

Göteborgs Stad
Äldre samt vård- och omsorgsnämnden
Box 334
421 23 Västra Frölunda

Vårdgivare och huvudman

Göteborgs Stad

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av Äldre samt vård- och omsorgsnämnden i Göteborgs Stad (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 **onsdagen den 7 juni 2023**.

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

Skälen för beslutet

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. I denna tillsyn fattade IVO beslut om krav att Göteborgs Stad med dåvarande organisation skulle vidta åtgärder för att komma till rätta med brister inom bemanning, läkartillgång, dokumentation och palliativ vård. I underlaget för den nu pågående tillsynen kan IVO konstatera att bristerna kvarstår.

Vid tillsynen 2020-2021 var Göteborgs Stad organiserad i 10 stadsdelsnämnder och IVO fattade beslut med brister avseende sex av dessa nämnder. En ny organisation i Göteborgs Stad trädde i kraft 1 januari 2021 vilket innebar att de 10 stadsdelsnämnderna blev flera facknämnder, varav en är Äldre samt vård- och omsorgsnämnden. Den kommunala hälso- och sjukvården i Göteborgs Stad är sedan dess organiserad under denna nämnd. Göteborgs stad är uppdelad i fyra stadsområden: Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst.

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

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 Göteborgs Stad inte har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och inte behärskar det svenska språket i tillräcklig omfattning. IVO bedömer att den bristande kompetensnivån och bristerna i svenska språket utgör en patientsäkerhetsrisk och medför att kommunen inte säkerställer att kraven på en god vård uppfylls.

IVO konstaterar vidare att många livsavgörande bedömningar av patienter på SÄBO görs av den personal som har den lägsta utbildningsnivån. Tillgången till läkare är ibland otillräcklig. Det framkommer att sjuksköterskorna ibland saknar förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när detta skulle behövas för att uppnå god vård. Sjuksköterskorna saknar dessutom ofta möjlighet att ge vård- och omsorgspersonalen stöd i den omfattning som krävs.

Bristerna innebär att den personal som är närmast patienten inte alltid har den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras. I SÄBO har många patienter allvarliga sjukdomar eller befinner sig i livets

slutskede, och det är då viktigt att vård- och omsorgspersonalen t.ex. förstår vilka symtom de ska vara uppmärksamma på för att tillkalla sjuksköterska.

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

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

IVO konstaterar av underlaget att tillgång till läkare och läkarkonsultation ibland är otillräcklig. Vid inspektionen framkom att tillgången till läkare varierar beroende på vårdcentral inom respektive stadsområde Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. IVO påtalar att om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen. Ledningen har uppgett att man inte utövar någon egenkontroll eller uppföljning av hur läkarkonsultationerna fungerar. Detta är enligt IVO en brist då kommunen i egenskap av vårdgivare enligt PSL ska kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL upprätthålls.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Göteborg	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad	29%	32%	34%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	50%	53%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	45%	47%	42%

Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	70%	60%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	92%	87%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	74%	63%	63%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Centrum

Vid intervjun med representanter för sjuksköterskorna framkom att det finns stora skillnader i vård- och omsorgspersonalens kompetens beträffande hälso- och sjukvård. Enligt sjuksköterskorna finns det personal som har tillräcklig kompetens medan annan personal saknar erfarenhet av vårddyrket och därmed har ringa kompetens. Sjuksköterskorna uppgav att det varierar mellan olika SÄBO och avdelningar. Det förekommer också att nyutbildade undersköterskor har förhållandevis låg kompetens och liten erfarenhet trots att de genomgått utbildning. Sjuksköterskorna uppgav att det finns SÄBO där endast cirka 50% av vård- och omsorgspersonalen är utbildade undersköterskor. Sjuksköterskorna märker på vilken nivå kompetensen är hos vård- och omsorgspersonalen genom de frågor de ställer till sjuksköterskorna om patientens hälsotillstånd, men också på svaren de ger tillbaka. Enligt sjuksköterskorna har det hänt att personal slutat att ge mat och dryck till patienter som vårdats i livets slutskede, trots att de haft förmåga att äta och dricka.

Enligt sjuksköterskorna har de sällan förutsättningar att ge stöd och handledning till vård- och omsorgspersonalen, tiden räcker inte alltid till trots att behovet av handledning är stort.

Enligt sjuksköterskorna varierar kunskaperna i det svenska språket bland vård- och omsorgspersonalen. Vid vissa avdelningar är andelen personal med bristande kunskap i det svenska språket hög. Många av personalen saknar dessutom vårdspråket. Sjuksköterskorna uppgav att det är svårt att förstå personal med språksvårigheter vid telefonsamtal. Sjuksköterskorna ber då personalen upprepa vad sjuksköterskan sagt för att få ett kvitto på att vård- och omsorgspersonalen förstått vad sjuksköterskan informerat om. Sjuksköterskorna uppgav att de kan bli osäkra när vård- och omsorgspersonalen har språksvårigheter. Det medför att sjuksköterskorna oftare gör besök för att bedöma

patienter. Det förekommer även att de åker hem till patienter på inrådan av vård- och omsorgspersonal, men vid besöket visar det sig att en bedömning av sjuksköterska inte var nödvändig. Sjuksköterskorna uppgav att det även förekommit att de besökt patienter där personalen borde kontaktat sjuksköterska tidigare, eller rent av mycket tidigare för en bedömning.

Sjuksköterskorna framförde att de under dagtid vardagar har möjlighet att besöka patienterna för att bedöma hälsotillståndet om de anser att det finns behov av det. När det gäller jourtid som kväll, natt och helg får sjuksköterskorna prioritera behovet. Sjuksköterskorna beskrev att detta föranleder att de inte har möjlighet att besöka och bedöma patienter som de skulle besökt om det varit under dagtid. Sjuksköterskorna får förlita sig på vård- och omsorgspersonalens förmåga att bedöma patientens hälsotillstånd vilket enligt sjuksköterskorna känns osäkert. I de fall sjuksköterskorna har kännedom om personalens kompetens och förmåga att bedöma en patients hälsotillstånd har de lättare att prioritera.

Sjuksköterskorna uppgav att det oftast finns tillgång till läkare när de anser att det finns behov av det. Sjuksköterskorna har ett journummer till respektive vårdcentral som de använder vid behov. Läkartillgången på de SÄBO som är belägna inom stadsområde Centrum varierar dock. Sjuksköterskorna beskrev att det förekommer att de kontakter vårdcentralen på förmiddagen men får kontakt med läkaren först på eftermiddagen. Sjuksköterskorna beskrev att de måste vara mycket tydliga i kontakten med vårdcentralen i det fall det är ett akut behov som uppstått. Enligt sjuksköterskorna har vårdcentralerna öppet till klockan fem under vardagar men på flera vårdcentraler finns det sällan någon läkare att nå efter klockan fyra på fredag eftermiddag. Sjuksköterskorna beskrev att det inte alltid går att nå en läkare under jourtid och att de flesta av läkarna inte gör hembesök utanför rondtid. Enligt sjuksköterskorna förekommer det att läkare på vårdcentralen hänvisar sjuksköterskan att kontakta ambulans när det finns behov av bedömning utöver bestämd rondtid. Vid intervjun framkom vidare att läkaren på vårdcentralen ibland hänvisar sjuksköterskan att kontakta Närsjukvårdsteamet.

Sjuksköterskorna beskrev att tid för läkarronder varierar mellan stadsområde Centrums olika SÄBO. Vid ett SÄBO är rondtiden två heldagar per vecka för 98 patienter och vid ett annat SÄBO är rondtiden åtta timmar per vecka för 120 patienter. Sjuksköterskorna beskrev att de patienter som har ett högt vårdbehov och har anhöriga som hör av sig får mera läkartid medan de patienter som har mindre vårdbehov prioriteras ner i kontakten med läkare.

På fråga om den samlade bilden av sjuksköterskornas förutsättningar att arbeta patientsäkert svarade sjuksköterskorna att förutsättningarna är ganska dåliga, men det finns skillnader mellan de olika boendena. Som exempel nämnde de att vård- och omsorgspersonalen inte alltid har kompetens i hälso- och sjukvårdsuppgifterna och i svenska språket. Det kan också vara svårt att få tag i läkare och sjuksköterskorna som arbetar natt behöver ibland prioritera bort besök hos patienter.

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Hisingen

Vid intervjun med representanter för sjuksköterskorna framkom att majoriteten av vård- och omsorgspersonalen inte har tillräcklig kompetens att uppmärksamma om patientens hälsotillstånd förändras. Det har varit en stor personalomsättning bland vård- och omsorgspersonalen. Enligt sjuksköterskorna finns det få utbildade undersköterskor och personalen har dåliga språkkunskaper i svenska språket. Många av personalen saknar dessutom vårdspråket. Personalen ska använda kommunikationsmodellen SBAR (situation, bakgrund, aktuell bedömning, rekommendation) men gör inte det enligt sjuksköterskorna.

Bemanningsenheten anställer personal utan någon erfarenhet eller kompetens för uppdraget på SÄBO. Det förekommer att personal kontaktar sjuksköterskorna och säger att patienten är konstig och att de inte känner igen patienten. Enligt sjuksköterskorna uttrycker sig inte rutinerad personal på det sättet utan de kan beskriva patientens förändrade tillstånd. Vård- och omsorgspersonalen kontaktar sjuksköterskan, men inte alltid i rätt tid. Som exempel på detta uppgav de att en patient behandlades med blodförtunnande läkemedel och föll men personalen kontaktade inte sjuksköterska. Vidare hade personalen uppmärksammat att en patients kateter inte fungerade klockan 21.00 men de ringde inte sjuksköterskan förrän patienten hade smärtor och då var klockan 03.00. En annan patient hade inte velat gå upp ur sängen på morgonen och hade varken ätit eller druckit under hela dagen och personalen kontaktade sjuksköterskan först på eftermiddagen. Sjuksköterskorna beskrev att personalen kan ringa om skrapsår men inte om patienten drabbats av stroke. Sjuksköterskorna uppgav vidare att det finns behov av att de är mer tillgänglig under dagtid för då skulle samtalen under jourtid inte bli lika många.

Sjuksköterskorna uppgav att de sällan har förutsättningar att ge stöd och handledning till vård- och omsorgspersonalen.

Majoriteten av personalen har bra kunskaper i svenska språket, men det varierar bland boendena. Vikarier har ofta sämre språkkunskaper än ordinarie personal. Sjuksköterskorna uppgav att deras uppfattning är att vem som helst anställs som vikarie. Enligt en sjuksköterska hade en patient gråtit över att personalen inte hade förstått patienten p.g.a. språksvårigheter. Det är ett större problem för personer med en demenssjukdom när personalen har språksvårigheter. Enligt sjuksköterskorna gör kommunen inte tillräckligt för att komma tillrätta med personal som har språksvårigheter.

Sjuksköterskorna ansåg vidare att cheferna för SÄBO saknar kompetens i hälso- och sjukvårdsuppdraget.

Sjuksköterskorna framförde att de under dagtid vardagar har möjlighet att besöka patienterna för att bedöma hälsotillståndet om de anser att det finns behov av det. När det gäller övrig tid blir det en prioriteringsfråga, där palliativa patienter eller patienter som blivit akut dåliga prioriteras. Det händer att sjuksköterskorna ringer efter ambulans för att de inte har möjlighet att bedöma en patient, som vid exempelvis en smärt- och/eller

andningspåverkan. Orsaken kan vara att sjuksköterskan inte kan lämna en patient eller att det geografiska området är för stort och att det därmed tar för lång tid att förflytta sig. Nattsjuksköterskorna har efterfrågat fler sjuksköterskor men har nekats detta av ledningen. Det förekommer att sjuksköterskornas bedömning gällande behov av ambulans ifrågasätts av ambulanspersonal som anser att det är en onödig transport till sjukhuset. Det händer även att ambulanspersonalen ifrågasätter vård- och omsorgspersonal, vilket gör att personalen kan dra sig för att ringa efter ambulans.

Sjuksköterskorna uppgav att de oftast finns tillgång till läkare när de anser att det finns behov av det. De flesta läkare på vårdcentralen gör inga hembesök utanför rondtid. Det händer att sjuksköterskorna kontaktar Närsjukvårdsteamet dagtid vardagar för stöd vilket är ett sätt att motverka att i onödan behöva skicka in en patient till sjukhus. Närsjukvårdsteamet kan vid behov ordna med direktinläggning för patienter. Jourläkare är ibland svår att få tag i och det händer att sjuksköterskorna ringer till läkarens chaufför för att fråga var läkaren befinner sig. Jourläkaren kommer i princip aldrig till boendet förutom att konstatera dödsfall. Sjuksköterskorna deltar inte när ledningen har uppföljningsmöten med vårdcentralerna.

Den totala läkartiden/rondtiden är inte tillräcklig för att tillgodose patienternas behov. Sjuksköterskorna beskrev läkarmedverkan vid rond så här: På ett boende är rondtiden för en läkare två heldagar per vecka för 184 patienter, på ett annat boende växlar två läkare att sköta veckans rond för 100 patienter, vid ett annat boende är det två vårdcentraler som vardera har fyra timmar/vecka. Dessa läkare har också rond på ett annat boende samma dagar vilket gör att sjuksköterskorna aldrig vet när läkaren kommer.

På frågan om den samlade bilden av sjuksköterskorna förutsättningar att arbeta patientsäkert svarade sjuksköterskorna att förutsättningarna varken är bra eller dåliga. Enligt sjuksköterskorna finns det inte förutsättningar att arbeta patientsäkert på alla SÄBO.

