

Läkemedelshantering

Stadsrevisionen



Innehållsförteckning

1	Slutsats	3
1.1	Rekommendationer	6
2	Granskningens utgångspunkter	7
2.1	Inledning.....	7
2.2	Syfte och revisionsfrågor.....	8
2.3	Revisionskriterier.....	9
2.4	Metod	10
3	Resultat av granskningen.....	11
3.1	Rutiner avseende läkemedelshantering.....	11
3.2	Säkerställandet av delegering.....	13
3.3	Läkemedelsavvikelser.....	20
3.4	Risikanalys och kontroll av läkemedel	25

Foto: Fotograf Jens Nordström bild 1 och Werner Nystrand bild 2
Diarienummer: SR-2025-69
Beslutad av revisorskollegiet: 2025-09-30

1 Slutsats

Läkemedelsbehandling är en av de vanligaste sjukvårdsåtgärderna inom hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsen utgör läkemedelsrelaterade skador en stor del av alla vårdskador, vilket innebär lidande för den som drabbas och stora kostnader för samhället. Kommunernas ansvar för läkemedelshantering i särskilt boende för äldre (SoL) och bostad med särskild service (LSS) regleras av flera lagar och föreskrifter, så som Hälso- och sjukvårdslagen, Läkemedelslagen och Socialstyrelsens föreskrifter. Detta innebär ansvar för säker läkemedelshantering, exempelvis delegering, utbildning av vårdpersonal samt dokumentation och uppföljning. I Malmö stad ansvarar hälsa-, vård- och omsorgsnämnden för särskilt boende för äldre och funktionsstödsnämnden för LSS-boende.

Den sammanvägda bedömningen utifrån granskningens syfte är att hälsa-, vård- och omsorgsnämnden och funktionsstödsnämnden inte helt säkerställer en ändamålsenlig läkemedelshantering i särskilt boende för äldre (SoL) och bostad med särskild service (LSS.) Det finns risk för brister kopplade till läkemedelsdelegerade uppgifter, exempelvis sjuksköterskornas förutsättningar för individuell riskanalys och uppföljning för att säkerställa en säker läkemedelshantering. Även brister i nyckelhantering avseende läkemedelsförvarning och spårbarhet medför säkerhetsrisker. Det bedöms även finnas väsentliga risker kopplat till spårbarhet och kontrollräkning vid förvaring av kasserade narkotiska läkemedel. Det finns också avvikelser avseende omfattning, struktur och efterlevnad av föreskrifter avseende egenkontroll, särskilt avsaknaden av en heltäckande och årlig extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Det finns kända dokumenterade rutiner för läkemedelshantering samt rutiner och system för avvikelshantering. Rapportering till nämnderna kring bland annat läkemedelsavvikelser sker i patientsäkerhetsberättelsen.

Granskningen visar att det finns kända dokumenterade rutiner för delegering, ordination, hantering och förvaring av läkemedel, inklusive anpassade läkemedelsförråd. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) inom de båda förvaltningarna har tagit fram riktlinjer avseende läkemedelshantering och delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Utifrån intervjuerna uppfattas dessa riktlinjer/rutiner i huvudsak vara kända hos personalen i urvalet av särskilda boenden och LSS-boenden.

Vidare visar granskningen att det finns risk att läkemedelsdelegerade uppgifter inte helt utförs på ett korrekt och säkert sätt inom de båda nämnderna. Förutsättningarna för sjuksköterskor att hantera delegeringar varierar. Antalet delegeringar per sjuksköterska kan uppgå till över hundra, vilket påverkar möjligheten till individuell riskanalys och uppföljning. Inom LSS-boende förekommer det att sjuksköterskor inte träffar varje medarbetare inför delegering, utan enbart baserar beslutet på godkända kunskapstester. Detta, i kombination med att sjuksköterskorna inte är närvarande på varje boende dagligen, försvårar möjligheten att lära känna personalen och följa upp delegeringarna i praktiken.

Det framkommer vidare att personalen, inom de LSS-boenden och särskilda boenden som ingått i granskningen, har svårt att hitta ostörd och sammanhängande tid för att genomföra de digitala utbildningarna och kunskapstester som krävs vid omprövning av delegering. Det förekommer dessutom att det saknas kontroller för att säkerställa att testerna genomförs individuellt och utan otillbörligt stöd, vilket riskerar att urholka testernas tillförlitlighet. Det råder även delade meningar bland de intervjuade kring om personalen får återkoppling på felaktigt besvarade frågor, vilket kan påverka möjligheten till lärande och förbättring.

När det gäller läkemedelsförvaring finns flera risker kopplat till spårbarhet och säkerhet. Inom de båda nämnderna har ett arbete med att köpa in och implementera digitala nyckelskåp och läkemedelskåp i särskilt boende och LSS-boende påbörjats. Dock går arbetet långsamt, vilket begränsar möjligheterna till spårbarhet. Det förekommer, inom LSS-boende, att nycklar till brukarnas läkemedelsskåp förvaras i olåsta skåp i personalutrymmen, utan krav på signering vid utlämning. Det finns även exempel på att nycklar försvunnit, samt att icke-delegerad personal haft tillgång till nycklar, både inom LSS-boende och särskilt boende. Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen finns dessutom en problematik i att samtliga sjuksköterskor inom särskilt boende och nattorganisationen har tillgång till koderna till nyckelskåpen där nycklar till närförråd förvaras. Avsaknaden av digital signering vid läkemedelshantering i närförråd försvårar ytterligare möjligheten till spårbarhet.

Ytterligare risker har identifierats i hanteringen av läkemedel i brukarnas skåp i LSS-boende. Det förekommer att större mängder läkemedel förvaras i dessa skåp, som alla medarbetare har tillgång till, samt att skåpen inte alltid hålls ordnade. I vissa fall förvaras även andra föremål än läkemedel i skåpen, vilket ökar risken för förväxling och felhantering. I vissa fall saknas

signeringslistor i pappersformat i brukarnas läkemedelsskåp, vilket utgör en risk ur ett krisberedskapsperspektiv. Det finns även en risk att personalen, inom båda boendeformerna, förlitar sig alltför mycket på det digitala signeringssystemet MCSS och därmed missar att kontrollera läkemedelslistan enligt rutin, vilket kan leda till att vissa läkemedel inte ges enligt ordination.

Granskningen visar att det finns system och rutiner för att hantera avvikelser i läkemedelshanteringen. Det finns en förvaltningsgemensam riktlinje för avvikelshantering och förvaltningsgemensam rutin för anmälan enligt lex Maria. Samtliga synpunkter och avvikelser inom SoL, LSS och HSL hanteras genom plattformen Selfpoint inom de båda förvaltningarna.

Aggregerade läkemedelsavvikelser lyfts i båda nämndernas patientsäkerhetsberättelser för 2024, men redovisas på olika sätt och i olika detaljgrad. Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden redovisar att läkemedelsavvikelser utgör 55 % av totalt 4714 HSL-avvikelser inom särskilt boende och ordinärt boende. Av totalt antal avvikelser utgörs 10 % av misstänkt stöld/svinn. Funktionsstödsnämnden redovisar cirka 800 registrerade läkemedelsavvikelser, vilket är en minskning med 30 % jämfört med föregående år. Införandet av digital signering (MCSS) i de båda förvaltningarna har underlättat arbetet med att upptäcka och registrera läkemedelsavvikelser.

Det finns flera forum inom ramen för kvalitetsarbetet där avvikelser används för lärande och utveckling av verksamheten så som APT, kvalitetsråd och HSL-möten. Exempelvis när det gäller kvalitetsråd, genomförs dessa inom båda förvaltningarna, dock inte inom socialpsykiatriboende. Sammanfattningen av identifierade risker och framtagna åtgärder för analys lyfts från sektions-, enhets-, och till avdelningsnivå, det vill säga respektive nivå bygger på varandra.

