

Granskning av läkemedelshantering inom socialnämndens verksamhet

Lekebergs kommun

Juni 2026



Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lekebergs kommun genomfört en granskning av läkemedelshantering inom socialnämndens verksamhet. Granskningens syfte är att bedöma om socialnämnden bedriver läkemedelshantering inom sina verksamheter på ett ändamålsenligt sätt.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att socialnämnden i allt väsentligt bedriver läkemedelshantering inom sina verksamheter på ett ändamålsenligt sätt.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor".

Revisionsfrågor	Bedömning	
Finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering?	Ja	
Genomförs egenkontroller avseende hantering och ordination av läkemedel i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?	Ja	
Säkerställer nämnden att det finns system och hantering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel?	Delvis	
Säkerställs att hantering, iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel sker av behörig personal och i enlighet med delegation?	Ja	

Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer:

- Att säkerställa en systematisk och samlad uppföljning av resultat från egenkontroller, avvikelser och externa granskningar på en övergripande nivå.
- Att säkerställa att det finns en tydlig process för hur identifierade brister och förbättringsområden omsätts i åtgärder samt följs upp.
- Att säkerställa ändamålsenliga förutsättningar för uppföljning och analys av avvikelser inom läkemedelshanteringen.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Inledning	5
Bakgrund.....	5
Syfte och revisionsfrågor	6
Revisionskriterier	6
Avgränsning	6
Metod	7
Granskningsresultat	8
Rutiner	8
Egenkontroller	10
Rapportering av avvikelser.....	12
Hantering av läkemedel	15
Samlad bedömning.....	18
Rekommendationer.....	18
Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor	19

Inledning

Bakgrund

För läkemedelshantering finns ett omfattande regelverk bestående av lagar, förordningar och föreskrifter som vårdgivaren måste följa. Enligt regelverket är det enbart hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att hantera läkemedel. Det innebär att kommunens sjuksköterskor är behöriga att hantera läkemedel, men att dessa uppgifter kan delegeras till annan vårdpersonal, vanligen undersköterska eller vårdbiträde. Det är vanligt förekommande att sjuksköterskorna i hemsjukvården delegerar läkemedelshanteringen till undersköterskor och övrig personal inom hemtjänsten.

Delegering får göras under vissa förutsättningar och villkor samtidigt som det finns formkrav på rutiner och dokumentering av delegering. Exempelvis är delegeringsbeslutet alltid personligt och får inte avse en viss yrkesgrupp som till exempel undersköterskor eller vårdpersonal i ett givet verksamhetsområde. Därtill behöver den som tar emot delegeringen ha tillräcklig kunskap, erfarenhet och förutsättningar att ta emot delegeringen och det ska vara förenligt med en god och säker vård av kunden.

Den som utfärdar en delegering ansvarar för att den som får läkemedelsdelegering har tillräcklig kunskap, förutsättningar och praktisk erfarenhet att utföra arbetsuppgiften. Delegeringen kan närsomhelst återkallas. Socialnämnden är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som erbjuds patienter inskrivna i hemsjukvården. En central uppgift i hemsjukvården är att förvara, hantera och i förekommande fall dela ut läkemedel.

Socialnämnden ska även, i egenskap av vårdgivare, säkerställa att det finns ett ledningssystem i enlighet med de krav som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter. Centrala delar i ett ledningssystem är: a) processer och rutiner, b) egenkontroll, c) utredning och avvikelser samt förbättringar och d) dokumentationsskyldighet.

Ledningssystemet vilar på att anställda är involverade i arbetet med ledningssystemet. Vad gäller läkemedelshantering innebär det att ledningssystemet på ett tydligt sätt ska beskriva rutiner för delegering och hantering av läkemedel samt hur utredning, avvikelser och förbättringar gällande läkemedelshantering ska ske. Vidare ska egenkontroll göras i syfte att säkra kvalitén i verksamheten.

Revisorerna i Lekebergs kommun ser i sin risk- och väsentlighetsbedömning ett behov av att granska läkemedelshantering inom socialnämndens verksamhet.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om socialnämnden bedriver läkemedelshantering inom sina verksamheter på ett ändamålsenligt sätt.