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Nordost

Vid intervju med representanter för sjuksköterskorna framkom att några av vård- och omsorgspersonalen har tillräcklig kompetens att uppmärksamma om patientens hälsotillstånd förändras. Kompetensen varierar dock och vikarierna har oftare sämre kompetens. Det finns vikarier som inte har någon erfarenhet av vården och som också har dåliga språkkunskaper i det svenska språket. Sjuksköterskorna kan inte alltid förlita sig på vård- och omsorgspersonalen, eftersom de inte kan förmedla symtomen som patienten uppvisar. Personalen har bristande kunskaper i hur de ska använda SBAR. De undersköterskor som kommer direkt från skolan saknar erfarenhet och har inte tillräcklig kompetens, trots utbildning. Vård- och omsorgspersonalen kan inte tolka om det är något som avviker hos patienten. Exempelvis hade en patient legat hela dagen och först sent på eftermiddagen fick sjuksköterskan kännedom om att patienten inte mår bra. Personalen kan kontakta sjuksköterskan för att patienten sover tungt, men inte uppmärksamma om det är en rodnad i huden, dvs. början till ett trycksår. Ibland kontaktar personalen

sjuksköterskan för att de inte kan se om patienten andas, för att patienten sovit länge eller har ont i magen, men de har inte kontrollerat om kateterpåsen är full. Personalen kontaktar sjuksköterskan för att de är osäkra. Det händer även att personal ringer för sent, dvs. patienten har hunnit bli så dålig att det inte finns något att göra. Sjuksköterskorna har fått till sig av enhetschef och metodutvecklare att de inte bedriver akutsjukvård på SÄBO, utan ska arbeta som konsulter.

Sjuksköterskorna uppgav att de sällan har förutsättningar att ge stöd och handledning till vård- och omsorgspersonalen.

Flera av personalen har dåliga kunskaper i svenska språket. Det händer att vård- och omsorgspersonalen inte kan förmedla sig på grund av språkbrister svenska språket. De kan t.ex. endast uttrycka ”kom nu” när de ringer sjuksköterskan.

Sjuksköterskorna framförde att de under dagtid vardagar har möjlighet att besöka patienterna för att bedöma hälsotillståndet om de anser att det finns behov av det. Under kväll, helg och natt får de prioritera beträffande larmen. Det händer att de får skjuta på besök och ibland upplever de att de gjort fel prioriteringar. Det finns en prioriteringslista som de arbetar utifrån. Ledningen har uppmanat sjuksköterskorna att ringa nödnumret 112 eftersom de inte bedriver akutsjukvård utan ska arbeta som konsulter och är på besök i den enskilde patientens hem.

Sjuksköterskorna uppgav att det varierar mellan olika vårdcentraler hur läkartillgången ser ut. Sjuksköterskorna kontaktar vårdcentralen, en läkare får ett meddelande och ringer alltid upp men det är olika läkare. En annan sjuksköterska uppgav att de ringer och lämnar ett meddelande i en telefonsvarare och så småningom ringer en sjuksköterska från vårdcentralen upp sjuksköterskan. Det är sjuksköterskan på vårdcentralen som bedömer hur akut ärendet är, därefter ringer läkaren upp. En tredje sjuksköterska uppgav att de kan ringa vårdcentralen mellan klockan 9.00-11.00 och därefter får de kontakta Närsjukvårdsteamet. Ytterligare en sjuksköterska uppgav att de inte ringer vårdcentralen alls utan kontaktar direkt Närsjukvårdsteamet.

Den totala läkartiden är inte tillräcklig för att tillgodose patienternas behov. Rondtiderna ser olika ut för respektive SÄBO. Ett boende har rondtid två gånger i veckan i fyra timmar per tillfälle för 102 patienter. Ett annat boende har fyra timmar per vecka för 60 patienter. Ett tredje har rondtid 3-4 timmar per vecka för 20 patienter och det fjärde har rondtid två gånger i veckan i tre timmar per tillfälle för 60 patienter. Läkaren vid detta SÄBO hinner inte alltid med alla uppgifter men vårdcentralen har meddelat att rondtiden är tillräcklig. Vid ett SÄBO finns det förutom rondtiden väldigt få möjligheter att kontakta läkaren och det händer att sjuksköterskorna skickar in patienter till sjukhuset på grund av detta.

På fråga om den samlade bilden av sjuksköterskorna förutsättningar att arbeta patientsäkert svarade sjuksköterskorna att förutsättningarna varken är bra eller dåliga. Det är enligt sjuksköterskorna omständigheter och förutsättningarna som gör vården

patientsäker eller inte. Bristande kompetens och språksvårigheter hos vård- och omsorgspersonalen påverkar patientsäkerheten. Flera sjuksköterskor har slutat när de insåg hur självständigt arbetet är som sjuksköterska i kommunen. Patienterna som vårdas på SÄBO har komplexa behov och är mer vårdkrävande än tidigare och kan exempelvis ha psykisk ohälsa eller en cancerdiagnos.

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Sydväst

Vid intervjun med representanter för sjuksköterskorna framkom att kompetensnivån hos vård- och omsorgspersonalen varierar. Vissa har tillräcklig kompetens men förhållandevis många har en låg eller nästan ingen kompetens för att uppmärksamma om en patients hälso- och sjukdomstillstånd förändras. Sjuksköterskorna gav som exempel att vård- och omsorgspersonal kontaktat sjuksköterska efter att en patient fallit utifrån blånader som uppkommit efter fallet. I efterhand konstaterades att patienten haft en pågående hjärtinfarkt och troligen föll på grund av omständigheterna kring detta. Ett annat exempel rörde en patient som det av journalen framgick att hjärt- och lungräddning inte skulle ges om patienten fick hjärtstopp. Patienten blev dålig och vård- och omsorgspersonalen tog beslutet att inte ringa efter ambulans pga. att hjärt- och lungräddning inte skulle ges. Patienten var dock inte i behov av hjärt- och lungräddning utan i behov av att komma till sjukhus. Vidare uppgavs att det förekommit tillfällen då patienter lagts i sin säng efter fall utan att personalen först kontrollerat om patienten kunnat gå. Det har sedan konstaterats att patienten fått en fraktur i höften. Det framkom även att sjuksköterskorna upplever att vård- och omsorgspersonalen är obenägna att ringa nödnumret 112 och be om ambulans. Enligt sjuksköterskorna skulle de behöva åka och göra fler bedömningar än vad tiden räcker till för.

Många av personalen har bristfälliga kunskaper i att ta blodtryck, blodsocker eller hantera en febertermometer. Sjuksköterskorna uppgav att det förekommer att vård- och omsorgspersonal informerar att en patient är dålig och att sjuksköterskan snabbt måste göra ett besök. När sjuksköterskan kommer till patienten kan det dock visa sig att det inte var nödvändigt med en bedömning av sjuksköterska. Vidare framkom att det förekommit att vård- och omsorgspersonalen inte kontaktat sjuksköterska när patienter varit i behov av de läkemedel som finns ordinerade vid behov. Sjuksköterskorna beskrev att detta förfaringssätt medfört att en patient fått narkotiskt läkemedel varje dag under en veckas tid utan ansvarig sjuksköterskas kännedom.

Sjuksköterskorna uppgav att de sällan har förutsättningar att ge stöd och handledning till vård- och omsorgspersonalen. Sjuksköterskorna handleder oftare vid mer avancerade åtgärder som t.ex. att spola kateter och såromläggning. När det gäller handledning beträffande läkemedel blir detta oftast när det rapporterats avvikelser.

Vid intervjun uppgav sjuksköterskorna att vård- och omsorgspersonalens kunskaper i svenska språket varierar och att det ser olika ut bland området SÄBO. Vid de SÄBO där det är låg personalkontinuitet och sämre ordning är det också oftare fler personal med språksvårigheter som arbetar. Det kan uppstå bekymmer i samband med telefonsamtal på grund av brister i det svenska språket både vad avser att ge och ta emot information. Vård-

och omsorgspersonal kan svara ja på frågan om de förstått samtidigt som de inte har förstått vad sjuksköterskan sagt. Sjuksköterskorna uppgav att om en personal har svårt att göra sig förstådd eller förstå ber sjuksköterskorna att någon annan personal ska ta över telefonsamtalet. Det förekommer även att personal ringer men inte vet namnet på patienten eller på aktuellt SÄBO. Enligt sjuksköterskorna blir personalen rädd och orolig och kontaktar därför sjuksköterskan direkt istället för att förbereda sig inför samtalet.

Sjuksköterskorna uppgav att de under dagtid alltid har möjlighet att besöka patienter för att bedöma hälso- och sjukdomstillstånd när det finns behov av det. På kväll, helg och natt hinner dock inte sjuksköterskorna alltid åka ut för att göra bedömningar. Det händer att sjuksköterskorna p.g.a. detta ber personalen att ringa efter ambulans. Det kan enligt sjuksköterskorna dröja flera timmar innan en sjuksköterska har möjlighet att besöka en svårt akut sjuk patient. Sjuksköterskorna försöker dock att prioritera de patienter som är akut sjuka och de som vårdas i livets slutskede. Denna prioritering har de fått information från ledningen om att de ska göra. En sjuksköterska berättade att vid det SÄBO där hon arbetar har hon vid tre tillfällen varit med om att patienter ramlat och att det senare har konstaterats en fraktur i höften. Dessa händelser har skett under jourtid och det har inte varit någon sjuksköterska på plats som bedömt de aktuella patienterna.

Vid intervjun med sjuksköterskorna framkom att det sällan finns tillgång till läkare när det finns behov av det. Den totala läkartiden är enligt sjuksköterskorna inte tillräcklig för att tillgodose alla patienters behov. Enligt sjuksköterskorna är det vanligt att läkarna inte ringer tillbaka så snabbt som sjuksköterskorna skulle önska. Det kan dröja flera timmar innan en läkare ringer upp. Enligt sjuksköterskorna finns det dock variationer i tillgängligheten av läkare och läkarna gör sällan eller aldrig hembesök utanför rondtid. Vid enstaka tillfällen gör någon läkare hembesök om patienten snabbt kommit i palliativt skede. Sjuksköterskorna uppgav att under jourtid kan de kontakta jourläkare. Jourläkarna gör i princip bara hembesök vid konstaterande av dödsfall. Det förekommer att jourläkare ordinerar läkemedel utan att efterfråga patientens personnummer.

Sjuksköterskorna uppgav att rondtiden varierar mellan de olika särskilda boendena. En sjuksköterska gav som exempel att det tidigare var två läkare som delade på rondarbetet på ett SÄBO men nu är det bara en läkare. Läkaren har dock inte fått någon extra tid för rondarbetet vilket medför att hen har 30 minuters rond per vecka för 52 patienter. Vid ett annat SÄBO är rondtiden fyra timmar per vecka samt extra tid vid behov för 96 patienter. Till skillnad från ett annat boende där rondtiden är tre timmar per vecka för 96 patienter. Ytterligare exempel är att rondtiden vid ett SÄBO är 1,5 timma per vecka för cirka 60 patienter fördelat på tre hus. När sjuksköterskor har ringt nödnumret 112 har de fått till sig att de ska kontakta Närsjukvårdsteamet, men ingen av de intervjuade sjuksköterskorna hade kännedom om att de får kontakta Närsjukvårdsteamet.

På fråga om den samlade bilden av sjuksköterskornas förutsättningar att arbeta patientsäkert svarade sjuksköterskorna att förutsättningarna är ganska dåliga. Sjuksköterskorna uppgav att de av kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation fått till

sig att de inte bedriver akutsjukvård på SÄBO. När sjuksköterskorna påtalat att de har svårt att hinna med att besöka patienter och göra bedömningar har de av chefen fått till sig att de ska ringa ambulans. Enligt sjuksköterskorna händer det dock att när ambulansen kommer blir sjuksköterskan ifrågasatt av ambulanspersonalen om varför inte läkaren på vårdcentralen eller jourläkaren kommit och gjort en bedömning av patienten.

Det framkom vid intervjun att det förekommit att sjuksköterskans bedömning och ordination beträffande lägesförändringar av patienten ifrågasatts av enhetschef på SÄBO. I aktuellt fall ansåg enhetschefen att lägesändringen skulle genomföras för ofta och tyckte därför inte att personalen skulle följa sjuksköterskans ordination. Det kommer snart att genomföras en omorganisation som innebär att sjuksköterskorna inte kommer att ha sin placering på respektive SÄBO utan alla sjuksköterskor kommer att sitta i en gemensam lokal och utgå därifrån. Enligt sjuksköterskorna innebär denna organisation färre sjuksköterskebedömningar och kräver rutinerad och kompetent vård- och omsorgspersonal.

Intervju med patienter från samtliga områden

Av de tjugofyra patienter som intervjuats uppgav flertalet att de alltid eller oftast får hjälp av vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor. Sex patienter har svarat att de ibland får hjälp av personalen och två har svarat att de sällan eller aldrig får hjälp. Gällande sjuksköterskorna har fem patienter svarat att de får hjälp ibland eller sällan medan två har svarat att de aldrig får hjälp från sjuksköterskorna. Knappt hälften har svarat att de alltid eller oftast får träffa läkare, medan drygt hälften har svarat sällan, aldrig eller vet inte. Från kommentarerna som de intervjuade patienterna framförde om detta område framgår bl.a. att även om patienterna får hjälp av personalen, upplever många att personalen är stressade och har tidsbrist. Patienterna uppgav att de får vänta på hjälp. Flera kommentarer handlar om kompetensbrister hos vård- och omsorgspersonalen, som att de inte alltid är så insatta i olika sjukdomar och vad dessa medför eller innebär för patienten. Som förslag framkom att det borde ingå någon form av grundutbildning för personalen kring de vanligaste sjukdomarna. Några beskrev också att vård- och omsorgspersonalen inte observerar när en patient blivit sämre i sitt hälsotillstånd. Några patienter uppgav att de lever med kraftigt nedsatt syn, men upplevde inte att all personal är medvetna om det eller på vilket sätt det begränsar vardagen för den enskilde patienten. Någon uppgav att vid personalens långa rapporteringstid som inträffar under eftermiddagarna, lämnas avdelningen utan personal. Flera patienter har uppgett att både sjuksköterskor och läkare är stressade och en patient upplevde att läkaren är så stressad på rondan att hen inte hinner ställa sina frågor. En patient uppgav att om de som patienter vill träffa sjuksköterskan får de "fånga" sjuksköterskan när hen är på avdelningen. En patient uppgav att det varit många vikarier för den ordinarie sjuksköterskan, vilket fungerat dåligt. Några patienter uppgav att de inte litar på boendets läkare. Flera framförde behov av mer sjuksköterske- och läkartid.