Granskningen visar även att det inte helt genomförs ett systematiskt arbete med riskanalyser, egenkontroll och extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Det finns avvikelser avseende omfattning, struktur och efterlevnad av föreskrifter som gäller båda nämndernas förvaltningar. Det gäller i huvudsak avsaknaden av en heltäckande och årlig extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen enligt Socialstyrelsens föreskrift (HSLF-FS 2017:37). Det allmänna rådet är att detta bör genomföras minst en gång per år.

Det finns kontrollfunktioner och det sker en rad kontroller av läkemedel och narkotiska läkemedel av ansvariga sjuksköterskor. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen genomför även egenkontroll genom stickprov av närförråd i särskilt boende. Inom funktionsstödsförvaltningens LSS-boende sker egenkontroll av basläkemedelsförrådet vartannat år av Region Skåne och vartannat år av MAS.

När det gäller egenkontroll av narkotikaklassade läkemedel bedöms det saknas spårbarhet och kontrollräkning i samband med förvaring och kassation inom särskilt boende. Tillsammans med tillgången till koder i staden för nyckelskåp medför det väsentliga risker som kan medföra att svinn eller stöld inte upptäckts. Det har även i intervjuer uttryckts oro för att bli anklagad för stöld eller att bli överfallen.

Vad det gäller systematiskt riskanalys och egenkontroll inom ramen för nämndernas kvalitetsledningssystem, exempelvis kopplat till läkemedelshantering, konstateras att den snarare är händelsestyrd än proaktiv. Inom de båda förvaltningarna finns dock risk- och händelseanalysgrupper som kan hjälpa boendena med att analysera risker inför exempelvis organisationsförändringar och införandet av nya rutiner eller vid händelser i verksamheten.

Hälsa-, vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2025 och förvaltningens riskanalys innehåller inga risker kopplat till läkemedelshantering eller hälso- och sjukvård. När det gäller förvaltningens temabaserade riskanalysarbete finns risken att viktiga områden som exempelvis hälso- och sjukvården utelämnas, beroende på vilka teman förvaltningen beslutar om ska omfattas. Funktionsstödsnämndens internkontrollplan 2025 och förvaltningens riskanalys innehåller risker, åtgärd och granskning med bäring på delegeringsprocessen och läkemedelshantering inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

1.1 Rekommendationer

Utifrån granskningens resultat rekommenderas hälsa-, vård- och omsorgsnämnden och funktionsstödsnämnden att:

- Stärka förutsättningarna för en säker läkemedelsdelegering genom att säkerställa att sjuksköterska har förutsättningar för individuell riskanalys och uppföljning av delegerad omsorgspersonal.

- Stärka kompetensutveckling och återkoppling avseende kunskaps-
tester inom ramen för delegeringsprocessen för att säkerställa en
säker läkemedelshantering.
- Förbättra spårbarhet och säkerhet i läkemedelsförvaring och hant-
ering av nycklar och koder.
- Stärka spårbarhet, säkerhet och kontroll vid förvaring av kasserade
narkotikaklassade läkemedel inför transport till apotek för att und-
vika risk för oupptäckt stöld och oro hos personalen.
- Säkerställa att extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
sker och följs upp i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och
allmänna råd (HSLF-FS 2017:37).
- Förstärka arbetet med riskanalyser och egenkontroll för att säker-
ställa ett systematiskt förebyggande arbete i enlighet med Social-
styrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9).

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden rekommenderas även att:

- Se över processen för arbetet med riskanalys- och internkontroll-
plan, för att säkerställa att viktiga riskområden som exempelvis
läkemedelshantering och andra delar inom hälso- och sjukvårds-
området inte förbises.

2 Granskningens utgångspunkter

2.1 Inledning

Kommunernas ansvar för läkemedelshantering i olika boendeformer regleras av flera lagar och föreskrifter, inklusive Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Läkemedelslagen och Socialstyrelsens föreskrifter.

I särskilt boende för äldre enligt SoL i Malmö stad ansvarar hälsa-, vård- och omsorgsnämnden för säker läkemedelshantering, vilket omfattar förskrivning, förvaring, administration och dokumentation av läkemedel för att säkerställa korrekt och säker användning. I ansvaret säker läkemedels-
hantering ingår delegering och utbildning av vårdpersonal samt uppföljning. Kommunen ska också säkerställa att omsorgspersonalen har förutsättningar för patientsäker hantering, inklusive dokumentation och samverkan med regionen. Funktionsstödsnämnden i Malmö stad ansvarar för bostad

med särskild service enligt LSS (barn och vuxna) där liknande regler gäller som för särskilt boende.

Läkemedelsbehandling är en av de vanligaste sjukvårdsåtgärderna inom hälso- och sjukvården. Läkemedel kan bota, lindra och förebygga sjukdomar och därigenom bidra till ökad överlevnad och förbättrad livskvalitet. Men all läkemedelsbehandling innebär en risk. Enligt Socialstyrelsen utgör läkemedelsrelaterade skador en stor del av alla vårdskador, vilket innebär lidande för den som drabbas och stora kostnader för samhället. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) konstaterade 2022–2023 i sin tillsyn att 90 procent av kommunerna saknade dokumenterade läkemedelsgenomgångar inom särskilt boende. I 81 procent av kommunerna saknades tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som har delegerats uppgiften att överlämna läkemedel att utföra detta på ett patient-säkert sätt.

Inom hälsa-, vård- och omsorgsnämnden minskade antalet läkemedelsavvikelser något under 2023 jämfört med 2022, dock ökade posten ”stöld-/svinn”.¹ Inom funktionsstödsnämnden har det under 2023 varit svårt att nå målsättningen om korrekt givna läkemedelsdoser och till viss del saknas det låsbara läkemedelsskåp. Det har även funnits utmaningar med att följa delegeringsprocessens krav och säkerställa kompetensen hos delegerad personal.² Malmö stadsrevisions fördjupade granskning av läkemedelshantering 2017 inom hälsa-, vård- och omsorgsnämnden visade på brister gällande bland annat processer, rutiner, riskanalys, intern kontroll och det förebyggande arbetet.³

Utifrån genomförd riskanalys har de förtroendevalda revisorerna beslutat att under 2025 granska läkemedelshanteringen inom hälsa-, vård- och omsorgsnämnden samt funktionsstödsnämnden.

2.2 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om hälsa-, vård- och omsorgsnämnden samt funktionsstödsnämnden säkerställer en ändamålsenlig läkemedelshantering i särskilt boende för äldre enligt SoL och bostad med särskild service enligt LSS.

¹ Hälsa-, vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2023

² Funktionsstödsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2023

³ Läkemedelshantering (Revisorskollegiet 2017-12-13)

Med ändamålsenlig avses i denna granskning att nämndernas verksamheter följer fastställda riktlinjer och rutiner samt gällande lag och föreskrifter för området.

Syftet kommer besvaras genom nedanstående revisionsfrågor:

- Finns det kända dokumenterade rutiner för ordination, hantering och förvaring av läkemedel, inklusive anpassade läkemedelsförråd?
- Genomförs riskanalyser, egenkontroll och extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen för att säkerställa verksamhetens kvalitet?
- Säkerställs att läkemedelsdelegerade uppgifter utförs på ett korrekt och säkert sätt?
- Finns det system och rutiner för att hantera avvikelser i läkemedelshanteringen?

2.2.1 Avgränsningar

Granskningen har avgränsats till ett urval av verksamhetsområden inom funktionsstödsnämndens och hälsa-, vård- och omsorgsnämndens ansvarsområden där läkemedelshantering sker.

Inom funktionsstödsnämnden har två särskilda boende för vuxna (LSS 9 kap. 9 §) och ett särskilt boende enligt SoL (socialpsykiatri) ingått i granskningen.

Inom hälsa-, vård- och omsorgsnämnden har tre särskilda boende för äldre (SoL) ingått i granskningen.

Granskningen är genomförd under perioden april – september 2025.

2.3 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, bedömningar och rekommendationer. Källor till revisionskriterier:

- Kommunallag (2017:725), 6 kap. 6 §
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

2.4 Metod

För att svara på granskningens syfte och revisionsfrågor har intervjuer och dokumentstudier genomförts. Därutöver har skriftliga frågor ställts via e-post till tjänstepersoner på berörda förvaltningar för information, avstämning och förtydliganden av olika frågeställningar.

