



Datum

2026-01-08

Adress

205 80 Malmö

Diarienummer

FSN-2025-1704

Yttrande

Till

Stadsrevisionen

Stadsrevisionens granskning av Läkemedelshantering SR-2025-69

Funktionsstödsnämnden lämnar följande yttrande:

Sammanfattning

Resultatet från stadsrevisionens granskning överensstämmer generellt med de utvecklingsområden som nämnden identifierat i sitt förbättringsarbete. Nämnden redovisar i yttrandet åtgärder kopplade till respektive rekommendation som man bedömer kommer att stärka läkemedelshantering inom funktionsstödsnämndens ansvarsområde.

Yttrande

Resultatet från stadsrevisionens granskning överensstämmer generellt med de utvecklingsområden som nämnden identifierat i sitt förbättringsarbete. Några av dessa områden har arbetats med över tid. Med bakgrund i det samt utifrån revisionens rekommendationer har nämnden påbörjat eller planerat ytterligare förbättrande åtgärder. Dock vill nämnden belysa att antalet granskade verksamheter (tre), är få i jämförelse med det totala antalet bostäder med särskild service som nämnden ansvarar för (drygt 130 boenden). Det är en stor spännvidd i behoven hos de personer som bor i nämndens olika boenden. Nämndens vision är ”rätt insats, på rätt sätt, i rätt tid, med rätt resurs”. Därför är det fortsatt av vikt för nämnden att göra vissa avvägningar kopplat till åtgärderna utifrån de olika boendena och patienternas unika förutsättningar.

Nedan redovisas åtgärder utifrån revisionens bedömning och de rekommendationer som granskningen resulterat i.



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

Revisionen bedömer att det föreligger en risk för att delegerade läkemedelsuppgifter inte alltid utförs på ett korrekt och säkert sätt. Nyanställd personal som genomgått utbildning och godkänt kunskapsprov ska få praktisk introduktion tillsammans med ansvarig sjuksköterska innan delegering beslutas. Revisionen visar emellertid att denna introduktion inte alltid genomförs, då sjuksköterskorna på grund av hög arbetsbelastning i vissa fall enbart förlitar sig på resultatet från kunskapstesterna. Dessutom lyfts att uppföljning av delegering är en utmaning för sjuksköterskorna då de inte är på plats på varje boende dagligen.

I riktlinjen för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter framgår att det vid uppföljning och omprövning av delegeringsbeslut ska följande moment ingå:

- dialog med utförarens chef gällande utförarens förutsättningar
- inventera behov av kompetensutveckling, stöd och handledning
- eventuellt skriftligt kunskapstest
- kontroll av praktiskt genomförande av hälso- och sjukvårdsuppgiften
- ställningstagande till om delegeringen ska fortlöpa

Funktionsstödsnämnden ser, precis som revisorerna, att det är nödvändigt att stärka förutsättningarna för sjuksköterskor att följa delegeringsprocessen eftersom det delvis saknas följsamhet till riktlinjen. Den 1 oktober 2025 genomgick hälso- och sjukvårdsenheten en omorganisation, vilket har resulterat i att varje enskild sjuksköterska är ansvarig för färre antal boende/patienter och därmed färre antal personal som ska ha delegering. Detta innebär att sjuksköterskorna har fått bättre förutsättningar att träffa personalen som ska delegeras och därigenom möjlighet att utföra den individuella riskanalysen.

Som en del av internkontrollplanen för 2025 har intervjuer genomförts med sjuksköterskor för att granska följsamheten till uppföljning och omprövning av delegeringsbeslut för de delegeringar de ansvarar för. Utifrån intervjuerna framkommer att sjuksköterskan inte alltid träffar personalen i samband med uppföljning och omprövning av delegeringsbeslutet och därmed finns det en risk att hälso-och sjukvårdsuppgiften inte utförs korrekt och patientsäkert vilket är i linje med revisionens bedömning. Det framkommer också i intern kontroll att det finns ett behov av stärkt dialog mellan sektionschef och sjuksköterska. Samarbetet ger bättre förutsättning till riskanalys där verksamhetens förutsättningar ska tas i beaktande.



