

Möjlighet för Socialnämnden att yttra sig kring handlingar inför beslut från inspektionen för vård och omsorg (IVO) gällande uppföljande inspektion av särskilt boende för äldre

7

2023SOCN118

Socialnämnden

Datum  
2024-01-03

Diarienummer  
2023SOCN118 739

## **Möjlighet för Socialnämnden att yttra sig kring handlingar inför beslut från inspektionen för vård och omsorg (IVO) gällande uppföljande inspektion av särskilt boende för äldre**

### **Förslag till beslut**

Socialnämnden avstår från att yttra sig kring handlingar, protokoll, från genomförda intervjuer gällande uppföljande inspektion av medicinsk vård och behandling vid särskilt boende för äldre inför IVO:s beslut.

Paragrafen justeras omedelbart.

### **Sammanfattning av ärendet**

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tidigare konstaterat att lägsta nivån nationellt är för låg avseende medicinsk vård och behandling för personer som bor på särskilt boende (SÄBO). Syftet med denna nationella tillsyn är att bidra till att vårdgivare och huvudmän förbättrar vården så att den blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO.

IVO har i samband med den nationella tillsynen en pågående tillsyn av SÄBO för äldre i Härryda kommun. En uppföljande tillsyn har genomförts utifrån beslut av IVO i april 2023 och nämnden ges möjlighet att yttra sig över materialet innan den 12 januari 2024.

Förvaltningen har lämnat förtydligande synpunkter i dokumentet *3.5.1-35467/2022 Reviderat protokoll ledning. Gällande Protokoll fört vid intervju med MAS* gavs möjlighet till faktagranskning under sittande möte varför IVO inte gett möjlighet att lämna synpunkter på detta tidigare. Förvaltningens förslag till beslut är att socialnämnden avstår från att yttra sig, då protokollen återger intervjuerna korrekt.

### **Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse 3 januari 2024
- Missiv - kommunikering av handlingar inför beslut
- Protokoll fört vid intervju med ledningsgrupp
- Protokoll fört vid intervju med MAS

- 3.5.1-35467 2022 Reviderat protokoll ledning
- Beslut efter tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO)
- Redovisning av åtgärder utifrån Inspektionen för vård och omsorgs beslut efter tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre som drivs av Härryda kommun antagen av Socialnämnden 31 maj §118

## Ärendet

IVO påbörjade under 2020, i samband med Coronapandemin, en tillsyn av SÄBO i Sverige. IVO konstaterade att lägstanivån är för låg vad gäller medicinsk vård och behandling av personer på SÄBO. Därför beslutades under 2021 att en nationell granskning av SÄBO ska genomföras.

I tillsynen kontrolleras att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt patientsäkerhetslagen och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. I det ingår bland annat att vårdgivarna ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador samt utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. (5 kap. 1 och 4 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och 3 kap. 1 - 3 §§ PSL)

Tillsynen av SÄBO i Härryda kommun med dnr 3.5.1-35467/2022 började under 2021 genom journalgranskning samt genom svar på enkät som IVO skickade ut till sjuksköterskor arbetandes i Härryda kommun. Delrapport av denna tillsyn presenterades under sommaren 2022. I Härryda kommun identifierade IVO höga risker i förhållande till andra kommuner.

Tillsynen fortsatte under hösten 2022 då IVO genomförde inspektion i Härryda kommun under oktober månad. Vid denna inspektion genomfördes intervjuer med personer boendes på SÄBO, intervju med sjuksköterskor som arbetar på SÄBO samt ett dialogmöte med kommunledningen.

I april 2023 inkom IVO med *Beslut efter tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO)*. Härryda kommun ombads att redovisa åtgärder till följd av beslutet. Socialnämnden antog den 31 maj §118 *Redovisning av åtgärder utifrån Inspektionen för vård och omsorgs beslut efter tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre som drivs av Härryda kommun*.

IVO bedömde efter inkommen redovisning av åtgärder som Härryda kommun lämnat att fortsätta med en uppföljande inspektion. De områden som IVO granskat under tillsynen och nu under uppföljande inspektion är: individuell bedömning och kompetensnivå, dokumentation och personalkontinuitet, läkemedelshantering och vård i livets slutskede. Den

uppföljande inspektion genomfördes under hösten 2023 genom digitala intervjuer med medicinskt ansvarig sjuksköterska och med ansvarig ledning för hälso- och sjukvården: nämndens ordförande, socialchef eller motsvarande befattning, verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen och verksamhetschef SÄBO.

Förvaltningen har lämnat förtydligande synpunkter i 3.5.1-35467/2022 *Reviderat protokoll ledning*. Gällande *Protokoll fört vid intervju med MAS* gavs möjlighet till faktagranskning under sittande möte varför IVO inte gett möjlighet att lämna synpunkter på detta.