Revisionsfrågor:

1. Finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering?
2. Genomförs egenkontroller avseende hantering och ordination av läkemedel i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?
3. Säkerställer nämnden att det finns system och hantering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel?
4. Säkerställs att hantering, iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel sker av behörig personal och i enlighet med delegation?

Revisionskriterier

- Kommunallag (2017:725) 6:6
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
- Patientsäkerhetslag (2010:659) 3 kap. 8 a, 8 b och 10 §
- Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) kap. 11

Avgränsning

Granskningen omfattar socialnämnden och uppgifterna som sjuksköterskor svarar för inom kommunens hemtjänst och hemsjukvård. Det innebär att uppgifterna såsom förskrivning och läkemedelsgenomgång som utförs av läkare (Region Örebro Län) ej omfattas av granskningen. Ett urval av ett särskilt boende och ett hemtjänstområde har genomförts i samband med granskningens genomförande.

Granskningen avser delegering till utförare i egen regi och avser i huvudsak år 2026.

Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier av styrdokument, rutiner för läkemedelshantering och genomgång av avvikelsestatistik tillhandahållen av medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS).

Intervjuer har genomförts med följande:

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
- Förvaltningschef socialförvaltningen
- Grupptervju med enhetschef för Linden boende, hemtjänsten centrala samt ansvarig chef för hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterskor).
- Grupptervjuer med medarbetare inom HSV (sjuksköterskor)
- Grupptervju med SoL medarbetare (undersköterskor och vårdbiträde).

Intervjuerna har genomförts på distans med hjälp av Teams.

Rapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med PwC:s interna rutiner och checklistor för kvalitetssäkring.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Granskningsresultat

Rutiner

Revisionsfråga 1: *Finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering?*

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2022:57) 4 kap. 2 § framgår att vårdgivaren ska ha fastställda rutiner för ordination och hantering av läkemedel i syfte att säkerställa verksamhetens kvalitet.

Inom ramen för denna revisionsfråga har vi granskat huruvida sådana rutiner finns samt om de, på en övergripande nivå, överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrifter inom området.

Iakttagelser

Av genomförda intervjuer framgår att det finns ett ledningssystem för kvalitetsarbete som är tillgängligt via kommunens intranät och omfattar riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering. Vidare framgår att riktlinjerna och rutinerna nyligen har reviderats av ny MAS samt att implementering pågår i syfte att säkerställa att de är kända och tillämpas av samtliga medarbetare. Det uppges att all vård- och omvårdnadspersonal har tillgång till intranätet och dess ledningssystem. Samtliga medarbetare introduceras i systemet vid nyanställning, vilket sker med stöd av en utsedd handledare. Det framgår vidare att innehåll och rutiner även behandlas i forum såsom MAS-möten och APT¹. Enligt intervjuer följs introduktionen upp efter cirka en månad för att säkerställa att medarbetarna har tillgodogjort sig innehållet och för att vid behov kunna repetera delar som inte har beästs. Vidare framkommer vid intervjuer att medarbetarna har god kännedom om riktlinjer och rutiner inom verksamheten.

I dokument *Instruktion för enhetsrutin läkemedelshantering*² framkommer att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att utforma och fastställa en ändamålsenlig och säker instruktion för läkemedelshantering inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare framkommer av dokumentet att ansvarig sjuksköterska tillsammans med enhetschef ska upprätta lokala enhetsrutiner för läkemedelshantering samt att dessa ska godkännas och undertecknas av MAS. Det framgår även att enhetsrutinerna ska revideras årligen eller vid förändringar i verksamheten, vilket även bekräftas av intervjuerna. Vidare framkommer vilka moment som ska omfattas av de lokala enhetsrutinerna, däribland hantering av läkemedel, mottagande av läkemedelsleveranser, nyckel- och behörighetshantering till

¹ Arbetsplatsträff

² Datum för fastställande: 2023-09-26

läkemedelsskåp, städning av läkemedelsskåp samt ansvarsfördelning mellan sjuksköterska och enhetschef.

