

Lekebergs kommun
Socialnämnden
716 81 Fjugesta

Vårdgivare och huvudman

Lekebergs kommun

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av Socialnämnden i Lekebergs 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 saknas tillräcklig 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,
- vem som ansvarar för förbättringsarbetet,
- samt hur och när effekten av planerade, pågående och vidtagna åtgärder kommer att följas upp.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast **den 26 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 sin bedömning av den medicinska vården och behandlingen på SÄBO i Lekebergs 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 Lekebergs 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.

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 avser vård- och omsorgspersonalens 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 förstas särskilt allvarligt när det gäller personal med delegering. 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.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Lekeberg	Örebro*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad	42%	26%	34%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	22%	56%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	22%	52%	42%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	36%	56%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	80%	86%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	55%	73%	63%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att de ansåg att de flesta av vård- och omsorgspersonalen har tillräcklig kompetens att uppmärksamma om en patients hälso- och sjukdomstillstånd förändras och att de oftast kontaktar sjuksköterskan när det finns behov. Vidare framkom att sjuksköterskorna ansåg att de flesta av vård- och omsorgspersonalen har tillräckliga kunskaper i det svenska språket men att det blivit mer vanligt att vård- och omsorgspersonalen har brister i svenska språket. Detta medför att det kan vara svårt att förstå vård- och omsorgspersonalen när de ringer och att det påverkar patienterna som kan bli oroliga och känna otrygghet samt att missförstånd kan uppstå.

Sjuksköterskorna uppgav att de har möjlighet att besöka patienter oavsett dag och tid på dygnet om de bedömer att det finns behov av det. Avstånd kan vara ett hinder då de arbetar ensamma på kvällar, nätter och helger men de har löst det genom att de guidar

vård- och omsorgspersonalen på SÄBO när de behöver prioritera annan patient samt att sjuksköterskan har frikopplats från nattpatrullen och kan besöka patienterna i större utsträckning.

Enligt sjuksköterskorna har de alltid tillgång till läkare, även under jourtid, men bedömde att den totala läkartiden inte var tillräcklig för att tillgodose alla patienters behov då exempelvis ändringar i dosförpackade läkemedel kunde dröja efter rond och att patienter med icke-akuta behov inte blev prioriterade.

Patienter

De patienter som intervjuades uppgav att de alltid får hjälp av vård- och omsorgspersonalen om de inte mår bra samt majoriteten av dem ansåg att de får träffa sjuksköterska och läkare om de har behov av det. I samtalen med patienterna framkom att de inte alltid förstår vad vård- och omsorgspersonalen säger och att personalen kan ha svårt att förstå vad patienterna säger. Detta kan till viss del kopplas till vikarier som arbetade under sommaren. Majoriteten av patienterna känner sig trygga med den personal som tar hand om dem.

Ledning

Ledningen anser att det är viktigt att få in personer med andra språk i verksamheten och beskrev hur de har introduktionsanställningar där personer med andra språk till en början får gå bredvid, utföra lättare arbetsuppgifter och träna sin svenska för att sedan gradvis via en stegmodell introduceras i verksamheten. Dessa personer följs regelbundet upp av handledare och chef och en introduktionsanställning kan leda till en anställning.

Vård- och omsorgspersonalen erbjuds utbildningar såsom delegeringsutbildningar, lyftkörkort etc. Medicinskt ansvarig sjuksköterska menade att de behöver arbeta mer med en kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring SBAR (situation, bakgrund, aktuell bedömning och rekommendation) för att få en struktur och där exempelvis vård- och omsorgspersonalen ska kunna kontrollera vitala parametrar. Tidigare genomgångar av SBAR har inte gett önskad effekt och det har nu tagits med i förvaltningens riskanalys och de arbetar med en handlingsplan.

Vid samtal med representanter för kommunens ledning berättade de att de i samband med pandemin frikopplat nattsjuksköterskan som tidigare åkt i par med undersköterska. Vid uppföljning har de sett positiva effekter genom att sjuksköterskan har blivit mer tillgänglig för de patienter som har behov av sjuksköterska nattetid och därför kommer denna förändring att bestå.