När det gäller kompetens i svenska språket svarade flertalet av patienterna att de alltid eller oftast förstår vad vård- och omsorgspersonalen säger och att personalen oftast förstår

patienten. I många kommentarer framgår att språkkompetensen varierar bland vård- och omsorgspersonalen. Många i personalen har utländsk bakgrund men det är främst bland vikarierna som det finns språkbrister. Vikarierna är snälla men förstår inte alltid. Den ordinarie personalen har oftast goda språkkunskaper. Några framförde att även om all personal är snälla och vill väl så borde det vara ett krav att kunna svenska innan de får börja arbeta i vården. Patienterna har hittat strategier för att göra sig förstådd, som att t.ex. fråga om tills de förstår varandra. Den personal som pratar dålig svenska får oftast utföra enklare insatser som att bära matbrickor, städa eller bädda. Några patienter framförde att personalen pratar med varandra på sitt eget modersmål, och ibland över huvudet på patienterna i exempelvis matsalen. En patient uppgav att varje gång det händer undrar patienten om personalen pratar om hen. Även samtal på svenska sker över huvudet på patienterna enligt en annan av de intervjuade patienterna.

Dialogmöte med ledningen

Vid samtal med representanter för kommunens ledning framkom att kompetensen hos vård- och omsorgspersonalen varierar. Vissa av kommunens SÄBO har personal med hög kompetens och en stor andel utbildade undersköterskor. Vid andra SÄBO är andelen undersköterskor färre. Förvaltningsdirektören uppgav att vård- och omsorgspersonalen många gånger har kompetens och erfarenhet, men att det varierar vid kommunens 45 SÄBO.

Ledningen uppgav att det är mycket svårt att rekrytera undersköterskor och de bedömer att det kommer att bli ännu svårare framledes. Enligt ledningen frågar sig de sig vilka krav som till slut kan ställas när det inte finns tillräckligt med personal att rekrytera. Ledningen konstaterade vid intervjun att mycket gjorts vad avser rekrytering men att det inte är säkert att det gett effekt. Ledningen beskrev pågående satsningar så som inrättandet av en rekryteringsstödsenhet och ett utvecklings- och kompetenscentrum. Vidare har Göteborg Stad anställt egna forskare som arbetar tillsammans med universitetet beträffande vad som behöver utvecklas. Målbilden är enligt ledningen en hållbar vård och omsorg med hållbara processer samt att kommunen ska vara en attraktiv arbetsgivare.

Ledningen framförde att det finns behov av att uppgiftsorientera och organisera på annat sätt framledes. Exempelvis kartläggs vilka uppgifter sjuksköterskorna utför och vilka uppgifter som kan delegeras. Ledningen beskrev att undersköterskor tidigare haft kvalificerade medicinska arbetsuppgifter till skillnad från i dag då all vård- och omsorgspersonal gör samma arbetsuppgifter. Enligt ledningen har dock arbetet med differentiering av arbetsuppgifter ännu inte slagit igenom. Som skäl angavs att uppbyggandet av den nya förvaltningen ägt rum under covid-19-pandemin och vad det i sig inneburit.

Ledningen beskrev att övergripande satsningar gjorts för att få upp hälso- och sjukvårdskompetensen på SÄBO. Sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter har fått kompetensutveckling exempelvis genom specialistutbildningar inom psykiatri,

demenssjukdom och palliativ vård. Undersköterskor har fått kompetensutveckling så de kan arbeta som specialistundersköterskor. Ledningen framförde att det inneburit att kommunen i dag har 60 specialistundersköterskor anställda vilka kan utföra mer komplicerade delegerade uppgifter. Specialistundersköterskorna är utspridda på de fyra olika stadsområdena. Vidare har kommunen gjort en satsning genom att anställa 14 farmaceuter. Farmaceuterna arbetar främst på korttidsboenden men finns även på SÄBO. Kommunen har också anställda sjuksköterskor som arbetar flexibelt och bemannar där behov uppstår. Enligt ledningen är detta arbetssätt bra för kvaliteten då det är kända personer som besöker patienterna.

En styrgrupp har tillsatts avseende kompetensfrågor om hygien. Det pågår också utbildning i förflyttningsteknik och läkemedel för vård- och omsorgspersonalen. Vidare pågår utvecklingen av ett introduktionsprogram för legitimerad personal. Ledningen beskrev även ett pågående arbete för att sjuksköterskor under sitt första arbetsår i Göteborgs Stad ska få utbildning och därmed förskrivningsrätt för antidecubitusmadrasser (madrass som förebygger trycksår).

Ledningen uppgav vidare ett ökat behov av kompetensutveckling för sjuksköterskor eftersom nyanställda sjuksköterskor ofta saknar tidigare erfarenhet och grundläggande kompetens. Enligt ledningen saknas det även rutinerade sjuksköterskor som kan handleda. Ledningen uppgav att det finns tankar på att handleda de nyanställda sjuksköterskorna centralt inom kommunen.

IVO återkopplade från sjuksköterskeintervjuerna att sjuksköterskorna framfört att enhetscheferna på SÄBO ofta har dålig kompetens vad avser hälso- och sjukvård. Ledningen uppgav att de ser förbättringar inom detta område och att hälso- och sjukvårdsfrågor lyfts även inom socialtjänsten. Ledningen betonade att den legitimerade personalens arbetsuppgifter måste renodlas mer och att sjuksköterskorna måste avlastas vissa arbetsuppgifter. Sjuksköterskorna ska inte utföra arbetsuppgifter som egentligen enhetscheferna för SÄBO har ansvar för.

Vad avser vård- och omsorgspersonalens kompetens i svenska språket förekommer det enligt ledningen att det finns bristande kunskap i det svenska språket. Enligt ledningen är det förekommande att vård- och omsorgspersonalens kompetens och språk är så bristande att det kan vara svårt för dem att läsa och förstå vad som ska utföras. Enligt ledningen är det ofta kompetensen hos vikarier som brister. Ledningen uppgav att innan förvaltningens omorganisation arbetade respektive stadsdel med språkkompetens på olika sätt. Nu arbetar kommunen bland annat med kompetensutveckling avseende svenska språket vid rekrytering. Det ska även påbörjas en årlig kompetensinventering eftersom det i dag saknas en helhetsbild. Enligt ledningen har respektive enhetschef för SÄBO kännedom om behovet men det behövs en övergripande bild av behovet av kompetensutveckling, detta så personalen ges rätt insatser. En person har utsetts för att kartlägga behovet av språkinsatser. Ledningen uppgav att för närvarande deltar cirka 400 personer i

språkinsatser. Ledningen sammanfattade att det blivit bättre vad avser språkkompetensen men att det är en del kvar att göra.

IVO återförde vid intervjun information från resultatet av journalgranskningen där det bland annat framgår att 29% av patienterna inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad. IVO informerade vidare om att det av sjuksköterskeenkäten framgår att 50% av sjuksköterskorna anser att läkartillgången är otillräcklig, vilket även bekräftades vid intervjun med sjuksköterskorna.

Ledningen uppgav att det finns strukturer och samverkan mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och nämnden. Kommun och region har en gemensam målbild men enligt ledningen är VGR och nämnden inte överens i alla delar om hur arbetet ska genomföras. Göteborgs Stad samverkar med 60 vårdcentraler, 30 privata och 30 i offentlig regi. Enligt ledningen fungerar samverkan med respektive vårdcentral olika bra. En verksamhetschef uppgav att det nyligen vid ett samverkansmöte med en vårdcentral framkommit att vårdcentralen inte hade tid och utrymme för arbete med bl.a. SIP (samordnad individuell plan). Ledningen uppgav att Göteborg Stad har ett vårdsamverkansteam som har avsatt tid för att göra vårdplaneringar, men att det inte går att tvinga VGR att avsätta tid för detta.

Ledningen uppgav att det finns en samverkansstruktur mellan nämnden och VGR som i grund och botten är bra. Samverkan sker enligt ledningen på olika nivåer. Enligt ledningen har dock samverkan med enskilda vårdcentralchefer inte helt lyckats efter pandemin och de 10 stadsdelsnämndernas omorganisering. Ledningen beskrev att när arbete med SIP inte sker blir det svårt i vårdsamverkan. Ledningen framförde att de givetvis inte godtar att det framkommit att det finns en vårdcentral inte arbetar med SIP.

Ledningen uppgav ändå att den omorganisation som skett av stadsdelsnämnderna i Göteborgs Stad medfört att samverkan med VGR blivit bättre. Tidigare behövde VGR vända sig till flera parter i Göteborg Stad men nu är det tydligare vem VGR ska kontakta.

Ledningen uppgav att det finns en handlingsplan för god och nära vård men att det är i praktiken som kommunen stöter på svårigheter. Ledningen uppgav de anser att primärvården har ansvarsområden som läggs på kommunen. Ledningen framförde att Sahlgrenska Universitetssjukhuset har stora besparingskrav och vill att kommunen ska ta emot patienter, men kommunen har inte medicinska behandlingsavdelningar.

Vid intervjun framkom att läkarna som har patientansvar vid SÄBO styr mycket utifrån sin profession. Den största utmaningen är att få alla läkare att följa det som bestämts på central nivå, mellan kommunen och regionen. Enligt ledningen är det exempelvis upp till den enskilde läkaren hur ofta ronder genomförs. Det är också läkaren som bestämmer om rondens ska ske digitalt eller på plats. Enligt ledningen påverkar läkarens planering hur man i kommunen upplever läkartillgången.

Ledningen uppgav att när regionen inte följer överenskommelser kontaktas chef vid aktuell vårdcentral och avvikelser skrivs om det inträffade. En verksamhetschef uppgav att

hon fått till sig från en läkare vid en vårdcentral att hen slänger de avvikelser som skickas. Ledningen framförde att de kallat in VGR:s koncernkontor då bekymmer uppstått i samverkan. Ledningen uppgav att de dock vill betona att de har ett bra samarbete med de flesta av vårdcentralerna men att det inte fungerar med vissa vårdcentraler då de inte deltar vid samverkansmöten.

Vid intervjun konstaterades att frågan om varierande och bristande läkartillgång inte är okänd för nämnden. Nämndens ordförande framförde att det finns en samverkansgrupp, Vårdsamverkan Göteborgsområdet, vilket är ett samverkansforum där politiker från regionen och kommunen deltar. Frågan om läkartillgång har lyfts på politisk nivå och en översyn av Krav- och kvalitetsboken är på gång.

Vid intervjun uppgav en verksamhetschef att vården av patienterna på SÄBO borde vara mer proaktiv och inte så reaktiv. Att använda sig av bestämda rondtider känns gammaldags och vården borde i högre grad vara utformad med utgångspunkt i hur patienten vill bli vårdad.

IVO frågade ledningen om de upplever att det finns en total bild av vad som brister och om det fångas i kommunens egenkontroll som exempelvis vilka läkare som inte avsätter tillräckligt med tid för rond, vilka som inte arbetar med SIP, vilka som inte genomför läkemedelsgenomgångar eller brytpunktssamtal. Ledningen svarade att dokumentationssystemet är viktigt vad avser avvikelshantering och möjligheten att ha överblick. Enligt ledningen skrevs avvikelser förr i pappersform som skickades till primärvården men nu sker det digitalt. Ledningen framförde att man framledes måste bli bättre på att följa upp avvikelser för att skapa en helhetsbild. Ledningen uppgav att det genom nuvarande egenkontroll finns en överblick exempelvis avseende den palliativa vården, men att det saknas en helhetsbild kring vilken vårdcentral som brister.

Ordföranden för nämnden framförde att politikerna har en bred samsyn kring att det måste bli en större tydlighet kring ansvar och roller. Ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal mellan nämnden och VGR är på gång. Göteborg Stad.

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 Göteborgs Stad inte sker enligt gällande regelverk och att det inte finns en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård. IVO konstaterar att det för flera 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 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. Vid inspektionen framkom att tillgången till vårdplaner varierar på olika SÄBO inom respektive stadsområde Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst.

Sjuksköterskorna uppger att de inte alltid har tillräcklig information, vilket innebär risker för patientsäkerheten eftersom insatser riskerar att försenas eller inte kunna utföras. Vid inspektionen framkom att alla sjuksköterskor inte har tillgång till NPÖ (nationell patientöversikt). Ledningen bemötte detta med att uppge att det inte stämmer att sjuksköterskorna inte skulle ha tillgång till NPÖ och det måste bero på att informationen om möjligheten att använda NPÖ inte nått alla sjuksköterskor. 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. Vid inspektionen framkom att personalkontinuiteten varierar på olika SÄBO inom respektive stadsområde Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst.

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	Göteborg	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	32%	38%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	20%	32%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	58%	67%	63%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	81%	66%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	68%	29%	26%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Centrum

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att de anser att kontinuiteten när det gäller vård- och omsorgspersonalen på områdets SÄBO är ganska bra. Kontinuiteten varierar dock mellan olika SÄBO samt mellan avdelningarna på respektive SÄBO. På de flesta SÄBO är grundbemanningen stabil och flera av personalen har lång erfarenhet. Det finns ändå SÄBO där personalomsättningen varit hög och där det finns behov av mycket vikarier. Personalomsättningen avseende personal som arbetar natt har också varit hög. Vård- och omsorgspersonalen har möjlighet att vara anställda på en heltidstjänst, vilket medför att de vid behov går in som resurs vid frånvaro på andra avdelningar än där personalen har sin fasta tjänst. Det finns också en personalpool som ambulerar på alla avdelningar på aktuellt SÄBO. Enligt sjuksköterskorna förekommer det på vissa avdelningar att patienterna träffar många olika vård- och omsorgspersonal. Sjuksköterskorna uppgav att det finns mer att önska beträffande vård- och omsorgspersonalens kontinuitet.

Sjuksköterskorna uppgav att kontinuiteten när det gäller sjuksköterskor under dagtid är ganska bra. Enligt sjuksköterskorna är kontinuiteten sämre under natt, kväll och helg. Sjuksköterskorna som arbetar dagtid vardag är placerade på respektive SÄBO. De flesta

sjuksköterskor arbetar även kväll och helgpas. På vissa SÄBO har det varit stor omsättning av sjuksköterskor och vakanta tjänster har ersatts av bemanningssjuksköterskor. Sjuksköterskorna uppgav att det är en förhållandevis stabil grupp av bemanningssjuksköterskor som ersätter vid frånvaro. När en sjuksköterska är frånvarande för exempelvis arbete på kväll eller helg tas det sällan in en vikarie utan befintliga sjuksköterskor får täcka upp för varandra.

