

Karlstad kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen
651 84 Karlstad

Vårdgivare och huvudman

Karlstad kommun

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av vård- och omsorgsförvaltningen i Karlstad 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 22 juni 2023**.

Om bristerna inte avhjälps 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 Karlstad 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 Karlstad kommun inte har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte 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 ofta otillräcklig. Under intervjun med sjuksköterskorna framkom bl.a. att det är svårt att få tag på läkare utanför rondtid samt att läkare med ansvar för ett boende är bosatt utomlands. Vidare uppgav sjuksköterskorna att det finns vård- och omsorgspersonal som ofta kontaktar sjuksköterskan pga. osäkerhet.

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. Under inspektionen framkom att det finns språksvag vård- och omsorgspersonal på kommunens SÄBO. Av sjuksköterskeenkäten framgår att 80% anser att det finns patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i det svenska språket som påverkar patienterna i hög eller måttlig grad.

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 ofta är otillräcklig. Vid ett boende är exempelvis den ansvariga läkaren bosatt utomlands och all

kontakt sker digitalt eller på telefon. 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. 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 Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL upprätthålls.

IVO kan konstatera att det pågår ett förbättringsarbete i Karlstad kommun inom området kompetens. Vid dialogmötet med ledningen framkom att kommunen infört ett nytt arbetssätt avseende kompetens förstärkning av vård- och omsorgspersonalen samt att de startat ett kompetenscentrum. Vad det gäller kompetens förstärkning av sjuksköterskorna har Karlstad kommun traineeanställningar för nyutbildade sjuksköterskor som genomförs under nio månader där sjuksköterskan får arbeta under handledning i olika verksamheter i kommunen.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Karlstad	Värmland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad	33%	39%	34%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	80%	22%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	75%	21%	42%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	100%	33%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	80%	68%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	100%	62%	63%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Under intervju med representanter för kommunens sjuksköterskor framkom att de under dygnets alla timmar har möjlighet att besöka patienterna för att bedöma hälsotillstånd om de anser att det finns behov av det. Sjuksköterskorna uppgav att det ingår i deras arbete att prioritera utifrån bedömningen av patientens hälsotillstånd. Det kan ibland vara långt till patienten och om sjuksköterskan bedömer att en ambulans behövs utifrån patientens hälsotillstånd skickar de dit en ambulans istället för att sjuksköterskan själv åker.

Vid intervjun med sjuksköterskorna framkom att de flesta av vård- och omsorgspersonalens har tillräcklig kompetens att uppmärksamma om en patientens hälsotillstånd förändrats. Kompetensen varierar dock utifrån hur van vård- och omsorgspersonalen är i sin yrkesroll och hur väl de känner patienterna. Sjuksköterskorna uppgav att vård- och omsorgspersonalen oftast kontaktar sjuksköterskan vid behov, men det förekommer att de inte får informationen som är av betydelse vilket det vanligaste är

att de t.ex. inte får veta om en patient förbättrats i sitt hälsotillstånd. Sjuksköterskorna uppgav att de oftast får information om försämring. Sjuksköterskorna uppgav även att det finns en del vård- och omsorgspersonal som ringer ofta, vilket de tror kan bero på en osäkerhet.

Vid intervjun med sjuksköterskorna framkom att de flesta av vård- och omsorgspersonalen har tillräckliga kunskaper i det svenska språket. Kunskaperna i det svenska språket varierar dock mellan kommunens boenden. Enligt sjuksköterskorna kan det ibland vara svårt att kommunicera med vård- och omsorgspersonalen i telefon, vilket innebär att de måste åka till patienten för att få en bild av vad de menar. Sjuksköterskorna uppgav att de ibland kan be om att få prata med annan personal. Det har hänt att sjuksköterskorna fått hjälpa till att dokumentera då språket brister. Om det brister i språket vid kommunikationen och sjuksköterskan är långt bort är detta ett problem.