I dokumentet *Lokala rutiner läkemedelshantering* framkommer krav på hur lokala rutiner för läkemedelshantering ska vara utformade, och utgör ett styrande dokument på en övergripande nivå. Av dokumentet framgår att lokala rutiner ska beskriva ordination, dokumentation, iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel samt hur läkemedelsinformation hålls samlad och tillgänglig för personal som hanterar läkemedel. Vidare framkommer att lokala rutiner ska omfatta läkemedelsförvaring, distribution, nyckelhantering, kassation, avvikelshantering samt kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel.

I dokumenten *lokal läkemedelsrutin - Linden* och *lokal läkemedelsrutin - Hemtjänsten* framkommer att rutinerna gäller samtliga medarbetare och reglerar ansvarsfördelning, hantering och förvaring av läkemedel. Det anges att utsedd sjuksköterska ansvarar för rekvirering, mottagande och inläsning av läkemedel, samt att endast sjuksköterskor med SITHS-kort har tillgång till läkemedelsförråd. Vidare framgår att delegerad personal och sjuksköterskor har tillgång till brukarnas läkemedelsskåp via personliga inloggningar där loggar följs upp inom internkontrollen, samt att enhetschef ansvarar för uppföljning kopplat till delegeringar. Baspersonal, främst kontaktperson, ansvarar enligt rutinerna för att hålla läkemedelsskåp rena, kontrollera datummärkning och hantera utgångna läkemedel i samråd med sjuksköterska.

I dokumentet *Lokal rutin narkotikaklassade läkemedel* i Lekebergs kommun framkommer att särskilda rutiner finns för hantering av narkotikaklassade läkemedel. Av dokumentet framgår hur personbundna narkotikaklassade läkemedel, akut- och buffertförråd samt palliativ box ska hanteras.

Bedömning

Finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering?

Ja.

Det bedöms att det finns både övergripande och lokala dokumenterade riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering. Ledningssystemet innehåller tillgängliga riktlinjer och rutiner som personalen introduceras i och löpande informeras om. MAS ansvarar för att fastställa instruktioner samt att lokala enhetsrutiner upprättas, godkänns och revideras. Rutinerna omfattar samtliga relevanta moment såsom ordination, iordningställande, administrering, förvaring och uppföljning av läkemedel, inklusive särskilda rutiner för narkotikaklassade läkemedel.

Egenkontroller

Revisionsfråga 2: *Genomförs egenkontroller avseende hantering och ordination av läkemedel i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?*

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) 4 kap. 3 § samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) framgår att vårdgivaren, som en del av egenkontrollen, ska säkerställa att läkemedelshanteringen i verksamheten regelbundet genomgår extern kvalitetssäkring. Den externa kvalitetsgranskningen bör genomföras minst en gång per år.

Av patientsäkerhetslagen (2010:659) 3 kap. 10 § framgår vidare att vårdgivaren senast den 1 mars varje år ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse som redovisar hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under året, vilka åtgärder som har vidtagits samt vilka resultat som har uppnåtts.

Inom ramen för denna revisionsfråga har vi granskat om egenkontroller avseende hantering av läkemedel i verksamheten genomförs minst en gång per år samt om det finns en patientsäkerhetsberättelse upprättad.

lakttagelser

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av *Patientsäkerhetsberättelsen för Lekebergs kommun 2025* och kan därmed verifiera att den upprättats. Socialnämnden fattade beslut om patientsäkerhetsberättelsen vid sammanträdet 2026-03-18 § 32. Av Patientsäkerhetsberättelsen framgår att läkemedelshanteringen följs upp genom flera kontroll- och granskningsmoment. Inom ramen för den övriga egenkontrollen anges i patientsäkerhetsberättelsen att en läkemedelshanteringsgranskning av extern apotekare genomförs en gång per år tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Av patientsäkerhetsberättelsen framgår även att flera förbättringsområden identifierats inom respektive verksamhet, bland annat kopplat till läkemedelsrum, temperaturförhållanden, förvaring av narkotikaklassade läkemedel samt städning av läkemedelsutrymmen. Efter genomförd granskning erhåller verksamheterna enligt intervjuer en åtgärdslista med förbättringsförslag, vilka återskickas av sjuksköterska till granskaren efter att åtgärder vidtagits. I patientsäkerhetsberättelsen anges vidare att ny granskning och uppföljning planeras till hösten 2026.