Intervjuer har genomförts med avdelningschef för särskilt boende, LSS-bostäder och socialpsykiatri (verksamhetschefer HSL), medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), sektionschefer (HSL) samt sektionschefer (SoL), sjuksköterskor och omsorgspersonal på boenden. Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen har även intervju skett med kvalitetsutvecklare (HSL) och inom funktionsstödsförvaltningen med professionsstöd (SSK). Totalt har 39 personer omfattats av intervjuerna.

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden ansvarar för 39 särskilda boenden för äldre (SoL) och funktionsstödsnämnden ansvarar för 123 boenden för vuxna (LSS).

Urvalet av tre särskilda boende för äldre (SoL) samt tre boende med särskild service (LSS) varav ett socialpsykiatriboende har gjorts med hjälp av slumpgenerator i Excel.

Granskningen har genomförts av certifierade kommunala revisorer (sakkunniga) på stadsrevisionen i Malmö stad och kvalitetsgranskats av revisionsdirektören. Granskningen har beretts av styrgrupp Omsorg inom revisorskollegiet. Sakkunniga revisorer har prövat sitt oberoende i enlighet med Skyrevs rekommendation och inte funnit något hinder mot att utföra granskningen.

Förvaltningen har getts möjlighet att faktagranska rapporten.

3 Resultat av granskningen

I detta avsnitt redovisas resultatet av granskningen. Avsnittet är uppdelat utifrån revisionsfrågorna. Under varje revisionsfråga redovisas bedömningarna, därefter följer en redogörelse av iakttagelser, det vill säga de intervju-svar och dokumentstudier som ligger till grund för bedömningar och rekommendationer.

3.1 Rutiner avseende läkemedelshantering

Finns det kända dokumenterade rutiner för ordination, hantering och förvaring av läkemedel, inklusive anpassade läkemedelsförråd?

3.1.1 Bedömning

Bedömningen är att det finns kända dokumenterade rutiner för ordination, hantering och förvaring av läkemedel, inklusive anpassade läkemedelsförråd. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) inom de båda förvaltningarna har tagit fram riktlinjer avseende läkemedelshantering och delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Utifrån intervjuerna uppfattas dessa riktlinjer/rutiner i huvudsak vara kända hos personalen i urvalet av särskilda boenden och LSS-boenden.

3.1.2 Iakttagelser som ligger till grund för bedömning

Kommunen som vårdgivare ansvarar för att ta fram processer och fastställa rutiner, inom ramen för kvalitetsledningssystemet, för ordination och hantering av läkemedel i verksamheten. Detta för att säkerställa att verksamheten uppfyller kraven enligt föreskrifterna.⁴ Rutinerna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.⁵

Riktlinjer är ett övergripande direktiv eller anvisning och kan tas fram gemensamt för Malmö stads socialtjänstförvaltningar när det finns behov av detta, exempelvis kring gränsdragningar och ansvarsområden mellan olika förvaltningar. Rutiner finns för en mängd olika områden och nivåer i organisationen och beskriver ett bestämt tillvägagångssätt.⁶

⁴ 4 kap. 1-2 § HSLF 2017:37

⁵ 4 kap. 4 § SOSFS 2011:9

⁶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (HVO-2022-5016)

Nämnden ansvarar för att dess organisation är ändamålsenlig med hänsyn till mål, uppdrag, riktlinjer och andra beslut i kommunfullmäktige och utifrån de lagar och andra författningar som gäller för verksamheten.⁷

Enligt hälsa-, vård- och omsorgsnämndens kvalitetsledningssystem ansvarar medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) för att den kommunala hälso- och sjukvården följer gällande lagar, föreskrifter och rutiner. MAS ansvarar särskilt för läkemedels hantering och delegering. Alla nivåer av chefer har för respektive nivå ansvar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra genom det systematiska kvalitetsarbetet. Avdelningschefen ansvarar för att rutiner finns på avdelningen, medan enhetschefen ser till att verksamheten följer lagar och Malmö stads styrdokument. Sektionschefen ansvarar för verksamhet, kvalitet, ekonomi och personal enligt samma regelverk. Medarbetare ska följa de processer och rutiner som gäller för deras verksamhet.⁸ I huvudsak finns motsvarande angivet i funktionsstödsnämndens riktlinje avseende ledningssystem.⁹

Inom ramen för granskningen har det tagits del av gemensamma riktlinjer för de båda nämnderna avseende hantering av läkemedel¹⁰ och hantering av läkemedel i basläkemedelsförråd och närförråd¹¹. Dessa innehåller bland annat anvisningar kring ordination, leverans, förvaring, iordningställande och kassation av läkemedel. Riktlinjerna är framtagna och beslutade av medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) för respektive förvaltning.

Det har också inom ramen för granskningen tagits del av riktlinjer för både hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen och funktionsstödsförvaltningen avseende delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Till dessa finns tillhörande bilagor avseende ansvar och roller i delgeringsprocessen, delegeringsbara hälsosjukvårdsuppgifter, lokal tillämpning av riktlinjen för SÄBO.

Riktlinjer och rutiner finns tillgängliga på Malmö stads intranät "KomIn". I intervjuerna har det uppfattats som att personalen inom de olika boendeformerna i huvudsak har kännedom kring riktlinjer och rutiner. På flertalet boenden användes de centrala riktlinjerna men i något fall hade även

⁷ Kommunfullmäktiges reglemente för styrelsen och övriga nämnder (KF 2024-08-29)

⁸ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (HVO-2022-5016)

⁹ Riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 (FSN 2022-12-18)

¹⁰ Riktlinje för hantering av läkemedel i kommunal primärvård (rev. 2024-01-30)

¹¹ Riktlinje för hantering av läkemedel i basläkemedelsförråd och närförråd (rev. 2023-09-01)

kompletterande lokala rutiner tagits fram av sjuksköterskan på boendet. Personalen har inte haft några direkta negativa synpunkter på riktlinjer och rutiner. I någon intervju ansågs det vara svårt att hitta ibland alla rutiner på intranätet men att sjuksköterska kunde hjälpa till. Det uppgavs även att sjuksköterskorna informerar omsorgspersonalen vid förändringar i riktlinjer och rutiner.

3.2 Säkerställandet av delegering

Säkerställs att läkemedelsdelegerade uppgifter utförs på ett korrekt och säkert sätt?

3.2.1 Bedömning

Bedömningen är att det finns risk att läkemedelsdelegerade uppgifter inte helt utförs på ett korrekt och säkert sätt. Detta gäller både inom funktionsstödsnämnden och hälsa-, vård- och omsorgsnämnden. Förutsättningarna för sjuksköterskor att hantera delegeringar varierar stort, med upp till över hundra delegeringar per person, vilket försvårar individuell riskanalys och uppföljning. Inom LSS-boenden sker delegeringar ibland utan personlig kontakt, enbart baserat på godkända tester, vilket i kombination med sjuksköterskors begränsade närvaro på plats försvårar uppföljning och kännedom om personalen. Personal har dessutom svårt att hitta ostörd tid för digitala utbildningar, och det saknas kontroller som säkerställer att tester genomförs individuellt. Brister i läkemedelsförvaring och spårbarhet förekommer, exempelvis nycklar i olåsta skåp och avsaknad av signering, vilket ökar risken för felhantering. Sammantaget pekar detta på flera riskområden som kan påverka patientsäkerheten.

