



Melleruds kommun
464 80 Mellerud

Vårdgivare och huvudman

Melleruds kommun

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av socialnämnden i Melleruds 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 åtgärder som vidtagits eller planeras 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 vidtagna åtgärder kommer att följas upp.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast **den 11 april 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 Melleruds 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 Melleruds 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. Tillgången till läkare är ibland otillräcklig. 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 ibland är otillräcklig. 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. Ledningen har uppgett att man inte utövar någon egenkontroll eller uppföljning av hur läkarkonsultationerna fungerar. Detta är enligt IVO en brist då kommunen i egenskap av vårdgivare enligt PSL ska kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Mellerud	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad	32%	32%	34%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	46%	53%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	36%	47%	42%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	55%	60%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	86%	87%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	73%	63%	63%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med representanter för kommunens sjuksköterskor framkom att sjuksköterskorna har möjlighet att besöka och bedöma patienternas hälso- och sjukdomstillstånd vid alla tider på dygnet, veckans alla dagar. Vid tidsbrist prioriterar sjuksköterskorna den arbetsuppgiften framför andra som exempelvis dokumentation .

De intervjuade sjuksköterskorna uppgav att de flesta av vård- och omsorgspersonalen har tillräckliga kunskaper i det svenska språket. Sjuksköterskorna berättar dock att det har hänt någon gång att kommunikationen haltat och då har sjuksköterskan fått åka ut och kontrollera patientens tillstånd.

Sjuksköterskorna uppgav att de flesta av vård- och omsorgspersonalen har tillräckligt med kompetens för att uppmärksamma om patientens hälso- och sjukdomstillstånd förändras. Det finns enstaka personal som inte har tillräcklig kompetens. Sjuksköterskorna säger i intervjun att vård- och omsorgspersonalen hellre ringer sjuksköterskan en gång för mycket än en gång för lite. Sjuksköterskorna beskriver att det har funnits tillfällen där vård- och omsorgspersonalen borde ringt tidigare. När sjuksköterskorna ställer kompletterande frågor till vård- och omsorgspersonalen gällande patientens tillstånd kan de förklara väl. Det finns inga riktlinjer för kontakt med legitimerad personal i kommunen. Sjuksköterskorna uppgav att SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation) används men sporadiskt och det är ett arbete på gång för att få till mer användning av modellen för kommunikation.

Vad gäller läkartillgången är läkaren på boendet under rondtid samt även vid behov. Varje dag finns telefontid för kontakt med läkare. När det inte är telefontid är det inte säkert att det går att nå läkaren, men oftast går det. Sjuksköterskorna beskriver att de hittar vägar för att nå läkaren exempelvis genom sjuksköterskorna på vårdcentralen. Under jourtid kan sjuksköterskorna få kontakt med läkare på telefon för konsultation och bedömning men det är sällan läkaren kommer till boendet. Sammanfattningsvis bedömer de intervjuade sjuksköterskorna att den totala läkartiden är tillräcklig för att tillgodose alla patienters behov.

Patienter

Enligt de intervjuade patienterna får de flesta alltid eller oftast hjälp av vård- och omsorgspersonal och sjuksköterska om de inte mår bra. Två patienter uppgav att de tror att de får träffa läkare om de har behov av det och tre patienter vet inte för de har inte haft behov av kontakt med läkare. En patient svarar att hen aldrig har fått träffa läkare när hen har haft behov av det, och kommenterar att det bara är vikarier och det "rör om".

När det gäller kompetens i svenska språket uppgav hälften av de intervjuade patienterna att de oftast eller ibland förstår vad personalen säger. Patienterna uppgav att de upplever att personalen oftast eller ibland förstår vad patienterna säger men att det är svårare under sommaren.

Ledning

Vid samtal med representanter för kommunens ledning uppgavs att målsättningen är att all vård- och omsorgspersonal ska vidareutbildas via gymnasieskolans omvårdnadsprogram. Ett grundläggande program förbereds för bland annat vård- och omsorgspersonal. Det kommer att satsas mer på vidareutbildningar till undersköterska och specialistsjuksköterska. Arbetet med kompetensutveckling för vårdpersonal sker i samverkan inom Fyrbodalsnätverket. Internutbildningar planeras inom exempelvis språkförstärkt vård- och omsorgsutbildning. En särskild utbildare arbetar med vård- och omsorgspersonalen i mindre grupper. Inför delegeringsutbildningar satsas på utbildning i svenska språket så att vård- och omsorgspersonalen klarar utbildningen. Ledningen uppgav att det finns ett övervägande kring att införa ett språktest.