Vi har även tagit del av dokumentet *Riktlinje Ordination och hantering av läkemedel*. Av dokumentet framgår att egenkontroll ska genomföras som en del av det systematiska kvalitetsarbetet i syfte att säkerställa kvalitet och följsamhet till gällande rutiner inom läkemedelshanteringen. Av dokumentet

framgår vidare att ett antal egenkontroller är fastställda och att dessa anges med tillhörande ansvarsfunktion och frekvens. Egenkontrollerna omfattar bland annat uppföljning av hantering av narkotikaklassade läkemedel, kontroll och städning av läkemedelsförråd, uppföljning av signering av administrerade läkemedel, journalgranskning samt kontroll av läkemedelsförvaring. Av dokumentet framgår även att ytterligare kontrollmoment, såsom temperaturkontroller samt kontroll av hållbarhet ska genomföras med angiven frekvens och dokumenteras.

I intervjuer bekräftas att egenkontroller avseende läkemedelshantering genomförs i verksamheterna genom flera olika moment och på olika nivåer, med fastställd frekvens. Kontroller av narkotikaklassade läkemedel genomförs regelbundet, i många fall månadsvis och i vissa fall oftare, medan temperaturkontroller sker veckovis. Därutöver genomförs återkommande kontroller av läkemedelsskåp, signeringsuppföljning samt journalgranskningar.

Av intervjuer framgår vidare att resultatet av genomförda kontroller dokumenteras, där läkemedelsräkning sker digitalt medan temperaturkontroller dokumenteras i pappersform i en särskild pärm. Denna dokumentation följs upp genom att MAS regelbundet granskar underlagen för att säkerställa att uppgifterna överensstämmer. Efter genomförda granskningar upprättas protokoll som redovisar identifierade förbättringsområden per enhet. Vid återkommande brister hanteras dessa inom ramen för verksamheternas systematiska förbättringsarbete, exempelvis genom att frågorna lyfts på arbetsplatsträffar.

Vidare framkommer i intervjuer att kontrollerna utförs av olika funktioner där ansvar och genomförande varierar beroende på kontrollmoment utifrån vad som framkommer i det övergripande dokumentet. Exempelvis genomför sjuksköterskor kontroller av narkotikaklassade läkemedel och journalgranskningar. Baspersonal ansvarar för vissa löpande kontroller såsom genomgång av läkemedelsskåp och temperaturuppföljning, medan enhetschefer följer upp resultat och vidtar åtgärder. Det framgår även att den sjuksköterska som ansvarar för beställning av läkemedel inte ska utföra kontrollräkningen av dessa läkemedel. MAS har en övergripande uppföljande roll och genomför stickprov samt sammanställningar av resultat från egenkontrollerna.

Det framgår även att verksamheterna även genomför externa granskningar genom årlig apoteksgranskning, där både fysiska förhållanden och lokala rutiner följs upp. Resultat från egenkontroller och granskningar sammanställs och används som underlag för förbättringsarbete enligt intervjuerna. Återkoppling av resultat sker via APT, teamträffar och andra forum där utvecklingsområden diskuteras. I patientsäkerhetsberättelsen, som nämnden tagit del av, redovisas att extern granskning genomförts under 2025. Det framkommer att förbättringsområden identifierats och är föremål för åtgärder. Vilka identifierade områden det handlar om framgår inte. I protokollsgenomgång kan vi inte finna att nämnden vidtagit åtgärder utifrån lämnad rapportering.

Bedömning

Genomförs egenkontroller avseende hantering och ordination av läkemedel i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?

Ja

Det bedöms att egenkontroller avseende läkemedelshantering och ordination genomförs regelbundet och systematiskt i enlighet med fastställt ledningssystem, med tydlig ansvarsfördelning, frekvens och dokumentation. Dessa kontroller genomförs i praktiken löpande, exempelvis genom veckovisa och månadsvisa kontroller av narkotikaklassade läkemedel, temperatur, signering och läkemedelsförvaring. Vidare genomförs årlig extern granskning av apotekare, vilket uppfyller kravet på extern kvalitetssäkrare.

Det noteras dock att nämnden inte vidtagit några åtgärder utifrån rapporterade avvikelser.

