

# Säker läkemedelshantering

med fokus på delegering inom kommunal hälso-  
och sjukvård

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2023-9-8691

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), september 2023

# Förord

Socialstyrelsen har fått information om risker i samband med delegering av läkemedelshantering inom kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Informationen kommer från exempelvis professionsföreningar och verksamhetsföreträdare från den kommunala hälso- och sjukvården.

Myndigheten har därför initierat ett projekt med syfte att analysera läkemedelshanteringen i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård med utgångspunkt i förutsättningarna för delegering. Projektet har genomförts inom ramen för arbetet med insatser för omställningen till en god och nära vård och myndighetens arbete med handlingsplanen för ökad patientsäkerhet – Agera för säker vård. I rapporten lämnas förslag på åtgärder som kan bidra till bättre förutsättningar för en säker läkemedelshantering inom kommunalt finansierad hälso- och sjukvård (dnr 5.7–40746/2021). Rapporten riktar sig i första hand till regeringen, nationella aktörer och till beslutsfattare inom regioner och kommuner.

Projektledare för uppdraget har varit Helena Ström. Ansvarig enhetschef har varit Petra Rinman och ansvarig avdelningschef Natalia Borg.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Resultat .....	7
Socialstyrelsens analys och bedömning .....	9
Inledning.....	11
Syfte och mål .....	11
Metod och genomförande .....	13
Genomgång av skriftligt material .....	13
Val av metod .....	13
Kriterier för urval av kommuner.....	13
Dialog med externa aktörer.....	14
Intervjuer.....	14
Bearbetning av material.....	15
Kommunal hälso- och sjukvård.....	16
Historik.....	16
Nutid.....	16
Omställningen till en god och nära vård .....	17
Ansvarsfördelning kommun och region.....	17
Hälso- och sjukvårdspersonal.....	19
Läkemedelshantering i kommunens hälso- och sjukvård.....	20
Delegering av läkemedelshantering.....	23
Delegering av läkemedelshantering.....	23
Säker vård .....	26
Kvalitet- och patientsäkerhetsarbete .....	26
Resultat – förutsättningar för säkra delegeringar .....	30
Dialoger .....	30
Inhämtning av kunskap från relevanta rapporter .....	30
Respondenternas erfarenheter av delegering av läkemedelshantering .....	31
Kompetensförsörjningen påverkar läkemedelshanteringen .....	36
Ledningens ansvar för hälso- och sjukvård .....	41
Analys, identifierade behov och nationellt stöd .....	43
Ledningens ansvar för hälso- och sjukvård .....	43
Ökat behov av hälso- och sjukvårdskompetens på ledningsnivå .....	44
Krav på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	44
Arbetsmiljön påverkar patientsäkerheten.....	44

Kompetensförsörjningen är en utmaning.....	45
Alternativa arbetssätt.....	46
Bristande förutsättningar för läkemedelshantering och delegering.....	47
Organisering påverkar riskerna vid läkemedelshantering.....	47
Säkerhetskulturen behöver stärkas.....	48
Det krävs adekvat kunskap och kompetens för en säker läkemedelshantering.....	49
Nationellt stöd.....	49
Referenser.....	50
Bilaga 1. Urval av kommuner.....	52
Bilaga 2. Risker i läkemedelshantering.....	54
Bilaga 3. Intervjuguide.....	56

# Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått information om risker och negativa händelser kopplat till läkemedelshantering, i synnerhet kring delegering av läkemedel i den kommunala hälso- och sjukvården. Informationen kommer från flera externa aktörer, exempelvis professionsföreningar och nätverk inom patientsäkerhet.

Därför har Socialstyrelsen initierat en analys av läkemedelshanteringen i kommunal hälso- och sjukvård med utgångspunkt i förutsättningar för delegering utifrån kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av i hälso- och sjukvården.

För att få en fördjupad förståelse för hur förutsättningarna för delegering av läkemedelshanteringen ser ut utifrån kraven i föreskriften har myndigheten intervjuat företrädare med olika funktioner och ansvar i fyra kommuner samt fört dialog med externa aktörer och tagit del av relevanta rapporter.

Resultatet från de fyra utvalda kommunerna kan inte fullt ut vara representativt för landets samtliga kommuner, men resultatet bekräftas i rapporter och dialoger som genomförts med myndigheter och intresseorganisationer.

## Resultat

### Delegering mycket vanligt förekommande

Resultatet visar att det är mycket vanligt att delar av läkemedelshantering delegeras till vård- och omsorgspersonal vid särskilda boenden för äldre, LSS-boenden och hemtjänst inom den kommunala hälso- och sjukvården. Verksamhetsföreträdarna som blivit intervjuade beskriver att delegering av arbetsuppgifter till vård- och omsorgspersonal är mer en regel än undantag och många gånger en förutsättning för att klara den dagliga verksamheten.

### Rutiner och bedömningar skiljer sig

Resultatet visar att samtliga kommuner har rutiner för hur delegering av läkemedelshantering ska gå till, men bedömningen av vilka läkemedel som anses vara säkra att delegera till vård- och omsorgspersonalen skiljer sig åt mellan kommunerna och även mellan verksamheterna i samma kommun. Flertalet av verksamheterna bedömer att vård- och omsorgspersonalen behöver ha en fördjupad kunskap inför att få delegering för att administrera insulin. Därför ges en specifik utbildning kring detta samt i många fall även ett kompletterande kunskapstest.

### Ett stort antal delegeringar försvårar systematisk uppföljning

Resultatet visar att det varierar hur många delegeringsbeslut som varje sjuksköterska utfärdar. Många gånger har sjuksköterskorna utfärdat upp till 150 delegeringsbeslut som de ansvarar för att följa upp. Ett så stort antal delegeringar försvårar sjuksköterskans möjlighet att systematiskt följa upp dessa. En förutsättning för att följa upp den delegerade arbetsuppgiften bygger på

att sjuksköterskan har möjlighet att kontrollera och bedöma vård- och omsorgspersonalens individuella kunskap.

I flera av verksamheterna har sjuksköterskorna som endast tjänstgör dagtid även ansvar för att följa upp delegeringsbeslut för den vård- och omsorgspersonal som endast arbetar under jourtid. I situationer där sjuksköterskan och vård- och omsorgspersonalen inte har gemensamma arbetstider kan det vara svårt att skaffa sig så mycket kännedom så att det går att bedöma om de delegerade arbetsuppgifterna utförs korrekt.

## Samtliga kommuner har utbildning inför delegering

Resultatet visar att samtliga kommuner har någon form av utbildning riktad till vård- och omsorgspersonal inför mottagande av delegering av läkemedelshantering. Flera av de verksamheter som Socialstyrelsen intervjuat använder sig av den digitala utbildning som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tagit fram som ett första steg i utbildningen. Det varierar hur utbildningen genomförs i de olika verksamheterna.

Kunskapen från denna digitala utbildning följs upp på olika sätt; det har visat sig att det finns flera olika modeller. Denna variation av modeller för utbildning kan leda till att det krävs olika mycket kunskap inom olika verksamheter. Flera av respondenterna framför ett önskemål om att det borde finnas någon form av gemensam grundutbildning så att den grundläggande delen ser lika ut i alla verksamheter.

## Kompetensförsörjningen är en utmaning och en riskfaktor

Resultatet visar tydligt att kompetensförsörjningen har blivit ett allt större problem. Många av de intervjuade upplever kompetensbrist som en riskfaktor för en säker läkemedelshantering. Det framkommer också att låg bemanning kan leda till att verksamheterna kan behöva göra snabba omprioriteringar för att det saknas personal. Omprioriteringar kan leda till ett mer pressat tidsschema och att personal inte har kännedom om patienten, vilket kan leda till patientsäkerhetsrisker.

## Större risker i LSS och hemtjänst än i särskilda boenden

Resultatet visar att både medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och övriga sjuksköterskor bedömer att det finns större risker vid delegering av läkemedelshantering i hemtjänsten och i LSS-boenden, än vid särskilda boenden för äldre. En anledning till detta uppges vara att arbetet inom hemtjänsten, LSS-boenden och särskilda boenden för äldre är organiserat på olika sätt. Inom hemtjänsten är det exempelvis fler som jobbar ensamma, och vård- och omsorgspersonal på LSS-boenden har ofta en annan grundkompetens och kan därför helt sakna kompetens inom hälso- och sjukvård.

Tillgängligheten till att lätt nå en sjuksköterska i de fall det uppstår oklarheter eller svårigheter i samband med läkemedelshantering, är ofta bättre på särskilda boenden för äldre jämfört med hemtjänst och LSS-boenden. En sämre tillgång till sjuksköterska anses kunna vara en riskfaktor för en säker läkemedelshantering.



## Större delaktighet i avvikelshantering behövs

Resultatet visar att förhållningssättet till och upplevelsen av delaktighet i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet varierar mellan yrkeskategorier och i de olika verksamheterna. Det varierar också vem som ansvarar för avvikelshantering, hur avvikelser hanteras och diskuteras i verksamheterna samt vilka som deltar i arbetet med att utreda rapporterade avvikelser. Vård- och omsorgspersonalen och funktioner på ledningsnivå har många gånger helt olika bilder kring hur det fungerar med återkoppling på inrapporterade avvikelser.

I några av verksamheterna finns en rädsla för att peka ut den som gjort fel. Här ser man inte avvikelserna i relation till det lärande för verksamheten som de ska bidra till. Det behövs utbildning inom området för att öka förståelsen för och kunskapen om vikten av att skriva avvikelser. Det är något som verksamheterna själva efterfrågar.

## Ledningen ansvarar för säker hälso- och sjukvård

Resultatet visar att MAS och sjuksköterskor inte alltid har stöd i sitt arbete från ledningen när det gäller de hälso- och sjukvårdsuppgifter som utförs inom kommunal hälso- och sjukvård. Resultatet visar också att ibland har cheferna inte tillräcklig kunskap om eller erfarenhet av hälso- och sjukvård som motsvarar deras ansvarsområde. Det är därför viktigt att vid behov stärka ledningen med hälso- och sjukvårdskompetens när det gäller planering av bemanning och schemaläggning utifrån de hälso- och sjukvårdsuppgifter som finns i verksamheterna.

## Socialstyrelsens analys och bedömning

Analysen visar bland annat följande:

- Det finns utmaningar när det gäller tydlighet i ledning och styrning i kommunerna för säker läkemedelshantering. Om ledningen saknar den kompetens som behövs för att leda och styra frågorna som berör säker läkemedelshantering och delegering kan det få negativa effekter för patientsäkerheten. Det är därför nödvändigt att ledningen försäkras om att det finns hälso- och sjukvårdskompetens vid beslut och planering av läkemedelshantering och delegering.
- Arbetsmiljöarbetet och patientsäkerhetsarbetet behöver integreras i högre utsträckning i verksamheterna. I en arbetsmiljö med hög arbetsbelastning och där många saker ska utföras samtidigt kan det vara svårt att uppnå en säker läkemedelshantering.
- Det finns stora svårigheter med kompetensförsörjningen för både sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal. Svårigheterna med kompetensförsörjningen kan bland annat leda till att sjuksköterskan upplever krav och förväntan på att utfärda delegeringsbeslut, trots att rätt förutsättningar inte alltid finns. På motsvarande sätt kan det leda till krav på att ta emot och utföra delegerade arbetsuppgifter för vård- och omsorgspersonalen.
- Organiseringen i verksamheterna påverkar riskerna vid läkemedelshantering. Säker läkemedelshantering måste genomsyra alla verksamheter.

Ledningen måste säkerställa att förutsättningar och kompetens finns om de ska kunna delegera arbetsuppgifter inom läkemedelshantering samt göra en individuell bedömning av varje medarbetare som ska ta emot en delegering.

- Det krävs adekvat kunskap och kompetens för en säker läkemedelshantering. Det räcker inte med information om vilka regler som gäller, utan det behöver också finnas strukturella förutsättningar i verksamheterna för att kunna arbeta säkert med läkemedel.

Socialstyrelsen bedömer att det ibland saknas förutsättningar för att hantera de risker som finns vid läkemedelshantering och delegering. Kommunerna måste säkerställa att det i de verksamheter som kommunen är ansvarig för finns förutsättningar för en säker läkemedelshantering så att patienterna inte riskera att drabbas av vårdskador. Socialstyrelsen bedömer att det behövs åtgärder för att öka säkerheten vid läkemedelshantering inom särskilda boenden för äldre, hemtjänsten och LSS-boenden. Det skiljer sig åt vilka aktörer som behöver vidta åtgärder inom de olika utvecklingsområdena. Det kan exempelvis vara kommuner, regioner, särskilda boenden för äldre och LSS-boenden.

Socialstyrelsen konstaterar att det inom vissa utvecklingsområden redan finns framtagna kunskapsstöd och utbildningar. På vissa områden behövs även nationellt stöd. Dock kan nationella stöd aldrig ersätta lokalt anpassade utbildningar, rutiner och stöd.

## Nationellt stöd

Mot bakgrund av vad som framkommit i arbetet bedömer Socialstyrelsen att det behövs en fördjupad analys av vilka former av kunskapsstödande insatser som kan ge den kommunala hälso- och sjukvården bättre förutsättningar för en säker läkemedelshantering. I analysen ingår

- att se över vilka stöd som redan finns
- att se över vilka ytterligare stöd för implementering av kunskap kring delegering och hantering av läkemedel som behövs
- att föreslå vilken aktör som ska ta fram dessa stöd.

I analysarbetet måste också Socialstyrelsens översyn av delegeringsföreskrifter beaktas.

# Inledning

Läkemedelsbehandling är en av de vanligaste sjukvårdsinsatserna inom hälso- och sjukvården. Läkemedel kan bota, lindra och förebygga sjukdomar och därigenom bidra till ökad överlevnad och förbättrad livskvalitet. Men all läkemedelsbehandling innebär en risk. Läkemedelsrelaterade skador utgör en stor del av alla vårdskador. De innebär lidande för den som drabbas och stora kostnader för samhället.

I januari 2018 började Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården att gälla. Målet med föreskrifterna är en ökad säkerhet för patienterna och en ändamålsenlig läkemedelsanvändning. Till stöd vid tillämpningen av föreskrifterna och de allmänna råden finns en handbok [1].

Socialstyrelsen har fått information om risker i samband med delegering av läkemedelshantering inom kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Informationen kommer från t.ex. professionsföreningar och verksamhetsföreträdare för den kommunala hälso- och sjukvården.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har i en nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden (säbo) för äldre identifierat och rapporterat om en riskfylld läkemedelshantering i den kommunala hälso- och sjukvården. I en rapport om den nationella tillsynen konstaterade IVO att stora delar av den kommunala hälso- och sjukvården bygger på att läkemedelshantering delegeras och att detta innebär påtagliga risker för patienterna. IVO anser att det krävs betydande insatser för att framtidens läkemedelshantering på säbo ska betraktas som god och säker [2].

I syfte att stärka verksamheternas möjlighet till en säker läkemedelshantering beslutade Socialstyrelsen att analysera förutsättningarna för delegering av läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård. Projektet genomförs som en del av Socialstyrelsens insatser för omställningen till en god och nära vård och myndighetens arbete med handlingsplanen för ökad patientsäkerhet – Agera för säker vård [3, 4].

