

Revisionsberättelse för omvårdnadsnämnden år 2023

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer, har granskat den verksamhet som bedrivits av omvårdnadsnämnden. Granskningen har utförts av sakkunniga som biträder revisorerna.

Styrelse, nämnder och beredningar ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. De ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och återredovisning till fullmäktige.

Revisorerna ansvarar för att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och reglemente för revisorerna i Gävle kommun. Under året har det genomförts grundläggande granskning. Granskningen visar att nämndens verksamhetsplan har saknat beskrivningar om hur mål och uppdrag ska genomföras. Det är svårt att förstå nämndens indikatorer eftersom det inte framgår vad som ska mätas eller vad målvärdena motsvarar. De genomförda aktiviteterna är svåra att verifiera eftersom de inte har beskrivits i verksamhetsplanen. Nämnden behöver i högre grad beskriva hur den avser att uppnå sina mål.

Vi bedömer att omvårdnadsnämndens verksamhet har skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vi bedömer att interna kontrollen har varit tillräcklig.

Vi tillstyrker att fullmäktige beviljar ansvarsfrihet för omvårdnadsnämnden.

Vi åberopar bifogade rapporter.

Eva-Karin Hamilton har p.g.a. jäv inte deltagit i granskningen.

Gävle kommun 2024-04-25

KOMMUNREVISIONEN

Gävle kommun, 801 84 GÄVLE, Besöksadress Rådhusorget 1

Tfn 026-17 80 00 (vx)

kommunrevisionen@gavle.se

revisionsberättelse - omvårdnadsnämnden

(Signerat, SHA-256 76B24C10FDF3B4ABD9D456B1CE898411A8C34894F37BBD4A0019E1A82FAB0321)

Yvonne Bäckius

Rosalie Carlén

Arne Övrelid

Charlotta Lagnander

Kenneth Levin

Ann Katrine Myles

Bilagor:

Grundläggande granskning 2023

Revisionsrapport – granskning hantering av läkemedelshantering inom
hemsjukvård och hemtjänst

Signering

Följande parter har signerat detta dokument

Namn: Yvonne Bäckius

Datum: 2024-05-10 10:48

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

76B24C10FDF3B4ABD9D456B1CE898411A8C34894F37BBD4A0019E1A82FAB0321

Namn: ROSALIE CARLÉN

Datum: 2024-05-06 12:55

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

76B24C10FDF3B4ABD9D456B1CE898411A8C34894F37BBD4A0019E1A82FAB0321

Namn: CHARLOTTA LAGNANDER

Datum: 2024-05-07 07:52

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

76B24C10FDF3B4ABD9D456B1CE898411A8C34894F37BBD4A0019E1A82FAB0321

Namn: Kenneth Levin

Datum: 2024-05-06 16:57

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

76B24C10FDF3B4ABD9D456B1CE898411A8C34894F37BBD4A0019E1A82FAB0321

Namn: ARNE ÖVRELID

Datum: 2024-05-07 11:34

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

76B24C10FDF3B4ABD9D456B1CE898411A8C34894F37BBD4A0019E1A82FAB0321

Namn: Ann Katrine Myles

Datum: 2024-05-10 09:47

Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:

76B24C10FDF3B4ABD9D456B1CE898411A8C34894F37BBD4A0019E1A82FAB0321

Omvårdnadsnämnden

Grundläggande granskning 2023



Grundläggande granskning 2023

Omvårdnadsnämnden

Hanna Franck, certifierad kommunal revisor, projektledare PwC

Elina Lundberg, projektmedarbetare PwC

Andreas Halvarsson, revisionschef kvalitetssäkrare

Gävle kommun 2024-04-25

Dnr.23REK14

www.gavle.se

Innehållsförteckning

Yrkesrevisorernas sammanfattande ställningstagande	3
Grundläggande granskning av omvårdnadsnämnden	5
Bakgrund	5
Avgränsning	5
Metod	5
Revisionskriterier	5
Bedömningsskala	6
Allmänt om nämnden	6
Målstyrning och måluppfyllelse	8
Nämndens planering	8
Nämndens uppföljning av målstyrning och måluppfyllelse per helår	8
Ekonomistyrning	14
Nämndens budget och resultat	14
Intern kontroll och riskanalys	15
Nämndens riskhantering och riskanalys	15
Nämndens internkontrollplan	15

Yrkesrevisorernas sammanfattande ställningstagande

Utifrån den grundläggande granskning som utförts gör yrkesrevisorerna nedanstående bedömningar och rekommendationer.

Yrkesrevisorerna tar nedan ställning till om verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt sätt, om ekonomistyrningen är tillfredsställande samt om den interna kontrollen är tillräcklig. Bedömningarna baseras på resultatet av revisionen inom de områden vi granskat.

Verksamhetens målstyrning

Yrkesrevisorerna bedömer nämndens målstyrning som inte helt ändamålsenlig. Bedömningen baseras på att nämndens verksamhetsplan antogs 2023-03-30. I verksamhetsplanen beskrivs budget, mål, indikatorer och uppdrag som ska uppnås/genomföras under verksamhetsåret. Verksamhetsplanen innehåller ingen beskrivning aktiviteter eller övrig beskrivning av hur mål eller uppdrag ska genomföras. Detta följer inte kommunstyrelsens anvisningar. De framtagna indikatorerna är svåra för läsaren att förstå då det inte framgår vad som ska explicit mätas eller vad målvärdena motsvarar. Vidare beskrivs i verksamhetsplanen att nämnden ska genomföra planerade aktiviteter under året som indikator för måluppfyllelse. Dessa aktiviteter omnämns inte i verksamhetsplanen.

I verksamhetsrapporten per helår redovisas måluppfyllelse, utfall samt status för indikatorer och genomförda aktiviteter. Nämnden uppnår åtta mål medan tre mål inte uppnås. För alla utom ett mål baseras måluppfyllelse på en sammanvägning av det arbete som genomförts under året och utfall samt status på indikatorer. För ett mål redovisas inget utfall för målets indikatorer, det gör att måluppfyllelsen baseras i högre utsträckning på genomförda aktiviteter. Nämndens analys av indikatorer varierar. Verksamhetsrapporten innehåller en beskrivning av de aktiviteter som genomförts under året. Vi noterar en svårighet att verifiera genomförda aktiviteter i och med att de inte beskrivits i verksamhetsplanen.

Rekommendationer

Yrkesrevisorerna rekommenderar att nämnden säkerställer att verksamhetsplanen upprättas i enlighet med kommunens anvisningar.

Ekonomistyrning

Yrkesrevisorerna bedömer nämndens ekonomistyrning som inte helt tillfredsställande. Nämndens resultat inte håller sig inom den ekonomiska ramen från kommunfullmäktige. Nämndens underskott på 33,7 mnkr är en avvikelse mot årsprognosen som gjordes vid delår 2. Nämndens årsprognos beräknades då till -25,0 mnkr och vilket var en avvikelse mot periodiserad budget på -34,0 mnkr. Utifrån en analytisk granskning av nämndens resultaträkning synes nämndens förklaring till avvikelse mot budget vara rimlig.

Nämnden beslutade i maj 2023 om ett antal åtgärder utifrån det prognostiserade underskottet. Åtgärderna bestod av att uppdra till sektor välfärd att genomföra ett antal utredningar och återkomma med förslag på besparingsåtgärder. Det anges att åtgärderna kommer genomföras under 2023 men full effekt uppnås först under 2024. Sedan maj har nämnden fått löpande återrapporering (månadsrapporter) om det ekonomiska utfallet, förklaring till avvikelserna och vilka åtgärder som genomförs.

Intern kontroll

Yrkesrevisorerna bedömer nämndens interna kontroll som i allt väsentligt tillräcklig. En riskanalys är framtagen och ligger till grund för interkontrollplanen som fastställts av nämnden. Vi noterar att nämnden identifierat en kritisk risk att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen. Intern kontrollplanen innehåller fullständiga beskrivningar av: risker, risknivåer, kontrollmoment, kontrollmomentansvariga och periodicitet.

Internkontrollrapport för året har fastställts av nämnden. Rapporten/ uppföljningen visar att samtliga risker följts upp. Genomförd uppföljning visar på större avvikelser när det gäller risken att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen. Beskrivningen av uppföljningen är begriplig och varierande i omfattning.

Grundläggande granskning av omvårdnadsnämnden

Bakgrund

Den grundläggande granskningen är en del av den granskning som genomförs och syftar till att ge de förtroendevalda revisorerna en grund för beslutet att till- eller avstyrka ansvarsfrihet för nämnden i rapporteringen till kommunfullmäktige. Den ska också ge ett underlag till om kritik eller anmärkning ska framföras till nämnden.

I denna rapport tar den yrkesrevisor som är sakkunnigt biträde ställning till de grundläggande frågorna om

- verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt,
- om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig.

Den grundläggande granskningen i rapporten är ett av underlagen för revisorernas bedömning om de ska tillstyrka att nämnden beviljas ansvarsfrihet.

Avgränsning

Granskning av om räkenskaperna är rättvisande beskrivs i granskningsrapporterna för Gävle kommuns delårsrapport och årsredovisning. Eventuella fördjupade granskningar rapporteras i separata revisionsrapporter.

Metod

Metoder som använts i granskningsarbetet har varit följande:

- Dokumentanalys (till exempel sammanträdeshandlingar, verksamhetsplan, verksamhetsrapporter)
- Intervjuer/maillkontakter
- Dialogmöte där de förtroendevalda revisorerna samt sakkunniga biträden deltar
- Hearing med nämndens ordförande och sektorledning.

Kommunrevisionen planerar årligen in ett dialogmöte med nämnden som ett led i den grundläggande granskningen. Inför dialogmötet ombeds nämnden att inkomma med skriftliga svar på frågor från kommunrevisionen som behövs för den grundläggande granskningen. Frågorna diskuteras sedan med nämnden under dialogmötet.

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som utgör underlag för de analyser, slutsatser och bedömningar som görs av yrkesrevisorn. I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- Kommunallagen 6 kap. 6 §
- Gemensamt reglemente för kommunstyrelse och nämnder i Gävle kommun 3 § p.1,2,4,5 och 6
- Nämndens reglemente
- Reglemente för intern kontroll 2 §, 5 § och 6–8 §§
- Kommunplan med årsbudget 2023

Bedömningskala

Nedan anges den bedömningskala som används för att tydliggöra granskningsresultatet i förhållande till angivna revisionskriterier. Begreppen (ändamålsenlig, tillfredsställande och tillräcklig) är hämtade ur kommunallagens 12:e kapitel där det anges vad revisorerna ska ta ställning till.

Bedömningsbegrepp	Förklaring
Ändamålsenlig målstyrning Tillfredsställande ekonomistyrning Tillräcklig intern kontroll	Revisionskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser som behöver åtgärdas.
Inte helt ändamålsenlig målstyrning Inte helt tillfredsställande ekonomistyrning Inte helt tillräcklig intern kontroll	Revisionskriterierna är inte helt uppfyllda. Det finns brister som behöver åtgärdas.
Inte ändamålsenlig målstyrning Inte tillfredsställande ekonomistyrning Inte tillräcklig intern kontroll	Revisionskriterierna är inte uppfyllda. Det finns väsentliga brister som behöver åtgärdas. <i>Bristerna kan aktualisera frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet</i>

Allmänt om nämnden

Kort om nämndens ansvar

Utöver det som föreskrivs i "Huvudreglemente för kommunstyrelse och nämnder i Gävle kommun", kommunallagen och annan författning gäller bestämmelserna i nämndens reglemente. Nämndens ansvar och uppgifter är enligt reglementet (senast reviderat 2020-12-14):

1. kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) som avser sådana omsorger och service som har som mål att kompensera för bortfall av fysiska och psykiska funktioner samt anknytande planering och uppsökande verksamhet, utom vad gäller särskilt boende enligt SoL 7 kap 1 §, punkt 2 och 3 i form av gruppboende/serviceboende för personer med funktionsnedsättning/socialpsykiatri samt hemtjänst som utförs av boendestöd samt personligt stöd, träffpunkter och dagverksamheter till målgruppen funktionsnedsättning/socialpsykiatri samt anknytande planering,
2. stöd till anhöriga till långvarigt sjuka och övriga inom omvårdnadsnämndens målgrupp,
3. ledning av och ansvar som vårdgivare för den kommunala hälso- och sjukvården i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
4. besluta om fördelning av medel ur stiftelser och fonder samt föreningsbidrag inom nämndens ansvarsområde,

5. att inom nämndens verksamhetsområde, avge yttranden eller upplysningar enligt särskild lagstiftning om dessa enligt författningen skall avges av socialnämnd eller den nämnd som enligt fullmäktiges beslut fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller annars faller inom nämndens verksamhetsområde.