Åtgärder har tagits fram utifrån nämndens interna kontroll 2025. För att säkerställa följsamheten i delegeringsprocessen planeras följande åtgärder för 2026:

- Introduktion som inkluderar delegeringsprocessen enligt *Riktlinje för delegering* för samtliga nyanställda legitimerade sjuksköterskor som delegerar. Åtgärden är en del av intern kontrollplanen 2026 och följs upp i slutet av år 2026.
- Sjuksköterska ska ha fysisk eller digital kontakt med varje person som får ny eller förnyad delegering för läkemedel. Åtgärden är en del av intern kontrollplanen 2026 och följs inom ramen för det arbetet upp i slutet av år 2026. Åtgärden följs även kontinuerligt upp i befintligt samverkansforum med boendena.
- Stärka samarbetet mellan sjuksköterska och sektionschef genom att de under 2026 ska ha återkommande genomgångar med delegerad personal på respektive boende, i syfte att repetera och förstärka kunskapen kring läkemedelshantering. Åtgärden är en del i ledningssystemet och följs upp i slutet av år 2026.
- Lyfta och diskutera delegeringsrutinen inom hälso- och sjukvårdsenheten en gång per år som en del i ett årshjul för rutiner. Åtgärden ligger löpande på årsbasis framåt men kommer för år 2026 att genomföras senast i juni månad.

De föreslagna åtgärderna förväntas främja följsamhet till riktlinjerna för delegering och därigenom stärka patientsäkerheten. Samtidigt skapas en gemensam förståelse och samsyn kring delegeringsprocessen.

Stärka kompetensutveckling och återkoppling avseende kunskapstester inom ramen för delegeringsprocessen för att säkerställa en säker läkemedelshantering

Revisionen bedömer att det finns risk att läkemedelsdelegerade uppgifter inte helt utförs på ett korrekt och säkert sätt. Revisionen påtalar att det inom LSS-boenden kan ske delegeringar enbart baserat på godkända tester. Vidare uppges att personal har svårt att hitta ostörd tid för digitala utbildningar och att det saknas kontroller som säkerställer att testerna genomförs individuellt. Slutligen belyser revisionen att sjuksköterskorna har en begränsad närvaro på plats på boendena, vilket försvårar uppföljning och kännedom om personalen.

För att kunna ta emot en delegering gällande administration av läkemedel i Malmö stad krävs att personalen genomgår en digital utbildning i läkemedelshantering med efterföljande kunskapsprov. Vid första delegeringstillfället kompletteras den digitala utbildningen med en fysisk läkemedelsverkstad. Vid revisionen framkom att det inför omprövning av delegering genomförs ett webbaserat kunskapsprov, men utan säkerställande av att provet genomförs självständigt. Det stämmer att vid uppföljning



och omprövning görs proven digitalt utan krav på självständighet och nämnden kommer därför att se över hur detta kan förbättras. Dock vill nämnden poängtera att inför första delegeringen görs provet som en salstentamen med utbildarna närvarande, vilket är en styrka då förfarandet säkerställer att varje medarbetare utför provet självständigt.

Det finns avsatt tid för medarbetarna att genomföra kunskapsproven. I samband med intern kontroll framkommer dock att det inte är ovanligt att den delegerade personalen gör provet upprepade gånger utan att klara det, vilket revisionen också noterat. Sjuksköterskan låser upp fler provförsök och personalen får ytterligare försök. Detta är tidskrävande och en indikation på att kompetensen behöver stärkas på annat vis. Som ett led i uppföljning av intern kontroll ska varje sjuksköterska ha fysisk eller digital kontakt med utförarna vid varje delegering vilket också möjliggör återkoppling till kunskapstesterna. De digitala proven är endast en del i bedömningen vid omprövning av delegering i enlighet med riktlinjen för delegering.

Genom hälso- och sjukvårdsenhetens omorganisation som inneburit färre antal boenden per sjuksköterska, bedöms förutsättningarna ha ökat för en högre närvaro på boendena.

Åtgärder:

- Nämnden ger ett uppdrag till utsedda funktioner i förvaltningen att se över hur kunskapstesten används idag och bör användas framöver. Uppdraget återskärteras senast augusti 2026.
- Sjuksköterska ska ha fysisk eller digital kontakt med varje person som får ny eller förnyad delegering för läkemedel för att säkerställa rätt kompetens. Åtgärden följs upp enligt tidigare beskrivning.