Ledningen uppgav att det har skett en förändring gällande personalbemanning under året, sjuksköterskegruppen har bytts ut och läkartillgången har ökat. Kommunen har sex timmar mer läkartid i veckan jämfört med när sjuksköterskeenkäten från IVO besvarades. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ingår i ett nätverk med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i andra närliggande kommuner där man bedriver ett arbete för att förbättra tillgången till läkare även under jourtid.

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 Melleruds kommun inte sker enligt gällande regelverk och att det inte finns en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård. IVO konstaterar att det för flertal patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner. IVO bedömer att bristerna utgör en patientsäkerhetsrisk. Vidare finner IVO att vårdgivaren brister i sitt systematiska förbättringsarbete beträffande egenkontroll av dokumentation vilket krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

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 (kommunen eller regionen) 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.

IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor, 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 grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Mellerud	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	97%	38%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	100%	32%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	100%	67%	63%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	75%	66%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	0%	29%	26%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervjun framkom att sjuksköterskorna inte har tillgång till vård- och omsorgspersonalens sociala dokumentation. De flesta av vård- och omsorgspersonalen har tillgång till de vårdplaner de har behov av. Sjuksköterskorna kan inte lägga in dokumentation till vård- och omsorgspersonalen i systemet utan det är en muntlig överföring där personalen själva dokumenterar vad man tycker är relevant. Sjuksköterskorna har tillgång till Nationell patientöversikt (NPÖ). Sjuksköterskorna känner inte till om det finns riktlinjer för dokumentation. Det finns inga strukturerade genomgångar och utbildningar gällande dokumentation. Sjuksköterskorna uppger att de använder riskbedömningar med Senior Alert som underlag och gör omvårdnadsdiagnoser som på så sätt blir vårdplaner. Alla sjuksköterskor dokumenterar inte uppföljningar. På natten hinner man precis göra nödvändiga insatser och har inte alltid tid för uppföljningar. Sjuksköterskorna uppger att kunskapen om hur man ska dokumentera är beroende på vilken introduktion man fick när man började sin anställning. Sjuksköterskorna gör olika och arbetssättet sprids till nya sjuksköterskor.

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att kontinuiteten när det gäller vård- och omsorgspersonalen är ganska bra förutom på ett av kommunens SÄBO där det varit lite sämre. Personalen har ett nytt schema på två av kommunens SÄBO där personalen byter avdelningar. Kontinuiteten gällande sjuksköterskor på kommunens SÄBO haltar enligt de intervjuade sjuksköterskorna. Det är ett möte inplanerat med avsikt att uppnå en bättre

kontinuitet. På natten arbetar två sjuksköterskor, en bemanningssjuksköterska som arbetar fram till december 2022. Bemanningen har varit ett bekymmer på natten under flera år och sjuksköterskor har fått tas från dag/kväll. Sjuksköterskorna uppgav att kontinuiteten när det gäller läkare dagtid vardagar är bra. Det är två läkare från en vårdcentral som arbetar mot SÄBO och det har varit samma läkare sedan 2019.

Patienter

Vid samtal med patienterna framkom att dessa inte kände till om det fanns en planering för deras vård och behandling. Vad gäller kontinuitet för vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor upplevde patienterna att den är bra eller ganska bra. Två patienter svarade att de såg för dåligt för att kunna avgöra om det är samma vård- och omsorgspersonal eller sjuksköterska. En av de intervjuade patienterna uppgav att man som boende känner av personalens missnöje med det nya schemat där ”man blandar ihop hela huset och man har tur om det kommer samma person”. Vad gäller läkare upplevdes kontinuiteten som bra alternativt att patienterna inte hade haft behov av att träffa läkare och således inte kunde svara på frågan.