Nämnden får även besluta att med bibehållet ansvar för verksamheten, träffa överenskommelse med annan om utförande av uppgifter som ankommer på nämnden.

Lagstiftning

Kommunallag (2017:725)

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

Lag (2016:1145) om offentlig upphandling

Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning

Målstyrning och måluppfyllelse

Nämndens planering

Nämndens verksamhetsplan antogs i nämnden 2023-03-30 § 54. I verksamhetsplanen beskrivs budget, mål, indikatorer, aktiviteter och uppdrag som ska uppnås/genomföras under verksamhetsåret. Mål och indikatorer har utformats på ett annat sätt jämfört med föregående år. Indikatorers inriktning har varit på aktiviteter och genomförande av dessa i syfte att uppnå målen (se kommande figurer). Målvärdet ("ja") anges för samtliga indikatorer. I verksamhetsplanen anges ingen beskrivning av aktiviteter eller övrig beskrivning av hur mål eller uppdrag ska genomföras.

Yrkesrevisorernas iakttagelser

Nämnden förhåller sig till fyra av kommunfullmäktiges fem övergripande mål. Nämnden bryter ner varje övergripande mål till egna nämndmål. Nämnden har andra mål jämfört med föregående år. Endast målet *Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen* är i likhet med föregående år.

Av kommunstyrelsens anvisningar för nämndernas verksamhetsplan framgår att nämnderna ska skriva beskrivningstexter till målen som beskriver syftet med målet, vad som ska uppnås och hur det ska mätas. Till målen ska även indikatorer med målvärden anges. Granskningen visar att anvisningarna inte följs eftersom verksamhetsplanen saknar beskrivningstexter. De framtagna indikatorerna är svåra för läsaren att förstå då det inte framgår vad som ska explicit mätas eller vad målvärdet ("ja") motsvarar. Vidare beskrivs i verksamhetsplanen att nämnden ska genomföra planerade aktiviteter under året som indikator för måluppfyllelse. Vilka aktiviteter som avses framgår inte av verksamhetsplanen.








I verksamhetsplanen anges även vilka uppdrag (totalt åtta uppdrag) nämnden ska genomföra för verksamhetsåret. Hur uppdragen ska genomföras framgår inte av verksamhetsplanen.

Kopplingen mellan målen och uppdragen har inte tydliggjorts i verksamhetsrapporterna men nämndens uppdrag har bäring på de kommunövergripande målen, exempelvis uppdraget "Omvårdnadsnämnden uppdras att utreda hur fler träffpunkter för seniorer i samverkan med ideell sektor eller medpensionärsorganisationerna kan möjliggöras". Vid dialogmötet påtalar nämnden att uppdragen för år 2023 i hög grad är uppdaterade som mål samt att nämnden inte ser några direkta konflikter mellan befintliga uppdrag och målen för verksamhetsåret men lyfter att mängden styrsignaler kan vara svåra att hantera.

Nämndens uppföljning av målstyrning och måluppfyllelse per helår

Nämndens verksamhetsrapport antogs i nämnden den 2024-02-22 § 9. I rapporten beskrivs måluppfyllelse samt målanalys, politiska uppdrag och

ekonomiskt resultat. Till respektive nämndmål lämnas en beskrivning av verksamhetens arbete. För indikatorerna per nämndmål redovisas inga mått eller kvantitativa utfall/målvärden.

Kommunfullmäktiges mål (de nämnden använder)	Nämnds specifikt mål	Måluppfyllelse 2023	Måluppfyllelse 2022
1. Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen	1.1 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska utveckla de uppsökande samtalen till äldre.		
	1.2 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska säkerställa att alla med omsorgsbehov ska få en fast omsorgskontakt som känner till den enskildes behov och håller samman olika vård- och omsorgsinsatser.		
	1.3 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska utöka utbildningsinsatserna kring demens och vård i livets slutskede.		
	1.4 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska säkerställa att rätt form av korttidsplatser/ korttidsboenden finns tillgängliga.		
	1.5 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Nämnden ska möjliggöra kvarboende		
	1.6 Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Kompetenshöjande insatser och språkhöjande insatser inom nämndens verksamheter		
2. Påtagligt förbättrat företagsklimat i Gävle	2.1 Omvårdnadsnämnden uppdras att göra en översyn av regelverket för privata respektive kommunala utförare för att säkerställa att krav		


















Kommunfullmäktiges mål (de nämnden använder)	Nämnds specifikt mål	Måluppfyllelse 2023	Måluppfyllelse 2022
	och regelverk är likvärdiga.		
3.En modern samhällsplanering som möter nuvarande och kommande generationers behov	3.1 (Alla i Gävle har trygga boendemiljöer: Omvårdnadsnämnden uppdras att utreda hur fler träffpunkter för seniorer i samverkan med ideell sektor eller med pensionärsorganisationerna kan möjliggöras.	●	
	3.2 Boendeplanering. Finns balans i utbudet i särskilda boenden?	●	
4.En ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun	4.1 Robusta ekosystem	—	

Måluppfyllelse helår - Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen

En samlad bedömning av måluppfyllelse för det kommunövergripande målet lämnas inte. Redovisningen av måluppfyllelse lämnas för sex av sju nämnd. Målet "Omvårdnadsnämnden ska möjliggöra fler insatser mot den psykiska ohälsan hos äldre" redovisas ej.


Nämnden bedömer att fem nämndsmål uppnås samt att ett nämndsmål är nära att uppnås men uppfylls inte helt (se färgmarkeringar i figuren nedan). För nämndmålet "*Kompetenshöjande insatser och språkhöjande insatser inom nämndens verksamheter*" redovisas inte utfallet på indikatornivå. Det framgår av beskrivningen till målet att handlingsplan ej upprättats men att aktiviteter genomförs inom ramen för äldreomsorgslyftet och att måluppfyllelse anses uppnått då andemeningen i målet (tillika uppdrag) är genomförd.

Nedanstående figurer visar hur många indikatorer som uppnås inom respektive nämndsmål.

Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska utveckla de uppsökande samtalen till äldre.						
Indikator	Målvärde 2022	Utfall 2022	Status 2022	Målvärde 2023	Utfall 2023	Status 2023
Genomförande av planerade aktiviteter				Ja	Ja	
Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska säkerställa att alla med omsorgsbehov ska få en fast omsorgskontakt som känner till den enskildes behov och håller samman olika vård- och omsorgsinsatser.						
Indikator	Målvärde 2022	Utfall 2022	Status 2022	Målvärde 2023	Utfall 2023	Status 2023
Genomförande planerade aktiviteter				 Ja	 Delvis	
Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska utöka utbildningsinsatserna kring demens och vård i livets slutskede.						
Indikator	Målvärde 2022	Utfall 2022	Status 2022	Målvärde 2023	Utfall 2023	Status 2023
Resultat av genomförda aktiviteter				Ja	Ja	
Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Omvårdnadsnämnden ska säkerställa att rätt form av korttidsplatser/ korttidsboenden finns tillgängliga.						
Indikator	Målvärde 2022	Utfall 2022	Status 2022	Målvärde 2023	Utfall 2023	Status 2023
Har boendeplan följts?				Ja	Ja	
Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Nämnden ska möjliggöra kvarboende						
Indikator	Målvärde 2022	Utfall 2022	Status 2022	Målvärde 2023	Utfall 2023	Status 2023
Genomförande av planerade aktiviteter för att möjliggöra kvarboende				Ja	Ja	
Gävle ska bli en mer äldrevänlig kommun: Kompetenshöjande insatser och språkhöjande insatser inom nämndens verksamheter						
Indikator	Målvärde 2022	Utfall 2022	Status 2022	Målvärde 2023	Utfall 2023	Status 2023
Utreda samt ta fram handlingsplan						
Genomföra beslutad handlingsplans aktiviteter enligt tidsplan						



Måluppfyllelse helår - Påtagligt förbättrat företagsklimat i Gävle

Till det övergripande målet har nämnden definierat ett nämndmål. Nämnden bedömer att nämndmålet uppnås. Nedanstående figur visar att indikatorn uppnås. Indikatorn är ny för året varför jämförelse med tidigare år inte kan göras.

Omvårdnadsnämnden uppdras att göra en översyn av regelverket för privata respektive kommunala utförare för att säkerställa att krav och regelverk är likvärdiga						
Indikator	Målvärde 2022	Utfall 2022	Status 2022	Målvärde 2023	Utfall 2023	Status 2023
Genomförande			—	Ja	Ja	





Måluppfyllelse helår - En modern samhällsplanering som möter nuvarande och kommande generationers behov

Till det övergripande målet har nämnden definierat två nämndmål. Verksamhetsrapporten omfattar inte en samlad bedömning av måluppfyllelse för det kommunövergripande målet. Nämnden bedömer att båda nämndmål uppnås. Nedanstående figur visar att de två indikatorerna uppnås.

Alla i Gävle har trygga boendemiljöer: Omvårdnadsnämnden uppdras att utreda hur fler träffpunkter för seniorer i samverkan med ideell sektor eller med pensionärsorganisationerna kan möjliggöras.						
Indikator	Målvärde 2022	Utfall 2022	Status 2022	Målvärde 2023	Utfall 2023	Status 2023
Har utredning skett?			—	Ja	Ja	
Boendeplanering. Finns balans i utbudet i särskilda boenden?						
Indikator	Målvärde 2022	Utfall 2022	Status 2022	Målvärde 2023	Utfall 2023	Status 2023
Kompletteras (ev uppdateras och följs boendeplan efter aktuella behov?)			—	Ja	Ja	

Måluppfyllelse helår - En ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun

Ett nämndmål har definierats för det kommunövergripande målet. Nämnden bedömer nämndmål är nära att uppnås men uppfylls inte helt. Nedanstående figur visar att indikatorn delvis uppnås.

Robusta ekosystem						
Indikator	Målvärde 2022	Utfall 2022	Status 2022	Målvärde 2023	Utfall 2023	Status 2023
Finns uppdaterade kontinuitetsplaner?				 Ja	 Delvis	

Yrkesrevisorernas iakttagelser

” Enligt 6 kap 6 § kommunallagen ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten”. Detta framgår även i reglementet för Gävle kommuns styrelse och nämnder (dnr.19KS455). I reglementet framgår vidare att nämnden har ansvar för att dess uppdrag och verksamhet är tydligt och genomförs på ett ändamålsenligt sätt. Detta med hänsyn till fullmäktiges mål och styrning, samt lagar och andra författningar för verksamheten.

Nämnden förhåller sig till fyra av kommunfullmäktiges fem övergripande mål. Nämnden har formulerat flera nämndmål per övergripande mål. Framgent bör nämnden överväga hur en samlad bedömning av måluppfyllelsen kan göras per kommunövergripande mål.

Vi noterar att nämndens bedömning av måluppfyllelse baseras på en sammanvägning av det arbete som genomförts under året och utfall samt status på indikatorer. Denna bedömning gäller för alla utom ett mål där bedömning av måluppfyllelse i högre utsträckning baseras på genomförda aktiviteter. Verksamhetsrapporten innehåller en beskrivning av de aktiviteter som genomförts under året. Beskrivningen varierar mellan målen. Vi noterar en svårighet att verifiera genomförda aktiviteter i och med att de inte beskrivits i verksamhetsplanen.

Enligt kommunstyrelsens anvisningar ska indikatorernas utfall analyseras. Granskningen visar att nämndens analys av indikatorerna varierar. För de flesta målen kommenteras indikatorernas utfall kort. För målet avseende ”Kompetenshöjande insatser och språkhöjande insatser inom nämndens verksamheter” beskrivs arbetet som ligger till grund för bedömningen men utfall på indikatorerna redovisas inte.

