

# Uppföljande granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst

**Gävle kommun**

**Revisionsrapport**

November 2025



## Innehållsförteckning

Inledning .....	3
Granskningsresultat .....	5
Revisionell bedömning.....	21

# Inledning

## Bakgrund

Revisorerna i Gävle kommun granskar årligen delårsbokslut och årsredovisning, samt genomför fördjupade granskningar utifrån en risk- och väsentlighetsanalys. De granskningar som revisionen genomför innehåller ofta förslag på åtgärder som bör genomföras. Dessa åtgärder varierar i omfattning och därmed också i tid för genomförande. En viktig del av revisionens arbete är därför att följa upp tidigare genomförda granskningar för att se om åtgärder vidtagits med anledning av dessa och om den granskade organisationen beaktat noterade brister, synpunkter och förslag.

Det är av vikt att följa upp de granskningar revisorerna gjort under året. Genom att regelbundet följa upp genomförda granskningar ges svar på om åtgärder med anledning av revisorernas kritik och rekommendationer har tagits i beaktande. Uppföljningen kan till exempel genomföras som en särskild granskningsinsats med skriftlig rapport. Uppföljningen ger också underlag för att bedöma om det finns anledning till förnyad granskning, och blir därmed en grund för riskanalysen inför kommande års revisionsplanering.

Revisorerna genomförde under år 2023 en granskning avseende hantering av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst. Granskningen påvisade ett antal brister och lämnade ett antal rekommendationer riktade till ansvarig nämnd, omvårdnadsnämnden. I bilaga framgår granskningens samlade bedömning och rekommendationer.

Revisorerna har inom ramen för revisionsplanering 2025 funnit det angeläget att genomföra en uppföljande granskning inom området.

## Syfte och frågeställningar

Syftet med granskningen är att bedöma om omvårdnadsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförd granskning.

Granskningen har sin utgångspunkt i följande revisionsfrågor:

- Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av omvårdnadsnämnden?
- Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Granskningens samlade bedömningsgrunder utgår från i allt väsentligt, inte helt eller ej.

# Avgränsning

Granskningen avser uppföljning av 2023 års granskning avseende hantering av läkemedelshantering in hemsjukvård och hemtjänst. Granskningen omfattar samma områden (stadsdelar) som i den tidigare granskningen: Sättra 1, Sättra 2, Hamrånge, Valbo-Forsbacka och Andersberg. Vidare avgränsas granskningen till att inte omfatta läkemedelshantering inom LOV (lag om valfrihet).

## Metod

Genomgång har genomförts av revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som lämnades i revisionsrapporten och tillhörande missivbrev, samt genomgång och granskning av yttrandet som revisorerna erhållit.

Granskningen har skett genom:

- Utskick av skriftliga frågor till Valfärd Gävle samt genomgång av svar. Frågor och svar har kommunicerats med Kontorschef för Hälso- och sjukvård.
- Dokumentstudier och genomgång av relevanta protokoll, beslut och handlingar. Exempelvis riktlinjer och rutiner avseende läkemedelshantering, avvikelshantering och egenkontroller för att säkerställa dess aktualitet.
- Inhämtande och analys av 2024 och 2025 (januari-juni) års statistik avseende avvikelser inom området ordination och hantering av läkemedel för att säkerställa att avvikelserna hanteras i syfte att få en fungerande avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete avseende läkemedelshantering.
- Intervjuer har genomförts med följande funktioner:
  - Verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård och hemtjänst
  - Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS)
  - Urval av medarbetare inom hemsjukvården
  - Urval av medarbetare inom hemtjänsten

Rapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med PwC:s interna riktlinjer för kvalitetssäkring.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

# Granskningsresultat

## Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?

### **lakttagelser**

Revisorerna överlämnade 2023-04-05 revisionsrapport med tillhörande missiv till omvårdnadsnämnden. Revisorerna efterfrågade svar från nämnden gällande de synpunkterna som framförs i rapporten senast 2023-06-29.

Omvårdnadsnämnden har 2023-06-15 § 116 godkänt Sektor Velfärds förslag till svar på revisionsrapport och överlämnar det till kommunens revisorer. Förvaltningens förslag till svar omfattar svar på de synpunkter och förslag som lämnats av revisionen.

### **Bedömning**

**Ja.**

Omvårdnadsnämnden har genom förvaltningens förslag till svar besvarat revisionsrapporten. I förvaltningens förslag på svar besvaras de rekommendationer och synpunkter som lämnats i revisionsrapporten.

## Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

### **lakttagelser**

**Rekommendation 1: Utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete så att det omfattar områden och dokumentation kopplat till att kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.**

I svaret på revisionsrapporten framgår att nämnden instämmer i bedömningen att läkemedelshanteringen inte är helt säkerställd inom hemsjukvården. Som det beskrivs i granskningen så upplevs det svårt av medarbetare och chefer inom verksamheterna att navigera i ledningssystemet Canea. Försök att underlätta navigeringen har gjorts genom att skapa egna boxar till varje verksamhet. I dessa boxar finns rutiner exempelvis för läkemedelshantering, delegering samt avvikelshantering. Då det inte finns någon entydig struktur för hur rutiner upprättas så får det till följd att liknande arbetssätt som beskrivs i granskningen uppstår och att verksamheten har svårt att veta vilken rutin som ska följas. Dessa rutiner kommer att ses över utifrån revisionens synpunkter.

I nämnden svar noteras att rutiner för exempelvis läkemedelshantering, delegering samt avvikelshantering ska ses över utifrån revisionens synpunkter i den tidigare genomförda granskningen. I vår uppföljande granskning har tagit del av dessa rutiner och kan konstatera att samtliga rutiner har reviderats sedan granskningen 2023. Vi kommer att återkomma till dessa rutiner längre fram i rapporten.

I vår uppföljande granskning har vi erhållit *Rutin för Välfärd Gävles ledningssystem*<sup>1</sup> som bland annat tydliggör strukturen för hur rutiner upprättas. Rutinen har efter vår granskning 2023 reviderats. Rutinen beskriver de principer som ledningssystemet är uppbyggt efter och hur olika rollers ansvar. Den tydliggör även hur ansvaret är fördelat när det gäller upprättande, granskning och godkännande av ledningssystemets olika dokumenttyper. Enligt verksamhetsföreträdare revideras verksamhetens rutiner vid behov samt att systemet skickar en påminnelse en gång per år till ansvarig. Om revidering ej sker trots påminnelse skickas en ny påminnelse genom mail till dess att rutinen är reviderad.