Innan en myndighet fattar beslut i ett ärende ska den, om det inte är uppenbart obehövligt, underrätta den som är part (nämnden) om allt material av betydelse för beslutet. Parten ska också ges tillfälle att inom en bestämd tid yttra sig över materialet. Detta framgår av 25 § förvaltningslagen (2017:900), FL. Nämnden ges möjlighet att yttra sig över materialet från de digitala intervjuerna innan den 12 januari 2024.

### **Förvaltningens bedömning**

Förvaltningen bedömer att efter förtydliganden i 3.5.1-35467/2022 *Reviderat protokoll ledning* så har intervjuerna återgivits korrekt.

Malin Johansson  
Sektorchef

Carina Fransson  
Verksamhetschef

Anna Hildesson  
Verksamhetschef

Härryda kommun, Socialnämnden

435 80 Mölnlycke

## Möjlighet att lämna synpunkter på handlingar inför beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har en pågående tillsyn av särskilt boende för äldre i er kommun med dnr 3.5.1-35467/2022. Innan en myndighet fattar beslut i ett ärende ska den, om det inte är uppenbart obehövt, underrätta den som är part (nämnden) om allt material av betydelse för beslutet.

Parten ska också ges tillfälle att inom en bestämd tid yttra sig över materialet. Detta framgår av 25 § förvaltningslagen (2017:900), FL.

IVO skickar därför det material som ni tidigare inte fått ta del av i sin helhet och som är av betydelse för kommande beslut till er som ansvarig vårdgivare. Handlingar som ni sänt in eller överlämnat till IVO utgår vi från att ni har, varför dessa inte sänds för kommunikering.

Vill ni lämna synpunkter ska de ha kommit in till IVO **senast den 10 januari 2024**. Hänvisa till **diarienumret (Dnr)** längst upp till höger.

IVO kan fatta beslut i ärendet även om ni inte lämnar några synpunkter.

### Har ni frågor?

Välkommen att kontakta oss på telefon: 010-788 50 00.

Ange alltid IVO:s diarienummer vid kontakt med IVO.

Pernilla Hedin  
Inspektör

## Bilagor

- Protokoll fört vid intervju med medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Protokoll fört vid dialogmöte med ledningen
- Inkomna synpunkter på protokoll fört vid dialogmöte med ledningen

## Protokoll fört vid digitalt möte med ledningen i Härryda kommun avseende pågående tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården för personer som bor på SÄBO

Datum: 6 december 2023

Huvudman eller vårdgivare: Socialnämnden i Härryda kommun

Deltagande från Härryda kommun: Maria Kornevik Jakobsson ordförande i socialnämnden, Malin Johansson sektorchef / socialchef, Anna Hildesson verksamhetschef vård och omsorg och Carina Fransson verksamhetschef för hälsa och bistånd

Närvarande från Inspektionen för vård och omsorg: Inspektörerna Pernilla Hedin, Katarina Waldenborg och Camilla Forsmark

---

### Bakgrund

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tidigare konstaterat att lägsta nivån nationellt är för låg avseende medicinsk vård och behandling för personer som bor på SÄBO. Syftet till denna nationella tillsyn är att bidra till att vårdgivare och huvudmän förbättrar vården så att den blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO.

I dialogen vill IVO att socialnämnden (härefter nämnden) redovisar vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende samtliga konstaterade brister. Under dialogmötet kommer vi att utgå från det beslut som IVO tillställt er som vårdgivare samt den redovisning av åtgärder som ni tidigare lämnat till IVO.

Att kontrollera effekterna av insatta åtgärder för att komma till rätta med bristerna ingår som egenkontroll i det systematiska förbättringsarbetet enligt SOSFS 2011:9. IVO konstaterar att nämnden behöver säkerställa att de åtgärder som vidtas får avsedd effekt.

### Inledning

IVO inleder med att fråga om deltagarna har tagit del av IVO:s beslut.

Vid intervjun med kommunens ledning framkom att IVO:s beslut och redovisning med åtgärder kopplat till detta har presenterats för nämnden.

## Vård och omsorgspersonalens kompetens

IVO konstaterar i den nationella tillsynen att många avgörande bedömningar gällande patienter på SÄBO görs av den personal som har lägst utbildningsnivå. IVO bedömer att detta utgör allvarliga patientsäkerhetsrisker. För att ge god vård är det viktigt att personal som finns närmast patienten har förmågan, kunskapen och kompetensen att observera och signalera när patientens hälsotillstånd förändras.

