



Handläggare

Anna Sundin
0152-296 28

Socialnämnden

**Svar utifrån IVO beslut gällande tillsyn av medicinsk
vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. Dnr
3.5.1-47308/2022**

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att

1. anta bilagt svar till Inspektion för vård och omsorg avseende medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre, som sitt eget.

Beskrivning av ärendet

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ansvar för tillsyn över verksamheter inom hälso- och sjukvården enligt 7 kap. 1 och 3 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. I det uppdraget ingår bland annat att utöva tillsyn av medicinsk vård och behandling för äldre på särskilt boende (SÅBO).

Tillsyn har genomförts av medicinsk vård och behandling vid särskilda boende för äldre

I tillsynen har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskat följande områden:

- Individuell bedömning och kompetensnivå
- Dokumentation och personalkontinuitet
- Läkemedelshantering
- Vård i livets slutskede

IVO har granskat och genomfört dataanalyser av journaler och svar på enkäter som besvarats av sjuksköterskor. Patienter och sjuksköterskor har intervjuats och dialogmöte har skett med ledningen. Därutöver har IVO använt sig av nationella databaser.

IVO konstaterar följande brister:

- den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning,
- dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård,
- läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt,
- vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk.



IVO begär med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att nämnden redovisar:

- de förbättringsåtgärder som pågår, vidtagits eller planeras inom dessa områden för att komma till rätta med de brister som IVO konstaterat,
- uppgifter om när åtgärderna genomförts eller kommer att genomföras,
- samt hur och när effekten av planerade, pågående och vidtagna åtgärder kommer att följas upp.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast den 13 juni 2023.

I bifogat dokument "Tillsyn av medicinsk vård och behandling för särskilda boenden för äldre", redogörs begärda svar, i enhetlighet med det begärda svarsformuläret. Beslutet från IVO bifogas i sin helhet.

Ekonomiska konsekvenser för kommunen

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser för kommunen.

Övriga konsekvenser

Beslutet medför inga övriga konsekvenser.

Uppföljning

Återrapportering till socialnämnden, december 2023.

Beslutsunderlag

Svar, Tillsyn av medicinsk vård och behandling för särskilda boenden för äldre, 2023-05-04

Beslut, IVO - Beslut gällande tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre SÄBO Dnr 3.5.1-47308/2022, 2023-04-18

Beslutet skickas till

Inspektionen för vård och omsorg

Box 423

701 48 Örebro

Marjo Savelius
Socialchef

Anna Sundin
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Tillsyn av medicinsk vård och behandling för särskilda boenden för äldre

Detta formulär är utformat för vårdgivarens/huvudmannens redovisning av åtgärder med anledning av det beslut med begäran om återredovisning som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fattat i tillsynen av kommunens särskilda boenden för äldre (SÄBO). Redovisningen kommer att utgöra underlag för IVO:s fortsatta bedömning i ärendet.

IVO önskar att ni fyller i formuläret elektroniskt via bifogad länk i aktuellt mejl. Om ni väljer att lämna uppgifter i detta Wordformulär kan ni skicka det med e-post till IVO via e-postadressen: registrator@ivo.se eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer som finns på beslutet.

Vid eventuella frågor om formuläret kontakta IVO via: tillsyn.mitt@ivo.se

Hantering av personuppgifter

IVO behandlar personuppgifter såsom namn och funktion på den/de personer som är uppgiftslämnare. Uppgifterna används för att kommunicera med tillsynsobjektet och utreda ärendet. IVO behandlar även personuppgifter för att kunna fullfölja sitt ansvar att planera och genomföra tillsyn med utgångspunkt i egna riskanalyser samt för att utgöra underlag för årliga sammanställningar. Behandlingen är nödvändig som ett led i IVO:s myndighetsutövning och för att utföra en uppgift av viktigt allmänt intresse. Så här behandlar IVO personuppgifter.

Vilken kommun redovisar

Strängnäs kommun

IVO:s diarienummer i beslutet:

Dnr 3.5.1-47308/2022

Vårdgivarens/kommunens diarienummer SN/2023:67

Uppge vilka brister som kommunen kommer att redovisa åtgärder för, utifrån IVO:s beslut i tillsynen

- Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften
- Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning
- Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk
- Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård
- Läkemedelshandlingen sker inte på ett patientsäkert sätt
- Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

På följande sidor i formuläret redovisar ni åtgärder för de brister som ni kryssat för ovan. Övriga sidor som rör redovisning av ovanstående brister som ni inte kryssat för lämnas tomma. I slutet av formuläret finns frågor som IVO vill att ni fyller i som handlar om övriga eventuella brister samt signering av vem/vilka som har fyllt i formuläret.

Brist: Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

- * Den personal som är närmast patienten har inte alltid den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras.
- * Det framkommer att sjuksköterskorna ofta eller ibland saknar förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när det skulle behövas för att uppnå god vård.
- * Tillgången till läkare är ofta eller ibland otillräcklig.

Hur stor andel av vård- och omsorgspersonalen på SÄBO i er kommun hade en undersköterskeutbildning under 2022?

- 0-25 procent
- 26-50 procent
- 51-75 procent 59 %
- 76-100 procent
- Kan ej ta fram detta underlag

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

1. Tre legitimerade vårdledare har anställts i syfte att stödja ansvariga sjuksköterskor i det vardagliga arbetet och skapa kontinuitet. Men även med syfte att skapa en bättre och enhetlig introduktion som trygghet för nyanställda sjuksköterskor. Deras uppdrag innefattar bland annat att implementera och koordinera likvärdiga personcentrerade arbetssätt och metoder för sjuksköterskornas möjlighet att säkra den medicinska kompetensen. Förhoppningen är även att skapa en hållbar arbetsmiljö och vara en attraktiv arbetsgivare där människor vill stanna eller komma tillbaka till arbetsplatsen. Utifrån detta möjliggöra en ökad kontinuitet, delaktighet och utveckla den personcentrerade vården för patienterna.
2. SBAR med utökat rapporteringsstöd är utskickat och kommunicerat till alla särskilda boenden.
3. Under april månad erbjöds vård- och omsorgspersonal delegeringsutbildning i grupp för de som redan har en befintlig delegering, detta med syfte att bibehålla och utöka kompetensen i området. I maj och juni är tre tillfällen inplanerade för nyanställda och vikarier som inte tidigare haft delegering. Nytt är att både repetitionsutbildningen och utbildningen för ny delegering utförs fysiskt på plats med ett standardiserat utbildningsmaterial för att säkerställa kvaliteten och att personen tar till sig utbildningen. Bakgrunden till detta är att man tidigare genomfört digital utbildning individuellt inklusive ett kunskapsprov, men det har funnits tveksamhet i följsamheten till upplägget. Vi ser även att detta är ett tillfälle att pröva om personerna har tillräckliga språkkunskaper för att kunna hantera en medicinsk delegering.
4. Under våren år 2023 har en nystart skett gällande teamsamverkan. En ny rutin har tagits fram som innefattar både vård och omsorg samt hälso- och sjukvård. Syftet med att få detta att fungera bättre är att i teamsamverkan ska alla parter kunna bidra med sin unika kompetens för att säkerställa att patienten erbjuds rätt insatser utifrån en helhetsbild.

