

**För kännedom**

Kommunstyrelsen

Fullmäktiges presidium

Partiernas gruppledare

**Socialnämnden****Granskning avseende patientsäker läkemedelshantering**

Vi har i egenskap av förtroendevalda revisorer i Kiruna kommun genomfört en granskning avseende om socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig och patientsäker läkemedelshantering samt om nämnden bedöms ha en tillräcklig intern kontroll inom området. I granskningen har vi biträtts av sakkunniga från PwC.

Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden till viss del har säkerställt en ändamålsenlig och patientsäker läkemedelshantering och att nämndens interna kontroll inom området till övervägande del är tillräcklig. Vår bedömning baseras på följande iakttagelser:

- Det är inte säkerställt att patientsäkerhetsarbetet är integrerat i det för socialnämndens verksamheter gällande ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbetet. Kvalitetsledningssystem för patientsäkerhetsarbetet är mer att likna vid ett "parallellt" system.
- Till övervägande del har vårdgivaren säkerställt att erbjudande om läkemedelsgenomgång sker till brukare som flyttar till särskilt boende samt till brukare vid särskilt boende som är 75 år eller äldre och har minst fem läkemedel.
- Det finns fastställda rutiner gällande läkemedelshantering och ansvarsfördelning inom området. Dokumentet är känt av sjuksköterskor vid boendena men vi bedömer utav vår granskning att majoriteten av intervjuad baspersonal saknar kännedom om det. Däremot bedöms själva innebörden av rutindokumentet vara känt och härmed även tillämpningen.
- Vårdgivaren har säkerställt att utsedd medicinskt ansvarig sjuksköterska har tillräckliga förutsättningar för att besluta om delegering gällande läkemedelsområdet är förenligt med patientsäkerheten. Det finns utarbetade rutiner för delegering inom förvaltningen och de intervjuade har hög kännedom om dessa. Åtgärder och aktiviteter har vidtagits för att åtgärda identifierade problem inom området.
- Det finns ändamålsenliga system och rutiner för avvikelshantering. Dock bör det säkerställas att tillämpning av rutiner för läkemedelshantering och läkemedelsanvändning inom särskilda boenden sker i en tillräcklig utsträckning.

Det eftersom indikationer erhållits inom ramen för granskningen avseende underrapportering av avvikelser, och att kännedom om det värde avvikelser har för ett ständigt kvalitetsutvecklande av verksamheten, saknas.

- Det finns dokumenterade och kända rutiner för den ansvarsfördelning som gäller avseende att informera patienter och eventuella närstående om vårdskada eller risk för vårdskada. Inom ramen för granskningen har vi inte erhållit indikationer om att vårdtagare inte informerats om de utsatts vårdskada. Samtidigt har vi inom ramen inte erhållit underlag som redovisar i vilken utsträckning detta sker.
- Det sker ingen extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen vid de särskilda boendena för äldre inom Kiruna kommun. Detta är inget skall-krav enligt föreskrift, men detta bör ske som ett led i vårdgivarens egenkontroll av området.
- Aktiviteter har initierats och genomförts av MAS mot bakgrund av ökat antal avvikelser under tidigare år. Området läkemedelshandling omfattas i den checklista som används vid uppföljning av hälso- och sjukvården. Detta är att likna vid en kvalitetsgranskning av läkemedelshandling. Samtidigt finns en risk att det övergripande målet om att förbättra kvalitén missas om uppföljningsförfarandet inte sker på ett sätt som även involverar baspersonalen i verksamheten.

För att utveckla kvalitetsledningsarbetet inom socialnämnden och dess verksamheter vill vi lämna följande rekommendationer:

- Att nämnden säkerställer att patientsäkerhetsarbetet är en integrerad del i det systematiska kvalitetsledningsarbetet som ska bedrivas inom socialnämndens verksamheter.
- Att nämnden säkerställer att de rutiner som finns avseende avvikelserapportering tillämpas i tillfredställande utsträckning
- Att nämnden säkerställer en tillräcklig egenkontroll inom läkemedelshandling sker och att behov av en årligen återkommande extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandling inom socialförvaltningen övervägs.

I övrigt hänvisar vi till de iakttagelser som redovisas i bifogad revisionsrapport.

För Kiruna kommuns revisorer

Roger Aitomäki, ordförande

Sören Sidér, vice ordförande

Bilaga: Revisionsrapport "Patientsäker läkemedelshandling", PwC, mars 2017.

# Revisionsrapport

## *Patientsäker läkemedelshantering*

Kiruna kommun

*Maria Strömbäck  
Revisionskonsult*

*Jenny Krispinsson  
Cert. kommunal revisor*

*Mars 2017*

# Innehållsförteckning

<b>1.</b>	<b>Sammanfattande bedömning .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>3</b>
2.1.	Bakgrund .....	3
2.2.	Syfte och revisionsfrågor .....	3
2.3.	Revisionskriterier .....	4
2.4.	Metod och avgränsning .....	4
<b>3.</b>	<b>Området läkemedelshantering.....</b>	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>Iakttagelser och bedömningar .....</b>	<b>6</b>
4.1.	Patientsäkerhetsarbets integrering i kvalitetsledningssystem.....	6
4.1.1.	Iakttagelser .....	6
4.1.2.	Bedömning.....	7
4.2.	Läkemedelsgenomgång .....	7
4.2.1.	Iakttagelser .....	8
4.2.2.	Bedömning.....	9
4.3.	Rutin för läkemedelshantering.....	9
4.3.1.	Iakttagelser .....	9
4.3.2.	Bedömning.....	10
4.4.	Delegering inom läkemedelsområdet .....	11
4.4.1.	Iakttagelser .....	11
4.4.2.	Bedömning.....	13
4.5.	Avvikelsehantering .....	13
4.5.1.	Iakttagelser .....	13
4.5.2.	Bedömning.....	16
4.6.	Information vid vårdskada .....	16
4.6.1.	Iakttagelser .....	16
4.6.2.	Bedömning.....	17
4.7.	Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering .....	17
4.7.1.	Iakttagelser .....	17
4.7.2.	Bedömning.....	18

# 1. *Sammanfattande bedömning*

På uppdrag av revisorerna i Kiruna kommun har PwC genomfört en granskning avseende om socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig och patientsäker läkemedelshantering samt om nämnden bedöms ha en tillräcklig intern kontroll inom området. Revisorernas bedömning av väsentlighet och risk har legat till grund för valet av granskningsinriktning.

Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden till viss del har säkerställt en ändamålsenlig och patientsäker läkemedelshantering och att nämndens interna kontroll inom området till övervägande del är tillräcklig. Den sammanfattande bedömningen baseras på följande iakttagelser:

- Det är inte säkerställt att patientsäkerhetsarbetet är integrerat i det för socialnämndens verksamheter gällande ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbetet. Kvalitetsledningssystem för patientsäkerhetsarbetet är mer att likna vid ett ”parallellt” system. På kommunens intranät finns digital mapp, ”MAS-mapp”, där riktlinjer och rutiner inom hälso- och sjukvårdsområdet samlats finns och är tillgänglig för legitimerad personal inom socialförvaltningen. Baspersonal inom kommunens särskilda boenden för äldre saknar tillgång till mappen trots att dessa även omfattas av dokument med bäring på det uppdrag de utför.
- Till övervägande del har vårdgivaren säkerställt att erbjudande om läkemedelsgenomgång sker till brukare som flyttar till särskilt boende samt till brukare vid särskilt boende som är 75 år eller äldre och har minst fem läkemedel. Detta genom att såväl samverkansavtal med Region Norrbotten finns, utarbetad rutin för läkemedelsgenomgångar och en årlig uppföljning av antal erbjudande. Det senare rapporteras till socialnämnden inom ramen för årlig patientsäkerhetsberättelse. Indikationer finns om att olikheter finns mellan enheterna vad gäller systematik utav läkemedelsgenomgångar.
- Det finns fastställda rutiner gällande läkemedelshantering och ansvarsfördelning inom området. Dokumentet är känt av sjuksköterskor vid boendena men vi bedömer utav vår granskning att majoriteten av intervjuad baspersonal saknar kännedom om det. Däremot bedöms själva innebörden av rutindokumentet vara känt och härmed även tillämpningen.
- Vårdgivaren har säkerställt att utsedd medicinskt ansvarig sjuksköterska har tillräckliga förutsättningar för att besluta om delegering gällande läkemedelsområdet är förenligt med patientsäkerheten. Det finns utarbetade rutiner för delegering inom förvaltningen och de intervjuade har hög kännedom om dessa. Åtgärder och aktiviteter har vidtagits för att åtgärda identifierade problem inom området. Indikationer finns om att bedömning av reell kompetens hos baspersonal kan skilja sig mellan enheter.

- Det finns ändamålsenliga system och rutiner för avvikelshantering. Åtgärder bör dock vidtas för att säkerställa att tillämpning av rutiner för läkemedelshantering och läkemedelsanvändning inom särskilda boenden sker i en tillräcklig utsträckning. Det eftersom indikationer erhållits inom ramen för granskningen om en underrapportering av avvikelser och att kännedom om det värde avvikelser har för ett ständigt kvalitetsutvecklande av verksamheten saknas.
- Det finns dokumenterade och kända rutiner för den ansvarsfördelning som gäller avseende att informera patienter och eventuella närstående om vårdskada eller risk för vårdskada. Inom ramen för granskningen har vi inte erhållit indikationer om att vårdtagare inte informerats om de utsatts vårdskada. Samtidigt har vi inom ramen inte erhållit underlag som redovisar i vilken utsträckning detta sker.
- Det sker ingen extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringens vid de särskilda boendena för äldre inom Kiruna kommun. Detta är inget skall-krav enligt föreskrift, men detta bör ske som ett led i vårdgivarens egenkontroll av området. Aktiviteter har initierats och genomförts av MAS mot bakgrund av ökat antal avvikelser under tidigare år. Området läkemedelshantering omfattas i den checklista som används vid uppföljning av hälso- och sjukvården. Detta är att likna vid en kvalitetsgranskning av läkemedels-hantering. Samtidigt finns en risk att det övergripande målet om att förbättra kvalitén missas om uppföljningsförfarandet inte sker på ett sätt som även involverar baspersonalen i verksamheten.

## Rekommendationer

Med anledning av ovanstående vill vi lämna följande rekommendationer till socialnämnden:

- Att nämnden säkerställer att patientsäkerhetsarbetet är en integrerad del i det systematiska kvalitetsledningsarbetet som ska bedrivas inom socialnämndens verksamheter.
- Att nämnden säkerställer att de rutiner som finns avseende avvikelserapportering tillämpas i tillfredställande utsträckning
- Att nämnden säkerställer en tillräcklig egenkontroll inom läkemedels-hanteringens sker och att behov av en årligen återkommande extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringens inom socialförvaltningen övervägs.

## **2. Inledning**

### **2.1. Bakgrund**

I Kiruna kommun är det utsedd nämnd (socialnämnden) som ansvarar för att den hälso- och sjukvård kommunen erbjuder till vårdtagare i särskilda boendeformer uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav. Socialnämnden är även ansvarig för att kommunens patientsäkerhetsarbete är integrerat i ledningssystem som fastställer principer för ledning av verksamheten. Allt för att lagens intentioner om en god och säker vård uppnås och att verksamhetens kvalitet säkerställs.

Läkemedelshanterande och läkemedelsanvändning till vårdtagare vid särskilt boende är en vanlig form av hälso- och sjukvård och detta regleras av lagar, förordningar och föreskrifter. MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) har ansvar att rutiner för området och vårdgivaren (socialnämnden) att dessa finns integrerat i ledningssystemet. Möjlighet finns även enligt föreskrift att delegera arbetsuppgifter inom området till annan hälso- och sjukvårdspersonal där patientsäkerhetsaspekten är grundläggande. Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enligheter med rutiner för området.

Risker finns dock inom detta hälso- och sjukvårdsområde. T.ex. kan det förekomma att vårdtagare inte erhåller föreskrivet läkemedel, eller erhåller felaktigt läkemedel. Detta innebär att en avvikelse skett från det tänkta förloppet och härmed har ett tillbud (kunnat medföra vårdskada eller allvarlig vårdskada) eller en negativ händelse (medfört vårdskada eller allvarlig vårdskada) uppstått. En del i ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är rapportering och hantering av avvikelser vårdgivaren ska utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

År 2009 genomförde kommunens revisorer en granskning av området där vissa brister för området bedömdes finnas bl.a. gällande vidtagna åtgärder utifrån erhållen rapportering.

### **2.2. Syfte och revisionsfrågor**

Granskningen syftar att bedöma om socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig, patientsäker läkemedelshantering samt om nämnden bedöms ha en tillräcklig intern kontroll av området?

Följande revisionsfrågor har varit styrande för granskningen:

- Har vårdgivaren säkerställt att kommunens patientsäkerhetsarbete är integrerat i ledningssystemet?
- Har vårdgivaren säkerställt att erbjudande om enkel läkemedelsgenomgång sker till vårdtagare som flyttar till särskilt boende samt till vårdtagare vid särskilt boende som är 75 år eller äldre och har minst fem läkemedel?