På kväll och helg arbetar sjuksköterskorna från SÄBO tillsammans med sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvården. De har ansvar för alla i områdets verksamheter där det finns behov av sjuksköterska. Patienterna möter därför många olika sjuksköterskor under kväll och helg. Sjuksköterskorna försöker att ta de besök som är hos patienter som bor på det SÄBO där sjuksköterskan arbetar dagtid. Sjuksköterskorna uppgav att bemanningen under nattetid varit instabil de senaste åren. Personalstyrkan består till ungefär 50% av bemanningssjuksköterskor. Sjuksköterskor tycker att arbetstempot är skrämmande och vill därför inte arbeta nattetid. Ledningen har, utifrån arbetsbelastningen nattetid, överanställt personal i form av bemanningssjuksköterskor till och med februari 2023.

Sjuksköterskorna uppgav att kontinuiteten när det gäller läkare dagtid vardagar är ganska bra. Enligt sjuksköterskorna har det under senare tid varit samma läkare som haft ansvar för respektive SÄBO. På flera SÄBO är det två läkare som turas om med uppdraget.

Sjuksköterskorna anser att de inte har tillgång till alla journaler de behöver. Det finns endast en vårdcentral i område Centrum där sjuksköterskorna har tillgång till läkarnas dokumentation via NPÖ. Läkarna på övriga vårdcentraler skickar journalutdrag via fax eller brevlades. Sjuksköterskorna har tillgång till journaler som upprättas på sjukhusen via NPÖ. Sjuksköterskorna har ingen tillgång till vård- och omsorgspersonalens dokumentationssystem. Det kan dröja innan vikarierande sjuksköterskor får SITHS-kort (elektronisk identitetshandling) och därmed inloggning till dokumentationssystemet. Det medför att dokumentationen blir bristfällig eller att den sker via en kollegas inloggning.

Sjuksköterskorna uppgav att det finns dokumenterade vårdplaner utifrån riskbedömningar för samtliga patienter. En sjuksköterska framförde att hon ser en positiv förändring då antalet vårdplaner blivit fler. Vårdplanerna finns i patientens hälso- och sjukvårdsjournal. De vårdplaner som sjuksköterskorna anser relevanta för vård- och omsorgspersonalen skrivs ut och förvaras i en pärm i patientens lägenhet. Där finns även signeringslistor för personal med delegering och på dessa listor kan personalen dokumentera sådant som rör hälso- och sjukvård. Sjuksköterskorna för sedan in den informationen i den digitala hälso- och sjukvårdsjournalen, ett arbetssätt som medför dubbelarbete.

Nuvarande dokumentationssystem infördes enligt sjuksköterskorna för cirka 1,5 år sedan. I samband med införandet fick samtliga sjuksköterskor utbildning. Sjuksköterskor som börjat i organisationen senare har inte fått någon utbildning. Sjuksköterskorna uppgav att det finns en grupp som arbetar med utveckling av systemet och ger stöd till sjuksköterskorna. Gruppen har bland annat utvecklat fler sökord och införande av

åtgärds-koder (KVÅ-koder). Sjuksköterskorna uppgav att de för det mesta kan följa upp planerade och insatta åtgärder. Däremot att det ganska ofta saknas dokumentation för de delegerade uppgifterna som vård- och omsorgspersonalen ansvarar för. Personalen dokumenterar inte eller obetydligt i pappersjournalen som finns hos patienten. En sjuksköterska uppgav att hen ofta är med vid överrapportering mellan arbetslag för att på så sätt få möjlighet att följa upp effekten av de delegerade uppgifterna. Vårdplanerna ska följas upp minst två gånger per år men vårdplanen beträffande läkemedel följs upp mera sällan.

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Hisingen

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att de anser att kontinuiteten när det gäller vård- och omsorgspersonalen på området SÄBO är ganska dålig. Det är många som är sjukskrivna bland personalen. Det förekommer även att personal slutat på grund av för hög arbetsbelastning. Ledningen planerar att införa tre semesterperioder vilket medfört att flera av vård- och omsorgspersonalen överväger att sluta enligt sjuksköterskorna. Personalen har heltidstjänster och gör därför arbetspass på andra avdelningar än sin ordinarie avdelning. Det förekommer också att man ersätter frånvaro med vikarier från bemanningsenheten, vikarierna har sällan delegering. Vid tillsättning av vikarier från bemanningsenheten tas det inte hänsyn till att skapa bra kontinuitet. Nattetid är det bättre kontinuitet beträffande vård- och omsorgspersonalen.

Sjuksköterskorna uppgav att kontinuiteten när det gäller sjuksköterskor dagtid vardagar är ganska bra och bra nattetid. Övrig tid är den varken bra eller dålig. Det är sex sjuksköterskor i tjänst nattetid och de täcker upp för varandra vid frånvaro men det förekommer också vikarier. En del sjuksköterskor arbetar enbart dagtid och några enbart kvällstid. När sjuksköterskorna arbetar under jourtid försöker de tänka på kontinuiteten och ta besöken på sina SÄBO om det är möjligt. Behovet av ersättare vid frånvaro sker på olika sätt inom område Hisingen. Vid några SÄBO fanns det vakanta tjänster som ersattes av ambulera sjuksköterskor och de använde sällan bemanningssjuksköterskor vid frånvaro. Ett annat område har bemanningspool med sjuksköterskor, några har en så kallad löpare som täcker upp vid frånvaro. Denna sjuksköterska kan också ersätta i andra delar i området. Vid ett SÄBO har det varit problem med bemanningen av sjuksköterskor och där har två av fem tjänster bemannats med bemanningssjuksköterskor under en längre tid. Det har inte gått att rekrytera till dessa tjänster. Sjuksköterskan berättade att som en konsekvens av den bristfälliga kontinuiteten har en patient gått ner 20 kilo sedan hen flyttade in på detta SÄBO utan att någon observerat eller signalerat detta vidare.

Sjuksköterskorna uppgav att kontinuiteten när det gäller läkare dagtid vardagar är ganska bra. Enligt sjuksköterskorna är det i stort sett samma läkare som besöker de olika boendena under rondtid. Vid en vårdcentral har det varit stor omsättning på läkare.

De flesta sjuksköterskor har tillgång till alla journaler de behöver. De har tillgång till läkarnas dokumentation via NPÖ vid de flesta vårdcentraler, både privata och regionens

samt sjukhusen. Vid de vårdcentraler där de inte har tillgång till journalerna via NPÖ lämnar läkaren utdrag av journalen i pappersform istället. Vid dessa SÄBO kan sjuksköterskorna under jourtid inte läsa läkarens anteckningar i IT-systemet utan måste åka till boendet för att läsa dem i pappersform. Ibland kan det vara problem med att få samtycke till att gå in i NPÖ från patient och anhöriga. Sjuksköterskor som arbetar nattetid läser främst sjuksköterskornas hälso- och sjukvårdsjournal och sällan i NPÖ. Sjuksköterskorna kan inte läsa journalen som vård- och omsorgspersonalen dokumenterar i, vilket enligt sjuksköterskorna är en brist.

Sjuksköterskorna uppgav att det finns dokumenterade vårdplaner för några patienter. Där det finns vårdplaner finns dessa i hälso- och sjukvårdsjournalen. Enligt nattsjuksköterskorna finns det dock inte tillräckligt med vårdplaner för patienterna. Det saknas exempelvis ofta vårdplaner för hur de ska agera när en patient är utagerande vid psykiskt ohälsa. Vårdplanerna är inte heller uppdaterade eller tas bort när de inte längre är aktuella. Det beror på tidsbrist enligt sjuksköterskorna och sjuksköterskorna har framfört till ledningen att de behöver mer administrativ tid.

Sjuksköterskorna uppgav att de för några patienter kan följa upp planerade och insatta åtgärder. Det finns sjuksköterskor som inte har kännedom om att åtgärder ska följas upp. All vård- och omsorgspersonal har tillgång till de vårdplaner de har behov av, de skrivs ut av sjuksköterskan och sätts i en pärm som förvaras i patientens lägenhet. Många av vård- och omsorgspersonalen läser inte vårdplanerna och det medför att informationen som personalen ger sjuksköterskan blir bristfällig, och det medför att patienter ibland skickas till sjukhus p.g.a. detta. Det händer att sjuksköterskan under jourtid frågar personalen om de läst vårdplanen och att de då inte har någon kännedom om att det finns en vårdplan. Många i personalen har bristande språkkunskaper i svenska språket och vågar inte dokumentera i patientens sociala journal utan ber en kollega att dokumentera i deras ställe.

Det finns dokumentationsstöd och fastställda sökord i systemet, däremot ansåg inte sjuksköterskorna att innehållet i dokumentationen var tillräcklig för att uppnå patientsäker vård. Det saknas viktig information om patienternas aktuella hälsotillstånd, vilket framförallt blir tydligt under jourtid när sjuksköterskor arbetat som inte har kännedom om patienterna.

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Nordost

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att de anser att kontinuiteten när det gäller vård- och omsorgspersonalen på områdets SÄBO är ganska dålig. Det är stor omsättning på personal och därmed många vikarier i tjänst. Vikarierna kommer främst från bemanningsenheten. Kompetent personal har valt att sluta, vilket främst skett efter en omorganisation som innebar att personal med bra kompetens fick fler uppgifter och ansvar. Nattetid är det för få vård- och omsorgspersonal i tjänst. Det är många patienter med psykisk ohälsa som inte får den vård och stöd som de är i behov av. Personalen känner sig övergivna och otrygga kring denna patientgrupp. De ringer ofta och mycket till

sjuksköterskan för att få stöd. Personalen har bett sjuksköterskan att skriva till enhetscheferna och beskriva situationen som råder.

Sjuksköterskorna uppgav att kontinuiteten när det gäller sjuksköterskor är bra nattetid, ganska bra dagtid och varken bra eller dålig kväll och helg. Det är fyra sjuksköterskor i tjänst nattetid. I området varierar det hur sjuksköterskorna arbetar. Vissa arbetar dag och varje 4:e helg och andra dag, kväll och helg. Snart kommer alla arbeta dag, kväll och helg och därför kommer patienterna få träffa fler sjuksköterskor. I några delar av området har det varit stor personalomsättning beträffande sjuksköterskor. Många arbetspass har bemannats med bemanningssjuksköterskor, främst kvällar och helger. Det är ofta samma bemanningssjuksköterskor som ersätter vid frånvaro. På andra ställen har många sjuksköterskor arbetat ganska länge. Jourtid är det sällan inbokade besök på SÄBO, utan besöken är av mer akut karaktär. Sjuksköterskorna ansåg att introduktionsutbildningen för nya sjuksköterskor är bra i vissa delar i område Nordost. Nyanställda sjuksköterskor får gå bredvid en metodutvecklare under cirka en månads tid. Metodutvecklaren fungerar även som ett stöd åt hälso- och sjukvårdens chef.

Sjuksköterskorna uppgav att kontinuiteten när det gäller läkare dagtid vardagar är ganska dålig. På ett SÄBO är det ofta ST-läkare (läkare som är under specialisttjänstgöring) som har det medicinska ansvaret och dessa byts ut efter ett halvår. På ett annat boende har de haft sex olika läkare under ett år.

De flesta sjuksköterskor har tillgång till alla journaler de behöver. De har tillgång till läkarnas dokumentation för både regionen och de privata vårdcentralerna via NPÖ men bara för vissa patienter. Alla patienter och anhöriga samtycker inte till detta. Sjuksköterskorna lägger ofta ner mycket tid på att skaffa uppgifter om patienterna när de flyttar in på SÄBO. De kan få en lapp från enhetschefen på SÄBO om att en ny patient kommer att flytta in. Ibland kan de få information från biståndshandläggaren om en ny patient och dessa anteckningar innehåller sällan uppgifter om hälso- och sjukvård. Sjuksköterskan tolkar patientens hälsostatus genom att läsa läkemedelslistan, samtala med patienten eller kontakta anhöriga. När sjuksköterskan går in i NPÖ och söker efter patienten finns det inte alltid journaler. En del patienter har levt under enkla förhållanden eller misär och inte varit aktuella varken inom socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Enligt sjuksköterskorna är dokumentationen kring en patient ofta bäst när hen kommer direkt från sjukhuset och flyttar in på SÄBO. Läkare faxar eller skickar via post journalutdrag efter rond till sjuksköterskan. Under jourtid har sjuksköterskorna inte alltid tillgång till läkarens journalanteckningar vid alla SÄBO. Sjuksköterskorna har inte tillgång till vård- och omsorgspersonalens dokumentation och sjuksköterskorna uppgav att det är en stor brist.

Sjuksköterskorna uppgav att det finns dokumenterade vårdplaner för alla patienter. Sjuksköterskorna skriver vårdplaner för hälsoproblem och det finns många vårdplaner. Om någon vårdplan inte är uppdaterad påminner sjuksköterskorna varandra om det. Det är ett utvecklingsområde att se till att vårdplanerna är uppdaterade. För alla patienter finns en

vårdplan beträffande patientens allmäntillstånd, det är en rutin i område Nordost att skriva denna typ av plan på alla patienter. Sjuksköterskan som arbetar natt uppgav att det är till stor hjälp att det finns vårdplaner. Alla vårdplaner finns i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Sjuksköterskorna uppgav att de för några patienter kan följa upp planerade och insatta åtgärder. Det är i princip bara under dagtid vardagar som sjuksköterskorna genomför uppföljningar. De hinner inte alltid med att göra denna uppgift på grund av bemanningen av sjuksköterskor på SÄBO. De får prioritera och göra de viktigaste uppföljningarna. Är sjuksköterskor frånvarande under dagtid vardagar ersätts de sällan och frånvarande är de bl.a. för att de ska arbeta kväll och helg. De gånger när frånvaron ersätts blir det med en bemanningssjuksköterska, vilket gör att den ordinarie sjuksköterskan är den som får ta det största ansvaret och som gör de flesta uppgifterna, en problematik som sjuksköterskorna tagit upp med ledningen. All vård- och omsorgspersonal har tillgång till de vårdplaner som de har behov av, genom att sjuksköterskorna skriver ut planerna och sätter i en pärm hos patienten och även rapporterar muntligt till personalen. Sjuksköterskorna uppgav dock att personalen inte alltid läser dokumentationen. Många har så dåliga språkkunskaper att de inte förstår dokumentationen. Det finns en papper utanpå pärmerna där sjuksköterskorna skriver när det finns ny dokumentation att ta del av men all personal läser inte i alla fall.