5. En förstudie med pilotprojekt för differentiering av arbetsuppgifter inom vård- och omsorg har påbörjats på ett särskilt boende under april månad. Ett av målen med projektet är att tydliggöra och stärka undersköterskans roll i det nära omvårdnadsarbetet för en ökad kvalitet. Med detta förväntas undersköterskan möjligheter till att utveckla trygghet och kompetens öka för att kunna göra bättre bedömningar kring i vilka situationer sjuksköterska bör/ska kontaktas. Detta stärker även samarbetet mellan undersköterskor och sjuksköterskor samt ökar tilliten till att personal har kompetens att göra rätt bedömningar.
6. Information till verksamhetschefer för vårdcentraler om den upplevda variationen kring läkartillgång på särskilt boende.
7. Det finns brist i kompetens samt hög personalomsättning hos omsorgspersonal inom vård och omsorg. Detta innebär att legitimerad personal inte kan delegera hälso- och sjukvård i den utsträckning som är möjlig, utan sjuksköterskor utför enklare hälso- och sjukvårdsinsatser. Utifrån ovanstående bakgrund behöver nya arbetsformer utvecklas för att stärka patientsäkerheten. Genom att bilda team bestående av undersköterskor som arbetar nära sjuksköterskorna, fysioterapeuterna samt arbetsterapeuterna, med placering i hälso- och sjukvården, avlastas legitimerad personal av de arbetsuppgifter som en undersköterska kan utföra med delegering. Syftet är att öka patientsäkerhet och stärka samverkan utifrån patienternas behov. Undersköterskorna kommer även avlasta vård- och omsorgsverksamheterna samt vara ett lärandestöd för personal inom vård och omsorg. Satsningen är en del av omställningen till nära vård.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Vårdledarna påbörjar sin anställning under maj år 2023.
2. SBAR med utökat rapporteringsstöd hösten år 2022.
3. Delegeringsutbildningarna påbörjas under april, maj och juni år 2023 (kommer fortgå fortsättningsvis).
4. Rutinen för teamsamverkan prövas under våren år 2023.
5. Förstudien med lösningsförslag beräknas vara klar hösten 2023.
6. Informationen tas upp på samverkansmöte våren år 2023.
7. Förslaget med undersköterskor anställda i hälso- och sjukvården tillkom hösten/vintern år 2021. Sex undersköterskor anställdes i augusti år 2022, samtliga har högre medicinsk kompetens än genomsnittliga undersköterskor anställda i kommunen.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

1. Arbetet med vårdledare följs upp i hälso- och sjukvårdens arbetsplan vid årets slut. Rollen utvecklas genom att skapa en arbetsbeskrivning som utgår från de områden där det krävs en sammanhållen funktion. Uppföljningsparametrar följs även i verksamhetens arbetsplan utifrån områden där implementering och följsamhet av rutiner och anvisningar ska ske där vårdledarna har en central roll.
2. SBAR med utökat rapporteringsstöd: Uppföljning sker kontinuerligt på till exempel sjuksköterskemöten och arbetsplatsträffar i verksamheterna med en stående punkt för kommunikation och samverkan. Beroende på uppföljningsresultatet kan det bli aktuellt med en digital fortsättning.
3. Delegering: Uppföljning sker genom nyckeltal på antal individer som genomfört delegeringsutbildningen, både för de som redan har en befintlig delegering samt för nyanställda och vikarier. Alla förväntas genomföra ett kunskapstest i anslutning till utbildningen. Kunskaper förväntas öka hos alla deltagare som genomför utbildningen. Redovisning kommer att ske årsvis i hälso- och sjukvårdens arbetsplan med antal deltagare under året.
4. Insatsen med teamsamverkan följs upp av enhetschefer i verksamheternas arbetsplaner, detta görs 2 ggr/ år.
5. Nya arbetssätt och nya arbetsroller prövas under förstudien. Under senhösten år 2023 ska effekterna av detta följas upp.
6. Uppföljning på samverkansmöte hösten år 2023.
7. Effekten av att anställa undersköterskor i hälso- och sjukvården följs upp i verksamhetens arbetsplaner samt i lokalt samverkansforum.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

1. Kvalitetssäkra kompetens för nya medarbetare som inte är utbildade inom vård och omsorg med stöd av Socialstyrelsens introduktionsutbildning.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

1. Start planeras till hösten år 2023, inledningsvis för alla nya vikarier inom bemanningsenheten.

Redovisa hur och när effekter av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

1. Bemanningenheten ansvarar för att följa upp antal medarbetare som genomfört utbildningen. Uppföljningen genomförs våren år 2024.

Brist: Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

** IVO konstaterar att en del av kompetensbristen handlar om att personalen har otillräckliga kunskaper i svenska språket.*

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

1. SBAR med utökat rapporteringsstöd: Uppföljning sker kontinuerligt på till exempel sjuksköterskemöten och arbetsplatsträffar i verksamheterna med en stående punkt för kommunikation och samverkan. Beroende på uppföljningsresultatet kan det bli aktuellt med en digital fortsättning.
2. Utbildat språkombud via vård- och omsorgscollege genom äldreomsorgslyftet. Både vård- och omsorgspersonal samt vissa enhetschefer har genomgått utbildningen.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. SBAR med utökat rapporteringsstöd hösten år 2022.
2. Språkombuden har via äldreomsorgslyftet utbildats kontinuerligt under senaste åren med start år 2019.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

1. SBAR med utökat rapporteringsstöd: Uppföljning sker kontinuerligt på till exempel sjuksköterskemöten och arbetsplatsträffar i verksamheterna med en stående punkt för kommunikation och samverkan. Beroende på uppföljningsresultatet kan det bli aktuellt med en digital fortsättning.
2. Handlingsplanen för språkombuden kommer följas upp under våren år 2024.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

1. Planeras att handledarutbildning i introduktion/ arbetsplatsförlagd lärande (APL) för vård- och omsorgspersonal ska kombineras med språkambudsutbildning. Dvs. en kombinerad utbildning som resulterar i att personen blir både handledare och språkambud. Detta är ett gemensamt arbete tillsammans med vård- och omsorgscollege.
2. Se över möjligheter med att införa kravställning med språktest inför rekrytering utifrån Socialstyrelsen stödmaterial kring **språkförmåga** i äldreomsorgen.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

1. Troligtvis start under hösten år 2023, sker i samverkan med vård- och omsorgscollege.
2. Hösten år 2023/ vår år 2024.

Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

1. Uppföljning sker kontinuerligt mellan verksamheterna och vård- och omsorgscollege.
2. Svårt att i dagsläget beskriva hur vi ska följa upp effekter när vi i dagsläget inte vet vad resultatet blir av utredningen kring implementering av stödmaterial leder till.

Brist: Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i kommunen inte sker enligt gällande regelverk.

* IVO konstaterar att det för några, flera eller flertalet patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner.

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

1. Redan befintliga kvalitetsarbetsgrupper har fått i uppdrag att arbeta med frastexter i syfte att möjliggöra enhetlig dokumentation.
2. Varje ansvarig sjuksköterska har fått i uppdrag att regelbundet se över befintliga vårdprocesser för att uppdatera eller avsluta inaktuella vårdprocesser, med syfte att förbättra överskådligheten för legitimerade och vård- och omsorgspersonal. Vårdprocesser motsvara ordet vårdplaner i verksamhetssystemet. Ordet vårdplaner används inte i verksamhetssystemet efter versionsbyte år 2019/2020.
3. Möte med dokumentationsombud inom vård och omsorg, i syfte att utbilda i hälso- och sjukvårdsdokumentation; när, hur och var dokumentation ska ske.
4. Arbete har påbörjats med att se över läsbehörigheter för legitimerad personal. I det arbetet ingår att se över behörigheter till social journal för att skapa samma standard för alla och som ger tillgång till behövlig dokumentation.
5. I länet pågår det ett övergripande arbete med syfte att förbättra samverkan mellan region och kommun. Arbetet omfattar förtydligande av läkaravtal, gemensamma arbetssätt kring hälso- och sjukvård i hemmet samt effektivare arbetssätt vid utskrivning. I arbetet ingår att ge bättre förutsättningar för att relevant information ska överföras från regionen till kommunen. Uppdateringen av gemensamma arbetssätt sker för att stärka inriktningen mot en nära och personcentrerad vård och omsorg.
6. Under år 2022 togs en broschyr fram med hjälp av tjänstedesign som dels ska användas som patientinformation om den kommunala hälso- och sjukvården men även främja arbetssätt utifrån personcentrerad vård. En del i arbetssättet är att främja egenvård samt skapa en grund till patients hälsoplan.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Arbetsgrupperna som arbetar med frastexter påbörjade sitt arbete januari år 2023.
2. Arbetet med att se över vårdprocesserna påbörjades april år 2023.
3. Utbildning med dokumentationsombud genomfördes i april år 2023.
4. Den delen av arbetet som gäller läsbehörigheter till social journal har börjats då sjuksköterskorna inventerar behovet av åtkomst till olika journaluppgifter.
5. Det färdiga arbetet presenteras för länsstyrelsen (länsstyrelsen är länsstyrelsens beslutande organ), i juni år 2023. Under förutsättning att beslut tas, sker implementering hösten år 2023.
6. Broschyren togs fram under våren år 2022, testades under hösten och har nu justerats för att börja med en nystart och implementering under år 2023.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