IVO ställer frågan om vad som hänt efter beslutet och återredovisningen, om ledningen utfört någon uppföljning för att säkerställa att de åtgärder som vidtagits haft effekt. Kommunens ledning uppger att det pågår ett nationellt projekt, ”Fler anställda inom vård och omsorg” (Favo), som startade i juni månad. Projektet är en karriärvägsmodell. I projektet följer kommunen upp hur många undersköterskor och specialistundersköterskor Härryda kommun har. Det finns tydliga uppdragsbeskrivningar och de ska implementeras av enhetschefer på SÄBO. Ledningen uppger vidare att det även ska införas mentorer i verksamheterna och att de ska framför allt finnas tillgängliga för nyanställda. De kommer att följa upp följsamheten till uppdragsbeskrivningen. En uppföljning av projektet kommer att ske under 2024–2025.

Kommunens ledning förklarar att tidigare gjorde alla anställda alla arbetsuppgifter i sin anställning, det förekom inga skillnader. I karriärvägsmodellen matchas insatsen i arbetet till den kompetens personalen har. De arbetar med en differentiering av arbetsuppgifter, rätt person på rätt uppgift. Enhetschef har t ex i uppgift att följa upp och planera vilken personal som ska ha en delegering och inte.

IVO ställer frågan hur ledningen säkerställer att vård- och omsorgspersonalen har tillräcklig kompetens. Ledningen beskriver att de arbetar med att följa avvikelser kopplat till kompetens och ansvar, där kan avvikelser hanteras på individnivå. De arbetar även med detta på teammöten där kan behov lyftas på en mer generell nivå och enhetsnivå. Verksamheterna har även boenderåd, där patienter och närstående ges möjlighet att lämna synpunkter kring vården. Ledningen poängterar att avvikelser är en viktig grund att stå på. Allvarliga avvikelser presenteras för nämnden och lex Maria utreds av MAS och MAR.

Ledningen beskriver att det kommer att ske en förändring inom det systematiska kvalitetsarbetet, då fler ärenden än tidigare kommer att dras för nämnden. Kommunens ledning uppger att under 2023–2024 så sker en övergripande extern granskning av hela verksamheten, fokus ligger på det systematiska kvalitetsarbetet och granskningen ska pågå under ett år. De granskar bland annat kvalitetssystemet och det sker även oanmälda tillsynsbesök. IVO frågar om granskningen omfattar samma områden som IVO:s pågående tillsyn gör inom hälso- och sjukvårdsområdet. Ledningen beskriver att den externa granskningen handlar om det systematiska kvalitetsarbetet för patienterna. Det baseras på 14 olika områden med underområden, de utgår från ett kvalitetsperspektiv och ”äldrestandard”. Den externa granskningen uppkommer utifrån att kommunen utgår från lagen om valfrihetssystem (LOV). Det finns en generell koll var de befinner sig, men de lyfter också att det är viktigt att se var utförarna förhåller sig till varandra. Det har även diskuterats på politisk nivå utifrån nyttjandet av externa utförare. Ledningen uppger att det är stort fokus på kvalitet i hela kommunen, under 2024 ska kvaliteten granskas även inom



andra områden såsom socialtjänst och skola. Målet och effekten som förväntas av deras granskning är att kommunen ska ha följsamhet och efterlevnad till "äldrestandarderna".

IVO ställer frågan om vilken kompetens vård- och omsorgspersonalens har i dagsläget. Ledningen uppger att de nyligen skickat in statistik som visar att de ligger bra till. De beskriver att de vill ha utbildade undersköterskor, deras kvalitetsmål ligger på 80% undersköterskor, 10% specialistundersköterskor och 10% eller mindre utbildad personal. De beskriver ett offensivt arbetssätt där de arbetar med validering och introduktion. De håller nu på att iordningsställa ett metodrum, där personal kan träna på praktiska övningar innan de ska utföra dessa uppgifter ute på avdelningen. Ledningen uppger vidare att de även använder ett planeringssystem, systemet påminner om det som används inom hemtjänsten. Systemet styr och anpassar vilken uppgift som ska utföras och vem som ska utföra den. Samverkan sker med enhetschef, strategier skapas efter t ex inkomna avvikelser, de formar om efter behovet.

När en specialistundersköterska gjort klar sin utbildning kan hen söka en tjänst inom kommunen som specialistundersköterska. De vill att de aktivt ska söka tjänsten, då det är viktigt att intresset hos personen i fråga finns. När det gäller specialistundersköterskorna så arbetar de efter en uppdragsbeskrivning, de arbetar hos patienter som har speciella och mer krävande behov. De ska ha en mer arbetsledande roll, de fungerar som en fast omsorgskontakt. Ledningen beskriver vidare att de behövs för att arbeta och leda vård- och omsorgspersonalen. En dialog har förts kring hur detta skulle kunna möjliggöra en avlastning av enhetscheferna.