- Finns fastställda och kända rutiner och riktlinjer i lokal instruktion gällande läkemedelshantering och ansvarsfördelning?
- Har vårdgivaren säkerställt att utsedd medicinskt ansvarig sjuksköterska har tillräckliga förutsättningar för att beslut om delegering gällande läkemedelsområdet är förenligt med patientsäkerheten?
- Finns ändamålsenliga och tillämpade system och rutiner för avvikelshantering gällande läkemedelshantering och läkemedelsanvändning inom särskilda boenden?
- Informeras vårdtagare som utsatts för vårdskada snarast samt vilka åtgärder som vårdgivaren avser vidta för att inte liknande händelser ska ske igen?
- Sker en kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringens minst en gång per år?

### **2.3. Revisionskriterier**

- Hälsa- och sjukvårdslagen 1982:763 2a§, 18§, 22§, 24§
- Patientsäkerhetslagen 2010:659 3 kap 1-4§, 8§ -10§
- Patientsäkerhetsförordningen 2010: 1369 7 kap 1, 3§
- SOSFS 2000:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. 3 kap 4§, 3a kap 1-4 §
- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 3 kap 1§, 5 kap 5§
- SOSFS 1997:14 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
- Avtal och andra för området styrande dokument

### **2.4. Metod och avgränsning**

Granskningen av läkemedelshantering har avgränsats till att omfatta kommunens särskilda boenden. Följande boenden har ingått i granskningen: Mysinge, Movägen, Rosengården, Fjällgården och Gläntan.

Granskningen har genomförts genom inledande insamling/analys av kommunens styrande dokument, riktlinjer, rutindokument och uppföljningsdokument gällande granskningsområdet. Därefter har intervju skett med MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska), sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal (undersköterskor/vårdbiträden) som arbetar vid kommunens särskilda boenden. Därefter har inhämtat material sammanställt i rapport och en avstämning har skett med förvaltningschef.

De intervjuade har erbjudits tillfälle att faktakontrollera ett utkast till revisionsrapporten.



### 3. *Området läkemedelshantering*

Läkemedelsbehandling är den vanligaste medicinska åtgärd och är en förekommande orsak till patientskador och patientsäkerhetsproblem. Noggrannhet krävs i hela läkemedelshanteringskedjan för att upprätthålla en god patientsäkerhet<sup>1</sup>. Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport om patientsäkerhet att vanligaste rapporterade vårdskada under år 2016 är fallskador och läkemedelsrelaterad skada<sup>2</sup>. Vidare anges att det riskområde för uppkomst av vårdskada som rapporterats och identifierats mest är läkemedelshantering. Samtidigt anges i rapporten att de svar som ligger till grund för rapporten verkar baseras på bedömning av riskområden utan att det har rapporterats eller identifierats med riskanalys. I rapporten anges även att många av skadorna som uppstår i vården kan kopplas till användningen av läkemedel och att allvarliga vårdskador kan inträffa i samband med ordination, iordningställande och administrering.

#### **Definition - läkemedelshantering**

Socialstyrelsens definition av läkemedelshantering är följande; ”Ordnation, rekvisition, förvaring, expediering, iordningställande, överlämnande och administrering av läkemedel”.

#### **Läkarmedverkan i särskilt boende.**

Läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763 26 d§). Här anges att landstinget ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende. Avtal ska tecknas mellan kommun och landsting gällande omfattningen och formen för läkarmedverkan.

I Norrbotten regleras det ansvar hälsocentralens läkare har gällande personer som bor inom kommunalt särskilt boende inom ramen för ”Vårdval Primärvård” och länsavtalet ”Samverkansavtal om läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer”<sup>3</sup>. Det geografiska upptagningsområdet är grunden för hälsocentralens ansvar för kommunala boenden. Samverkansavtalet anger vad som gäller den geografiskt ansvariga hälsocentralen, bl.a. kostnadsansvar för läkemedel och fast konsultationstid för boendet. Mot bakgrund av att en patient kan välja sig att lista sig vid en hälsocentral som inte sammanfaller med den hälsocentral som har det geografiska ansvaret för boendet anges vilket ansvar den behandlingsansvarige läkaren har om frågor som berör enskild patient.

---

<sup>1</sup>

<https://nllplus.se/publika/lg/verk/LE/Handbok%20f%C3%B6r%20l%C3%A4kemedelshantering/Handbok%20f%C3%B6r%20l%C3%A4kemedelshantering.pdf>

<sup>2</sup> Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016. Socialstyrelsen

<sup>3</sup> <http://www.norrbotten.se/publika/lg/verk/Kansli/Lst/2016/LD-rapport/LD-rapport%20160928/Bilaga%201%20samverkansavtal%20l%C3%A4karmedverkan.pdf>

## **4. Iakttagelser och bedömningar**

### **4.1. Patientsäkerhetsarbets integrering i kvalitetsledningssystem**

I såväl Patientsäkerhetslag som Hälso- och sjukvårdslag framkommer att en vårdgivare har ansvar att tillgodose en patients behov av säkerhet i vården och en skyldighet finns även att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Enligt föreskrift och allmänna råd om ledningssystem<sup>4</sup> för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9) ansvarar även vårdgivaren för att det systematiska patientsäkerhetsarbetet sker enligt föreskrift. Det innebär att ett ledningssystem ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Kvalitet är enligt föreskriften att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheterna. Vidare anger föreskrift att vårdgivaren ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning.

#### **4.1.1. Iakttagelser**

Socialnämnden utövar enligt gällande reglemente ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården samt svarar för hälso- och sjukvård som erbjuds i särskilt boende.

Socialnämnden beslutade 2012-08-21 att införa ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ett kvalitetsledningssystem för socialnämndens verksamheter uppges vara under uppbyggnad och på kommunens intranät finns en struktur för systemet. I dagsläget finns inget särskilt systemstöd inom kommunen för kvalitetsledningsarbetet. Samtidigt poängteras att ett systemstöd i sig inte säkrar upp ett kontinuerligt kvalitetsarbete. Detta arbete beskrivs idag ske genom kontinuerlig revidering och uppdatering av styrande dokument på intranätet. Nämndsbeslut finns även om att förvaltningen ska se över sina processer.