3.2.2 Iakttagelser som ligger till grund för bedömning

Delegering betyder att behörig hälso- och sjukvårdspersonal ger någon annan personal rätt att utföra en arbetsuppgift som den annars inte får göra.¹² Av patientsäkerhetslagen framgår att hälso- och sjukvårdspersonal endast får delegera en arbetsuppgift till någon annan när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Vidare framgår att den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan ansvarar för att han eller hon har förutsättningar att fullgöra uppgiften.¹³

¹² Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

¹³ 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659)

Den som genom delegering får i uppgift att överlämna läkemedel ska ha dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen.¹⁴ Den som delegerar en arbetsuppgift ansvarar för bedömningen att uppgiftsmottagaren har tillräcklig kunskap och erfarenhet för att kunna utföra uppgiften på ett korrekt och säkert sätt.¹⁵ Den som delegerat en uppgift ansvarar också för att följa upp och kontrollera att den arbetsuppgift som han eller hon delegerat fullgörs på ett sätt som är förenligt med en god och säker vård. Den som genom delegering har fått i uppgift att överlämna läkemedel bär själv ansvaret för hur denne fullgör arbetsuppgiften.¹⁶

Riktlinjer för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter har, som nämnts i tidigare avsnitt, upprättats för funktionsstödsförvaltningen respektive hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen. Av riktlinjerna framgår hur legitimerad personal ska arbeta med riskanalys inför delegering, hur kunskap och kompetens säkerställs hos personalen som mottar delegering, hur delegeringen utformas, hur delegeringen ska följas upp samt hur upphörande av delegeringsbeslut sker. Till riktlinjerna finns kompletterande bilagor som förtydligar vilka hälso- och sjukvårdsuppgifter som är delegeringsbara inom funktionsstödsförvaltningen respektive hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen.

3.2.2.1 Utbildning

För att kunna ta emot en delegering gällande administration av läkemedel¹⁷ i Malmö stad krävs att personalen genomgår en digital utbildning i läkemedelshantering i tre delar via utbildningsplattformen Malmö Lär. Utbildningen berör bland annat lagar, läkemedelshantering, antikoagulantia¹⁸, läkemedelslista och signering. Vid omprövning av delegering avslutas den digitala utbildningen med webbaserade kunskapstest. Dock i faktakontrollen uppges att det inte finns krav inom funktionsstödsförvaltningen att personalen ska genomföra den digitala utbildningen i samband med förnyelse av delegering. Vid första delegeringstillfället kompletteras den digitala utbildningen med en fysisk läkemedelsverkstad, som en fördjupning och förankring. Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen genomförs kunskapstestet på arbetsplatsen efter genomgången digital utbildning och läkemedelsverkstad. Inom funktionsstödsförvaltningen sker skriftliga kunskaps-

¹⁴ 9 kap. 4 § HSLF-FS 2017:37

¹⁵ 6 kap. 3 § PSL.

¹⁶ 6 kap. 2 § PSL.

¹⁷ Iordningställa och administrera ordinerade läkemedel i form av tabletter/kapslar, flytande läkemedel, ögon-/örondroppar, salvor, klysmor, suppositorier, vagitorier, inhalation, depotplåster (ej narkotikapläster) och vid-behovs-läkemedel efter kontakt med sjuksköterska.

¹⁸ Blodförtunnande läkemedel.

testet på papper i slutet av läkemedelsverkstaden, som sparas och kan användas vid omprov eller förnyelse av delegering.

Av intervjuer framgår att innehållet i utbildningarna generellt bedöms som fullgott men att det utifrån arbetsbelastningen i verksamheterna kan vara svårt att hitta sammanhängande och ostörd tid att genomföra de digitala utbildningarna, med tillhörande kunskapstester, i samband med omprövning av delegering. Omprövning av delegering sker huvudsakligen minst en gång per år. Enligt rutinen får delegeringen vid första tillfället inte gälla längre än tre månader och aldrig gälla mer än ett år. Innan en delegering upphör att gälla får personalen ett meddelande i systemet för digital läkemedelssignering (Medication and Care Support System - MCSS) om när det är dags att genomgå de digitala utbildningarna. Kunskapstesterna ska genomföras självständigt men av intervjuer framgår att det inte alltid sker någon kontroll av att personalen inte samarbetar kring kunskapstesterna eller använder digitala hjälpmedel som stöd. Enligt faktakontrollen har personalen tidigare haft tre försök att klara kunskapstesterna, numera är det obegränsat antal försök. Sektionscheferna kan i Malmö Lär följa upp vilka utbildningar personalen genomgått och om de blivit godkända på kunskapstesterna. Av intervjuerna framgår att det råder delade meningar kring huruvida personalen får automatisk återkoppling på de frågor som man svarat fel på. Enligt faktakontrollen får de återkoppling på vilken fråga som besvaras fel, dock inte vilket som är rätt svar.

3.2.2.2 Sjuksköterskornas förutsättningar

Inom funktionsstödsförvaltningen utgår sjuksköterskorna från ett gemensamt kontor i centrala Malmö och varje sjuksköterska bemannar ett antal boenden (cirka 7 till 10 boenden), vilket innebär att sjuksköterskorna vanligtvis inte har daglig kontakt med sektionscheferna och brukarna på respektive boende. Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen utgår varje sjuksköterska från ett boende, vilket innebär att sjuksköterskorna dagligen är på plats på boendet och vanligtvis har daglig kontakt med sektionschef och brukare. Av intervjuerna med sjuksköterskor inom båda förvaltningarna framgår att antalet delegeringar per sjuksköterska kan variera stort, från över ett hundratal (inklusive timanställda och vikarier) till ett 30-tal. Vid granskningstillfället finns det inget maxantal för antalet delegeringar per sjuksköterska.

Efter att nyanställd personal genomgått de obligatoriska utbildningarna och blivit godkända på kunskapstesterna ska personalen gå bredvid ansvarig sjuksköterska inför delegering, i syfte att bland annat gå igenom MCSS och

läkemedelslistor. I samband med intervjuer med medarbetare inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen bekräftas att medarbetarna vid nydelegering går bredvid ansvarig sjuksköterska. Av intervju med sjuksköterskor inom funktionsstödsförvaltningen framgår däremot att sjuksköterskor på grund av hög arbetsbelastning inte alltid träffar varje enskild medarbetare inför läkemedelsdelegation utan förlitar sig på godkända kunskapstester. Sjuksköterskorna inom funktionsstödsförvaltningen lyfter att det generellt är en utmaning att lära känna medarbetarna och följa upp delegeringarna på respektive boende eftersom sjuksköterskorna inte är på plats på varje boende dagligen.

Av funktionsstödsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2024 framgår att det finns en utmaning i att följa delegeringsprocessens krav på riskanalys inför delegering och uppföljning av delegeringar. I vissa fall ges delegeringar inte utifrån den enskilda medarbetarens kompetens och förmåga, utan utifrån verksamhetens behov. Att det finns risk för att sjuksköterskor delegerar till personal utan att ha djupare kunskap om personalens kompetens, i syfte att lösa eventuell bemanningsproblematik, bekräftas i intervju med sektionscheferna inom avdelning hälsa och utveckling.

3.2.2.3 Förvaring av läkemedel

Enligt riktlinjen ska läkemedel förvaras i ett låsbart läkemedelsskåp. Nycklar, kod eller tagg till läkemedelsskåp får endast delegerad personal få tillgång till. Nycklar ska kvitteras ut vid arbetspassets början och kvitteras in vid arbetspassets slut. Läkemedelsskåpen ska regelbundet städas, utgångsdatum för läkemedel kontrolleras av sjuksköterska.

Merparten av LSS-bostäderna har läkemedelsskåp i brukarnas lägenheter. I september 2024 tog funktionsstödsförvaltningens förvaltningsledning beslut¹⁹ om att varje brukare ska ha ett läkemedelsskåp med nyckel som kompletteras med ett digitalt nyckelskåp i verksamheten där nycklarna till brukarnas läkemedelsskåp förvaras. Inledningsvis köptes nio nyckelskåp in till nio LSS-boenden. Till tre av dessa köptes samtidigt 20 läkemedelsskåp in i syfte att uppdatera lägenheter utan ändamålsenligt läkemedelsskåp. I faktakontrollen uppges att ett nytt beslut fattades i förvaltningsledningen i mars 2025 om att köpa in ytterligare 10–15 spårbara digitala nyckelskåp och inköp har genomförts därefter. Det uppges vidare att förvaltningen

¹⁹ 2024-09-17

arbetar utifrån brukarnas faktiska behov vilket innebär att inköp av skåp sker efterhand som behoven uppstår.