Vidare uppgav sjuksköterskorna att läkarkontakten ser olika ut på kommunens boenden. Det finns en ansvarig läkare till varje boende. Enligt sjuksköterskorna gör en del läkare hembesök och en del läkare gör inte hembesök. Vid ett boende är den ansvariga läkaren bosatt utomlands och all kontakt sker digitalt eller på telefon, på ett annat boende är rondan alltid mycket kort. Sjuksköterskorna uppgav att i det fall de har behov av kontakt med läkaren dagtid, vardagar utanför rondtid, får de ringa till vårdcentralen och via sjuksköterskan på vårdcentralen få kontakt med läkare, vilket ibland kan dröja. En läkare har lämnat sitt direkt telefonnummer som det går att nå hen på, dock arbetar den läkaren deltid och är inte tillgänglig alla dagar. Det finns en rutin om att läkare ska vara med i bedömning och beslut om att skicka patienten till slutenvården, men sjuksköterskorna kan ändå själva behöva ta beslut om att skicka patienten till sjukhus eftersom de inte får kontakt med läkare. Vidare uppgav sjuksköterskorna att det mobila resursteamet som bemannas med tre läkare från regionen finns att tillgå dagtid till ett privat boende. Under intervjun framkom även att det jourtid alltid finns möjlighet att få tag i en läkare på telefon.

Patienter

Enligt patienterna får alla hjälp av vård- och omsorgspersonalen vid behov. Två patienter uppgav även att de alltid får hjälp av sjuksköterska och två vet inte. En patienten anser att hen får träffa läkaren om det finns behov och tre patienter vet inte. En patienten uppgav att läkaren inte har tid att hjälpa hen och att läkaren är otillgänglig.

När det gäller kompetens i svenska språket så anser patienterna att de alltid eller oftast förstår varandra. Patienten uppgav att om det kommer vård- och omsorgspersonal som inte talar svenska så måste man bli "ense" om att man förstått varandra. Patienten uppgav att hen försöker tala så att vård- och omsorgspersonalen förstår. En patienten uppgav att hen får förklara om när personalen inte förstår

Ledning

Vid samtal med representanter för kommunens ledning framkom att de är medvetna om att det finns brister gällande vård- och omsorgspersonalens kompetens.

Ledingen uppgav att det nyligen startats upp ett kompetenscenter i kommunen som skapats för att öka kompetensen hos vård- och omsorgspersonalen utifrån att det behöver ske en professionsförskjutning i kommunen. Med hjälp av kompetenscentrum ska vård- och omsorgspersonalen ges förmågan, kunskapen och kompetensen att observera och signalera när patientens hälsotillstånd förändras. Enligt ledningen har den ordinarie personalen som arbetat en längre tid i kommunen tillräcklig kompetens att uppmärksamma förändrade hälsotillstånd. Det är den nyanställda vård- och omsorgspersonal som kan sakna kompetensen att uppmärksamma förändringar och som behöver kompetensutvecklas. Under dialogen framkom även att man i kommunen använder sig av kommunikationsmodellen SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation) för att säkra upp informationsöverföringen mellan vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor.

Vidare uppgav ledningen att det finns språksvag vård- och omsorgspersonal på de särskilda boendena. Under dialogen framkom att kommunen utbildar personal som behöver det i vårdsvenska. Utbildningen är inte obligatorisk, men det sprids från mun till mun att utbildningen finns. Utifrån yttrande efter kommunicering av handlingar förtydligas att uttagning till utbildningen sker via ansvarig chef efter övervägande om vilken personal som har behov. Vidare framkom att kommunen har som mål att anställa undersköterskor, men att det är inte möjligt. Totalt inom äldreomsorgen är ca 85 procent undersköterskor, procenten är något högre på särskilt boende. Ledingen uppgav att oavsett vilken utbildning vård- och omsorgspersonalen har så ska de genomgå en BAS-utbildning i kommunens regi. Ledingen uppgav även att kommunens sjuksköterskor relativt nyligen fått tillgång till ett digitalt rådgivningsstöd via 1177. Rådgivningsstödet kan ge sjuksköterskorna hjälp i sin bedömning av patienten. Enligt ledningen har patientsäkerheten ökat och bedömningarna blivit bättre sedan sjuksköterskorna fick tillgång till rådgivningsstödet.

