

Askersunds kommun  
Socialnämnden  
69682 Askersund

## Vårdgivare och huvudman

Askersunds kommun

## Ärendet

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

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

- Individuell bedömning och kompetensnivå
- Dokumentation och personalkontinuitet
- Läkemedelshantering
- Vård i livet 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 att 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 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 7 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 Asersunds 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 Asersunds 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. Det framkommer att sjuksköterskorna ibland saknar förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när det skulle behövas för att uppnå god vård.

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 förstås 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	Askersund	Örebro*	Riket
<b>Av journalgranskningen framgår</b>			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad	23%	26%	34%
<b>I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de</b>			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	57%	56%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	57%	52%	42%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	71%	56%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	86%	86%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	100%	73%	63%

\* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

*Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:*

#### Sjuksköterskor

Vid intervjun med med representanter för kommunens sjuksköterskor uppgav de att alla sjuksköterskor i kommunen har möjlighet att besöka patienten och bedöma patientens hälso- och sjukdomstillstånd när de anser att det finns behov av det under dagtid medan det under kväll, natt och helg enbart var några sjuksköterskor som hade denna möjlighet. På kvällstid/helg/natt har det hänt att en sjuksköterska fått säga till personalen att ringa en ambulans eftersom sjuksköterskan inte haft tid att komma till boendet. Vidare uppgav de att det ser olika ut beroende på vad som händer. Eftersom det bara är en sjuksköterska i tjänst på kväll/natt/helg är det omöjligt att besöka alla patienter om det skulle hända flera saker samtidigt.

Sjuksköterskorna uppgav att de upplevde att några av vård- och omsorgspersonalen har tillräckligt med kompetens för att uppmärksamma om patientens hälso- och sjukdomstillstånd förändras. De upplevde också att vård- och omsorgspersonalen oftast

ringer en sjuksköterska vid behov men att det har hänt att de inte ringt när en patient haft t.ex. bröstsmärta.

Sjuksköterskorna uppgav vidare att de flesta av vård- och omsorgspersonalen har tillräckliga kunskaper i det svenska språket men tillade att det är ett problem att all personal inte kan svenska tillräckligt bra. Det händer att vård- och omsorgspersonalen inte förstår sjuksköterskorna och tvärtom och det har hänt att sjuksköterskorna inte åkt ut till boendet p.g.a. språkförbistringar. Det har också hänt att de istället för att prata har fått skicka bilder på läkemedel till varandra men sjuksköterskorna uppgav att det är olika på olika boenden och att det är värre språkproblem hos vård- och omsorgspersonalen på ett av boendena där språkkunskaperna är extra viktiga.

Sjuksköterskorna uppgav att de alltid har tillgång till läkare när det finns behov av det då det via telefon finns möjlighet för konsultation dygnet runt. Däremot upplevde de att den totala läkartiden inte är tillräcklig för att tillgodose alla patienters behov.

### Patienter

Enligt patienterna får de vid behov oftast hjälp av vård- och omsorgspersonalen. På frågan om patienterna alltid får träffa en sjuksköterska när de inte mår bra uppgav flertalet av dem att de alltid/oftast får det medan en uppgav att hen aldrig får det.

Över hälften av patienterna uppgav att de alltid/ibland får träffa en läkare när de har behov av det och majoriteten av dem uppgav att de kände sig trygga med den personal som tar hand om dem medan två uppgav att de kände sig ganska trygga.

Fyra av patienterna uppgav att de oftast förstår vad vård- och omsorgspersonalen säger och att personalen oftast förstår dem medan en upplevde att hen ibland förstår personalen. En patient uppgav att personalen alltid förstår hen.

### Ledning

I dialog med ledningen framkom att de känner väl till problemen med vård- och omsorgspersonalens språkbrister samt att det är svårt att få tag på kompetent personal och att dessa frågor har varit föremål för diskussion de senaste två åren. Sjuksköterskorna känner t.ex. ingen trygghet i att vård- och omsorgspersonalen alltid larmar sjuksköterska vid behov och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) har fått flera larm från sjuksköterskorna om detta.