Åtgärderna förväntas leda till stärkt kompetens hos personal som delegeras.



Förbättra spårbarhet och säkerhet i läkemedelsförvaring och hantering av nycklar och koder

Revisionen påtalar att brister i läkemedelsförvaring och spårbarhet förekommer, exempelvis nycklar i olåsta skåp och avsaknad av signering, vilket ökar risken för felhantering. Dessutom framkommer det att det kan förekomma oordning i brukarnas läkemedelsskåp. Nämnden delar revisionens bedömning avseende att det finns ett behov av att förbättra spårbarheten och säkerheten.

En första åtgärd som nämnden vidtagit under sommar/höst 2025 är en inventering gällande hur det ser ut på samtliga boenden avseende förekomst av läkemedelsskåp i brukarnas lägenheter, nyckelskåp samt så kallade sjuksköterskeskåp.

Inventeringen visade att alla brukare har ett **läkemedelsskåp** i sin lägenhet. Skåpen kan ha olika utformning.

Åtgärd:

- när lokalenheten genomför underhållsbesiktning i respektive verksamhet under våren 2026, kommer inventering av brukarnas läkemedelsskåp att ske igen. Skåp kommer att bytas ut vid behov. Åtgärdens syfte är att säkerställa standard och en säker läkemedelsförvaring.

Avseende **nyckelskåp** har det i våras fattats beslut om inköp om ytterligare spårbara nyckelskåp. Efter fördjupad dialog i frågan under hösten har nämnden beslutat sig för en något förändrad riktning.

Åtgärder:

- 1) När en verksamhet uppvisar brister utifrån t.ex. avvikelser, eller själva uttrycker ett behov, ska spårbart nyckelskåp köpas in. Ett prioriterat kriterium är boenden med narkotikaklassade läkemedel. Ett underlag för de berörda avdelningarna kommer tas fram av hälso- och sjukvårdsenheten, med primär utgångspunkt i de boenden som hanterar narkotikaklassade läkemedel. Utifrån det förs dialog och behovsinhämtning inom respektive berörd avdelning. Därefter kommer beslut om införande av spårbart nyckelskåp att fattas gemensamt, baserat på dialog mellan sektionschefer på boendena och HS-enheten, utifrån förutbestämda prioriteringar. En riskanalys ska genomföras av sjuksköterska och sektionschef för boendet, för att komma fram till vilken typ av skåp samt låsanordning som är mest lämplig i verksamheten.
- 2) Befintlig förvaringsform behålls om inga brister uppmärksammas eller verksamheten inte uttrycker ett behov av annan lösning. Dock behöver ändå spårbarheten säkerställas, genom att nycklar till läkemedelsskåp kvitteras ut vid



arbetspassets början och kvitteras in vid arbetspassets slut, enligt den förvaltningsövergripande riktlinje som finns.

Nyckelskåp köps således in löpande efter behov.

Avseende **sjuksköterskeskåp** är det i dagsläget ett 40-tal boenden som inte har ett sådant skåp, enligt den inventering som gjorts. I sjuksköterskeskåpen, som endast sjuksköterskor har tillgång till, förvaras bland annat narkotikaklassade läkemedel i enlighet med riktlinjen.

Åtgärd:

- De sjuksköterskor som är ansvarar för dessa 40 boenden har under hösten gjort en genomgång av behoven av sjuksköterskeskåp för att uppfylla kravet i enlighet med riktlinjen. Inom ramen av 3 år kommer alla boenden att ha ett sjuksköterskeskåp.

Övriga åtgärder som nämnden avser att vidta kopplade till rekommendationen

Säkerställa att signeringslistor i pappersformat finns i brukarnas läkemedelsskåp i händelse av tekniskt avbrott och därmed avsaknad av åtkomst till MCSS-appen.

Åtgärder:

- 1) Ge förnyad information om gällande rutin för digital signering till sjuksköterskorna och säkerställa att informationen inkluderas i nyanställda sjuksköterskors introduktion.
- 2) Uppföljning kommer ske på befintliga samverkansmöten mellan Hälso- och sjukvårdsenheten och de berörda avdelningarna under år 2026.
- 3) Hälso- och sjukvårdsenheten gör egenkontroll i form av stickprov i utvalda verksamheter i de berörda avdelningarna i maj 2026.