Det finns dokumentationsstöd och fastställda sökord i systemet. Sjuksköterskorna ansåg inte att innehållet i dokumentationen var tillräcklig för att uppnå patientsäker vård. Vid hög personalomsättning av sjuksköterskor blir dokumentationen sämre. Alla bemanningssjuksköterskor dokumenterar inte tillräckligt och nya sjuksköterskor vet inte hur de ska dokumentera. Det händer även att vikarierande sjuksköterskor inte har inloggningsuppgifter till systemet.

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Sydväst

Sjuksköterskorna beskrev att kontinuiteten är ganska dålig när det gäller vård- och omsorgspersonalen på kommunens SÄBO. Sjuksköterskorna uppgav att det är hög sjukfrånvaro vilket medför att vikarier från bemanningsenheten ersätter. Enligt sjuksköterskorna har det under de senaste åren varit stor omsättning beträffande vård- och omsorgspersonal på flera SÄBO. Det finns dock SÄBO där det varit mera stabilt och det är främst vid de mindre boendena.

Kontinuiteten avseende sjuksköterskor beskrevs vara varierande över dygnet. På flera SÄBO och på natten har det varit stor omsättning av sjuksköterskor under de senaste åren. Många arbetspass bemannas med bemanningssjuksköterskor. Enligt sjuksköterskorna är det inte alltid samma bemanningssjuksköterskor som ersätter på respektive SÄBO och arbetspass. Utöver bemanningssjuksköterskorna vikarierar även pensionerade sjuksköterskor. Sjuksköterskorna uppgav att de har schemalagda arbetspass både dag, kväll och helg vilket innebär att de är frånvarande vissa arbetspass dagtid vardagar. Vid ett större SÄBO där flera sjuksköterskor arbetar innebär det att en frånvarande sjuksköterska sällan ersätts. Arbetsbelastningen blir därmed högre för kvarvarande sjuksköterskor. Vid mindre SÄBO där det är en eller två sjuksköterskor som arbetar ersätts frånvarande

sjuksköterska med bemanningssjuksköterska. Enligt sjuksköterskorna gör bemanningssjuksköterskan bara de uppgifter som de blir tilldelade. Dessutom kan det vara olika bemanningssjuksköterskor. Flera av de intervjuade sjuksköterskorna arbetade bara dagtid eftersom de studerar till specialistsjuksköterska. Det innebär att deras kväll och helgpas ersätts med bemanningssjuksköterskor. Det kan således vara många olika sjuksköterskor som ersätter en vakans vilket innebär en försämrad kontinuitet för patienten. På natten ska det vara sex sjuksköterskor och två undersköterskor i tjänst. Enligt sjuksköterskorna var det för närvarande bara tre patruller och en sjuksköterska som arbetar med telefonrådgivning, en sjuksköterska har således inte ersatts. Sjuksköterskorna uppgav att de ofta får merarbete dagen efter när arbetspassen ersatts av bemanningssjuksköterskor och främst när det kommer olika sjuksköterskor. Enligt sjuksköterskorna syns detta även i dokumentationen.

Sjuksköterskorna uppgav att kontinuiteten när det gäller läkare dagtid vardagar är ganska bra. Det är oftast samma läkare som är ansvarig för respektive SÄBO. På några SÄBO delar två läkare på uppdraget. Vid ett SÄBO var det dock under ett år fem olika läkare som hade ansvaret.

Vid intervjun framkom att sjuksköterskorna anser att de inte har tillgång till de journaler de har behov av. Endast en av de intervjuade sjuksköterskorna hade tillgång till läkarens journaler på vårdcentralen genom NPÖ. Sjuksköterskan trodde att hen fått behörigheten då hen arbetade vid ett annat område i Göteborgs Stad. Via SAMSA (samordnad vård- och omsorgsplanering) har sjuksköterskorna tillgång till journalerna på sjukhusen. Läkarna på vårdcentralerna faxar eller skickar brevlades journalutdrag till sjuksköterskorna på respektive SÄBO, några dagar efter genomförd rond.

Vid intervjun framkom att vid ett SÄBO, med ungefär 100 patienter, saknas det kopior av läkarens journal sedan tre år tillbaka. Sjuksköterskorna har under jourtid inte digital tillgång till läkarjournalen, eftersom de sitter i en pärm på respektive SÄBO. För att kunna läsa journalerna krävs det att sjuksköterskan beger sig till aktuellt SÄBO. Det händer att bemanningssjuksköterskor inte fått behörighet till dokumentationssystemet utan får låna en kollegas kod för att kunna läsa och dokumentera i systemet. Sjuksköterskorna har inte tillgång till vård- och omsorgspersonalens dokumentation.

Sjuksköterskorna uppgav att det för de flesta patienter finns en strukturerad dokumentation dvs. vårdplaner för de patienter som har hälso- och sjukvårdsinsatser. Sjuksköterskorna uppgav att de vid en planeringsdag förra året visades olika exempel på hur de dokumenterar vårdplaner. Det visade sig att det fanns olikheter i dokumentationen. Den intervjuade sjuksköterskan som arbetade natt uppgav att det finns olikheter beträffande vårdplanerna på de olika boendena. Vid vissa SÄBO finns det vårdplaner för i princip allt medan det vid andra SÄBO saknas vårdplaner för ganska självklara saker som exempelvis när en patient har en kateter. Sjuksköterskorna ser ofta skillnad i dokumentationen när det är en nyanställd sjuksköterska utan dokumentationsutbildning som dokumenterat. Alla patienter har en vårdplan beträffande hälsostatus.

Sjuksköterskorna uppgav vidare att tiden inte alltid räcker till att dokumentera på det sätt som de ska göra.

All vård- och omsorgspersonal har enligt sjuksköterskorna tillgång till patienternas vårdplaner eftersom de skrivs ut och sätts i en pärm som förvaras i patientens lägenhet. Enligt sjuksköterskorna är det dock förhållandevis många av vård- och omsorgspersonalen som inte läser dokumentationen.

Enligt sjuksköterskorna finns det förutsättningar att följa upp effekten av planerade och insatta åtgärder för några patienter. Sjuksköterskorna får dagligen prioritera i sina arbetsuppgifter. De flyttar fram sådant som inte akut och det kan exempelvis vara uppföljning av en åtgärd. Prioriteringen beror oftast på för låg bemanning då frånvarande sjuksköterskor inte ersatts. Sjuksköterskorna uppgav att de dock följer upp de åtgärder som anses vara viktigast.

Sjuksköterskorna uppgav att det finns ett dokumentationsstöd i journalsystemet, som standardtexter och KVÅ-koder. Sjuksköterskorna anser dock att innehållet i dokumentationen inte är tillräcklig för att uppnå en patientsäker vård när personalkontinuiteten avseende sjuksköterskorna är dålig. Det beror på att i vissa av hälso- och sjukvårdsjournalerna saknas det dokumentation. Sjuksköterskorna har inte heller tillgång till primärvårdens journaler genom NPÖ.

Intervju med patienter från samtliga områden

Av de tjugofyra patienter som intervjuats framkom att de flesta inte kände till att det finns en planering för deras vård och behandling, sju patienter kände till planeringen och av dessa sju hade en varit delaktig. Sex patienter ansåg att planeringen följdes helt eller delvis men en patient ansåg inte det. I kommentarer uppgav flera patienter att de hade önskat vara delaktiga i planeringen av den egna vården och behandlingen. Flera uppgav vidare att de inte kände till om det fanns någon skriftlig vårdplan. Ingen personal har suttit ner och pratat om patientens vård och behandling enligt en av dessa patienter. Flera uppgav att det de pratat om enbart rört vilka läkemedel de får. En patient uppgav att hen hade förväntat sig att få besök av sjuksköterskan efter en akut sjukhusvistelse och fått händelsen förklarad för sig, men det skedde inte. Flera patienter uppgav att de inte träffat någon hälso- och sjukvårdspersonal i anslutning till att de flyttat in på boendet, trots att de har omfattade medicinska besvär.

Drygt hälften av patienterna uppgav att kontinuiteten gällande vård- och omsorgspersonalen är bra eller ganska bra. Åtta patienter svarade att kontinuiteten varken är bra eller dålig, alternativt dålig. Gällande kontinuiteten avseende sjuksköterskor uppgav flertalet patienter att den är bra eller ganska bra. För läkare uppgav hälften att kontinuiteten är bra eller ganska bra, medan resten uppgav att de inte vet hur det förhåller sig gällande läkarkontinuiteten. Flera av de intervjuade patienterna uppgav att det är många olika vård- och omsorgspersonal och många olika vikarier. Flera uppgav att de inte

känner personalen och att personalen inte vet vilka patienterna är. Någon uppgav att hen kan få träffa 6-7 olika personal under en vecka och en annan svarade att det är ny personal varje dag. Någon uppgav att det var svårt att veta vem som var ordinarie personal eller vikarie. Några patienter uppgav att de även träffat flera olika sjuksköterskor på grund av sjukskrivningar. Flera av patienterna uppgav de inte träffat någon läkare på boendet, och några patienter uppgav att de träffat olika läkare och att de ofta är stressade när de kommer på besök.

Dialogmöte med ledningen

Vid mötet med ledningen återförde IVO information från resultatet av journalgranskningen där det bland annat framgår att 32 % av patienterna saknar en dokumenterad vårdplan. IVO återkopplade från intervjuerna med sjuksköterskorna att för de flesta patienter skrivs det vårdplaner i Göteborgs Stad men att kvaliteten och innehållet i vårdplanerna varierar. Enligt sjuksköterskorna är vårdplanerna ibland inte skrivna på ett sådant sätt att de kan utgöra ett stöd för personalen som arbetar jourtid. Flera sjuksköterskor uppgav att de inte har tillgång till NPÖ. IVO framförde också att de vid intervjun med sjuksköterskorna framkommit information om att det saknas tillgång till läkaranteckningar.

Ledningen uppgav att det inte stämmer att sjuksköterskorna inte skulle ha tillgång till NPÖ. Att vissa sjuksköterskor uppgav det måste enligt ledningen bero på att informationen om möjligheten att använda NPÖ inte nått alla sjuksköterskor. I flera områden har sjuksköterskorna arbetat med NPÖ i flera år, samtidigt som andra uppenbarligen inte gjort det.

Ledningen uppgav att det genomförts ett arbete avseende vårdplaner. Vårdplaner måste finnas och då inte minst för att de sjuksköterskor som bemannar på olika SÄBO, exempelvis under jourtid, ska kunna arbeta patientsäkert. Arbetet med att förstå vikten av att dokumentera vårdplaner har enligt ledningen haft positiv effekt. Alla sjuksköterskor har enligt ledningen deltagit i en utbildning avseende strukturerad dokumentation.

En av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna lyfte frågan om hur lärosäten utbildar sjuksköterskor i hur man dokumenterar vårdplaner. Kunskap kring vårdplaner varierar hos nyexaminerade sjuksköterskor. På vissa enheter i Göteborgs Stad finns det inte så många erfarna sjuksköterskor, vilket kan försvåra introduktionen av nyanställda.

En central introduktion som sker i staden erbjuds alla nyanställda och den introduktionen har utvecklats under flera år. Enligt ledningen finns det personal som kan stötta kollegialt kring dokumentation.

Kollegial granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen kommer att genomföras regelbundet med start från och med 2023. Arbetet med kollegial granskning har kommit olika långt i de olika områdena i Göteborgs Stad. MAS uppgav att de som medicinskt ansvariga granskar journaler när utredningar genomförs men inte vid andra tillfällen.

Ledningen lyfte att sjuksköterskorna som arbetar natt har arbetat olika i de fyra områdena i Göteborgs stad. Alla områden utom område Nordost har en chef för sjuksköterskorna som arbetar nattetid för att på så sätt öka kompetensen och kvaliteten i det arbete som utförs på natten. Ledningen uppgav att det pågår en översyn av hur bemanningen av sjuksköterskor under nattetid vid SÄBO ska se ut. Ledningen uppgav att det är viktigt att ha fokus på arbetsmiljö och chefs roll.

Enligt ledningen kan sjuksköterskor ha svårt med att prioritera i sitt arbete. Ledningen uppgav att de arbetar för att sjuksköterskorna ska få mer tid hos patienten. Det behöver inte vara en sjuksköterska som utbildar vård- och omsorgspersonalen i exempelvis hygien, utan det finns andra personer som kan göra det. Ledningen uppgav att hälso- och sjukvårdsprocessen måste säkras upp. När en sjuksköterska säger att hen inte hinner dokumentera en vårdplan för att hen måste hjälpa vård- och omsorgspersonalen är detta ett fel. Ledningen uppgav att en vårdplan måste upprättas så vård- och omsorgspersonalen vet hur de ska arbeta. Ledningen betonade att personalens kompetens måste användas rätt.

Ledningen beskrev att man vid kommunens SÄBO utgår från en handlingsplan för personcentrerad vård. Enhetscheferna för SÄBO ska tillsammans med sjuksköterskorna genomföra aktiviteter under 2023, och uppgav att då kan vi lära av varandra. Denna handlingsplan för personcentrerad vård är ännu inte implementerad i alla stadsområden.

Vad avser kontinuitet av sjuksköterskor vid SÄBO uppgav ledningen att det är ett problem med att få sjuksköterskor att stanna kvar på sin anställning. I dagsläget behövs många bemanningssjuksköterskor vilket enligt ledningen inte gynnar kvaliteten.

