

Det har vidtagits en rad olika åtgärder vilket ger förutsättning för verksamheten att i större utsträckning ta hänsyn till kontinuitet och trygghet vid planering av verksamheten. Nämnden har inte konkretiserat vad målsättningen om att begränsa antalet personer som deltar i omvårdnaden innebär. Socialnämnden vet heller inte om vidtagna åtgärder har gett någon effekt för brukaren. Det planeras för en mätning under år 2011. Detta är ett viktigt område för nämnden att följa upp.

## 4 Fallskador

### 4.1 Revisionsrapport 2010

Revisionen konstaterade att det har varit en betydande ökning av antalet rapporterade fallolyckor i avvikelshanteringssystemet i jämförelse med år 2008. Orsaken till ökningen var 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 konstaterade 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.

### 4.2 Vidtagna åtgärder

I svaret till revisorerna angavs att socialnämnden har vidtagit en rad olika åtgärder för att åstadkomma förbättringar.

- Socialnämnden ska varje månad följa upp det fallförebyggande arbetet.
- Förvaltningen ska fastställa en rutin för fallprevention inom hemtjänsten under 2010.
- Förvaltningen ska implementera den planerade fastställda rutinen för fallprevention inom hemtjänsten under 2010.
- Varje enhet ska månadsvis göra en sammanställning över de fall som har inträffat och redovisa på vilket sätt åtgärder vidtagits.

Nämnden ges månatligen en övergripande återkoppling vad gäller fallolyckor. Antalet fall minskade år 2010 (1058 st) i jämförelse med föregående år (1368 fall år 2009). Av nämndens rapport avseende avvikelser framgår att minskningen bedöms vara en följd av det fallförebyggande arbetet vilket har medfört att man pratar mer om fall i verksamheten. Kunskapen har ökat hos personalen. Fallförebyggande arbete ingår i kvalitetsregistret Senior alert och registrering i detta system planeras komma igång under år 2011 och förväntas underlätta förankringen av ett strukturerat arbete för att minska antalet fallolyckor. Fallskador har varit en stående punkt på nämndens dagordning.



Nämnden har fastställt en rutin vid fall inom hemtjänst. Rutinen uppges också vara implementerad. Det är dock svårt att praktiskt genomföra fallträffarna beroende på svårighet att samla alla berörda vid ett tillfälle.

Det uppges vara ett utvecklingsområde att ta fram en sammanställning av fall och övriga avvikelser på enhetsnivå. Det är framförallt administrativt betungande för enhetscheferna. Detta är dock ett viktigt område att utveckla då det sker ett lärande vid analysen av utfallet. Det är en utmaning att få linjecheferna att analysera det egna resultatet. Av intervjuerna framgår att antalet fallolyckor bedöms ännu inte ha minskat beroende på att verksamheten har lärt av varandra.

Det finns även kvalitetsmål med bäring på fallskador. Alla brukare i hemsjukvården skall erbjudas en fallriskbedömning. Personalen ska arbeta utifrån ett fallförebyggande arbetssätt.

### **4.3 Analys och bedömning**

Socialnämnden har vidtagit en rad olika åtgärder för att komma till rätta med de brister som identifierades vid tidigare granskning. Revisionen noterar också att antalet fallolyckor har minskat i jämförelse med föregående år. Fortfarande återstår dock ett viktigt arbete när det gäller att fallolyckor analyseras och åtgärdas på enhetsnivå. Detta är angeläget då det är en förutsättning att erfarenheterna av avvikelserna återförs till ansvarig vårdgivare och återkopplas till hela verksamheten så att åtgärder kan vidtas som leder till färre fallskador.

## 5 Läkemedelsanvändningen

### 5.1 Revisionsrapport 2010

När det gäller läkemedelsanvändningen fanns det vissa förhållanden som inte var helt tillfredsställande. Det avsåg bland annat användande av laxantia, lugnande medel och sömnmedel. Granskningen visade också 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

### 5.2 Vidtagna åtgärder

I svaret till revisorerna angavs att socialnämnden har vidtagit en rad olika åtgärder för att åstadkomma förbättringar.