Det är flera undersköterskor som är sjukskrivna och utifrån detta finns det för lite personal antällda för tillfället, flera har också slutat och då har kommunen tagit in fler vikarier/timvikarier. När det blivit hög omsättning på personal så har det blivit en tuff arbetssituation och då har flera sagt upp sig och det har blivit en dålig spiral med många vikarier. Ledningen upplever att det är svårt att rekrytera undersköterskor och att personal med lägre kompetens därför anställts. Vikarierna och deras kompetens är varierande.

För att åtgärda bristerna har nämnden fört en diskussion med arbetsmarknadsenheten om möjligheten till en språkutbildning med fokus på facktermer i vården. Det är ännu inga beslut fattade kring detta. En diskussion har också förts om att MAS ska få färre administrativa uppgifter för att få mer tid för att jobba som medicinskt ansvarig men detta ska först samverkas.

Vidare används ”äldreomsorgslyftet” (via Vård- och omsorgscollege) flitigt för att validera personalen till undersköterskor. Det är ganska många i personalgruppen som går äldreomsorgslyftet för tillfället. Ledningen uppmuntrar personalen till detta.

Det pågår även ett pilotprojekt gällande att anställa serviceassistenter som ska göra uppgifter som undersköterskorna normalt gör för att de ska få tid över till annat. Det ska finnas två personer på två av avdelningarna och rekrytering pågår och serviceassistenterna kommer att börja arbeta så snart rekryteringen är klar.

Vidare har kommunen sedan hösten 2022 börjat att anställa fler vård- och omsorgspersonal. Alla enhetschefer har fått order om att bemanna upp så mycket de kan, de ska t.o.m. överbemanna eftersom det är flera sjukskrivna.

”Vård- och omsorgscollege” har blivit inbjudna till att den 30:e november 2022 komma och berätta om ett koncept för språkombud och tanken är att det ska finnas språkombud på boendena.

I dialog med ledningen framkom att de ser stora risker i att personal inte ser till att en sjuksköterska kommer direkt till en patient när det finns behov av det. De ser också risker med att vård- och omsorgspersonal inte rapporterar över till ny personal mellan skift. Det kan handla om brister i språk eller kompetens som gör att detta inte sker. Det är också en risk att det är många vikarier som inte känner patienterna och vet hur de brukar vara. Enligt ledningen är det större problem på vissa boendena, det finns en mer stabil personalgrupp på ett av boendena. På några boendena är det många vikarier och nya enhetschefer och det har utifrån det inte varit bra förutsättningar för att få till rutiner. Vidare framkom i dialog med ledningen att det finns arbetssätt för att patienter inte ska avlida i ensamhet.

Enligt ledningen har alla enhetschefer slutat på ett av boendena under de senaste två åren och de två senaste rekryterade enhetscheferna till boendet har rekryterats under sommaren 2022. Alla rutiner finns på plats men följsamheten till dem skiftar mellan boendena, enligt ledningen.

Ledningen uppgav att det utifrån tre händelser som skett har gjorts en utredning av MAS och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och att en lex Maria-anmälan kommer att skickas till IVO. Utifrån utredningen som gjorts har en handlingsplan upprättats som bland annat enhetschefer är ansvariga för att följa. Det finns inget exakt datum för uppföljning av handlingsplanen men kommunen kommer att titta på det under hela nästa

år. Ledningen ser att samma brister framkommer i utredningen som i t.ex. patientsäkerhetsberättelserna och även i rapporteringen från IVO.

Vidare framgår att hemsjukvårdens chef har ett uppdrag att göra en översyn för att se över sjuksköterskornas arbete inklusive resurserna och hur arbetet är fördelat. Resultet av översynen ska redovisas i november.

Angående att sjuksköterskorna uppgett i intervju med IVO att den totala läkartiden inte är tillräcklig framgår i dialog med ledningen att socialnämnden tillsammans med MAS har gjort en skrivelse till regionen för 3-4 år sedan där ledningen visade hur tillgången på läkare sjunkit. Det hålls samverkansmöten med regionen men regionen har inte nog med läkare att tillgå.

Ledningen har inte anlitat någon läkare på egen hand (utan genom regionen) men känner till att möjligheten finns om regionen inte tillhandahåller de läkare som avtalet anger. Ledningen uppger att även om de skulle lägga ut en egen läkarannons så kommer det inte att kunna antällas någon eftersom det inte finns läkare att tillgå. Kommunen har pratat med regionen om detta och beskrivit vad konsekvenserna blir, som att patienter får skickas in till sjukhuset istället. Det finns en fast läkare på vårdcentralen i kommunen och resten är inhyrda läkare, vilket är bättre än på länge, enligt ledningen. Vårdcentralen prioriterar SÄBO-patienter före andra men tiden räcker ändå inte till. Sjuksköterskorna är vana vid att läkaren inte kommer, förutom på rondtid då det fungerar. Enligt ledningen är det svårt att få till hembesök av läkare.