Enligt ledningen har sjuksköterskornas uppgift om att den totala läkartiden är otillräcklig inte framkommit tidigare och de avsåg att följa upp detta. De har regelbundna träffar med chef för vårdcentral, vars läkare är knutna till SÄBO. Även sjuksköterskorna träffar vårdcentralens läkare två gånger per termin för att diskutera samverkan.

Ledningen bedömer att resultatet av journalgranskningen beror på att läkarkontakter inte dokumenteras i tillräcklig omfattning samt att en del patienter inte har behov av att träffa läkare varje månad medan andra patienter har behov av fler läkarkontakter.

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 § 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 och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

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 och hur dessa påverkar behovet av vård och omsorg om hälso- och sjukvård.
- 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 saknas tillräcklig kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård

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

IVO konstaterar även att det för ett flertal patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner. IVO bedömer att bristerna utgör en patientsäkerhetsrisk.

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

IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuitet bland vård- och omsorgspersonalen, 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 personer inblandade i patientens vård och behandling.

IVO kan konstatera att det pågår ett förbättringsarbete i Lekebergs kommun inom området dokumentation. Vid dialogmötet med ledningen framkom att det finns en plan för utbildning under hösten 2022 där de kommer att arbeta med processerna i journalsystemet samt att all legitimerad personal kommer att få en heldagsutbildning i journalsystemet.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Lekeberg	Örebro*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	93%	40%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	-	31%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	100%	90%	63%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	64%	64%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	11%	9%	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 gruppintervjun med sjuksköterskor framkom att det inte finns en strukturerad dokumentation (vårdplan) för de patienter som har hälso- och sjukvårdsinsatser. Kommunen introducerade ett nytt journalsystem 2022 och strukturen i journalen kan vara ett hinder då systemet är under uppbyggnad. Enligt sjuksköterskorna finns en del vårdplaner i systemet (främst för läkemedel, sår, viktkontroller) men de används inte på rätt sätt och uppföljningar försvåras därför. Sjuksköterskorna saknar utbildning i systemet och gör därför olika. Även vård- och omsorgspersonalens dokumentation av utförda åtgärder brister då de också saknar utbildning. Sjuksköterskorna anser att de inte har tillgång till de journaler som de har behov av. Detta beror främst på att sjuksköterskorna och vård- och omsorgspersonalen inte har tillgång till varandras journalsystem. Sjuksköterskorna har tillgång till nationell patientöversikt (NPÖ) men påpekar att det kan ta tid innan läkaranteckningar syns i NPÖ om patienten varit på sjukhus och diktat har skrivits av medicinsk sekreterare.

Enligt sjuksköterskorna har kontinuiteten gällande vård- och omsorgspersonal försämrats i varierande grad på olika boenden och att vikarier i större utsträckning arbetar på flera boenden. Kontinuiteten för sjuksköterskor är god dagtid men sämre kvälls- och nattid och dålig på helger. Sjuksköterskorna uppgav att detta beror på ett nytt schema/arbetsätt med omflyttningar i grundschema där exempelvis en sjuksköterska arbetar fredag kväll och sedan är det en annan sjuksköterska som går på lördag morgon. Flera sjuksköterskor går utbildningar och även detta har lett till sämre kontinuitet.

Patienter

Ingen av patienterna känner till om det fanns en planering för deras vård och behandling men majoriteten av dem är trygga med planeringen av deras vård och behandling. Patienterna upplever att det är god kontinuitet bland sjuksköterskor och läkare men att den är bra respektive ganska bra bland vård- och omsorgspersonalen.

Ledning

Enligt ledningen har de kännedom om att det nya journalsystemet har en annan struktur och att denna gör att processerna som personalen ska dokumentera ser annorlunda ut och att det tar tid att få till denna förändring. De har även uppmärksammat att vårdplaner i det nya journalsystemet inte används fullt ut. Som stöd till personalen har de tagit fram lathundar, rutiner på intranätet och dokumentationsombud. Medicinsk ansvarig sjuksköterska granskar dokumentationen två gånger per år och den senaste granskningen visade att det fanns en del arbete kvar att göra, en ny granskning är planerad till slutet av året. När journalerna skickades in i juni 2021 följde förmodligen inte KVÅ/ICF koder med men enligt ledningen används KVÅ koder automatiskt i det nya journalsystemet. I nuläget används inte ICF utan detta kommer att införas under 2023. Enligt ledningen har de genomfört viss utbildning i det nya journalsystemet och det finns en planering för vidare utbildning under hösten 2022.