Uppdragen kommer att försvinna i och med kommunplan 2024. Det innebär att nämnden ska redovisa ett så kallat avslut av uppdragen som nämnden haft under 2023. Nämnden redovisar att:

- sju uppdrag är klart och därigenom slutredovisats i verksamhetsrapporten.
- ett uppdrag är inte klart och uppdragen kommer inarbetas i verksamheten

Ekonomistyrning

Nämndens budget och resultat

Resultaträkningen nedan visar nämndens budget och utfall. Budgeterade intäkter beräknades till 246,2 mnkr och 1405,5 mnkr i kommunbidrag. Nämnden har i sin verksamhetsplan beslutat om en budget i balans.

Nämndens kommunbidrag förändrades under året genom omfördelningar och ett tillskott. I februari fick nämnden en utökning om 0,8 mnkr. I juni fick nämnden en utökning av ramen om 31,7 mnkr.

6.1 Resultat

(mnkr)	Utfall 2023-12-31	Utfall 2022-12-31	Ursprunglig budget 2023	Reviderad budget 2023
Verksamhetens intäkter	287,4	283,2	246,2	246,2
Personalkostnader	-873,3	-794,4	-819,7	-830,7
Övriga kostnader	-878,7	-805,6	-822,1	-844,1
Avskrivningar/nedskrivningar	-10,4	-9,3	-9,4	-10,5
Internränta	-0,6	-0,4	-0,5	-0,6
Resultat före kommunbidrag	-1475,6	-1326,5	-1405,5	-1439,7
Kommunbidrag	1441,9	1353,3	1405,5	1439,7
Resultat efter kommunbidrag	-33,7	26,8	0,0	0,0
Extraordinära kostnader	0,0	0,0	0,0	0,0
Årets resultat	-33,7	26,8	0,0	0,0
Investeringar	17,6	11,3	15,2	12,7
Erhållet investeringsbidrag	0,0	0,0	0,0	0,0

Nämndens årsprognos i delår 2 var ett negativt resultat om 25 mnkr. De största negativa avvikelserna återfinns inom hemtjänst egen regi, vård- och omsorgsboende i egen regi samt hälso- och sjukvård. Det framgår i delårsrapporten att underskottet till stor del är en effekt av ökat behov av bemanningssjuksköterskor samt att det varit ett behov av åtgärder för att kvalitetssäkra verksamheten då kunder har krävt extraresurser och beordrad övertid. I rapporten framgår att prognosen är osäker då effekterna av 11 timmars dygnsvila är oklart.

Årets resultat uppgår till -33,7 mnkr. Underskottet beror på höga personalkostnader till följd av överanställningar för att klara bemanningsbehov och kvalitetskrav. En betydande del av kunderna är multisjuka, vilket i vissa fall innebär ett behov av vak dygnet runt, något som är mycket resurskrävande. Nämnden har haft en hög andel bemanningssjuksköterskor.

Yrkesrevisorernas iakttagelser

Vi noterar att nämndens resultat inte håller sig inom den ekonomiska ramen från kommunfullmäktige. Nämndens underskott på 33,7 mnkr är en avvikelse mot årsprognosen som gjordes vid delår 2. Nämndens årsprognos beräknades då till -25,0 mnkr och vilket var en avvikelse mot periodiserad budget på -34,0 mnkr. Genomgång av protokoll och ekonomiska månadsrapporter visar att nämnden prognostiserat ett underskott hela året.

Genomförd protokollsgenombgång visar att nämnden vid sammanträdet i maj beslutade om ett antal åtgärder utifrån det prognostiserade underskottet. Åtgärderna bestod av att uppdra till förvaltningen att genomföra ett antal utredningar och återkomma med förslag på besparingsåtgärder. Det anges att åtgärderna kommer genomföras under 2023 men full effekt uppnås först under 2024. Sedan maj har nämnden fått löpande återrapportering (månadsrapporter) om den ekonomiska utfallet, förklaring till avvikelserna och vilka åtgärder som genomförs.

Utifrån en analytisk granskning av nämndens resultaträkning, anses förklaringen till avvikelse mot budget vara rimlig. Avvikelsen om 33,7 mnkr utgör 2,34 % av nämndens ekonomiska ram om 1 439,7 mnkr.

Detaljgranskning sker i samband med granskningen av Gävle kommuns finansiella rapporter. Eventuella iakttagelser från detaljgranskningen kommer att redovisas i granskningsrapporten för Gävle kommuns årsredovisning.

Intern kontroll och riskanalys

Nämndens riskhantering och riskanalys

Gävle kommuns reglemente för intern kontroll (antaget av kommunfullmäktige 1999-05-31) anger att en riskanalys ska ligga till grund för internkontrollplanen. Enligt reglementet och dess tillämpningsanvisningar 5–7 §§ bör olika granskningsområden väljas ut med utgångspunkt från en väsentlighets- och riskbedömning. Internkontrollplanen styrs av den omfattning och volym som nämndens verksamhet har, och de väsentlighets- och riskbedömningar som gjorts.

Riskanalys är integrerad i internkontrollplanen som är antagen av nämnden. Riskanalysen innehåller totalt 17 risker, varav 4 är klassade som kritiska. Riskerna är fördelade under områdena finansiell rapportering, efterlevnad av externa och interna regelverk samt tillförlitlig rapportering.

Riskanalysen innehåller delvis risker med koppling till de kommunövergripande målen och till nämndspecifika mål. Det sker dock ingen hänvisning till målen men identifierade risker har delvis bäring på huruvida nämnden kan uppnå de beslutade målen.

Kommunfullmäktiges program för mål och riktlinjer för privata utförare fastställdes i maj 2018. Programmet anger att det i nämndernas riskanalys ska framgå hur verksamheten säkerställer tillräcklig insyn, uppföljning och kontroll av privata utförare. Nämnden har i sin riskanalys en risk med koppling till privata utförare.

Nämndens internkontrollplan

Nämndens intern kontrollplan har antagits 2023-04-27 § 70. Nämnden beslutade 2023-05-25 § 90 beslutat att revidera intern kontrollplanen med två kontrollmoment till "risk att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen".

Internkontrollplanen baseras på riskanalysen och innehåller totalt 4 risker. Dessa risker är fördelade under samma områden som i riskanalysen och är kritiska risker. De riskerna för vilka nämnden definierat kontrollmoment är:

- Risk att verksamheten inte kan ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen
- Personalbrist
- Risk att tillräcklig beredskap inte finns för att hantera extrema händelser
- Risk att nämnden verksamheter inte kan utföra insatser eller andra arbetsuppgifter med fullgod kvalitet.

Risker med koppling till de kommunövergripande målen och till nämndspecifika mål handlar om personalbrist samt att verksamheter inte kan utföra insatser eller andra arbetsuppgifter med fullgod kvalitet.

Uppföljning av internkontrollplan

Enligt reglementet och dess tillämpningsanvisningar 5–7 §§ har varje nämnd en skyldighet att, med utgångspunkt från antagen plan, löpande följa upp det interna kontrollsystemet inom nämndens verksamhetsområde.

Nämndens internkontrollrapport har antagits i nämnden i enlighet med internkontrollreglementet.. Nämnden har under året följt upp internkontrollplanen per helår. I rapport för intern kontroll per helår följdes samtliga risker upp.

Yrkesrevisorernas iakttagelser

Ansvar för att den interna kontrollen är tillräcklig ligger enligt 6 kap 6 § kommunallagen på nämnden. Vi noterar att riskanalysen är beslutad av nämnden. Det innebär att nämnden varit involverad i arbetet med riskanalysen, vilket kommunrevisionen tidigare rekommenderat för att nämnden ska kunna säkerställa en tillräcklig internkontroll enligt kommunallagen.

Internkontrollplanen innehåller fullständiga beskrivningar av: risker, risknivåer, kontrollmoment, kontrollmomentsansvariga och periodicitet.

I rapport per helår har samtliga fyra risker följts upp. För varje risk framgår kontrollmoment och en kommentar om utfört arbete samt resultatet av kontrollen. Vi konstaterar att det för samtliga kontrollmoment avseende personalbrist bedöms ej finnas avvikelser. För riskerna avseende beredskap och insatser med fullgod kvalitet har mindre avvikelser noterats. För risken avseende verksamhetens möjligheter att ställa om utifrån den ekonomiska utvecklingen bedöms tre av fyra kontrollmoment ha större avvikelser. Ett kontrollmoment har inga avvikelser noterats men det framgår att området är omfattande och att insatser krävs under kommande år. Beskrivningen av uppföljningen är begriplig och varierande i omfattning, där avvikelsen i kontrollmomentet styrkt beskrivningens omfattning.

REVISIONSRAPPORT

Dnr 22REK31
2023-09-19

Kommunfullmäktige

Granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst

Bakgrund

Omvårdnadsnämnden 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.

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 någon. 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 formkrav¹ på rutiner och dokumentering av delegering. Exempelvis är delegeringsbeslutet alltid personligt och får inte avse en viss yrkesgrupp som till exempel undersköterskor. Därtill behöver den som tar emot delegeringen ha tillräcklig kunskap, erfarenhet och förutsättningar att ta emot delegeringen.

Som ovan beskrivet är rekrytering och bemanning av anställda med rätt kompetens centralt för hemsjukvård. Särskilt med de krav som ställs för delegering av uppgifter till någon annan. Nämnden är beroende av kommunstyrelsens tillhandahållande av anställda utifrån att styrelsen är arbetsgivaransvarig. Kommunrevisionen har fått indikationer att kommunstyrelsen haft svårigheter med rekrytering och bemanning av främst visstidsanställda. Detta kan få konsekvenser på nämndens utförande av hemsjukvården däri inkluderat läkemedelshanteringen.

Omvårdnadsnämnden ska även, i egenskap av vårdgivare, säkerställa att det finns ett ledningssystem i enlighet med de krav som ställs i

¹ Exempelvis ska delegeringsbeslut vara dokumenterade med tydlig beskrivning av arbetsuppgiften och under vilka omständigheter den får utföras samt vem som har delegerat till vem.

Socialstyrelsens föreskrifter. Centrala delar i ett ledningssystem är: a) processer och rutiner, b) egenkontroll, c) utredning och avvikelser samt förbättringar, 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. Kommunrevisionen har fått indikationer på att delar i nämndens ledningssystem inte fungerar tillfredsställande, vilket kan få konsekvenser på läkemedelshantering.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar att bedöma om omvårdnadsnämnden bedriver en läkemedelshantering inom hemsjukvården i enlighet med lagar och föreskrifter?

Följande revisionsfrågor används för att svara mot syftet:

- Omfattar befintligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete läkemedelshantering?
- Finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering?
- Genomförs egenkontroller avseende hantering och ordination av läkemedel i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?
- Sker rapportering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel samt sker en tillräcklig hantering av dessa?
- Säkerställs att hantering av läkemedel sker av behörig personal och i enlighet med delegation?
- Säkerställs att iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel sker av behörig personal?

Granskningsresultat

Utifrån genomförd granskning är PwC:s samlade bedömning att omvårdnadsnämnden inte helt har säkerställt att läkemedelshantering inom hemsjukvården sker i enlighet med lagar och föreskrifter.

PwC grundar sin bedömning på att befintligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar rutiner och riktlinjer avseende

ordination och läkemedelshantering. PwC finner dock att det finns vissa brister i kännedomen om dessa och att de kan uppfattas svåra att hitta i systemet. Vid granskningen framkommer särskilda utmaningar avseende kännedom och följsamhet till gällande riktlinje inom de stadsdelar där omsättningen av personal varit mer omfattande.

Brister som granskningen särskilt uppmärksammar rör hantering av läkemedel där det kan hända att dessa förvaras i olåsta utrymmen eller att rutiner och arbetssätt inte är tillräckliga för att säkerställa att felaktigheter inte sker vid fördelning av läkemedel.

PwC konstaterar vidare att ledningssystemet behöver utvecklas för att ge ett stöd i arbetet med uppföljning och kontroll samt för att säkerställa att detta dokumenteras på ett likvärdigt och samordnat sätt för att utgöra ett fungerande underlag vid verksamhetsutveckling. Vid genomförd granskning konstateras att egenkontrollen inte har skett i enlighet med gällande regelverk under 2021 och 2022. PwC noterar att uteblivna kontroller och orsaken till detta inte kommenteras i Patientsäkerhetsberättelsen.