#### *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 saknas tillräcklig kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård.

IVO:s granskning visar att dokumentationen i Askersunds kommun inte sker enligt gällande regelverk och att det inte finns en personalkontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård. IVO konstaterar även att det för flera 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 (i de fall det är nödvändigt) som ska vidta åtgärderna och vem som har det övergripande ansvaret för planen IVO är medveten om att vårdplaner kan vara dokumenterade i andra journaler än de kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler som granskats. Sjuksköterskorna uppger att de inte alltid har tillräcklig information, vilket innebär risker för patientsäkerheten eftersom insatser riskerar att försenas eller inte kunna utföras. Kommunen behöver därför vidta åtgärder för att i samråd med regionen se till att sjuksköterskorna får kännedom om all relevant patientinformation oavsett på vilket sätt detta sker.

IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och läkare, 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	Askersund	Örebro*	Riket
<b>Av journalgranskningen framgår</b>			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	88%	40%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	60%	31%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	100%	90%	63%
<b>I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de</b>			
Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	71%	64%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	0%	9%	26%

\* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

*Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:*

#### Sjuksköterskor

Vid intervjun med sjuksköterskorna framkom att det finns brister i kontinuiteten när det gäller vård- och omsorgspersonalen på kommunens SÄBO. Detta eftersom det är många sjukskrivningar vilket gör att personal från andra avdelningar får ”rycka in”. Om en personal har delegering på till exempel insulin kan hen behöva hjälpa till på olika avdelningar/boenden om det inte finns någon annan personal där med delegering. Det är hög omsättning på omvårdnadspersonal, särskilt bland timvikarier.

När det gäller kontinuiteten på sjuksköterskor på kommunens SÄBO så framkom det att den är varken bra eller dålig under dagtid medan den är dålig på kvällar och helger och ganska bra på natten. Det finns åtta sjuksköterskor på SÄBO under dagtid och på kvällar och nätter finns det en sjuksköterska i tjänst som ska täcka upp hela kommunen. Totalt finns det åtta anställda sjuksköterskor plus tre nattsköterskor. Under kvällar och helger är det cirka 20 sjuksköterskor som delar på kväll och helg för arbete på SÄBO och hemsjukvården.

När det gäller dagtid under vardagar så kommer kontinuiteten att bli sämre framöver eftersom det är flera sjuksköterskor som ska sluta. En tredjedel av sjuksköterskorna kommer från bemanningsföretag och de intervjuade sjuksköterskorna beskriver situationen som ”turbulent”. Alla sjuksköterskor på SÄBO arbetar dag, kväll och helg, vilket innebär

att patienterna träffar många olika sjuksköterskor. Det finns tre nattsjuksköterskor, vilket innebär att kontinuiteten är bättre under natten.

När det gäller kontinuiteten på läkare under vardagar på dagtid upplever sjuksköterskorna den som dålig. De berättar att det bara finns en fast anställd läkare på vårdcentralen och övriga är inhyrda från bemanningsföretag. Sjuksköterskorna får veta från vecka till vecka vilken läkare de ska ronda med.

Sjuksköterskorna uppger att inga sjuksköterskor har tillgång till de journaler som de har behov av eftersom de inte har tillgång till den sociala dokumentationen, vilket de saknar. Tillgången försvann vid en uppdatering av datasystemet i våras.

Sjuksköterskorna har läsbehörighet till NPÖ och där är det mesta dokumenterat men de kommer inte åt exempelvis information om att patienterna är inlagda. Det kan ske fördröjningar av dokumentationen i NPÖ (oftast inte vid inläggningar men vid sjukhusbesök). Om någon patient kommer tillbaka till boendet på kvällen så ser nattpersonalen inte alltid det. De kan inte heller till exempel se om patienten röntgats. Informationen kan finnas tillgänglig nästa dag. Det har blivit sämre med tiden. Primärvårdens journal/uppgifter finns tillgänglig i NPÖ.