Ledningen beskriver att det för nuvarande har en mycket god kompetens bland sin vård- och omsorgspersonal, men de är medvetna om att kommande år kommer ett flertal pensionsavgångar. De behöver därför säkra upp med ett nytt arbetssätt, karriärvägsmodellen. Den viktigaste gruppen idag som är i fokus är de som inte är utbildade undersköterskor. Idag arbetar ledningen med överanställning i allt högre grad, samt visstidsanställningar. Det görs i stället för att använda sig av timvikarier. Målet är att satsa på att få anställningsbar personal, det är kärnan till kompetensförsörjningen. Ledningen har även arbetat mycket med introduktion, den behöver planeras längre än på två veckor. Vuxenutbildningen är en del i introduktionen. Vissa når självständighet och fördjupad kunskap, medan annan personal alltid kommer att vara kvar på basnivå. Introduktion kan sträcka sig upp till ett år, det finns olika faser och utbildningar. Alla är inte lika. Ledningen beskriver att de som kommun kan önska vilka utbildningar som behöver finnas inom socialtjänsten, det förs en dialog om kommunens behov.

Ledningen uppger att det finns mer språkbrister nu än för några år sedan och att de har utbildat både språkombud och språkombudsutbildare. Det finns en uppdragsbeskrivning över språkombudets roll, den måste testas av i verksamheten för att se vad som fungerar och vad som behövs. Ledningen beskriver att de har gjort en kartläggning av befintlig personal och sett att ungefär fyra anställda behöver språkutveckling. Ledningen ska se över om dessa kan erbjudas utbildning. Det framkommer att de använder språkstest och att det gör att det är svårare att få en anställning, framöver kanske de inte kan vara lika hårda. Idag finns det 15 personer som arbetar med hjälp av stöd och handledning i verksamheten. De har varit aktiva i verksamheten under ett år, både språket och annan kompetens har

under denna tid blivit bättre. Ledningen menar på att de måste sträva efter att dessa ska bli anställningsbara. Med hjälp av planeringsverktyget så styrs rätt personal mot rätt uppgift, uppgifterna ska vara lämpliga för personens kompetens. När övrig kompetens på avdelningen är hög så blir det inte ett problem att planera för detta. Det ligger i ledningens ansvar att se till att personal har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter. Risken är för närvarande låg i Härryda kommun, men det är alltid viktigt att säkerhetsställa detta 24 timmar om dygnet.

IVO frågar upp om ledningen följt upp effekten av de vidtagna åtgärderna, hur följer nämnden upp att de gett effekt. Nämndens ordförande beskriver att nämnden är intresserad och frågar och för dialog. Det sker även genom egenkontroll. Hon beskriver vidare att medborgarna vänder sig till nämnden i de fall de har klagomål eller synpunkter. Under 2024 kommer de att ha ett större fokus på kvalitet, det innebär bland annat en ökad rapportering till nämnden. Det finns en kvalitetsprognos samt olika delar såsom ekonomi, brukarundersökningar och specifika frågor, dessa olika delar ska dras inför nämnden som sedan följer upp detta. Ledningen uppger att regionen vill lägga alltmer ansvar på kommunen. Ledningen uppger vidare att de vet vad en god och nära vård är, samt att de vet vilka strategier de behöver arbeta med.

#### Sjuksköterskornas förutsättningar

IVO konstaterar att det måste finnas förutsättningar för att planera, leda, genomföra och kontrollera de uppdrag som nämnden ålägger avseende hälso-och sjukvård på SÄBO.

Kommunens ledning beskriver att de infört en nära dialog med regionen efter IVO:s beslut. Det finns en större medvetenhet och lyhördhet än tidigare, det är lättare att ta kontakt. Ledningen uppger att vid ett par av hälsocentralerna har förändring skett. Det är dock ingen förändring kring läkarmedverkan. De beskriver att regionen och kommunen är i uppstarten av att kvalitetsgranska varandras dokumentation. Det finns avsatt tid för detta. Ledningen beskriver vidare att det är på väg att det ska bli bättre.

IVO lyfter att läkarstödet inte har varit optimalt under en längre tid, det beskrivs en samverkan, men det saknas redovisade åtgärder för att få effekt. Ledningen uppger att det finns en lokal samverkan och att regionen delar samma bild som kommunen. Samverkan har ökat och det finns en transparens i deras dialog. Det framkommer att regionen har svårt att rekrytera läkare. De har försökt initiera andra delar i sin samverkan, bland annat en gemensam samordnad individuell plan (SIP) vid demensdiagnos och ett samarbete mellan kommunens demensspecialist och hälsocentralen för en tydligare övergång. Det beskrivs också att det finns ett palliativt resursteam från Sahlgrenska sedan två år tillbaka vilket underlättar kontakten kring den palliativa vården. Det palliativa resursteamet är framför allt inom hemsjukvården men det finns inget som utesluter SÄBO.