Vid intervjuer bekräftas att det skapats verksamhetsspecifika boxar i ledningssystemet i syfte att underlätta och navigera i verksamhetens specifika rutiner och processer. I de verksamhetsspecifika boxarna finns bl.a. rutiner för läkemedelshantering, delegering och avvikelshantering men verksamhetsföreträdare påtalar att det upplevs som svårnavigerat och att det inte alltid framgår huruvida rutiner uppdateras eller revideras. Vidare framgår vid intervjuer att rutinen avseende Välfärd Gävles ledningssystem inte är helt känd i verksamheten och att det finns önskemål om att erhålla utbildning och stöd kopplat till navigeringen i systemet. Vidare framgår att det finns utmaningar kopplat till den digitala mognaden inom vissa verksamheter.

I vår tidigare granskning noterades att kvalitetsledningssystemet inte användes för systematisk uppföljning och kvalitetsarbete avseende läkemedelshantering. Som beskrivet används *Canea* för att hitta gällande rutiner och riktlinjer men inte för dokumentation och uppföljning av exempelvis läkemedelshantering. Vid intervjuer framkommer att dokumentation och utvärdering är under uppbyggnad i ledningssystemet och beräknas att komma i gång under 2026. För närvarande uppges att dokumentation av genomförda egenkontroller sker i verksamhetssystemet Stratsys, där varje enhetschef ansvarar för att följa upp sin enhet. Inom kontor Hälso- och sjukvård uppges att det finns ett årshjul för kvalitetsarbetet samt att Power BI även är ett verktyg som används för att följa det interna kvalitetsarbetet.

---

<sup>1</sup> Upprättad 2017-12-04, reviderad 2025-01-11, godkänd av verksamhetschef.

## **Rekommendation 2: Säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är känt i alla verksamheter.**

I nämndens svar på revisionsrapporten framgår att ett fortsatt arbete behöver göras avseende säkerställandet med att göra ledningssystemet känt och nyttjas i alla verksamheter. Svaret tydliggör inte på vilket sätt detta ska ske.

I vår granskning har vi tagit del av *Rutin för systematiskt kvalitetsarbete*<sup>2</sup> som ersätter tidigare gällande rutiner avseende de systematiska kvalitetsarbete. Denna rutin ramar in och utgör den övergripande styrningen för det systematiska kvalitetsarbetet inom Valfärd Gävle. Kopplat till denna rutin finns ett antal bilagor som kompletterar det systematiska kvalitetsarbetet, exempelvis avseende mall för egenkontroll. Medvetengörande av rutinen uppges ske genom kommunikation på en övergripande nivå men även på samverkansmöten med Valfärd Gävles kvalitetsteam samt på verksamhetsnivå. Vid intervju uppges att denna process kan behöva att ses över och förtydligas då det kan se lite olika ut mellan verksamheterna.

I tidigare kapitel framgår att det efter vår granskning skapats verksamhetsspecifika boxar i syfte att underlätta och navigera i verksamhetens specifika rutiner och processer. Enligt uppgift har enhetscheferna ett ansvar att informera om ledningssystemet och dess struktur men att det saknas en enhetlig metod för hur denna information ska delges till medarbetarna. Vid intervjuer framgår att viss information om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och dess rutiner och processer erhålls i samband med verksamheternas arbetsplatsträffar (APT). Samtidigt som att det ges att den höga personalomsättningen inom såväl legitimerad personal som hemtjänstpersonal leder till utmaningar i att få ledningssystemet känt i organisationen.

Instruktioner för att navigera i ledningssystemet och hur man söker för att hitta en specifik rutin uppges finnas tillgängliga på ledningssystemets startsida.

## **Rekommendation 3: Genomföra extern kvalitetssäkring i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9).**

I nämndens svar angående extern kvalitetssäkring anges att avtalet för extern kvalitetsgranskning omfattar de generella läkemedelsförråd som finns på vård- och omsorgsboenden. I hemsjukvården finns inte sådana läkemedelsförråd, därav har ingen extern kvalitetssäkring genomförts.

I granskningen som genomfördes 2023 framgick att det inte hade genomförts några externa kvalitetsgranskningar under åren 2021 och 2022. Detta på grund av att verksamheten inte hade upphandlat en extern farmaceut som tillsammans med kommunens MAS skulle genomföra dessa kvalitetsgranskningar.

---

<sup>2</sup> Upprättad 2024-12-03, reviderad 2025-03-06, godkänd av Sektorchef.

I vår uppföljande granskning har vi tagit del av *Läkemedelshantering – extern kvalitetsgranskning av kommunverksamhet – Rutin – Gävleborgs län*<sup>3</sup>. Rutinen beskriver hur extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering utförs i kommunerna i Gävleborgs län samt hur resultaten av uppföljningen omsätts i åtgärdsplaner för att komma till rätta med identifierade brister och risker. I rutinen noteras att syftet med en extern kvalitetsgranskning är att förbättra och upprätthålla en säker läkemedelshantering för patient och personal i verksamheten. Vidare framgår i rutinen att farmaceut från Region Gävleborgs läkemedelsenhet granskar kommunens verksamheter (som hanterar läkemedel) genomförda egenkontroller, genomför extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen fysiskt på verksamheten samt upprättar en skriftlig återkoppling till verksamheten. Rutinen beskriver att andra uppdrag kan komma att bli aktuella, exempelvis utbildning, information och rådgivning och sker då efter överenskommelse mellan MAS och farmaceut. I rutinen framgår att lokala arbetsordningar för läkemedelshantering ska utarbetas för varje enhet av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och enhetschef i enlighet med särskild mall. Syftet med den lokala arbetsordningen är att säkerställa patientsäkerhet vid läkemedelshantering för sjuksköterskor. I rutinen noteras även att genomgång av rutindokumentet ska alltid ingå i introduktionen av nya sjuksköterskor.

Vi har inom ramen för den uppföljande granskningen tagit del av lokala arbetsordningar för läkemedelshantering som utgått från en enhetlig mall. De lokala arbetsordningarna uppges finnas som bilagor till *Riktlinje Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård i Gävleborg* (som beskrivs i kommande rekommendation). Vi kan i den övergripande introduktionsplanen för nyanställda sjuksköterskor finna en checklista avseende verksamhetsrutiner som ska gås igenom. Exempel på rutiner som ska gås igenom avser läkemedelshantering, delegering av läkemedel, hantering av dödsfall och riskbedömning. Vi kan inte finna att introduktionsplanen specifikt noterar att lokala arbetsordning ska gås igenom. I samband med faktaavstämning av rapporten uppges att det är ett pågående arbete med att uppdatera introduktionsplanen som uppges vara klar vid årsskiftet 2025/2026.