Vård- och omsorgspersonalen kan läsa vissa saker i hälso- och sjukvårdsdokumentationen men inte allt. De har tillgång till information genom cirka 20 sökord.

Det upprättas inte vårdplaner (vårdplanerna kallas dock för "hälsoplan" i kommunen) förutom för några patienter men de är inte strukturerade. Att upprätta vårdplaner har prioriterats bort eftersom det är många nya i organisationen och hög arbetsbelastning.

Vård- och omsorgspersonalen har ett uppföljningsansvar att rapportera och dokumentera om till exempel ett sår ser illa ut och en sjuksköterska behöver titta på det. De dokumenterar det i journalsystemet, vilket är kopplat till sjuksköterskornas journalsystem. Det används dubbla journalsystem för tillfället. Enligt sjuksköterskorna brister det i vård- och omsorgspersonalens dokumentation. Många i personalen dokumenterar inte uppföljningar. Personalen får i systemet information/uppdrag kring exempelvis läkemedel och omläggningar och man kan också lägga in mätvärden.

Eftersom det inte upprättas några vårdplaner har inte vård- och omsorgspersonalen tillgång till dessa även om de i datasystemet har läsbehörigheter och hade kunnat läsa dem om de hade upprättats. Den som arbetar närmast patienten har därmed inte tillräcklig information om patientens behov som till exempel att en lyftsele ska användas, enligt sjuksköterskorna. HSL-pärmen finns inlåst i ett skåp så vård- och omsorgspersonalen kan inte komma åt denna.

Det finns dokumentationsstöd i journalsystemet, som standardiserade/fastställda sökord enligt ICF och KVÅ samt frastexter. Sjuksköterskorna anser inte att innehållet i dokumentationen är tillräcklig för att uppnå patientsäker vård när personalkontinuiteten

avseende sjuksköterskorna är dålig. Det är till exempel dåligt med bakgrundsinformation i journalerna utifrån att sjuksköterskorna inte har haft tid att dokumentera men det ser olika ut på olika boenden.

### Patienter

Alla utom en av de intervjuade patienterna uppgav att de inte kände till om det finns en planering för deras vård och behandling. Den som kände till att det fanns en planering upplevde sig dock inte ha varit delaktig i planeringen för sin vård men upplevde att planeringen följdes.

När det gäller upplevelsen av att känna sig trygg med planeringen av sin vård och behandling uppgav alla utom en att de kände sig trygga eller ganska trygga.

De flesta av patienterna upplevde att kontinuiteten när det gäller vård- och omsorgspersonalen var bra eller ganska bra medan en upplevde den som ganska dålig. Det framkom vid samtal med patienterna att det fanns en upplevelse av att det är många vikarier bland vård- och omsorgspersonalen, särskilt under semestern.

När det gäller kontinuiteten hos sjuksköterskorna så uppgav ungefär hälften av patienterna att den var ganska bra medan den andra hälften tyckte att den var ganska dålig eller inte visste. De flesta av patienterna visste inte hur läkarkontinuiteten såg ut medan några upplevde den som bra.

### Ledning

I dialog med ledningen framkom att de kände igen att det finns brister både i vård- och omsorgspersonalens dokumentation och i dokumentation fördd av legitimerad personal. På frågan om hur det arbetas för att förbättra detta är det enhetschefernas ansvar att vidta åtgärder kring detta och ge förutsättningar för att det ska fungera.

Sjuksköterskorna hade tillgång till vård- och omsorgspersonalens dokumentation tidigare men inte nu. Vård- och omsorgspersonalen har läsbehörighet till HSL-journalen och det som sjuksköterskorna dokumenterar. Sjuksköterskorna har fått information från ledningen om att vårdplaner ska upprättas men det har inte fungerat, vilket ledningen ser väldigt stora risker med samtidigt som upplevelsen är att sjuksköterskorna dokumenterar mycket och bra i journalerna. All information finns där men den är inte strukturerad och finns inte samlad i en vårdplan. Sjuksköterskorna kan enkelt hitta ordinationer som finns och det kan även vård- och omsorgspersonalen. Det är inte svårt att hitta i journalen för den som är van men det kan vara svårt för de nya.

Journalgranskningar ska göras men har inte kommit igång sedan pandemin. Det har även gjorts kollegiala granskningar tidigare men det har inte heller kommit igång sedan pandemin.