I granskningen ges ett antal rekommendationer till omvårdnadsnämnden.

Revisorerna begärde omvårdnadsnämndens yttrande:

Revisorerna har begärt och fått ett yttrande från omvårdnadsnämnden. Yttrandet bifogas till rapporten.

Omvårdnadsnämnden vill framföra att det hade varit önskvärt att externa utförare, som arbetar med Gävle kommun som huvudman, hade inkluderats i granskningen.

Nämnden instämmer i att läkemedelshanteringen inte är helt säkerställd inom hemsjukvården. Försök att underlätta navigeringen i ledningssystemet Canea har gjorts. Det finns inte någon entydig struktur för hur rutiner upprättas vilket får 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.

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. I granskningen hänvisas till en riktlinje som berörd handläggare i yttrandet inte kan anse finns upprättad.

Sektor Vårld Gävle erbjuder regelbundet utbildning i avvikelshantering, både fysiska utbildningar likväl som digitala. Dock föreligger 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 ett år. I samband med förnyat avtal bör en inventering göras av vilka andra ledningssystem som andra kommuner nyttjar. När det gäller avvikelserna är enhetschef i verksamheten ansvarig för att 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.

Gällande extern kvalitetsgranskning så gäller avtalet de generella läkemedelsförråd som finns på vård- och omsorgsboenden. I hemsjukvården finns inte sådana läkemedelsförråd, därav har ingen extern granskning genomförts.

Ett fortsatt arbete behöver göras avseende säkerställandet med att göra ledningssystemet känt och nyttjas i alla verksamheter.

Revisorernas slutsatser av granskningen

Revisorerna konstaterar att nämnden delar granskningens slutsatser om att läkemedelshanteringen inom hemsjukvården behöver stärkas. Nämnden har vidtagit och kommer fortsatt vidta åtgärder med bäring på läkemedelshanteringen.

Ledningssystemet är grunden i att säkerställa förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete i alla verksamheter. Revisorerna ser det därför som relevant att initialt göra en översyn av befintligt ledningssystem och i ett senare skede analysera och sammanställa behoven för kommande ledningssystem.

Övriga åtgärder som vidtagits och som kommer att vidtas av omvårdnadsnämnden är också relevanta eftersom en patientsäker läkemedelshandling omfattar många delar såsom rutiner, utbildning, avvikelshantering etcetera.

Omvårdnadsnämnden lyfter fram önskemålet att granskningen skulle ha omfattat externa utförare. Dessa avgränsades bort från granskningen eftersom möjligheten att granska externa utförare infördes först i den senaste revideringen av revisorernas reglemente (antogs av fullmäktige september 2022). För att kunna granska externa utförare behöver därför alla verksamheter reglera möjligheten i befintliga avtal eller i kommande avtal.



Revisorerna i Gävle kommun

Rosalie Carlén
Förtroendevald revisor

Yvonne Bäckius
Förtroendevald revisor

Andreas Halvarsson
Revisionschef

Bilagor:

1. Granskningsrapport
2. Yttrande omvårdnadsnämnden



Tjänsteskrivelse

2023-05-25

Diarienummer: 23ON160

Handläggare:

Yvonne Bergman
026-17 80 00
yvonne.bergman@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Yttrande – Granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst

Förslag till beslut

Att anta yttrandet som sitt eget.

Bakgrund

Omvårdnadsnämnden är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som erbjuds patienter inskrivna i hemsjukvården. En central uppgift är att förvara, hantera och i förekommande fall dela ut läkemedel.

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning avseende läkemedelshantering inom hemsjukvården och hemtjänst.

Granskningens syfte är att bedöma om omvårdnadsnämnden bedriver en läkemedelshantering inom hemsjukvården i enlighet med lagar och föreskrifter. Utifrån genomförd granskning är den samlade bedömningen att nämnden inte helt har säkerställt att läkemedelshantering inom hemsjukvården sker i enlighet med lagar och föreskrifter.

Med anledning av det som framkommer i granskningsrapporten vill revisorerna ha omvårdnadsnämndens kommentarer till de brister som noteras och de rekommendationer som rapporten innehåller.

Revisorerna önskar ett yttrande från nämnden senast 2023-06-29.

Yttrande

Omvårdnadsnämnden vill framföra att det hade varit önskvärt att externa utförare, som arbetar med Gävle kommun som huvudman, hade inkluderats i granskningen.

Nämnden instämmer i 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.

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. I revisionsrapporten hänvisas till en riktlinje som berörd handläggare i yttrandet inte kan anse finnas upprättad.

Granskningen påvisar brister i hanteringen avseende avvikelshantering. Det framkommer bland annat att det uppfattas oklart vem som ska skriva avvikelser samt runt vilka händelser/incidenter man ska skriva avvikelser. Välfärd Gävle erbjuder regelbundet utbildning i avvikelshantering, både fysiska utbildningar likväl som digitala. Dock föreligger 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, Canea, har en avtalsförlängning gjorts motsvarande 1 år. I samband med förnyat avtal bör en inventering 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 skall skickas till MAS en gång per år.

Gällande extern kvalitetsgranskning så gäller avtalet de generella läkemedelsförråd som finns på vård- och omsorgsboenden. I hemsjukvården finns inte sådana läkemedelsförråd, därav har ingen extern granskning genomförts.

Ett fortsatt arbete behöver göras avseende säkerställandet med att göra ledningssystemet känt och nyttjas i alla verksamheter.

Magnus Höjer

Sektorchef

Sektor Välfärd

Revisionskontoret begär Omvårdnadsnämnden yttra sig över "Granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst".

Remissyttrandet hanteras vid Omvårdnadsnämndens sammanträde 2023-06-15. Yvonne Bergman, medicinskt ansvarig sjuksköterska, har varit ansvarig handläggare i ärendet. I den slutliga handläggningen har även Carin Thunman, verksamhetschef och Caroline Engberg, bitr sektorchef, deltagit.

Missiv

Dnr 22REK31
2023-04-05

Omvårdnadsnämnden

Begäran om yttrande: granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst

Bakgrund

Omvårdnadsnämnden 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.

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 vårdpersonal¹, vanligen undersköterska eller vårdbiträde. Det är vanligt förekommande att sjuksköterskorna i hemsjukvården delegerar läkemedelshantering till undersköterskor och övrig personal inom hemtjänsten. Delegering får göras under vissa förutsättningar och villkor samtidigt finns det formkrav² 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 om det är 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.

Som ovan beskrivet är rekrytering och bemanning av anställda med rätt kompetens centralt för hemsjukvård. Särskilt med de krav som ställs för delegering av uppgifter till någon annan. Nämnden är beroende av kommunstyrelsens tillhandahållande av anställda utifrån att styrelsen är arbetsgivaransvarig. Kommunrevisionen har fått indikationer att

¹ Vårdpersonal avser vårdbiträden, undersköterskor samt sjuksköterskor.

² HSLF-FS 2017:37 4 kap. 2 §.

kommunstyrelsen haft svårigheter med rekrytering och bemanning av främst visstidsanställda. Detta kan få konsekvenser på nämndens utförande av hemsjukvården däri inkluderat läkemedelshanteringen.

Omvårdnadsnämnden 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, 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. Kommunrevisionen har fått indikationer på att delar i nämndens ledningssystem inte fungerar tillfredsställande, vilket kan få konsekvenser på läkemedelshantering.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar att bedöma om omvårdnadsnämnden bedriver en läkemedelshantering inom hemsjukvården i enlighet med lagar och föreskrifter.

Följande revisionsfrågor används för att svara mot granskningens syfte:

- Omfattar befintligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete läkemedelshantering?
- Finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering?
- Genomförs egenkontroller avseende hantering och ordination av läkemedel i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?
- Sker rapportering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel samt sker en tillräcklig hantering av dessa?
- Säkerställs att hantering av läkemedel sker av behörig personal och i enlighet med delegation?
- Säkerställs att iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel sker av behörig personal?

Granskningsresultat

PwCs samlade bedömning är att omvårdnadsnämnden inte helt har säkerställt att läkemedelshantering inom hemsjukvården sker i enlighet med lagar och föreskrifter. Närmare beskrivning av den samlade bedömningen återfinns i granskningsrapporten.

Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen lämnas följande rekommendationer:

- 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.
- Genomföra extern kvalitetssäkring i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9).
- Vidta åtgärder för att få en fungerande avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete avseende läkemedelshantering.
- Analysera eventuella skillnader mellan olika stadsdelar vad det gäller läkemedelshantering och vidta åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade.
- Säkerställa att delegerad personal har tillräckliga kunskaper för uppgiften.
- 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.
 - att egenkontroller inom hemsjukvården genomförs i enlighet med *Rutin för läkemedelshantering*.

Revisorerna begär nämndens yttrande

Med anledning av det som framkommer i granskningsrapporten vill revisorerna ha omvårdnadsnämndens kommentarer till de brister som noteras och de rekommendationer som rapporten innehåller.

Revisorerna önskar ett yttrande från nämnden senast 2023-06-29.

Revisorerna i Gävle kommun genom



Rosalie Carlen

Förtroendevald revisor



Yvonne Bäckius

Förtroendevald revisor



Gunilla Beckman Ljung

Revisionschef

Bilaga 1: Granskning hantering av läkemedelshantering inom
hemsjukvård och hemtjänst

Granskning hantering av läkemedelshantering inom hemsjukvård och hemtjänst

Gävle kommun

Mars 2023

Malou Olsson

Alex Johnston

Louise Tornhagen

Kvalitetssäkrare Karin Magnusson certifierad kommunal revisor

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning avseende läkemedelshantering inom hemsjukvården och hemtjänst.

Granskningens syfte är att bedöma om omvårdnadsnämnden bedriver en läkemedelshantering inom hemsjukvården i enlighet med lagar och föreskrifter.




Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att omvårdnadsnämnden **inte helt** har säkerställt att läkemedelshantering inom hemsjukvården sker i enlighet med lagar och föreskrifter.




Vår bedömning grundar vi på att befintligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar rutiner och riktlinjer avseende ordination och läkemedelshantering. Vi finner dock att det finns vissa brister i kännedomen om dessa och att de kan uppfattas svåra att hitta i systemet. Vid granskningen framkommer särskilda utmaningar avseende kännedom och följsamhet till gällande riktlinje inom de stadsdelar där omsättningen av personal varit mer omfattande.

Brister som granskningen särskilt uppmärksammar rör hantering av läkemedel där det kan hända att dessa förvaras i olåsta utrymmen eller att rutiner och arbetssätt inte är tillräckliga för att säkerställas att felaktigheter inte sker vid fördelning av läkemedel.

Vi konstaterar vidare att ledningssystemet behöver utvecklas för att ge ett stöd i arbetet med uppföljning och kontroll samt för att säkerställa att detta dokumenteras på ett likvärdigt och samordnat sätt för att utgöra ett fungerande underlag vid verksamhetsutveckling. Vid genomförd granskning konstateras att egenkontrollen inte har skett i enlighet med gällande regelverk under 2021 och 2022. Vi noterar att uteblivna kontroller och orsaken till detta inte kommenteras i Patientsäkerhetsberättelsen.