Rapportering av avvikelser

Revisionsfråga 3: Säkerställer nämnden att det finns system och hantering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel?

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivaren säkerställa att verksamheten kontrolleras och följs upp. I detta ansvar ingår även att eventuella avvikelser identifieras, registreras och följs upp.

Inom ramen för granskningen av denna revisionsfråga har vi tagit del av gällande rutiner inom området för att bedöma följsamheten till dessa. Vidare har intervjuer genomförts i syfte att klarlägga i vilken utsträckning rutinerna är kända och tillämpas i verksamheten. Vi har därutöver undersökt om det finns ett fungerande system för avvikelshantering samt inhämtat statistik över registrerade avvikelser.

Iakttagelser

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av en *skriftlig rutin för avvikelshantering*³ i Lekebergs kommun, vilken gäller för all personal inom socialförvaltningens verksamheter. Av rutinen framgår att syftet med avvikelshantering är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten genom att identifiera, dokumentera och rapportera risker, avvikande händelser och tillbud.

³ Fastställd 2025-03-12, senast reviderad 2025-05-05

Vidare anges att avvikelsehanteringen ska klarlägga händelseförlopp samt ge underlag för beslut om åtgärder som kan förhindra att liknande händelser inträffar igen.

Av rutinen framgår att alla händelser som avviker från den planerade vården och omsorgen eller som påverkar utfallet ska rapporteras. I dokumentet anges exempel på avvikelsetyper som ska rapporteras, däribland brister i bemötande, brister i läkemedelshantering samt missförhållanden enligt SoL och LSS. Avvikelser delas in i hälso- och sjukvårdsavvikelser (vårdskador) och SoL/LSS-avvikelser (missförhållanden).

Rutinen anger att den som upptäcker en avvikelse ansvarar för att omedelbart vidta åtgärder för att undanröja ytterligare risk eller skada samt för att rapportera händelsen. Avvikelser ska rapporteras i kommunens avvikelssystem Lifecare avvikelser. Vidare framgår att händelsen även ska dokumenteras i den enskildes journal, med beskrivning av vad som inträffat och vilka åtgärder som vidtagits. Vid allvarliga händelser ska enhetschef, legitimerad personal samt medicinskt ansvarig informeras omgående.

Av rutinen framgår vidare att samtliga avvikelser ska utredas. Ansvar för utredning är tydligt fördelat beroende på avvikelsetyp, där exempelvis legitimerad personal, enhetschef eller MAS kan vara utredningsansvariga. Utredningen ska i regel slutföras inom en månad och ska innehålla analys av orsaker samt förslag på åtgärder för att förebygga framtida avvikelser.

Slutligen framgår att dokumenterade avvikelser ska sammanställas och analyseras. Sammanställningar tas upp i verksamheternas ledningsgrupper och på arbetsplatsträffar i syfte att identifiera mönster, risker och utvecklingsområden. Enligt rutinen ska granskning av avvikelser och hur dessa hanteras göras minst en gång per år. Hälso- och sjukvårdsavvikelser sammanställs och redovisas i patientsäkerhetsberättelsen, medan SoL/LSS-avvikelser sammanställs till kvalitetsberättelsen. Rutinen ska följas upp årligen och revideras vid behov.

Av *patientsäkerhetsberättelsen för Lekebergs kommun 2025* framgår att 33,1 % av de rapporterade avvikelserna under året avser läkemedelshantering. Det redovisas ingen mer detaljerad uppdelning av typer av läkemedelsavvikelser, såsom utebliven dos, fel tidpunkt eller brister i signering. Vid protokollsgenomgång framkommer att nämnden 2026-03-18 § 33 tagit del av avvikelserapporter för 2025 där totalt 1 389 avvikelser rapporterats, där de mest frekvent förekommande händelserna avser läkemedelshantering, fallhändelser samt omvårdnadsrelaterade händelser. Vi noterar att nämnden inte vidtagit några åtgärder i och med rapporteringen av avvikelser.