IVO gav återkoppling från sjuksköterskeintervjuerna där det bland annat framkommit att läkare under sin ST-tjänstgöring har det medicinska ansvaret på SÄBO, vilket medför att det ofta blir rotation av läkare. Vidare framkom att läkare inte gör hembesök utanför rondtid utan då hänvisar till nödnumret 112. Frustration uppstår sedan hos sjuksköterskorna då det förekommer att patienten måste skickas till sjukhus och att ambulanspersonalen inte tar med patienten till sjukhuset. Vissa sjuksköterskor framförde att de kan ringa ett mobilt team medan andra sjuksköterskor inte hade kännedom om att de kan ringa till ett sådant team. IVO återkopplade att sjuksköterskorna i kommunen gör olika avseende detta.

Ledningen framförde att vårdcentralerna har ett stort utbildningsansvar vilket medför att läkare som gör specialisttjänstgöring (ST-läkare) ofta arbetar med vården av de äldre vilket bidrar till bristande kontinuitet avseende läkare för patienterna på SÄBO. IVO ställde frågan om Göteborg Stad övervägt att konsultera egna läkare och debitera regionen. Vid intervjun framkom att ledningen inte övervägt det. Ledningen framförde att det är tillräckligt med arbete att försöka rekrytera de yrkesgrupper som verksamheten behöver i övrigt. Vidare framfördes att det är oklart om det skulle bidra till ökad kontinuitet.

Läkarjouren svarar bara i telefon och har ansvar för ett väldigt stort område. Ledningen beskrev att patienterna som kommer hem från sjukhus är sjukare än tidigare.

Ledningen beskrev att flera nya mobila team utvecklats för att kompensera för att vårdcentralens läkare inte kan komma på besök hos patienten. Ledningen ser att detta bidrar till att det blir ytterligare en aktör inblandad vilket bidrar till sämre kontinuitet för patienten. Ledningen framförde att det är bra att äldre inte behöver åka in till akuten men att riskbedömningar behöver göras utifrån patientens behov. En patient kan efter besök av ett mobilt team behöva mer stöd av vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor men den riskbedömningen görs inte enligt ledningen. Ledningen uppgav att ingen sjuksköterska ska ringa direkt till ett mobilt team. Rutinen säger att ett mobilt team enbart ska kontaktas om läkaren i primärvården anser att detta ska göras.

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 Göteborgs Stad 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 att sjuksköterskor i verksamheten på grund av den ansträngda arbetssituationen känner sig tvungna att delegera för att patienterna ska få sina läkemedel. Sjuksköterskorna känner sig dock inte trygga med att den vård- och omvårdnadspersonal som delegerats uppgiften kan iordningställa och administrera läkemedel på ett patientsäkert sätt. Sjuksköterskorna saknar förutsättningar främst i form av tid för att ge erforderligt stöd åt de som fått 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 saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vid inspektionen framkom att läkemedelsgenomgångar genomförs men att det inte finns någon rutin för hur det ska dokumenteras. Huvudmannen har därför inte möjlighet att följa upp och säkerställa att samtliga patienter erbjuds en årlig läkemedelsgenomgång. Vid inspektionen framkom också att tillgången till läkare varierar och att arbetssättet med läkemedelsgenomgångar genomförs olika vid SÄBO inom respektive stadsområde Centrum, Hisingen, Nordost och Sydväst. 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.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Göteborg	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	62%	60%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	55%	53%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	17%	19%	20%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	77%	56%	56%
Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	37%	33%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal	14%	29%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal	24%	16%	17%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Centrum

Sjuksköterskorna framförde att de sällan har förutsättningar att delegera enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård. Om sjuksköterskan är tveksam till att delegera en personal kan den personalen få gå bredvid en rutinerad undersköterska en tid innan delegering sker. Sjuksköterskorna som arbetar natt har precis fått veta att de har ansvar för delegering för all nattpersonal som är i behov av det. Sjuksköterskorna uppgav att de inte känner all personal som de ska ge delegering till. Inför sommaren är det alltid svårt med delegeringsförfarandet. Det medför en högre arbetsbelastning. Flera enhetschefer för

SÄBO uppmanar till snabbare delegeringsförfarande för personalen. Detta gäller främst personal som arbetar natt samt sommarvikarier. Vård- och omsorgspersonalen utför oftast delegerade uppgifter på ett patientsäkert sätt. Det förekommer inte så många läkemedelsavvikelser, men det betyder inte att det alltid går rätt till för det, enligt sjuksköterskorna. Personalen kontrollerar inte alltid läkemedelslistan innan de ger läkemedel. Detta gäller främst ordinarie personal som arbetat en längre tid. Nyanställd personal är bättre på att kontrollera listan. All personal kontaktar inte alltid sjuksköterskan när de ger så kallade vid behovsläkemedel. Nattsjuksköterskorna litar inte alltid på personalen när de ska ge dessa läkemedel utan ber personalen att läsa högt för sjuksköterskan gällande vilken läkemedelsstyrka aktuellt läkemedel har.

Sjuksköterskorna medverkar alltid vid läkemedelsgenomgångar. De sker inte alltid årligen utan sjuksköterskan prioriterar vilka patienter som är mest akuta och i mest behov av en läkemedelsgenomgång. Innan genomgången gör sjuksköterskan en skattning för möjliga läkemedelsrelaterade symtom tillsammans med patienten och resultatet går sedan igenom med läkaren vid läkemedelsgenomgången. Sjuksköterskorna uppgav att det genomförs en läkemedelsgenomgång när patienten flyttar in på boendet och det ska genomföras en årlig läkemedelsgenomgång för varje patient. Patienten är inte alltid delaktig vid genomgången och får inte alltid reda på om det sker en förändring av läkemedelsbehandlingen. De flesta läkare vid vårdcentralerna ger information till sjuksköterskorna när det sker en läkemedelsförändring men läkarna på sjukhus är sämre på att kontakta sjuksköterskan och meddela läkemedelsförändringar. Det händer att sjuksköterskan upptäcker förändringar när de färdigförpackade dospåsarna kommer eller i systemet som används för förskrivning och beställning av läkemedel för patienter med dosförpackade läkemedel. Sjuksköterskorna informerar oftast personalen om läkemedelsförändringar som är av vikt för personalen att känna till. Personalen är däremot inte alltid bra på att föra den information vidare till sina kollegor.

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Hisingen

Sjuksköterskorna framförde att de ibland har förutsättningar att delegera enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård. Nattsjuksköterskorna delegerar även personal som arbetat på andra ställen än på SÄBO. Dessa sjuksköterskor har nyligen fått veta att de ska delegera all nattpersonal inom områdets olika verksamheter. Sjuksköterskorna känner därmed inte den personal de ska ge delegering till och har ingen möjlighet att följa upp delegeringen. Vid delegering av personal som arbetar under sommaren har sjuksköterskorna ingen möjlighet att följa upp hur den personalen utför sina uppdrag utan får ”hoppas på det bästa”. Sjuksköterskor som arbetar dagtid har oftast möjlighet att följa upp delegerad personal. Det förekommer att enhetschefer på boendena är angelägna om att personal delegeras snabbt vid anställning, trots att sjuksköterskorna anser att personalen inte är mogen uppgiften.

Vård- och omsorgspersonalen utför ibland delegerade uppgifter på ett patientsäkert sätt. Personalen kontrollerar inte alltid läkemedelslistan innan de ger läkemedel. Detta gäller främst ordinarie personal som arbetat en längre tid. Nyanställd personal är bättre på att kontrollera listan. Personalen litar på signeringslistan och ger läkemedel efter den. De signerar att de gett alla läkemedel, men i själva verket har personalen enbart gett patienten de läkemedel som finns i de färdigförpackade dospåsarna och ser inte att det även kan finnas andra läkemedel som patienten ska ha, som exempelvis läkemedel för tarmfunktionen. En sjuksköterska uppgav att en patient inte fått sitt läkemedel för tarmfunktionen på ett halvår. Det förekommer även att personalen tar med sig dospåsarna för flera tillfällen och lägger i fickan för att ge vid ett senare tillfälle under arbetspasset. Personalen läser inte alltid informationen och missar därför när det skett förändringar i läkemedelsbehandlingen, vilket kan resultera i att personalen missar att ge ett nytt läkemedel. Under delegeringsutbildningen brukar sjuksköterskorna gå igenom SBAR (ett rapporteringsstöd) vilket sjuksköterskorna upplevde att personalen oftast inte visade något intresse för.

Sjuksköterskorna ansåg att det är för många vård- och omsorgspersonal som har delegering. Det borde istället vara 2-3 personer som skötte läkemedlen för samtliga patienter på respektive avdelning. Sjuksköterskorna har sällan förutsättningar att handleda den personal som fått delegering. Personalen har ofta inte tillräckliga kunskaper om hälso- och sjukvård och prioriterar inte alltid dessa uppgifter.

Sjuksköterskorna medverkar alltid vid läkemedelsgenomgångar. Läkemedelsgenomgångarna går till på olika vis på de olika boendena. En läkare genomför läkemedelsgenomgången den månad patienten fyller år samt vid behov. En annan läkare genomför läkemedelsgenomgången utan att träffa patienten. Rondtiden är inte tillräcklig så det är ibland svårt att hinna med. Vid ett annat SÄBO har det varit bristande sjuksköterskekontinuitet och tjänster har ersatts med bemanningssjuksköterskor. Det finns patienter som inte träffat läkare på fyra år på detta SÄBO och de försöker nu komma ikapp avseende läkemedelsgenomgångar.

De flesta läkare vid vårdcentralerna ger information till sjuksköterskorna när det sker en läkemedelsförändring. Det finns tillfällen när läkaren glömt att meddela sjuksköterskorna om förändringar i läkemedelsbehandlingen och sjuksköterskorna upptäcker dem i systemet som används för förskrivning och beställning av läkemedel för patienter med dosförpackade läkemedel. Läkarna på sjukhus meddelar i princip aldrig om det skett någon förändring. Enligt sjuksköterskorna har många läkare på sjukhus inte kunskap om hur de ordinerar läkemedel i dospåse.

Sjuksköterskorna informerar oftast personalen om läkemedelsförändringar som är av vikt för personalen att känna till. Personalen är däremot inte alltid bra på att föra den informationen vidare till sina kollegor. Sjuksköterskan dokumenterar läkemedelsförändringar i hälso- och sjukvårdsjournalen som finns i pärmen i patientens rum, informerar personalen muntligt samt även dokumenterar samma information i

sjuksköterskornas journalsystem. Det är enligt sjuksköterskorna många tidsödande moment.

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Nordost

Sjuksköterskorna framförde att de sällan har förutsättningar att delegera enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård. Delegeringsutbildningen sker i tre steg, först går personalen en webbutbildning, följt av en utbildning som hålls av en utsedd sjuksköterska och sist ett praktiskt utbildningsmoment med delegerande sjuksköterska. De två första stegen fungerar bra men det tredje steget fungerar sämre. Det saknas en struktur gällande den delen. Sjuksköterskorna ger bara delegering på respektive SÄBO. Sjuksköterskorna nattetid delegerar också och de träffar personalen innan delegering eller kontrollerar med en kollega hur personalen ifråga fungerar i arbetet. Det förekommer att enhetschefer på SÄBO är angelägna om att personal får delegering snabbt.

Sjuksköterskorna ansåg att personalen med delegering sällan utför sina uppgifter på ett patientsäkert sätt. De läser sällan ordinationslistor för läkemedel innan de ger läkemedlet. De utgår från att det som står på signeringslistan stämmer. På grund av personalbrist har vård- och omsorgspersonalen skapat ett arbetssätt som innebär att de skriver på en lapp vilka patienter som ska ha läkemedel och på vilket klockslag, och låter därför bli att läsa i pärmen inne hos patienten. På ett SÄBO förekommer det att personalen under sitt arbetspass plockar ut alla dospåsar som ska ges och förvarar alla påsar på ett och samma ställe.

Det är sällan som sjuksköterskorna kan handleda personalen med delegering. Vikarier från bemanningsenheten har sällan delegering vilket innebär att ordinarie personal får fler delegerade uppgifter eller så får sjuksköterskan ta över vissa uppgifter. Periodvis är det många vikarier men det varierar också mellan boendena och mellan avdelningarna.

Sjuksköterskorna medverkar alltid vid läkemedelsgenomgångar. Det finns styrande dokument som säger att det ska genomföras årliga läkemedelsgenomgångar. Patienten deltar och även anhöriga ibland. Läkarna på vårdcentralerna meddelar oftast till sjuksköterskorna när ett läkemedel ändrats men från sjukhus meddelas det i princip aldrig.

Sjuksköterskorna informerar alltid personalen om läkemedelsförändringar som är av vikt för personalen att känna till. De sätter in en ny läkemedelslista i patientens pärm.

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Sydväst

Vid intervjun med sjuksköterskorna framkom att de sällan har förutsättningar att delegera enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård. Sjuksköterskorna ger delegering till vård- och omsorgspersonal vid det SÄBO där de är ansvariga och har därmed ganska bra personkännedom vad gäller vård- och omsorgspersonalen. När det gäller sommarvikarierna har sjuksköterskorna inte

samma personkännedom. Sjuksköterskorna uppgav att de nekar personal delegering när de bedömer det nödvändigt. Flera sjuksköterskor har nekat personal delegering men sedan upptäckt att de fått delegering av en annan sjuksköterska. Det förekommer att enhetschefer för SÄBO är angelägna att personal ska få delegering snabbt. Sjuksköterskorna står emot detta och delegerar endast när de anser att de kan ge delegering. Sjuksköterskorna tyckte dock att det är ett bekymmer att enhetscheferna agerar på detta sätt.