Ledningen är medveten om att kontinuiteten gällande vård- och omsorgspersonal har försämrats då de utifrån arbetsmiljö respektive vårdtyngd gjort förändringar i arbetsgrupperna. Kommunen har full bemanning av sjuksköterskor och de justerar ibland schemat vid behov, detta skedde exempelvis under en begränsad tidsperiod våren 2022 när förändringar gjordes för att stärka upp bemanning dagtid med anledning av frånvaro på grund av utbildning och sjukdom.

Tillämpliga bestämmelser

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).

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 Lekebergs kommun inte sker på ett patientsäkert sätt. Bristerna avser delegering och läkemedelsgenomgång och dessa brister medför en patientsäkerhetsrisk.

Delegering

IVO anser att det saknas tillräckliga förutsättningar för sjuksköterskorna att delegera läkemedelshandling i enlighet med delegeringsföreskriften. Det saknas även förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som delegerats arbetsuppgiften att ge läkemedel att utföra denna uppgift på ett patientsäkert sätt. Detta utgör enligt IVO en brist. Vid inspektionen framkom det att vård- och omsorgspersonalen inte alltid uppmärksammar att deras delegering behöver förnyas. Det händer att sjuksköterskorna kan känna sig pressade att ge personal delegering.

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 till stor del saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. IVO anser att det är av vikt att det finns

dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen även om huvudansvaret för läkemedelsgenomgång åligger regionen som huvudman.

IVO kan konstatera att det pågår ett förbättringsarbete i Lekebergs kommun inom området delegering och att kommunen nyligen infört ett nytt arbetssätt avseende delegering.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Lekeberg	Örebro*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	63%	28%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	57%	23%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	36%	28%	20%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshandtering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	64%	59%	56%
Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	18%	39%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal	9%	30%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal	9%	23%	17%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att de oftast har förutsättningar att delegera enligt delegeringsföreskriften och det som brister är att personal ibland söker upp dem och berättar att de behöver ha en delegation omedelbart. De har ett system som larmar om att det är dags att förnya delegering men det händer att vård- och omsorgspersonal inte uppmärksammar detta. Nya rutiner för delegeringar har tagits fram och där ska bland annat tider planeras för förnyelse av delegation. All vård- och omsorgspersonal förstår inte vad en delegering innebär och även om sjuksköterskorna har möjlighet till handledning så

följer inte alltid den personal som fått delegering de rutiner som gäller. Vård- och omsorgspersonalen utför oftast delegerade uppgifter på ett patientsäkert sätt men det förekommer att läkemedel glöms bort eller att det sker en förväxling av läkemedel. Detta hanteras som en avvikelse.

Enligt sjuksköterskorna medverkar de till att det genomförs läkemedelsgenomgångar till de patienter som har behov av det.

Patienter

Hälften av patienterna uppgav att de diskuterat sin läkemedelsbehandling med sin läkare under det senaste året. Alla patienter hade fått förändringar i sin läkemedelsbehandling under det senaste året och hos hälften av dem hade uppföljning av mående skett.

Ledning

Enligt ledningen har man ett pågående förbättringsarbete kring delegeringar där de har skärpt kraven. En ny rutin har tagits fram och de är i implementeringsfasen av denna. Rutinen förtydligar delgeringsprocessen med vilka moment som ska ingå och vilka krav som ställs för att få en delegering. Rutinen tydliggör även att det är enhetscheferna som bokar tider för dem i personalen som ska få en delegering. Enligt medicinsk ansvarig sjuksköterska förekommer inte delegering på iordningställande av dosett. Vidare uppgav MAS att en del sjuksköterskor kanske delegerar för lättvindigt och att detta behöver skärpas upp.

Enligt ledningen ingår och dokumenteras läkemedelsgenomgång i årskontrollen och denna planeras utifrån patientens födelsedag. Vidare framkom att rätt KVÅ-kod inte har använts vid dokumentation av läkemedelsgenomgång. Under hösten/vintern 2022 har de fört diskussioner med läkarna och de är överens om att årskontroll med läkemedelsgenomgångar ska genomföras varje år. Den senaste journalgranskningen visade på ett förbättrat resultat.