Vid intervjuer framkommer att det finns etablerade rutiner och system för avvikelsehantering kopplat till läkemedel. När en avvikelse upptäcks rapporteras den i verksamhetssystemet efter kontakt med

ansvarig sjuksköterska. Därefter tas avvikelserna emot och bedöms av områdesansvarig sjuksköterska, som inleder en utredning av händelsen. Beroende på avvikelsernas karaktär involveras även enhetschef, och vid allvarigare händelser kopplas MAS in för vidare utredning och ställningstagande. I nästa steg analyseras avvikelserna, där orsaker identifieras och det beslutas om åtgärder, såsom förändrade rutiner, dialog med berörd personal eller andra korrigerande insatser.

Intervjuerna förmedlar vidare att avvikelser behandlas i flera forum i verksamheten, där resultaten följs upp och återkopplas till personalen, exempelvis vid arbetsplatsträffar, teamträffar och särskilda genomgångar. I dessa forum sker även gemensam analys av återkommande händelser i syfte att identifiera mönster och vidta förebyggande åtgärder. Det framgår att det finns en etablerad avvikelsekultur där personal upplever det som enkelt och tryggt att rapportera avvikelser, och att dessa i stor utsträckning används som underlag för lärande och förbättringsarbete.

Samtidigt framkommer vissa begränsningar i systemstödet för avvikelsehantering, bland annat att nuvarande system inte möjliggör tydlig uppföljning och kategorisering av olika typer av läkemedelsavvikelser. Detta medför att verksamheten i vissa fall behöver upprätthålla parallella manuella sammanställningar, exempelvis i Excel, för att kunna analysera avvikelser mer i detalj och identifiera mönster kopplat till exempelvis iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel.

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av statistik över rapporterade avvikelser per enhet för perioden 250101–260101. Av underlaget framgår att hemsjukvård/hemtjänst redovisar totalt 461 avvikelser, medan Linden redovisar totalt 399 avvikelser. För hemsjukvård/hemtjänst avser de mest frekvent förekommande avvikelse typerna fallrapporter (157), läkemedelsavvikelser (124) och omvårdnadshändelser (106), medan motsvarande för Linden utgörs av läkemedelsavvikelser (184), fallrapporter (71) och omvårdnadshändelser (69). Därutöver förekommer även avvikelser relaterade till bland annat informationsöverföring, medicinteknisk utrustning och verksamhetssystem i båda verksamheterna.

Vid intervjuer framkommer att det finns utmaningar kopplade till de digitala läkemedelsskåpen. Det uppges att hanteringen, särskilt avseende att öppna och låsa skåpen, upplevs krånglig och har enligt intervjuerna resulterat i fler avvikelser inom läkemedelsområdet. Vidare framförs att detta kan vara utmanande ur ett patientsäkerhetsperspektiv, eftersom det kan påverka förutsättningarna för att läkemedel ges i tid.

Bedömning

Säkerställer nämnden att det finns system och hantering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel?

Delvis

Det bedöms att nämnden delvis säkerställer att det finns system och hantering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel.

Det bedöms att det finns fastställda rutiner och ett system för avvikelshantering där avvikelser identifieras, registreras, utreds och följs upp. Avvikelser används som underlag för analys och förbättringsarbete i verksamheten. Samtidigt finns begränsningar i systemstödet, vilket påverkar möjligheten till fördjupad uppföljning och analys. Vidare framgår att nämnden tagit del av rapportering, men det går inte att utläsa hur resultaten omsätts i åtgärder på nämndnivå, vilket sammantaget innebär att kraven inte fullt ut kan anses uppfyllda.

Hantering av läkemedel

Revisionsfråga 4: Säkerställs att hantering, iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel sker av behörig personal och i enlighet med delegation?

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel (HSLF-FS 2017:37) framgår av 7 § att vårdgivarens rutiner ska ange i vilka situationer och under vilka förutsättningar det är förenligt med en god och säker vård att delegera iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel. Av 8 § framgår vidare att rutinerna även ska tydliggöra vilken kompetens och kunskap som krävs hos den som genom delegering får utföra dessa uppgifter.

Enligt Socialstyrelsen skall alla verksamheter i hälso- och sjukvården ha en verksamhetschef med övergripande ansvar för verksamheten. Vårdgivaren bestämmer vilket ansvar och arbetsuppgifter verksamhetschefen ska ha. Vissa arbetsuppgifter ska däremot alltid ingå i verksamhetschefens ansvar, såsom att säkerställa rutiner för delegering samt uppföljning och omprövning av delegationsbeslut.