1. I november år 2023 planerar verksamheten att genomföra kollegial journalgranskning (i samverkan med vård- och omsorgspersonal), där man i dokumentationen tittar på bland annat användandet av frastexter, aktuella/ uppdaterade vårdprocesser, dokumenterade läkemedelsgenomgångar och i verksamhetssystemet fördelade/läsbara vårdåtgärder till vård- och omsorgspersonal. Uppföljningen ingår i hälso- och sjukvårdens arbetsplaner för år 2023.
2. Se ovan åtgärd.
3. Möte med dokumentationsombuden är inplanerade hösten år 2023. Uppföljningssamtal sker då för att utvärdera utskickade stödmallar och se över ytterligare förbättringsområden
4. Utifrån beslut kring läsbarheter kommer ämnet följas upp på professionsmöte som punkt under kommunikation och samverkan löpande för att utvärdera om behovet ändras.
5. Antal avvikelser gällande informations- och dokumentationsbrister mellan kommun och region kommer att följas i syfte att se en förväntad minskning av antalet efter implementeringen.
6. I slutet av år 2023 följs implementeringen upp via diskussion på professionsmöte samt via verksamhetens arbetsplan.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

1. KVÅ för enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång finns i verksamhetssystemet, men det saknas frastexter som stödjer arbetssätt och enhetlig dokumentation. Arbetsgrupp skapas i syfte att förtydliga processen läkemedelsgenomgång.
2. Socialstyrelsens utbildning i att dokumentera enligt KVÅ/ICF ska genomföras av all hälso- och sjukvårdspersonal.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

1. Arbetet med dokumentation i ämnet läkemedelsgenomgång görs hösten 2023.
2. Under hösten år 2023 ska all hälso- och sjukvårdspersonal ha genomfört dokumentationsutbildningen.

Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

1. Uppföljning av arbete med dokumentation gällande läkemedelsgenomgång görs genom uppföljning av KVÄ i verksamhetssystemets statistikmodul samt "vården i siffror".
2. Enhetschef säkerställer att all personal har gått utbildningen i slutet av år 2023.

Brist: Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland exempelvis vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och/eller läkare.

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

1. För att öka personalkontinuitet gällande sjuksköterskor har det skapats geografiska teamområden för att minska antalet personer som patienterna möter.
2. Tre legitimerade vårdledare har anställts i syfte att stödja ansvariga sjuksköterskor i det vardagliga arbetet och skapa kontinuitet. Men även med syfte att skapa en bättre och enhetlig introduktion som trygghet för nyanställda sjuksköterskor. Deras uppdrag innefattar bland annat att implementera och koordinera likvärdiga personcentrerade arbetssätt och metoder för sjuksköterskorna. Förhoppningen är även att skapa en hållbar arbetsmiljö och vara en attraktiv arbetsgivare där människor vill stanna eller komma tillbaka till arbetsplatsen. Utifrån detta möjliggöra en ökad kontinuitet, delaktighet och utveckla den personcentrerade vården för patienterna.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Arbetet utifrån de geografiska teamområdena för att främja personalkontinuiteten infördes år 2022.
2. Vårdledarna påbörjar sin anställning under maj år 2023.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

1. Uppföljning sker kring personalkontinuiteten kontinuerligt utifrån den bemanningsstruktur vi satt som grund för de tre olika teamens områden. Ingår i den dagliga planeringen av verksamheten.
2. Arbetet med vårdledare följs upp i hälso- och sjukvårdens arbetsplan vid årets slut. Rollen utvecklas genom att skapa en arbetsbeskrivning som utgår från de områden där det krävs en sammanhållen funktion. Uppföljningsparametrar följs även i verksamhetens arbetsplan utifrån områden där implementering och följsamhet av rutiner och anvisningar ska ske där vårdledarna har en central roll.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

1. Se över vikarietillsättningen för att ersätta korttidsfrånvaro av vård- och omsorgspersonal, att vikarier endast är introducerade och riktade mot ett fåtal enheter. Genomlysnuvarande arbetssätt med bemanningsenheten.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

1. Hösten år 2023.

Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

1. Svaret på genomlysningen visar vilka åtgärder som behöver planeras framöver.

Brist: Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

** IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i kommunen inte sker på ett patientsäkert sätt.*

Delegering:

** IVO anser att det saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som har delegerats arbetsuppgiften att ge läkemedel att utföra denna uppgift på ett patientsäkert sätt.*

Läkemedelsgenomgång:

** IVO konstaterar att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.*

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

1. Under april månad erbjöds vård- och omsorgspersonal delegeringsutbildning i grupp för de som redan har en befintlig delegering, detta med syfte att bibehålla och utöka kompetensen i området. I maj och juni är tre tillfällen inplanerade för nyanställda och vikarier som inte tidigare haft delegering. Nytt är att både repetitionsutbildningen och utbildningen för ny delegering utförs fysiskt på plats med ett standardiserat utbildningsmaterial för att säkerställa kvaliteten och att personen tar till sig utbildningen. Bakgrunden till detta är att man tidigare genomfört digital utbildning individuellt inklusive ett kunskapsprov, men det har funnits tveksamhet i följsamheten till upplägget. Vi ser även att detta är ett tillfälle att pröva om personerna har tillräckliga språkkunskaper för att kunna hantera en medicinsk delegering.

Som svar på IVO:s fråga om redovisning av hur nämnden följer upp att läkemedelshanteringen är patientsäker:

- Uppföljning följsamhet utförda ordinationer
- Antal av regionen genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar
- Aktuella rutiner för läkemedelshantering
- Extern kvalitetsgranskning av all läkemedelshantering
- Den utökade kontrollen av misstänkt svinn av narkotiska läkemedel

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Utbildningarna påbörjas i april, maj och juni år 2023 (kommer fortgå fortsättningsvis)

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

1. Delegering: Uppföljning sker genom nyckeltal på antal individer som genomfört delegeringsutbildningen, både för de som redan har en befintlig delegering samt för nyanställda och vikarier. Alla förväntas genomföra ett kunskapstest i anslutning till utbildningen. Kunskaper förväntas öka hos alla deltagare som genomför utbildningen. Redovisning kommer att ske årsvis i hälso- och sjukvårdens arbetsplan med antal deltagare under året.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

1. KVÅ för enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång finns i verksamhetssystemet, men det saknas frastexter som stödjer arbetssätt och enhetlig dokumentation. Arbetsgrupp skapas i syfte att förtydliga processen läkemedelsgenomgång.
2. I samverkansforum mellan verksamhetschefer i kommun och på vårdcentraler lyfta behovet av likvärdigt arbetssätt kring läkemedelsgenomgångar för att främja den jämlika vården på våra särskilda boendeenheter.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

1. Arbetet med läkemedelsgenomgång görs hösten 2023.
2. Våren år 2023.

Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

1. Uppföljning av arbete med läkemedelsgenomgång görs genom uppföljning av KVA i verksamhetssystemets statistikmodul samt "Vården i siffror".
2. Utvärdering av jämlika läkemedelsgenomgångar sker i dialog i samband med uppföljning av lokalt läkaravtal i februari år 2024.