Vid tidpunkten för granskningen har utvärdering av införandet av digitala nyckelskåp inte genomförts på grund av försening i installation och utbildning. Inom ramen för granskningen har intervju genomförts med medarbetare på ett LSS-boende där ett av de nio digitala nyckelskåpen har installerats. Av intervjun framgår att nyckelskåpet installerades i november 2024 men att det ännu i maj 2025 inte har börjat nyttjas.

I intervjuer med medarbetare på utvalda LSS-boenden framgår att nycklar till brukarnas läkemedelsskåp generellt förvaras i olåsta nyckelskåp i olåsta personalutrymmen. Det saknas spårbarhet kring vem som nyttjat nycklarna utifrån att det inte krävs signering för att kvittera ut en nyckel ur skåpet. Undantaget är ett LSS-boende där nycklarna till brukarnas läkemedelsskåp är försedda med en digital tagg som registreras på den medarbetare som för dagen ansvarar för läkemedelshanteringen. Nycklarna förvaras inte i ett nyckelskåp utan kvitteras direkt från nattpersonalen till ansvarig dagpersonal. Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens särskilda boenden förvaras nycklarna till brukarnas läkemedelsskåp på samma sätt men det är mer vanlig förekommande att medarbetarna signerar vid uthämtning av nyckel. Det finns dock inget som hindrar medarbetaren som hämtat ut nyckeln att låna ut den till en kollega.

I intervju med medarbetarna på ett LSS-boende framgår det att boendet har haft samma nycklar till brukarnas läkemedelsskåp i många år och att ytterligare nycklar har kopierats upp eftersom nycklar har försvunnit. Enligt uppgift har nycklar exempelvis inte lämnats tillbaka efter det att medarbetare avslutat sin anställning. I intervju med medarbetarna på ett av de särskilda boendena inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen framkommer det att det förekommer att medarbetare som arbetar ensam natt, som inte är delegerad, har tillgång till nycklarna till brukarnas läkemedelsskåp eftersom taggen till brukarnas lägenheter sitter på samma nyckelknippa som nycklarna till brukarnas läkemedelsskåp.

Vid tidpunkten för granskningen är brukarnas läkemedelsskåp inom funktionsstödsförvaltningen inte digitala. Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen finns det exempel på verksamheter med digitala läkemedelsskåp. Enligt upphandlingsplanen planerade hälsa-, vård- och omsorgsnämnden att köpa in digitala spårbara nyckel- och läkemedelsskåp för cirka

12 mkr under 2023–24²⁰. Planeringen med implementering av de digitala läkemedelsskåpen har påbörjats inom förvaltningen²¹. Dock har köpet av digitala nyckelskåp försenats²². I intervju med avdelningschefen för särskilt boende framgår att medel har avsatts för fortsatt implementering av digitala läkemedelsskåp under 2025 och att en projektledare framöver kommer anställas för att driva implementeringen.

Utöver läkemedelsskåp i brukarnas lägenheter finns så kallade närförråd på stadens samtliga särskilda boenden. Närförråden innehåller dels de ordinerade läkemedel som inte ska förvaras i brukarnas läkemedelsskåp, dels vidbehovsläkemedel. Det finns även fyra basläkemedelsförråd inom avdelningen för särskilt boende som sjuksköterskorna fyller på närförråden ifrån. I basläkemedelsförråd och närförråd förvaras endast läkemedel som är beslutade enligt sortimentslistan för kommunala basläkemedelsförråd. På vissa särskilda boenden förvaras patientbundna läkemedel i samma rum som närförrådet är placerat. Nycklarna till närförråden är inte personliga utan en kod används för att hämta ut nycklarna i ett nyckelskåp. Efter som sjuksköterskorna bemannar alla särskilda boenden inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen vid helgarbete, har samtliga sjuksköterskor tillgång till koderna. I intervju framgår att det har förekommit att koden har skrivits ut till fel skrivare och på så vis hamnat i en annan verksamhet.

Inom funktionsstödsförvaltningen finns ett basläkemedelsförråd. Det varierar huruvida det finns ett närförråd eller så kallat sjuksköterskeskåp på boendena, som enbart ansvarig sjuksköterska har tillgång till. I vissa fall förvaras samtliga läkemedel som ordinerats till brukarna i brukarnas läkemedelsskåp, oavsett mängd eller typ av läkemedel, som samtliga medarbetare har tillgång till. Av intervju med sjuksköterska framgår att det förekommer att läkemedelsskåpen på LSS-bostäderna inte hålls ordnade och att andra saker än brukarnas läkemedel förvaras i läkemedelsskåpen i lägenheterna. Det kan till exempel handla om läkemedel som passerat bäst-före-datum men som ännu inte har kasserats.

3.2.2.4 MCSS

Digital läkemedelssignering (MCSS) är infört både inom funktionsstödsförvaltningen²³ och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen. Intervjuade uppger att MCSS är välfungerande, att systemet underlättar att läkemedel ges i

²⁰ Hälsa-, vård- och omsorgsnämndens upphandlingsplan 2023–2024

²¹ Hälsa-, vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2024

²² Hälsa-, vård- och omsorgsnämndens årsanalys 2024

²³ MCSS har införts på alla LSS-boenden och förberetts inom daglig verksamhet.

tid och skapar en större spårbarhet. Det förekommer att systemet hänger sig, exempelvis när många ska logga in samtidigt för att signera vid en viss tidpunkt på dygnet. Det finns en upprättad avbrottsplan för detta som anger att vid tekniskt avbrott ska signering ske på signeringslista på papper som finns tillgänglig i patientens hem. Utifrån de besök som genomförts på LSS-boenden inom ramen för granskningen kan det dock konstateras att det förekommer att det saknas signeringslistor i pappersformat i brukarnas läkemedelsskåp.

Av intervju med sektionscheferna på funktionsstödsförvaltningens avdelning hälsa och utveckling framgår att ett av syftena med införandet av MCSS var att säkerställa att signering skedde i realtid, men att problemet att signering för flera brukare sker samtidigt i efterhand kvarstår. På ett av LSS-boendena uppger intervjuad personal att samtliga medarbetare inte har en egen arbetstelefon, vilket försvårar signering i realtid. Ytterligare en risk som lyfts under intervjuer både inom funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen är att personalen förlitar sig på MCSS i för stor utsträckning och missar att, enligt rutin, läsa och kontrollera läkemedelslistan. Detta kan leda till att ordinerade läkemedel som exempelvis förvaras i originalförpackning i läkemedelsskåpet inte når brukaren. Digital läkemedelssignering har vid tidpunkten för granskningen inte införts för närförråd.

3.2.2.5 Bemanning

I bilaga 1²⁴ till hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser framgår att sektionschef för utförare ansvarar för att planera så att personal med relevant delegering finns under de tider och i den omfattning som behövs. I funktionsstödsförvaltningens rutin för när delegerad personal saknas²⁵ framgår att sektionschef ansvarar för planering så att det finns delegerad baspersonal under de tider och i den omfattning som behövs.

Eftersom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens särskilda boenden ofta består av flertalet avdelningar med läkemedelsdelegerad personal löses akut brist på delegerad personal, som inte hade kunnat förutses inom ramen för den ordinarie schemaläggningen, oftast genom att låna in personal från en annan avdelning på samma boende. Flertalet särskilda boenden har även ett så kallat "systerboende" i närområdet där exempelvis specialdelegerad personal kan lånas in ifrån vid akut behov. Om det inte går att

²⁴ Daterad 2023-04-27.

²⁵ Beslutad av verksamhetschefer HSL 2023-05-31. Senast reviderad 2023-12-07.

lösa på något annat sätt går ansvaret att administrera läkemedel tillbaka till ansvarig sjuksköterska, som dagligen är på plats på boendet. Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen finns även tillgång till sjuksköterska dygnet runt som kan nyttjas i akuta fall. Grundregeln är att bemanna sommar-månaderna med åtminstone 2/3 av ordinarie personal. Flertalet särskilda boenden har återkommande vikarier som redan är delegerade inför sommaren, alternativt försöker sektionschefen säkerställa att vikarierna börjar arbeta timmar under våren för att kunna delegeras innan sommaren. Det finns ingen fastställd tid för hur snabbt anställda eller vikarier kan delegeras. I intervju med MAS framgår dock att det finns risk för ökad press och arbetsbelastning för sjuksköterskorna att hantera delegering av personal snabbt eftersom det finns behov i verksamheten.