IVO ställer frågan hur ledningen följer upp avtalet för läkarmedverkan, att patienterna får det som de har rätt till. Kommunens ledning uppger att det har diskuterats och att MAS har haft ansvar i de delarna. Diskussion och dialog har skett i olika samverkansforum. Problemet och bristen har varit främst på jourtid och där finns nu en medvetenhet. IVO lyfter att inom detta område saknas ett från ledningen beskrivet kvalitetsarbete och en uppföljning, hur arbetar nämnden med detta. Nämndens ordförande svarar att nämnden

följer upp detta genom avvikelser. Avtalet diskuteras även när det ska förnyas och när de ser till följsamheten. IVO återger vad som framkommit i intervjun med MAS att sjuksköterskorna sällan skriver avvikelser när det gäller bristande läkartillgång. Nämndens ordförande återger att medborgarna inte har hört av sig. På närområdessamverkan diskuteras vid varje möte vad som brister, vad som ska diskuteras, de skriver avvikelser och för en direkt dialog med hälsocentralen. Där bestäms vad de ska fördjupa och grott ner sig i.

Ledningen beskriver att det är svårt att svara på om läkaravtalet följs, men det som de kan konstatera är att det blivit bättre. De ger exempel på när dialog och samverkan har gett resultat, det har inte fungerat tidigare. Ledningen uppger att det inte har skett någon uppföljning kopplat till några parametrar. Brytpunktssamtalet följs upp på individnivå i ett fokusområde. Ledningen beskriver att de inte fått några indikatorer från sjuksköterskorna eller från enhetscheferna att det inte fungerar. Om det var ett återkommande problem skulle signaler komma från enhetschef. Det har inte skett någon uppföljning med sjuksköterskorna kring hur de ser på läkartillgången, men en dialog har skett. Ledningen tror att sjuksköterskorna skulle svara att det fungerar bra med läkartillgången i dagsläget. Tillräcklig läkartillgång kan se olika ut, men generellt sett ska tillgången vara tillräcklig. Läkarstödet har inte förändrats med anledning av god och nära vård, frågan är på regionens nivå, vad de behöver genomföra för förändringar. IVO påtalar att om det finns ett avtal så ska det följas. Dialog och samverkan ska ske men även förändring på det som inte fungerar. Kommunens ledning uppger att när det inte fungerar med läkarmedverkan så upplever de att regionen åtgärdar. De beskriver en god samverkan, de har arbetat hårt för att bygga upp ett gemensamt ansvar. Vid närområdessamverkan deltar samtliga vårdcentraler och samtliga verksamhetschefer.

### Dokumentation

IVO återför brister och åtgärder som redovisats och gör en återkoppling vad som framkommit från intervjun med MAS kring att verksamhetssystemet är infört och att personal fått utbildning. IVO frågar kring hur ledningen ska följa upp förväntad effekt.

Ledningen uppger att de har checkat av och omhändertagit de olika delarna och funktionerna i det nya systemet. Det har skapats gemensamma processer för sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Under våren kommer aktiva grupper med superanvändare att arbeta vidare med systemet. Uppföljning kommer att ske utifrån verksamhetssystemet men osäkert när. Ledningen uppger vidare att de redan nu har kunnat se konkreta exempel på nytta och effekt med gemensamma processer i det nya systemet. De uppger att de är nöjda för tillfället. Den legitimerade personalen har det nya systemet. De har tillgång till varandras dokumentation i de delar där de samarbetar. Sjuksköterskan kan välja vad hen delar med vård- och omsorgspersonalen. Om det skapas en vårdplan inom exempelvis vård i livets slut så kan vård- och omsorgspersonalen läsa den direkt. De uppger vidare att KVÅ och ICF koder finns i systemet per automatik.

### Säker läkemedelshantering

IVO konstaterar i den nationella tillsynen att det finns stora brister i hanteringen av läkemedel för patienter på SÄBO. En stor del av läkemedelshanteringen på SÄBO

delegeras till icke legitimerad personal, varav många saknar adekvat utbildning. För att uppnå god och säker vård behöver tillräckliga förutsättningar skapas för den vård- och omsorgspersonal som delegeras arbetsuppgiften att ge läkemedel.

IVO ställer frågan om ledningen gör någon uppföljning gällande sjuksköterskans följsamhet till delegeringsföreskriften. Ledningen uppger att det finns processer på varje enhet och att uppföljning sker slumpvis. Det är samordnaren som utför denna uppföljning, ledningen kan inte ange omfattningen av uppföljningen. Den sker utifrån sjuksköterskans perspektiv. Denna uppföljning rapporteras inte vidare, den rapporteras heller inte till nämnden. Det är osäkert om den ingår i patientsäkerhetsberättelsen. När tjänsten för samordnaren skapades var detta en uppgift som förväntades ingå.