Sjuksköterskorna uppgav att vård- och omsorgspersonal sällan utför delegerade insatser på ett patientsäkert sätt. En sjuksköterska beskrev att när hen gjorde stickkontroller på en avdelning upptäckte hen att personalen plockat ut dospåsar och signerat i läkemedelslistan, detta trots att det var flera timmar kvar innan läkemedlet skulle ges. Enligt sjuksköterskorna förekommer det även att vård- och omsorgspersonalen krossar läkemedel utan att ha kännedom om ifall läkemedlet är krossbart. Vidare framkom vid intervjun att många av vård- och omsorgspersonalen inte läser och kontrollerar gentemot läkemedelslistan i samband med att läkemedlet ges till patienten. Personal som nyligen har fått delegering är mer noggranna med att läsa än den erfarna personalen. Enligt sjuksköterskorna förekommer det även att personalen inte ger de ordinerade läkemedlen vid rätt tid. Personalen kan motivera detta med att det är patientens hem och där får man äta, sova och ta sina läkemedel när man vill. Många vikarier har inte någon delegering vilket innebär att ordinarie personal som har delegering får hjälpa till med delegerade uppgifter på sin egen avdelning men också på andra avdelningar på boendet. Enligt sjuksköterskorna har de sällan tid att ge stöd och handledning till den vård- och omsorgspersonal som fått delegeringar. Enligt sjuksköterskorna har de på dagtid vardagar bättre förutsättningar att handleda personalen i jämförelse med övrig tid. Sjuksköterskorna handleder oftare vård- och omsorgspersonal vid mer avancerade åtgärder som exempelvis att spola en kateter och vid såromläggning. När det gäller handledning beträffande läkemedel blir detta oftast när det rapporterats avvikelser.

Vid intervjun med sjuksköterskorna framkom att läkemedelsgenomgång sker en gång per år samt vid behov. Sjuksköterskorna arbetar på olika sätt tillsammans med läkarna beträffande läkemedelsgenomgångar. Det är läkaren som påtalar när det är dags för den årliga läkemedelsgenomgången. När majoriteten av läkemedlen behöver receptförnyas för en patient initierar läkaren en läkemedelsgenomgång. Läkaren förnyar läkemedlen utan att först träffa patienten. Sjuksköterskorna medverkar till att det genomförs läkemedelsgenomgångar för de patienter som har behov av det. Innan läkemedelsgenomgången gör sjuksköterskan skattning med en symptomskattningsskala som sedan går igenom med läkaren.

Enligt sjuksköterskorna finns det ingen rutin beträffande hur arbetet kring läkemedelsgenomgångar ska genomföras. Sjuksköterskorna uppgav att de inte alltid använder koden för läkemedelsgenomgång när de dokumenterar i journalen.

Enligt sjuksköterskorna informerar läkarna på vårdcentralerna när det skett en förändring i patientens läkemedelsbehandling. Enligt sjuksköterskorna är externa vårdkontakter

mycket sämre på att meddela förändringar. Sjuksköterskorna uppgav att de alltid informerar vård- och omsorgspersonalen om vad de ska vara observanta på i patientens hälsotillstånd när det skett en förändring av läkemedelsbehandlingen.

Intervju med patienter från samtliga områden

Av de tjugofyra patienter som intervjuats har knappt en tredjedel diskuterat sin läkemedelsbehandling med sin läkare under det senaste året, trots att det skett förändringar i läkemedelsbehandlingen för flertalet av de intervjuade patienterna. För fem av de patienter som fått förändrad behandling har det inte skett någon uppföljning kring hur de mår efter förändringarna. De flesta känner sig ändå trygga med att de får rätt läkemedel vid rätt tillfälle samt trygga eller ganska trygga med personalen. Några patienter svarade att de har sin läkare inom specialistvården och följts upp där. Flera patienter uppgav att de inte haft läkemedelsgenomgångar med någon läkare på boendet, några hade däremot träffat läkare avseende andra besvär. Några svarade att allt går genom sjuksköterskan, som också är den som håller i det mesta. Några svarade att de framfört till sjuksköterskan att de vill träffa läkare, men inte fått det. Flera patienter svarade att de sköter sin läkemedelsbehandling själva och känner sig trygga med det. Flera andra patienter uppgav däremot att de inte känner sig trygga och för flera av dessa patienter inträffar otryggheten nattetid, beroende på vilken vård- och omsorgspersonal som arbetar. Någon uppgav att när personalen slarvar med katetern blir det lätt läckage nattetid, vilket skapar obehag och en känsla av otrygghet. Någon av patienterna hade som förslag att nattpersonalen borde komma och hälsa direkt så att patienterna vet vem det är som kommer arbeta denna natt. En annan patient uppgav att ansvarig chef vet för lite kring det som pågår under kvälls- och nattpassen.

Dialogmöte med ledningen

IVO återförde att det av resultatet från sjuksköterskeenkäten framgår att 77% av sjuksköterskorna ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras vilket överensstämmer med vad som framkommit under intervjuerna med sjuksköterskorna. Ledningen framförde att de är medvetna om att sjuksköterskorna är ganska ansatta vad gäller att de ska godkänna delegering för att lösa personalsituationen. Det förekommer enligt ledningen att enhetschefer för SÄBO uppmanar sjuksköterskorna att ge delegering till personal för att på så sätt underlätta bemanningsproblematik. Ledningen har informerat sjuksköterskorna om att de inte ska delegera pga. att det finns bekymmer med bemanning. Ledningen framförde att sjuksköterskorna får stöd i att det är de som gör bedömningen om en personal ska få delegering eller inte och inte enhetschefen för SÄBO. Sjuksköterskorna behöver enligt ledningen vara trygga i att endast delegera när det är säkert.

Ledningen uppgav att det finns ett tydligt arbetssätt inför delegering. Personalen deltar i en webbutbildning samt fysisk utbildning och slutligen examination hos delegerande sjuksköterska. Ledningen framförde att de är medvetna om att det dock kan bli lite godtyckligt i bedömningen kring om en person klarat utbildningen eller inte. Samtal har

därför förts kring hur det kan säkerställas att vård-och omsorgspersonalen är rustad för delegering.

Inför sommaren sker cirka 2000 delegeringsutbildningar. Ledningen uppgav att en ny digital utbildning med examination är på gång. Den nya utbildningen kommer att medföra att utbildningen blir mer standardiserad.

Sjuksköterskorna får enligt ledningen utbildning i att ge delegering. I den ingår bl.a. utbildning i hur de genomför riskbedömningar i samband med delegering. Vidare framfördes att utbildningen om delegering som riktar sig till sjuksköterskorna känns gedigen. Den ska även kompletteras med en digital utbildning.

IVO ställde frågan om hur givna delegeringar följs upp samt hur kommunen säkerställer att de delegerade uppgifterna utförs patientsäkert. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna framförde att signeringslistor för delegerade uppgifter ska följas upp en gång per månad. Det är en tydlig uppgift som åligger sjuksköterskorna att genomföra. Om det saknas signering på någon lista så ska sjuksköterskan direkt stämma av det med ansvarig enhetschef för SÄBO. Enligt ledningen ska enhetschefen arbetsleda den personal som utför delegerade uppgifter.

Ledningen uppgav att det upprättats en checklista som ska användas av enhetschefer för SÄBO när man saknar personal med rätt delegering. Det är fem steg som enhetschefen måste göra innan kontakt tas med sjuksköterska.

Ledningen framförde att digital signering av delegerade uppgifter ska införas, vilket de tror kommer att innebära en förbättring. Enligt ledningen är antalet delegerade uppgifter i Göteborgs Stad ganska få i jämförelse med andra kommuner. I maj 2022 startades en tvärgrupp där bland annat vård- och omsorgspersonal för SÄBO och hemtjänst deltar. Enligt ledningen har stora framsteg gjorts om vad som blir säkrast för patienter, särskilt under sommaren men även under andra tider.

IVO återförde information från resultatet från journalgranskningen där det bland annat framgår att 62% av patienterna inte haft läkemedelsgenomgång det senaste året. IVO återkopplade även bland annat att det vid intervju med sjuksköterskorna framkom att det saknas ett gemensamt arbetssätt i kommunen avseende läkemedelsgenomgångar.

Ledningen framförde att sjuksköterskorna vid kommunens SÄBO ska samarbeta med 60 olika vårdcentraler vilket är komplext och innebär att det blir på olika sätt. Ledningen uppgav att det främst är primärvårdens ansvar att se till att läkemedelsgenomgångar genomförs för patienterna. Ledningen framförde att kommunen nog tagit på sig för mycket och gjort mer än vad som förväntats. Exempel på detta är att farmaceuter anställts i Göteborgs Stad för att arbeta med läkemedelsfrågor

Tillämpliga bestämmelser

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

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

Delegering

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

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

Läkemedelsgenomgång

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

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

Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

IVO:s tillsyn visar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede i Göteborgs Stad. 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 sjuksköterskor inte har tillgång till primärvårdsjournalerna för sina patienter på SÄBO (se punkten dokumentation) och att brytpunktsamtal inte dokumenteras på SÄBO.

För att uppnå en god och säker vård ska patienten och i förekommande fall närstående vara informerade, delaktiga och ge samtycke till vård och behandling. När vården går in i livets slutskede och palliativa insatser sätts in ska det hållas ett s.k. brytpunktsamtal med patienten och/eller närstående. Samtalet, som förs med läkare, är centralt för att patienten ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalet 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. Vid inspektionen framkom att alla sjuksköterskor inte har tillgång till NPÖ och det medför att sjuksköterskan inte kan kontrollera om det finns dokumentation om brytpunktsamtal i vårdcentralens journal, om denna dokumentation saknas i den kommunala hälso- sjukvårdsjournalen.

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

Vid tillsynen framkom att vak inte alltid sätts in när en patient är döende.

¹ 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	Göteborg	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	68%	77%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	9%	14%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	60%	68%	66%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	6%	12%	10%
Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland	5%	6%	8%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Centrum

Enligt sjuksköterskorna saknar de ett arbetssätt där de skapar förutsättningar för att patient och anhörig ska förstå att vården har övergått till vård i livets slutskede. Läkarna besöker sällan patienterna utanför rondtid för att samtala om patientens försämring och förväntade prognos. Däremot kan läkaren ringa anhöriga och ge den informationen. Det är inte ovanligt att det är sjuksköterskan som kontaktar anhöriga och ger den första informationen kring patientens försämring. Om inte trygghetsordinationer, läkemedel att ge vid akuta behov vid vård i livets slutskede, redan finns kan läkaren faxa ordinationen och en blankett för konstaterande av dödsfall. Eftersom dessa handlingar endast finns i pappersform måste alltså sjuksköterskor under jourtid ta sig till aktuellt SÄBO för att kunna ta del av handlingarna. Under jourtid ordinerar läkaren trygghetsordinationer endast

för ett dygn i taget. Jourläkare kontaktar sällan anhöriga utan det är sjuksköterskorna som gör det under jourtid. Jourläkare gör i princip endast hembesök för att konstatera dödsfall.

De flesta patienter erbjuds brytpunktssamtal när beslut ska tas om vård i livets slutskede, och även om det är läkaren som ska hålla dessa samtal håller det att sjuksköterskor håller samtalen. Ibland framgår det av hälso- och sjukvårdsjournalen att vården övergått till vård i livets slutskede. Ibland dokumenterar sjuksköterskorna detta i en vårdplan. För att förstå att vården övergått i detta skede måste sjuksköterskorna söka i löpande journaltext efter exempelvis att brytpunktssamtal skett eller söka i patientöversikten om läkaren ordinerat att ingen hjärt- och lungräddning ska ges. Sjuksköterskorna kan också tolka att vården övergått i detta skede om läkaren ordinerat trygghetsordinationer och om blanketten för förväntat dödsfall finns tillgänglig. Det förekommer att läkare ordinerat trygghetsordinationer lång tid innan ett förväntat dödsfall. Det händer att ordinationen är ett år gammal och förnyas vid den årliga läkemedelsgenomgången. Trygghetsordinationen läggs sällan in i systemet som används för förskrivning och beställning av läkemedel för patienter med dosförpackade läkemedel, vilket innebär att jourläkare eller sjuksköterskor på jourtid inte kan se ordinationen i systemet. Det händer att sjuksköterskor ger läkemedel från icke aktuella trygghetsordinationer utan att kontakta läkare. Jourläkare har inte tyckt att det funnits behov av att patienten ska till sjukhus utan bedömt att då patienten har trygghetsordination är det lika bra att patienten vårdas i livets slutskede, även om ordinationen är ett år gammal. Det finns sjuksköterskor som gett exempelvis morfininjektion mot smärta från trygghetsordinationen, trots att patienten inte vårdats i livets slutskede.

Sjuksköterskorna ansåg att de sällan har förutsättningar att arbeta enligt lagrum och nationella riktlinjer för vård i livets slutskede. Enhetscheferna för SÄBO bryr sig inte om sjuksköterskans ordination kring behov av vak utan beordrar vård- och omsorgspersonalen att göra tätare tillsynsbesök istället. Cheferna har ibland problem att bemanna vak, då det inte finns personal att tillgå. Den personal som sitter vak har inte alltid kompetens för uppdraget och det händer att personalen lämnat patienten ensam.

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Hisingen

Enligt sjuksköterskorna har de inte ett arbetssätt där de skapar förutsättningar för att patient och anhörig ska förstå att vården har övergått till vård i livets slutskede. För ett av områdets SÄBO har en av sjuksköterskorna som arbetar där skapat en rutin för den palliativa vården. De flesta sjuksköterskor har gått utbildning i palliativ vård.

Sjuksköterskorna är de som känner patienterna bäst och ser när patienten eller anhöriga är i behov av ett brytpunktssamtal. De försöker planera in dessa samtal vid läkarronden. Det kan finnas behov av flera brytpunktssamtal men läkarna håller sällan i mer än det sista samtalet. En sjuksköterska beskrev där hen hållit ett brytpunktssamtal i telefonen med anhöriga. Anhöriga hade i efterhand inte förstått att patienten var i livets slutskede, trots samtalet. Det har hänt att sjuksköterskor plockat bort ordinarie läkemedel då det funnits en

trygghetsordination och patienten bedömts vara i livets slutskede, trots att patienten haft förmåga att svälja sina läkemedel. Det har även hänt att vård- och omsorgspersonal slutat att ge mat och dryck till patienten för att patienten bedömts vara i livets slutskede, trots att patienten kunnat äta och dricka. Enligt sjuksköterskorna saknas det kunskaper om vård i livets slutskede.