Brist: Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* Patienter ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede.

* Patienter i livets slutskede ska inte behöva avlida i ensamhet.

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

1. Ett arbete har påbörjats i kvalitetsgrupp för palliativ vård tillsammans med MAS och verksamhetsutvecklare hälso- och sjukvård, med syfte att utveckla dokumentationen kring **brytpunktsamtal** och skapa enhetliga frastexter. I arbetet ingår även att säkerställa att all berörd personal får ta del av det som beslutats i brytpunktssamtalet. Nästa steg blir att implementera arbetssättet.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Gruppens arbete har påbörjats under våren år 2023.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

1. Statistik i verksamhetssystemet utifrån KVÅ brytpunktssamtal samt att åtgärderna fördelats till vård och omsorgspersonal så att alla har samma information. Detta planeras följas upp i december år 2023.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

1. Informera och påminna sjuksköterskor om vikten av att på nytt ta kontakt med läkare i de fall det sedan tidigare finns ordinerade vid behovs läkemedel för palliativ vård för ett nytt ställningstagande. Ledning tar även upp ämnet med ansvariga verksamhetschefer på vårdcentralerna.
2. Information/ diskussion med vårdcentralernas verksamhetschefer för att tydliggöra samverkan kring brytpunktssamtal och se över våra gemensamma rutiner.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

1. Planeras under Maj år 2023.
2. Planeras in i Maj år 2023.

Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

1. Dialog med vårdcentraler och sjuksköterskor om hur arbetssättet fungerar, planeras in i höst år 2023.
2. Se ovan åtgärd.

Övriga identifierade brister

Har kommunen identifierat andra brister inom de områden som ingått i tillsynen som ni vill redovisa?

- Ja
 Nej (om nej hoppa till sista sidan för signering)

Redovisa vilka brister ni identifierat

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda

Kontrollera att alla redovisade uppgifter är korrekta och att inget saknas. Skicka sedan svaren till registrator@ivo.se eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer som anges på beslutet.

Glöm inte att fylla i namn och funktion på uppgiftslämnaren nedan.

Namn och funktion på uppgiftslämnare

Anna Sundin, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Datum för inrapportering

2023-05-31

Strängnäs kommun
Socialnämnden
645 80 STRÄNGNÄS

Vårdgivare och huvudman

Strängnäs kommun

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av Socialnämnden i Strängnäs kommun (nämnden).

I tillsynen har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskat följande områden:

- Individuell bedömning och kompetensnivå
- Dokumentation och personalkontinuitet
- Läkemedelshantering
- Vård i livets slutskede

Beslut

IVO konstaterar följande brister:

- den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning.
- dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård.
- läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt.
- vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk.

IVO begär med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att nämnden redovisar:

- de förbättringsåtgärder som pågår, vidtagits eller planeras inom dessa områden för att komma till rätta med de brister som IVO konstaterat,
- uppgifter om när åtgärderna genomförts eller kommer att genomföras,
- samt hur och när effekten av planerade, pågående och vidtagna åtgärder kommer att följas upp.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast **den 13 juni 2023**.

Om bristerna inte avhjälpas eller om begärd redovisning inte kommer in inom angiven tid kan IVO komma att fatta beslut om föreläggande med eller utan vite.

Skälen för beslutet

Nedan kommer IVO under varje bristpunkt att redovisa myndighetens bedömning av den medicinska vården och behandlingen på SÄBO i Strängnäs kommun.

Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning

IVO:s tillsyn visar att den personal som gör individuella medicinska bedömningar på SÄBO i Strängnäs kommun inte har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och inte behärskar det svenska språket i tillräcklig omfattning. IVO bedömer att den bristande kompetensnivån och bristerna i svenska språket utgör en patientsäkerhetsrisk och medför att kommunen inte säkerställer att kraven på en god vård uppfylls.

IVO konstaterar vidare att många livsavgörande bedömningar av patienter på SÄBO görs av den personal som har den lägsta utbildningsnivån.

Bristerna innebär att den personal som är närmast patienten inte alltid har den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras. I SÄBO har många patienter allvarliga sjukdomar eller befinner sig i livets slutskede, och det är då viktigt att vård- och omsorgspersonalen t.ex. förstår vilka symtom de ska vara uppmärksamma på för att tillkalla sjuksköterska.

IVO konstaterar att en del av kompetensbristen handlar om att vård- och omsorgspersonal har otillräckliga kunskaper i svenska språket. Språkkunskaper och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt är en förutsättning för patientsäkerheten. Det finns också en risk att information mellan olika yrkeskategorier missuppfattas eller förvanskas. Detta är förstås särskilt allvarligt när det gäller personal med delegering att ge läkemedel till patienter.

IVO vill påtala att det är den enskilda arbetsgivaren som måste ställa krav vid rekrytering utifrån verksamhetens behov av kvalitet och kompetens.

IVO konstaterar av underlaget att tillgång till läkare och läkarkonsultation varierar mellan SÄBO. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. IVO påtalar att om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

IVO kan konstatera att det pågår ett förbättringsarbete i Strängnäs kommun inom området kompetens för arbetsuppgifterna och kompetens i svenska språket. Vid dialogmötet med ledningen framkom att kommunen nyligen infört ett nytt arbetssätt avseende introduktionen där bemanningsenheten deltar för att skapa bättre/längre introduktion. Det utförs även en översyn av om yrkesrollen ska differentieras vilket innebär att viss personal ska arbeta med serviceinsatser medan andra med omvårdnadsinsatser. Gällande

kompetens- och språkbrister pågår även Äldreomsorgslyftet och det tas fram individuella utbildningar vid behov för enskilda individer. Ett rapporteringsstöd för vård- och omsorgspersonalen, som baseras på visuella bilder och kommunikationsmodellen SBAR, är infört och nu inväntas en app för digitalt material.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Strängnäs	Södermanland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad	21%	27%	34%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	25%	34%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	21%	29%	42%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	25%	38%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	96%	98%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	63%	63%	63%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervjun med representanter för kommunens sjuksköterskor framkom att vård- och omsorgspersonalens kompetens varierar. Det finns exempelvis personal som arbetat länge som inte har kompetens att uppmärksamma om det sker förändringar i patientens hälso- och sjukdomstillstånd. Sjuksköterskorna uppgav som ett exempel på detta en händelse där vård- och omsorgspersonal varit på väg att ge insulin till en patient med lågt blodsocker. Brister i vård- och omsorgspersonalens kompetens i svenska språket kan även leda till missförstånd och oklarheter. Enligt sjuksköterskorna är det särskilt vid telefonkommunikation som språkbrister upplevs som ett problem och det har hänt att en annan personal med bättre kunskap i det svenska språket har fått ta vid och hjälpa till i

samtalet. Sjuksköterskorna beskrev att de ibland besöker patienten själva och gör en egen bedömning eftersom de inte förstår vad vård- och omsorgspersonalen säger. Det finns även tillfällen när det inte fungerar med kommunikation på plats och då har vård- och omsorgspersonalen visuellt fått visa vad de menar. Vård- och omsorgspersonalen kontaktar oftast sjuksköterskan när det finns behov och det finns en rutin som stöd för hur det ska utföras. Det har dock hänt att vård- och omsorgspersonalen inte tagit kontakt med sjuksköterskorna när en kontakt borde ha tagits som exempelvis vid problem med kateter, när en patient ramlat eller att patienten inte har ätit. Det är både utbildad och icke utbildad personal som inte tar kontakt i dessa situationer.