Eftersom kommunen ser brister i journalföringen ska en sjuksköterska, som är van med journalsystemet, veckan efter dialogmötet informera övriga om detta under en halvdag. På ett av SÄBO kommer det även i slutet av november att göras en uppföljning gällande omvårdnad och hälso- och sjukvård. Det ska också göras en verksamhetstillsyn i januari. Efter sommaren informerades enhetscheferna om att det hade visat sig att det fanns brister i omvårdnaden och då beslutade de att sätta in samordnade undersköterskor och nära ledarskap varje morgon. Detta ska följas upp genom samtal med enhetschefer i november.

När det gäller vård- och omsorgspersonalen så vet ledningen att det finns brister i deras dokumentation och kommunen har därför vidtagit en åtgärd för att förbättra detta genom att se till att det finns ett antal tider då personalen kan komma och träffa två personer som ska lära dem om dokumentation. Detta har ännu inte startat men när detta är testat kan nästa steg bli att beordra in fler personal för denna åtgärd. Det finns även ett nytt introduktionsprogram för vård- och omsorgspersonalen sedan sommaren.

### *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 Askersunds 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 den vård- och omsorgspersonal som har delegerats arbetsuppgiften att ge läkemedel att utföra denna uppgift på ett patientsäkert sätt. Detta utgör enligt IVO en brist. Vid inspektionen framkom bland annat att sjuksköterskorna inte känner sig trygga med att den vård- och omvårdnadspersonal som delegerats uppgiften kan iordningställa och administrera läkemedel på ett patientsäkert sätt. Sjuksköterskorna saknar ibland förutsättningar, för att ge erforderligt stöd åt de som fått delegering. Bristande språkkunskap hos dem som fått delegation är en bidragande faktor till att sjuksköterskorna känner otrygghet vid 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 inte genomförs läkemedelsgenomgångar. IVO anser att det är av vikt att läkemedelsgenomgångar genomförs och att dessa ska finnas dokumenterade i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen även om huvudansvaret för läkemedelsgenomgång åligger regionen som huvudman.

*IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:*

Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	66%	28%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	62%	23%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	37%	28%	20%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	57%	59%	56%
Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	86%	39%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal	0%	30%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal	29%	23%	17%

\* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

*Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:*

#### Sjuksköterskor

Sjuksköterskorna upplevde att de oftast har förutsättningar att delegera enligt delegeringsföreskriften.

Sjuksköterskorna upplevde vidare att vård- och omsorgspersonalen ibland utför delegerade insatser på ett patientsäkert sätt. Sjuksköterskorna beskrev att de får gå igenom signeringsappen flera gånger varje dag eftersom det finns osignerade insatser varje dag som vård- och omsorgspersonalen inte fyllt i, vilket är tidskrävande. Sjuksköterskorna behöver påminna personal om att signera. De tar upp det med personalen i fråga och ska skriva avvikelser om signeringen/insatsen inte utförts. De berättade även att det händer att personalen signerar åt varandra. Men det ser olika ut på olika boenden. Personalen kan ibland ringa på natten och t.ex. berätta att en apodospåse är tom men att det inte gjorts någon signering. Sjuksköterskorna skriver avvikelser på när det är osäkert om medicinerna getts till patienterna och de prioriterar att göra avvikelser på detta.

Delegeringen kan dras tillbaka om någon personal t.ex. har slarvat och/eller tar beslut som de inte ska om att en patient t.ex. kan ta medicin senare än vad som är ordinerat. Detta

trots att det kan vara olämpligt att blanda olika mediciner. Det har även hänt att personalen gett en patient medicin som patienten skulle haft en annan dag.

Sjuksköterskorna upplevde att de oftast har förutsättningar att ge stöd och handledning till den vård- och omsorgspersonal som fått delegeringar. Personalen kan alltid ringa en sjuksköterska dygnet runt. Nu när det är sjuksköterskor på plats ”på alla stolar” har detta börjat prioriteras mer och det behövs mer jobb med utbildning och avvikelser, enligt sjuksköterskorna.