När det gäller sjuksköterskornas möjlighet att öka sin kompetens så uppgav ledningen att kommunen har skapat en karriärmodell för att öka sjuksköterskornas kompetens samt att sjuksköterskorna kan ansöka om att specialistutbilda sig. Det händer att kommunen samarbetar med vårdcentralen för att genomföra vissa gemensamma utbildningar för sjuksköterskorna. Vidare framkom att de i Karlstad kommun sedan två år tillbaka har möjlighet att anställa sjuksköterskor på traineetjänst. De sjuksköterskor som genomgått traineetjänstgöringen i Karlstad kommun har stannat kvar i kommunen på en tillsvidareanställning.

Under dialogen framkom vidare att uppgifterna om att läkartillgången inte är tillräcklig är nya uppgifter och att ledningen inte har fått några signaler från sjuksköterskorna om detta

tidigare. Varje boende har en vårdcentral och en läkare kopplad till sig. Vidare uppgav ledningen att det sedan 2022 finns ett mobilt läkarteam som tillhör regionen men som finns att tillgå för patienter på alla SÄBO.

Ledningen uppgav att läkare genomför ronder en gång i veckan, men om det händer något utanför rondtid så kan det vara svårt att få läkare att besöka boendet och därför tar sjuksköterskan ibland egna beslut. Kvällar, helger och nätter går det enligt ledningen alltid att få tag i läkare på telefon, men de besöker sällan patienter på SÄBO. Vidare framkom att det finns boenden där rondon genomförs av läkare på 10 minuter samt att det genomförs ronder över telefon med läkare som befinner sig i ett annat land. Ledningen uppgav att det är en tillfällig lösning med att ronder genomförs av läkare i ett annat land med anledning av att det saknas läkare inom regionens vårdcentraler. Ambitionen enligt de intervjuade är att läkaravtalet ska följas. I snitt så har sjuksköterskorna patientansvar för ca 27 patienter, boendets storlek styr hur många patienter sjuksköterskorna har patientansvar över.

Vidare uppgav ledningen att det finns en samverkan med primärvården. Ledningen uppgav att det finns ett länsövergripande samverkansavtal med regionen och uppföljningen av avtalet genomförs en gång om året. Av samverkansavtalet framgår hur mycket läkartid varje patient har rätt till. Ledningen uppgav även att det genomförs samverkansmöten tillsammans med vårdcentralerna där bl.a. verksamhetschef enligt HSL, Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), kommunens och regionens sjuksköterskor samt läkare deltar. Samverkansmötena genomförs 1 ggr/termin.

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. Regionerna 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 Karlstad kommun inte sker enligt gällande regelverk och att det inte finns en kontinuitet bland sjuksköterskorna som främjar en god vård. Vid intervjun med sjuksköterskorna framkom att dokumentationen sker på olika ställen i journalen och att alla sjuksköterskor inte har kunskapen om hur dokumentationen ska ske. IVO bedömer att bristerna utgör en patientsäkerhetsrisk. Under dialogen med ledningen framkom att i journalen skapas åtgärdsbeskrivningar som har samma innebörd som en vårdplan vilket förklarar att journalgranskningen visar att 73 procent av patienterna saknar en dokumenterad vårdplan.

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.

IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland 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	Karlstad	Värmland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	73%	78%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	53%	74%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	62%	43%	63%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	80%	42%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	0%	3%	26%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervjun med representanterna för kommunens sjuksköterskorna framkom att det finns en ganska bra kontinuitet när det gäller vård- och omsorgspersonalen på kommunens SÄBO. Många av vård- och omsorgspersonalen har arbetat länge och det är en stabil grupp. Sjuksköterskorna uppgav att i de fall det finns patienter med speciella problem så som avancerade sårömläggningar så försöker de styra att patienter får träffa några få av vård- och omsorgspersonalen. Vidare uppgav sjuksköterskorna att det finns en del vikarier bland vård- och omsorgspersonalen men de är återkommande. Sjuksköterskorna uppgav att vad det gäller vård- och omsorgspersonal som arbetar nattetid är kontinuiteten bra.