Vid intervju framgår att externa kvalitetsgranskningar sker i enlighet med dokumenterad rutin. Genomförd granskning visar att externa kvalitetsgranskningar för år 2025 pågår vid granskningens genomförande och att det återstår tre externa kvalitetsgranskningar innan året är slut. Vidare visar uppföljningen att extern kvalitetsgranskning av generella läkemedelsförråd har genomförts på samtliga vård- och omsorgsboenden avseende åren 2023 och 2024. Inom hemsjukvården genomfördes extern kvalitetsgranskning år 2024 men ej för år 2023. Vid intervjuer framgår att orsaken till att extern kvalitetsgranskning inte till fullo genomförts 2023 beror på flera faktorer, bland annat omorganisation inom Region Gävleborgs läkemedelsenhet samt personalförändringar inom kommunen.

Gävle kommun har tillsammans med länets kommuner och Region Gävleborg en farmaceut upphandlad sedan 2023 för att genomföra egenkontroller och externa kvalitetsgranskningar gemensamt. Vid genomförandet av den uppföljande granskningen framkommer att regionen har valt att säga upp avtalet med länets kommuner gällande extern kvalitetsgranskning. Orsaken till detta uppges bero på bristande

---

<sup>3</sup> Fastställt 2025-08-31, giltig till och med 2026-08-31. Fastställare Johanna Carlsson.



resurser från regionen att tillmötesgå och efterleva nuvarande avtal. Kommunens MAS har en dialog med Valfärd Gävles upphandlingsenhet för att diskutera ny upphandling.

Vid intervjuer framkommer att verksamheten, baserat på resultat från utförda externa kvalitetsgranskningar, bland annat har installerat låsbara skåp i hemtjänstens lokaler. Legitimerad personal placerar varje hemsjukvårdspatients medicin i medicinskåpet och den delegerade hemtjänstpersonalen ansvarar för att ta med medicinen till varje enskild kund. Vid intervjuer med hemtjänstpersonal påtalas att personalen upplever en otrygghet kopplat till rutinen för transporter av mediciner till brukarna.

#### **Rekommendation 4: Vidta åtgärder för att få en fungerande avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete avseende läkemedelshantering.**

I nämndens svar på revisionsrapporten noteras att granskningen påvisar brister kopplat till avvikelshantering. Det framkommer bland annat oklarheter kopplat till vem som ska skriva avvikelser samt runt vilka händelser/incidenter det ska ske. Valfärd Gävle erbjuder regelbundet utbildning i avvikelshantering, både fysiska utbildningar likväl som digitala. Enligt nämnden föreligger dock ett fortsatt behov av att kontinuerligt erbjuda dessa insatser. En översyn görs av avvikelshanteringssystemet i syfte att se hur det ska fungera framgent. För nuvarande ledningssystem har en avtalsförlängning gjorts motsvarande 1 år. I samband med förnyat avtal noterar nämnden att en inventering bör göras av vilka andra ledningssystem som andra kommuner nyttjar. Avseende avvikelserna så är det enhetschef i verksamheten som ska utreda och riskbedöma samt följa resultaten gällande avvikelserna. Detta finns visualiserat i analysverktyget Power BI och genomförda analyser på orsaker och åtgärder till avvikelserna ska skickas till MAS en gång per år.

I vår granskning har vi tagit del av *Rutin för avvikelshantering med Treservas modul<sup>4</sup>*. Rutinen gäller för både biståndshandläggare och utförare av biståndsbedömda verksamheter i äldre- och funktionshindersomsorg (inklusive externa utförare) samt kommunal hälso- och sjukvård, som har tillgång till avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva. Rutinen beskriver bland annat Socialstyrelsens definition för vad en avvikelse är, syftet med att registrera en avvikelse, vem som ska registrera en avvikelse samt hur utredningsprocessen sker efter att en avvikelse är registrerad. Vidare framgår att ansvarig enhetschef ska se till att förebyggande åtgärder vidtas och följs upp för att säkerställa att de haft önskad effekt. När en avvikelse följts upp ska den registreras som slutförd. Det framgår även att senast den 15 januari varje år ska ansvarig verksamhetschef lämna en årssammanställning per enhet med antal avvikelser, analys och eventuella vidtagna åtgärder för föregående kalenderår. Kvalitetsteamet är mottagare av årssammanställningen. Rutinen har reviderats sedan den föregående granskningen.

---

<sup>4</sup> Upprättad 2016-05-04, reviderad 2025-07-04, godkänd av Biträdande Sektorchef.

Vid intervjuer framgår att ovanstående årssammanställning upprättas genom dokumenterade verksamhetsplaner. Vi har inom ramen för den uppföljande granskningen tagit del av *Verksamhetsplan Hälso- och sjukvårdskontoret 2025* samt *Verksamhetsplan VO Stöd i hemmet Hemtjänst natt och larm 2025*. Vi kan i dessa verksamhetsplaner inte finna en spårbarhet kring antal avvikelser per enhet, analyser och eventuella vidtagna åtgärder utifrån ett systematiskt förbättringsarbete avseende läkemedelshantering.

De intervjuade ger uttryck för att rutinen för avvikelshantering är i stort känd i verksamheten men att det inte alltid är tydligt när en avvikelse ska rapporteras. Vidare uppges i intervju att hemtjänstpersonal ibland har svårt att hinna skriva avvikelser under arbetspasset. Vidare beskrivs både från hemtjänstpersonal och sjuksköterskor att det kan finnas ett mörkertal av avvikelser då inte all personal skriver avvikelser.

I granskningen har vi tagit del av den övergripande och länsgemensamma *Riktlinjen Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård i Gävleborg*<sup>5</sup>. Syftet med riktlinjen är att följa lagar och författningar rörande läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård med utgångspunkt från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering i hälso- och sjukvården. Riktlinjen omfattar bland annat moment från ordination, rekvisition och iordningställande till administrering/överlämnande av läkemedel, samt hantering av förråd med eventuella retur. Det är den länsgemensamma grupp som arbetat fram riktlinjen vilka består av medicinskt ansvariga sjuksköterskor från Gävle och Hudiksvalls kommun, legitimerade sjuksköterskor från Ovanåker, Hofors och Ockelbo samt legitimerade receptarier från Region Gävleborg. Riktlinje för läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård ska fastställas lokalt av varje kommuns MAS. Vid intervju bekräftas att riktlinjen för läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård lokalt fastställts av kommunens MAS. Vi kan dock inte finna någon spårbarhet till att den är antagen lokalt. Vid intervjuer med sjuksköterskorna uppges att denna riktlinje inte är helt känd i verksamheten.