Även inom funktionsstödsförvaltningen finns det större boenden som kan lösa akut avsaknad av delegerad personal mellan avdelningar inom boendet. Andra boenden lånar vid behov delegerad personal från sektionschefens övriga boenden och vissa boenden har tillgång till andra boenden i närområdet att låna in delegerad personal ifrån. På samma sätt som inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen faller ansvaret att administrera läkemedel vid akut avsaknad av delegerad personal tillbaka till ansvarig sjuksköterska. Skillnaden är att sjuksköterskorna inom funktionsstödsförvaltningen, med vissa undantag, inte dagligen är på plats på varje LSS-boende. Av intervjuer framgår att upplevelsen av huruvida det utgör en utmaning att bemanna verksamheten med delegerad personal, både till vardags och under sommaren, varierar mellan boendena beroende på hur vårdtunga brukarna är och om det finns behov av specialdelegeringar, som exempelvis gällande insulin.

3.3 Läkemedelsavvikelser

Finns det system och rutiner för att hantera avvikelser i läkemedelshanteringen?

3.3.1 Bedömning

Bedömningen är att det finns system och rutiner för att hantera avvikelser i läkemedelshanteringen. Det finns gemensamma riktlinjer och rutiner för avvikelshantering och lex Maria-anmälningar inom förvaltningarna. Systemet Selfpoint används för att registrera avvikelser enligt SoL, LSS och HSL. Läkemedelsavvikelser redovisas i båda nämndernas patientsäkerhetsberättelser. Införandet av digital signering (MCSS) har förbättrat registreringen

av avvikelser. Det finns flera forum inom ramen för kvalitetsarbetet där avvikelser används för lärande och utveckling av verksamheten så som APT, kvalitetsråd och HSL-möten.

3.3.2 Iakttagelser som ligger till grund för bedömning

Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. En avvikelse kan även uppstå om personalen inte arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen. Förbättringsarbetet ska innebära att organisationen lär av sina misstag.²⁶ Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.²⁷ Det innebär att exempelvis de förbättrande åtgärder som identifierade avvikelser har gett upphov till ska dokumenteras.

En gemensam riktlinje för avvikelshantering²⁸ har upprättats för förvaltningarna. Av riktlinjen framgår att all personal som upptäcker eller får kännedom om en avvikelse är skyldiga att så snart som möjligt rapportera händelsen i Malmö stads avvikelssystem, oavsett om medarbetaren själv är inblandad eller inte. Arbetsledare och legitimerade yrkesutövare ansvarar för att avvikelser analyseras, utreds, åtgärdas och följs upp. Arbetsledaren ansvarar för att regelbundet informera verksamheten om inkomna avvikelser och åtgärder, i syfte att förebygga att liknande händelser inträffar igen. Medicinskt ansvariga utreder händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada och gör vid behov en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria. En förvaltningsgemensam rutin vid anmälan enligt lex Maria²⁹ har upprättats för funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen.

3.3.2.1 Läkemedelsavvikelser

Av funktionsstödsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2024 framgår att antalet läkemedelsavvikelser har minskat med 30 % jämfört med 2023. Minskningen uppges bero på att digitala signeringslistor (MCSS) har införts inom samtliga boenden i förvaltningen. Antalet registrerade läkemedels-

²⁶ 5 kap. 7-8 §§ SOSFS 2011:9.

²⁷ 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

²⁸ Beslutad av medicinskt ansvariga (MAS) och socialt ansvariga (SAS), 2015-05-29. Senast reviderad 2024-10-23.

²⁹ Beslutad av medicinskt ansvariga 2020-02-13. Senast reviderad 2023-10-25.

insatser (dvs. administrering/överlämnande av läkemedel) i MCSS i avdelning LSS-bostäder var under 2024 drygt 900 000. Jämförelse mellan antalet insatser och antalet läkemedelsavvikelser under samma tidsperiod visar på sex avvikelser per 1 000 insatser. "Ej given dos" är fortsatt den vanligaste händelsen. Därefter kommer "ej i tid". Under intervju med sjuksköterska lyfts att avvikelser upptäcks tidigare på grund av MCSS. Detta eftersom sjuksköterskan får ett larm i systemet vid varje försenad överlämning och uppges följaktligen ha bättre förutsättningar att följa upp avvikelser, i jämförelse med när sjuksköterskan behövde granska varje brukares fysiska signeringslista för att upptäcka avvikelser.

Av hälsa-, vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2024 framgår att läkemedelsavvikelsena inom särskilt boende och ordinärt boende låg på ungefär samma nivå 2024 (2 758) som 2023 (2 965). Antalet avvikelser fördelat på typ av händelse förändrades inte nämnvärt mellan åren, dock minskade administrering vid fel tidpunkt och ej given dos. Under 2023 stod dessa för 68 % av samtliga läkemedelsavvikelser och under 2024 stod de för 55 %. Under en slumpmässigt vald "vanlig" vecka 2024 registrerades 140 338 läkemedelsinsatser i MCSS. Baserat på antalet avvikelser inom kategorin läkemedel innebär det att 0,04 % av insatserna medfört en avvikelse, således cirka 40 avvikelser per 100 000 läkemedelsinsatser. Misstänkt stöld/svinn ökade något, från 5 % av samtliga läkemedelsavvikelser 2023 till knappt 10 % 2024.

3.3.2.2 Kvalitetsavvikelsesystem

Sedan 2023 hanteras samtliga synpunkter och avvikelser inom SoL, LSS och HSL genom plattformen Selfpoint inom både funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen. Enligt genomförda intervjuer med utvalda verksamheter framgår att det är lätt att registrera avvikelser i systemet.

Enligt faktakontrollen pågår ett utvecklingsarbete med att ta fram en applikation i Qlicksense som möjliggör en mer detaljerad filtrering och fördjupad analys av avvikelser, vilket påverkar användbarheten. Systemleverantören har dock haft en fördröjning i produktutvecklingen, men ska enligt uppgift vara i slutfasen och snart vara tillgängligt för de båda förvaltningarna.

Av hälsa-, vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2024 framgår att för varje enskild verksamhet eller sektion är dock de registrerade avvikelserna så pass få att en lokal analys kan göras i samband med

kvalitetsråd, då teamet diskuterar de mest verksamhetsnära åtgärderna. Därefter lyfter chefen sammanfattningen av identifierade risker och framtagna åtgärder för analys på nästa nivå av kvalitetsråd. I patientsäkerhetsberättelsen konstateras att detta innebär att aggregeringen endast sker utifrån ett urval som cheferna själva gör.

3.3.2.3 Kvalitetsråd och HSL-möten

Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen inom avdelningen för särskilt boendes kvalitetsarbete hålls kvalitetsråd 3 gånger per år på avdelnings-, enhets- och sektionsnivå. Kvalitetsråden på respektive nivå grundar sig på varandra. På varje möte ska föregående råds handlingsplan och effekter av insatta åtgärder följas upp. Bland annat ska mönster och bakomliggande orsaker i avvikelser och synpunkter identifieras och analyseras. För att undvika att liknande händelser inträffar igen ska åtgärder föreslås. Chef på respektive nivå är sammankallande och på sektionsnivå (SoL) deltar även sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. I övrigt deltar personal och underställda chefer på respektive nivå. På enhetsnivå, enligt rutinen, kan bland annat MAS och kvalitetsutvecklare bjudas in vid behov.³⁰ I faktakontrollen framhävs att de alltid deltar på enhetsnivå.