## Syfte och mål

Syftet med analysen har varit att analysera läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård. Utgångspunkten är förutsättningar för delegering utifrån kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Målet är att analysen ska ge Socialstyrelsen ett underlag som gör det möjligt att ta beslut om eventuella åtgärder som stödjer en säker läkemedelshantering.

Analysen har haft två frågeställningar som utgångspunkt:

- Hur hanteras de risker som finns vid delegering av läkemedelshantering utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv?

- Vad är det som präglar en god säkerhetskultur i samband med säker delegering?

## Rapportens disposition

Efter denna inledande del följer bakgrunden som redogör dels för kommunal hälso- och sjukvård och ansvarsfördelningen mellan kommun och region, dels för gällande rätt och hur delegering av läkemedelshantering är tänkt att fungera i praktiken utifrån reglering. Bakgrunden avslutas med ett avsnitt som beskriver kopplingen mellan patientsäkerhet och läkemedelshantering. Nästkommande avsnitt redovisar resultatet, där vi belyser förutsättningar för en säker delegering av läkemedelshantering utifrån våra intervjuer.

Slutligen presenterar vi Socialstyrelsens analys, identifierade behov och förslag på åtgärder.

## Förklaring av centrala begrepp i rapporten

**Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård:** Vård som bedrivs med kommunen som huvudman oavsett om den bedrivs i egen regi eller genom någon annan utförare. I rapporten beskrivs fortsättningsvis kommunalt finansierad hälso- och sjukvård som kommunal hälso- och sjukvård.

**Hälso- och sjukvårdspersonal:** Den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvård, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter och den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.<sup>1</sup>

**Vård- och omsorgspersonal:** Vi använder uttrycket vård- och omsorgspersonal för all icke-legitimerad personal. Det inkluderar personalkategorier såsom undersköterska, vårdbiträde, habiliteringsassistent m.fl.

---

<sup>1</sup> 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

# Metod och genomförande

Avsnittet redogör för hur arbetet har genomförts och vilka metoder som har använts för insamling och analys.

## Genomgång av skriftligt material

I arbetet har Socialstyrelsen tagit del av ett flertal rapporter från såväl Socialstyrelsen som andra myndigheter samt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Även annan dokumentation som på olika sätt tangerat uppdraget har använts för kunskapsinhämtning (exempelvis relevanta projekt, skriftliga underlag, artiklar med mera).

## Val av metod

Socialstyrelsens valde att analysera läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård, med utgångspunkt i förutsättningarna för delegering. I arbetet ingick även att ta fram ett underlag som gör det möjligt att föreslå eventuella åtgärder som stödjer en säker läkemedelshantering.

Projektet har genomförts med en kvalitativ metod som bygger främst på intervjuer och dialoger. Vi valde metoden för att skapa en djupare förståelse för förutsättningarna för delegering av läkemedelshantering utifrån de intervjuades perspektiv. Resultatet baseras på intervjupersonernas egna erfarenheter och upplevelser, och har till stor del bekräftats i dialoger och vid övrig informationsinhämtning under projektiden.

## Kriterier för urval av kommuner

Intervjuer har genomförts i fyra kommuner, som har valts utifrån en mix av sex kriterier:

1. storstäder och storstadsnära kommuner, minst 200 000 invånare i kommunens största tätort
2. mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner, mindre än 15 000 invånare i kommunens största tätort
3. mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner, minst 15 000 och mindre än 40 000 invånare i kommunens största tätort
4. många privata/idéburna aktörer i kommunen
5. få privata/idéburna aktörer i kommunen
6. andel utrikes födda invånare i kommunen.

De utvalda kommunerna representerar olika kommuntyper, olika i antal invånare, andel privata och idéburna aktörer samt andel utrikes födda. För mer om urvalet se bilaga 1.

## Dialog med externa aktörer

Socialstyrelsen har inom ramen för projektet haft dialog med flera externa aktörer. Inledningsvis höll vi dialogmöten med åtta intresse- och professionsföreningar samt med företrädare för IVO och SKR.

Syftet med dialogerna var att inhämta dessa aktörers kunskap och erfarenheter utifrån uppdragets frågeställningar. Sedan använde vi informationen för att ta fram ett frågeunderlag inför intervjuerna i kommunerna. Information från dialogerna används även i analysen.

Respondenter på nationell nivå har varit representanter för:

- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Kommunal
- Pensionärernas riksorganisation (PRO)
- Riksorganisationen för idéburen välfärd (Famna)
- ROAr<sup>2</sup> – roller och ansvar i receptkedjan
- SKR
- SKR:s nätverk för medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) inom regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS)
- Svensk sjuksköterskeförening
- Vårdförbundet.

## Intervjuer

Intervjupersonerna i de aktuella kommunerna arbetar inom nedanstående områden:

- särskilda boenden för äldre (säbo)
- bostad med särskild service (LSS-boenden) enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS
- vårdtagarnas egna hem, kallat ordinärt boende, i form av hemsjukvård, om regionen och den aktuella kommunen kommit överens om att kommunen ska ta över ansvaret för sådan hälso- och sjukvård.

Under perioden april–september 2022 höll Socialstyrelsen 34 intervjuer i de fyra utvalda kommunerna med sammantaget 97 personer. Inför intervjuerna sändes en förfrågan till MAS i respektive kommun. I förfrågan beskrev vi projektet och dess syfte och mål samt att vi gärna ville hålla intervjuer på plats i kommunerna.

Kommunerna fick möjlighet att själva välja ut relevant personal för intervjuerna. De personalkategorier som efterfrågades var socialchef, verksamhetschef, enhetschef, MAS, sjuksköterskor samt vård- och omsorgspersonal som utför delegerade arbetsuppgifter

Intervjuerna genomfördes som gruppintervjuer där indelningen var utifrån ledning och styrning, legitimerade yrkesgrupper samt vård- och omsorgspersonal. I en av verksamheterna genomfördes intervjun med samtliga personalkategorier samlade. Socialstyrelsen genomförde flertalet gruppintervjuer ute i

---

<sup>2</sup> ROAr representeras av Vårdförbundet, svensk sjuksköterskeförening, Läkarförbundet, Läkarsällskapet, Sveriges Farmaceuter och Apotekar societeten.

kommunerna. Ett antal gruppintervjuer spelades in via diktafon och transkriberades därefter. Intervjuer med färre än två personer spelades inte in utan dokumenterades genom minnesanteckningar.

Respondenter i kommunerna har varit representanter för:

- chefer på olika nivåer i organisationen, exempelvis verksamhetschef, enhetschef
- medicinskt ansvarig läkare (MAL)
- MAS
- sjuksköterskor
- vård- och omsorgspersonal (icke-legitimerad personal såsom undersköterska, vårdbiträde, stödassistent, habiliteringsassistent, handledare m.fl.).

## Bearbetning av material

Analysen av materialinsamlingen har utgått från en innehållsanalys, där vi har försökt att identifiera upprepningar eller mönster med utgångspunkt i uppdragets syfte och projektets övergripande frågeställningar. Mönster har sökts inom intervjusvar från enskilda intervjupersoner och mellan olika kommuner. Transkriberat material samt minnesanteckningar från intervjuer analyserades för att identifiera kategorier (meningsbärande ord eller fraser).

- Ord och fraser kategoriserades i en Excelfil, med kodning till källdokument och aktuell intervju (transkriberat dokument).
- Excelfilen gav underlag till en första analys utifrån områden, med möjlighet att gå tillbaka till källdokumenterna för faktagranskning och mer information.

Efter att innehållet tematiserats och analyserats användes detta som underlag i ett antal workshoppar med projektgruppen, vilket ledde till ytterligare bearbetning och den slutgiltiga analysen.

# Kommunal hälso- och sjukvård

Avsnittet beskriver utvecklingen av den kommunala hälso- och sjukvården, det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret och vilka personalkategorier som arbetar inom den kommunala hälso- och sjukvården.

## Historik

Genom Ädelreformen som trädde i kraft år 1992<sup>3</sup> fick kommunerna ansvar för viss långvarig vård av äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Utgångspunkten för denna reform var bland annat att den tidigare uppgiftsfördelningen mellan sociala och medicinska insatser inte längre bedömdes som ändamålsenlig. I stället borde social och medicinsk kompetens integreras genom att samordna yrkesroller och arbetsorganisation inom socialtjänsten och delar av hälso- och sjukvården. För att uppnå detta syfte ansågs det nödvändigt att ge kommunerna ett visst hälso- och sjukvårdsansvar.<sup>4</sup>

En del av dessa verksamheter bedrivs av privata och idéburna organisationer på uppdrag av kommunen. Det medför krav på kommunen som huvudman att ha tydliga avtal som också reglerar hur de ska kunna följa upp dessa verksamheter [5].

## Nutid

Kortare vårdtider och snabbare utskrivning av patienter inom slutenvården på sjukhusen innebär att fler får sin vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinska och tekniska utvecklingen bidrar till att fler patienter med svårare hälsoproblem nu kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Den demografiska utvecklingen, det vill säga att vi lever längre, ökar också behovet av vård i hemmet.

Många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och omfattande funktionsnedsättningar, såväl barn som vuxna, får delar av sin vård genom den kommunala hälso- och sjukvården. Under år 2022 hade cirka 412 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården och av dessa var 338 600 personer 65 år eller äldre [6].

I verkligheten kan det finnas fler personer som har insatser från den kommunala hälso- och sjukvården, men tillförlitligheten och den statistiska kvaliteten i de insamlade uppgifterna kan variera mellan olika kommuner och det finns brister i inrapporteringen till Socialstyrelsens register. Kvaliteten är förknippad med kommunens IT-system och hur de olika insatserna definierats [7].

---

<sup>3</sup> Regeringens proposition om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. (prop. 1990/91:14).

<sup>4</sup> Socialutskottets betänkande : ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m. (1990/91:SoU9)



## Omställningen till en god och nära vård

Det pågår en omställning till en god och nära vård som syftar till att vården ska bli mer personcentrerad och organiserad utifrån invånarnas behov och förutsättningar.

Ett av målen är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Andra mål är att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser samt en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser. En central del i omställningen är att den omfattar hela hälso- och sjukvården och att primärvården behöver stärkas i både kommuner och regioner. Primärvården beskrivs som navet som ska underlätta samverkan med övriga vårdgivare i hälso- och sjukvården.

Utvecklingen går mot att allt fler vårdåtgärder går att ge i öppna vårdformer och kan ges till äldre och sköra personer. Det är ofta en fördel för patienten att få vården så nära sitt hem som möjligt. För många sköra äldre kan det handla om att få vården i sitt ordinarie boende eller på ett särskilt boende för äldre. När vi får allt fler äldre i samhället får vi också en växande grupp som kommer att behöva kommunal hälso- och sjukvård. Dessa personer är ofta sköra och har komplexa hälsoproblem. Det är också vanligt med kognitiv nedsättning. Många som får kommunal hälso- och sjukvård får insatserna i sitt ordinarie boende.

Sammantaget kan utvecklingen förväntas leda till ännu större utmaningar för kommunen som huvudman och utförarna av vården att säkerställa att bland annat de delegeringar som genomförs är patientsäkra och att patienterna och deras anhöriga känner sig trygga [3].

## Ansvarsfördelning kommun och region

Det övergripande ansvaret inom hälso- och sjukvården är fördelat på huvudmän och vårdgivare. Den region eller kommun som enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård är huvudman. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.<sup>5</sup> Med vårdgivare avses i HSL en statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.<sup>6</sup>

Regioner och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt HSL.<sup>7</sup> När en region eller kommun ingår ett sådant avtal är regionen eller kommunen således huvudman, men inte vårdgivare.

När regionen eller kommunen bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i egen regi är regionen eller kommunen både huvudman och vårdgivare för verksamheten. Det lagstadgade ansvaret för hälso- och sjukvården är fördelat enligt följande:

---

<sup>5</sup> 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

<sup>6</sup> 2 kap. 3 § HSL.

<sup>7</sup> 15 kap. 1 § HSL.

- Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen, och den ska verka för en god hälsa hos befolkningen.<sup>8</sup> Regionens ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom regionen har ansvar för.<sup>9</sup> Regionen får överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i s.k. trygghetsboenden, till en kommun inom regionen om de kommer överens om det.<sup>10</sup>
- Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som bor i en särskild boendeform eller bostad som kommunen ansvarar för samt åt dem som vistas i dagverksamhet.<sup>11</sup> Om kommunen och regionen har kommit överens om att kommunen ska ta över ansvaret för hemsjukvården omfattar kommunens ansvar även sådan hälso- och sjukvård.<sup>12</sup>

Läkarinsatser ingår inte i kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård. Det är regionen som ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård.<sup>13</sup> Regionen ska sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.<sup>14</sup> I avtalen brukar ingå vilka planerade uppgifter som läkare ska ansvara för och hur tillgången till läkare ska lösas vid behov, till exempel vid akuta ärenden.

Det kan också finnas samverkansavtal som beskriver rutiner för samarbetet mellan läkare och legitimerad personal i kommunen. När en region överlåter ansvaret för hemsjukvård till en kommun regleras ansvaret mellan regionen och kommunen i lokala överenskommelser. Det innebär att innehållet i överenskommelserna kan se olika ut i olika delar av landet.

I den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.<sup>15</sup>

MAS ansvarar bland annat för att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om, att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten och att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering.<sup>16</sup>

Inom kommunal hälso- och sjukvård står sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och vård- och omsorgspersonal som undersköterskor och vårdbiträden m.fl. för den största delen av de medicinska insatserna i kommunernas hälso- och sjukvård [8].

<sup>8</sup> 8 kap. 1 § HSL.

<sup>9</sup> 8 kap. 6 § HSL.

<sup>10</sup> 14 kap. 1 § HSL.

<sup>11</sup> 12 kap. 1 § HSL.

<sup>12</sup> 12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § HSL.

<sup>13</sup> 12 kap. 3 § och 16 kap. 1 § HSL.

<sup>14</sup> 16 kap. 1 § andra stycket HSL.

<sup>15</sup> 11 kap. 4 § första stycket HSL.

<sup>16</sup> 4 kap. 6 § första stycket 2, 4 och 5 a hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

## Personalkategorier inom kommunal hälso- och sjukvård avseende hemtjänst, hemsjukvård och säbo

År 2020 arbetade 13 651 sjuksköterskor, 2 744 arbetsterapeuter och 2 050 fysioterapeuter inom vård och omsorgen för äldre. 129 350 undersköterskor arbetade under 2021 inom hemtjänst, hemsjukvård och särskilda boenden för äldre.

Källa: Socialstyrelsen, Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2023, s. 56.  
Läs mer på [www.scb.se](http://www.scb.se)

## Hälso- och sjukvårdspersonal

Vem som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen definieras i lag och definitionen omfattar både personal med legitimation för yrke i hälso- och sjukvård och personal utan legitimation.<sup>17</sup> För icke legitimerad personal (t.ex. vård- och omsorgspersonal) är det arbetsplatsen och/eller arbetsuppgifterna som styr om han eller hon är hälso- och sjukvårdspersonal.<sup>18</sup>

Icke-legitimerad personal utanför sjukhus och andra vårdinrättningar, är hälso- och sjukvårdspersonal när de vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.<sup>19</sup> Biträdet ska bestå i att hjälpa till vid behandling, vård eller undersökning av en patient.<sup>20</sup> Om icke-legitimerad personal på en persons förfrågan hjälper denna med t.ex. medicinintaget så är han eller hon däremot inte att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> 1 kap. 4 § PSL.