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

Revisionsfrågor	Bedömning	
Omfattar befintligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete läkemedelshantering?	Delvis	
Finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering?	Delvis	
Genomförs egenkontroller avseende hantering och ordination av läkemedel i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?	Nej	

Revisionsfrågor	Bedömning
Skjer rapportering av avvikelser kopplat till ordination og hantering av läkemedel samt skjer en tillräcklig hantering av dessa?	Nej 
Säkerställs att hantering av läkemedel skjer av behörig personal og i enlighet med delegation?	Delvis 
Säkerställs att iordningställe og administrering eller överlämnande av läkemedel skjer av behörig personal?	Delvis 

Rekommendationer

Mot bakgrunn av gjennomført granskning lämner vi følgende anbefalinger til omsorgsmyndigheten:

- Utvikle ledningssystemet for systematisk kvalitetsarbeid så at det omfatter områder og dokumentasjon koplet til at kontrollere, følge opp, utvärde og forbedre virksomheten. Dette for at etterleve gjeldende krav i SOSFS 2011:9
- Sikkerstille at ledningssystem for systematisk kvalitetsarbeid er kjent i alle virksomheter.
- Gjennomføre extern kvalitetssikring i enlighet med Sosialstyrelsens forskrifter (SOSFS 2011:9).
- Vidta tiltak for at få en fungerende avvikelsehantering og systematisk forbedringsarbeid avseende läkemedelshandling.
- Analyser eventuelle skillnader mellom ulike stadsdelar vad det gjelder läkemedelshandling og vidta tiltak i de avseenden skillnader ikke er motiverede.
- Sikkerstille at delegerad personal har tilräckliga kunskaper for oppgiften.
- Sikkerstille etterlevnad av gjeldende rutiner eksempelvis
 - at det finns lokalt opprättede rutiner for respektive hemsjukvårdsområde i enlighet med rutin for läkemedelshandling
 - at *Rutin for läkemedelshandling inom hemsjukvården* revideras löpande i enlighet med vad som framgår i rutinen.
 - at egenkontroller inom hemsjukvården gjennomføres i enlighet med *Rutin for läkemedelshandling*.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning	4
Bakgrund	4
Revisionskriterier	5
Metod	6
Granskningsresultat	8
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	8
Bedömning	9
Rutiner	9
Bedömning	11
Egenkontroller	11
Bedömning	12
Rapportering av avvikelser	13
Bedömning	16
Hantering av läkemedel	17
Bedömning	19
Överlämnande av läkemedel	19
Samlad bedömning	22
Rekommendationer	22
Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor	24

Inledning

Bakgrund

Omvårdnadsnämnden 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.

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 vårdpersonal¹, vanligen undersköterska eller vårdbiträde. Det är vanligt förekommande att sjuksköterskorna i hemsjukvården delegerar läkemedelshantering till undersköterskor och övrig personal inom hemtjänsten. Delegering får göras under vissa förutsättningar och villkor samtidigt finns det formkrav² 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 om det är 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.

Som ovan beskrivet är rekrytering och bemanning av anställda med rätt kompetens centralt för hemsjukvård. Särskilt med de krav som ställs för delegering av uppgifter till någon annan. Nämnden är beroende av kommunstyrelsens tillhandahållande av anställda utifrån att styrelsen är arbetsgivaransvarig. Kommunrevisionen har fått indikationer att kommunstyrelsen haft svårigheter med rekrytering och bemanning av främst visstidsanställda. Detta kan få konsekvenser på nämndens utförande av hemsjukvården däri inkluderat läkemedelshantering.

Omvårdnadsnämnden 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, 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. Kommunrevisionen har fått indikationer på att

¹ Vårdpersonal avser vårdbiträden, undersköterskor samt sjuksköterskor.

² HSLF-FS 2017:37 4 kap. 2 §

delar i nämndens ledningssystem inte fungerar tillfredsställande, vilket kan få konsekvenser på läkemedelshantering.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar att bedöma om omvårdnadsnämnden bedriver en läkemedelshantering inom hemsjukvården i enlighet med lagar och föreskrifter?

Följande revisionsfrågor används för att svara mot granskningens syfte:

- Omfattar befintligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete läkemedelshantering?
- Finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering?
- Genomförs egenkontroller avseende hantering och ordination av läkemedel i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?
- Sker rapportering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel samt sker en tillräcklig hantering av dessa?
- Säkerställs att hantering av läkemedel sker av behörig personal och i enlighet med delegation?
- Säkerställs att iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel sker av behörig personal?

Om det inom ramen för granskningen framkommer att nämnden inte säkerställt uppföljning och kontroll kopplat till tillgång till personal i samband med hantering, administration och överlämnande av läkemedel kommer vi inom ramen för granskningen att samla in de underlag från verksamheten som är möjlig inom området.

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- HSLF-FS 2022:57 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
- Patientsäkerhetslagen 3 kap. 10 §
- Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
- HSLF-FS 2017:37 Hälso- och sjukvårdslagen framgår särskilda förordningar för delegering av läkemedel.

Revisionskriterierna har justerats och anpassats under granskningen varför dessa inte till fullo är de samma som i lämnad projektplan.

Avgränsning

Granskningen avgränsas till att omfatta omvårdnadsnämnden och uppgifterna som sjuksköterska svarar för inom kommunens hemtjänst och hemsjukvård. Det innebär att uppgifterna såsom förskrivning och läkemedelsgenomgång som utförs av läkare

(Region Gävleborg) ej omfattas av granskningen.

Kommunens hemtjänst är knutna till stadsdelar (totalt 11 stadsdelar). Utifrån en geografisk och socioekonomisk spridning har följande stadsdelar valts ut: Hamrånge, Andersberg, Sätra 1 och Sätra 2³ och Valbo-Forsbacka.

Vidare avgränsas granskningen till att inte omfatta läkemedelshantering inom LOV (lag om valfrihet).

Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier av styrdokument av styrande dokument (ex. rutiner för läkemedelshantering, avvikelshantering) samt Patientsäkerhetsberättelse 2021. Granskningen har även inhämtat verksamhetens statistik kring avvikelshantering kring läkemedelshantering under perioden 2022.

Vidare har en enkätundersökning genomförts i syfte att bland annat verifiera anställdas involvering i kvalitetsarbetet och tillämpning av rutiner för läkemedelshantering. Enkäten har skickats ut till berörda sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden inom hemsjukvård och hemtjänst med läkemedelsdelegering inom de stadsdelar som är aktuellt för urval i granskningen.

Sammantaget skickades enkäten ut till 134 anställda. Svarsfrekvensen i enkäten uppgick till 47 procent (62 anställda). Enkäten har varit föremål för besvarande från 2 januari 2023 till och med den 12 februari 2023. Under tidsperioden har två påminnelser skickats ut, därtill har PwC vid intervjuer påmint samtliga intervjuade om att besvara enkäten och påminnelse även skickats ut via mail till chefer för att påminna verksamhetspersonal om att besvara enkäten. Trots att svarsfrekvensen är något låg ser vi att enkätresultatet ger värdefull information och är relevant från att urvalet omfattade hela populationen för de olika verksamhetsområdena⁴. Någon bortfallsanalys har inte genomförts utifrån inkomna enkätsvar.

Intervjuer genomförts med nedanstående funktioner:

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
- Gruppintervju med berörda enhetschefer hemtjänst inom granskningens urval av stadsdelar
- Gruppintervjuer (5 st) av ett urval av vårdpersonal inom hemtjänsten inom granskningens urval av stadsdelar
- Enhetschef hemsjukvård
- Gruppintervju av ett urval av vårdpersonal inom hemsjukvården inom granskningens urval av stadsdelar.

³ Hemtjänsten i stadsdelen Sätra är fördelat på två verksamheter.

⁴ All anställd personal inom hemtjänsten och hemsjukvårdens verksamheter som har läkemedelsdelegering och som ingår i granskningens urval av stadsdelar.

Ca 25 stycken anställda har intervjuats.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Enkätresultatet tillsammans med intervjuer och dokumentstudier ger oss en helhetsbild som den revisionella bedömningen grundar sig på.

Granskningsresultat

I följande avsnitt redovisas de iakttagelser och bedömningar som vi har gjort kopplat till respektive revisionsfråga.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Revisionsfråga 1: Omfattar befintligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete läkemedelshantering?

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) 3 kap. 1-2 § framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Enligt Socialstyrelsen ska ledningssystemet användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Inom ramen för att besvara denna revisionsfråga har vi granskat förekomst av ett ledningssystem och om det omfattar läkemedelshantering.

Iakttagelser

Vi har inom ramen för granskningen tagit del av ledningssystemet för kvalitetsarbete som benämns *Canea*. Ledningssystemet finns tillgängligt på kommunens intranät och omfattar riktlinjer och rutiner avseende läkemedelshantering. Vi kan dock konstatera från intervjuer att ledningssystemet inte är helt känt i alla verksamheter och då främst inom hemtjänstens verksamhet. Hemtjänstens verksamheter påtalar att de vid behov tar kontakt med ansvarig sjuksköterska för att få vägledning kring rutiner och processer i det dagliga arbetet kring läkemedelshantering. Vid intervjuer med hemtjänstens och hemsjukvårdens anställda framkommer vidare att ledningssystemet är svårnavigerat för att hitta rutiner och riktlinjer och dess bilagor. Det beskrivs vidare att sökfunktionen inte helt fungerar på ett önskvärt sätt, den som letar efter ett dokument behöver ofta veta vad dokumentet heter för att hitta rätt underlag. Från intervjuer framkommer vidare att det vore önskvärt att ledningssystemet, exempelvis per mail, informerar när en rutin eller bilaga har uppdaterats.

Från genomförd enkätundersökning framgår att cirka 20 procent av respondenterna instämmer till viss del eller inte alls på frågan att de känner till var dokumenterade regler eller riktlinjer kan hittas.

Vi noterar att kvalitetsledningssystemet inte används 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.

Bedömning

Omfattar befintligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete läkemedelshantering?

Vi bedömer revisionsfrågan som **delvis** uppfylld.

Bedömningen baseras på följande:

- Befintligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (Canea) omfattar rutiner för hur uppföljning och kontroller ska ske avseende läkemedelshantering. Vår bedömning är att dock att det inte finns något systemstöd för genomförandet av uppföljning, kontroller eller utveckling. Det säkerställs inte heller att uppföljning och kontroller dokumenteras på något systematiskt och samordnat sätt.
- Vi kan vidare konstatera från intervjuer att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete inte är helt känt för hemtjänstens verksamheter vilket innebär att de rutiner som finns är inte används av samtliga anställda.
- Vi kan vidare konstatera att de som är i behov av rutiner och riktlinjer inte alltid hittar dessa då ledningssystemet upplevs svårnavigerat.

Rutiner

Revisionsfråga 2: Finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering?

I 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 fastställa rutiner för ordination och hantering av läkemedel som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Inom ramen för denna revisionsfråga har vi granskat om det finns fastställda rutiner för ordination och hantering av läkemedel. Vi kommer övergripande att granska om rutinerna är i linje med Socialstyrelsens föreskrifter inom området.

lakttagelser

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av ett antal rutiner inom området. Avseende ordination och läkemedelshantering har kommunen två huvudsakliga dokumenterade rutiner för läkemedelshantering och ordination inom hemtjänsten och hemsjukvården: *Rutin för läkemedelshantering*⁵ samt *rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården*⁶.

Det finns en övergripande *Rutin för läkemedelshantering* som är upprättad och godkänd av kommunens MAS. Rutinen avser att gälla för samtliga utförare inom Valfärd Gävle där omvårdnadsnämnden har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Rutinen omfattar bland

⁵ Gävle kommun, 2016, reviderad 2022, Rutin för läkemedelshantering VG-RUT-S-1199-8.

⁶ Gävle kommun, 2016, reviderad 2020, Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården VG-RUT-V-1677-3

annat beskrivningar kopplat till när den enskilde inte kan ansvara för sin läkemedelshantering, ordinationer, kontroll vid iordningställande av läkemedel, administrering, överlämnande av läkemedel och avvikelser. I rutinen framgår att enheterna (respektive hemsjukvårdsområde) ska upprätta lokal rutin vilken ska delges MAS en gång per år för granskning och godkännande. Vi kan konstatera att det inte finns några lokalt upprättade rutiner. MAS uppger att enhetschefen varit i kontakt för att få stöd och hjälp med att upprätta de lokala rutinerna. MAS uppger att detta inte kunnat prioriteras utan har istället varit enhetschef behjälplig med att visa hur och vad rutinerna per respektive hemsjukvårdsområde ska omfatta som ett stöd i det framtagna arbetet.

En särskild rutin har upprättats riktade mot sjuksköterskor inom ordinärt boende i Välfärd Gävle, *Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården*. Den är upprättad av ledningsansvarig sjuksköterska och godkänd av verksamhetschef. Rutinen omfattar bland annat ordination och hantering av läkemedel, iordningställande av läkemedel, läkemedelsgenomgång, administrering av läkemedel, rengöring av utrymmen där läkemedel förvaras och rutin för läkemedelshantering per hemsjukvårdsområde. I rutinen framgår att en årlig revidering ska genomföras. Revideringsdatum ska därefter ändras oavsett om förändringar i texten skett. Vi kan konstatera att denna revidering inte har skett sedan maj 2020.