De flesta patienter erbjuds brytpunktsamtal när beslut ska tas om vård i livets slutskede, och även om det är sjuksköterskan som initierar samtalet är det oftast läkaren som håller brytpunktssamtalet. Det händer dock att sjuksköterskan håller samtalet. Det händer också att patienten och anhöriga bara vill samtala med sjuksköterskan i detta skede. Läkare vid en specifik vårdcentral har vägrat att hålla brytpunktssamtal. En läkare pratade med patienten om att ingen hjärt- och lungräddning skulle ges om patienten skulle vara i behov av det, och enligt sjuksköterskan genomfördes det brytpunktssamtalet på ett kränkande sätt för patienten.

Det framgår oftast av journalen när vården övergått till vård i livets slutskede. Enligt sjuksköterskorna är det otydligt var det ska skrivas i journalen att vården övergått till detta skede. De skriver därmed på olika ställen som till exempel i en sammanfattning i löpande text, under observation i journalen eller som en varning i journalen. Det har sedan lång tid tillbaka bestämts att sjuksköterskorna ska skriva en vårdplan när vården övergått till vård i livets slutskede, men det är sällan detta görs.

De flesta läkare ordinerar trygghetsordinationer när patienten är i vård i livets slutskede men det förekommer att läkare ordinerar trygghetsordinationer innan patienten är i detta skede. Trygghetsordinationer ska helst uppdateras en gång per år. Det händer sällan att sjuksköterskorna påbörjar läkemedelsbehandling för vård i livets slutskede utan att kontakta läkare. De kontaktar oftast läkare även under jourtid innan de påbörjar behandling utifrån trygghetsordinationen. Sjuksköterskorna ser ofta till att aktivera trygghetsordinationen med vårdcentralens läkare innan helg så att de inte ska behöva kontakta jourläkare.

Sjuksköterskorna anser att de sällan har förutsättningar att arbeta enligt lagrum och nationella riktlinjer för vård i livets slutskede. Det finns inga styrande dokument beträffande vård i livets slutskede. Det finns ett dokument som innehåller information om bland annat vak och näringsintag. Det är sjuksköterskorna som ordinerar om det finns behov av vak. De flesta chefer på SÄBO beviljar vak på kväll och natt men under dagtid kan det bli täta tillsynsbesök istället för vak. Det finns chefer på SÄBO som drar sig för att bevilja vak och istället tycker att täta tillsynsbesök räcker, oavsett tid på dygnet.

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Nordost

Enligt sjuksköterskorna har de inte ett arbetssätt där de skapar förutsättningar för att patient och anhörig ska förstå att vården har övergått till vård i livets slutskede. Sjuksköterskorna har en checklista att förhålla sig till när patientens vård övergår till vård i livet slutskede. När patientens hälsotillstånd blir sämre kontaktar sjuksköterskan läkaren

och ger information. Läkaren skriver då trygghetsordinationer. Sjuksköterskan kan informera anhöriga om det förändrade tillståndet som patienten är i och kalla anhöriga till brytpunktssamtal. De flesta patienter erbjuds brytpunktssamtal och de flesta genomförs av läkare, men enligt sjuksköterskorna beror det på om läkaren har kompetens eller inte inom området palliativ vård. Det förekommer att ST-läkare inte vågar informera om att det är dags att sätta ut läkemedel då patientens vård övergått till vård i livets slutskede. Sjuksköterskorna får handleda dessa läkare. Vid en vårdcentral finns en läkare som inte håller i dessa samtal, utan skickar hellre in patienten till sjukhuset. Det har hänt att ambulansen inte tagit med patienten då de varit i livets slutskede. Detta har sjuksköterskorna informerat sin chef om. En sjuksköterska har palliativ vård som uppdrag och i det uppdraget ingår att utbilda vårdcentralernas läkare. På den vårdcentral där läkaren inte vill hålla samtalen har denna utbildning skjutits upp flera gånger.

Det framgår alltid av journalen när vården övergått till vård i livets slutskede. Det finns åtgärds-koder för vård i livets slutskede. Läkarna förbereder ofta trygghetsordinationer innan patienten är i detta skede. Sjuksköterskorna kontaktar läkaren när det finns behov av att använda trygghetsordinationen och aktiverar därmed den. Skulle det finnas behov av att aktivera trygghetsordinationer under jourtid ordinerar jourläkare läkemedel från trygghetsordinationen i ett dygn. Läkaren skriver ett dokument som ger sjuksköterskan rätt att konstatera dödsfall för aktuell patient och är giltigt i två veckor. Om det inte finns ett giltigt dokument är det läkare som ska konstatera dödsfallet.

Det händer aldrig att sjuksköterskorna påbörjar läkemedelsbehandling för vård i livets slutskede utan att kontakta läkare.

Sjuksköterskorna anser att de oftast har förutsättningar att arbeta enligt lagrum och nationella riktlinjer för vård i livets slutskede. Det finns en rutin om vak. En chef för ett SÄBO påtalade för sjuksköterskorna att det står extra tillsyn/vak och att det då är möjligt att välja vilket som sätts in. Enligt sjuksköterskorna är cheferna för SÄBO fokuserade på sin budget och vill inte alltid sätta in vak, utan anser att extra tillsyn räcker. En chef för ett SÄBO har sagt att det är chefen för SÄBO som gör bedömningen om vak ska sättas in. Vak sätts sällan in dagtid. Kväll och natt är det lättare att få vak beviljat. Oerfarna och många gånger ung personal sitter vak. De sitter långt ifrån patienten och många har aldrig sett en döende eller avliden människa innan. Det händer att sjuksköterskan möter gråtande, rädd personal som sitter vak. Sjuksköterskorna ansåg också att cheferna för SÄBO har behov av att gå utbildning i palliativ vård för att få förståelse för detta område.

Intervju med sjuksköterskor i stadsområde Sydväst

Enligt sjuksköterskorna erbjuds de flesta patienter och/eller närstående brytpunktssamtal när beslut ska tas om vård i livets slutskede. Det förekommer att läkaren ber sjuksköterskan att informera anhöriga om att patienten är i livets slut. Enligt sjuksköterskorna framgår det ibland i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen att patientens vård övergått till vård i livets slutskede. Det förekommer att anhöriga inte förstått att de varit med om ett brytpunktssamtal trots att det framgår av journalen att ett

brytpunktsamtal har genomförts. Under jourtid upptäcker sjuksköterskorna att det saknas vårdplaner för vård i livets slutskede och uppgifter om att brytpunktsamtal har genomförts.

Läkare ordinerar ofta läkemedel för vård i livets slutskede innan patientens vård övergått i detta skede. Flera läkare är enligt sjuksköterskorna snabba med att sätta in trygghetsordinationer trots att det kan vara långt kvar innan det förväntas att patienten ska avlida. Trygghetsordinationen kan vara upp till ett år gamla och förnyas årligen trots att patienten inte är i livets slutskede. Andra läkare ordinerar trygghetsordinationer med ett begränsat datum som är tre månader. Enligt sjuksköterskorna händer det sällan att sjuksköterskorna påbörjar läkemedelsbehandling för vård i livets slutskede utan att först haft kontakt med läkare. En sjuksköterska uppgav att hon i ett fall upptäckte att en sjuksköterska givit injektion med läkemedlet Morfin till en patient mot smärta och då utifrån en gammal trygghetsordination. Patienten vårdades inte i livets slutskede när denna injektion gavs.

Sjuksköterskorna uppgav att de ibland har förutsättningar att arbeta enligt gällande lagrum, föreskrifter och nationella riktlinjer om vård i livets slutskede.

Det förekommer enligt sjuksköterskorna att patienter avlider ensamma då det inte beviljas vak trots att sjuksköterskan har ordinerat det. Enhetschefen på SÄBO har i dessa fall tyckt att täta tillsynsbesök kan räcka. Vidare förekommer det enligt sjuksköterskorna att det inte alltid går att ordna med vak på grund av att det saknas personal. Det förekommer att en personal sitter vak hos två patienter samtidigt. På SÄBO där det bor personer med demenssjukdom finns det en personal per avdelning samt en så kallad löpare nattetid. Denna löpare sitter vak. Enligt sjuksköterskorna är det ofta vikarier som sitter vak. Det är inte ovanligt att denna personal inte varit med om ett dödsfall tidigare och därmed kan vara rädd och osäker. Vård- och omsorgspersonalen saknar även kunskap om vad de ska vara uppmärksamma på som exempelvis munvård och lägesförändring. Sjuksköterskorna beskrev att de upplever att det viktigaste för vård- och omsorgspersonalen är att notera dödsögonblicket och klockslaget. Personalen kan enligt sjuksköterskorna sitta långt ifrån patienten och hålla på med sin telefon istället för att vara nära patienten.

Sjuksköterskorna uppgav att en del av läkarna har dålig kunskap om palliativ vård och vård i livets slutskede.

Dialogmöte med ledningen

IVO återförde resultat från journalgranskningen där det bland annat framgår att i 68% av de avlidnas journaler inte har dokumenterats brytpunktssamtal. Detta bekräftas av intervjuerna med sjuksköterskorna som beskriver olikheter i hur dokumentationen sker och hur brytpunktsamtalen utförs. IVO återkopplade från sjuksköterskeintervjun att de beskrivit att det finns kompetensbrister hos vård- och omsorgspersonalen avseende vård i livets slutskede. Sjuksköterskor som arbetar natt uppgav att dokumentationen, vårdplanerna, ibland är väldigt bra i hälso- och sjukvårdsjournalen, men att det i andra fall

saknas vårdplaner. Ibland får sjuksköterskorna leta i löpande text om det t.ex. står något om brytpunktssamtal eller något annat som medför att sjuksköterskan förstår om patienten vårdas i livets slutskede eller inte. För att kunna läsa läkarens journalanteckningar åker sjuksköterskan till aktuellt SÄBO då de finns i pappersform där. Detta gäller även trygghetsordinationer.

Ledningen beskrev att Göteborg Stad till och med förra året hade ett team som arbetade med avancerad sjukvård i hemmet men förra året övergick det ansvaret till regionen. Ledningen uppgav att de är medvetna om att kommunen behöver säkra en lägsta nivå beträffande vård i livets slutskede. Det finns personal som har expertuppdrag avseende vård i livets slutskede och denna personal är bra och viktigt enligt ledningen. De har i uppdrag att säkra kvaliteten vid vård i livets slutskede. Denna vård ska utgå från det nationella vårdprogrammet och patient och anhöriga ska vara med och planera vården. Det måste framgå i hälso- och sjukvårdsprocessen vad som ska följas upp efter brytpunktssamtalet. Ledningen framförde att det gemensamt med regionen behövs en riktlinje om vård i livets slutskede.

Vid intervjun framkom att det inte alltid fungerar vid utfärdandet av dödsfallsintygen. Läkare ska vara på plats vid utfärdandet och blanketten ska ha ett bäst före datum, så är det inte alltid i dag. Det som finns och fungerar är det som sker efter dödsfallet, men inte det som ska ske dessförinnan enligt ledningen. Vården i livets slutskede förtydligas.

Ledningen uppgav att det finns en rutin för vak, men inga rutiner för vården tiden innan patienten är i behov av vak. Det fungerade enligt ledningen bättre innan sammanslagningen av de 10 stadsdelarna eftersom vissa stadsdelar hade bra rutiner kring vård i livets slut.

IVO återförde att det vid intervjun med sjuksköterskorna framkom att trygghetsordinationer finns ordinerade trots att patienten inte befinner sig i vård i livets slutskede och att det framkom att sjuksköterskor ger dessa läkemedel vid andra indikationer. Ledningen framförde att vid nyttjande av vid behovsordination måste det förutsättas att de kan användas på indikation. Beslut om att dokumentera i journal om att hjärt- och lungräddning ska ges eller inte är också ett förbättringsområde inom primärvården.

Ledningen uppgav att de är medvetna om att primärvården kan pressa sjuksköterskorna och exempelvis be dem att hålla brytpunktssamtal. Ledningen beskrev att det kan vara svårt för nyanställda sjuksköterskor att säga nej. Ledningen framförde att detta har lyfts till primärvårdscheferna som måste kvalitetssäkra sina verksamheter. Ledningen framförde att de inte kan ha ansvaret för att kontrollera vad läkarna gör. Ledningen uppgav att primärvården inte behöver ta sitt fulla ansvar då sjuksköterskorna gjort saker som inte är deras ansvar att göra.

Ledningen gav ytterligare information

Ledningen uppgav att förvaltningen bara funnits en kort tid och att allt dessförinnan gjorts på minst tio olika sätt. Att allt ska fungera enhetligt är enligt ledningen en lång resa, särskilt med tanke på att den nya förvaltningen bildades under pandemin. Det finns en 10-årsplan som är viktig. Ledningen ser fördelar med att de numera lyder under en nämnd där både socialtjänst och hälso- och sjukvård ingår.

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 område Centrum
- Sammanställning intervju sjuksköterskor område Hisingen
- Sammanställning intervju sjuksköterskor område Nordost
- Sammanställning intervju sjuksköterskor område Sydväst
- Sammanställning av patientintervjuer
- Protokoll dialog med kommunledning
- Detaljerat kommunkort
- Synpunkter från nämnden efter kommunicering av handlingar
- Tillsynsärende avseende medicinsk vård och behandling för personer som bor på SÄBO, dnr. 3.5.1-21613/2020, Stadsdelsnämnden Centrum
- Tillsynsärende avseende medicinsk vård och behandling för personer som bor på SÄBO, dnr. 3.5.1-21631/2020, Stadsdelsnämnden Västra Hisingen
- Tillsynsärende avseende medicinsk vård och behandling för personer som bor på SÄBO, dnr. 3.5.1-21593/2020, Stadsdelsnämnden Angered
- Tillsynsärende avseende medicinsk vård och behandling för personer som bor på SÄBO, dnr. 3.5.1-21748/2020, Stadsdelsnämnden Östra Göteborg
- Tillsynsärende avseende medicinsk vård och behandling för personer som bor på SÄBO, dnr. 3.5.1-21596/2020, Stadsdelsnämnden Askim-Frölunda-Högsbo
- Tillsynsärende avseende medicinsk vård och behandling för personer som bor på SÄBO, dnr. 3.5.1-21622/2020, Stadsdelsnämnden Västra Göteborg

Ytterligare information

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

Beslut i detta ärende har fattats av Lennart Pettersson. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Katarina Waldenborg och Jenny Morsäter deltagit. Inspektören Anna Börjesson har varit föredragande.

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