Ledning

Ledningen uppgav att man inte arbetar med vårdplaner utan motsvarande finns som omvårdnadsdiagnoser. Därför kunde det inte redovisas till IVO vid journalgranskningen och har därför inte kommit med i IVO:s underlag till kommunkortet. Åtgärds-koder som ICF och KVÅ finns och används i alla journaler. Kommunen kommer att byta verksamhetssystem under 2023, samtidigt görs en satsning på ledningssystemet och de delar som handlar om dokumentation. Kommunen har riktlinjer för dokumentation men de är föråldrade.

Ledningen känner till att vård- och omsorgspersonalen är missnöjd med det nya schemat som införts på två av kommunens SÄBO och man håller på att vidta åtgärder. Inställetiden har följts upp för hur lång tid det tar från när patienten larmar till när personalen svarar på larmet. Enligt ledningen har kommunen haft problem med chefsbyten, det har varit fyra chefer på lika många år och sjuksköterskorna varit chefslösa i perioder. Det har varit en stor personalomsättning i sjuksköterskegruppen sedan 2018. Gällande kontinuitet för läkare är det två läkare från en vårdcentral som arbetar med SÄBO-patienter och det har varit samma läkare sedan 2019. Läkartillgången har ökat med sex timmar i veckan sedan enkäten till IVO besvarades.

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 Melleruds kommun inte sker på ett patientsäkert sätt. Bristerna avser läkemedelsgenomgång och uppföljning av delegeringar och dessa brister medför patientsäkerhetsrisker.

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 läkemedelsgenomgångar genomförs men att det inte finns någon rutin för hur det ska dokumenteras. 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

Då det saknas en tydlig struktur för att följa upp delegeringar i Melleruds kommun begär IVO en särskild redovisning avseende det. IVO anser att det är särskilt viktigt med uppföljning med anledning av de ovan konstaterade bristerna i kompetens och kontinuitet samt att ledningen uppger att målsättningen är att så många som möjligt av omsorgspersonalen ska ha en delegering att överlämna läkemedel för arbetet ska fungera.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Mellerud	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	57%	60%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	54%	53%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	37%	19%	20%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	33%	56%	56%
Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	27%	33%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal	53%	29%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal	13%	16%	17%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

I intervjun med sjuksköterskorna framkom att de har förutsättningar att delegera enligt föreskriften. Det finns riktlinjer för delegering, utbildningsmaterial och speciella sjuksköterskor som håller i delegeringsutbildningen. Efter ett år förnyas delegeringen med

ett nytt kunskapsprov. Sjuksköterskorna framför att de har förutsättningar att ge stöd och handledning till den vård- och omsorgspersonal som fått delegeringar. Sjuksköterskorna uppgav att delegering inte följs upp strukturerat. Vidare beskrev sjuksköterskorna att vård- och omsorgspersonalen oftast utför delegerade insatser på ett patientsäkert sätt, om det inte fungerar upprättas avvikelser.

I Melleruds kommun medverkar sjuksköterskorna till att läkemedelsgenomgångar genomförs. Sjuksköterskorna uppgav att det finns en rutin som säger att läkemedelsgenomgång ska ske en gång om året. Sjuksköterskorna uppgav att det inte finns något strukturerat sätt att hålla reda på att läkemedelsgenomgångarna genomförs utan det är upp till varje sjuksköterska. Sjuksköterskorna gör lite olika när vård- och omsorgspersonalen ska informeras om det sker en förändring i patientens läkemedel. Sjuksköterskorna får inte alltid information från specialistläkare när det sker en förändring i patientens läkemedelsbehandling.

Patienter

Av de sex intervjuade patienterna uppgav fem att de inte varit delaktiga vid en läkemedelsgenomgång samt att det inte varit någon förändring i läkemedelsbehandlingen. En patient uppgav att hen inte vet om det varit någon läkemedelsgenomgång. Majoriteten av intervjuade patienter kände sig trygga eller ganska trygga med att få rätt läkemedel vid rätt tillfälle.