<sup>18</sup> Se 1 kap. 4 § första stycket 2–6 PSL.

<sup>19</sup> 1 kap. 4 § första stycket 2–3 PSL.

<sup>20</sup> Regeringens proposition Ällogganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m. (prop. 1993/94:149), s. 117.

<sup>21</sup> Prop. 1993/94:149 s. 59.

# Läkemedelshantering i kommunens hälso- och sjukvård

Läkemedelsbehandling är den vanligaste hälso- och sjukvårdsinsatsen för personer som bor i särskilt eller ordinärt boende.

Många patienter kan och vill själva eller med hjälp av någon annan, ta ansvar för och sköta sin läkemedelsbehandling. När detta inte är möjligt kan patienten behöva hjälp av hälso- och sjukvården. Det är viktigt att utformningen och genomförandet av vården görs i samråd med patienten och med respekt för patientens självbestämmande och integritet.<sup>22</sup>

En patientsäker läkemedelshantering är av stor betydelse för en god och säker vård. För ordination och hantering av läkemedel i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen finns därför särskilda regler för att säkerställa patientsäkerheten.<sup>23</sup>

## Läkemedelprocessen – från ordination till uppföljning

Begreppet läkemedelprocessen används här som ett samlingsbegrepp för alla de moment som ingår i en läkemedelsbehandling. Läkemedelprocessen består av tre delprocesser, *ordinationsprocessen*, *läkemedelshanteringsprocessen* och *uppföljning av läkemedelsordination(er)*. I de tre delprocesserna ingår olika moment. Vilka moment som ingår varierar utifrån om patienten själv hanterar sina läkemedel eller om det är hälso- och sjukvårdspersonal som ger läkemedlen.

I läkemedelshanteringsprocessen ingår delmomenten iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel. Att iordningställa läkemedel betyder att färdigställa ett ordinerat läkemedel inför administrering, och administrering betyder att tillföra ett läkemedel till kroppen.<sup>24</sup>

Eftersom läkemedel finns i flera olika former kan det variera hur de ställs i ordning. Det kan till exempel bestå i att fördela tabletter eller kapslar, mäta upp flytande läkemedel eller injektionsvätska, lösa upp en torrsubstans eller tillsätta ett infusionskoncentrat till en infusionsvätska. För läkemedelsbehandling med tabletter och kapslar finns också s.k. maskinell dosdispensering, där varje läkemedelsdos förpackas i individuella dospåsar. Dospåsarna är märkta med personuppgifter, innehåll, datum och klockslag för när dosen ska tas.

När ett läkemedel har iordningställts ska det antingen administreras av hälso- och sjukvårdspersonalen eller överlämnas till patienten för administrering. Att ett läkemedel överlämnas till patienten för administrering innebär

<sup>22</sup> 5 kap. 1 § och 4 kap. 1 § patientlagen (2014:821), 6 kap. 1 § PSL och 5 kap. 1 § första stycket 3 HSL.

<sup>23</sup> Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

<sup>24</sup> 3 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37.

att patienten själv tar läkemedlet. Ett läkemedel kan också lämnas över till en tredje person, t.ex. en förälder, annan närstående eller personlig assistent som hjälper patienten att administrera läkemedlet.<sup>25</sup>

Hur ett läkemedel ska administreras skiljer sig åt mellan olika typer av läkemedel. Ett läkemedel kan ges som exempelvis olika typer av tabletter, injektion (läkemedel som ges med sprutor), stolpiller (läkemedel som förs in i tarmen), inhalationsvätska (läkemedel som patienten andas in genom munnen) och infusion (tillförsel av läkemedel i blodbanan).

När hälso- och sjukvårdspersonal iordningställer och administrerar eller överlämnar ett läkemedel gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel inom hälso- och sjukvården för utförandet av arbetsuppgifterna.

## Krav på kontroll, märkning och dokumentation

I läkemedelshanteringsprocessen är det viktigt att säkerställa att patienten får rätt läkemedel, i rätt dos, vid rätt tid och på rätt sätt. Det finns därför krav på kontroll och märkning av läkemedel. Den som iordningställer ett läkemedel ska kontrollera bl.a. att patientens identitet, läkemedlets namn, form, styrka och dosering stämmer med den dokumenterade ordinationen.<sup>26</sup> Den som ska iordningställa ett läkemedel ska först bedöma om dosen som ordinerats är rimlig i den enskilda situationen. När läkemedlet har iordningställts ska denne även göra en rimlighetsbedömning av den färdigställda dosen innan administrering eller överlämnande till patienten.<sup>27</sup> Om det iordningställda läkemedlet inte ska administreras eller överlämnas till patienten direkt ska det också märkas. Märkningen ska bl.a. visa patientens identitet, läkemedlets namn och styrka, när det iordningställdes och när det ska administreras.<sup>28</sup> När läkemedlet sedan administreras eller överlämnas till patienten ska den som sköter arbetsuppgiften göra ytterligare en kontroll, av bl.a. patientens identitet, läkemedlets namn, form, styrka och dosering.<sup>29</sup>

I patientens journal ska det alltid dokumenteras vem som iordningställde, administrerade eller överlämnade läkemedlet till patienten och när detta gjordes.<sup>30</sup>

Vårdgivaren ska säkerställa att den hälso- och sjukvårdspersonal som ska iordningställa, administrera eller överlämna ett läkemedel har tillgång till uppgifter om läkemedelsordinationen och att dessa uppgifter finns samlade för varje patient.<sup>31</sup>

---

<sup>25</sup> 3 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37.

<sup>26</sup> 8 kap. 4 § första stycket HSLF-FS 2017:37.

<sup>27</sup> 8 kap. 5 § HSLF-FS 2017:37.

<sup>28</sup> 8 kap. 7 § HSLF-FS 2017:37.

<sup>29</sup> 8 kap. 10 § första stycket 1–7 HSLF-FS 2017:37.

<sup>30</sup> 8 kap. 12 § första stycket 1–2 HSLF-FS 2017:37.

<sup>31</sup> 8 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37.

## Behörighet att hantera läkemedel

Att iordningsställa, administrera och överlämna ett läkemedel är reglerade arbetsuppgifter som bara får utföras av behörig hälso- och sjukvårdspersonal.<sup>32</sup>

Läkare, sjuksköterskor och tandläkare har en generell behörighet, medan vissa andra yrkesgrupper har begränsad behörighet.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> 7 kap. HSLF-FS 2017:37.

<sup>33</sup> 7 kap. HSLF-FS 2017:37.

# Delegering av läkemedelshantering

Delegering innebär att behörig hälso- och sjukvårdspersonal ger någon annan personal rätt att utföra en arbetsuppgift som den annars inte får utföra. För de flesta arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården finns inga särskilda bestämmelser som anger vem som får utföra dem. Sådana oreglerade arbetsuppgifter får vårdgivaren fördela utan ett delegeringsförfarande. Så kallade reglerade arbetsuppgifter som kräver viss behörighet får delegeras endast om en författning uttryckligen anger att delegering är tillåten.<sup>34</sup> Exempel på sådana arbetsuppgifter är iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel.

## Delegering av läkemedelshantering

Att iordningsställa och administrera eller överlämna läkemedel till en patient är reglerade arbetsuppgifter som kräver viss behörighet. Arbetsuppgifterna kan dock under vissa förutsättning delegeras till annan personal som inte har den formella behörigheten, men som har dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenande med hanteringen.<sup>35</sup> Det är bara läkare, tandläkare och sjuksköterskor som får delegera arbetsuppgifter som ingår i läkemedelshanteringsprocessen.<sup>36</sup>

## Delegering måste vara förenligt med god och säker vård

En grundläggande förutsättning för att man ska få delegera iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel är att det är förenligt med kravet på en god och säker vård.<sup>37</sup> Kravet på god vård gäller alltid för hälso- och sjukvården och innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och tillgoda patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.<sup>38</sup> Verksamheten måste också ha den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.<sup>39</sup>

## Delegerade arbetsuppgifter ska vara klart definierade

Den arbetsuppgift som delegeras ska vara klart definierad och får inte beskrivas i allmänna termer. Ett beslut om delegering är personligt och ska utfärdas för en viss tid. Beslutet får gälla för högst ett år, men kan också gälla för ett bestämt tillfälle. Den som har delegerat en arbetsuppgift har också ett ansvar

---

<sup>34</sup> Prop. 1993/94:149, s. 70.

<sup>35</sup> 9 kap. 1 och 4 §§ HSLF-FS 2017:37.

<sup>36</sup> 9 kap 2 § HSLF-FS 2017:37.

<sup>37</sup> 6 kap. 3 § PSL.

<sup>38</sup> 5 kap. 1 § och 1 kap. 1 § HSL.

<sup>39</sup> 5 kap. 2 § HSL.

för att bevaka att de delegerade arbetsuppgifterna fullgörs på ett sätt som är förenligt med en god och säker vård. Ett delegeringsbeslut ska omprövas om omständigheterna kräver det och ska omedelbart återkallas om beslutet inte längre är förenligt med en god och säker vård.

## Ansvar för att säkra delegeringar

Ansvar för att delegering görs på ett patientsäkert sätt i verksamheten är fördelat på flera nivåer.

Den som delegerar en arbetsuppgift ansvarar för att bedöma att det är förenligt med en god och säker vård.<sup>40</sup> Personen ansvarar också för att den som ska utföra den delegerade arbetsuppgiften har förutsättningar att fullgöra uppgiften.<sup>41</sup>

Det personliga yrkesansvaret gäller både den som delegerar och den som utför den delegerade arbetsuppgiften. Den som delegerar ansvarar för sin bedömning av att mottagaren kan fullgöra uppgiften och den som mottar uppgiften ansvarar för hur uppgiften utförs.<sup>42</sup>

Ytterligare förutsättningar för att en arbetsuppgift ska få delegeras är att den som delegerar har formell och reell kompetens för uppgiften och att den som mottar delegeringen har reell kompetens för uppgiften. Formell kompetens har den som genom yrkesutbildning fått de kunskaper och färdigheter som krävs för att utföra uppgiften på ett adekvat och betryggande sätt. Reell kompetens är sådan kompetens som förvärvats på annat sätt än genom yrkesutbildning, t.ex. genom praktisk yrkesutövning.<sup>43</sup>

Verksamhetschefen ansvarar för att besluten om delegering är förenliga med en god och säker vård och att dessa omprövas i nödvändig omfattning.<sup>44</sup> Inom den kommunala hälso- och sjukvården är det MAS som ansvarar för att beslut om delegering i verksamheten är förenliga med patientsäkerheten.<sup>45</sup>

Vårdgivaren är skyldig att ha rutiner för ordination och hantering av läkemedel i verksamheten.<sup>46</sup> Rutinerna ska visa vilken kompetens och kunskap som krävs för den som genom delegering får i uppgift att hantera läkemedel.<sup>47</sup> Det ska också framgå av rutinerna i vilka situationer och under vilka förutsättningar som läkemedelshantering får delegeras i verksamheten.<sup>48</sup> I föreskrifterna finns inga specifika krav som anger vilken kompetens och kunskap som den som ska utföra uppgifter efter delegering ska ha. Vilken kompetens och kunskap som krävs kan variera beroende på vilken verksamhet som bedrivs, vilken arbetsuppgift det gäller och vilka risker som är förknippade med den läkemedelshantering som ska delegeras.

---

<sup>40</sup> Prop. 1993/94:140, s. 70.

<sup>41</sup> 6 kap. 3 § andra stycket PSL.

<sup>42</sup> Prop. 1993/94:149, s. 67.

<sup>43</sup> Prop. 1993/94:149, s. 69.

<sup>44</sup> 9 kap. § HSLF-FS 2017:37 och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1994:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvården.

<sup>45</sup> 4 kap. 6 § första stycket 4 HSF, 2 kap. 3 § HSLF-FS 2017:37 samt SOSFS 1997:14.

<sup>46</sup> 4 kap. 2 § HSLF-FS 2017:37.

<sup>47</sup> 9 kap. 8 § HSLF-FS 2017:37.

<sup>48</sup> 9 kap. 7 § HSLF-FS 2017:37.



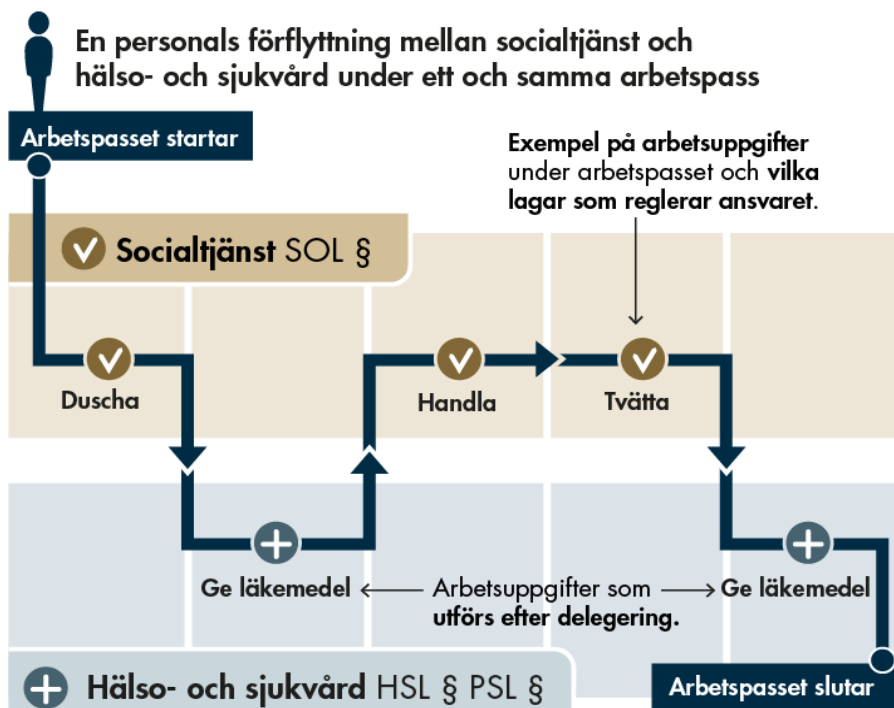
## Hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesansvar

För hälso- och sjukvårdspersonal gäller särskilda regler om yrkesansvar. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och ge en sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav.<sup>49</sup> Hälso- och sjukvårdspersonal arbetar också under så kallat personligt yrkesansvar. Det innebär att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.<sup>50</sup> I detta ligger också ett ansvar för att följa bestämmelserna för de arbetsuppgifter som utförs.<sup>51</sup>

Att arbetet ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet innebär inte att samma krav ställs på alla som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Kraven ska i stället utgå ifrån yrkesutövarens utbildning, kompetens och erfarenhet.<sup>52</sup> När en delegerad arbetsuppgift utförs av någon av vård- och omsorgspersonalen biträder han eller hon den legitimerade yrkesutövaren och är därför hälso- och sjukvårdspersonal vid utförandet av uppgiften. Vård- och omsorgspersonalens arbetsuppgifter innebär att de förflyttar sig mellan olika lagar och regler och omfattas därmed av olika regelverk beroende på vilka arbetsuppgifter de utför. Det är viktigt att de känner till i vilka situationer de är omsorgspersonal respektive hälso- och sjukvårdspersonal.