I kommunen återfinns styrande dokument (i dokumentens sidhuvud anges "rutiner och riktlinjer") gällande kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet på kommunens intranät i en särskild digital mapp, "MAS-mappen". I denna mapp återfinns flera undermappar för olika områden (t.ex. fall, läkemedel, ansvarsfördelning). Kommunens MAS, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt chefer inom socialförvaltningen har tillgång till den digitala mappen. Målet uppges vara att även baspersonal som i dagsläget saknar tillgång även ska få det. I sammanhanget poängteras även att det är enhetschef vid ett särskilt boende som ansvar för att gällande rutiner för verksamheten är kända hos medarbetarna. Ett översynsarbete uppges ske av dokumenten som ingår i "MAS-mappen". Allt för att

---

<sup>4</sup> System för att fastställa principer för ledning av verksamheten.

säkerställa att de är uppdaterade och enhetliga. Några intervjuade sjuksköterskor uppger att det i vissa avseende är svårarbetat vad gäller hitta rätt dokument i den digitala dokumentmappen och önskar en annan struktur.

Styrande dokument med bäring till det systematiserade patientsäkerhetsarbetet är i dagsläget inte integrerat och samordnat med förvaltningens kvalitetsledningssystem som är under uppbyggnad. Integrering uppges ska ske när kvalitetsledningssystemet är färdigställt. Av intervjuer uppfattar vi, och får bekräftat att det systematiska patientsäkerhetsarbetet inte är integrerat i det övergripande ledningssystemet. Härmed är de två att likna vid parallella system, en intervjuad uttryckte detta som ”MAS-mappen lever sitt eget liv”.

Föreskrift förtydligas även att vårdgivaren senast den 1 mars ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Enligt föreskrifter och allmänna råd om bör det även varje år upprättas en sammanhållen kvalitetsberättelse. Av intervjuer framgår att såväl kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse för år 2016 var under upprättande vid granskningstillfället. Dessa rapporter uppges efter färdigställande rapporteras till socialnämnden. Vi konstaterar att nämnden fattat beslut om såväl patientsäkerhetsberättelse 2015 och kvalitetsberättelse 2015 i början av år 2016.

#### 4.1.2. *Bedömning*

- Har vårdgivaren säkerställt att kommunens patientsäkerhetsarbete är integrerat i ledningssystemet?

Vår bedömning är att vårdgivaren inte har säkerställt att patientsäkerhetsarbetet är integrerat i det för förvaltningen gällande ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbetet.

Bedömningen baseras på att förvaltningens kvalitetsledningssystem fortfarande är under uppbyggnad och att föreskrifter med bäring till ett systematiserat patientsäkerhetsarbete ännu inte är en integrerad del. Föreskriftskrav finns att ledningssystem ska anpassas efter verksamhetens inriktning och omfattning.

Vidare visar granskningen att den ”MAS-mapp” som finns på kommunens intranät inte finns tillgänglig för baspersonal vid kommunens särskilda boenden. Uppgift lämnas om att planer finns om att dessa ska få tillgång vilket vi ser positivt till. Vi menar det är av vikt att samtliga yrkeskategorier som omfattas av styrande dokument har tillgång till dessa. Det ur ett systematiserat kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv, men framförallt ur en tillämpningsaspekt. Tillgång till digitala dokument torde även öka möjligheten att sprida kännedom om eventuella dokumentrevideringar.

## 4.2. *Läkemedelsgenomgång*

Enligt föreskrift<sup>5</sup> ska person som är äldre än 75 år eller har fler än fem läkemedel, av vårdgivare erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång i samband med inflyttning till särskilt boende. Dessutom ska patienter som är äldre än 75 år, har hemsjukvård

<sup>5</sup> SOSFS 2000:1 3a kap 3§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården

eller bor på ett särskilt boende samt har minst fem ordinerade läkemedel erbjudas en läkemedelsgenomgång minst en gång per år.

#### 4.2.1. Iakttagelser

Som angavs i kapitel 3 regleras läkarmedverkan vid särskilda boenden i Kiruna kommun av ett samverkansavtal som tecknats mellan Norrbottens kommuner och Norrbottens läns landsting (nuvarande Region Norrbotten<sup>6</sup>. Det omfattar även fasta konsultationstider vid boendet.

I länet finns en läkemedelskommitté som är ett organ för både offentliga och privata vårdverksamheter. En ledamot i kommittén är utsedd av Norrbottens kommuner. På NLL+ finns en webbsida med information om kommunal hälso- och sjukvård<sup>7</sup>. Här återfinns bl.a. information gällande äldre och läkemedel och länkar till andra webbplatser med information kring området.

I *Handbok för läkemedelshantering*<sup>8</sup> (vilken läkemedelsenhetens läkemedels-hanteringsgrupp inom Regionen Norrbotten ansvarar för) återfinns skrivningar från nationella regelverk gällande läkemedelshantering och underlag som kan användas som stöd för utformning av lokala instruktioner för läkemedelshantering. Kännedom om denna handbok finns hos kommunens MAS.

Av det kommuninterna dokumentet *Rutin för läkemedelsgenomgång* som upprättats i oktober 2015 inom socialförvaltningen, framgår ansvarsfördelningen för sjuksköterska och läkare avseende läkemedelsgenomgångar. Ansvarig för att läkemedelsgenomgångar sker är läkaren. Vidare anges i rutinen att syftet med genomgångarna är att nå en så hög överensstämmelse som möjligt mellan de läkemedel patienten är ordinerad, är i behov av, samt använder. I rutinen anges att rapport om antal genomförda läkemedelsgenomgångar ska ske till kommunens MAS årligen. MAS ansvarar för därefter årligen redovisa en kommunövergripande sammanställning till förvaltningschef och socialnämnden. Det inom ramen för kommunens patientsäkerhetsberättelse.

Av rutin och intervjuer framgår att alla brukare som bor vid kommunens särskilda boenden för äldre ska erbjudas en årlig läkemedelsgenomgång. Cirka 300 brukare uppges bo vid kommunens särskilda boenden. De intervjuade menar att de allra flesta som bor på dessa boenden även motsvarar målgruppen för läkemedels-genomgång. Generellt upplever de intervjuade att det fungerar bra med läkemedels-genomgångar, men att hälsocentralens tillgång till läkare påverkar. Varje boende uppges ha en läkare knuten till sig och detta anges överlag vara välfungerande. Utöver den årliga läkemedelsgenomgången sker enligt flera intervjuade, även genomgångar fortlöpande under året. T.ex. i samband med att en patient ordinerar ett nytt läkemedel. Av intervjuer får vi en bild av att något boende avsätter särskilda tillfällen för just läkemedelsgenomgång, utan att det mer sker inom ramen för den ”löpande” läkemedelsgenomgången som sker för boende.