I omvårdnadsnämndens *patientsäkerhetsberättelse 2024*<sup>6</sup> framgår att kvalitetssamordnarnas roll har förändrats under 2024 till att arbeta mer proaktivt genom att identifiera kvalitetsbrister samt säkerställa att gällande rutin följs, i stället för som tidigare med uppdraget att utreda avvikelser. Därtill ska kvalitetssamordnarnas förändrade uppdrag innefatta att stödja arbetet med att ta fram nya kvalitetssäkrade arbetssätt för att främja patientsäkerheten, stödja med att identifiera och säkerställa att rätt kompetens finns i verksamheten. Kvalitetssamordnarna har, tillsammans med MAS och MAR (medicinskt ansvarig rehab), korta veckovisa avstämningar med respektive enhetschef för genomgång av aktuella avvikelser inom respektive enhetschefs teamområde samt gå igenom behovet av åtgärder. I patientsäkerhetsberättelsen noteras att trenden på antal registrerade avvikelser är stigande och att andelen ej hanterade avvikelser samtidigt fortsatt att öka. Under 2024 uppges att 1 806 avvikelser registrerats gällande läkemedelshantering inom verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Identifierade

---

<sup>5</sup> Upprättad av kommunala läkemedelsgruppen 2018-05-07, reviderad 2024-12-09. Riktlinjen som erhållits omfattar inte fastställandedatum för respektive kommun.

<sup>6</sup> Omvårdnadsnämnden 2025-02-05. Dnr 25ON33.

bakomliggande orsaker till avvikelserna uppges bland annat vara stressig arbetsmiljö, skiftbyten, mänskliga faktorn – personalen glömmar bort att ge läkemedel, brist på kommunikation och samverkan och språkförbistringar. Åtgärder som noteras i patientsäkerhetsberättelsen är att delegering har dragits in då flera läkemedelsavvikelser orsakats av samma person, förändringar i schema vid skiftbyten och genomgång av rutiner på APT.

I patientsäkerhetsberättelsen framgår även att ett av omvårdnadsnämndens mål avser att avvikelser ska poängbedömas inom två veckor samt att avvikelshantering är ett prioriterat område i handlingsplanen för patientsäkerhet. Vid intervjuer bekräftas att regelbundna avvikelseavstämningar sker varje vecka genom MAS, MAR och enhetschefer inom respektive teamområde samt kvalitetsutvecklare.

Sedan tidigare genomförd granskning uppges att flera åtgärder vidtagits genom att rutiner och riktlinjer har reviderats och att lokala arbetsordningar och bilagor till den övergripande riktlinjen har tagits fram som ett stöd. Digital signering är införd i kommunen vilket uppges medföra att den omvårdnadspersonal som inte har en giltig delegering inte kan signera att läkemedel har överlämnats till den enskilde. Vid intervjuer bekräftas att digital signering av läkemedel sker inom i alla av kommunens hemtjänstområden. Digital signering är ännu inte implementerat för de som har en privat hemtjänstleverantör.

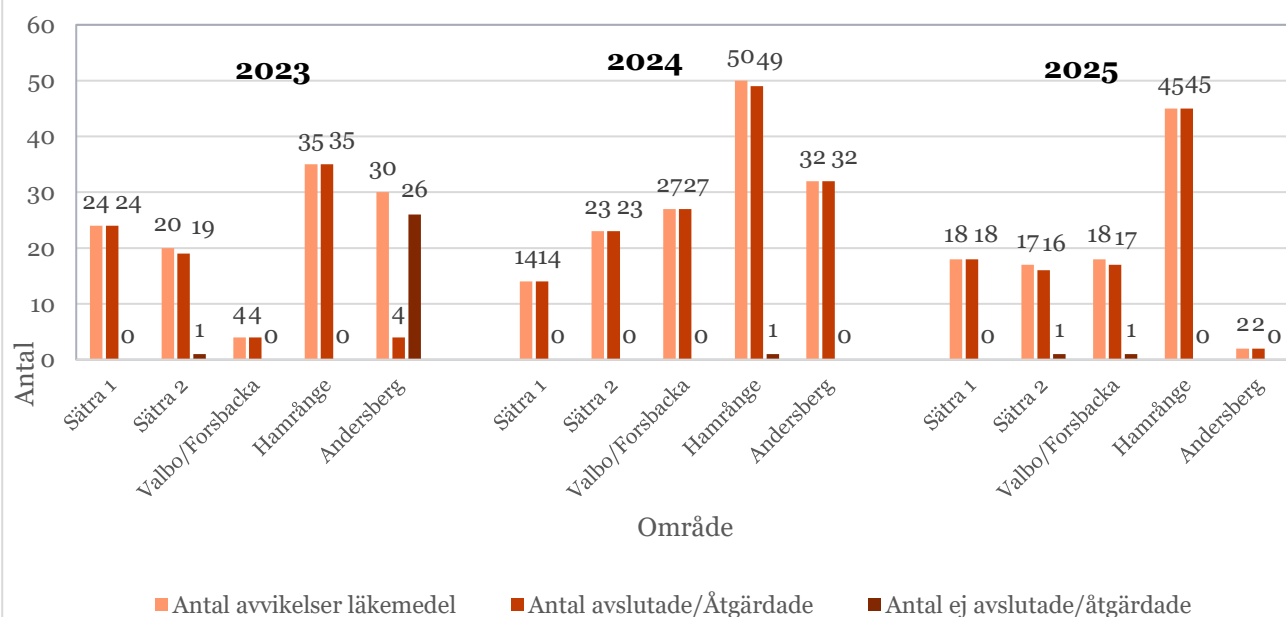
### **Statistik – avvikelser läkemedelshantering**

I den tidigare granskningen noterades att det förekom, i varierad grad mellan hemtjänstens enheter, flertalet oåtgärdade avvikelser. Sätra 2 och Andersberg hade i högre grad antal ej avslutade/åtgärdade avvikelser under 2022 avseende läkemedelshantering. Samtidigt noterades att Hamrånge och Sätra 1 hade avslutat och åtgärdat samtliga avvikelser avseende läkemedelshantering under 2022. Statistik från tidigare genomförd granskning återfinns i tidigare genomförd granskningsrapport samt som bilaga i denna rapport.