Figur 1 illustreras ett exempel på hur de arbetsuppgifter som vård- och omsorgspersonal utför under en arbetsdag kan variera och omfattas av olika lagar och regler.

**Figur 1. En personals förflyttning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård under ett och samma arbetspass**



<sup>49</sup> 6 kap. 1 § första stycket PSL.

<sup>50</sup> 6 kap. 2 § PSL.

<sup>51</sup> Prop. 1993/94:149, s. 66.

<sup>52</sup> Prop. 1993/94:149, s. 65.

# Säker vård

Avsnittet beskriver bland annat vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och betydelsen av en god säkerhetskultur.

## Kvalitet- och patientsäkerhetsarbete

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården ska vara av god kvalitet.<sup>53</sup> Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.<sup>54</sup> Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.<sup>55</sup>

Av förarbetena framgår att det krävs en systematisk planering, ledning och kontroll av att verksamheten bedrivs på rätt sätt för att kunna leda komplexa verksamheter som hälso- och sjukvård. Det är av stor betydelse att vårdgivaren regelbundet följer upp verksamhetens planering, utförande, resultat och förbättringsåtgärder, men det är inte tillräckligt. Vårdgivaren måste också löpande undersöka vilka risker som finns i verksamheten och vidta åtgärder som är nödvändiga för att undanröja riskerna. Detta ställer krav på ett system för insamling av iakttagelser och information om risker.<sup>56</sup>

För att styra och utveckla verksamheten behövs ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten, inklusive patientsäkerheten i verksamheten. Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer [9].

## Patientsäkerhet syftar till skydd mot vårdskada

Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada.<sup>57</sup> En vårdskada har inträffat om en patient orsakats lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som hade kunnat undvikas om hälso- och sjukvården hade vidtagit adekvata åtgärder i kontakten med patienten. Det räknas också som vårdskada om en patient dör, och detta hade kunnat undvikas med adekvata åtgärder.<sup>58</sup> Ett patientsäkert arbete syftar alltså till att förhindra att patienter drabbas av lidande, sjukdomar eller skador som går att undvika. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador

---

<sup>53</sup> 5 kap. 1 § första stycket 1 HSL

<sup>54</sup> 5 kap. 4 § HSL.

<sup>55</sup> 3 kap. 1 § PSL

<sup>56</sup> Regeringens proposition Patientsäkerhet och tillsyn (prop. 2009/10:210), s. 85.

<sup>57</sup> 1 kap. 6 § PSL.

<sup>58</sup> 1 kap. 5 § första stycket PSL.

och utreda händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.<sup>59</sup>

Patienter kan riskera att skadas i alla delar av läkemedelsprocessen och det kan finnas många olika bakomliggande orsaker. Utöver de risker som kan uppstå på grund av felaktig hantering finns även risker för biverkningar. Biverkningar av en adekvat läkemedelsbehandling är inte att se som en vårdskada,<sup>60</sup> men det är viktigt att identifiera förändringar i patientens tillstånd som kan bero på läkemedelsbiverkan.

För att förebygga läkemedelsrelaterade skador är det viktigt att ha kunskap om riskerna med läkemedelsanvändning.

## Fyra grundläggande förutsättningar för en säker vård

Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet [4] anger fyra grundläggande förutsättningar för en säker vård, nämligen

- en engagerad ledning och tydlig styrning
- en god säkerhetskultur
- adekvat kunskap och kompetens
- patienten som medskapare.

De grundläggande förutsättningarna är framgångsfaktorer för en säker vård. Men om förutsättningarna inte finns på plats, eller om de brister, utgör de utmaningar för en säker vård [10].

Samtliga förutsättningar är relevanta för en säker läkemedelshantering generellt och för delegering specifikt. Det förebyggande arbetet behöver utgå från en organisatorisk nivå och cheferna behöver skapa förutsättningar för ett säkert arbete.

Läkemedelshantering kräver både kunskap och kompetens hos yrkesutövarna. Den hälso- och sjukvårdspersonal som utför uppgiften (iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel) måste få möjligheter att koncentrera sig på uppgiften i en störningsfri miljö. I det förebyggande arbetet är det t.ex. viktigt att identifiera högriskläkemedel och förväxlingsrisker. Det handlar också om att läkemedel förvaras säkert och att det råder god ordning där läkemedel iordningsställs. Det är också säkrare om patienten är delaktig och informerad. Till sist har säkerhetskulturen stor betydelse. Här ingår det riskmedvetna förhållningssätt som är centralt för det aktiva förebyggande säkerhetsarbetet.

## En god säkerhetskultur är en förutsättning för en säker vård

Säkerhetskulturen påverkar allt arbete, från högsta ledningen av hälso- och sjukvården till vårdteamens och personalens dagliga arbete. En god säkerhetskultur är en förutsättning för en säker vård, och präglas av öppenhet, riskmedvetenhet och ett förebyggande förhållningssätt där alla lär av positiva och negativa händelser [11, 12]. En god säkerhetskultur kännetecknas av

---

<sup>59</sup> 3 kap. 2 och 3 §§ PSL.

<sup>60</sup> Prop. 2009/10:210, s. 191.

- ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador
- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra
- en organisation där alla är riskmedvetna och lär av negativa händelser som har inträffat
- en organisation där alla lär av det som går bra och sprider erfarenheterna.

Chefer i hälso- och sjukvården har ett uttalat ansvar för att säkerhetsrelaterade frågor tas på allvar och aktivt hanteras, men var och en i organisationen bidrar till och påverkar säkerhetskulturen – oavsett yrke eller roll. I en mogen säkerhetskultur är arbetet med risker en självklar och integrerad del av allt arbete. Det handlar om att ha kontroll på och aktivt arbeta med kända risker, men också risker som kan uppstå. Chefer kan öka patientsäkerheten genom att uppmärksamma risker. Hälso- och sjukvårdspersonalen bör uppmuntras att rapportera risker för patientsäkerheten samt att rapportera avvikelser.

Att systematiskt förebygga risker är grunden för en god säkerhetskultur. Man behöver arbeta förebyggande både på en övergripande organisatorisk nivå och i det dagliga vårdnära arbetet. Det kan till exempel handla om att personalen behöver utbildning eller att något arbetsmoment kan utföras säkrare. Det är också centralt att processer och rutiner i verksamheten bidrar till säkerheten.

Chefer behöver skapa förutsättningar för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna arbeta systematiskt för att förhindra vårdskador. Resurser kan till exempel vara arbetstid eller specifik kompetens. För att utveckla säkerhetsarbetet behövs tid och utrymme för dialog som stimulerar reflektion och analyser över både positiva och negativa resultat.

Arbetet för ökad patientsäkerhet och en god säkerhetskultur kräver tydlighet och uthållighet bland alla chefer, från den politiska ledningen till första linjens chefer.

## Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården

Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården för att kunna bedöma risker samt föreslå och vidta åtgärder kring den enskilda patienten. Kunskapen behövs hos enskilda medarbetare, chefer samt beslutsfattare och politiker. Med adekvat kunskap om patientsäkerhet hos alla som arbetar i hälso- och sjukvården är det enklare att ställa medvetna krav på och bidra till en säkrare vård. En ökad medvetenhet och mer kunskap om riskerna samt förmåga att hantera dessa förutsätter även kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete. Det behövs även kunskap om systemets påverkan för att förstå vad som skapar en säker vård och för att kunna fatta väl avvägda beslut utifrån systemövergripande faktorer [4].

## Det behövs mer proaktivt patientsäkerhetsarbete

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet i ständig förändring som är beroende av samspelet mellan människor, teknik och organisation. Riskerna i ett sådant system är många och varierande och säkerheten och säkerhets-

arbetet är därför avgörande. Att mäta inträffade skador och vårdskador är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Men för att arbetet med patientsäkerhet ska bli framgångsrikt behöver man också stärka det skadeförebyggande arbetet. Det yttersta syftet ska vara att vårdskador aldrig inträffar.

Läkemedelshantering är riskfyllt och dessa risker är viktiga att identifiera på lokal nivå, se beskrivning av olika risker i bilaga 2.

## Proaktivt patientsäkerhetsarbete på alla organisationsnivåer

I hela hälso- och sjukvården behövs ett utvecklat och mer proaktivt patientsäkerhetsarbete på alla nivåer. Detta förhållningssätt behövs inte minst i den pågående omställningen till god och nära vård, den snabba medicinska och tekniska utvecklingen, digitaliseringen och tillgången till kompetens.

Genom lokala handlingsplaner utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet kan huvudmän och vårdgivare stärka sitt patientsäkerhetsarbete så att den breda ansatsen i synen på patientsäkerhet får genomslag, som den nationella handlingsplanen förespråkar. Förflyttningen innebär att gå från fokus på att hantera vårdskador till att arbeta mer förebyggande med att identifiera och hantera risker så att vårdskador inte inträffar [4].

# Resultat – förutsättningar för säkra delegeringar

I detta avsnitt presenteras resultatet av projektets kunskapsinhämtning från dialoger, rapporter och intervjuer med olika respondenter i de fyra kommunerna.

## Dialoger

Socialstyrelsen har fått information om risker i samband med delegering av läkemedelshandling inom kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Informationen kommer från externa aktörer, som professionsföreningar och verksamhetsföreträdare från den kommunala hälso- och sjukvården.

Sammanfattningsvis har de fört fram att de största utmaningarna när det gäller en säker läkemedelshandling är

- brist på sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal
- bristande kontinuitet pga. låg bemanning, vilket bidrar till ökade
- patientsäkerhetsrisker
- stort antal delegeringar per sjuksköterska, vilket försvårar uppföljning
- brist på hälso- och sjukvårdskompetens hos delegerad personal
- att delegering används regelbundet i stället för undantagsvis
- bristande kunskap hos chefer om regelverket kring delegering.

## Inhämtning av kunskap från relevanta rapporter

Socialstyrelsen har både inför intervjuerna med kommunföreträdare och under arbetets gång tagit del av olika rapporter och annat material som belyser olika perspektiv på problematiken kring säker läkemedelshandling. Några av dessa har varit av särskilt intresse för delegering av läkemedelshandling:

- IVO har i en tillsynsrapport av vård och medicinsk behandling vid säbo, även tittat på läkemedelshandlingen [2]. De konstaterar att det finns betydande patientsäkerhetsrisker. De konstaterar i sin rapport att stora delar av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten bygger på att arbetsuppgifter med läkemedel delegeras vilket enligt IVO inte är förenligt med intentionen i Socialstyrelsens föreskrifter om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården.
- SKR publicerade 2022 en rapport om välfärdens kompetensförsörjning [13]. Där framgår tydligt att kompetensförsörjningen inom den kommunala hälso- och sjukvården är en betydande utmaning och att detta problem kommer att kvarstå under en relativt sett lång tid framöver. De lyfter exempelvis befolkningsutvecklingen som en utmaning på så vis att Sverige har ett ökande antal personer som lever längre, vilket leder till ett förväntat

ökat behov av vård och omsorg. Samtidigt beräknas andelen personer i arbetsför ålder inte öka i samma takt. Denna utveckling kan komma att medföra att det finns färre personer som kan arbeta inom vård och omsorg och möta de ökande behoven.

- I rapporten *Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i framtiden* från 2019 av Socialstyrelsen, lyfts frågan om kompetensförsörjningen upp som en av de viktigaste komponenterna för en framtida hållbar hälso- och sjukvård [14].
- Hur kopplingen mellan kompetensförsörjning och patientsäkerhet är sammanlänkad finns tydligt beskrivet i den rapport som Socialstyrelsen tog fram 2018 för att belysa hur brister i bemanningen kan påverka vårdskador i hälso- och sjukvården [15]. Rapporten har fokus på den regionala hälso- och sjukvården, men all hälso- och sjukvård ska bedrivas med hög patientsäkerhet oavsett var den bedrivs.

## Respondenternas erfarenheter av delegering av läkemedelshantering

Detta avsnitt redovisar resultatet från intervjuerna med företrädare för de fyra kommunerna, med fokus på förutsättningarna för delegering av läkemedel.

### Vanligt att läkemedelshantering delegeras

Intervjuerna visar att det är mycket vanligt att delar av läkemedelshanteringen delegeras till vård- och omsorgspersonal. Det beskrivs snarare som en norm än ett undantag. Chefer, sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal beskriver att det mer eller mindre är ett krav för att få en anställning i särskilda boende för äldre, LSS-boenden och hemtjänst att kunna utföra delegerade arbetsuppgifter inom läkemedelshanteringen.

### Målet är att patienten ska göras delaktig

Vid varje planerad hälso- och sjukvårdsinsats för enskilda patienter är målet att patienten ska göras delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Vi har i våra intervjuer inte ställt några särskilda frågor om detta. Därför har det inte tydligt framkommit om detta görs och om det i varje enskilt fall finns utrymme och tid för den bedömningen vid delegering av läkemedelshantering. Det mönster som har kommit fram i intervjuerna visar i stället att delegering av läkemedelshantering mer används som en organisatorisk lösning för att kunna utföra de arbetsuppgifter som måste göras med befintlig bemanning.

### Olika rutiner för och bedömningar av vad som kan ingå i en delegering

Respondenternas svar visar att verksamheterna har rutiner för delegering. Av olika skäl kan det dock vara svårt att följa dessa, exempelvis på grund av att sjuksköterskan ansvarar för ett stort antal delegeringsbeslut och att det är brist på vård- och omsorgspersonal som kan ta emot delegering för de olika momenten iordningställande, administrering och överlämning av läkemedel.

Intervjuerna visar även att sjuksköterskorna och vård- och omsorgspersonalen ibland inte vet var de dokumenterade rutinerna finns att tillgå.

Det är vanligt att vård- och omsorgspersonal har delegeringsbeslut för att administrera och överlämna alla olika läkemedelsformer, inklusive subkutana injektioner (injektioner som ges under huden). Färdigdoserade läkemedel i dosförpackning ingår alltid, oberoende av vilken läkemedelssubstans det gäller. Det framgår att verksamheterna gör olika bedömningar av vad som är patientsäkert att delegera. Några av de intervjuade sjuksköterskorna bedömer att det är säkrare att vård- och omsorgspersonal tar läkemedlen ur en dosett vid överlämnandet av läkemedel, medan andra bedömer att det är säkrare att läkemedlet tas direkt ur läkemedelsförpackningen. Det varierar också om det är sjuksköterskan eller vård- och omsorgspersonalen med delegering som iordningsställer läkemedel i dosett.<sup>61</sup> Flertalet av sjuksköterskorna anser att det är sjuksköterskan som ska iordningställa läkemedel i dosett, och att detta alltså inte är en arbetsuppgift som ska delegeras till vård- och omsorgspersonalen.

Att överlämna blodförtunnande läkemedel i tablettform<sup>62</sup> är ofta en arbetsuppgift som delegeras till vård- och omsorgspersonalen. En del verksamheter har krav på särskild utbildning för att hantera blodförtunnande läkemedel och att vård- och omsorgspersonalen ska ha arbetat och haft delegering en tid innan denna uppgift delegeras.

Det varierar om administrering och överlämnandet av depotplåster delegeras. Sjuksköterskorna för fram att de uppfattar denna hantering som särskilt riskfylld, särskilt om depotplåstret innehåller kraftigt smärtstillande läkemedel. Det har hänt att patienter har fått för hög dos läkemedel, eftersom det gamla plåstret inte tagits bort innan det nya administrerats.