Vad det gäller kontinuiteten på läkare dagtid vardagar uppgav sjuksköterskorna att det är bra kontinuitet.

Vidare framkom att det finns brister i kontinuiteten av sjuksköterskor på kommunens SÄBO, framförallt på kvällar och helger. Sjuksköterskorna uppgav att det är svårt att rekrytera nya sjuksköterskor till kvällstjänstgöring. Under kvällspassen är det en ordinarie sjuksköterska i tjänst i övrigt bemannas kvällspassen med sjuksköterskor som är timmevikarie, pensionerade sjuksköterskor och några enstaka bemanningssköterskor. På helgerna utgår alla sjuksköterskor från en gemensam arbetslokal, som de kallar för "helgstation". Vidare framkom att bemanningen löser sig helg för helg. Sjuksköterskorna uppgav vidare att de fått ett nytt schema som är rörigt och det är en hel del omflyttningar av personalen och de får ofta meddelande om att det fattas personal. Det förekommer att sjuksköterskorna inte vet hur många sjuksköterskor som ska arbeta per pass och många av sjuksköterskorna är nya vilket inger en känsla av otrygghet. Det händer att de ordinarie sjuksköterskorna, som arbetar var sjätte helg inte känner igen någon av de sjuksköterskor de ska arbeta med. Vidare framkom att det är otydligt när "helgstation" ska gälla. Det kan skapas helgstation om många vill ha ledigt som t.ex. vid skolavslutningsdagen. Sjuksköterskorna uppgav att kontinuiteten dagtid varken är bra eller dålig och att det är stor omsättning på sjuksköterskor och en hel del sjukskrivningar men att det går att få ihop dagen på något sätt. Kontinuiteten på natten är bra.

Enligt de intervjuade sjuksköterskorna är dokumentationen i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen inte är tillräcklig för att uppnå patientsäker vård. Sjuksköterskorna uppgav det är svårt att veta vart i journalen man ska dokumentera, vilket märk om det är en ny sjuksköterska som har dokumenterat i journalen. Trots att det finns mycket hjälp av lathundar så dokumenteras det på fel ställen. Sjuksköterskorna uppgav att det är ett svårt dokumentationssystem. Ibland får de höra att "jag skriver någonstans så har jag i alla fall skrivit det".

Vidare uppgav sjuksköterskorna att det finns vårdplaner för alla de patienter som har hälso- och sjukvårdsinsatser. Vårdplaner finns för t.ex. palliativvård, sårvård,

vårdbegränsningar, läkemedel. Det är tänkt att vård- och omsorgspersonalen ska kunna skriva i vårdplaner som är fördelade. Viss vård- och omsorgspersonalen kan komma in hälso- och sjukvårdsjournalen och skriva in vikt och andra parametrar som t.ex. blodtryck men bara de som har kunskap om hur man gör det, inte alla.

Sjuksköterskorna uppgav att det finns förutsättningar att följa upp planerade och insatta åtgärder för de flesta patienterna och det är något som de prioriterar. Sjuksköterskorna pratar med vård- och omsorgspersonalen och kontrollerar signeringslistor. De flesta signeringslistor finns digitalt. Vidare uppgav sjuksköterskorna att vårdplaner på mer avancerade tillstånd, följs upp av sjuksköterska hos patienten. Mindre allvarligt tillstånd/vårdplaner förväntar sig sjuksköterskorna att de ska bli kontaktade av vård- och omsorgspersonalen om det sker försämring eller när det är läkt/blivit bra.

Sjuksköterskorna uppgav att de inte kan följa upp alla vårdplaner, ”det är omöjligt”, de måste lita på att vård- och omsorgspersonalen gör det de ska göra. Det finns en åtgärdsvy i dokumentationssystemet som en översikt för att ha kontroll på när i tid en vårdplan ska följas upp. Om det skapats en vårdplan när patientansvarig sjuksköterska är ledig så kommer det en notis i åtgärds vyn.