Vad gäller kontroll av läkemedel framgår bland annat i *Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården* att dosdispenserade läkemedel levereras varannan vecka och att tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för att kontrollera Apodosrullens⁷ innehåll mot gällande ordinationshandling. Det tydliggörs att de första och sista dospåsarna ska kontrolleras. Vidare framgår i rutinen avseende kunder som inte är doskund hur läkemedel iordningställs i dosett eller originalförpackning.⁸ Vi noterar dock att det inte genomförs en samlad bedömning av tidigare listade arbetsmoment. Av intervjuer framgår att sjuksköterskor genomför egenkontroller utifrån kundens Pascal-lista⁹. Intervjuade sjuksköterskor uppger även att första och sista dygnet i Apodosrullen kontrolleras. Därtill beskrivs även att kundens läkemedelslista kontrolleras av sjuksköterska var 14:e dag samt vid läkemedelsförändringar. Sjuksköterskorna vi intervjuat inom ramen för granskningen uppger att de upplever att det är tydligt hur och när kontroller av läkemedel ska genomföras.

Utifrån genomförda intervjuer noterar vi att det finns skillnader avseende kunskap och kännedom om rutinerna som gäller för läkemedelshantering. Från intervjuer noteras även att det råder en otydlighet om vilken av ovanstående rutiner som ska efterlevas. Vid intervjuer framkommer även att vissa anställda främst inom hemtjänsten inte känner till att det finns rutiner inom området.

Vi kan utifrån genomförd enkät konstatera att det finns geografiska skillnader avseende kännedom om rutiner för läkemedelshantering. Andelen som upplever att det finns

⁷ Dosförpackade läkemedel.

⁸ Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården.

⁹ Pascal är en webbapplikation som används vid förskrivning och beställning av läkemedel till dospatienter, läkemedel (tabletter) levereras då fördelade i påsar.

fastställda rutiner för ordination och hantering av läkemedel mellan de olika stadsdelar varierar från cirka 65 till 85 procent.

Andersberg är en av de stadsdelar där enkätresultatet visar på låg kännedom om rutiner vilket även bekräftas i samband med intervjuer med stadsdelens representanter. Vidare framkommer vid intervjuer att det finns en upplevelse från personalen att det är en hög personalomsättning.

Bedömning

Finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering?

Vi bedömer revisionsfrågan som **delvis** uppfylld.

Bedömningen baseras på följande:

- Vår bedömning är att det finns rutiner för ordination och läkemedelshantering enligt föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37).
- Vi kan konstatera att det saknas lokalt upprättade rutiner för respektive hemsjukvårdsområde vilket enligt *Rutin för läkemedelshantering* ska finnas.
- Vi kan vidare konstatera från intervjuer att rutiner inom området inte är helt kända i verksamheten och att det råder en otydlighet om vilken av de rutiner som finns inom området som gäller.
- Vi kan vidare konstatera att *Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården* är i behov av revidering då det framgår i rutinen att den årligen ska revideras. Senaste revideringen är genomförd 2020-05-05.

Egenkontroller

Revisionsfråga 3: Genomförs egenkontroller avseende ordination och hantering av läkemedel i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) 4 kap. 3 § samt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) 5 kap. 5 § framgår att vårdgivaren som ett led i egenkontrollen ska säkerställa att hantering av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetssäkring. Den externa kvalitetsgranskningen bör utföras minst en gång per år.

I Patientsäkerhetslagen 3 kap. 10 § framgår att vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen ska omfatta hur vårdgivaren arbetat med patientsäkerhet under året, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts. Inom ramen för granskningen har vi tagit del av Patientsäkerhetsberättelsen för 2021 och kan därmed verifiera att den upprättats.

Inom ramen för att besvara denna revisionsfråga har vi granskat om extern kvalitetsgranskning kring hantering av läkemedel i verksamheten genomförs minst en gång per år.

lakttagelser

I *Rutin för läkemedelshantering* framgår att extern kvalitetsgranskning ska göras genom MAS. Den externa kvalitetsgranskningen noteras vara ett led i den fortlöpande uppföljning av läkemedelshantering. I samband med kvalitetsgranskning ska den som granskar ge råd och stöd samt lämna förbättringsförslag till utföraren. Efter kvalitetsgranskning ska en rapport utfärdas. Vi kan dock konstatera att rutinen saknar hur ofta och på vilket sätt denna externa kvalitetsgranskning ska genomföras. Vid intervjuer framkommer att denna externa kvalitetsgranskning ska genomföras kontinuerligt och minst en gång per år. Enligt MAS har extern kvalitetssäkring inte genomförts under åren 2021 eller 2022. MAS uppger dock att kommunen upphandlat en extern apotekare som tillsammans med MAS kommer att genomföra kvalitetsgranskningar framgent.

I *Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården* framgår att verksamhetschef ansvarar för att två gånger per år ska genomföra egenkontroll av verksamheten där egenkontroll av läkemedelshantering ingår.¹⁰ Vi noterar dock att det inte framgår någon information om hur egenkontrollen ska genomföras. Som en bilaga till rutinen för läkemedelshantering finns en checklista för dokumentation kring uppföljning av läkemedelshantering. Checklistan omfattar bland annat kontroller avseende iordningställande av läkemedel, dokumentation och ordination av läkemedel. När egenkontrollen är genomförd och checklistan dokumenterad ska en kopia översändas till kommunens MAS. Vi har inom ramen för granskningen efterfrågat hemsjukvårdens genomförda egenkontroller för åren 2021 och 2022 vilket vi kan konstatera inte har genomförts. Vi kan vidare konstatera att i patientsäkerhetsberättelsen för år 2021 saknar dokumentation kring verksamhetens egenkontroller.

Avseende egenkontroll har cirka 70 procent av enkätrespondenterna uppgett att de instämmer helt eller instämmer till stor del att de upplever att det finns fastställda rutiner för genomförande av egenkontrollen i enlighet med det systematiska kvalitetsarbetet.

Vi noterar att råder en skillnad mellan yrkesgrupper vad gäller upplevelsen av att egenkontroller sker i enlighet med riktlinjer. Vårdbiträden och undersköterskor uppger i större utsträckningar att de instämmer helt eller till stor del att det finns rutiner för kontroller av läkemedel jämfört med sjuksköterskor.

Bedömning

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

¹⁰ Gävle kommun, 2016, reviderad 2020, *Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården VG-RUT-V-1677-3*

Vi bedömer revisionsfrågan som **ej** uppfylld.

Bedömningen baseras på följande:

- Enligt HSLF-FS 2017:37 samt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) ska verksamheten regelbundet genomgå extern kvalitetssäkring. Genomförd granskning påvisar att någon extern kvalitetsgranskning ej har genomförts för åren 2021 och 2022. Vi ser dock positivt på att man har upphandlat en extern aktör som enligt uppgift tillsammans med MAS ska genomföra extern kvalitetssäkring framgent.
- Vi kan konstatera att egenkontroller inom hemsjukvården enligt rutin för läkemedelshantering ska genomföras två gånger årligen. Genomförd granskning påvisar att egenkontroller ej har genomförts för åren 2021 och 2022. Detta påvisar en bristande följsamhet till gällande rutiner.
- Vi kan vidare konstatera att det saknas rutiner som beskriver hur egenkontroller ska genomföras.
- Vi kan vidare konstatera att det i patientsäkerhetsberättelsen inte redogörs för de uteblivna egenkontrollerna.

Rapportering av avvikelser

Revisionsfråga 4: Sker rapportering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel samt sker en tillräcklig hantering av dessa?

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 3 kap. 2 § ska vårdgivare bland annat kontrollera och följa upp verksamheten. Därmed är vårdgivaren ansvarig för att även registrera och följa upp eventuella avvikelser.

Inom ramen för att besvara denna revisionsfråga har vi granskat följsamhet till gällande rutiner inom området samt genom intervjuer fånga om dessa rutiner är kända och efterlevs i verksamheten. Vi kommer även att samla in statistik avseende registrerade avvikelser för att se om dessa är hanterade och besvarade till patienten och dess anhöriga.

lakttagelser

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av *Rutin för avvikelshantering med Treservas modul*.¹¹ Rutinen omfattar bland annat läkemedelshantering. I rutinen framgår bland annat krav på att vårdgivaren ska registrera eventuella avvikelser samt hur detta ska göras. Av genomförda intervjuer och i rutinen för avvikelshantering framgår att verksamhetssystemet Treserva används för att rapportera avvikelser. Detta sker via datorer i personalutrymmen. Det finns även en app där rapportering och signering kan

¹¹ Gävle kommun, 2016, reviderad 2022, Rutin för avvikelshantering med Treservas Modul VG-RUT-S-1152-7

ske, men appen är ännu inte fullt ut implementerad då den har vissa brister. Vi noterar dock att rutinen för avvikelshantering inte omfattar registrering via app.

Vid inkommen avvikelse ska ansvarig enhetschef tillsammans med berörda parter enligt rutin¹² bedöma allvarlighets- och sannolikhetsgrad för avvikelsen. Enligt rutinen bedöms medicinska avvikelser av ansvarig enhetschef tillsammans med "berörd kommunal legitimerad personal", det vill säga sjuksköterskor. Av intervjuer framgår att detta inte alltid efterlevs och att det inte alltid är möjligt för enhetschefen att bedöma allvarlighetsgraden då de saknar rätt kompetens.

Av intervjuer framgår att det finns ett antal utmaningar med att hantera avvikelser. Vårdpersonalen har olika god kunskap avseende hur och när avvikelser ska rapporteras. Ett antal undersköterskor och vårdbiträden vi intervjuat uppger att det inte är tydligt om de ska skriva avvikelser eller inte, det beskrivs att det är vanligt förekommande att vårdpersonal ringer till sjuksköterska eller enhetschef om de upptäcker en eventuell avvikelse under arbetspasset. Ett antal av de sjuksköterskor vi intervjuat uppger att de uppmanar undersköterskor och vårdbiträden att själva skriva avvikelser medan andra sjuksköterskor skriver avvikelser på undersköterskornas och vårdbiträdenas vägnar.

Vidare uppges i intervju att undersköterskor och vårdbiträden ibland har svårt att hinna skriva avvikelser under arbetspasset. Vidare beskrivs att det kan finnas ett mörkertal av avvikelser då inte all personal skriver avvikelser. Detta uppges till viss del bero på en oro att avvikelsen fungerar som bevis på att vårdpersonal agerat felaktigt.

Vad gäller återkoppling av avvikelserna beskriver vårdpersonal att de i stort inte får återkoppling på de avvikelserna som skrivs. Det råder okunskap om vad som händer med avvikelserna efter att de rapporterats. Enhetschefer inom hemtjänsten uppger att avvikelser diskuteras på aggregerad nivå vid arbetsplatsträffar som uppges genomföras var fjärde vecka. Inom ramen för granskningen har vi tagit del av ärendelistor och mötesanteckningar från respektive stadsdelar inom hemtjänstens arbetsplatsträffar för november och december månad 2022. Vi noterar att uppföljning av avvikelser har skett vid båda dessa tillfällen i Hamrånge men ej spårbart att det skett inom övriga verksamhetsområden.

Omvårdnadsnämndens patientsäkerhetsberättelse för år 2021¹³ visar att 46 procent av avvikelserna inom hemtjänst ej riskbedömts och motsvarande siffra inom hemsjukvården är 69 procent. Denna statistik avser dock avvikelser som inte enbart berör ordination och hantering av läkemedel. I Verksamhetsrapport år 2022 framgår att det skett en ökning av avvikelser kopplat till läkemedelshantering under sommarmånaderna.