IVO ställer frågan till nämnden hur de tänker kring sjuksköterskans följsamhet till rutin och process, gällande att sjuksköterska delegerar palliativa läkemedel i form av morfininjektion. Nämndens ordförande uppger att de enbart får kännedom när det sker en avvikelser. Hon har tilltro till att detta fungerar, rutinen och injektionen är en del av paketet. Ordföranden uppger vidare att det kanske är ett svävande svar, men det är omöjligt att följa upp allt. Om något händer beskriver hon att hon får omedelbar återkoppling. Kommunens ledning uppger att delegering av palliativa injektioner är undantag och att de enbart sker när det behöver bli mer patientsäkert. En del i den externa granskningen är det systematiska kvalitetsarbetet. IVO ställer frågan om den kommer att innefatta rutinen kring säker läkemedelshantering. Ledningen uppger att det som är bestämt nu är att den ska innefatta de 14 tidigare nämnda områdena från ”äldrestandarderna” och sedan kommer den eventuellt att byggas ut. De vet inte mer utifrån att den är nystartad.

IVO frågar om ledningen utför någon egenkontroll eller uppföljning kring vård- och omsorgspersonalens följsamhet till delegering och läkemedelshantering. Ledningen uppger att de inte arbetar med någon systematisk egenkontroll på detta område, inte på det sätt som de arbetar inom t ex hygien. Ledningen uppger vidare att de är trygga med att neka delegering om kunskap och säkerhet saknas. De beskriver att de har förmånen att ha en stabil sjuksköterskeorganisation som har arbetat länge. De har även många utbildade undersköterskor. De menar att idag får de inte till sig att det är ett problem i verksamheten, men de är ödmjuka mot frågorna och dess innebörd. När det gäller palliativa injektioner då sker uppföljning på en gång, men generellt sätt saknar de en egenkontroll och uppföljning inom dessa områden. IVO påtalar att vårdgivaren har ett ansvar i egenkontrollen att göra uppföljningar, hur vet ni att det finns tillräcklig kvalitet och säkerhet. Nämndens ordförande svarar att de måste ta till sig av mötet, de måste bli bättre. De behöver skapa en rutin för uppföljning, det är något som de bekräftar att de kommer att göra.

Anteckningar förda av  
Camilla Forsmark

Justeras av Pernilla Hedin och  
Katarina Waldenborg

## Protokoll fört vid möte med medicinskt ansvarig sjuksköterska vid Härryda kommun avseende pågående tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården för personer som bor på SÄBO

Datum: 2023-12-04

Huvudman eller vårdgivare: Härryda kommun

Övriga deltagande: Linda Strandberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Närvarande från Inspektionen för vård och omsorg: Inspektörerna Pernilla Hedin, Carina Gustafsson och Camilla Forsmark

---

### Inledning

*Enligt Socialstyrelsens meddelandeblad nr 6 2017 har MAS ett särskilt medicinskt ansvar för att:*

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet*
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov*
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt*
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra*
- besluten om delegering är patientsäkra*
- patientjournaler förs*
- anmälan görs till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det*

### Bakgrund

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tidigare konstaterat att lägsta nivån nationellt är för låg avseende medicinsk vård och behandling för personer som bor på SÄBO. Syftet till denna nationella tillsyn är att bidra till att vårdgivare och huvudmän förbättrar vården så att den blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO.

Vid intervjun framkommer att MAS har kännedom om SÄBO tillsynen och IVO:s beslut sedan tidigare. MAS deltog i IVO:s intervju med ledningen föregående höst. MAS var ansvarig för att dokumentera och skicka in kommunens återredovisning till IVO, hon uppger att hon varit delaktig i återredovisningen.

MAS ingår i sektorn för socialtjänst, där finns socialchef, verksamhetschef hälso- och sjukvård (HS), verksamhetschef SÄBO och chef för utveckling och uppföljning och närmaste chef för medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, medicinskt ansvarig rehabilitering, MAR och socialt ansvarig samordnare, SAS.

MAS uppger att när hon är ansvarig för ett ärende som t ex återredovisningen i pågående ärende så ska hon som ansvarig dra det för socialnämnden (härefter nämnd). Detsamma gäller den årliga patientsäkerhetsberättelsen. Det finns en relativt ny planering och en vilja att återrapportering ska sker mer frekvent till nämnden än tidigare. MAS menar att de behöver starta upp med detta arbete och sedan utveckla det vid behov.

MAS sitter i samma korridor som socialchef och verksamhetschef HS vilket underlättar och möjliggör samverkan. De har ett strategiskt HS möte som sker kontinuerligt, där lyfts aktuella ärenden. Enhetsledningsteam (ELT) är ett forum där legitimerad personal deltar i arbetet med medicinska frågor på enhetsnivå och medverka på ledningsnivå. I forumet arbetar de och har fokus på områden inom HS. I det forumet ingår inte MAS.