Sjuksköterskorna uppgav att de har tillgång till alla journaler de har behov av. De har tillgång till daganteckningar i den sociala journalen samt till regionens journalsystem. Det kan dock vara en fördröjning från slutenvården i de fall regionens läkare dikterar och till att det är utskrivet. Det förekommer att sjuksköterskorna kan få ringa regionens sjuksköterskan så att hen kan lyssna av diktat och återge det. Det finns vikarier som inte har tillgång till regionens journalsystem. Vidare uppgav sjuksköterskorna att de har möjlighet att kontakta slutenvården via en meddelandefunktion i journalsystemet. Sjuksköterskorna uppgav att det kan förekomma att nya läkemedelsordinationer finns men läkemedlet är inte inskrivna i medicinlistan och recepten finns inte.

Patienter

Vid samtal med patienterna framkom att ingen av patienterna kände till om det fanns en planering för deras vård och behandling. Tre av patienterna framförde att kontinuitet av vård- och omsorgspersonal är bra. Någon sa ” att hen känner de flesta vård- och omsorgspersonalen”. Sjuksköterske- och läkarkontinuiteten upplever två patienter vara bra medan två inte vet då de inte haft behov av att träffa någon sjuksköterska eller läkare.

Ledning

Representanterna för kommunens ledning uppgav att sjuksköterskekontinuiteten ”bygger” på att kontinuiteten är bra dagtid vardagar så att det finns patientansvariga sjuksköterskor på plats på alla boenden. Kontinuiteten nattetid är bra, medan kontinuitet för sjuksköterskorna under kvällen är sämre. Ledningen uppgav att de ”tittar på” hur de ska lösa det. Ledningen uppgav att syftet med ”helgstationen” är att ha alla sjuksköterskor samlade på samma ställe, vilket blir tryggare för både sjuksköterskor och patienter. Under

jourtid fördelas arbetet mellan sjuksköterskorna så att några sitter på kontoret och svarar i telefon och på sjuksköterskor som är ute i verksamheterna. Vidare uppgav ledningen att de har svårigheter att rekrytera sjuksköterskor samt att de har en hög omsättning på sjuksköterskor. I snitt rekryteras 3-4 sjuksköterskor i månaden till kommunen och de försöker ha en viss överanställning då det försvinner en del sjuksköterskor under perioder för t.ex. vård av barn och personalens egna sjukdomar. Ledningen uppgav att i syfte att rekrytera är de synliga på universitet för att redan där locka sjuksköterskor till kommunen. Kommunen ser över sjuksköterskornas löner samt försöker få till ett nära ledarskap för att bli attraktiv arbetsgivare.

Under dialogen med ledningen framkom att det finns vårdplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen, men de kallas åtgärdsbeskrivningar, alla patienter som har en hälso- och sjukvårdsinsats har en åtgärdsbeskrivning. Vård- och omsorgspersonalen kan läsa de åtgärdsbeskrivningar som sjuksköterskorna fördelat, men de kan inte dokumentera i åtgärdsbeskrivningen, vilket kan göra det svårt att följa vårdförloppet. Under 2023 ska det bli möjligt för vård- och omsorgspersonalen att dokumentera i åtgärdsbeskrivningen, vilket ledningen uppgav är bra för patientsäkerheten. Idag är det av stor vikt att den muntliga informationsöverföringen fungerar mellan vård- och omsorgspersonal och sjuksköterska för att säkra upp att vård- och omsorgspersonalen har tillräcklig kunskap om patientens hälsotillstånd. Det är viktigt att vård- och omsorgspersonalen dokumenterar i den sociala journalen under fliken ”hälso- och sjukvård av vikt”. Då inte sjuksköterskorna kan se den sociala journalen måste vård- och omsorgspersonalen rapportera över muntligt till sjuksköterskan vad de dokumenterat.