Inom ramen för revisionsfrågan har vi granskat förekomsten av rutiner för hantering, ordination och delegering av läkemedel samt hur verksamheten följer upp och säkerställer efterlevnad. Vi har även granskat om rutinerna tydliggör vilken kompetens och kunskap som krävs för att iordningställa, administrera eller överlämna läkemedel.

lakttagelser

Inom ramen för styrning och uppföljning av läkemedelshanteringen har socialnämnden fastställt mål kopplade till området. Socialnämnden har ett övergripande nämndmål att "Hälso- och sjukvården ska erbjuda god och säker vård". En av indikatorerna till nämndmålet är "Andel läkemedel som ges i tid ska vara minst 90 %". I årsredovisningen 2025 framkommer det att indikatorn är uppfylld.

Av *Rutin läkemedelshantering vid delegering*⁴ i Lekebergs kommun framkommer att delegering av läkemedelshantering kan ske till omvårdnadspersonal under förutsättning att mottagaren har tillräcklig kompetens och att en riskbedömning har genomförts för att säkerställa god och säker vård. Vidare framkommer att det är den delegerande sjuksköterskans helhetsbedömning som avgör om delegering kan ges. I dokumentet framkommer även att delegering endast ska ges om den är förenlig med god och säker vård samt att vissa moment inom läkemedelshanteringen inte kan delegeras eller ska ske restriktivt. Vidare framkommer att delegering gäller maximalt i ett år, varefter en ny bedömning ska genomföras, samt att sjuksköterskan kan besluta om tidigare uppföljning vid behov.

Vidare framkommer att omvårdnadspersonal ska genomgå utbildning och kunskapstest, innan delegering kan bli aktuell. I dokumentet *Delegeringstest_instr fr apoteket till ssk* beskrivs att resultatet från kunskapstestet skickas till den delegerande sjuksköterskan som därefter gör en individuell bedömning av den enskildes kunskaper, samt att testresultatet ska sparas tillsammans med delegeringsbeslutet som dokumentation av att mottagaren har tillräcklig kompetens. Därutöver framkommer av dokumentet *Checklista att använda inför delegering* att omvårdnadspersonal inför delegering ska genomgå en praktisk introduktion där olika moment inom läkemedelshantering demonstreras och övas, exempelvis hantering av läkemedelslistor, signering, olika läkemedelsformer samt dokumentation och avvikelshantering. Av checklistan framkommer även att delegering först får börja gälla efter att delegeringsbeslutet är signerat av båda parter.

Vidare framkommer av *Rutin läkemedelshantering vid delegering i Lekebergs kommun* att delegeringen dokumenteras i verksamhetssystemet Alfa Signit och att mottagaren behöver signera delegeringen i systemet för att den ska vara giltig, vilket verifieras av intervjuer. Av samma dokument framkommer även ansvarsfördelningen i delegeringsprocessen, där sjuksköterskan ansvarar för att bedöma kompetens, genomföra utbildning, fatta beslut om delegering samt följa upp denna, medan enhetschef ansvarar för att initiera processen och säkerställa att utbildning och introduktion genomförs.

⁴ Fastställd 2025-12-17, senast reviderad 2026-01-07

Av *Rutin läkemedelshantering vid delegering i Lekebergs kommun* framkommer även att uppföljning av delegering ska ske, bland annat efter tre månader, samt att avvikelser kan användas som underlag för att bedöma om delegeringen fungerar. Vidare framkommer att en delegering kan dras in i samråd med MAS och enhetschef, samt att hela delegeringsprocessen därefter behöver genomföras på nytt innan en ny delegering kan bli aktuell.

Av genomförda intervjuer framgår att det finns en etablerad process för läkemedelsdelegering där både teoretiska och praktiska moment ingår innan delegering beviljas. Vid genomgång av bemanningen framkommer att graden av delegering varierar mellan verksamheterna, men att en stor andel av både tillsvidareanställda och vikarier har delegering. Vid Bangatan LSS-enhet har samtliga 13 tillsvidareanställda delegering, och av 17 vikarier har 12 delegering. Inom Linden särskilt boende har 52 av totalt 68 anställda och vikarier delegering. Inom hemtjänsten har 83 av totalt 94 tillsvidareanställda och vikarier delegering.