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

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

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 Lekebergs kommun. IVO kan av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen inte utläsa att brytpunktssamtal¹ genomförts när vården övergår i livets slutskede.

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

IVO konstaterar att journalgranskningen visar att det till stor del saknas dokumenterade brytpunktssamtal i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vid inspektionen framkom att brytpunktssamtal genomförs och sjuksköterskorna

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

uppgav att dessa dokumenteras. Orsaken till att uppgifterna inte är överensstämmande klargjordes inte vid inspektionen. IVO begär därför att nämnden i sin redovisning till IVO redogör för orsaken till att uppgifterna inte stämmer överens samt på vilket sätt dokumentation av brytpunktssamtal sker idag.

IVO konstaterar att det, enligt enkätsvaren från sjuksköterskorna, förekommer att sjuksköterskor påbörjar läkemedelsbehandling vid livets slutskede utan att först informera och på nytt ta kontakt med läkare för ett nytt ställningstagande. Vid intervjuerna framkom dock både vid intervju med sjuksköterskor och ledning att kontakt med läkare alltid tas. IVO menar att utifrån kravet på god vård ska en sjuksköterska, även om en planering för patienten avseende vård i livets slutskede finns beslutad av läkare, i normalfallet ta ny kontakt med läkare innan åtgärder enligt planen vidtas. Detta kan underlåtas endast i undantagsfall. IVO framhåller vikten av att nämnden fortsätter att följa detta med anledning av svaren i enkäten.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Lekeberg	Örebro*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	96%	66%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	-	13%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	100%	58%	66%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	18%	17%	10%
Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland	0%	1%	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

I gruppintervjun med sjuksköterskorna framkom att de har ett arbetssätt där de skapar förutsättningar för att patient och/eller närstående ska förstå att vården övergått till vård i livets slutskede och att det alltid framgår i patientens journal att vården övergått till vård i livets slutskede. Detta genom en uppmärksamhetsymbol för tidig respektive sen fas och även vård- och omsorgspersonalen kan se detta i sin app. Av dokumentation framgår också patientens önskemål om vård i livets slutskede. Enligt sjuksköterskorna erbjuds alla patienter och/eller närstående brytpunktssamtal när beslut ska tas om vård i livets slutskede. Brytpunktssamtal hålls ofta i tidig palliativ fas till exempel i samband med årskontroll och sker inte lika ofta vid sen fas om man tidigare haft ett samtal men sker i sen fas vid behov och vid ett snabbt sjukdomsförlopp. Vidare framförde sjuksköterskorna att de aldrig börjar ge läkemedel för vård i livets slutskede utan kontakt med läkare.

Ledning

I dialogmötet med ledningen bekräftade ledningen sjuksköterskornas uppgifter om hur kommunen arbetar med vård i livets slutskede. Det råder en osäkerhet om vilka journalhandlingar som skickades in till IVO. Enligt medicinskt ansvarig sjuksköterska finns det en uppmärksamhetsymbol om vård i livets slutskede i alla journaler där det är aktuellt och att det där framgår namn på läkare som beslutat om vård i livets slutskede samt att närstående är meddelade och datum då detta gjordes. Vidare uppgav medicinskt ansvarig sjuksköterska att palliativa läkemedel vid vård i livets slutskede aldrig ges utan förnyad läkarkontakt. Det förekommer inte att patienter avlider ensamma utan extravak sätts in och det är ordinarie personalen som sitter med patienten.

Resultat från palliativa registret och dokumentationsgranskningarna redovisas till nämnden två gånger per år.

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 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.

Ytterligare information

Nämnden har inkommit med synpunkter efter kommunicering av inspektionsprotokoll. Nämnden menar att om en ny mätning skulle göras skulle resultatet se annorlunda ut då de har kommit längre i sin implementation av det nya journalsystemet med bland annat utbildningsinsatser och checklistor för dokumentation.

Underlag

- Protokoll från dialogmöte med kommunens ledning
- Sammanställning patientintervjuer
- Sammanställning av intervju med sjuksköterskegruppen
- Detaljerat kommunkort
- Yttrande från nämnden efter kommunicering av handlingar

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Therése Breiding Rovai. Inspektörerna Jenny Morsäter och Kerstin Nilsson har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Linda Åström har varit föredragande.

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