<sup>6</sup> Från 20170101 har namnbyte skett av Norrbottens läns landsting till Region Norrbotten.

<sup>7</sup> <https://nllplus.se/For-vardgivare-inom-halso--och-sjukvard/Lakemedel/Lakemedelskommitten/>

<sup>8</sup> <https://nllplus.se/publika/lg/verk/LE/Handbok%20f%c3%b6r%20l%c3%a4kemedelshantering/Handbok%20f%c3%b6r%20l%c3%a4kemedelshantering.pdf>

Rutin finns som innebär att en läkemedelsgenomgång ska ske när en ny brukare flyttar in på ett särskilt boende i kommunen. Underlag som bekräftar detta har inte erhållits inom ramen för vår granskning.

Genomförd läkemedelsgenomgång dokumenteras i Procapita som är dokumentationssystemet. I kommunens patientsäkerhetsberättelse för år 2015 framgick att 77 % av brukarna enligt intern uppföljning erbjudits en läkemedelsgenomgång. Av patientsäkerhetsberättelsen för år 2015 framgår inte någon definition av begreppet brukare eller totala antalet brukare i kommunen fördelat inom olika verksamheter. Vi kan heller inte utläsa av dokumentet om antalet läkemedelsgenomgångar avser erbjudande av enkla eller fördjupade läkemedelsgenomgång.

#### **4.2.2. Bedömning**

- Har vårdgivaren säkerställt att erbjudande om enkel läkemedelsgenomgång sker till vårdtagare som flyttar till särskilt boende samt till vårdtagare vid särskilt boende som är 75 år eller äldre och har minst fem läkemedel?

Vår bedömning är att vårdgivaren till övervägande del har säkerställt att erbjudande om läkemedelsgenomgång sker till brukare som flyttar till särskilt boende samt till brukare vid särskilt boende som är 75 år eller äldre och har minst fem läkemedel.

Detta genom att såväl samverkansavtal med Region Norrbotten finns, utarbetad rutin för läkemedelsgenomgångar och en årlig uppföljning av antal erbjudande. Det senare rapporteras till socialnämnden inom ramen för årlig patientsäkerhetsberättelse. Indikationer erhålls dock inom ramen för granskningen att det kan skilja sig mellan enheter vid kommunens särskilda boenden för äldre vad gäller systematiserandet av genomförande av läkemedelsgenomgång.

Avseende det som redovisas i kommunens patientsäkerhetsberättelse gällande läkemedelsgenomgång så menar vi att det här finns utrymme för en mer detaljerad beskrivning.

### **4.3. Rutin för läkemedelshantering**

Patientsäkerhetslagen 3 kap 9 § anger att vårdgivaren ansvarar för att dokumentation av hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Ansvarig verksamhetschef ska enligt föreskrift fastställa ändamålsenliga rutiner och entydigt fördela ansvaret för läkemedelshantering inom verksamhetsområdet. Detta skall dokumenteras i en lokal instruktion och denna ska även omfatta generella direktiv gällande ordination av läkemedel. Ordination enligt generella direktiv innebär enligt föreskrift; ordination av läkemedel som gäller för patienterna på en viss enhet vid vissa angivna tillstånd, utan att en särskild individuell ordination behöver ges.

#### **4.3.1. Iakttagelser**

*Rutin för läkemedelshantering* (utarbetat oktober 2015) är ett kommuninternt dokument som syftar att kvalitetssäkra läkemedelshantering och härigenom säkerställa en säker och god vård. Rutinen omfattar yrkeskategorierna MAS, läkare,

sjuksköterskor, enhetschefer och personal med delegering, och dokumentet anger även den roll- och ansvarsfördelning som finns mellan dessa gällande läkemedelshantering. Rutinen behandlar följande områden:

- När enskild inte kan ansvara för sin medicinering
- Ordination av läkemedel
- Rekvisition och kontroll av läkemedel
- Iordningställande och överlämnande av läkemedel
- Förvaring av läkemedel
- Beställning
- Apodosleverans
- Naturläkemedel
- Uppföljning

Till rutindokumentet finns även ett antal bilagor gällande ovanstående områden. Vi uppfattar att detta dokument motsvarar en lokal instruktion.

Detta rutindokument återfinns i "MAS-mappen" och är känd av såväl MAS som våra intervjuade sjuksköterskor. Kännedom om dokumentet saknas däremot hos den baspersonal som intervjuats, samtidigt som de intervjuade har kunskap och kan beskriva rutinens innebörd och hur den ska tillämpas. Som tidigare beskrivits saknar baspersonal (inkl. de med erhållen/mottagen delegering) vid särskilda boenden åtkomst till "MAS-mappen" på intranätet. Några uppger att vissa boenden har dokument från "MAS-mappen" förvarat i en pärm. Som tidigare nämnts poängteras i sammanhanget att det är enhetschef som ansvarar för att medarbetare har kännedom om gällande rutiner.

I "MAS-mappen" ingår dokumentet *Generell ordination Kiruna Kommuns särskilda boende*. Ansvarig för dokumentet är en läkare vid hälsocentral. Vi noterar att det för några läkemedel saknas angiven dosering. Vidare noterar vi att dokumentet saknar angivna kontraindikationer. Vi uppfattar inte att detta dokument ingår i den lokala instruktionen för läkemedelshantering (dokument gällande rutin för läkemedelshantering).

#### 4.3.2. *Bedömning*

- Finns fastställda och kända rutiner och riktlinjer i lokal instruktion gällande läkemedelshantering och ansvarsfördelning?

Vår bedömning är att det finns fastställda rutiner gällande läkemedelshantering och ansvarsfördelning. Dokumentet bedömer vi vara känt av sjuksköterskor vid boendena. Vi bedömer att baspersonal saknar kännedom om dokumentet, och majoriteten saknar dessutom tillgång till det. Det menar vi innebär att dessa härigenom saknar tillgång till en lokal instruktion gällande läkemedelshantering.



Samtidigt bedömer vi mot bakgrund av genomförda intervjuer, att själva innebörden av rutindokumentet är känt och tillämpas i arbetet. Vi rekommenderar dock att den personal som omfattas av gällande rutin erhåller tillgång till gällande styrdokument för området läkemedelshantering. Det menar vi är ett sätt för ansvarig vårdgivare att arbeta för att kännedom och tillämpning sker av föreskrifter som omfattar verksamheten kan uppnås hos medarbetare inom verksamheten vid kommunens särskilda boenden.

Gällande den generella ordination som finns inom kommunen menar vi har utrymme för att förtydliga denna i förhållande till föreskriftskrav. Ansvarig för dokumentet är läkare vid hälsocentral.