Sjuksköterskorna framförde att de har möjlighet att besöka patienterna för att bedöma hälsotillståndet om de anser att det finns behov av det. De gör alltid en bedömning och prioritering av hur snabbt de behöver träffa patienten och upplever inte att det är problematiskt att ta sig an akuta situationer. På natten ingår hemsjukvård och vård inom LSS förutom SÄBO i sjuksköterskornas ansvarsområde.

Vidare framförde sjuksköterskorna att de alltid har tillgång till läkare när de anser att det finns behov av det. Ibland kan det vara en jourläkare som är tillgänglig istället för den ordinarie läkaren under dagtid. Det skiljer sig dock åt hur flexibla läkarna är att komma ut på besök till boendena. På ett boende besöker endast läkaren boendet under de ordinarie läkartiderna och hänvisar till akuten övrig tid medan andra läkare besöker boendet även utanför förbestämda tider.

Patienter

Enligt patienterna får de vid behov alltid/oftast hjälp av vård- och omsorgspersonalen samt sjuksköterska. En patient berättade att om den vill träffa en sjuksköterska förmedlar vård- och omsorgspersonalen kontakt alternativt ringer patienten själv. En patient vet inte vem som är läkare för boendet och en annan har träffat läkaren vid mer än ett tillfälle och även fått en uppföljning.

När det gäller kompetens i svenska språket så varierar det för hur ofta patienterna upplever att det brister. Det kan ske alltid, oftast och ibland och de kan behöva repetera för att de ska förstå eller förstås. Konsekvensen kan enligt en patient bli att den låter bli att förklara mer om det brister i förståelse åt båda håll vid kommunikationen.

Ledning

Vid samtal med representanter för kommunens ledning framkom att de är medvetna om att det finns brister gällande vård- och omsorgspersonalens kompetens och språkkunskaper. Ledningen uppgav att de arbetar med åtgärder för att hitta lösningar, bl.a. med Äldreomsorgslyftet som innebär att personal erbjuds utbildning till undersköterska. Ledningen uppgav att de samarbetar med vård- och omsorgscollegor och med Komvux. De kan få skräddarsydda utbildningar vid behov för enskilda individer. Det finns språkbud på arbetsplatserna och ambitionen är att det ska finnas på varje boende. Vid anställning är ett av kriterierna att medarbetaren behärskar svenska språket både muntligt och skriftligt.

Ledningen uppgav att det finns personal som har god baskunskap gällande språket men att det brister gällande t.ex. att läsa och skriva medicinska texter. Vidare beskrev ledningen att språkproblem bidrar till att försvåra för sjuksköterskor att delegera uppgifter till vård- och omsorgspersonalen.

Ledningen anpassar även introduktionen för nya medarbetare (vård- och omsorgspersonal) då det framkommit att tre dagars introduktion inte är tillräcklig för all ny personal. Det genomfördes en utvärdering efter sommaren 2022 då det blev väldigt tydligt att introduktionen var bristfällig. Utifrån det pågår nu ett arbete, där även bemanningsenheten deltar, för att skapa en bättre introduktion. De gör även en översyn av om yrkesrollen ska differentieras, vilket innebär att viss vård- och omsorgspersonal arbetar med serviceinsatser medan andra arbetar med omvårdnadsinsatser. Det finns ett uppdrag för ett SÄBO att vara pilot för projektet differentierad yrkesroll under sommaren 2023. Enligt enhetschefen för hälso- och sjukvården har tre sjuksköterskor anställts som ska vara vårdledare och som kommer att påbörja sitt uppdrag i maj. De ska ha ett driftsansvar i sitt team och enligt ledningen är förhoppningen att det ska skapa en bättre trygghet för sjuksköterskorna och då särskilt för de som kommer som nya.

Ledningen framförde att det finns rutiner för hur vård- och omsorgspersonalen ska kontakta sjuksköterska. Vidare beskrev ledningen att de arbetar med ett rapporteringsstöd som baseras på visuella bilder och kommunikationsmodellen SBAR. Materialet är infört och nu inväntas en app för digitalt material.

Ledningen beskrev att de uppmärksammat att det varierar mellan sjuksköterskorna hur de tolkar hur läkartiden ska användas. Några sjuksköterskor kan enligt ledningen tolka läkartiden som att läkaren ska vara på boendet trots att det i den tiden ingår administration som läkaren utför på vårdcentralen. Ledningen har under föregående år haft en dialog med sjuksköterskorna om detta och framför att informationen måste framföras även till nyanställda sjuksköterskor.

Ledningen genomför inga kontroller av hur många patienter som får läkarkonsultation men däremot ligger det enligt MAS inom sjuksköterskornas ansvarsområde att uppmärksamma vilka patienter som är i behov av läkarkonsultation och att den genomförs. Enligt ledningen har sjuksköterskorna god kontakt med läkarna på vårdcentralerna och det är sjuksköterskorna som initierar läkarkontakt. Läkaren träffar inte en patient om det inte finns ett behov.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Den ska även bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och

sjukvårdspersonalen. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet.

Enligt 6 kap. 1 § PL ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Av 3 kap. 3 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL, framgår att för utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, framgår bland annat att personal som arbetar på SÄBO minst bör ha:

- kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre personer och hur dessa påverkar behovet av vård och omsorg.
- förmåga att bedöma när någon annan kompetens än den egna behövs.
- förmåga att kommunicera med personer ur olika yrkesgrupper.
- förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska.

Av 16 kap. 1 § HSL framgår bl.a. att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs till kommunen för att de ska kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård. Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om regionerna inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från regionen.

Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård

IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i Strängnäs kommun inte sker enligt gällande regelverk och att det till viss del inte finns en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård.

IVO konstaterar utifrån resultatet av journalgranskningen att det för drygt hälften av patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner. Vid intervjun med sjuksköterskorna framkom

dock att vårdplaner/processer upprättas för de flesta patienter. IVO bedömer dock, utifrån uppgifterna som framkom vid inspektionen att dokumentationen utgör en patientsäkerhetsrisk då det saknas ett enhetligt sätt att dokumentera. Vårdplanerna/processerna dokumenteras olika och journalerna upplevs som svåröverskådliga. Vid intervjun med sjuksköterskorna framkom bl.a. att det finns standardiserade sökord och standardtexter i journalsystemet men att de inte används på ett enhetligt sätt. Vidare upplever sjuksköterskor att det kan finnas för många vårdplaner och att inte inaktuella tas bort.

IVO konstaterar även att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till dokumentationsbrister som påverkar patienter i hög grad eller måttlig grad. En relevant och aktuell dokumentation är av stor betydelse för att bidra till en god och säker vård av patienten. Ju fler som är involverade i patientens vård och behandling desto viktigare är det att det finns en tydlig dokumentation som innehåller en planering för vård och behandling. IVO anser också att den som arbetar patientnära ska ha tillgång till den information som krävs för en god och säker vård.

IVO anser att patienter på SÄBO ska ha vårdplaner som utgår från deras aktuella tillstånd och behov. En förutsättning för god och säker vård är att information finns tillgänglig för den vård- och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsinsatserna. I vårdplanen ska behovet av vård och behandling för patienten på kort och lång sikt beskrivas och det ska anges vem av huvudmännen (i de fall det är nödvändigt) som ska vidta åtgärderna och vem som har det övergripande ansvaret för planen. IVO är medveten om att vårdplaner kan vara dokumenterade i andra journaler än de kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler som granskats. Sjuksköterskorna uppger att de inte alltid har tillräcklig information, vilket innebär risker för patientsäkerheten eftersom insatser riskerar att försenas eller inte kunna utföras. Kommunen behöver därför vidta åtgärder för att i samråd med regionen se till att sjuksköterskorna får kännedom om all relevant patientinformation oavsett på vilket sätt detta sker.

IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland vård- och omsorgspersonal, vilket inte främjar god vård. Att ständigt möta nya vårdkontakter kan skapa otrygghet, leda till bristfällig vård och medföra ökade risker för patienten. IVO menar att bristande personalkontinuitet, med personal som inte sedan tidigare känner patienten, i kombination med bristande dokumentation utgör en riskfaktor för patientsäkerheten. Om det saknas en tydlig dokumentation och planering för patienten finns risk för att rätt åtgärder inte vidtas om patienten blir försämrad. Det kan leda till att patienten drabbas av onödig inläggning på sjukhus alternativt inte får tillgång till nödvändig sjukhusvård. Detta riskerar att ske i större utsträckning när det är många olika sjuksköterskor inblandade i patientens vård och behandling.

IVO kan konstatera att det pågår ett förbättringsarbete i Strängnäs kommun inom området dokumentation. Vid dialogmötet med ledningen framkom att kommunen identifierat dokumentationen som ett riskområde och har kartlagt vad som behöver dokumenteras och hur dokumentationen ska utföras.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Strängnäs	Södermanland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	51%	41%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	53%	43%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	100%	63%	63%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	67%	72%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	27%	29%	26%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervjun med sjuksköterskorna framkom att de upplever att kontinuiteten för sjuksköterskor på SÄBO är bra under alla skift. Det är bemannat med minst en ordinarie sjuksköterska på varje SÄBO. På kvällstid är det två sjuksköterskor i tjänst som åker ut vid akuta behov varav en är ordinarie och ibland en sjuksköterska från bemanningsföretag. Sjuksköterskorna delar upp boendena mellan sig för att besöka samma boende. Det finns en fördelning av områdena i geografiska team, hjul 1 och 2, för att skapa kontinuitet för sjuksköterskor och patienter. Vidare framkom att kontinuiteten för läkare är bra under dagtid. Det finns fyra vårdcentraler där det finns läkare som är knutna till SÄBO. Avseende kontinuiteten för vård- och omsorgspersonalen upplever sjuksköterskorna den som varken bra eller dålig. Enligt sjuksköterskorna har det blivit sämre kontinuitet sedan det skapades en bemanningsenhet. Några boenden har en personalgrupp som arbetar på boendets alla avdelningar medan andra har arbetsgrupper på varje avdelning med några få "springare" som jobbar på olika avdelningar. En av sjuksköterskorna uppgav att det inte är en stabil personalgrupp på ett SÄBO då många har slutat och vid ett annat SÄBO uppgavs det vara stabilt med personal som jobbat länge.

Sjuksköterskorna uppgav vid intervjun att de har tillgång till de journaler de har behov av men det skiljer mellan sjuksköterskornas behörighet. Några sjuksköterskor har tillgång till dokumentationen i socialtjänstjournalen. Vård- och omsorgspersonalen ska dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournalens process men ibland utförs inte det, vilket sjuksköterskorna ser som en risk. Det händer att informationen dokumenteras i socialtjänstjournalen istället. En sjuksköterska brukar be vård- och omsorgspersonalen att skicka ett meddelande om de

har skrivit i processen. Sjuksköterskorna har tillgång till nationell patient översikt (NPÖ) där de kan läsa anteckningar från slutenvården. Det kan dock vara en fördröjning i systemet och ta för många dagar innan allt kan läsas och det upplever sjuksköterskorna som bristfälligt. De kan heller inte läsa allt som t.ex. röntgensvar.

Det framkom att journalsystemet upplevs lite svårarbetat p.g.a. att sjuksköterskorna inte dokumenterar enhetligt. Allt finns alltid i journalen men sjuksköterskorna gör olika för att få dokumentationen samlad på rätt plats. Sjuksköterskorna uppgav att de tänker olika avseende hur de ska dokumentera. Det framkom att då det tar tid att skapa en process förekommer det att det inte alltid genomförs, vilket av sjuksköterskorna ses som en brist. Sjuksköterskorna uppgav att det tar tid att ta fram information snabbt om det inte har skapats en vårdprocess för ett hälsotillstånd. Det kan enligt sjuksköterskorna finnas för många processer för en patient och det är viktigt att rensa bland processer som är avslutade. Om sjuksköterskan inte upprättar och dokumenterar informationen i en process kan inte vård- och omsorgspersonalen läsa. Det händer att sjuksköterskorna ibland dokumenterar i ”relaterade faktorer”, vilket vård- och omsorgspersonalen inte har tillgång till. Det finns en mall, checklistor och dokumentanvisning för hur dokumentationen ska upprättas. Nyanställda sjuksköterskor får introduktion i systemet av en sjuksköterskekollega. Vidare uppgav sjuksköterskorna att det finns vårdprocesser (vårdplaner) för exempelvis läkemedel, sår och att alla patienter som är i behov av vårdprocess får en sådan. Det finns förutsättningar att följa upp effekten av planerade och insatta åtgärder för patienten, dock förekommer att överrapportering om uppföljning sker till en annan sjuksköterska vid skiftbyten.

Patienter

Vid samtal med patienterna framkom att de inte känner till om det finns en planering för deras vård och behandling. Tre av patienterna framförde att kontinuitet av vård- och omsorgspersonal är bra och en ganska bra. Kontinuiteten avseende sjuksköterskor och läkare upplever två som bra och en som ganska bra medan en uppgav att den inte vet.

Ledning

Vid samtal med representanter för kommunens ledning framkom att de är medvetna om bristerna inom kontinuitet och dokumentation och att de är förbättringsområden.

Enligt ledningen stämmer det som framkom vid intervjun med sjuksköterskorna om att det blivit sämre med kontinuiteten efter att bemanningsenheten skapades och vissa SÄBO har sämre stabilitet inom vård- och omsorgspersonalen jämfört med andra. De vikarier som är anställda inom bemanningsenheten jobbar på flera avdelningar/boenden och det blir lite mer ”spretigt” men de försöker att avgränsa även deras områden med den geografiska begränsning som införts för sjuksköterskorna. Innan en person kommer och arbetar på ett boende ska den ha fått introduktion på just det boendet.

Ledningen uppgav att de har identifierat dokumentation som ett riskområde. Enligt MAS är flera sjuksköterskor ”fostrade” i att skriva i löpande text och det kan ibland skapa

problem vid dokumentation. I verksamheten används KVÅ-koder och stöd för dessa har tagits från Socialstyrelsens utbildningar avseende ICF- och KVÅ-koder.

Enligt MAS utförs kontroll av dokumentationen ämnesvis samt vid särskilda händelser. Vidare framfördes att MAS ska träffa SAS (socialt ansvarig samordnare) och dokumentationsombuden för socialtjänsten och följa upp att och hur vård- och omsorgspersonalen dokumenterar i hälso- och sjukvårdsjournalen och kontaktar sjuksköterskan. De har uppmärksammat att det behövs struktur för att dokumentationen ska ske på rätt plats. Uppföljning av hur vård- och omsorgspersonalen dokumenterar genomförs kontinuerligt. Det finns kvalitetsombud på varje boende som genomför stickkontroller av dokumentationen, däremot är verksamhetschefen för SÄBO osäker på om kontroller görs av hur vård- och omsorgspersonalen dokumenterar i hälso- och sjukvårdsjournalen men uppger att det är viktigt att följa upp.

Ledningen uppgav att det inom verksamheten finns stödpersoner som arbetar med det kommunala journalsystemet som kommer att se över vad som behöver utvecklas för att underlätta och säkerställa all dokumentation. Det finns en planering för åtgärder som ska utföras för att säkerställa dokumentationen men någon tidsplan för att vara helt klara med ”städningen av systemet” finns inte. De kommer att behöva använda befintlig personal som behöver frigöra tid för uppgiften. Verksamhetsutvecklaren uppgav att sjuksköterskorna inte kommer åt all dokumentation, då de flesta inte har tillgång till socialtjänst journalen. De sjuksköterskor som har arbetat länge har fortfarande läsbehörighet till omvårdnadspersonalens dokumentation och är vana att kunna läsa den men nyare sjuksköterskor har inte det och ser ett problem med att inte få helheten. Ledningen beskrev att de har ett pågående arbete tillsammans med digitaliseringsenheten om hur det ska vara organiserat.