Ett område där rutinerna tydligt skiljer sig åt mellan kommunerna är om vård- och omsorgspersonalen har delegering för att administrera sprutor med förfyllt läkemedel. Det finns olika uppfattningar hos MAS och sjuksköterskorna om huruvida sprutor med förfyllt läkemedel är en arbetsuppgift som är säker att delegera, oavsett vilken läkemedelssubstans de innehåller. Sjuksköterskorna för fram att vid en kortare behandlingsperiod väljer de oftast att själva administrera injektionen till patienten, men vid längre tids behandling delegeras arbetsuppgiften ofta till vård- och omsorgspersonalen. Detta på grund av att det som regel inte finns tid och utrymme för sjuksköterskan att ha kvar denna uppgift under lång tid.

Vid delegering av administrering av insulin med insulinpenna kräver de flesta verksamheterna att personen har genomgått en utbildning om diabetes samt genomfört ett kunskapstest. Ibland benämns delegering för insulin som en ”utökad delegering”. I vissa verksamheter får personen även gå bredvid en sjuksköterska och praktiskt visa och redogöra för sin kunskap innan de får delegering för administrering av insulin. Verksamheterna har olika uppfattningar om vad som är mest patientsäkert. I vissa verksamheter är det endast

---

<sup>61</sup> Läkemedel kan behöva delas i dosett t.ex. när patienten förskrivs tabletter som inte kan levereras i dospåse och i stället kommer i så kallad helförpackning eller vid s.k. tilläggsordinationer som inte finns med i påbörjad rulle med dospåsar, exempelvis en nyinsatt antibiotikabehandling.

<sup>62</sup> Läkemedel som används för att behandla och förebygga blodproppar. För en individuellt anpassad dos ordinerar dosen utifrån ett blodprov, PK INR-värde, vilket innebär regelbundna blodprovskontroller. Dessa tabletter delas som regel separat dvs. det ingår inte maskinellt dosdelade läkemedelspåsar.



undersköterskor som kan bli aktuella för att ta emot en delegering för att administrera insulin. Intervjuerna visar också att erfarenhet i yrket och av verksamheten är en viktig faktor för delegering att administrera insulin. En person kan då vara kompetent för att ta emot en delegering även om personen inte är undersköterska.

## Faktorer som försvårar en systematisk uppföljning av delegeringar

Ett flertal av sjuksköterskorna uppger att de utfärdar och ansvarar för ett så stort antal delegeringsbeslut att det är svårt att följa upp delegeringarna systematiskt. Det blir också svårt att kontrollera och följa upp varje individ som mottar en delegering. Det försvåras också av att sjuksköterskan inte alltid träffar den delegerade personen kontinuerligt eftersom personen kanske arbetar under jourtid och till och med kan tillhöra en annan organisation.

Det varierar stort hur många delegeringar som en sjuksköterska ansvarar för. Antalet kan skilja sig inom samma kommun, mellan olika förvaltningar och mellan dagtid och jourtid. Ett exempel är att en sjuksköterska som arbetar ensam under dagtid ansvarar för fler än 150 delegeringar för vård- och omsorgspersonal som enbart arbetar kvällar och nätter och i olika verksamheter. I ytterligare en verksamhet framkommer att kvälls- och nattsjuksköterskan ensam ansvarar för samtliga delegeringar för tjänstgörande vård- och omsorgspersonal. Det gäller inte bara i det egna området, utan även för delegerad vård- och omsorgspersonal i en annan förvaltning med annat ansvarsområde.

Intervjuerna visar också att det kan uppstå situationer då sjuksköterskor som arbetar kväll får ”ge delegeringar” över telefon på grund av att tjänstgörande vård- och omsorgspersonal inte har delegering för att överlämna läkemedel. Alternativet, att sjuksköterskan själv ska ansvara för och hantera all läkemedelshantering, anses inte praktiskt genomförbart. Detta på grund av ett stort antal patienter och ett stort geografiskt område.

En del av verksamheterna framför att det kanske skulle vara bra med någon form av riktvärde för antalet delegeringar per sjuksköterska. Två av verksamheterna i olika kommuner har i sina rutiner angett ett maximalt antal delegeringar per sjuksköterska, men det är tydligt att det inte kan efterlevas i praktiken. I stället framför man i intervjun att antalet delegeringar per sjuksköterska exempelvis bör beräknas utifrån patienternas vårdbehov i den aktuella verksamheten.

## Svårigheter när en delegering ska återkallas

I intervjuerna framkommer att det inte är vanligt att sjuksköterskan återkallar delegeringar. Däremot är det vanligare att vård- och omsorgspersonal som har delegering väljer att återlämna sin delegering. Det kan bero på att de upplever sig ha bristande kunskap inom området, att de har för hög arbetsbelastning eller att de anser att det är ett för stort ansvar.

Flera av sjuksköterskorna anser att det är särskilt svårt att återkalla ett delegeringsbeslut om beslutet rör vård- och omsorgspersonal med lång erfarenhet men där det uppdagats att de saknar den kunskap som behövs för att inneha delegering av läkemedelshantering.

## Utbildning inför mottagande av delegering

Majoriteten av verksamheterna har rutiner för hur utbildning inför delegering av läkemedelshantering till vård- och omsorgspersonal ska gå till. Alla verksamheter har dock inte tagit fram utbildningsmaterial. I stället för att ta del av en rutin får den vård- och omsorgspersonal som är aktuell för att ta emot en delegering avseende läkemedelshantering praktisk utbildning genom att gå bredvid en sjuksköterska vid ett tillfälle för att träffa patienten och lära sig de olika momenten.

SKR har tagit fram en webbaserad utbildning inför delegering, *Jobba säkert med läkemedel* [16].<sup>63</sup> Den används i tre av de fyra kommunerna; den fjärde kommunen har i stället tagit fram en egen webbaserad utbildning. En del av verksamheterna har dessutom tagit fram en egen, lokalt anpassad utbildning och ett kunskapsprov, som ett komplement till SKR:s utbildning. I intervjuerna framkommer att verksamheternas egen utbildning stämmer bättre överens med lokala rutiner på de krav som kan ställas på en vård- och omsorgspersonal som ska utföra en delegerad arbetsuppgift.

Hur utbildningen genomförs och följs upp i de olika verksamheterna skiljer sig åt. I några verksamheter avsätts tid för vård- och omsorgspersonalen att genomföra utbildningen på arbetsplatsen och under arbetstid, medan andra tillåter att utbildningen genomförs utanför arbetsplatsen och utanför ordinarie arbetstid. Det finns verksamheter som låter vård- och omsorgspersonalen genomföra utbildningen tillsammans, medan andra verksamheter anser det är viktigt att utbildningen görs individuellt och enskilt. Vård- och omsorgspersonal tar upp att resultatet av utbildningen kan påverkas om de genomför kunskapstestet tillsammans. Det skulle kunna innebära att någon får hjälp med att svara på frågorna och på det viset får en godkänd utbildning utan att själv egentligen ha tillgodogjort sig kunskapen.

Vård- och omsorgspersonalen efterfrågar i intervjuerna tillfällena för reflektion och diskussion tillsammans med andra som genomgått utbildningen. De anser att en sådan gruppövning bör genomföras efter genomgången och godkänd utbildning. Detta ska genomföras strukturerat och på ett sätt som fångar upp oklarheter och svårigheter.

Här följer några exempel på hur kommunerna har organiserat sin utbildning för bedömning av kunskap och lämplighet inför delegering av läkemedelshantering. Genomgången webb utbildning följs upp (olika alternativ)

- av delegerande sjuksköterska individuellt med frågor och samtal
- med lokalt framtaget utbildningsmaterial och kompletterande kunskapsprov, ibland digitalt med kryssfrågor, ibland i skriftligt prov med fritextfrågor
- med ett eget framtaget digitalt utbildningsprogram med kunskapstest som följs upp av sjuksköterska i ett fysiskt möte.

Det framgår att vård- och omsorgspersonalen som genomgått utbildningen inte alltid får återkoppling på de frågor i kunskapstestet som de angett felaktigt svar på. Enligt dem kan det leda till att felaktigheter inte fångas upp.

---

<sup>63</sup> Utbildningen finns på Svenskt Demenscentrums webbplats och är framtagen av SKR. En godkänd webb utbildning (minst 80 procent rätta svar) resulterar i ett diplom som personen själv skriver ut.

Risken finns då att vård- och omsorgspersonal som får förnyad delegering upprepar samma fel år från år utan att själva veta att det är fel.

Det framhålls också som viktigt att praktiskt få träna på de olika moment som ingår i läkemedelshantering, framför allt av sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal. Här lyfts även vikten av att i detta moment även kunna se och fysiskt hantera olika typer av läkemedel.

Verksamheterna gör på olika sätt i samband med förnyelse av ett delegeringsbeslut. I några verksamheter får vård- och omsorgspersonalen göra samma kunskapstest som tidigare, medan andra verksamheter genomför en kort uppföljning med vård- och omsorgspersonalen i syfte att diskutera hur det fungerar. En sådan uppföljning görs ibland relativt nära tidpunkten efter att personen fått sin delegering. Det förekommer också att delegeringar förnyats utan någon utbildning eller avstämning; i de fallen var förnyelsen mer av administrativ karaktär. Flertalet av verksamheterna har som rutin att förnya delegering av läkemedelshantering för sin personal någon månad innan den gamla löper ut.

## Framgångsfaktorer för utbildningsinsatser

Flera av respondenterna framför önskemål om att det bör finnas en nationell, enhetlig och uppdaterad utbildning om delegering inom läkemedelshantering. Den webbaserade utbildningen *Jobba säkert med läkemedel* [16] som finns att tillgå idag upplevs inte alltid som tillräcklig, och det är tidskrävande att ta fram, förvalta och uppdatera en egen utbildning.

I intervjuerna framför vård- och omsorgspersonalen dessa önskemål om olika typer av utbildningar inför delegering. Erfaren vård- och omsorgspersonal efterfrågar utbildning som ger uppdaterad eller fördjupad kunskap. Det efterfrågas även kombinerad fysisk och digital utbildning. Enligt vård- och omsorgspersonalen finns det ett värde av att kunna diskutera och ställa frågor till sjuksköterskan. Flera ser därför även ett värde i att i grupp reflektera och diskutera frågeställningar och knäckfrågor om delegering och annat.

Flera av vård- och omsorgspersonalen lyfter även fram vikten av att kunna gå bredvid erfaren personal och få praktisk handledning av sjuksköterska. De menar att det skapar en större förståelse för de uppgifter och ansvar som vård- och omsorgspersonalen förväntas ha i sitt arbete. De framför också att det är viktigt att lära känna de patienter som de ska överlämna läkemedel till.

Det framkommer främst vid intervjuerna med MAS och sjuksköterskor, men även från vård- och omsorgspersonalen, att chefer behöver ha större kunskap om vad personalens arbetsuppgifter innebär, för att fullt ut ta ansvar för verksamheten. Det kan vara sårbart om ansvaret för säker delegering ligger på en chef som saknar erfarenhet och kunskap av hälso- och sjukvård. Det kan göra att chefen saknar förståelse för utmaningarna och behoven inom området. Personalen menar att det behövs någon form av utbildning för chefer i syfte att öka kunskapen.

I intervjuer med cheferna framkommer inte motsvarande bild av bristande kunskap om läkemedelshantering och delegering. Men de beskriver att de alltid har en person med hälso- och sjukvårdskompetens till sin hjälp, om de inte själva har denna kunskap.

# Kompetensförsörjningen påverkar läkemedelshanteringen

## Kompetensförsörjning en stor utmaning

Enligt respondenterna har kompetensförsörjningen blivit ett allt större problem för verksamheterna. I det korta perspektivet kan det handla om att överhuvudtaget kunna bemanna ett arbetspass, men på lång sikt är det en generell brist på personal som är det största problemet. Det gäller både sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal. Vid intervjuerna framför chefer att de ibland upplever sig tvingade att anställa personal som de inte bedömer uppfyller alla krav.

Cheferna uppger även att de ibland har att välja på att bemanna med befintlig vård- och omsorgspersonal som inte har tillräcklig kunskap och kompetens för att kunna utföra delegerade arbetsuppgifter, eller inte ha tillräckligt med vård- och omsorgspersonal för att utföra den dagliga omvårdnaden.

Andra exempel är att chefer inte anställer personer som söker arbete exempelvis inom hemtjänsten, om de bedömer att dessa inte kan uppfylla kraven för att kunna utföra delegerade arbetsuppgifter. Även sjuksköterskor med ansvar för att delegera delar av läkemedelshantering uttrycker att det är en förutsättning för att vård- och omsorgspersonalen ska få arbete i verksamheten att de kan utföra delegerade arbetsuppgifter, i synnerhet i hemtjänsten.

Av intervjuerna framgår också att det förekommer att vård- och omsorgspersonal inte har fått arbeta kvar om de inte kan utföra en delegerad arbetsuppgift. Det förekommer också att vård- och omsorgspersonal upplever att de måste ta emot delegering för att få ha arbetet kvar.

## Kompetensbrist är en riskfaktor

Många av de intervjuade upplever kompetensbristen som en riskfaktor för en säker läkemedelshantering. Semesterperioden är mer riskfylld, eftersom arbetet ofta sköts av vikarier som inte alltid har samma erfarenhet av läkemedelshantering.

Låg bemanning kan leda till att verksamheterna behöver göra snabba omprioriteringar för att det saknas personal. Omprioriteringar kan leda till ett mer pressat tidsschema och att personal inte har kännedom om patienten, vilket kan leda till patientsäkerhetsrisker.

Samtliga verksamheter beskriver att tidigare var rekryteringsproblemen vanligast i samband med semesterperioden, men nu kvarstår svårigheterna under stora delar av året.

I intervjuerna framkommer också att vård- och omsorgspersonal inte alltid behärskar svenska språket i tillräckligt hög utsträckning. Den låga språkförstånngen försämrar förutsättningarna för vård- och omsorgspersonalen att kunna ta emot och utföra delegerade arbetsuppgifter.

Här följer några ytterligare exempel på orsaker till att det finns utmaningar i kompetensförsörjningen:

- Det är få som söker till vårdutbildningar.
- Arbetet inom vård- och omsorg upplevs oattraktiva.

- Arbetsmiljö, lön och arbetstider upplevs bättre i andra branscher.
- En stressad och en pressad arbetssituation kan leda till en hög personalomsättning.
- Politiker och chefer högre upp i organisationen har bristande kunskap om hälso- och sjukvård och kan därför ha svårt att förstå behovet av att ha personal med rätt kompetens i verksamheterna.
- Verksamheter utanför vård- och omsorgssektorn konkurrerar om samma personal. Ett exempel är industrin, där det finns möjlighet att få bättre arbetsvillkor.

## Differentiering av arbetsuppgifter

En av kommunerna hade under en period i projektform prövat på ett förändrat arbetssätt i hemtjänsten. Detta utifrån att alla medarbetare inte har möjlighet eller kompetens att utföra en delegerad arbetsuppgift. Arbetssättet innebär att vård- och omsorgspersonalen ansvarar för olika arbetsuppgifter. Några ansvarar för läkemedelshantering och andra hälso- och sjukvårdsuppgifter medan övriga har arbetsuppgifter som rör omsorg och service.