#### **4.4. Delegering inom läkemedelsområdet**

Patientsäkerhetslagen anger som ovan nämnts att vårdgivaren ansvarar för att ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är dokumenterat. Hälso- och sjukvårdslagen anger även att det ska finnas en utsedd MAS inom kommunens hälso- och sjukvård och vad denne ansvarar för. Patientsäkerhetsförordningen anger att det är MAS som ansvarar för att säkerställa att rutinerna är ändamålsenliga och välfungerande.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14) anger att MAS är den som är ytterst ansvarig för att delegeringarna tillgodoser patientsäkerheten. MAS är även ansvarig för att det finns välfungerande rutiner för uppföljning och omprövning av delegeringsbeslut. Delegering innebär att en hälso- och sjukvårdspersonal som är formellt (legitimerad) och reellt kompetent för en medicinsk uppgift överlåter uppgiften till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften. Denne måste däremot vara reellt kompetent för den aktuella uppgiften och den bedömningen gör den som delegerar. Både den som delegerar och den som tar emot en delegering har ett personligt yrkesansvar i delegeringsförfarandet.

##### **4.4.1. Iakttagelser**

I Kiruna kommun finns av ansvarig vårdgivare en utsedd MAS och dennes uppdrag anges i dokumentet *Rutin ansvarsfördelning*. I kommunens patientsäkerhetsberättelse 2015, s. 3, anges följande:

”Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), ska på nämndens uppdrag och i enlighet med gällande författningar, tillse att kvalitet och patientsäkerhet är hög. För att ha säker vård av god kvalitet har verksamheten riktlinjer och rutiner till hjälp som kontinuerligt hålls aktuella av MAS. MAS har genomfört uppföljningar och gett förslag till förbättringar.”

I dokumentet *Rutin för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård*, upprättat i juli 2014, framgår den roll- och ansvarsfördelning som finns gällande delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård, hur delegering av arbetsuppgifter ska ske och hur detta ska följas upp. MAS anges som ansvarig för att delegeringsbeslut gällande uppgifter i hälso- och sjukvården är förenliga med säkerhet för patienterna.

Dokumentet *Delegeringsguide*, upprättat i februari 2013, anger vilka personalkategorier som har behörighet att delegera och instruera olika hälso- och sjukvårdsuppgifter, krav för arbetsuppgiften samt om arbetsuppgiften får delegeras eller ej.

I *Delegeringsunderlag* dokumenteras vilken person som erhållit delegering, tidsomfattning för givna delegering, vad det delegerade uppdraget omfattar och namn på den som givit en delegeringen och vilka enheter delegeringen omfattar.

Genom såväl rutindokument som intervjuer framgår att det är sjuksköterskor vid särskilda boenden som ansvarar att säkerställa att personal har den kunskap och lämplighet som krävs för att ta emot och utföra delegerade arbetsuppgifter. Kommunens MAS har regelbundna möten med sjuksköterskor inom kommunens verksamhet inom ramen för "MAS-möten". Detta anges vara ett forum för att lyfta förbättringsområden/problem med koppling till delegeringsområdet och vi har erhållit beskrivning om att det t.ex. kan handla om att sjuksköterskor och ansvariga enhetschefer har olika bedömningar om en person kan erhålla en delegering eller inte. Vi uppfattar det som att ett "tryck" funnits om att lämna delegering till personal. Möten har skett där MAS tydliggjort det ansvar sjuksköterskor har vad gäller delegering och dennes ansvar gällande bedöma den reella kompetensen hos personal.

Intervjuad baspersonal och även sjuksköterskor lämnar en bild av området delegering av uppgifter inom läkemedelshantering som redovisar att en struktur och rutin finns för hur detta tillämpas. Samtidigt får vi indikationer att det kan finnas skillnader mellan olika boenden hur detta sker. Exempel ges även om förbättring av hur den reella kompetensen säkerställs och att det förekommer att delegering inte lämnas samt vad som krävs för att detta beslut ska kunna omprövas.

Det finns inte en sammanställning som redovisar totala antalet givna och mottagna delegeringar inom socialförvaltningen. Det finns inte heller en sammanställning avseende hur många delegeringar som har återkallats. Det anges vara ett fåtal varje år totalt inom socialförvaltningen. Vanligaste anledningen uppges vara språkliga brister men även andra anledningar finns.

Vi får beskrivet av intervjuad baspersonal som innehar delegering, att stressen i samband med läkemedelshanterande ökar markant när det endast är en av baspersonalen som kan genomföra denna arbetsuppgift vid ett arbetspass.

Ansvarig MAS uppger sig ha tillräckliga förutsättningar från ansvarig vårdgivare för att utöva sitt ansvar gällande delegering inom läkemedelsområdet.



#### 4.4.2. *Bedömning*

- Har vårdgivaren säkerställt att utsedd medicinskt ansvarig sjuksköterska har tillräckliga förutsättningar för att beslut om delegering gällande läkemedelsområdet är förenligt med patientsäkerheten?

Mot bakgrund av vår granskning bedömer vi att vårdgivaren säkerställt att utsedd medicinskt ansvarig sjuksköterska har tillräckliga förutsättningar för att besluta om delegering gällande läkemedelsområdet är förenligt med patientsäkerheten.

Vi bedömer vidare att utarbetade rutiner för området finns inom förvaltningen, en hög kännedom finns hos intervjuade och aktiviteter har vidtagits för att åtgärda identifierade problem kring området. Samtidigt önskar vi uppmärksamma att det finns indikationer om att det kan finnas skillnader mellan olika boenden hur bedömning av den reella kompetensen sker.

Vi önskar även lyfta de indikationer vi får inom ramen av vår granskning om att baspersonal upplever stress i samband med att det är få inom personalstyrkan som innehar en delegering för läkemedelshantering. Detta menar vi är att betrakta som en riskfaktor som bör uppmärksammas vad gäller patientsäkerhetsarbetet vid särskilda boenden.

#### 4.5. *Avvikelsehantering*

Föreskrift om systematiskt kvalitetsarbete anger att klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska tas emot och utredas (SOSFS 2011:9 5 kap). Föreskriften anger även i samma kapitel att en rapporteringsskyldighet finns för hälso- och sjukvårdspersonal och den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten samt i enlighet med LSS.

##### 4.5.1. *Iakttagelser*

Vår granskning visar att det finns system och rutiner för avvikelsehantering inom socialnämndens verksamheter.