Tillämpliga bestämmelser

Bristande dokumentation

Enligt 3 kap. 1–2 §§ patientdatalagen (2008:355), PDL, ska en patientjournal föras när en patient får vård, och syftet med det är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Enligt 6 § samma kapitel ska journalen innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, däribland ställd diagnos och väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder samt om patienten har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Av 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den som är behörig att ta del av uppgifterna. Enligt 5 § samma kapitel ska vårdgivaren säkerställa att patientjournalen i förekommande fall innehåller bl.a. följande uppgifter. Aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden och resultatet av dessa åtgärder, ordinationer och ordinationsorsak samt vårdplanering.

Av 3 kap. 2 § första punkten HSLF-FS 2016:40 framgår att vårdgivaren genom ledningssystemet ska säkerställa att dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet).

Bristande personalkontinuitet

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i Strängnäs kommun inte sker på ett patientsäkert sätt. Bristerna avser delegering och läkemedelsgenomgång och dessa brister medför en patientsäkerhetsrisk.

Läkemedelsgenomgång

IVO anser att det är av största vikt att kommunerna i samverkan med regionen medverkar till att läkemedelsgenomgångar genomförs för att se till att dessa patienter inte får läkemedel som bör undvikas.

IVO konstaterar att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vid inspektionen framkom att det skiljer sig åt mellan hur läkemedelsgenomgångar genomförs och dokumenteras på SÄBO i kommunen.

Huvudmannen har därför inte möjlighet att följa upp och säkerställa att samtliga patienter erbjuds en årlig läkemedelsgenomgång. IVO anser att det är av vikt att läkemedelsgenomgångar finns dokumenterade i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen även om huvudansvaret för läkemedelsgenomgång åligger regionen som huvudman.

Delegering

Vid intervjuerna framkom att sjuksköterskorna anser att de har förutsättningar att delegera enligt delegeringsföreskriften och att vård- och omsorgspersonalen oftast utför delegerade arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt. I enkätundersökningen till sjuksköterskorna framkom dock att 61 % av sjuksköterskorna som svarat på enkäten ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad. Vad skillnaden i enkätsvaren och vid intervjuerna beror på klargjordes inte vid inspektionen. IVO begär därför en redovisning av hur nämnden följer upp att läkemedelshanteringen är patientsäker.

IVO kan dock konstatera att det pågår ett förbättringsarbete i Strängnäs kommun avseende delegering. Vid dialogmötet med ledningen framkom att kommunen nyligen infört ett nytt arbetssätt avseende delegeringsförfarandet. IVO begär även en redovisning av hur och när det nya arbetssättet kommer att följas upp.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Strängnäs	Södermanland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	57%	50%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	37%	41%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	20%	28%	20%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	61%	51%	56%
Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	30%	29%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal	30%	53%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal	3%	12%	17%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Sjuksköterskorna framförde att de alltid har förutsättningar att delegera enligt delegeringsföreskriften samt att de har möjlighet att ge stöd och handledning till den delegerade personalen. Sjuksköterskorna delegerar inte insatser som de inte anser att vård- och omsorgspersonalen behärskar. Om någon personal är osäker avsätter de tid för handledning och de uppmanar alltid vård- och omsorgspersonalen att ta kontakt med sjuksköterskan för stöd vid behov. Sjuksköterskorna anser att vård- och

omsorgspersonalen oftast utför delegerade insatser på ett patientsäkert sätt. Det förekommer att läkemedelsdoser inte ges men det har blivit en förbättring sedan digital signering infördes. Om någon vård- och omsorgspersonal ofta gör fel återkallas delegeringen av sjuksköterskan.

Vid intervjun med sjuksköterskorna framkom att det skiljer sig hur läkemedelsgenomgång utförs och hur det dokumenteras vid kommunens SÄBO. På ett boende väljer sjuksköterskan ut patienter som behöver läkemedelsgenomgång och de har en apotekare som kommer för en fördjupad läkemedelsgenomgång. På ett annat boende delar sjuksköterskan upp patienterna i omgångar och där genomförs en enkel läkemedelsgenomgång. På dessa två boenden är det sjuksköterskorna som håller koll på vilka patienter som behöver en läkemedelsgenomgång. På ett annat boende går läkaren igenom läkemedlen och sjuksköterskan är osäker på hur det dokumenteras i regionens egna journaler. Läkaren kallar det för läkemedelsgenomgång men sjuksköterskan dokumenterar det inte som läkemedelsgenomgång men skriver att läkaren har haft en genomgång av läkemedlen. På två andra boenden utför apotekare fördjupad läkemedelsgenomgång vilken genomförs vartannat år.

Patienter

Två patienter har varit delaktiga vid en läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare. För tre patienter har det skett läkemedelsförändringar. För en av patienterna har uppföljning skett av sjuksköterska och för den andra av läkare och den tredje har inte haft någon uppföljning. Tre patienter känner sig trygga med att de får rätt läkemedel vid rätt tillfälle. En patient uppgav att hen får påminna vård- och omsorgspersonalen för att få läkemedel på rätt tid.

Ledning

Enligt ledningen har det under flera år varit en brist avseende läkemedelsgenomgångar. Det framkom att dokumentation avseende läkemedelsgenomgång sällan utförs i kommunens hälso- och sjukvårdsjournal då det är läkaren som ansvarar för genomgången. Ledningen uppgav att de ser ett behov av att följa upp detta område

Ledningen framförde att delegeringar är ett område som de arbetar med för att utveckla. Ledningen uppgav att de kommit fram till att det är nödvändigt med likvärdig utbildning i hela kommunen och stärker upp delegeringsförfarandet med en gemensam utbildning för all personal. Detta för att säkerställa en god rutin och kunskap för den personal som får delegering. Delegeringen kommer även att differentieras och det kan skilja mellan vilka läkemedel och andra uppgifter vård- och omsorgspersonalen får delegering för. Den första utbildningen genomförs i april för personal som i dagsläget redan har delegering.

Avseende avvikelser som är en del av uppföljningen av delegering framkom det att glömda doser har minskat sedan de införde digital signering. Däremot har ett nytt problem som handlar om att läkemedel inte alltid ges inom rätt tidsintervall identifierats.

Ledningen framförde även att de bedömer att de behöver se över sitt arbetssätt avseende patienternas läkemedelshantering. Det går som regel per automatik till så att sjuksköterska

övertar ansvaret för läkemedel när en patient flyttar in på SÄBO, men det behöver göras fler individuella bedömningar för att se om patienten kan hantera sin medicinerings själv, som egenvård.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Delegering

Enligt 6 kap. 3 § PSL får delegering av arbetsuppgifter ske endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård och den som delegerar ansvarar för att den som får delegationen har förutsättningar att fullgöra uppgiften.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård framgår bl.a. att den som delegerar en uppgift ska klargöra för den som tar emot den vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att fullgöra arbetsuppgiften på ett fullgott sätt. Om den som tar emot en delegering inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för uppgiften får uppgiften inte delegeras.

Läkemedelsgenomgång

Enligt 11 kap. 3–4 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården ska vårdgivaren erbjuda patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid inflyttning på bl.a. SÄBO. Samma patienter ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under boendet. Vårdgivaren ska även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem en enklare läkemedelsgenomgång.

Av 5 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om utredande åtgärder samt bakgrunden till dessa (punkten 2) och andra sammanfattningar av genomförd vård (punkten 5).

Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

IVO:s tillsyn visar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede i Strängnäs kommun. IVO kan av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen inte utläsa att brytpunktssamtal¹ genomförts när vården övergår i livets slutskede. IVO anser att dessa brister medför att patienten inte får god vård och det förekommer att personal som arbetar med patienter i livets slutskede inte har tillgång till information om hur vården ska genomföras.