Säkerställa att läkemedelslistan kontrolleras enligt instruerat tillvägagångssätt och att den delegerade personalen inte enbart förlitar sig på MCSS.

Åtgärder: 1) Sjuksköterska ska påminna i anslutning till delegeringsuppföljning. 2) Tillvägagångssättet ska belysas på kvalitetsråd i de berörda avdelningarna varje kvartal under 2026.

Alla nydelegerade får sedan tidigare denna kunskap vid den delegeringsförberedande utbildningen som Centrum för lärande håller i.



Åtgärderna förväntas leda till en säker förvaring av läkemedel och att undanröja den brist som uppmärksammats i form av att brukarens läkemedelsskåp i vissa fall innehållit för mycket läkemedel och inte hållits i god ordning. Vidare förväntas de leda till en förbättrad spårbarhet och hantering av nycklar eller koder.

Stärka spårbarhet, säkerhet och kontroll vid förvaring av kasserade narkotikaklassade läkemedel inför transport till apotek för att undvika risk för oupptäckt stöld och oro hos personalen

Utifrån hur revisionen beskrivit bakgrunden till rekommendationen uppfattar nämnden rekommendationen som kopplad till hälsa-, vård- och omsorgsnämnden. Dock instämmer nämnden i att hanteringen av kasserade narkotikaklassade läkemedel behöver stärkas. På hälso- och sjukvårdsenheten finns idag ingen ändamålsenlig och spårbar förvaring av dessa läkemedel inför transport till apotek.

Åtgärder:

- 1) En lokal rutin för hanteringen ska tas fram inom hälso- och sjukvårdsenheten och därefter göras känd hos samtliga sjuksköterskor och deras chefer. Rutinen ska vara upprättad senast den 31 mars 2026.
- 2) Skåp ska köpas in till HS-enheten för förvaring av läkemedel inför kassation under våren 2026.

Åtgärderna förväntas leda till en stärkt spårbarhet och kontroll avseende kasserade narkotikaklassade läkemedel.

Säkerställa att extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering sker och följs upp i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9)

Granskningen visar att det inte helt genomförs ett systematiskt arbete med riskanalyser, egenkontroll och extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Det gäller framför allt en årlig extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering enligt Socialstyrelsens föreskrift.

Förvaltningsledningen har 2025-12-09 tagit beslut om att upphandla leverantör för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering enligt krav i HSLF-FS 2017:37. Nämnden avser att vidta åtgärd för att komma fram till hur och när den externa kvalitetsgranskningen ska göras, samt vad en sådan granskning ska innehålla. Medicinskt ansvariga ansvarar för att ta fram förslag under våren 2026. Samordning med hälsa-, vård- och omsorgsnämnden behöver eventuellt ske. Resultatet av den externa kvalitetsgranskningen ska följas i patientsäkerhetsberättelsen. Förväntad effekt av åtgärden är att extern kvalitetsgranskning enligt föreskrift genomförs senast under 2027.



Förstärka arbetet med riskanalyser och egenkontroll för att säkerställa ett systematiskt förebyggande arbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9)

Revisionen bedömer att det inte helt genomförs ett systematiskt arbete med riskanalyser, egenkontroll och extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Revisionen bedömer att det finns avvikelser i omfattning, struktur och efterlevnad av föreskrifter samt att det i huvudsak gäller avsaknaden av en heltäckande och årlig extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen.

Genom att säkerställa att extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering sker enligt åtgärd kopplad till tidigare rekommendation, har nämnden besvarat större delen av denna rekommendation. I övrigt är nämndens uppfattning att det finns ändamålsenliga strukturer för ett systematiskt arbete som ska säkra verksamhetens kvalitet.

Ordförande

Bengt Persson (S)

Ansvarig utredare

Karin Thulin

Reservationer och särskilda yttranden

Lise-Lott Douhane (M), Joakim Larsson (M), Björn Lenander (M) Karin Leo (M) och Ewa Langerbeck (C) lämnar ett särskilt yttrande i ärendet. **(Se Bilaga 1)**

Uno Hansson (SD), Stefan Claesson (SD) och Jane Olin (SD) lämnar ett särskilt yttrande i ärendet. **(Se Bilaga 2)**