Under dialogen framkom att MAS granskar hälso- och sjukvårdsdokumentationen och det sker vid varje tillsyn vart tredje år eller på förekommen anledning. Utifrån yttrande efter kommunicering av handlingar förtydligas att granskning sker vid varje tillsyn där varje enhet tillsynas enligt ett ”treårshjul” och på förekommen anledning. Ledningen uppgav dock att intervallet på tillsyn ska ändras till var annat år. Vid granskning ser MAS att det kan saknas uppföljningar och återkoppling vid t.ex. avslut av åtgärdsbeskrivningen. Ledningen uppgav även att det finns möjlighet i journalsystemet att dokumentera med sökord i fritext och inte i åtgärdsbeskrivningen vilket medför en risk i att dokumenterade informationen missas.

Ledningen uppgav att sjuksköterskorna har tillgång till den dokumentation som krävs för att ge god och säker vård genom Nationell patientöversikt (NPÖ) och regionens dokumentationssystem.

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 Karlstad 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 har i vid journalgranskning konstaterat att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vid inspektionen framkom att läkemedelsgenomgångar till en stor del genomförs men att det finns olika ställen i journalen att dokumentera detta och därför kan vara svårt att se vid

journalgranskningen. 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. Av journalgranskningen framgår att 11% av patienterna har läkemedel som bör undvikas.

Under dialogmötet med ledningen framkom att det finns vissa brister med läkemedelsgenomgångarna då det är svårt att få läkare att delta fysiskt på hälsogenomgångar vid alla särskilda boenden i kommunen. Ledningen uppgav dock att arbete pågår för att lösa detta och vid möten med regionen lyfts läkemedelsgenomgångar fram som ett förbättringsområde.

IVO har i denna granskning inte funnit något som tyder på brister avseende delegering.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Karlstad	Värmland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	36%	54%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	25%	52%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	11%	16%	20%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	0%	35%	56%
Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	20%	26%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal	40%	51%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal	0%	14%	17%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Sjuksköterskorna uppgav att de alltid har förutsättningar att delegera enligt delegeringsföreskriften och det finns tydliga rutiner. Delegeringsutbildningen är uppdelad i två delar, en teoretisk del och en praktiskt del och har en stående tid för utbildningen varje vecka. Det händer att sjuksköterskorna inte delegerar vård- och omsorgspersonal om de anser att kunskap saknas. Det är enhetschefen på boendet som initierar vem som ska delegeras och anmäler det till sjuksköterskan. Sjuksköterskorna uppgav att vård- och omsorgspersonalen oftast utför delegerade insatser på ett patientsäkert sätt, men vet att det förekommer att personalen glömmet överlämna läkemedelsdoser. Signeringen av läkemedel sker via en signeringsapp. Sjuksköterskorna uppgav att det har hänt att de har dragit tillbaka delegering eller pausat den i tre mån. Vad det gäller inkomna avvikelserapporter går man igenom dessa i arbetsgruppen, på det operativa teamets träffar, där både sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal deltar. Under dessa möten kan uppmärksammas om det finns saker inom delegering som ska diskuteras. Det förekommer även avvikelser av narkotika preparat som saknas. Det vanligaste är att vård- och omsorgspersonalen inte räknar tabletterna och för in det i narkotikajournalen utan bara signerar i appen. Sjuksköterskorna uppgav att de har oftast förutsättningar att ge stöd och handledning till den delegerade personalen.

Enligt sjuksköterskorna medverkar de till att de patienter som har behov av det får en läkemedelsgenomgång varje år. Sjuksköterskorna använder en symtomskattningsskala phase 20 eller phase proxy inför läkemedelsgenomgången. En fördjupad läkemedelsgenomgång med hjälp av apotekare görs för vissa patienter och vilka patienter som är aktuella ser vårdcentralen ut tillsammans med apotekare. Ibland kan läkemedelsgenomgången vara tillsammans med ett hembesök. Detta fungerar lite olika i kommunens boenden beroende av vilken läkare som är ansvarig för boendet.

Vidare uppgav sjuksköterskorna att de oftast får tillräcklig information från läkare när det sker en förändring i patientens läkemedelsbehandling och att de i sin tur informerar alltid vård- och omsorgspersonalen på vad de ska vara observanta på avseende patientens hälsotillstånd.

Patienter

Endast en patient har varit delaktig vid en läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare. Däremot känner sig majoriteten av intervjuade patienterna trygga eller ganska trygga med att få rätt läkemedel vid rätt tillfälle.