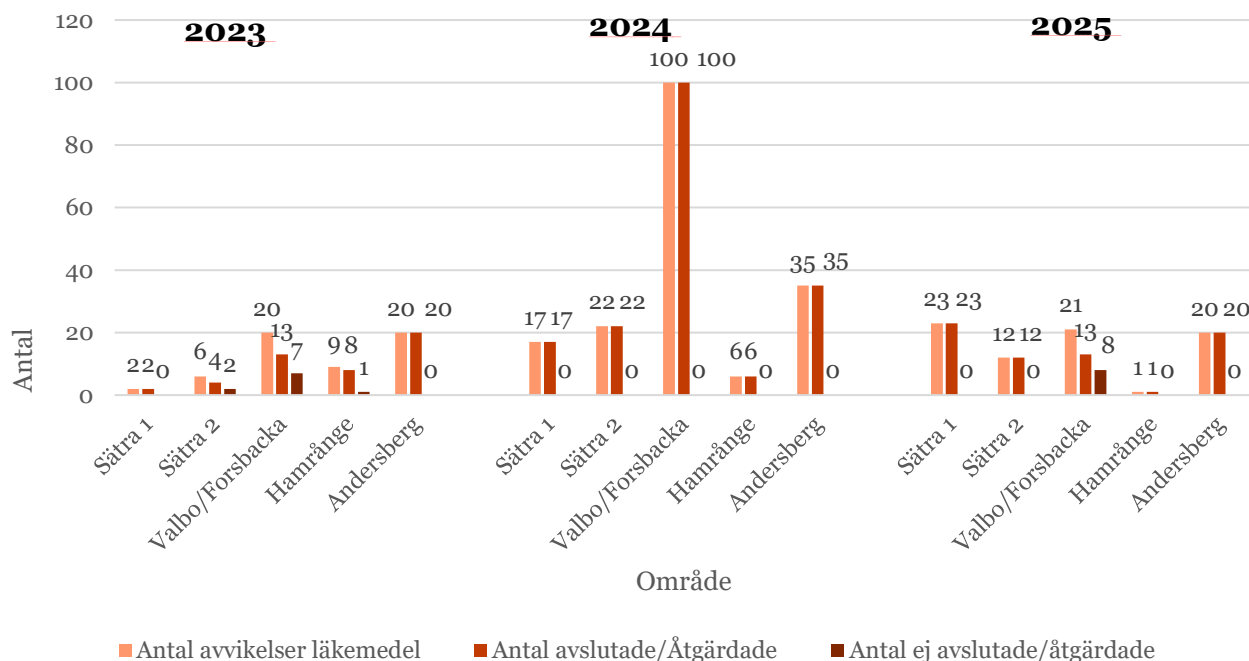
Inom ramen för vår uppföljande granskning har vi tagit del av statistik för åren 2023, 2024 och 2025 (januari-juni) för granskningens urval av områden inom hemtjänst och hemsjukvård samt avseende:

- Totalt antal avvikelser avseende läkemedelshantering
- Antal avslutade och åtgärdade avvikelser avseende läkemedelshantering
- Antal ej avslutade och åtgärdade avvikelser avseende läkemedelshantering för granskningens urval av områden.

## Hemtjänst



## Hemsjukvård



Vi kan utifrån analys avseende erhållen statistik konstatera att:

- Antalet avslutade/åtgärdade avvikelser har ökat jämfört mot tidigare genomförd granskning samtidigt som totalt antal registrerade avvikelser avseende läkemedelshantering har ökat jämfört mot tidigare. Det är endast ett fåtal avvikelser under 2023, 2024 och 2025 som inte är avslutade/åtgärdade.

### *Hemtjänst:*

- Totalt antal registrerade avvikelser avseende läkemedelshantering inom hemtjänsten uppgick till år 2022 till 135 st, 113 st år 2023, 145 st år 2024 och 100 st 2025 (januari-juni). Detta är en ökning mellan åren 2022 och 2024 med 10 registrerade avvikelser. Hamrånge har noterat det högsta antalet avvikelser per år, medan Valbo/Forsbacka har rapporterat det lägsta antalet för år 2023. Under 2024 var det Sättra 1 som stod för de färre avvikelserna, och hittills under 2025 har Andersberg registrerat det lägsta antalet.
- Antalet ej avslutade/åtgärdade avvikelser år 2023 i Andersberg uppgår till 26 st vilket sticker ut något. Sättra 1 har under samma period en avvikelse som inte åtgärdats/avslutats. Övriga områden har för samma period samtliga avvikelser åtgärdade/avslutade.
- Hamrånge har en registrerad avvikelse under 2024 inom hemtjänsten som ännu inte avslutats/åtgärdats. Övriga områden har för samma period samtliga avvikelser åtgärdade/avslutade.
- Sättra 2 och Valbo/Forsbacka har en varsin avvikelse som inte åtgärdats/avslutats för år 2025. Övriga områden har för samma period samtliga avvikelser åtgärdade/avslutade.

### *Hemsjukvård:*

- Totalt antal registrerade avvikelser avseende läkemedelshantering inom hemsjukvården uppgick år 2022 till 61 st, 228 st år 2023, 180 st år 2024 och 58 st 2025 (januari-juni). Detta påvisar en ökning mellan åren 2022 och 2023 med 167 st (73 procent). Hamrånge redovisar totalt lägsta antalet registrerade avvikelser för åren 2023–2025 samtidigt som Valbo/Forsbacka har registrerat flest antal avvikelser under samma period. Sättra 1 har ökat sin rapportering av avvikelser för varje år.
- Hemsjukvården har under år 2023 3 st avvikelser som inte åtgärdats/avslutats varav 2 st tillhör område Sättra 2 och en tillhör Hamrånge. Övriga områden har för samma period samtliga avvikelser åtgärdade/avslutade.
- Valbo/Forsbacka har mellan åren 2023 och 2024 en ökning med 80 st registrerade avvikelser samt en ökning mellan åren 2024 och 2025 (januari-juni).
- Under 2024 har samtliga områden åtgärdat/avslutat registrerade avvikelser.
- Valbo/Forsbacka har åtta avvikelser under år 2025 som ännu inte avslutats/åtgärdats. Övriga områden har för samma period samtliga avvikelser åtgärdade/avslutade.

**Rekommendation 5: Analysera eventuella skillnader mellan olika stadsdelar vad det gäller läkemedelshantering och vidta åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade.**

I nämndens svar på revisionsrapporten framgår inga specifika åtgärder kopplat till denna rekommendation.

I granskningen framkommer att analys från hälso- och sjukvårdskontoret har genomförts gällande avvikelser. Exempel på identifierade orsaker till registrerade avvikelser uppges vara:

- brister i delegeringsutbildningar då olika innehåll ges vid utbildningstillfället
- brister i planeringsverktyget TES då de inte används av samtliga hälso- och sjukvårdsenheten vilket leder till att åtgärder och uppföljningar missas
- brister avseende palliativ vård då patienter får vänta på bedömning och vård samt
- brister i suicidhantering genom bristande kompetens och bristande kännedom om aktuell rutin.

I granskningen framkommer att åtgärder till viss del har vidtagits utifrån ovanstående områden. Bland annat uppges att det finns en extra telefon som är insatt för palliativa patienter/anhöriga/personal att ringa till en sjuksköterska, förändringar i schemat för att undvika att medicindelning inte sker vid skiftbyten och genomgång av rutiner vid arbetsplatsträffar (APT).

I omvårdnadsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2024 framgår att bedömningar av sannolikhets- och allvarlighetsgrad av avvikelser saknas i mycket stor utsträckning. Detta är ett prioriterat förbättringsområde i arbetet med avvikelshantering då sannolikhets- och allvarlighetsbedömningarna av medicinska avvikelser ligger till grund för om medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering blir informerade om händelsen eller inte. Vidare noteras att enhetschef för HSL ansvarar för att organisera och planera teamarbete kring kunden samt ansvarar för rapportering och avvikelshantering.