Ledning

Enligt representanterna för ledningen finns det riktlinjer för delegering och ambitionen är att så många som möjligt av vård- och omsorgspersonalen ska ha delegering för att verksamheten ska gå ihop. Det finns utbildningsmaterial och särskilda sjuksköterskor som håller i utbildningarna för att få en ny delegering. Skriftligt prov och praktiskt prov är ett krav för att få en delegering för att kunna administrera läkemedel. För att kunna ge insulin måste man genomföra en särskild utbildning. Ledningen uppgav att de är medvetna om att delegeringarna inte följs upp på ett strukturerat sätt.

Ledningen har delvis kännedom om de redovisade bristerna avseende läkemedelsgenomgångar. Enligt rutinen ska läkemedelsgenomgång genomföras en gång om året. Ledningen uppgav att patienten sällan deltar själv vid läkemedelsgenomgången och det är inte alltid läkaren som meddelar patienten resultatet av läkemedelsgenomgången utan istället sjuksköterskan. Vad en läkemedelsgenomgång ska innehålla har lyfts i närområdessamverkan. Det är en hög procent av läkemedel som bör undvikas som förskrivs i kommunen. Problemet har funnits länge i kommunen och har tagits upp i närområdessamverkan. Ledningen uppgav att man haft funderingar på en utbildning för sjuksköterskor gällande vilka läkemedel som bör undvikas mot bakgrund av att sjuksköterskorna utför en stor del av arbetet med läkemedelsgenomgångarna. Det pågår ett arbete kring vårdssamverkan hur avvikelser ska hanteras mellan kommuner och region.

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.

Läkemedelsgenomgång

Enligt 11 kap. 3–4 §§ HSLF-FS 2017:37 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 Melleruds kommun. IVO kan av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen inte utläsa att brytpunktsamtal¹ 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.

IVO konstaterar att flera sjuksköterskor påbörjar läkemedelsbehandling (med sk trygghetsordinationer) 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.

Det förekommer att brytpunktsamtal inte dokumenteras på SÄBO.

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

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

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 grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Mellerud	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	77%	77%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	10%	14%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	68%	68%	66%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	36%	12%	10%
Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland	7%	6%	8%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

De intervjuade sjuksköterskorna har rutiner och förutsättningar för att patienter och närstående ska förstå att vården övergått till vård i livets slutskede. Sjuksköterskorna beskrev att några patienter får ett brytpunktsamtal med läkare. I de fall läkaren genomför ett brytpunktsamtal är det påkallat av anhöriga och sjuksköterska. Sjuksköterskan kan hålla i ett samtal som är att likna vid ett brytpunktsamtal. Enligt sjuksköterskorna framgår det oftast i journalen när patientens vård har övergått till vård i livets slutskede. Sjuksköterskorna påbörjar aldrig läkemedelsbehandling för vård i livets slutskede utan kontakt med läkare. Sjuksköterskorna uppgav att det oftast förekommer att läkare ordinerar läkemedel för vård i livets slutskede innan patientens vård övergått i detta skede. Det finns så kallade trygghetsordinationer som kan ges utan att läkaren kontaktas förrän i efterhand. Sjuksköterskorna uppgav att de får gehör för sina bedömningar gällande behov av vak i livets slutskede och det är undantag att vak inte kan erbjudas.

Ledning

Ledningen har kännedom om bristerna avseende brytpunktsamtal. Enligt ledningen genomförs brytpunktssamtal men det finns brister i dokumentationen avseende dessa. Sjuksköterskan kan genomföra samtal som är att likna med brytpunktsamtal. Kommunen har nyligen antagit ett vårdprogram för vård i livets slutskede (förvaltningsövergripande rutin för palliativ vård) och en "palliativ pärm" inom kommunen. Vårdprogrammet är antaget i januari 2022 och där framgår att det är läkaren som ska hålla i brytpunktsamtalet men det är inte implementerat i verksamheten fullt ut. Ledningen uppgav att det kan vara så att trygghetsordinationer påbörjas innan vård i livets slutskede inletts utan att kontakt med läkare. Kommunen har inte någon rutin för det med det ska tas fram.

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 individuellt 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
- Synpunkter från nämnden efter kommunikering av handlingar

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Lars Rahm. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Jonas Nordström och Zlatan Pulic deltagit. Inspektören Ulla Wessman har varit föredragande.

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