IVO ställer frågan om nämnden efterfrågar information, MAS svarar att det inte direkt varit så. Det har skett en förändring inom den politiska organisationen och nu är det enbart en socialnämnd. Det gör att utrymmet har ökat och därmed även intresset. MAS uppger att det finns en medvetenhet om uppdraget inom nämnden. Vissa personer i nämnden har varit med länge och har kontinuerligt under denna tid fått utbildning och kunskap inom området. De har förutsättningar att vara väl insatta i sitt ansvar.

#### Ändamålsenlig och välfungerande rutin för läkemedelshantering

MAS uppger att det finns rutiner för säker läkemedelshantering. Sjuksköterskan säkerhetsställer genom att kontrollera läkemedelsskåpet, ordinationslistor och signeringslistor. Sjuksköterskan rapporterar avvikelser när det finns brister, både på individ- och enhetsnivå, insatser sätts in beroende på var det brister. Den vanligaste bristen i avvikelser är missad signering, den är den övervägande största delen. Sedan är det även missad läkemedelsgivning. De arbetar med digital signering. De områden som avvikelser främst förekommer inom är läkemedel och fall. MAS återger att hon tidigare rapporterat till nämnden att om de ser till procentsatsen inom läkemedelsavvikelser, så är det en förhållandevis liten andel i jämförelse till de antal tillfällen som läkemedelsgivning sker. Det är olika allvarlighetsgrad på läkemedelsavvikelserna, de rör t ex missade signeringar, missade läkemedelsdoser samt felaktig läkemedelsgivning.

Det finns en sjuksköterska i kommunen som gör en gradering av allvarlighetsgrad på samtliga läkemedelsavvikelser. De avvikelser som blir graderade mellan 3–4 i risk skickas vidare till MAS och patientansvarig sjuksköterska. Detta för att säkerhetsställa att de hanteras korrekt, då enhetschef inte alltid besitter den kunskapen. Det är enhetschef som ansvarar för att göra en riskbedömning, t ex om de sker många avvikelser inom samma område. Bedömning görs i samråd med sjuksköterskan, ibland deltar även MAS i diskussionen. MAS anser att generellt sett har enhetschef kompetens att avgöra när de föreligger en risk. Det pågår ett utvecklingsarbete i kommunens ledningssystem (Stratsys), alla avvikelser ska in i systemet för att synliggöra avvikelserna för enhetschefer och andra



professioner. Det blir där lättare att utföra analyser om orsaken till en missad läkemedelsdos eller en patients fall.

IVO ställer frågan om hur de arbetar proaktivt med säker läkemedelshantering. MAS uppger att enhetschef och sjuksköterska är ansvariga på enhetsnivå, hon uppger vidare att hon inte tror att de aktivt är ute i verksamheten och säkerhetsställer följsamhet. Följsamheten blir mer på enhetsnivå. MAS uppger att på individnivå fungerar det bra att hantera avvikelser, de är sämre i arbetet på en strukturerad/aggregerad nivå. Där det fungerar mindre bra är inom det förebyggande arbetet, innan en händelse äger rum och avvikelser därmed skapas. MAS uppger att det är svårare för enhetschef att göra bedömningar på systemnivå än på individnivå. MAS, MAR och SAS har samarbetat i högre grad för att nå enhetlighet. De har arbetat med avvikelser inom hälso- och sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SoL) och lagen om särskilt stöd och service (LSS) på en övergripande nivå. MAS har en förhoppning om att detta arbete ska bli bättre och lättare när det sker i kommunens ledningssystem. När det gäller arbetet med risker har det tidigare varit friare att välja vilket område man ha velat fokusera på. Nu har MAS, MAR och SAS fått större utrymme att tillsammans utse vad som ska prioriteras att arbeta med.

I återredovisningen framkom att kommunen haft avvikelser som berott på tekniska problem, detta handlade enligt MAS om problem med deras elektronisk signering, det var en längre inkörningsperiod. Det fanns problem inom hemsjukvården främst ute på landsbygden, där uppkopplingen i perioder och områden är sämre. Nu fungerar det bättre, problemet förekom inte på SÄBO. Nu är det oftare den mänskliga faktorn som är orsak till avvikelserna.

### Beslut om att delegera vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten

MAS har haft en dialog med sjuksköterskorna utifrån IVO:s beslut och det som framkommit att sjuksköterskor i relativt hög grad sett patientsäkerhetsrisker kopplat till säker läkemedelshantering. Sjuksköterskorna som MAS träffat känner inte igen bilden, de anser att arbetet fungerar bra. De uppger att det är färre vikarier i verksamheten nu än tidigare och att det funnits en större osäkerhet kring vikarier från bemanningenheten. Nu har kommunen överanställt vård- och omsorgspersonal, vilket innebär att det oftare är ordinarie personal på plats och med den även en delegering. Sjuksköterskorna uppger att det är svårare att göra uppföljningar och handleda vikarier. Utifrån dialogen med sjuksköterskorna och deras uppfattning om att det inte finns patientsäkerhetsrisker i den omfattningen som tidigare, därmed har MAS valt att ha kvar befintlig rutin och process då de anser den som fungerande. Även med anledning av införandet av det nya journalsystemet. MAS förtydligar att det alltid är sjuksköterskan som äger frågan.