- Socialnämnden ska löpande undersöka att omprövning av läkemedelsbehandling sker enligt rekommendationer från Socialstyrelsens riktlinjer.
- Socialnämnden har tecknat ett lokalt avtal med primärvården för *Läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården*, där ett prioriterat mål är att utveckla och förbättra rutiner och riktlinjer för läkemedelsanvändning hos äldre och funktionshindrade. En uppföljning av läkemedel görs vid den årliga läkemedelsgenomgången.
- Förvaltningen organiserar regelbunden omvårdnadshandledning på demensboendena kring hur bemötande kan ge lugn och trygghet till vårdtagaren i syfte att minska behovet av förskrivning av neuroleptika.
- Förvaltningen deltar i ett projekt för Läkemedelsgenomgångar med en receptarie från Apoteket och en sjuksköterska från region Skåne som har i uppdrag att gå igenom varje vårdtagares läkemedelsförskrivningar på de särskilda boendena.
- Förvaltningen kommer att utöka samverkan med kostenheten i syfte att förbättra näringsstillförseln. Ett prioriterat utvecklingsområde för enheterna är att förkorta nattfastan vilket har visat sig ge en bättre nattsömn.
- Förvaltningen kommer att fortsätta utvecklingsarbetet med det sociala innehållet genom att utöka aktivitetsutbudet som ger möjlighet till mer stimulans och stöd för ökad aktivitet i vardagen som kan leda till en minskning av användandet av lugnande medel. En aktivare dag ger mindre oro och bättre nattsömn. En ökad aktivitet kan även medföra att behovet av tarmreglerande medel minskar.

Det rekommenderas att alla vårdtagare ska använda ApoDos<sup>4</sup>. Detta innebär också att ansvarig läkare gör ett ställningstagande då receptet ska förlängas. Tanken är att alla äldre på särskilda boenden ska få läkemedelsgenomgångar årligen. Detta är ett gemensamt mål med Region Skåne. Det är dock inget som kommunen kan styra över. Klippans kommun kommer under år 2011 delta i ett projekt där syftet är att ta fram, implementera och utvärdera en enhetlig modell för läkemedelsgenomgångar i primärvården i Skåne.

Under år 2010 har läkemedelsgenomgångar genomförts i Klippans kommun. Under året omfattades 85 individer av läkemedelsgenomgångar. Antalet läkemedel per individ minskade från 11,8 till 10,3<sup>5</sup> efter genomförande av läkemedelsgenomgång. Antalet individer med fler än 10 läkemedel minskade från 59 till 44.

Demenssjuksköterska arbetar med regelbunden omvårdnadshandledning på kommunens demensboende. Vidare har demensombud inrättats inom hemtjänsten.

När det gäller samverkan med kostenheten i syfte att förbättra näringstillförseln har arbetet kommit långt på de särskilda boendena. Av olika anledningar är det ännu inte genomfört inom hemtjänsten. Det finns sedan årsskiftet ett nätverk för nutrition.

Det finns även kvalitetsmål med bäring på läkemedelsområdet. Det går inte att jämföra resultatet av läkemedelsgenomgångarna år 2010 fullt ut med den studie som genomfördes i revisorernas rapport. Det kan dock konstateras att fortfarande förekommer polyfarmaci (fler än 10 läkemedel) samt användning av lugnande medel och laxantia i hög utsträckning.

### **5.3 Analys och bedömning**

Socialnämnden är aktiv vad gäller deltagande i läkemedelsgenomgångar. Nämnden har också uppmärksammat omvårdnadsaspekter relaterat till läkemedelsanvändningen. Det finns en medvetenhet och det pågår ett arbete för frågor gällande nutrition, lugnande medel och laxantia. Det är viktigt att framledes aktivt och regelbundet följa upp resultatet av detta arbete.

---

<sup>4</sup> ApoDos innebär att apoteket tar ut läkemedel ur originalförpackningar från leverantörerna och iordningställer maskinellt läkemedel i dospåsar/dosbrickor till varje tillfälle läkemedlen ska intas.

<sup>5</sup> Av dessa 10.3 läkemedel var 7,5 avsedda för regelbunden dosering.



2011-05-23

---

---

*Jean Odgaard*  
Certifierad kommunal revisor

---

Alf Wahlgren  
Uppdragsledare