Även inom LSS-bostäder inom funktionsstödsförvaltningen finns en liknande process för kvalitetsråd som har till uppgift att arbeta med kvalitetsutveckling utifrån bland annat verksamhetens avvikelser och synpunkter/klagomål. Rådet ska identifiera risker, mönster, trender samt föreslå och vidta förebyggande åtgärder. Vid behov ska riskanalys eller händelseanalys genomföras. På sektionsnivå deltar samma personalkategorier som inom särskilt boende. Sektionschef är sammankallande till mötet, som ska genomföras var tredje månad. Kvalitetsråd sker inte på enhetsnivå, dock på avdelningsnivå två gånger per år där enhetscheferna är kallade. Utvecklingssekreterare är sammankallande och bland annat ska avdelningschef, utvecklingssekreterare i LSS-bostäder, enhetschef och utvecklingssekreterare HSL samt MAS delta.³¹ Enligt de intervjuade genomförs inte kvalitetsråd inom boende för socialpsykiatri.

Utöver kvalitetsråd genomförs inom funktionsstödsförvaltningen så kallade HSL-möten på sektionsnivå. HSL-mötena syftar till att följa upp läkemedelsavvikelser kopplade till specifika brukare och genomförs cirka var sjätte vecka. Vid HSL-mötena deltar sektionschef, ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och representanter från personalgruppen. HSL-

³⁰ Rutiner för kvalitetsråd på avdelnings-, enhetsnivå- och sektionsnivå

³¹ Rutin för kvalitetsråd på avdelningsnivå och sektionsnivå /verksamhetsnivå i LSS-bostäder

mötena utgör även forum för personalen att lyfta generella HSL-frågor med ansvarig sjuksköterska. En mall för dagordning för HSL-möten har framarbetats av funktionsstödsförvaltningen. Av genomförda intervjuer med sektionschefer och sjuksköterskor framgår att det råder viss oklarhet kring huruvida det är sektionschef eller sjuksköterska som ansvarar för att sammankalla till HSL-möten.

Av intervjuer med medarbetare inom både funktionsstödsförvaltningen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen framgår att genomgång av avvikelser även sker på arbetsplatsträffar (APT). Det förekommer även att sektionschef vidarebefordrar nyhetsbrev från MAS och nyheter kring lex Maria som publiceras på Komin till personalen.

3.3.2.4 Utredning

När en avvikelse har registrerats i kvalitetsavvikelsesystemet får sektionscheferna inom funktionsstödsförvaltningens verksamheter en notis om detta via mejl och tar del av det som framgår av dokumentationen.

Sektionschefen skickar vidare avvikelsen till verksamhetens omsorgspedagog, som har i uppgift att utreda avvikelsen utifrån ett pedagogiskt perspektiv. Andelen avvikelser som utreds av sektionschef respektive omsorgspedagog varierar dock mellan verksamheter. Ansvarig sjuksköterska gör sin del i utredningen av avvikelser utifrån ett HSL-perspektiv. Om registrerade avvikelser inte hanteras inom en viss tid skickas automatiska påminnelser till sektionschefen.

I funktionsstödsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2024 konstateras att utredningarna fortfarande uppvisar brister när det gäller kvalitet, dvs. det saknas ofta en djupare analys av bakgrundsorsaker samt tydliga åtgärdsförslag, och långa ledtider. Att dokumentationen gällande avvikelser ofta är bristfällig bekräftas i intervju med MAS, som slutgodkänner samtliga utredningar av avvikelser. Vidare lyfter MAS att det förekommer att det inkommer avvikelser för slutgodkännande som legat hos sektionschefen i upp till ett år.

Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen genomförs utredning av avvikelser på ett liknande sätt som inom funktionsstödsförvaltningen. Registrerade avvikelser inkommer till sektionschefen som gör en första bedömning kring lagrum och om avvikelsen avser HSL kopplas ansvarig sjuksköterska in i utredningen. Sjuksköterskan inhämtar information kring avvikelsen från berörd personal och gör en bedömning av allvarlighetsgrad. Åtgärder framarbetas i samarbete mellan sjuksköterska och sektionschef. I

de fall registrerad avvikelse avser en sjuksköterska utreds avvikelsen av sektionscheferna inom HSL-enheten. I hälsa-, vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2024 lyfts att det finns ett generellt behov av kompetenshöjning i utredning av risker och händelser, i syfte att identifiera bakomliggande orsaker utöver den mänskliga faktorn.

Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen skickas de avvikelser som bedöms till en högre allvarlighetsgrad (nivå 3–4) till MAS för godkännande och ställningstagande till fortsatt utredning. Under 2024 har 92 avvikelser bedömts som allvarliga vid verksamhetens utredning. När MAS tar emot utredningen kan riskbedömningen omvärderas. Utredningar skickas tillbaka för komplettering om de inte besvarar bakomliggande orsak till risken eller händelsen. I de fall det finns behov av fördjupad utredning startas en internutredning som kan komma att leda till anmälan till IVO enligt lex Maria. Av hälsa-, vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2024 framgår att två avvikelser som avser läkemedel under året har anmälts till IVO enligt lex Maria. En avsåg felaktig läkemedelsadministrering och en förväxling av läkemedel.

3.4 Riskanalys och kontroll av läkemedel

Genomförs riskanalyser, egenkontroll och extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen för att säkerställa verksamhetens kvalitet?

3.4.1 Bedömning

Bedömningen är att det inte helt genomförs ett systematiskt arbete med riskanalyser, egenkontroll och extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Det finns avvikelser i omfattning, struktur och efterlevnad av föreskrifter inom båda nämndernas förvaltningar. Det gäller i huvudsak avsaknaden av en heltäckande och årlig extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Det finns kontrollfunktioner för läkemedel och narkotiska läkemedel inom boendena. MAS genomför egenkontroll genom stickprov på närförråd i särskilt boende. Inom LSS-boenden sker vartannat år egenkontroll av basläkemedelsförråd, växelvis av Region Skåne och MAS. För narkotikaklassade läkemedel bedöms kontrollräkning saknas, vilket i kombination med tillgång till nyckelskåpskoder innebär väsentliga säkerhetsrisker. Riskanalyser och egenkontroller är ofta händelsestyrda snarare än proaktiva. Boendeformerna kan få stöd från händelse- och riskanalysgrupper vid förändringar eller händelser. I Internkontrollplanen 2025 för hälsa-, vård- och omsorgs-

nämnden finns inga läkemedelsrisker, medan funktionsstödsnämnden lyfter risker kring delegering och läkemedel enligt HSL i sin internkontrollplan.

3.4.2 lakttagelser som ligger till grund för bedömning

Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.³²

Som en del i det förebyggande arbetet ska kommunen som vårdgivare fortlöpande genomföra riskanalyser för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrifter, exempelvis avseende hantering av läkemedel.³³

Genom egenkontroll, det vill säga genom systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll, ska vårdgivaren säkerställa att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.³⁴ Som ett led i egenkontrollen ingår att regelbundet kontrollera tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel³⁵. Vårdgivaren ska även säkerställa att hanteringen läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. Rekommendationen enligt föreskriften är att detta bör genomföras minst en gång per år.³⁶

3.4.2.1 Riskanalyser avseende läkemedelshantering

Inom ramen för internkontrollarbetet arbetar hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen med riskanalyser som utgår från olika teman som bestäms årligen. I arbetet deltar sakkunniga från förvaltningens olika verksamheter. Riskanalyserna utmynnar i förvaltningens riskanalys och nämndens internkontrollplan.³⁷ Det finns inga risker, åtgärder eller granskningar kopplat till läkemedelshantering i förvaltningens riskanalys eller i nämndens internkontrollplan 2025. Enligt förvaltningen omfattades riskanalysen av två teman. I temat om brukarens delaktighet i kvalitetsarbetet deltog bland annat MAS, SAS, kvalitetsutvecklare och sektionschefer för särskilt boende

³² Kap. 6 paragraf 6 KL (förändring sker 1 juli)

³³ 4 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37, 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

³⁴ Handbok för tillämpningen av SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

³⁵ 12 kap. 4 § HSLF-FS 2017:37

³⁶ 4 kap. 3 § HSLF 2017:37

³⁷ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (HVO-2022-5016)

i arbetsgruppen. I processen har dessa representanter haft möjlighet att lyfta erfarenheter från bland annat avvikelser och risk- och händelseanalyser inom hälso-, och sjukvårdsområdet. Enligt uppgift har det förts diskussioner i internkontrollgruppen om läkemedelshantering ska ingå i riskanalysen, eftersom det finns många rutiner och omkringliggande processer där läkemedel ingår.