Avvikelserna registreras i IT-systemet Procapita som antingen sociala avvikelser eller en avvikelse gällande hälso- och sjukvård (t.ex. gällande läkemedelshantering och läkemedelsanvändning). Vid intervjuer anges att det t.ex. kan handla om att en personal uppmärksammar att läkemedel missats att överlämnats till en brukare. Då kontaktas ansvarig sjuksköterska och därefter upprättas en avvikelse enligt gällande rutin. Intervjuade sjuksköterskor anger att de även påminner personal om att dokumentera avvikelser och inte bara lämna dem muntligt.

Det anges finnas skillnader mellan olika enheter vid kommunens särskilda boenden vad gäller benägenheten att upprätta och registrera av avvikelser. Dessutom uppges detta variera över året. Anledningar till att avvikelser inte alltid registreras uppges vara att personal kan vara rädda för att skriva avvikelser och inte förstår syftet med avvikelserapportering. Dvs. att registreringen av avvikelser inte syftar till att finna "syndabockar" utan för att förbättra verksamheten och även undvika att liknande händelser inträffar igen. Omsättning av sjuksköterskor vid ett av de särskilda boendena uppges bidra till en bristande avvikelserapportering.

Enhetscheferna på kommunens särskilda boenden ansvarar för att utreda och åtgärda de avvikelser som kommer in, samt sammanställa dem och rapportera till kommunens MAS. Skillnader finns mellan hur avvikelserna sedan hanteras vidare på boendenas arbetsplatser enligt intervjuer. Några anger att rutin är att avvikelser lyfts vid arbetsplatsträffar och planeringsmöten, medan andra enheter inte gör detta i samma utsträckning. Vi uppfattar att detta gäller såväl sociala avvikelser som avvikelser för det medicinska området. Att systematiskt följa upp avvikelser uppges i dokument vara ett sätt att genomföra egenkontroll för en ökad patientsäkerhet.

Ansvarig för att sammanställa avvikelserna är MAS. Detta sker per kvartal och rapportering av statistik sker till ansvarig socialnämnd vid förfrågan, cirka två gånger/år. Även ansvarig avdelningschef för kommunens särskilda boenden för äldre erhåller denna statistik. Denne uppges sedan ta det vidare till enhetschefer vid boendena. I sammanhanget uppges även att nämnden efterfrågat och av MAS erhållit information om den hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunen.

Nedan framkommer i tabell 1 den sammanställda statistik av avvikelser som den redovisas i kommunens patientsäkerhetsberättelse för år 2015. Denna är även antagen av nämnden. Mot bakgrund av att socialnämnden vid tidpunkt för granskning inte antagit patientsäkerhetsberättelsen för år 2016 väljer vi att inte redovisa denna statistik i vår revisionsrapport.

**TABELL 1.** Antalet avvikelser i Kiruna kommun enligt kommuns patientsäkerhetsberättelse 2015.

	2013	2014	2015
Händelseanalyser	10	8	2
Lex Maria	3	4	1
Begäran om yttrande till IVO	3	4	1
Informationsöverföring*	11	29	17
Felaktig provtagning	15	2	1
Övriga ärenden/fel i vården	8	10	1
Folktandvården	0	0	4

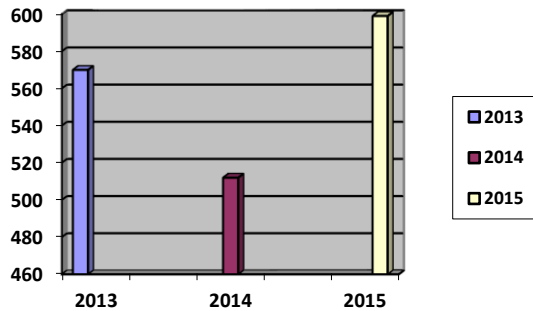
\*Totalt antal från både kommun och landsting

Källa: Patientsäkerhetsberättelse. För Kiruna kommun 2015.

Ovan utläses att antalet avvikelser totalt sett minskat från år 2014 till år 2015.

Gällande antal läkemedelsavvikelser finns en mer detaljerade redovisning i patientsäkerhetsberättelsen. Det enligt följande tabell 2 och tabell 3.

**Tabell 2.** Antal läkemedelsavvikelser i Kiruna kommun enligt kommuns patientsäkerhetsberättelse 2015.



Källa till tabell 2: Patientsäkerhetsberättelse. För Kiruna kommun 2015, s. 12.

**Tabell 3.** Statistik gällande läkemedelsavvikelser som det redogörs i kommunens patientsäkerhetsberättelse 2015.

Ej följt uppsatta rutiner	36%
Upplevd stressig arbetsmiljö	10%
Ensam med delegering	5%
Färre än enligt schema	4%
Omvårdnadsåtgärder	5%
Läkarkontakt	4%
Insulin	2%
Waran	11%

(Avvikelsemodul Procapita)

Källa till tabell 2: Patientsäkerhetsberättelse. För Kiruna kommun 2015, s. 12.

Vid intervjuer framkommer inte att utbildning eller åtgärder på en kommunövergripande nivå skett gällande området avvikelserapportering.

#### 4.5.2. *Bedömning*

- Finns ändamålsenliga och tillämpade system och rutiner för avvikelshantering gällande läkemedelshantering och läkemedelsanvändning inom särskilda boenden?

Vår bedömning är att det finns ändamålsenliga system och rutiner för avvikelshantering. Vi bedömer däremot att åtgärder bör vidtas för att säkerställa att tillämpning av rutiner för avvikelshantering gällande läkemedelshantering och läkemedelsanvändning inom särskilda boenden sker i en tillräcklig utsträckning. Det mot bakgrund av granskningens indikationer om att en underrapportering kan finnas, men även att utrymme kan finnas om att stärka kunskapen om avvikelens betydelse utifrån det systematiska kvalitetsarbetet och patientsäkerhetsarbetet. I detta perspektiv är verksamhetens patientsäkerhetskultur av stor betydelse. En ”mogen” verksamhet vad gäller patientsäkerhet kan beskrivas med att synsätt om att hitta ”syndabocker” frångås till förmån för ett mer organisatoriskt perspektiv.

Vidare önskar vi lyfta den betydelse analys av statistik har för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att identifiera förbättringsutrymmen.

#### 4.6. *Information vid vårdskada*

Patientsäkerhetslagen (2010:659) anger att när en patient drabbats eller riskerat att drabbas av en vårdskada ska patienten och eventuella närstående informeras omedelbart om det som inträffat. Vidare ska patienten få information om sina möjligheter och rättigheter att anmäla det som inträffat till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt det stöd patientnämnden utgör för en patient som har klagomål/synpunkter.