Sjuksköterskorna berättade att de skulle medverka till att det genomförs läkemedelsgenomgångar för de patienter som har behov av det om det funnits läkare som gör dessa. Men sjuksköterskorna upplevde att läkarna inte är intresserade av att genomföra läkemedelsgenomgångar. Det har genomförts några enstaka genomgångar på ett av boendena och då gör läkaren oftast ett hembesök och träffar patienten. Det kan vara så att närstående är med istället för patienten. Sjuksköterskorna tar upp behovet av läkemedelsgenomgångar med läkarna och förbereder med skattningsverktyget Phase20 men sedan blir det ändå inga läkemedelsgenomgångar gjorda.

Sjuksköterskorna uppgav att de oftast får tillräckligt med information från läkare när det sker en förändring av patientens läkemedelsbehandling men att det är lite olika beroende på vilken läkare det är. Det är många olika läkare. Det händer att de inte får information alls. När det sker en förändring i patientens läkemedelsbehandling, informerar sjuksköterskorna oftast vård- och omsorgspersonalen vad de ska vara observanta på avseende patientens hälsotillstånd.

### Patienter

Fyra av de patienter som intervjuades uppgav att patienten och läkare inte hade diskuterat patientens läkemedelsbehandling det senaste året medan en uppgav att det hade skett. Två sa att det skett förändringar i läkemedelsbehandlingen det senaste året och tre att det inte skett. En uppgav att sjuksköterskan hade följt upp hur hen mårde efter förändringarna. Alla utom en patient uppgav att de kände sig trygga med att de får rätt läkemedel vid rätt tillfälle.

### Ledning

Det framkom i dialogen med ledningen att upplevelsen är att det blivit säkrare nu när administrering av läkemedel signeras digitalt (i en applikation). Ledningen uppgav att det tidigare troligen var ett mörkertal kring signeringar som inte gjordes korrekt och man visste inte när det gjordes fel medan det numera syns tydligt. Ansvaret ligger på sjuksköterska och enhetschef att jobba med detta i sitt team när de ser att det inte fungerar. Det finns ett utbildningsmaterial och ett kunskapstest vid delegering och ledningen kände sig säkra på att sjuksköterskorna inte delegerar innan de är säkra på att det är lämpligt.

Det framkom att ledningen tidigare inte hört att avvikelser inte alltid görs gällande



larmen i signeringsappen. Det framkom också att avvikelser inte hinner utredas i tid och attenhetscheferna är informerade om detta.

Ledningen framförde att de är bekymrade över, och tar till sig, uppgifterna om att vård- och omsorgspersonalen inte gör det som de ska och att det där finns ett arbete att göra kring att säkerställa att detta sköts. Veckan innan dialogmötet träffade MAR alla enhetschefer på SÄBO och informerade dem om avvikelshantering. Nämnden följer via internkontrollplanen upp hur läkemedelshantering fungerar på bland annat SÄBO.

### *Tillämpliga bestämmelser*

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

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

### Delegering

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

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

### Läkemedelsgenomgång

Enligt 11 kap. 3–4 §§ 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 Askersunds kommun. IVO kan av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen inte utläsa att brytpunktssamtal<sup>1</sup> genomförts när vården övergår i livets slutskede. IVO har mot denna bakgrund inte kunnat ta ställning till huruvida brytpunktssamtal de facto genomförs och anser därför att dessa brister kan medföra 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 begär därför att nämnden i sin redovisning till IVO särskilt redogör för orsaken till att brytpunktssamtalen inte går att utläsa samt på vilket sätt brytpunktssamtalen genomförs och dokumenteras idag.

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

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.

---

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

*IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:*

Nyckeltal	Askersund	Örebro*	Riket
<b>Av journalgranskningen framgår</b>			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	84%	66%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	12%	13%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	63%	58%	66%
<b>I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de</b>			
Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	71%	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.

*Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:*

#### Sjuksköterskor

Sjuksköterskorna uppgav att de flesta patienter och/eller närstående erbjuds brytpunktssamtal när beslut ska tas om vård i livets slutskede. Enligt sjuksköterskorna är det läkarnas ansvar att genomföra brytpunktssamtalet, vilket även framgår av en rutin. Sjuksköterskorna framförde dock att det ibland händer att läkarna vill lägga över denna uppgift på sjuksköterskorna som då "bollar tillbaka". Brytpunktssamtalen ska dokumenteras i journal och det finns inget sökord för det men det ligger som frastext under "palliativ vård- daganteckning".