Vi har inom ramen för den uppföljande granskningen inte erhållit någon skriftlig analys kring eventuella skillnader mellan olika stadsdelar vad det gäller läkemedelshantering och eventuella vidtagna åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade. Vid genomgång av nämndens protokoll finns ingen spårbarhet till att nämnden efterfrågat eller erhållit några analyser inom området. Vid intervjuer bekräftas att några övergripande analyser ej har genomförts.

**Rekommendation 6: Säkerställa att delegerad personal har tillräckliga kunskaper för uppgiften.**

I nämndens svar på revisionsrapporten framgår inga specifika åtgärder kopplat till denna rekommendation.

Vid avstämning och intervjuer framkommer att ny delegeringsutbildning för omvårdnadspersonal inom samtliga teamområden är aktuellt. Detta i syfte att en och samma delegeringsutbildning ges oavsett

vilken verksamhet omvårdnadspersonalen arbetar i. Innehållet och materialet för denna utbildning har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av enhetschef för hälso- och sjukvård och fem sjuksköterskor som därefter har avstämts med kommunens MAS. Utbildningen kommer att innehålla områden som:

- Målet med utbildningen
- Lagar
- Ordinationslistor
- Olika läkemedelsformer
- Avvikelser
- Praktiska övningar

Vid intervjuer med både legitimerad personal samt omvårdnadspersonal uttrycks en positiv inställning till den planerade gemensamma utbildningen för all berörd personal. Endast ett fåtal sjuksköterskor i kommunen kommer att ansvara för utbildningen och de kommer att använda utbildningsmaterial som godkänts av kommunens MAS. Utbildningen kommer att starta i januari 2026 och genomförs fysiskt. Efter avslutad utbildning får varje deltagare genomföra ett kunskapstest för att bedöma om personen är kvalificerad för delegering av uppgiften. När testet har godkänts, erhåller medarbetaren ett diplom. Årligen genomförs ett uppföljande test för att eventuellt förnya delegeringen. Ansvarig enhetschef med utsedda sjuksköterskor kommer att bjuda in samtliga chefer inom extern samt intern regi för att kommunicera ut nya delegeringsutbildningens upplägg under hösten 2025.

Vi har i granskningen tagit del av *Rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter inom hälso- och sjukvård*<sup>7</sup> vilken är reviderad sedan föregående granskning. Rutinen beskriver bland annat definitioner för delegering, formell kompetens och handledning. Formell kompetens avser att personalen har legitimation för yrket. I intervjuer framkommer det att kontroll om personalen har den legitimation de uppgett sig ha endast genomförts vid nyanställning och då av HR-avdelningen. Någon kontroll under pågående anställning sker ej.

#### **Rekommendation 7: Säkerställa efterlevnad av gällande rutiner exempelvis:**

- att det finns lokalt upprättade rutiner för respektive hemsjukvårdsområde i enlighet med rutin för läkemedelshantering
- att *Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården* revideras löpande i enlighet med vad som framgår i rutinen.

---

<sup>7</sup> Upprättad 2016-03-26, reviderad 2025-08-28, godkänd av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

**- att egenkontroller inom hemsjukvården genomförs i enlighet med Rutin för läkemedelshantering.**

I nämndens svar på revisionsrapporten att rutiner för läkemedelshantering är säkra ingår i det lagstadgade ansvaret för MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska, liksom att besluten om delegering är patientsäkra. Att dessa rutiner efterlevs är verksamhetschef för Hälso- och sjukvårdens ansvar.

Inom ramen för den uppföljande granskningen har vi tagit del av *Rutin för läkemedelshantering*<sup>8</sup> vilken har reviderats sedan tidigare genomförd granskning. Rutinen gäller för samtliga utförare inom Valfärd Gävle där nämnderna har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, chefer och delegerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård. Syftet med rutinen är att följa lagar och författningar rörande läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård. Rutinen beskriver bland annat att extern kvalitetsgranskning ska genomföras minst en gång per år. I samband med kvalitetsgranskning ska den som granskar ge råd och stöd samt lämna förbättringsförslag till enheten. Vid intervjuer framkommer att egenkontroller av läkemedelshantering genomförs innan extern kvalitetsgranskning sker och skickas därefter till MAS. Egenkontrollerna följs därefter upp inom ramen för den kvalitetsgranskningen då den sjuksköterska som är utsedd att vara ansvarig för läkemedelsförrådet alltid medverkar.

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av *Läkemedelshantering - extern Kvalitetsgranskning av kommunverksamhet - Rutin - Gävleborgs län*<sup>9</sup>. Rutinen omfattar bland annat en checklista för läkemedelshantering.

Som vi tidigare har nämnt i rapporten så har vi inom ramen för granskningen tagit del av lokala arbetsordningar för läkemedelshantering som även utgått från enhetlig mall. I de lokala arbetsordningarna framgår att kvalitetsuppföljning – egenkontroll ska ske årligen. Vi har inom ramen för granskningen erhållit dokumenterade och genomförda egenkontroller avseende läkemedelshantering för år 2024 - 2025. Egenkontrollerna har genomförts i enlighet med regionens checklista.

I nämndens patientsäkerhetsberättelse 2024 framgår att det under 2024 har genomförts externa kvalitetsgranskningar av de läkemedelsförråd som finns i hemsjukvården. Den externa kvalitetsgranskningen genomfördes i samverkan med Region Gävleborgs läkemedelsenhet. Egenkontroll görs av verksamheten inför granskningen men även den kvalitetsgranskning som genomfördes under 2023 följs upp. Handlingsplan upprättas av ansvariga för verksamheten och lämnas till MAS. Förbättringsområden som framkom i den externa kvalitetsgranskningen noteras följande:

- Upprättande av lokal arbetsordning för läkemedelshantering
- Hållbarhetskontroll samt dokumentation enligt upprättad rutin
- Följsamhet till rutinen gällande temperaturmätning

---

<sup>8</sup> Upprättad 2016-05-20, reviderad 2025-08-28, godkänd av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

<sup>9</sup> Upprättad av Region Gävleborg giltig till och med 2026-08-31.



- Följsamhet till rutin för kontrollräkning av narkotika hemma hos patienten
- Signaturförtydligandelistor behöver upprättas
- Följsamhet till samverkansdokument/riktlinjen för Läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård som tagits fram i samverkan med Region Gävleborgs läkemedelsenhet samt representanter för MAS i länet.

I patientsäkerhetsberättelsen noteras att det systematiska kvalitetsarbetet avseende riskanalyser, utredning av avvikelser och egenkontroller utgör en utmaning inför år 2025.