Det är vanligt förekommande att brytpunktssamtal inte dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

För att uppnå en god och säker vård ska patienten och i förekommande fall närstående vara informerade, delaktiga och ge samtycke till vård och behandling. När vården går in i livets slutskede och palliativa insatser sätts in ska det hållas ett s.k. brytpunktsamtal med patienten och/eller närstående. Samtalet, som förs med läkare, är centralt för att patienten ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede, och därför är dokumentationen viktig. Att brytpunktsamtal inte dokumenteras utesluter inte att de genomförts men bara inte dokumenterats i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Det kan också betyda att inget samtal har genomförts. Oavsett vilket så riskerar effekten att bli densamma för patienten, nämligen att personalen saknar information om hur vården i livets slutskede ska genomföras.

IVO konstaterar att det förekommer att sjuksköterskor påbörjar läkemedelsbehandling vid livets slutskede utan att först informera och på nytt ta kontakt med läkare för ett nytt ställningstagande. IVO menar att utifrån kravet på god vård ska en sjuksköterska, även om en planering för patienten avseende vård i livets slutskede finns beslutad av läkare, i normalfallet ta ny kontakt med läkare innan åtgärder enligt planen vidtas. Detta kan underlåtas endast i undantagsfall.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

¹ Samtal som ska dokumenteras enligt 3 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling.

Nyckeltal	Strängnäs	Södermanland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	64%	76%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	13%	7%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	58%	69%	66%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	13%	12%	10%
Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland	0%	5%	8%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Enligt sjuksköterskorna har de ett arbetssätt där de skapar förutsättningar för att patienter/närstående att förstå att vården har övergått till vård i livets slutskede. Det finns en övergripande rutin för hela regionen som de kan följa.

Alla patienter erbjuds brytpunktssamtal men det utförs inte alltid av läkare utan det kan vara en sjuksköterska som utför samtalet. Det förekommer att samtalen dokumenteras utan kodning eller benämning som brytpunktssamtal. Vidare framkom att läkare ordinerar läkemedel för vård i livets slutskede innan patientens vård övergått i det skedet men det sker sällan. Exempelvis sätts ordinationer vid behov in om det är en patient med icke behandlingsbar cancer. Om det sker är det oftast av läkare från ASIH (avancerad sjukvård i hemmet). Sjuksköterskor uppgav att de då kan påbörja läkemedelsbehandling utan att först ta kontakt med läkare men att kontakt tas som regel samma dag eller nästkommande dag.

Ledning

Enligt ledningen har de kännedom att sjuksköterskorna tar stort ansvar för brytpunktssamtalen och uppgav att det är läkarens ansvar att utföra samtalen. Vidare framkom att MAS upptäckt att brytpunktssamtalet inte dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. I kommunen finns en palliativ specialistgrupp med sjuksköterskor (en av kommunens kvalitetsgrupper) som har tittat på KVÅ-koder som en förbättring för området. Tidigare fanns inte KVÅ, för registrering av brytpunktssamtal, med i urvalet för kommunal hälso- och sjukvård. Det finns framtagna frastexter och det finns en kvalitetsgrupp som arbetar med palliativ vård. Ledningen har haft en dialog med sjuksköterskorna om varför dokumentationen med brytpunktssamtal skiljer sig mellan SÄBO. Ett uppdrag som palliativa specialistgruppen har fått är att kommunicera ut till sjuksköterskorna och sprida information inom de områden de fått i uppdrag att skapa förändring. Gruppen ska rapportera tillbaka till ledningen som bevakar att de får rapport. De har inte satt något slutdatum men det är ett kontinuerligt pågående arbete.

Vidare framkom att MAS och läkarna har regelbundna gemensamma samverkansmöten. Det ligger på Regionens patientsäkerhetsråd att säkerställa att läkarna gör lika när det kommer till vård i livets slutskede.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 1 kap. 7 § PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt 5 kap. 1 och 3 §§ PL ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och om lämpligt med närstående.

Enligt 3 kap. 1 och 6 §§ PL ska patienten få anpassad information utifrån sina individuella förutsättningar. Informationen ska bl.a. innehålla uppgifter om hälsotillstånd, metoder för vård och behandling samt förväntat vård- och behandlingsförlopp. Enligt 4 § samma kapitel ska informationen, om den inte kan lämnas till patienten, istället såvitt möjligt lämnas till en närstående.

Av 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling framgår att en patient med ett livshotande tillstånd ska få en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Denne ska ansvara för planeringen av patientens

vård. Vid planeringen ska den fasta vårdkontakten enligt 4 § samma kapitel fastställa målen för vården inklusive delmålen för de olika behandlingar och åtgärder som ingår i vården, och ta ställning till hur patientens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses. Inför ett ställningstagande till att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling ska den fasta vårdkontakten enligt 3 kap. 2 § i föreskriften rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare. Den fasta vårdkontakten ska i patientjournalen bl.a. dokumentera sitt ställningstagande till livsuppehållande behandling, när och med vilka yrkesutövare han eller hon har rådgjort, uppgifter om samråd med patienten, vilken inställning till den livsuppehållande behandlingen som patienten och närstående har gett uttryck för samt när och på vilket sätt patienten och närstående har fått individuell anpassad information, vilket framgår av 3 kap. 3 § i föreskriften.

Av 4 kap. 1 § SOSFS 2011:7 framgår att om en patient ger uttryck för att en livsuppehållande behandling inte ska inledas eller inte ska fortsätta, ska den fasta vårdkontakten före ställningstagandet till patientens önskemål försäkra sig om att patienten och närstående har fått individuellt anpassad information i enlighet med 3 kap. PL. Den fasta vårdkontakten ska även göra en bedömning av patientens psykiska status och förvissa sig om att patienten

1. förstår informationen,
2. kan inse och överblicka konsekvenserna av att behandling inte inleds eller inte fortsätter,
3. har haft tillräckligt med tid för sina överväganden, och
4. står fast vid sin inställning.

I propositionen 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, anges att vård i livets slutskede omfattas av prioritet 1 enligt den etiska plattformen.

Bakgrund och övergripande slutsatser av den nationella tillsynen

IVO genomförde under 2020–2021 en granskning av den medicinska vården på SÄBO som huvudsakligen var kopplad till vården av patienter som insjuknat i covid-19. Under 2022–2023 genomför nu myndigheten en fördjupad granskning av den medicinska vården på SÄBO hos alla Sveriges kommuner. Tillsynen innefattar en granskning av kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler, enkäter till sjuksköterskor och patienter samt inspektioner på plats i kommuner. Inspektionerna omfattar intervjuer med patienter, sjuksköterskor och personer i ledande befattning. Den omfattande granskningen av journaler tillsammans med enkäterna och inspektionen möjliggör för IVO att dra generella slutsatser om hur kommunerna ger förutsättningar för god vård. Syftet med den fördjupade granskningen är att bidra till att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt de bestämmelser som reglerar området och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att vården blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO.

Det nationella tillsynsresultatet visar att det finns stora brister inom medicinsk vård och behandling på SÄBO. Bristerna omfattar bland annat svag efterlevnad av reglerna om vård i livets slutskede, avsaknad av individuell medicinsk bedömning samt vård och behandling

enligt ordination, brister i läkemedelshantering, olämplig läkemedelsanvändning samt brister gällande kompetens, kontinuitet och dokumentation.

Underlag

- Sammanställning intervju sjuksköterskor
- Sammanställning av patientintervjuer
- Protokoll dialog med kommunledning
- Detaljerat kommunkort

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Lars Rahm. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Emma Thander och Malin Lukinius Ekerby deltagit. Inspektören Johanna Haglund har varit föredragande.

Enligt 10 kap. 13 § PSL får detta beslut inte överklagas.