Vid Domarringen LSS framgår att 18 tillsvidareanställda samt 14 timanställda har delegering, inom en personalgrupp bestående av tillsvidareanställda, månadsvikarie, introduktionstjänst och timvikarier. Vid Oxelgården har 48 personer i den fasta personalen och 18 timvikarier delegering, i förhållande till totalt 54 tillsvidareanställda och cirka 30 timvikarier.

Vidare framkommer att processen för delegering inleds med en lämplighetsbedömning av enhetschef och sjuksköterska, följt av genomförande av obligatoriska utbildningar och kunskapstest med krav på godkänt resultat på 85 procent. Därefter sker praktisk genomgång och delegeringssamtal med sjuksköterska, varefter beslut om delegering fattas utifrån en samlad bedömning. Det framgår även att medarbetaren själv aktivt behöver godkänna delegeringen i systemet innan den träder i kraft. Vidare bekräftas att delegeringar är tidsbegränsade till ett år som beskrivet ovan, och kan följas upp och omprövas löpande vid behov.

Bedömning

Säkerställs att hantering, iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel sker av behörig personal och i enlighet med delegation?

Ja.

Det bedöms att hantering, iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel i huvudsak sker av behörig personal och i enlighet med delegation. Bedömningen grundas på att det finns fastställda rutiner som tydliggör krav på kompetens och utbildning inför delegering, att delegeringsprocessen innefattar både teoretiska och praktiska moment samt att uppföljning och

omprövning av delegeringar sker löpande. Det framgår även att ansvarsfördelning och dokumentation i systemstöd är tydligt reglerad och efterlevs enligt intervjuer.

Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lekebergs kommun genomfört en granskning av läkemedelshantering inom socialnämndens verksamhet. Granskningens syfte är att bedöma om socialnämnden bedriver läkemedelshantering inom sina verksamheter på ett ändamålsenligt sätt.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att socialnämnden i allt väsentligt bedriver läkemedelshantering inom sina verksamheter på ett ändamålsenligt sätt.

Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer:

- Att säkerställa en systematisk och samlad uppföljning av resultat från egenkontroller, avvikelser och externa granskningar på en övergripande nivå.
- Att säkerställa att det finns en tydlig process för hur identifierade brister och förbättringsområden omsätts i åtgärder samt följs upp.
- Att säkerställa ändamålsenliga förutsättningar för uppföljning och analys av avvikelser inom läkemedelshanteringen.

Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering?	Ja Det finns både övergripande och lokala riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering. Dessa är tillgängliga i ledningssystemet och kommuniceras till personalen. MAS ansvarar för fastställande och uppdatering av instruktioner samt lokala rutiner, vilka omfattar hela processen inklusive hantering av narkotikaklassade läkemedel.	
2. Genomförs egenkontroller avseende hantering och ordination av läkemedel i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?	Ja Egenkontroller av läkemedelshantering genomförs regelbundet och systematiskt enligt ledningssystemet, inklusive interna kontroller och årlig extern granskning. Det noteras dock att nämnden inte vidtagit åtgärder utifrån rapporterade avvikelser.	
3. Säkerställer nämnden att det finns system och hantering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel?	Delvis Det finns rutiner och system för avvikelshantering som möjliggör identifiering, uppföljning och analys av avvikelser. Samtidigt begränsas uppföljningen av brister i systemstödet, och det framgår inte hur nämnden omsätter resultaten i åtgärder, varför kraven endast delvis uppfylls.	
4. Säkerställs att hantering, iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel sker av behörig personal och i enlighet med delegation?	Ja Bedömningen är att läkemedel i huvudsak hanteras av behörig personal i enlighet med delegation, med tydliga rutiner för kompetenskrav, delegeringens genomförande samt löpande uppföljning och dokumentation.	

2026-06-18

Peter Aschberg

Cecilia Claudelin

Uppdragsledare

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org. nr 556029–6740) (PwC) på uppdrag av Lekebergs kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2026-03-02. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.