Det finns andra exempel på former av differentiering av arbetsuppgifter. Ett är att en särskild personal på varje arbetspass fick ansvaret för hälso- och sjukvårdsuppgifterna. Ett annat exempel är att vissa särskilda boenden för äldre har speciellt utsedda undersköterskor med ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna. Detta arbetssätt används för att säkerställa att befintlig personal har möjlighet att utföra de uppgifter som krävs för att svara mot patienternas behov.

## Större risker inom hemtjänst och LSS-boenden

Både sjuksköterskorna och MAS bedömer att det finns större risker inom hemtjänsten och i LSS-boenden än vid särskilda boenden för äldre när det gäller att delegerad vård- och omsorgspersonal hanterar läkemedel. En orsak till detta är att arbetet inom hemtjänsten, LSS-boenden och särskilda boenden för äldre är organiserat på olika sätt. Inom hemtjänsten förekommer exempelvis mer ensamarbete och personal på LSS-boenden har ofta en annan grundkompetens och kan därför helt sakna kompetens inom hälso- och sjukvård.

Vård- och omsorgspersonalen framför också att arbetet inom hemtjänsten väldigt ofta är stressigt och att många olika uppgifter ska utföras under mycket kort tid. Det kan i sig utgöra en riskfaktor för hantering av läkemedel. Vård- och omsorgspersonal som arbetar inom hemtjänsten kan träffa upp till 25 till 32 patienter per arbetspass. I vissa kommuner styrs vård- och omsorgspersonalen inom hemtjänsten av minutschema som inte ger någon tidsmässig flexibilitet.<sup>64</sup>

Även på särskilda boenden för äldre anser vård- och omsorgspersonalen att arbetet ofta är stressigt, men här förekommer inte ensamarbete i lika stor utsträckning. Ofta ansvarar någon i vård- och omsorgspersonalen med delegering för att administrera och överlämna läkemedel till alla patienter på enheten och under hela arbetspasset. En annan faktor som vård- och omsorgspersonalen upplever minskar riskerna är att sjuksköterskan finns mer

<sup>64</sup> Det vill säga att varje moment (insats) har en bestämd maxtid i samband med besöket hos patienten.

tillgänglig på särskilda boenden för äldre, jämfört med hemtjänsten och LSS-boenden. Detta gör att vård- och omsorgspersonalen enklare kan rådfråga sjuksköterskan i de fall det uppstår oklarheter eller svårigheter i samband med läkemedelshanteringen.

Enligt sjuksköterskorna och även några av cheferna är det ibland för få av vård- och omsorgspersonalen som har delegering för att administrera och överlämna läkemedel till patienterna. En följd av detta är att det då ställs högre krav på den vård- och omsorgspersonal som har delegering för dessa moment och att de får göra flera hembesök. På särskilda boenden för äldre kan det innebära att de får iordningställa, administrera och överlämna läkemedel till patienter på andra enheter som de inte har kännedom om. Det kan ibland uppstå situationer där det inte finns någon vård- och omsorgspersonal med delegering för att administrera och överlämna läkemedel, vilket leder till att sjuksköterskan får utföra uppgifterna. Det kan i sin tur påverka sjuksköterskans förutsättningar att hinna med sitt redan inplanerade arbete.

## Upplevd otrygghet vid läkemedelshanteringen

Vård- och omsorgspersonal inom hemtjänsten uppger i intervjuerna att de känner en otrygghet vid hanteringen av narkotikaklassade läkemedel, sedativa (lugnande) läkemedel och sömnmedel (läkemedel som används vid insomningsproblem och sömnsvårigheter). De beskriver att ett skäl till att de upplever otrygghet vid hanteringen av dessa läkemedel är att de är stöldbenärliga.

Dessa läkemedel är ofta ordinerade att ges vid behov och är då förpackade i en helförpackning. När narkotikaklassade läkemedel hanteras ska de kontrolleras och registreras i en förbrukningsjournal. Om det visar sig att kontrollräkningen inte stämmer kan det bland annat bero på att en personal glömt att registrera uttaget, att läkemedlet har blivit stulet eller att patienten själv tagit läkemedlet. De menar att sjuksköterskans behöver kontrollräkna oftare, annars kan det bli svårt att spåra eventuella fel. Detta eftersom många olika personer kan ha varit involverade i läkemedelshanteringen hos patienten.

Det finns flera tillfällen där det finns risk för att en patient inte får ordinerat läkemedel eller får felaktig dos av läkemedlet. Det kan handla om situationer när läkemedel till flera patienter förvaras på samma ställe, exempelvis när hemtjänstpersonal ska iordningställa, administrera och överlämna läkemedel till två sammanboende makar. Denna typ av risk uppfattas som särskilt påtaglig för olika insulinsorter som lätt kan sammanblandas vid de olika momenten. Det finns även en risk för att patienter kan få fel läkemedel eller fel-doserat läkemedel när ett läkemedel byts ut mot ett likvärdigt läkemedel, men namnet och utseendet på läkemedlet är annorlunda mot det som sjuksköterskan och vård- och omsorgspersonalen är vana vid.

Ytterligare risker är om vård- och omsorgspersonalen inte får arbeta ostört vid hanteringen av läkemedel. De kan till exempel få larm från andra patienter eller telefonsamtal från kollegor som snabbt behöver hjälp, vilket innebär ett avbrott vid hanteringen av läkemedel.

## Det efterfrågas ökad delaktighet i avvikelshantering

Förhållningssätt och upplevelse av delaktighet i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet varierar mellan yrkeskategorier och i de olika verksamheterna. Det varierar även vem som ansvarar avvikelshantering, hur avvikelser hanteras och diskuteras i verksamheterna samt vilka som deltar i arbetet med avvikelshantering. Vård- och omsorgspersonal respektive chefer har också olika bilder när det gäller exempelvis återkoppling på inrapporterade avvikelser.

Avvikelse skrivs inte alltid på händelseförloppet utan är mer kopplade till den individ som händelsen har drabbat och i vilken verksamhet. Respondenterna menar att när händelseförloppet inte diskuteras och därmed inte leder lösningsförslag på en övergripande nivå kan det få till följd att samma avvikelser upprepas, både inom den egna verksamheten och i andra verksamheter inom samma kommun.

I vissa verksamheter är det första linjens chef som helt eller delvis ansvarar för hanteringen av avvikelser relaterat till hälso- och sjukvård, exempelvis inom läkemedelshanteringen. Sjuksköterskorna får ofta avvikelserna för kännedom eller för att självständigt hantera den. Sjuksköterskorna uppger att ofta lägger chefer över ansvaret för att hantera alla hälso- och sjukvårdsavvikelser på sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna anser att det är chefen som ska ansvara för att hantera avvikelserna. Detta utifrån att de har mandat att fatta beslut om att genomföra åtgärder för att förhindra upprepning.

De allvarligaste avvikelserna avseende hälso- och sjukvård skickas till MAS för bedömning. Socialnämnden eller motsvarande nämnd tar del av avvikelserna inom den kommunala hälso- och sjukvården genom sammanställningen i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

## Variation i kunskap om syftet med att rapportera avvikelser

Det skiljer sig åt hur vård- och omsorgspersonalen i verksamheterna förhåller sig till att skriva en avvikelse i samband med delegering av läkemedelshandling.

I en av verksamheterna uppger både chef och MAS att det kan vara ett stort mörkertal i hur många avvikelser som inte rapporteras. De menar att orsaken till denna underrapportering kan ligga i verksamhetens kultur och att det finns en rädsla för att peka ut någon som gjort fel. Rädslan kan hindra att man lär sig av avvikelserna. Exempel på olika synsätt hos vård- och omsorgspersonalen är att några säger att man inte får "tjalla på en kollega" genom att skriva en avvikelse, medan andra ser vikten av att rapportera avvikelser så man får till ett lärande i verksamheten. För att öka förståelsen och kunskapen om vikten av att skriva avvikelser efterfrågas utbildning inom området.

De vanligaste avvikelserna i flertalet verksamheter är att vård- och omsorgspersonalen som administrerat eller överlämnat läkemedlet inte har signerat att läkemedlet givits, glömt att ge ordinerad dos eller givit läkemedlet vid fel tidpunkt. Bedömningen av vad som är en avvikelse varierar i

verksamheterna. Ett exempel är huruvida om en utebliven signering eller försenad dos är en avvikelse i det fall dosen har givits till patienten. Det är ovanligt att en identifierad risk rapporteras in i avvikelshanteringssystemet.

Vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och chefer framför att benägenheten att lämna in en avvikelse påverkas positivt om det finns en möjlighet att rapportera anonymt. De menar att anonymitet leder till att det är lättare att fokusera på händelsen och inte vem som varit involverad eller rapporterat avvikelsen.

Benägenheten att skriva avvikelser är främst kopplad till den individuella kunskapen om läkemedelshantering och avvikelserapportering, snarare än till personens erfarenhet eller anställningstid. Det kan bland annat bero på att personers arbetssätt i vissa delar baseras på kunskap från äldre utbildningar. En verksamhet beskriver att när de stärkte utbildningen och kunskapstestet för vikarier inom området läkemedelshantering, men inte erbjöd den ordinarie vård- och omsorgspersonalen att genomgå denna utbildning, så blev effekten att avvikelserna minskade för vikarierna, men inte för ordinarie vård- och omsorgspersonal. När verksamheterna sedan genomförde gruppträffar för den ordinarie vård- och omsorgspersonalen och hade en genomgång av de olika momenten i läkemedelshantering identifierades att några av den erfarna vård- och omsorgspersonalen hade bristande kunskaper.

De verksamheter som har digitala avvikelshanteringssystem är mer nöjda. Det digitala systemet har lett till en mer effektiv hantering, underlättat möjligheten att följa processen och att få snabbare och bättre återkoppling på avvikelserna.

## Digitala stöd kan bidra till en ökad säkerhet

Det framgår av intervjuerna att de kommuner som har infört digitala system som anger vilka aktiviteter som ska utföras hos en patient har minskat avvikelser kopplat till dessa moment. Ett exempel kan vara ett system för vilket klockslag läkemedelsdosen ska ges och som larmar om dosen inte signeras inom angiven tidpunkt. De digitala systemen har även inneburit en enklare spårbarhet till den vård- och omsorgspersonal som exempelvis har överlämnat ett läkemedel till patienten. Det underlättar sjuksköterskans uppföljning av om patienten fått ordinerad läkemedelsbehandling. Vidare framkommer vid intervjuerna att det skapar en ökad flexibilitet när läkemedlet kan överlämnas inom en viss tidsram. Exempelvis i de fall där det inte är viktigt att en dos ska intas ett exakt klockanslag finns här en möjlighet att överlämna läkemedlet inom ett tidsintervall, till exempel klockan 8.00–10.00.

Några av verksamheterna använder digitala läkemedelsskåp i syfte att skapa en säker förvaring av exempelvis stöldbegrärliga läkemedel. Dessa minskar även risken för sammanblandning av olika patienters läkemedel. I de digitala läkemedelsskåpen är läkemedel inlåsta och det går att följa inloggningen till läkemedelsskåpen.

Flertalet av verksamheterna har infört digitala signeringar som majoriteten upplevde som bättre än de tidigare signeringarna på en blankett. Här varierar svaren för huruvida detta har ökat säkerheten. Många bland den intervjuade vård- och omsorgspersonalen påtalar att det finns en del tekniska problem. Som exempel nämns bristande internetuppkoppling som kan leda till att



vård- och omsorgspersonal inte kan signera att man givit läkemedlet, utan de måste göra detta i efterhand. Här finns en risk att detta glöms bort och att signeringen inte blir gjord.

Vidare framgår att i vissa fall innebär digitaliseringen dubbelarbete. Ett exempel är när vård- och omsorgspersonalen ska signera i mobilen när de överlämnat läkemedlen, men också måste signera på signeringsblankett. Syftet är att säkerställa läkemedelshanteringen, men vid intervjuerna framkom att dessa signeringsblanketter är inte alltid uppdaterade och då kan de skapa osäkerhet och därmed innebära en risk. Att olika vårdgivare är involverade i läkemedelshanteringen under dygnet kan också utgöra en risk.

## Ledningens ansvar för hälso- och sjukvård

Både MAS och sjuksköterskor uppger att chefer som har kompetens och erfarenhet inom socialtjänstens område, inte alltid har tillräcklig kunskap om eller erfarenhet av hälso- och sjukvård som motsvarar den hälso- och sjukvård de faktiskt ansvarar för. De framför att chefer behöver ha en djupare kunskap om och erfarenhet av hälso- och sjukvård för att bland annat för att kunna bedöma behovet av hälso- och sjukvårdskompetens i bemanningen och för att kunna beakta detta i schemaläggning utifrån de arbetsuppgifter som finns i verksamheten.

Denna synpunkt framförs främst från företrädare från de större kommunerna där den högsta chefen ansvarar för många olika områden inom socialtjänsten och där avståndet mellan olika chefsnivåer upp till högsta ledningen ibland upplevs som stort. I en verksamhet berättar den högsta chefen att denna själv saknar hälso- och sjukvårdskompetens och av den anledningen har valt att ha ett nära samarbete med MAS för att på så vis skapa förutsättningar att leda sin verksamhet.

Framför allt sjuksköterskorna beskriver att hälso- och sjukvårdsuppgifterna tydligare behöver beaktas i de biståndsbeslut som ligger till grund för individens behov av insatser. Anledningen är bland annat att den avsatta behovsbedömda tiden behöver utgå ifrån den tidsåtgång som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgiften, exempelvis administrering av ett läkemedel. Ett exempel är att en patient har fått förskrivet olika sorter av ögondroppar där krav finns på ett visst tidsintervall mellan administreringen av de olika sorterna. Ett annat exempel är att en patient kan ha sväljsvårigheter, vilket gör att det tar längre tid att hjälpa patienten att ta sina tabletter jämfört med en patient som inte har den nedsättningen.

Ett annat förslag som flera MAS framför och som syftar till att stärka ledningen i hälso- och sjukvårdsfrågor, är att MAS skulle kunna få ökad möjlighet att bidra med sin kompetens i ledning och styrning av verksamheten. I vissa verksamheter användes kompetensen i ledningen, men det framkom även att det var svårt att tolka vilket mandat MAS-rollen verkligen innefattade. Ett ytterligare förslag för att stärka fokus på hälso- och sjukvårdsfrågor var att även involvera rehabiliteringskompetens i verksamhetens ledningsgrupp.

Med ökad hälso- och sjukvårdskunskap hos chefer ser MAS, sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal att de risker som finns i samband med läkemedelshanteringen kan minimeras. Därtill skapas en förståelse för verksamheten och det går lättare att undvika exempelvis att chefer förväntar sig att en sjuksköterska ska utfärda ett delegeringsbeslut, trots att sjuksköterskan bedömt att personen inte har den kompetens som krävs för att ta emot en delegering.

# Analys, identifierade behov och nationellt stöd

Socialstyrelsens analys visar att det ibland saknas förutsättningar för att hantera de risker som finns vid delegering av läkemedelshantering i den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare visar analysen att det finns behov av åtgärder för att öka säkerheten vid läkemedelshantering inom särskilda boende för äldre, hemtjänsten och LSS-boenden.