Ledning

Representanterna för ledningen uppgav att det finns rutiner för delegering som följs av sjuksköterskorna samt att delegering sker enligt delegeringsföreskriften. Vidare uppgav ledningen att den vård- och omsorgspersonal som har behov av att förnya delegeringen gör det vid arbetsplatsträffar två gånger/år. Ledningen uppgav vidare att sjuksköterskorna har förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonalen och det finns alltid ett typ av ”standby-läge” för att svara i telefon på frågor från vård- och omsorgspersonalen.

Ledningen uppgav att avvikelserapporter kommuniceras i sjuksköterskegruppen och det är enhetschefen på boendet som tar emot avvikelserapporterna. Ledningen uppgav att antalet avvikelser är få i relation till storleken på verksamhetsområdet och de flesta avvikelserna rör utebliven dos. Enligt kommunens riktlinje framgår att en avvikelse som enhetschefen bedömer och är av allvarlig karaktär ska meddelas MAS. Händelser av allvarlig karaktär utreds av MAS och händelser som är mindre allvarliga utreds av enhetschef. Vad gäller avvikelser avseende att det saknas narkotikapreparat så polisanmäls sådana händelser. Vidare uppgav ledningen att de inte har spårbara läkemedelsskåp på alla boenden. Vård- och omsorgspersonal är delegerad att kunna ge vid behovs dos och alla ska ha kunskap i hur narkotikajournal förs, men där ser ledningen brister.

Ledningen uppgav att läkemedelsgenomgångar genomförs som en del av patienternas hälsogenomgång och ska ske en gång om året i samband med att riskbedömningen Senior alert genomförs. Enligt ledningen initierar sjuksköterskan hälsogenomgången och vård- och omsorgspersonalen fyller i Senior alert för att sedan ta upp resultatet med teamet varannan vecka. Det finns vissa brister med hälsogenomgångarna enligt ledningen då det är svårt att få läkare att delta fysiskt på hälsogenomgångar vid alla särskilda boenden i kommunen. Ledningen uppgav dock att arbete pågår för att lösa detta och vid möten med regionen lyfts läkemedelsgenomgångar fram som ett förbättringsområde. En granskning av läkemedelsgenomgångar sker i samband med övrig journalgranskning som MAS genomför.

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 §§ 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 Karlstad 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 förekommer att brytpunktsamtal inte dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen i de fall där patienten fått ett brytpunktsamtal inom slutenvården.

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. Under dialogen med ledningen framkom att det är läkaren som ska hålla i brytpunktssamtalet men att det kan förekomma att sjuksköterskor i Karlstad kommun som själva håller i samtalet. Detta är enligt IVO en brist då kommunen i egenskap av vårdgivare ska säkerställa att vården utförs i enlighet med 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling. 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

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

patienten, nämligen att personalen saknar information om hur vården i livets slutskede ska genomföras.

IVO konstaterar att sjuksköterskor i Karlstad kommun 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 underlätas endast i undantagsfall.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Karlstad	Värmland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	60%	68%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	11%	15%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	49%	58%	66%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	40%	19%	10%
Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland	20%	7%	8%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Enligt de intervjuade sjuksköterskorna har de ett arbetssätt där de skapar förutsättningar för att patient och anhörig ska förstå att vården har övergått till vård i livets slutskede. De flesta patienter erbjuds brytpunktssamtal och det finns tillfällen då det är sjuksköterskan

som håller i samtalet. Enligt de intervjuade finns det läkare som tycker att det är sjuksköterskan som kan hålla i brytpunktssamtalet. Sjuksköterskorna uppgav att det händer att patienten och närstående har behov av flera samtal. Om patienten fått ett brytpunktssamtal i slutenvården så dokumenteras det i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen att det genomförts men inte vad det innehöll då sjuksköterskan inte har vetskap om det. Det hålls alltid ett samtal vid inflyttning till SÄBO där de pratar om vårdbegränsningar. Sjuksköterskorna uppgav att det öppnar en palliativvårdplan där det tydligt framgår att patientens vård övergått till vård i livets slutskede. Det finns en KVÅ-kod som sjuksköterskorna dokumenterar att brytpunktssamtal är genomfört i den palliativa vårdplanen.