Nedanstående diagram avser hemtjänstens statistik avseende:

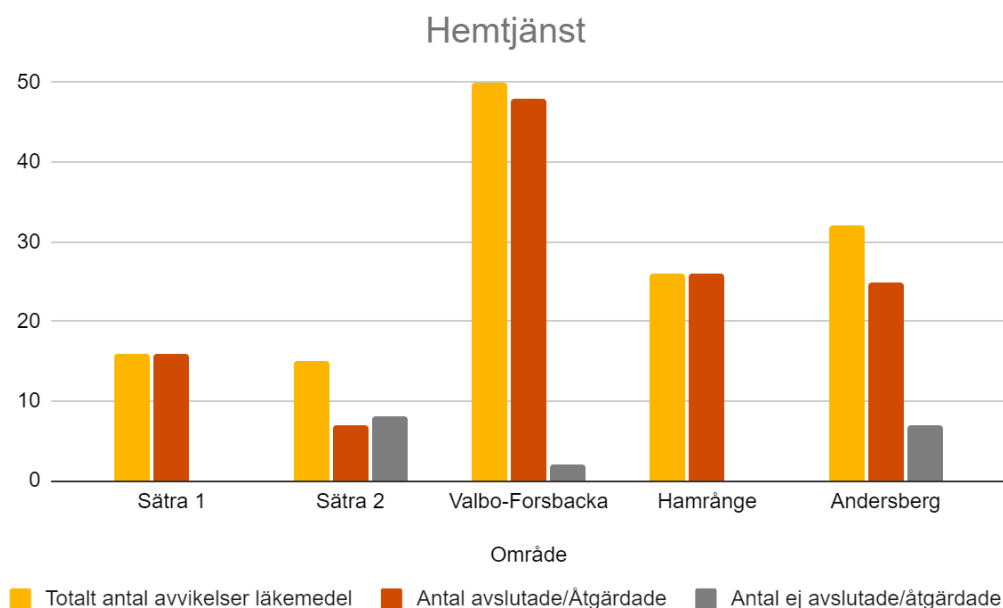
¹² Gävle kommun, 2016, reviderad 2022, Rutin för avvikelshantering med Treservas Modul VG-RUT-S-1152-7

¹³ Gävle kommun, 2022, Patientsäkerhetsberättelse för Omvårdnadsnämnden År 2021 22ON77

- 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.

Diagram 3: Avvikelser avseende läkemedelshantering inom hemtjänsten i Gävle kommun år 2022¹⁴



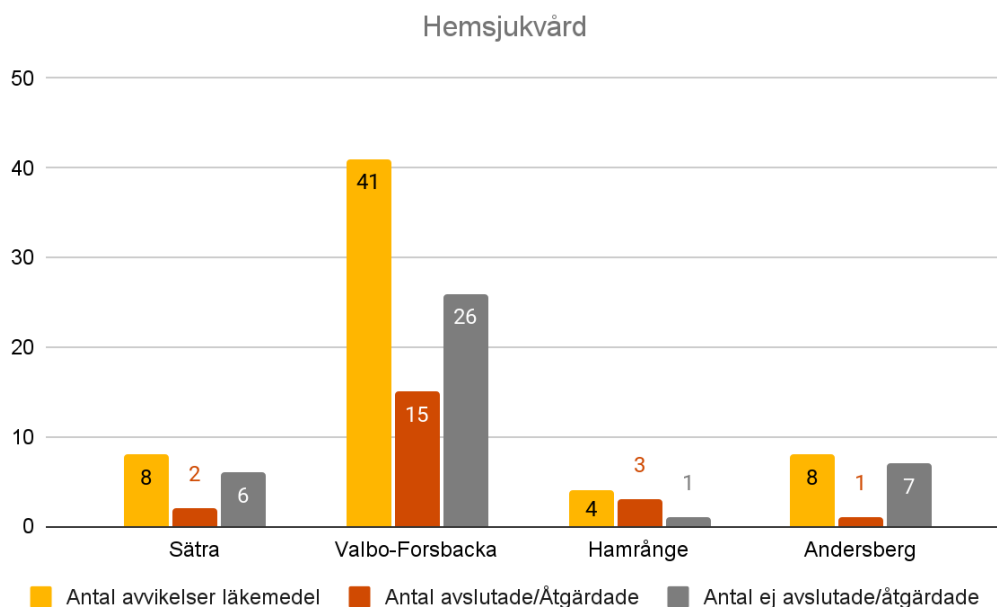
Nedanstående diagram avser hemsjukvårdens statistik avseende:

- 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.

¹⁴ 1 januari - 20 december 2022

Diagram 4: Avvikelse avseende läkemedelshantering inom hemsjukvården i Gävle kommun år 2022



Vi kan utifrån genomförd enkät konstatera att 85 procent av respondenterna uppger att de instämmer helt eller till stor del i frågan om de upplever att det finns fastställda rutiner för rapportering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel.

Däremot tyder enkätresultaten på att något färre instämmer i frågor om det sker en tillräcklig rapportering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel. 62 procent av respondenterna uppger att de instämmer helt eller till stor del avseende huruvida det sker en tillräcklig rapportering. 26 procent instämmer till viss del och 8 procent instämmer inte alls. 5 procent uppger att de inte vet, alternativt är osäkra.

Bedömning

Sker rapportering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel samt sker en tillräcklig hantering av dessa?

Vi bedömer revisionsfrågan som **ej** uppfylld.

Bedömningen baseras på följande:

- Det finns rutiner för avvikelshantering vilka omfattar ordination och hantering av läkemedel. Från intervjuer uppges dock att rutinerna inte upplevs lätta att tyda och förstå, exempelvis om vem som skall skriva en avvikelse.
- Vi kan konstatera att det i verksamheten upplevs finnas en risk för ett mörkertal till antalet registrerade avvikelser.
- Vi kan vidare konstatera att det skiljer sig åt i vilken omfattning dessa avvikelser åtgärdas och avslutas och vi ser att det finns brister i följsamheten i att regelbundet följa upp inkomna avvikelser. Vi kan vidare konstatera att det även skiljer sig åt i vilken omfattning och systematik avvikelser lyfts vid respektive områdes arbetsplatsträff. Detta i syfte att uppmärksamma och utveckla verksamheten utifrån uppkomna brister.

Hantering av läkemedel

Revisionsfråga 5: Säkerställs att hantering av läkemedel sker av behörig personal och i enlighet med delegation?

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvårdslagen (HSLF-FS 2017:37) 7 § noteras att i vårdgivarens rutiner för ordination och hantering av läkemedel ska det framgå vilka situationer och under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård att delegera iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel i verksamheten.

I 8 § noteras att i rutiner för ordination och hantering av läkemedel ska det även framgå vilken kompetens och kunskap som krävs för den som genom delegering får i uppgift att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel.

Enligt Socialstyrelsen ska alla verksamheter i hälso- och sjukvården ha en verksamhetschef vilken har de övergripande ansvaret för verksamheten. Det är vårdgivaren som bestämmer vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som verksamhetschefen ska ha. Enligt hälso- och sjukvårdslagen tydliggörs att medicinskt ansvarig sjuksköterska har bland annat som ansvar att beslut om delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.

I det här kapitlet har vi tittat på rutiner för att hantera delegering och säkerställandet av att personal har rätt kompetens för hantering av läkemedel.

lakttagelser

För att få delegering för att hantera och överlämna läkemedel till kund behöver vårdbiträden och undersköterskor som arbetar inom kommunens hemtjänst genomgå Demenscentrums onlineutbildning *Jobba säkert med läkemedel*. Utbildningen hanterar läkemedelsdelegering och ger baskunskaper för hantering av läkemedel. Utbildningen innehåller ett test med ett antal frågor och när personalen uppnått godkänt resultat på testet skickas ett diplom till den delegerande sjuksköterskan. Därefter har sjuksköterskan ett samtal och bedömer huruvida vårdbiträden och undersköterskor i fråga har reell kompetens för den uppgift som ska delegeras. Delegeringen är därefter giltigt i ett år. Även i kommunens rutin för delegering framgår att dessa steg ska genomföras för att ta emot delegering för läkemedel. Det finns särskilda läkemedel, exempelvis insulin, där särskild utbildning krävs innan delegering kan ske¹⁵.

Av genomförda intervjuer framgår att det finns vissa skillnader mellan enheterna avseende processen för att få läkemedelsdelegering. Skillnaderna avser främst samtalet med delegerande sjuksköterska. I vissa hemtjänst och hemsjukvårdsområden handlar det om ett förhållandevis kort samtal medan i andra områden samlas flera undersköterskor och vårdbiträden som behöver ny eller uppdaterad delegering för en längre genomgång. Några av hemtjänst och hemsjukvårdsområden som ingått i

¹⁵ Gävle kommun, 2016, reviderad 2022, Rutin för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård VG-RUT-S-0220-9

granskningen har en mer omfattande utbildning där ansvarig sjuksköterska går igenom information som berör läkemedelshantering och delegering. Enligt kommunens rutiner för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården ska vårdbiträden och undersköterskor efter godkänd webbutbildning göra ett kunskapsprov där den delegerande sjuksköterskan bedömer huruvida vårdbiträdet eller undersköterskan har reell kompetens för uppgifterna som ska delegeras¹⁶. Vi noterar dock att det i rutinen inte framgår hur delegerande sjuksköterska ska bedöma vårdbitrådets eller undersköterskans kompetens.

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av rutiner för uppföljning och omprövning av delegationsbeslut¹⁷ och i intervju bekräftas att omprövning genomförs årligen men att det kan finnas utmaningar med att genomföra detta. Sjuksköterskor beskriver att det förekommer att vårdpersonal snabbt, exempelvis samma dag, behöver delegering inför semesterperiod eller helg. Genom verksamhetssystemet Treserva får den som delegerat och den som tagit emot delegering påminnelser inför att delegeringen går ut. Sjuksköterskorna beskriver att antalet delegerad vårdpersonal innebär att mängden notifieringar från Treserva blir så omfattande att det trots systemstödet är svårt att få en överblick. I de verksamhetsområden som använder digital signering¹⁸ är det inte möjligt att signera läkemedelslistan om delegeringen har gått ut. I de områden som fortsatt använder fysiska läkemedelslistor som signeras för hand beskrivs att det inte finns någon kontroll och att personalen därför måste komma ihåg att förnya delegeringen årligen. Vid bemanning från kommunens bemanningsenhet uppges att delegering av läkemedelshantering sker enligt samma rutin som med ordinarie personal.

Vid intervjuer framkommer att det finns en risk i att vårdpersonal har överlämnat delegerat läkemedel trots att delegeringen har utgått. Detta då det vid manuell signering är svårt att säkerställa att giltig delegering finns. I intervju beskrivs även att det finns en risk att vårdpersonal gett läkemedel utan delegering då de inte förstått att delegering krävs, även om detta är ovanligt.

Delegeringens giltighet eller behov av förnyat delegeringsbeslut är inte något som omnämns vid årliga medarbetarsamtal.

Vid genomförda intervjuerna har vi även noterat att det råder otydlighet i vem som är ansvarig för att säkerställa att delegeringen är aktuell. Det råder även osäkerhet bland intervjuade vårdbiträden och undersköterskor huruvida delegeringen gäller för särskilda kunder eller för geografiska verksamhetsområden.

Avseende kunskap bland den personal som fått delegering att iordningställ och administrerar eller överlämnat läkemedel visar enkätresultaten att cirka 90 procent

¹⁶ Gävle kommun, 2016, reviderad 2022, Rutin för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård VG-RUT-S-0220-9

¹⁷ Gävle kommun, 2016, reviderad 2022, Rutin för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård VG-RUT-S-0220-9

¹⁸ Ett antal av verksamhetsområden som ingår i granskningen använder digital signering som sker i Treservas webbapplikation för telefoner. Detta ersätter de tidigare fysiska listorna som signerades efter överlämnande av läkemedel till kund.

upplever att "instämmer helt" eller "instämmer till stor del" och är informerad av de risker som är förenade med hantering av läkemedel.

Enligt Socialstyrelsen ska alla verksamheter inom hälso- och sjukvården ha en verksamhetschef vilken har de övergripande ansvaret för verksamheten. I Gävle kommun finns en ansvarig verksamhetschef för hemsjukvården.

Bedömning

Säkerställs att hantering av läkemedel sker av behörig personal och i enlighet med delegation?

Vi bedömer revisionsfrågan som **delvis** uppfylld.