Det underlag som Socialstyrelsen samlat in utgörs av intervjuer med företrädare från fyra kommunerna och dialoger med externa aktörer samt relevanta rapporter. Valet att intervjua företrädare från kommunerna gjordes i syfte att få fördjupad förståelse för hur verksamheterna arbetar när det gäller läkemedelshantering och delegering. Resultatet från de fyra utvalda kommunerna kan inte sägas vara representativt för alla landets kommuner, men resultatet bekräftas i intervjuerna och den bild som framförts i de inledande dialogerna med myndigheter och intresseorganisationer.

I detta avsnitt analyserar Socialstyrelsen resultatet utifrån frågeställningarna:

- Hur hanteras de risker som finns vid delegering av läkemedelshantering utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv?
- Vad är det som präglar en god säkerhetskultur i samband med säker delegering?

Det framkommer bland annat att verksamheterna har rutiner för läkemedelshantering och delegering, men att det görs olika bedömningar för samma arbetsmoment. Under respektive rubrik analyseras de olika områden samt ett urval av material och utbildningar som kan vara ett stöd i utvecklingsarbetet för en säker läkemedelshantering. Det skiljer sig åt vilka aktörer som behöver vidta åtgärder inom de olika utvecklingsområdena. Det kan exempelvis vara kommuner, regioner, särskilda boenden för äldre, LSS-boenden, hemtjänsten och hemsjukvården. På vissa områden bedömer myndigheten att det även behövs nationellt stöd. Nationella stöd kan dock aldrig ersätta lokalt anpassade utbildningar, rutiner och stöd.

## Ledningens ansvar för hälso- och sjukvård

Delegering av iordningsställande, administrering och överlämning av läkemedel till vård- och omsorgspersonal i kommunernas hälso- och sjukvård är ingen ny företeelse i den kommunala hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen konstaterar efter dialogmöten med externa aktörer och intervjuer med företrädare från kommunerna att det finns bristande förutsättningar för en säker läkemedelshantering. Kommunerna måste säkerställa att det i de verksamheter som kommunen är ansvarig för finns förutsättningar

för en säker läkemedelshantering så att patienterna inte riskerar att drabbas av vårdskador.

## Ökat behov av hälso- och sjukvårdskompetens på ledningsnivå

Socialstyrelsen konstaterar utifrån intervjuerna att det finns utmaningar när det gäller tydlighet i ledning och styrning i kommunerna avseende säker läkemedelshantering. Till exempel kan den stora utmaningen att bemanna verksamheterna ibland ske på bekostnad av det ansvar som ska uppfyllas när det gäller säker läkemedelshantering. Ett exempel är att sjuksköterskor ibland känner sig pressade att utfärda delegeringsbeslut till vård- och omsorgspersonal som enligt deras bedömning inte har rätt förutsättningar att ta emot en delegering. Ett annat är att planeringen av bemanning, schema och arbetsuppgifter inte alltid görs utifrån behovet av hälso- och sjukvårdskompetens. Om ledningen saknar den kompetens som behövs för att leda och styra frågorna som berör säker läkemedelshantering och delegering kan det få negativa effekter för patientsäkerheten. Det är därför nödvändigt att ledningen försäkras om att det finns hälso- och sjukvårdskompetens vid beslut och planering av den del av verksamheten som rör läkemedelshantering och delegering.

## Krav på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

För att styra och utveckla verksamheten behövs bland annat ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det är vårdgivaren som ansvarar för att det finns ett ledningssystem i verksamheten.<sup>65</sup> Ledningssystemet ger stöd för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete. Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Verksamheten ska även följas upp och utvärderas systematiskt, och det ska kontrolleras att rutinerna som ingår i verksamhetens ledningssystem följs.<sup>66</sup>

## Arbetsmiljön påverkar patientsäkerheten

I intervjuerna framkommer svårigheter att bemanna verksamheterna med personal och att det är en hög personalomsättning. Detta kan leda till mindre erfaren och mer tillfällig personal. Brist på personal leder till ökad arbetsbelastning och brist på handledning, vilket i sin tur kan medföra brister i

<sup>65</sup> 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

<sup>66</sup> 5 kap. 1 § och 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

kontinuiteten, kommunikationen och patientsäkerheten. Det framkommer också exempel på en hög arbetsbelastning och stress med många olika uppgifter som ska utföras under kort tid. Vidare nämns att läkemedel iordningsställs i en miljö med olika störningsmoment och att det kan finnas en upplevelse av för stort ansvar kopplat till delegering av läkemedelshantering. Sådant kan innebära bristande uppmärksamhet som kan leda till att man förväxlar läkemedel, väljer fel läkemedel eller räknar fel när man ställer i ordning läkemedel. En ytterligare risk med att det saknas förutsättningar för att kunna utföra arbetsuppgifter på ett säkert och tillfredställande sätt är att personalen väljer att lämna sitt yrke.

### *Exempel på stöd*

I en stressig arbetsmiljö med hög arbetsbelastning där många saker ska göras samtidigt kan det vara svårt att uppnå en säker läkemedelshantering. Arbetsmiljöarbetet och patientsäkerhetsarbetet behöver integreras i högre utsträckning. Exempel på verktyg och stöd för hur ledningen kan göra detta är:

- *Patientsäkerhet och arbetsmiljö*. En vägledning som beskriver hur ledningssystem för patientsäkerhet och arbetsmiljö kan integreras [17].
- *Säkerhetskulturtrappan från A till E*. Ett verktyg som kan användas för att skapa dialog kring patientsäkerhetskulturen och som bland annat innefattar patientsäkerhet och arbetsmiljö [18].

## Kompetensförsörjningen är en utmaning

Socialstyrelsen konstaterar att det i det aktuella projektet tydligt har framkommit att det finns stora svårigheter med kompetensförsörjningen för både sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal. Denna bild bekräftas i SKR:s rapport om vårdens kompetensförsörjning [13]. Det är generellt svårt att rekrytera personal och främst personal med rätt kompetens.

Svårigheterna med kompetensförsörjning kan leda till att sjuksköterskan upplever krav och förväntan på att utfärda delegeringsbeslut, trots att rätt förutsättningar inte alltid finns. På motsvarande sätt kan det leda till krav på att ta emot och utföra delegerade arbetsuppgifter för vård- och omsorgspersonalen. För att lyckas med omställningen till en god och nära vård behöver arbetet i den kommunala hälso- och sjukvården bli mer attraktivt. Det är angeläget att kommunerna värdesätter personal som klarar att hantera läkemedelsfrågorna på ett säkert sätt. Kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvård är en betydande utmaning. Andelen personer i arbetsför ålder kommer sannolikt att minska, samtidigt som kommuner och regioner har stora rekryteringsbehov. Enligt SKR minskar andelen personer i arbetsför ålder i sex av tio kommuner samtidigt som behoven av hälso- och sjukvård samt omsorg ökar hos invånarna [13].

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet har av regeringen fått i uppdrag att ta fram ett förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning [19]. Av planen ska det bland annat framgå vilka ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser för befintlig och ny vårdpersonal som kan behövas för att förbättra personalförsörjningen inom hälso- och sjukvården.

### *Exempel på stöd*

En av de grundläggande delarna i arbetet inom vård och omsorg är att kunna kommunicera både muntligt och skriftligt. Språkkunskaper i svenska språket är en förutsättning för säker läkemedelshantering och delegering. Vård- och omsorgspersonal som inte har tillräckliga kunskaper i det svenska språket kan inte ta emot delegering och det kan få stora effekter på hur arbetet kan utformas och planeras.

Socialstyrelsen har tagit fram ett språkbedömningsstöd för att underlätta för verksamheterna att bedöma vilken språkförmåga i svenska som vård- och omsorgspersonalen behöver för arbetsuppgifter inom äldreomsorgen [20]. Genom stödet ska verksamheterna få vägledning i bedömningen av om vård- och omsorgspersonalen har tillräckliga kunskaper i det svenska språket för aktuella arbetsuppgifter. Underlaget syftar framför allt till att ge förutsättningar för att arbeta språkutvecklande för att höja språkförmågan, och kan bland annat användas för att ta fram verktyg och åtgärder som är språkutvecklande. Det är en hjälp för alla, såväl nyanställda och vikarier som de med behov av att höja språkförmågan. Underlaget bygger på Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor som bland annat inkluderar områdena kommunikation, vårdåtgärder och läkemedel [21].

## Alternativa arbetssätt

### *Differentiering av arbetsuppgifter*

En del kommuner prövar att differentiera arbetsuppgifterna för att använda personalens kompetens effektivare och nå säkrare läkemedelshantering. Det finns olika sätt att differentiera arbetsuppgifter på och ett sätt är att endast utfärda delegeringsbeslut till några i en personalgrupp. De ansvarar då för läkemedelshantering och andra hälso- och sjukvårdsuppgifter, medan andra i personalgruppen ansvarar för arbetsuppgifter som rör omsorg och service.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har kartlagt hur omfattande differentiering av arbetsuppgifter är inom hemtjänsten och även analyserat effekterna för både verksamheterna och den person som tar emot hemtjänst. De konstaterar i sin rapport att en väl genomförd differentiering kan bidra till att stärka hemtjänstens kompetensförsörjning [22]. Även i våra intervjuer bekräftas att olika former av differentiering av arbetsuppgifter görs ute i verksamheterna.

### *Välfärdsteknik kan ge stöd*

Ett sätt att effektivisera läkemedelshantering och öka säkerheten kan vara att införa digitala läkemedelsfördelare. Dessa tar fram rätt dos läkemedel vid förutbestämda tider och påminner när det är dags att ta läkemedlen med hjälp av ljus- och ljudsignaler. Läkemedelsfördelare kan användas inom olika verksamheter i kommunal vård och omsorg. De kan även bidra till att enskilda kan leva sitt liv mer självständigt samt skapa ökad trygghet och självförtroende i hemmet eftersom enskilda inte är beroende av tidpunkten när hemtjänstpersonal ska överlämna läkemedel. Dessutom bidrar läkemedelsfördelare till att frigöra tid och skapar utrymme för personalen att vara där det gör störst nytta [23, 24].

Användningen av digitala läkemedelsfördelare har ökat i kommunerna sedan år 2021, vilket beskrivs på sidorna 113–114 i Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport [8].

## Bristande förutsättningar för läkemedelshantering och delegering

Intervjuerna visar att iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel inom hemtjänst, LSS-boenden och särskilda boenden för äldre i stor utsträckning utförs av vård- och omsorgspersonal som har delegerats arbetsuppgiften av en legitimerad sjuksköterska.

Att vård- och omsorgspersonalen ska kunna utföra delegerade arbetsuppgifter är mer en regel än undantag och mer eller mindre ett krav för att få en anställning i kommunerna.

Sjuksköterskorna ansvarar ibland för ett stort antal delegeringar. Det riskerar att begränsa sjuksköterskans möjlighet att ha personlig kännedom om vård- och omsorgspersonalens kompetens, vilket krävs för att ge en delegering. Detta kan leda till att det kan vara svårt för sjuksköterskan att ta ansvar fullt ut för att delegerade arbetsuppgifter utförs på ett korrekt sätt och det kan även försvåra den systematiska uppföljningen av delegeringsbeslut. Förväntningarna på att sjuksköterskan ska utfärda ett delegeringsbeslut till vård- och omsorgspersonal kan stå i konflikt med ansvaret för en god och säker vård.

Några sjuksköterskor framför önskemål om nationellt fastställda riktvärden för hur många delegeringsbeslut en sjuksköterska kan utfärda och ansvara för utifrån att läkemedelshanteringen ska vara säker. Socialstyrelsen menar att hur många delegeringar en sjuksköterska bör utfärda och ansvara för är beroende av den lokala kontexten. Det gäller exempelvis kompetens, erfarenhet och förmåga och behov av återkommande handledning hos den som tar emot delegeringen. Till det kommer patienternas individuella behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som i sin tur ställer olika krav på vård- och omsorgspersonalens hälso- och sjukvårdskompetens. En ytterligare faktor är vård- och omsorgspersonalens närhet till sjuksköterska, eftersom geografiska avstånd påverkar sjuksköterskans förutsättningar att följa upp att de delegerade uppgifterna fullföljs på ett säkert sätt.

## Organisering påverkar riskerna vid läkemedelshantering

Socialstyrelsen konstaterar att det framkommit i intervjuerna med kommunerna att vissa verksamheter har bättre förutsättningar för en säker läkemedelshantering än andra. Inom särskilt boende för äldre arbetar oftast mer personal, vilket gör att man kan ha stöd och hjälp av varandra. Det finns också större närhet och tillgång till sjuksköterska.

I hemtjänsten arbetar vård- och omsorgspersonalen ofta ensam. Arbetskamrater och sjuksköterska är längre bort.

Inom LSS-verksamheter förekommer också ensamarbete, även på boenden, och sjuksköterskan finns som regel inte fysiskt på plats. För uppdraget

inom LSS-verksamheter har vård- och omsorgspersonal många gånger en annan kompetens än inom äldreomsorgen. Det kan innebära att vård- och omsorgspersonalen inte alltid har utbildning i eller erfarenhet från hälso- och sjukvård. Detta gäller för hela verksamheten, både vård- och omsorgspersonal och chefer.

Säker läkemedelshantering måste genomsyra alla verksamheter och ledningen måste säkerställa att förutsättningar och kompetens finns om de ska kunna delegera arbetsuppgifter inom läkemedelshantering. Av intervjuerna framkommer att flertalet verksamheter planerar och organiserar arbetet utifrån att nästan all vård- och omsorgspersonal kan och ska ta emot en delegering inom läkemedelshantering. Socialstyrelsen framhåller dock att en säker läkemedelshantering förutsätter en individuell bedömning av varje medarbetare som ska ta emot en delegering.

## Säkerhetskulturen behöver stärkas

En god säkerhetskultur är en förutsättning för en säker vård, och präglas av öppenhet, riskmedvetenhet och ett förebyggande förhållningssätt där alla lär av positiva och negativa händelser.

Socialstyrelsen konstaterar att det framgår av intervjuerna att det finns brister i ledning och styrning gällande säkerhetsmedvetande. Exempelvis kan en sjuksköterska ansvara för ett stort antal delegeringar. Det innebär att sjuksköterskan har små eller inga förutsättningar att bevaka att de delegerade uppgifterna fullgörs och är förenliga med säker vård.

Vård- och omsorgspersonalen efterfrågar större delaktighet i avvikelshanteringen. Det framkommer också en önskan om att det ska finnas strukturer för ett tydligare processperspektiv vid hantering av avvikelser. Man efterfrågar en dialog om inträffade avvikelser i syfte att skapa ett lärande samt systemövergripande åtgärder för att minska eller eliminera risken för en upprepning av de negativa händelserna.

### *Exempel på stöd*

Det behövs kunskap om patientsäkerhet på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Detta för att öka medvetenhet och kunskapen om riskerna i hälso- och sjukvården samt förmågan att hantera att utveckla säkerhetsarbetet. Nedan följer exempel på olika stöd:

- *Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet.* En utbildning som ger grunden för att höja kunskap om patientsäkerhet [25].
- *Samlat stöd för patientsäkerhet.* Information om patientsäkerhet och olika riskområden, exempelvis läkemedelshantering [12].
- *Stärkt patientsäkerhetsarbete i kommuner.* Ett analysverktyg som SKR tillsammans med patientsäkerhetsnätverket för medicinskt ansvariga sjuksköterskor har utvecklat [27]. Det ska ge ett stöd för kommunerna att genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet i kommunen och utveckla lokala handlingsplaner för ökad patientsäkerhet.
- *Utredning av risker.* Ett stöd för att genomföra riskanalyser och olika mallar för analysarbetet [28].