När det gäller funktionsstödsförvaltningen genomförs riskdialoger på sektions-, enhets-, och avdelningsnivå inom de olika verksamhetsavdelningarna. Risker som inte bedöms kunna hanteras på respektive nivå lyfts vidare till nästa organisatoriska nivå. Därefter hanteras dessa risker på motsvarande sätt inom stabsavdelningarna. Nästa steg är att strategerna lyfter förvaltningens förslag på risker, egenkontroller, åtgärder eller granskningar inom intern kontroll som kräver gemensam hantering, till förvaltningsledningen.

Funktionsstödsförvaltningens riskanalys innehåller en risk kring följsamhet till delegeringsprocessen inom hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som har lyfts i nämndens internkontrollplan 2025. Risken har medfört en åtgärd avseende uppföljning av kompetenshöjande åtgärder avseende "Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter" som genomfördes under 2024. Risken har även medfört en granskning med syftet att undersöka hur sjuksköterskor går till väga när de följer upp sina delegeringar, samt identifiera upplevda och objektiva svagheter såväl som styrkor i följsamheten till uppföljningssteget i delegeringsprocessen. Granskningen omfattar bland annat Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd avseende läkemedelshantering och delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter samt nämndens riktlinje för delegering. Åtgärd och granskning följs upp inom ramen för nämndens internkontrollplan 2025.

Sektionerna inom särskilt boende kan få hjälp av hälsa- vård- och omsorgsförvaltningens risk- och händelseanalysgrupp att analysera risker inför exempelvis organisationsförändringar och införandet av nya rutiner eller vid händelser i verksamheten. Det handlar om att identifiera och förebygga risker eller minska sannolikheten att oönskade händelser uppstår igen. Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen genomfördes analyser av bland annat av informationssäkerhet, samlad hemtjänst i staden och brandskyddsåtgärd inom särskilt boende.³⁸ Även inom funktionsstödsförvalt-

³⁸ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (HVO-2022-5016)

ningen finns motsvarande analysteam som kan stödja verksamheter med risk- och händelseanalyser.³⁹

Enligt de intervjuade är riskanalysarbetet på sektionnivå inom båda förvaltningarna snarare händelsestyrt än proaktivt och görs inom ramen för avvikelshanteringssystemet. Sjuksköterska uppges fortlöpande göra individuella riskanalyser kopplat till delegering, läkemedelshantering och brukare.

3.4.2.2 Egenkontroll avseende läkemedelshantering

Enligt de intervjuade finns kontrollfunktioner och det sker en rad kontroller av bland annat tillförsel, förbrukning och kassation av läkemedel. Enligt riktlinjen ska sjuksköterska iordningställa läkarens ordination samt göra en rimlighetsbedömning som en extra kontrollfunktion. Detta för att kunna upptäcka en eventuell feldosering i ordinationen och därigenom förhindra att patienten ges fel dos av ett läkemedel. Sjuksköterska ska även göra kontroller av överkänslighet, indikationer och kontraindikationer och levereraskontroller av patientbundna läkemedel.⁴⁰ Läkemedelslistan kontrolleras mot de registrerade utlämningstillfällena och administrationsformerna i MCSS.⁴¹ Det är omsorgspersonalens ansvar att kontrollräkna och signera uttag av narkotika innan överlämning. Sjuksköterskans ansvar är att kontrollräkna narkotika minst en gång i månaden.⁴² Om sjuksköterska ska kassera överblivna läkemedel ska dessa kasseras på ett säkert sätt och läkemedlen ska vara märkta med kassation. Vid kassation av narkotikaklassade läkemedel gr II -V, ska mängden som kasseras dokumenteras i förbrukningsjournalen av sjuksköterska samt en personal.⁴³

Vid observation och av intervjuer framgår det att narkotikaklassade läkemedel inte alltid förvaras på ett säkert sätt vid kassation inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens särskilda boenden. Mängd som kasseras dokumenteras i journal och förvaras märkt i närförråd. Dock ingår det inte enligt rutin att kontrollräkna och signera kasserade läkemedel innan det hämtas med bud för transport till apotek vilket uppges medföra risker, exempelvis stöld eller svinn som inte upptäcks. Tillsammans med tillgången till koder i staden för nyckelskåp uttrycks oro bland de intervjuade att bli anklagad för stöld eller att bli överfallen.

³⁹ Patientsäkerhetsberättelse för funktionsstödsnämnden 2024

⁴⁰ Riktlinje för hantering av läkemedel i kommunal primärvård (HVO-2023-4035; FSF- 2023-3967)

⁴¹ Checklista vid kontroll av dosexpedierade läkemedel (HVO-2023-4733)

⁴² Rutin för digitala signeringslistor – MCSS (HVO-2023-4571)

⁴³ Riktlinje för hantering av läkemedel i kommunal primärvård (HVO-2023-4035, FSF- 2023-3967)

Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar MAS för egenkontrollen av samtliga SÄBOS närförråd och har, enligt uppgift, en förenklad version av Regions Skånes egenkontroll. Eftersom det finns ett stort antal närförråd uppges kontrollen göras genom stickprovskontroller men att under hösten med stöd av ordinärt boende ska det genomföras fler kontroller. Enligt mallen för denna egenkontroll görs kontroller av bland annat utgångsdatum kontrolleras regelbundet, att narkotika kontrollräknas, att rutin och signering sker kring kassation av narkotika, att det finns lista för uttag av basläkemedelsförråd/närförråd. När det gäller egenkontrollen av basläkemedelsförråden ansvarar Region Skåne för denna.

Funktionsstödsförvaltningens egenkontroll av basläkemedelsförrådet görs vartannat år av Region Skåne och vartannat år enligt samma mall av MAS.

Inom ramen för granskningen har det inte erhållits någon särskild rutin från förvaltningarna kring hur en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen ska gå till och innehålla. Även i intervjuerna med representanter inom avdelnings-, enhets-, och sektionsnivå från de båda förvaltningarna uppges det vara okänt om det genomförs någon extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen som åsyftas i HSLF-FS 2017:37 om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Stadsrevisionens uppdrag

Den kommunala revisionen är fullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivs i nämnder och bolagsstyrelser. Stadsrevisionen i Malmö granskar nämnders och styrelser ansvarstagande för att genomföra verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna i revisorskollegiet och de sakkunniga revisorerna på revisionskontoret.

Utifrån resultatet i granskningen lämnas ofta rekommendationer till de granskade nämnderna och bolagen. Rekommendationer lämnas när revisorerna ser brister i verksamheten och syftar till att förbättra verksamheten. Stadsrevisionen följer upp om nämnden eller bolaget har genomfört åtgärder för att följa revisorernas rekommendationer.

Fördjupade granskningar rapporteras i sin helhet i enskilda rapporter som publiceras på [Stadsrevisionens hemsida](#). För varje nämnd och bolag skrivs dessutom en årsrapport som sammanfattar det gångna årets granskning och ger de förtroendevalda revisorerna underlag för sin ansvarsprövning utifrån kommunallagen.

Granskningsansvariga

Revisorskollegiets styrgrupp Omsorg: Pia Landgren (sammankallande), Claes Carlsson, Göran Hellberg, Inger Leite, Per Håkan Linné, Berit Sjövall

Bedömningsskala

Den övergripande sammanvägda bedömningen görs enligt följande bedömningsskala:

- Ändamålsenlig/Tillräcklig/Tillfredställande:
Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser/brister som behöver åtgärdas.
- Inte helt ändamålsenlig/tillräcklig/tillfredställande:
Bedömningskriterierna bedöms inte vara helt uppfyllda. Det finns avvikelser/brister som behöver åtgärdas.
- Inte ändamålsenlig/tillräcklig/tillfredställande:
Bedömningskriterierna bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga avvikelser/brister som behöver åtgärdas.