Enligt sjuksköterskorna framgår det alltid av journal när patientens vård har övergått till vård i livets slutskede. När vården övergår till vård i livets slutskede så börjar de att dokumentera under "Palliativ vård- daganteckning. Men innan detta finns det något som kallas för "palliativt beslut" som är ett sökord i journal. Ett palliativt beslut innebär att ett beslut/dokument från läkare på primärvården eller palliativa teamet är taget enligt gällande

rutin. Det finns palliativa beslut som är flera år gamla, enligt sjuksköterskorna. Det palliativa beslutet ska enligt rutin uppdateras var 6:e månad, men det görs inte alltid.

När sjuksköterskorna ser att hälsotillståndet börjar bli försämrat så aktiverar de det palliativa beslutet, antingen själva eller i samtal med läkare. De ska informera en läkare närmaste vardag om att de gett palliativa läkemedel vid vård i livets slutskede. De tar oftast beslutet om att ge läkemedel vid vård i livets slutskede själva, de ringer inte alltid och stämmer av med läkare men de gör alltid en bedömning kring detta utifrån om det är ett gammalt beslut. Läkaren har ofta informerat sjuksköterskorna sedan tidigare om att det kommer att finnas läkemedel att tillgå vid vård i livets slutskede.

Omvårdnadspersonalen har tillgång till dokumentationen i HSL-journalen (det palliativa beslutet) som sitter i patientens pärm och det finns en flagga i journalsystemet där det framgår att det fattats ett palliativt beslut. Flaggan finns där så länge det finns ett palliativt beslut. Vård- och omsorgspersonalen har också tillgång till information om när det vård i livets slutskede påbörjas.

I det palliativa beslutet ska exempelvis följande framgå; palliativa läkemedelsordinationer, ordination på kateter, ställningstagande till vården, vilka som är informerade, när brytpunktssamtal genomförts samt att sjuksköterskorna kan utföra undersökning för fastställande av dödsfall (vilket de har delegering för). Läkare har alltid gjort hembesök innan ett palliativt beslut. Läkare, sjuksköterska, patient/närstående deltar. De förekommer enligt sjuksköterskorna alltid att läkare ordinerar läkemedel för vård i livets slutskede innan patientens vård faktiskt har övergått till detta skede.

Sjuksköterskorna uppgav att de upplevde att de oftast har förutsättningar att arbeta enligt gällande lagrum, föreskrifter och nationella riktlinjer om vård i livets slutskede. På kvällar, helger och nätter kan det vara så att de inte hinner med allt eftersom det enbart är en sjuksköterska i tjänst så då finns det inte alltid förutsättningar. Om det är mycket att göra så ringer sjuksköterskorna ibland på eget bevåg in en kollega men det finns inga rutiner för detta.

Sjuksköterskornas samlade bild av deras förutsättningar att arbeta patientsäkert utifrån från de frågeområden som berörts i intervjun är att förutsättningarna är ganska dåliga. De upplevde att de inte kan påverka så mycket. Det finns enligt sjuksköterskorna ett stort behov av utbildning hos vård- och omsorgspersonalen men sjuksköterskorna hinner inte att utbilda dem.

### Ledning

Det framgick i dialog med ledningen att det finns arbetssätt för att patienter inte ska avlida i ensamhet. Ledningen känner igen allt som framkom i intervju med sjuksköterskorna förutom att de på eget bevåg ringer in förstärkning av personal och att de palliativa besluten kan vara flera år gamla. Ledningen känner till att vissa beslut är gamla men tror

inte att alla är det och det har förts en diskussion om att de behöver uppdateras. Ledningen kommer att undersöka om det finns gamla palliativa beslut och om de uppdateras var 6:e månad eftersom ledningen inte vet om detta görs. Enligt ledningen stämmer det att en sjuksköterska kan aktivera det palliativa beslutet utan att kontakta läkare.

Det pågår en översyn via det palliativa rådet (som hålls av region och kommun) gällande hur man bl.a. ska göra med läkemedel, ordinationer och hur överenskommelsen ser ut. Ledningen tror att det utifrån detta kan bli en ändring i hela länet kring hur detta ska gå till och att det kommer att bli tydligare vad som ska gälla.

### *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.

---

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Therese Breeding Rovai. Inspektörerna Pia Lindström och Jonas Nordström har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Ida Nordqvist har varit föredragande.

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