Vidare framförde sjuksköterskorna att vid brytpunktssamtalet ordinerar läkare oftast palliativa injektioner att använda vid behov. Ibland kan patientens hälsotillstånd förändras fort och då hinner inte patienten eller närstående få ett brytpunktssamtal och det finns inga palliativa injektioner ordinerade vid behov. Ordinationen av palliativa injektioner är vid behov och kan användas utan kontakt med läkare. Sjuksköterskorna uppgav att de oftast påbörjar palliativa injektioner utan förnyad kontakt med läkaren. Sjuksköterskorna uppgav även att det inte kan se varför de ska ringa läkaren då det finns läkemedelsordination vid behov och att de kan bedöma att patienten är i stadiet för att påbörja palliativa injektioner då de känner patienten. Läkaren kommer inte alltid ut och gör en bedömning av patientens hälsotillstånd och det är svårt att få läkaren att komma efter rondtid. Under jourtid kommer jourläkaren aldrig ut till patienten utan ger tillfälliga ordinationer på telefon som räcker fram till PAL (patientansvarig läkare) finns tillgänglig. Det har förekommit att ordinationen av palliativa injektioner funnits kvar i 1,5 år då patienten har blivit bättre. Vid årskontrollen tas då ställning till om ordinationen ska finnas kvar eller inte. Sjuksköterskorna uppgav att de ibland har förutsättningar att arbeta enligt gällande lagrum, föreskrifter och nationella riktlinjer om vård i livets slutskede. Svårigheterna är framförallt på jourtid. Sjuksköterskorna uppgav att om det inte skulle finnas vid behovs ordination på palliativa injektioner som de kan använda skulle patienten få ett stort lidande. Det finns inte möjlighet att få kontakt med läkarna vid varje tillfälle som sjuksköterskorna påbörjar palliativa injektioner.

Ledning

Enligt ledningen genomförs de flesta brytpunktssamtal av läkare, men det händer att sjuksköterskor genomför dessa trots att MAS varit tydlig med att detta är läkarens ansvar. Ledningen uppgav även att det händer att läkaren bollar tillbaka genomförandet av brytpunktssamtalet till sjuksköterskan, vilket ledningen vid möten med vårdcentralerna är tydliga med att det är ett läkaransvar. Brytpunktssamtalet dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen, men om brytpunktssamtalet genomförts inom slutenvården så kan det saknas i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vidare uppgav ledningen att de ska förtydliga för sjuksköterskorna att det inte de som ska göra en bedömning åt läkarna om att en patient är i vård i livets slutskede.

När det gäller läkemedel i samband med vård i livets slutskede uppgav ledningen att sjuksköterskorna kan påbörja palliativa injektioner när det finns vid behovsordinationer och det var några dagar eller någon vecka sedan man sist hade kontakt med läkare. Vidare uppgav ledningen att de inte känner till att palliativa injektioner skulle ha använts felaktigt. Ledningen uppgav dock att det finns risker med att det finns gamla vid behovsordinationer och de har kännedom om att det har funnits ordinationer som varit 1,5 år gamla. Ledningen uppgav att de har diskuterat med regionen om att det inte får finnas gamla ordinationer på palliativa injektioner.

Vad gäller utbildningar uppgav ledningen att det pågår länsövergripande utbildningar tillsammans med regionen i palliativ vård. Då det är en stor omsättning på personal måste hela tiden ny personal utbildas. Ledningen uppgav att det även utbildas palliativaombud, som ombud är man ombud på sin arbetsplats. Under dialogen framkom att det finns en planering så att patienter inte ska behöva avlida ensamma.

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

Ytterligare information

De synpunkter som inkommit på kommunicerat underlag ändrar inte IVO:s bedömning.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Lennart Pettersson. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Pernilla Wiklund deltagit. Inspektören Viktoria Lammgård har varit föredragande.

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