## Det krävs adekvat kunskap och kompetens för en säker läkemedelshantering

En grundläggande förutsättning för en säker läkemedelshantering är att den vård- och omsorgspersonal som utför arbetsuppgifterna har adekvat kunskap och kompetens om läkemedel. Personalen måste exempelvis kunna läsa och förstå en läkemedelsordination, administrera läkemedlet korrekt, göra en rimlighetsbedömning och förstå hur förändringar i patientens hälsotillstånd kan vara kopplade till patientens läkemedelsbehandling.

Socialstyrelsen konstaterar utifrån intervjuerna att det är en stor variation i vilka kunskaper inom läkemedelshantering som krävs för att vård- och omsorgspersonalen ska få ett delegeringsbeslut för att utföra delegerade arbetsuppgifter inom läkemedelshantering. Det varierar även hur vård- och omsorgspersonalen utbildas för att få den kompetensen som krävs och hur delegerade arbetsuppgifter följs upp.

Socialstyrelsen bedömer att det inte räcker med information om vilka regler som gäller, utan det behöver också finnas strukturella förutsättningar i verksamheterna för att kunna arbeta säkert med läkemedel. Ansvaret är delat mellan huvudmännen, vårdgivarna, den legitimerade personalen och vård- och omsorgspersonalen.

## Nationellt stöd

Det har framkommit att det finns önskemål om en nationell utbildning i syfte att stärka kunskaperna kring hantering av läkemedel och delegering. Socialstyrelsen bedömer att det behövs en fördjupad analys av vilka former av kunskapsstödande insatser som kan ge den kommunala hälso- och sjukvården bättre förutsättningar för en säker läkemedelshantering. I analysen ingår att se över vilka stöd som redan finns samt vilka ytterligare stöd för implementering av kunskapen kring delegering och hantering av läkemedel som behövs, samt att föreslå vilken aktör som ska ta fram dessa stöd.

I analysarbetet måste också Socialstyrelsens översyn av delegeringsföreskrifter beaktas.

# Referenser

1. Socialstyrelsen. Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården – Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. 2019.
2. Inspektionen för vård och omsorg. Tillsyn av medicinsk vård och behandling. 2022.
3. Regeringen. God och nära vård: en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. 2020.
4. Socialstyrelsen. Agera för säker vård: nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. 2020.
5. Almega. Privat vårdfakta 2022.
6. Socialstyrelsen. Statistik om insatser i kommunal hälso- och sjukvård. 2022. Hämtad 2023-07-11 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/insatser-i-kommunal-halso-och-sjukvard/>.
7. Socialstyrelsen. Det statistiska registrets framställning och kvalitet. 2022. Hämtad 2023-07-11 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/kommunal-halso-och-sjukvard/framstallning-och-kvalitet/>.
8. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2023. 2023.
9. Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. 2012.
10. Socialstyrelsen. Framtagande av nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. 2020.
11. Socialstyrelsen. Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet. 2021.
12. Socialstyrelsen. Samlat stöd för patientsäkerhet. Hämtat 2023-07-11 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>.
13. Sveriges kommuner och regioner. Välfärdens kompetensförsörjning. 2023.
14. Socialstyrelsen. Framtidsscenarier för kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård. 2019.
15. Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. 2018.
16. Sveriges kommuner och regioner. Jobba säkert med läkemedel. Webb-utbildning inför delegering 2013. Hämtad 2023-07-11 från <https://www.demenscentrum.se/utbildning/webbutbildningar1/utb-lake-medel/>.
17. Sveriges kommuner och regioner. Patientsäkerhet och arbetsmiljö. 2020.
18. Sveriges kommuner och regioner. Säkerhetskulturtrappan från A till E, dialogverktyg. 2022.
19. Regeringen. Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. 2023.

20. Socialstyrelsen. Språkbedömningsstöd till verksamheter inom äldreomsorg. 2023.
21. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor. 2021.
22. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Dela på arbetet – om differentierade arbetsuppgifter inom hemtjänsten. 2023.
23. Sveriges kommuner och regioner. Digitala läkemedelsgivare i Eskilstuna ökade självständigheten och frigjorde tid. 2022.
24. Sveriges kommuner och regioner. Läkemedelsautomater, införande för kommuner. 2022.
25. Socialstyrelsen. Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet. 2021. Hämtad 2023-07-11 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/aktuellt/saker-vard--nationell-utbildning-i-patientsakerhet/>.
26. Sveriges kommuner och regioner. Analysverktyg patientsäkerhet. 2022.
27. Sveriges kommuner och regioner. Utredning av risker – handbok för metoden riskanalys. 2022.

# Bilaga 1. Urval av kommuner

*Beslutat urval, fyra kommuner som är exempel på olika kommuntyper*

De utvalda kommunerna representerar olika kommuntyper, olikheter i antal invånare, andel privata och idéburna aktörer samt andel utrikes födda.<sup>676869</sup>

**Kommun 1:** Kommunen tillhör gruppen **storstäder och storstadsnära kommuner**. Här fanns cirka 49 procent privata aktörer inom hemtjänst i ordinärt boende 2022. Idéburen vård och omsorg förekommer och andel utrikes födda är 26 procent. A1 i tabellen.

**Kommun 2:** Kommunen tillhör gruppen **mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner**. Här fanns cirka 2 procent privata aktörer inom hemtjänst i ordinärt boende 2022. Andel utrikes födda är 15 procent. C7 i tabellen.

**Kommun 3:** Kommunen tillhör gruppen **mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner**. Här fanns inga privata aktörer inom hemtjänst i ordinärt boende 2022. Andelen utrikes födda är 7 procent. C6 i tabellen.

**Kommun 4:** Kommunen tillhör gruppen **storstäder och storstadsnära kommuner**. Här fanns cirka 1% privata aktörer inom hemtjänst i ordinärt boende 2022. Idéburen vård och omsorg förekommer och andel utrikes födda är 35 procent). A1 i tabellen.

## *Kommungruppsindelning*

A. Storstäder och storstadsnära kommuner

**A1. Storstäder:** Kommuner med minst 200 000 invånare varav minst 200 000 invånare i den största tätorten.

**A2. Pendlingskommun nära storstad:** Kommuner där minst 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en storstad eller storstadsnära kommun.

B. Större städer och kommuner nära större stad

**B3. Större stad:** Kommuner med minst 50 000 invånare varav minst 40 000 invånare i den största tätorten.

**B4. Pendlingskommun nära större stad:** Kommuner där minst 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en större stad.

<sup>67</sup> SKR. Översiktstabell och lista Kommungruppsindelning 2023: <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publicationer/kommungruppsindelning2023.67834.html>. Hämtad 2023-07-10

<sup>68</sup> Utrikes födda: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/>. Hämtad 2023-07-10

<sup>69</sup> Köp av hemtjänst i ordinärt boende äldreomsorg från privata utförare, andel (%) (<https://www.kolada.se/>). Hämtad 2023-07-10

**B5. Lågpendlingskommun nära större stad:** Kommuner där mindre än 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en större stad.

C. Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner

**C6. Mindre stad/tätort:** Kommuner med minst 15 000 men mindre än 40 000 invånare i den största tätorten.

**C7. Pendlingskommun nära mindre stad/tätort:** Kommuner där minst 30 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i annan mindre ort och/eller där minst 30 procent av den sysselsatta dagbefolkningen bor i annan kommun.

**C8. Landsbygdskommun:** Kommuner med mindre än 15 000 invånare i den största tätorten, lågt pendlingsmönster (mindre än 30 procent).

**C9. Landsbygdskommun med besöksnäring:** Landsbygdskommun med minst två kriterier för besöksnäring, det vill säga antal gästnätter, omsättning inom detaljhandel/ hotell/ restaurang i förhållande till invånarantalet.

## Bilaga 2. Risker i läkemedelshantering

Användning av många läkemedel samtidigt utgör en stor riskfaktor för bland annat biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Äldre personer har ofta en omfattande läkemedelsanvändning och är därför utsatta för en högre risk. Ålder och sjukdom orsakar kroppsliga förändringar som kan påverka känsligheten och därmed effekten och omsättningen av läkemedel.

Det är viktigt att ha kunskap om riskerna med läkemedelsanvändning för att kunna förebygga läkemedelsrelaterade skador. Det förebyggande arbetet behöver både ske på en övergripande organisatorisk nivå och i det dagliga vårdnära arbetet.

### *Risker i läkemedelshantering*

Risker kan uppstå i alla delmoment i läkemedelshantering och kan bero på många olika bakomliggande orsaker. Det kan till exempel handla om

- inaktuella uppgifter i patientjournalen
- felräkning vid beredning av ett läkemedel
- förväxling av läkemedel eller val av fel läkemedel
- störningar och distraktioner vid utförandet av arbetsuppgifter
- misstag då läkemedlet ska ges till patienten, till exempel förväxling av patienter
- medicinteknik, exempelvis felhantering av tekniken
- en patient som inte får ett ordinerat läkemedel i rätt tid eller får för mycket eller för lite
- en försämring hos patienten relaterat till läkemedelsbehandling som hälso- och sjukvården missar, till exempel att biverkningar inte identifieras eller att eventuella interaktioner inte uppmärksammas
- att det saknas adekvat kompetens när läkemedlet ska ges till patienten, där till exempel delegering kan utgöra en risk
- att nödvändig information om läkemedelsbehandlingen faller bort i vårdens övergångar
- brister i kommunikationen, både mellan personal, mellan personal och patient och mellan personer inom samma vårdenheter.

### *En säker läkemedelshantering kräver kunskap och kompetens*

För att förebygga läkemedelsrelaterade skador är det viktigt att ha kunskap om läkemedel och läkemedelshantering. Det behövs både teoretiska och praktiska kunskaper om hela läkemedelsprocessen, inklusive de medicintekniska produkterna som finns i läkemedelshanteringsprocessen. Kompetensen hos hälso- och sjukvårdspersonalen är därmed grundläggande. Löpande fortbildning är nödvändig för alla som är involverade i patientens läkemedelsbehandling.

Den som i ordningställer och administrerar ett läkemedel behöver vara uppmärksam. I det ingår att göra en rimlighetsbedömning av läkemedlet och dosen. Rimlighetsbedömningen kan ses som en extra kontrollfunktion som syftar till att kunna upptäcka en eventuell feldosering i ordinationen och därigenom förhindra att patienten ges fel dos av ett läkemedel. Administrering eller överlämning av ett läkemedel ger hälso- och sjukvårdspersonalen tillfälle att bedöma patientens tillstånd.

Uppföljningen av behandlingen i form av övervakning av patienten och bedömning av effekten är central. Det är också ett tillfälle att svara på eventuella frågor som patienten har. Biverkningar måste fångas upp tidigt. Det är därför viktigt är att ha läkemedelsbiverkningar i åtanke om en patient uppger nya symtom eller hälso- och sjukvårdspersonalen observerar sådana.

En delaktig och informerad patient bidrar till en säker läkemedelsanvändning. Det är därför viktigt att patienten, och vid behov de närstående, får information om läkemedelsbehandlingen, de risker som kan uppstå och vad patienten ska vara uppmärksam på.

## Bilaga 3. Intervjuguide

### *Intervjuguide*

Positiva och negativa erfarenheter och synpunkter på delegeringsprocessen ur olika perspektiv utifrån följande kategorier:

Generell fråga till alla områden:

- Vilka är förutsättningarna för en säker läkemedelshantering där uppgifter utförs av delegerad personal?
- Förslag på åtgärder som kan minska/eliminera riskerna? (Hur kan Socialstyrelsen stödja för att begränsa riskerna?)

### *Ledning och styrning, inklusive organisation och delegering av läkemedelshantering*

Exempel på vad i ledning, styrning, organisering av delegering av läkemedelshantering som har störst betydelse för en säker delegering

Exempel på vad som tidigare kommit upp:

- system och organisation – ändamålsenlighet – förutsättningar att kunna delegera enligt kraven i föreskrifter (finns förutsättningar för delegeringsprocessen)
- överenskommelser, inklusive avtal om uppföljning av läkemedelshantering (mellan region och kommun, mellan kommun och privat eller idéburen utförare) – återkoppling från huvudmannen vid uppföljning (om aktuellt)
- omfattning av delegering – delegering som norm eller undantag
- övergripande rutiner för delegering, finns de och hur ser de ut?
- delegeringsprocessen (finns det förutsättningar för denna?)
- organisation och bemanning (inklusive kontinuitet): finns det tillgång till personal med rätt kompetens och är det kontinuitet i personalgrupperna?
- formell och reell kompetens enl. HSL (gäller även inom chefsleden då det framgått att chefer inte alltid har HSL-kompetens)
- MAS – mandat och tryck att delegera, generella delegeringar, andelen utförare inom ansvarsområdet, rutiner
- sjuksköterskan – mandat och tryck att delegera, generella delegeringar, antal delegeringar, andelen utförare inom ansvarsområdet, rutiner
- åtkomst till information (dokumentation) här avses detta som gäller åtkomst till rutiner, läkemedelslistor, ordinationslistor osv.
- uppföljning av delegeringen, och hantering av klagomål och avvikelser, ledningens och huvudmannens ansvar för att följa upp delegering.

### *Kompetens, kultur, säkerhetskultur och läkemedelshantering*

Exempel på kompetensfrågor som ni tycker har störst betydelse för en säker delegering av läkemedelshantering

*Ledningens kompetens*

- Kunskap om **verksamhetschefens** ansvar enligt HSL?



- Kunskap om delegering av läkemedelshantering?
- MAS/Sjuksköterskekompetens

#### *Baspersonalens kompetens*

- Vad är det som gör att personalen är delegeringsbar? Formell kompetens, kontinuitet i bemanning, språklig förmåga, annat?
- Tid att handleda
- Ändamålsenliga rutiner och annat lättillgängligt stöd
- Kunskapstest vid förnyelse av delegering
- Utrymme till samarbete (exempelvis team)
- Hur ser delegeringsprocessen ut i praktiken (ex. seniora medarbetare – får de nya genomgång kontinuerligt, generella delegeringar, formell, reell kompetens)
- Bemanning och kontinuitet
- Förstå delegering
- Möjlighet att neka delegering – vad händer då?
- Finns tydliga, praktiskt användbara rutiner, lätta att läsa & ta del av
- Information (inklusive dokumentation) (här är det återigen detta med olika system att dokumentera i, tillgång till aktuella läkemedelslistor och anteckningar av vikt för delegering av läkemedel)
- Avvikelsehantering och uppföljning – hur arbetar ni med det?
- Klagomål (avser i första hand hur man arbetar med inkomna klagomål på verksamheten)

#### *Samverkan och samarbete, exempelvis*

- Mellan region och kommun
- Inom verksamheten, över organisationsgränser, mellan yrkeskategorier osv.

#### *Goda exempel – framgångsfaktorer*

Berätta om egna goda exempel, alternativt ge på vad som skulle kunna leda till bättre och säkrare delegering av läkemedelshantering. Om det senare också **vem** som i så fall behöver göra något.

#### *Förslag på framtida stöd*