##### 4.6.1. *Iakttagelser*

Av intervjuerna framkommer att det är ansvarig sjuksköterska som ansvarar för att informera en patient och eventuella närstående att en vårdskada inträffat eller riskerat att inträffa, samt om patientens möjligheter och rättigheter att anmäla det som inträffat. De intervjuade anger att även MAS ibland lämnar information. MAS är även den som ansvarar för att återkoppla, både skriftligt och muntligt, vilka åtgärder som vidtagits med anledning av den inträffade händelsen.

De som intervjuats upplever att ansvarsfördelningen överlag är tydlig och känd hos de olika yrkeskategorierna. I dokumentet *Rutin för avvikelser och tillbud* anges även hur information om vårdskada ska handläggas. Rutindokument gällande Lex Maria finns (ingår i ”MAS-mappen”) även och här anges att MAS är anmälningsansvarig för dessa ärenden. I dokumentet lyfts även den rapporteringsskyldighet som finns för all hälso- och sjukvårdspersonal.

Vidare framkommer av intervjuerna att MAS uppmanar såväl sjuksköterskor som boendenas enhetschefer att delge inträffade händelser. Det för att ett lärande ska kunna ske även för andra avdelningar och enheter. Ett exempel som lyfts i intervjuerna är en patient som föll ur en lift och utifrån detta vidtogs åtgärder i form av en annan teknisk lösning samt utbildning till personal vid kommunens särskilda boenden för äldre. Ett annat exempel är en patient som personalen missat att ge

ordinerat läkemedel under en tid, när detta upptäcktes ledde det till en utredning, information till patienten och anhöriga samt nya arbetsrutiner för personalen.

Vi får beskrivningar av baspersonal som ger en bild av att det är rutin att direkt kontakta ansvarig sjuksköterska om händelser uppkommer som avviker från det förväntade vad gäller läkemedelsområdet (inkl. läkemedelshantering). Beskrivningarna bekräftar den angivna ansvarsfördelning som finns för vårdpersonal inom kommunens hälso- och sjukvård enligt dokumentet *Rutin ansvarsfördelning* (ingår i "MAS-mappen"). Som tidigare angivits saknar dock baspersonal tillgång till denna mapp på intranätet.

I kommunens patientsäkerhetsberättelse för år 2015 återfinns inte skrivningar som anger i vilken utsträckning eller antalet informationstillfällen som skett till patienter och/eller anhöriga gällande vårdskada.

Vi finner i patientsäkerhetsberättelsen för år 2015 att ett kortsiktigt delmål 1 år är "Delaktighet och inflytande för brukare".

#### 4.6.2. *Bedömning*

- Informeras vårdtagare som utsatts för vårdskada snarast samt vilka åtgärder som vårdgivaren avser vidta för att inte liknande händelser ska ske igen?

Vår bedömning är att det finns dokumentation som tydliggör vilka rutiner och vilken ansvarsfördelning som finns vad gäller att informera patienter och eventuella närstående om vårdskada eller risk för vårdskada. Vi bedömer även detta som känt mot bakgrund av våra intervjuer. Inom ramen för vår granskning erhåller vi inte några indikationer om att vårdtagare inte informerats om de utsatts vårdskada. Samtidigt kan vi inom ramen för vår granskning inte bedöma mot bakgrund av ett underlag i vilken utsträckning detta sker.

### 4.7. *Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering*

Som ett allmänt råd i föreskrift gällande Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1) anges att vårdgivaren och inom ramen för dennes egenkontroll bör säkerställa att en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs minst en gång per år. Det som ett led i vårdgivarens fortlöpande uppföljning och systematiska kvalitetsarbete.

#### 4.7.1. *Iakttagelser*

Genom intervjuer framgår att det inte har genomförts extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på kommunens särskilda boenden under de senaste åren. Detta är heller inget som har planerats in för 2017.

Någon intern kvalitetsgranskning avseende läkemedelshantering via egenkontroll utifrån en checklista gällande detta område uppfattar vi inte sker.

Däremot omfattas området läkemedel och läkemedelshantering av ett antal frågor i det dokument av checklisteformat som finns inom kommunen. Detta används när

enhetschef och sjuksköterska tillsammans genomför en uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvårdens kvalitet. I dokumentet anges att genomgång av frågeformuläret ska ske gemensamt med berörd personal av MAS. Av våra intervjuer får vi en bild om att det inte alltid sker. Nedanstående frågor ingår och de ska besvaras med ja/nej.

- Känner berörd personal till Rutin för läkemedelshantering?
- Blir sjuksköterska alltid kontaktad vid läkemedelsavvikelser?
- Framkommer det i dokumentationen vilket behov av stöd vid läkemedelshanteringens vårdtagaren behöver?
- Handleds/utbildas personal regelbundet i läkemedelshantering?

Exempel på aktiviteter som anges skett för att stärka och förbättra kvalitén gällande läkemedelshantering är att MAS besökt kommunens särskilda boenden med fokus gällande detta. Detta skedde mot bakgrund av att det skett en ökning av antalet läkemedelsavvikelser. I samband med dessa besök fördjupades och analyserades avvikelserna mer grundligt. T.ex. utifrån tidpunkt på dygnet, orsaker och vilka åtgärder som skulle vidtas för att förebygga att den avvikelse som skett sker igen. Effekter av detta var att antalet avvikelser minskade till nästkommande år.

Vi finner i patientsäkerhetsberättelsen för år 2015 att ett ”kortsiktigt delmål 1 år” är ”Säkerställa god kvalitet utifrån en god samverkan och uppföljning/kontroll”.

#### *4.7.2. Bedömning*

- Sker en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering minst en gång per år?

Vår bedömning är att det inte sker en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering minst en gång per år vid de särskilda boendena för äldre inom Kiruna kommun. Detta är inget skall-krav enligt föreskrift men det anges att detta bör ske som ett led i vårdgivarens egenkontroll av området.

Samtidigt konstateras att aktiviteter skett mot bakgrund av ökat antal avvikelser och att initierats och genomförts av kommunens MAS. Vi konstaterar att området läkemedelshantering omfattas i den checklista som används vid uppföljning av hälso- och sjukvården som sker. Detta menar vi är att likna vid en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Samtidigt ser vi att risker finns att det övergripande målet om att förbättra kvalitén missas om uppföljningsförfarandet inte sker på ett sätt som även involverar baspersonalen i verksamheten.

2017-03-08

***Maria Strömbäck***

---

*Projektledare*

***Andreas Jönsson***

---

*Uppdragsledare*