Bedömningen baseras på följande:

- I hälso- och sjukvårdslagen (HSLF-FS 2017:37) framgår särskilda förordningar för delegering av läkemedel. I Gävle kommun arbetar hemsjukvården och hemtjänsten utifrån dessa förordningar på så vis att det finns riktlinjer för delegering vilka överensstämmer med kraven avseende delegation. Vidare noterar vi brister i kontroll av giltig delegering, särskilt inom de områden som saknar digital signering. Vår bedömning är att det finns en viss risk att personal utan giltig delegering överlämnar läkemedel till kunder.
- Vår bedömning är att det finns kompetenskrav i syfte att uppnå tillräckliga kunskaper om hantering av läkemedel i samband med delegation.
- Med anledning av lämnade enkät- och intervjusvar är vår bedömning att det bör övervägas om ytterligare kunskapshöjande åtgärder behövs för att säkerställa att all berörd personal med delegering har tillräckliga kunskaper.

Överlämnande av läkemedel

Revisionsfråga 6: Säkerställs att iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel sker av behörig personal?

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) 2 kap. 4 § samt i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) framgår att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal ska på ett betryggande sätt förvara och i förekommande fall dela ut läkemedel som han eller hon har hand om.

Vidare framgår i 4 § att den som genom delegering får i uppgift att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel ska ha dokumenterade kunskaper av läkemedel och de risker som är förenade med ovanstående.

I det här kapitlet redogör vi för hur väl omvårdnadsnämnden har rutiner för att säkerställa säker förvaring, iordningställande och administrering av läkemedel samt hur väl dess uppfattas vara styrande för rådande arbetssätt.

lakttagelser

I *Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården* framgår riktlinjer för iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel. Rutinen omfattar all personal som omfattas av läkemedelshantering, dvs. både ordinarie och vikarierande personal. Som tidigare beskrivet finns riktlinjer för iordningställande av läkemedel där tjänstgörande sjuksköterska ska kontrollera Apodosposar¹⁹, om kunden är en doskund, och annars iordningställt läkemedel i dosett eller originalförpackning. I samma rutin framgår riktlinjer för administrering av läkemedel där det tydliggörs att tjänstgörande sjuksköterska eller delegerad omvårdnadspersonal överlämnar läkemedel och signerar på signeringslista. Ett antal av de undersköterskor och vårdbiträden vi intervjuat uppger att det känns otryggt att läkemedel lämnas utan formell signering av mottagaren.

Rutinen beskriver även att kontrollerade Apodosrullar, iordningställda dosetter och läkemedel i originalförpackning kan lämnas till delegerad personal för att transporteras till kund, det tydliggörs även att delegerad omvårdnadspersonal ska kvittera ut läkemedlet av sjuksköterskan.²⁰

I intervju bekräftar personal att kontroll av Apodosposar sker samt att sjuksköterskor iordningställer dosetter och läkemedel i originalförpackning. Däremot beskrivs att det kan hända att läkemedel av hemtjänstpersonal lämnas i öppna personalutrymmen i väntan på att dessa ska distribueras till kund.

Det beskrivs att det ha uppstått tillfällen då läkemedel försvunnit även om de hittades senare och då kunnat lämnas till kunden. Vidare beskriver undersköterskor och vårdbiträden att det ibland är otydligt vilken kund läkemedlet ska till. En vidare risk med detta är att undersköterskor och vårdbiträden ofta ska till flera kunder efter varandra och behöver ha med sig läkemedel under hela turen och därmed till flera kunder.

De intervjuade sjuksköterskorna beskriver att det ibland är svårt att följa rutinerna för läkemedelshantering eftersom kundens läkemedel kan ordinerats levereras från instanser²¹ utanför kommunens hemsjukvård. Det leder till att det blir svårt för hemsjukvården att bevaka kundens samtliga läkemedel och vilken vårdgivare eller i förekommande fall närstående som har ansvar för ordinationen och således även givandet av läkemedel.

Som vi nämnt i föregående kapitel så krävs utbildning vid delegering eller förnyad delegering. Detta omfattar såväl ordinarie som vikarierande personal från kommunens bemanningsenhet. Utifrån genomförda intervjuer och insamlat material har vi inte fått några indikationer om att ytterligare utbildningar eller kunskapshöjande åtgärder genomförs. I vissa områden finns en stående punkt på månatliga arbetsplatsträffar att sjuksköterska uppmärksammar och går igenom en gällande rutin, vilket exempelvis skulle kunna beröra läkemedelshantering.

¹⁹ Apodos är dosförpackade läkemedel

²⁰ Gävle kommun, 2016, reviderad 2020, *Rutin för läkemedelshantering inom hemsjukvården* VG-RUT-V-1677-3

²¹ Exempelvis genom slutenvården.

Bedömning

Säkerställs att iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel sker av behörig personal?

Vi bedömer revisionsfrågan som **delvis** uppfylld.

Bedömningen baseras på följande:

- Det finns rutiner för iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel som även omfattar att det ska ske av behörig personal.
- Genomförd granskning påvisar att det finns en bristande följsamhet till befintliga rutiner bland annat lämnas läkemedel i öppna personalutrymmen för att undersköterskor och vårdbiträden vidare ska lämna läkemedlet hos kund.
- Genomförd granskning påvisar vidare att det saknas etablerade och tydliga rutiner för utkörning av läkemedel till kund.

Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning avseende läkemedelshantering inom hemsjukvården och hemtjänst.

Granskningens syfte är att bedöma om omvårdnadsnämnden bedriver en läkemedelshantering inom hemsjukvården i enlighet med lagar och föreskrifter.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att omvårdnadsnämnden **inte helt** har säkerställt att läkemedelshantering inom hemsjukvården sker i enlighet med lagar och föreskrifter.

Vår bedömning grundar vi på att befintligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar rutiner och riktlinjer avseende ordination och läkemedelshantering. Vi finner dock att det finns vissa brister i kännedomen om dessa och att de kan uppfattas svåra att hitta i systemet. Vid granskningen framkommer särskilda utmaningar avseende kännedom och följsamhet till gällande riktlinje inom de stadsdelar där omsättningen av personal varit mer omfattande.

Brister som granskningen särskilt uppmärksammar rör hantering av läkemedel där det kan hända att dessa förvaras i olåsta utrymmen eller att rutiner och arbetssätt inte är tillräckliga för att säkerställas att felaktigheter inte sker vid fördelning av läkemedel.

Vi konstaterar vidare att ledningssystemet behöver utvecklas för att ge ett stöd i arbetet med uppföljning och kontroll samt för att säkerställa att detta dokumenteras på ett likvärdigt och samordnat sätt för att utgöra ett fungerande underlag vid verksamhetsutveckling. Vid genomförd granskning konstateras att egenkontrollen inte har skett i enlighet med gällande regelverk under 2021 och 2022. Vi noterar att uteblivna kontroller och orsaken till detta inte kommenteras i Patientsäkerhetsberättelsen.


Rekommendationer

Mot bakgrund av genomförd granskning lämnar vi 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.
- Genomföra extern kvalitetssäkring i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9).
- Vidta åtgärder för att få en fungerande avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete avseende läkemedelshantering.

- Analysera eventuella skillnader mellan olika stadsdelar vad det gäller läkemedelshantering och vidta åtgärder i de avseenden skillnader inte är motiverade.
- Säkerställa att delegerad personal har tillräckliga kunskaper för uppgiften.
- 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.
 - att egenkontroller inom hemsjukvården genomförs i enlighet med *Rutin för läkemedelshantering*.

Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning	
Omfattar befintligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete läkemedelshantering?	<p>Delvis</p> <p>Befintligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar rutiner för hur uppföljning och kontroller ska ske avseende läkemedelshantering. Vår bedömning är att dock att det inte finns något systemstöd för genomförandet av uppföljning, kontroller eller utveckling. Det säkerställs inte heller att uppföljning och kontroller dokumenteras på något systematiskt och samordnat sätt.</p> <p>Vi kan vidare konstatera från intervjuer att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete inte är helt känt för hemtjänstens verksamheter vilket innebär att de rutiner som finns är inte används av samtliga parter.</p> <p>Vi kan vidare konstatera att de som är i behov av rutiner och riktlinjer inte alltid hittar dessa då ledningssystemet upplevs svårnavigerat.</p>	
Finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för ordination och läkemedelshantering?	<p>Delvis</p> <p>Vår bedömning är att det finns rutiner för ordination och läkemedelshantering enligt föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37).</p> <p>Vi kan konstatera att det saknas lokalt upprättade rutiner för respektive hemsjukvårdsområde vilket enligt <i>Rutin för läkemedelshantering</i> ska finnas.</p> <p>Vi kan vidare konstatera från intervjuer att rutiner inom området inte är helt kända i verksamheten och att det råder en otydlighet om vilken av de rutiner som finns inom området som gäller.</p> <p>Vi kan vidare konstatera att <i>Rutin för läkemedelshantering</i> inom hemsjukvården är i behov av revidering då det framgår i rutinen att den årligen</p>	

ska revideras. Senaste revideringen är genomförd 2020-05-05.

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

Nej

Enligt HSLF-FS 2017:37 samt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) ska verksamheten regelbundet genomgå extern kvalitetssäkring. Genomförd granskning påvisar att någon extern kvalitetsgranskning ej har genomförts för åren 2021 och 2022. Vi ser dock positivt på att man har upphandlat en extern aktör som enligt uppgift tillsammans med MAS ska genomföra extern kvalitetssäkring framgent. Vi kan konstatera att egenkontroller inom hemsjukvården enligt rutin för läkemedelshantering ska genomföras två gånger årligen. Genomförd granskning påvisar att egenkontroller ej har genomförts för åren 2021 och 2022. Detta påvisar en bristande följsamhet till gällande rutiner. Vi kan vidare konstatera att det saknas rutiner som beskriver hur egenkontroller ska genomföras. Vi kan vidare konstatera att det i patientsäkerhetsberättelsen inte redogörs för de uteblivna egenkontrollerna.



Sker rapportering av avvikelser kopplat till ordination och hantering av läkemedel samt sker en tillräcklig hantering av dessa?

Nej

Det finns rutiner för avvikelshantering vilka omfattar ordination och hantering av läkemedel. Från intervjuer uppges dock att rutinerna inte upplevs lätta att tyda och förstå, exempelvis om vem som skall skriva en avvikelse. Vi kan konstatera att det i verksamheten upplevs finnas en risk för ett mörkertal till antalet registrerade avvikelser. Vi kan vidare konstatera att det skiljer sig åt i vilken omfattning dessa avvikelser åtgärdas och avslutas och vi ser att det finns brister i följsamheten i att regelbundet följa upp inkomna avvikelser. Vi kan vidare konstatera att det även skiljer sig åt i vilken omfattning och systematik avvikelser lyfts vid respektive områdes arbetsplatsträff.



Detta i syfte att uppmärksamma och utveckla verksamheten utifrån uppkomna brister.

Säkerställs att hantering av läkemedel sker av behörig personal och i enlighet med delegation?

Delvis

I hälso- och sjukvårdslagen (HSLF-FS 2017:37) framgår särskilda förordningar för delegering av läkemedel. I Gävle kommun arbetar hemsjukvården och hemtjänsten utifrån dessa förordningar på så vis att det finns riktlinjer för delegering vilka överensstämmer med kraven avseende delegation. Vidare noterar vi brister i kontroll av giltig delegering, särskilt inom de områden som saknar digital signering. Vår bedömning är att det finns en viss risk att personal utan giltig delegering överlämnar läkemedel till kunder. Vår bedömning är att det finns kompetenskrav i syfte att uppnå tillräckliga kunskaper om hantering av läkemedel i samband med delegation. Med anledning av lämnade enkät- och intervjusvar är vår bedömning att det bör övervägas om ytterligare kunskapshöjande åtgärder behövs för att säkerställa att all berörd personal med delegering har tillräckliga kunskaper.



Säkerställs att iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel sker av behörig personal?

Delvis

Det finns rutiner för iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel som även omfattar att det ska ske av behörig personal. Genomförd granskning påvisar att det finns en bristande följsamhet till befintliga rutiner bland annat lämnas läkemedel i öppna personalutrymmen för att undersköterskor och vårdbiträden vidare ska lämna läkemedlet hos kund. Genomförd granskning påvisar vidare att det saknas etablerade och tydliga rutiner för utkörning av läkemedel till kund.



2023-04-05

Karin Magnusson

Malou Olsson

Kvalitetssäkrare

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Gävle kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 6 december 2022 PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.