Under intervjuer framkommer det att Sektor Vårlds kvalitetssteam har i uppdrag att förbereda underlag för egenkontroller, baserade både på befintliga rutiner och insikter från IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Det framgår också att egenkontroller av läkemedelshantering kan förbättras, särskilt genom att införa mer systematik i det fortlöpande arbetet hos hemtjänst- och hemsjukvårdskunderna.

## Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Rekommendation	Rekommendation genomförd
<b>Rekommendation 1:</b> Utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete så att det omfattar områden och dokumentation kopplat till att kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Detta för att efterleva gällande krav i SOSFS 2011:9	Vi bedömer att rekommendationen är <i>delvis</i> åtgärdad.  Vi bedömer att det har upprättats rutiner avseende Vårld Gävles ledningssystem som bland annat tydliggör strukturen för hur rutiner ska upprättas och när revidering av dessa ska ske. Uppföljningen visar att det har utvecklats system för att underlätta navigering och tillgång till lokala rutiner. Vi kan konstatera att det finns vissa brister kopplat till spridning av information om när revidering/upprättande av nya rutiner har genomförts samt att det finns behov av att säkerställa tillgång till utbildning och stöd för bättre användning av ledningssystemet.  Vi bedömer att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i dagsläget inte omfattar dokumentation kopplat till att följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det planeras dock att integreras i ledningssystemet till år 2026 vilket vi ser positivt på.
<b>Rekommendation 2:</b> Säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är känt i alla verksamheter.	Vi bedömer att rekommendationen är <i>delvis</i> åtgärdad.  Vi bedömer att det finns reviderade rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet. Rutinen utgör den övergripande styrningen för det systematiska kvalitetsarbetet inom Vårld Gävle.

	<p>Genomförd granskning visar att det sker ett arbete med att säkerställa att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är känt i alla verksamheter. Kommunikation på en övergripande nivå sker genom samverkansmöten med Valfärd Gävles kvalitetsteam, på en verksamhets- och enhetsnivå ingår medvetandegörandet genom berörda chefer genom bland annat arbetsplatsträffar.</p> <p>Vi bedömer dock att det finns ett behov av att säkerställa att arbetet med information om ledningssystemet fortskrider då det inom ramen för granskningen påtalas att en hög personalomsättning försvårat arbetet och påverkar kännedomen negativt.</p>
<p><b>Rekommendation 3:</b></p> <p>Genomföra extern kvalitetssäkring i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9).</p>	<p>Vi bedömer att rekommendationen är <i>delvis</i> åtgärdad.</p> <p>Vi bedömer att det finns lokala arbetsordningar för läkemedelshantering i enlighet med upprättad mall avseende lokala arbetsordningar. Granskningen visar att de externa kvalitetsgranskningarna under 2025 är pågående och att de kvarvarande kvalitetsgranskningarna enligt uppgift kommer att vara klara innan årets slut. Vidare framgår att externa kvalitetsgranskningar av generella läkemedelsförråd har genomförts på samtliga vård- och omsorgsboenden avseende åren 2023 och 2024. Genomförd granskning visar att externa kvalitetsgranskningar inom hemsjukvården genomfördes avseende år 2024 men ej för år 2023 vilket vi ser som en brist.</p> <p>Genomförd granskning visar att nuvarande avtal avseende farmaceut är uppsagt. Vi ser det som väsentligt att omvårdnadsnämnden säkerställer denna kompetens framåt då farmaceuten tillsammans med kommunens MAS genomför de externa kvalitetsgranskningarna.</p>
<p><b>Rekommendation 4:</b></p> <p>Vidta åtgärder för att få en fungerande avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete avseende läkemedelshantering.</p>	<p>Vi bedömer att rekommendationen är <i>delvis</i> åtgärdad.</p> <p>Vi bedömer att det finns reviderade rutiner för avvikelshantering som bland annat beskriver Socialstyrelsens definition för vad en avvikelse är, syftet med att registrera en avvikelse, vem som ska registrera en avvikelse samt hur utredningsprocessen sker efter en avvikelse är registrerad. Genomförd granskning visar dock att det finns ett behov av att säkerställa kännedom i organisationen om när en avvikelse ska rapporteras. Det framkommer i granskningen att</p>

	<p>det finns en risk för ett mörkertal till antalet registrerade avvikelser, där en orsak uppges vara tidsbrist. Vi ser det som väsentligt att dessa noterade brister hanteras för att säkerställa en tillräcklig och fungerande avvikelshantering.</p> <p>Genomförd granskning visar att det har skett förändringar kopplat till kvalitetssamordnarens roll med ett ökat fokus på proaktivt arbete med att identifiera kvalitetsbrister och säkerställa efterlevnad av rutiner. Vi noterar att det totala antalet registrerade avvikelser har ökat. Vi ser det som väsentligt att det även fortsatt vidtas åtgärder utifrån identifierade orsaker.</p> <p>Vi bedömer att införande av digital signering bidrar till att säkerställa att endast behörig personal kan signera läkemedelsöverlämning, även om detta ännu inte omfattar privata hemtjänstleverantörer.</p>
<p><b>Rekommendation 5:</b></p> <p>Analysera eventuella skillnader mellan olika stadsdelar vad det gäller läkemedelshantering och vidta åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade.</p>	<p>Vi bedömer att rekommendationen <i>inte</i> är åtgärdad.</p> <p>Vi har inom ramen för den uppföljande granskningen inte erhållit någon skriftlig analys kring eventuella skillnader mellan olika stadsdelar vad det gäller läkemedelshantering och eventuella vidtagna åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade. Vid genomgång av nämndens protokoll finns ingen spårbarhet till att nämnden efterfrågat eller erhållit några analyser inom området.</p>
<p><b>Rekommendation 6:</b></p> <p>Säkerställa att delegerad personal har tillräckliga kunskaper för uppgiften.</p>	<p>Vi bedömer att rekommendationen är <i>delvis</i> åtgärdad.</p> <p>Vår bedömning är att verksamheten har utifrån sin egen analys påtalat brister i delegationsutbildningen som i sin tur påverkar kunskapen kring delegering.</p> <p>Vi ser dock positivt på att det har arbetats fram en ny delegeringsutbildning för omvårdnadspersonal inom samtliga områden i kommunen. Utbildningen är obligatorisk och kommer att genomföras fysiskt från januari 2026. Årligen genomförs ett uppföljande test för att eventuellt förnya delegeringen. Vidare gör vi bedömningen att det finns en reviderad rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter inom hälso- och sjukvård.</p>

<p><b>Rekommendation 7:</b> Säkerställa efterlevnad av gällande rutiner exempelvis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- att det finns lokalt upprättade rutiner för respektive hemsjukvårdsområde i enlighet med rutin för läkemedelshantering</li> <li>- att Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården revideras löpande i enlighet med vad som framgår i rutinen.</li> <li>- att egenkontroller inom hemsjukvården genomförs i enlighet med Rutin för läkemedelshantering.</li> </ul>	<p>Vi bedömer att rekommendationen är <i>delvis</i> åtgärdad.</p> <p>Vi bedömer att det finns reviderade rutiner och checklistor för läkemedelshantering och rutiner för extern kvalitetsgranskning av kommunverksamhet. Genomförd granskning visar att egenkontroller avseende läkemedelshantering har genomförts för år 2024 och 2025 i enlighet med framtagna checklistor.</p> <p>Vi bedömer att lokala arbetsordningar för läkemedelshantering finns och utgår från en enhetlig mall. I de lokala arbetsordningarna framgår att kvalitetsuppföljning – egenkontroll ska ske årligen vilket genomförd granskning visar att det har genomförts och dokumenterats för år 2024–2025. Granskningen visar dock att det finns ett behov av att stärka systematiken i det fortlöpande arbetet hos hemtjänst- och hemsjukvårdskunderna främst kopplat till att säkerställa tillgänglighet till aktuella läkemedelslistor hos kunderna. Vi noterar även att det systematiska kvalitetsarbetet avseende riskanalyser, utredning av avvikelser och egenkontroller lyfts som en utmaning inför år 2025. Vi bedömer att det är väsentligt att Valfärd Gävle säkerställer att detta sker på ett tillfredsställande sätt och i enlighet med befintliga rutiner framåt.</p>
--	--

## Revisionell bedömning

PwC har, på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun, genomfört en uppföljande granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst. Syftet har varit att bedöma om omvårdnadsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar.

Vi bedömer att omvårdnadsnämnden *inte helt* har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst.

## Rekommendationer

Vid den granskning som genomfördes 2023 lämnades sju rekommendationer.

Efter den uppföljande granskningen lämnar vi nu följande rekommendationer till omvårdnadsnämnden:

- Utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete så att det omfattar områden och dokumentation kopplat till att kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Detta för att efterleva gällande krav i SOSFS 2011:9.
- Säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är känt i alla verksamheter.
- Säkerställa att extern kvalitetssäkring i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 fortsättningsvis genomförs.
- Säkerställa att rutiner för avvikelshantering efterlevs.
- Se över behovet av att analysera eventuella skillnader mellan olika stadsdelar avseende läkemedelshantering och vidta eventuella åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade.
- Säkerställ att egenkontroller genomförs i enlighet med rutin för läkemedelshantering och att det sker på ett systematiskt sätt.

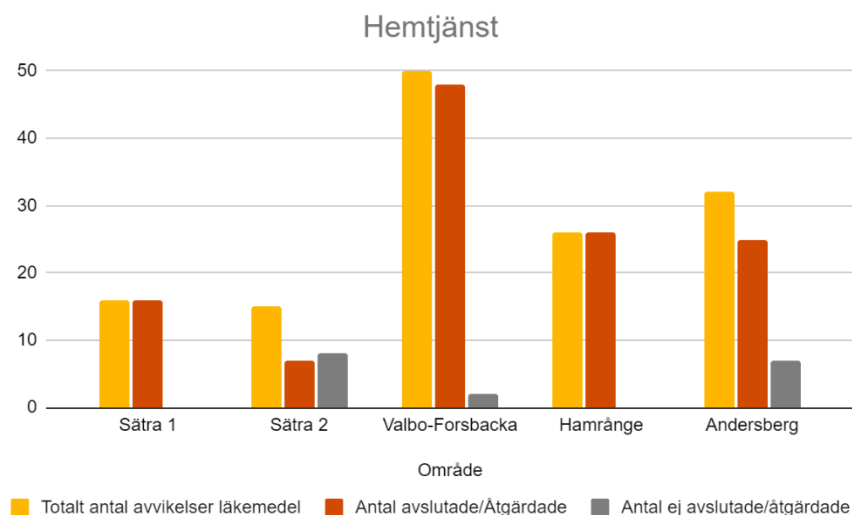
## Bilaga

Statistik som redovisades i rapporten *Granskning läkemedelshantering* som genomförd 2023 framgår nedan.

Nedanstående diagram avser *hemtjänstens* statistik år 2022 avseende:

- Totalt antal avvikelser avseende läkemedelshantering
- Antal avslutade och åtgärdade avvikelser avseende läkemedelshantering
- Antal ej avslutade och åtgärdade avvikelser avseende läkemedelshantering för granskningens urval av områden.

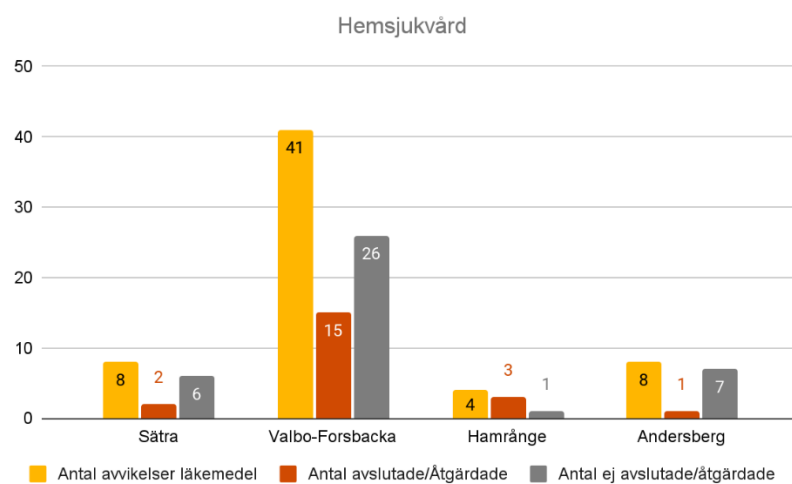
Vi kan utifrån nedanstående statistiskt konstatera att Sättra 2 och Andersberg har i högre grad antal ej avslutade/åtgärdade avvikelser under 2022 avseende läkemedelshantering. Vi kan vidare konstatera att Hamrånge och Sättra 1 har avslutat och åtgärdat samtliga avvikelser avseende läkemedelshantering under 2022.



Nedanstående diagram avser *hemsjukvårdens* statistik år 2022 avseende:

- Totalt antal avvikelser avseende läkemedelshantering
- Antal avslutade och åtgärdade avvikelser avseende läkemedelshantering
- Antal ej avslutade och åtgärdade avvikelser avseende läkemedelshantering för granskningens urval av områden.

Vi kan utifrån nedanstående statistik konstatera att Valbo-Forsbacka har ett högre antal avvikelser avseende läkemedelshantering mot övriga områden. Vi kan vidare konstatera att Andersberg, Sättra och Valbo-Forsbacka i högre grad har antal ej avslutade/åtgärdade avvikelser under 2022 avseende läkemedelshantering.



2025-11-26

Hanna Franck

---

*Uppdragsledare*

Malou Olsson

---

*Projektledare*

---

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