IVO ställer frågan ifall det görs strukturerade uppföljningar kring sjuksköterskan följsamhet till rutinen. Det ges en utbildning av delegeringssjuksköterskan, sedan görs en webb-utbildning och slutligen ett skriftligt test. Sjuksköterskan gör sedan en praktisk

delegering med vård- och omsorgspersonalen. MAS uppfattar att alla gör detta, det finns ingen mer systematik till uppföljning än så. MAS har tidigare träffat sjuksköterskorna som grupp, men har tänkt ändra det till att ha individuella frågor i enkätform gällande delegeringsprocessen. Fokus har nu legat på att implementera det nya journalsystemet och sedan kommer det att arbeta vidare med delegeringsprocessen. MAS uppger att de arbetar systematiskt med att följa upp rutinen, det finns en rutingrupp som arbetar med det. Rutinen granskas och revideras vid behov. Det saknas dock en systematisk uppföljning kring följsamheten av rutinen.

IVO ställer frågan hur de arbetar med den brist som framkom i beslutet gällande att sjuksköterskor ger palliativa läkemedel utan ny läkarkontakt. MAS uppger att sjuksköterskorna själva tagit fram rutinen. Det är enbart ordinarie, erfarna undersköterskor som arbetar i vård i livets slutskede. Det är denna personal som sitter vak och som kan delegeras palliativa läkemedel. Sjuksköterskan iordningsställer en injektion i spruta, sedan ska undersköterskan kontakta sjuksköterska om behov finns att ge läkemedel, sjuksköterskan ger klartecken att ge och åker sedan ut till boendet. Det är MAS som bestämt denna hantering. MAS förtydligar att det är enbart undersköterskor med god och lång kompetens som är trygga i vård i livets slutskede som får denna typ av delegering. Det finns en palliativ koordinator i kommunen som hjälper till i planeringen. Denna koordinator är även den som ger utbildning i vård i livets slutskede. MAS uppger att även om de har en bra bemanning med sjuksköterskor så kan de inte finnas tillgängliga hela tiden hos patienten i det palliativa skedet. Det är ett undantag att undersköterska får delegering på palliativa läkemedel, det finns en tydlig riktlinje. Det ges ett utbildningspaket för de undersköterskor som arbetar med detta. Det ges regelbundet utbildning på SÄBO i vård i livets slutskede, då det är frekvent förekommande. Vård- och omsorgspersonal gör bedömning med hjälp av Abbey pain scale om patienten inte är talbar. IVO ställer frågan om någon uppföljning görs gällande undersköterskans följsamhet till rutinen. MAS uppger att det inte sker någon uppföljning. IVO ställer frågan om det görs någon uppföljning av sjuksköterskornas följsamhet till rutinen det vill säga att endast personal med rätt kompetens blir delegerade uppgiften och att sjuksköterska alltid besöker patienten i anslutning till given injektion. Enligt MAS saknas en strukturerad uppföljning av detta.

**Kontakta läkare eller annan hälso-och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd förändras**

MAS uppger att rutin finns för när kontakt ska ske med sjuksköterskan utifrån patientens förändrade hälsotillstånd. Generellt sett så har vård- och omsorgspersonalen den kompetens som krävs för att göra denna bedömning. Rutinen som finns är en affisch, den har exempel och förslag, det är lite text och klarspråk. MAS förtydligar att de har en låg tröskel till kontakt med sjuksköterska, om något avviker ska de kontaktas. Språkkompetensen hos de som arbetar vårdnära är bra, de har få anställda med utländsk bakgrund. Om de inte har tillräcklig kompetens i det svenska språket så kan de arbeta med



serviceuppgifter, t ex städ och tvätt. Där ges möjlighet att träna och utveckla svenska språket och sedan ges möjlighet att klättra i karriären.

MAS uppger vidare att kontakten ska tas med sjuksköterska om något avviker, sedan ordinerar sjuksköterskan kontroller om det finns behov för det. I vissa fall har kanske vård- och omsorgspersonalen redan gjort det. Det sker en dialog mellan sjuksköterska och vård- och omsorgspersonal om vad som ska göras. Personalen använder SBAR. MAS uppger att SBAR fungerar bra utifrån vad hon har fått till sig. Det sker ingen systematisk uppföljning av verktyget, att det fungerar har framkommit i olika sammanhang. MAS håller med om att det skulle vara bra med en uppföljning och uppstart, för att få en nulägesstatus. MAS upplever att det finns förbättringspotential inom arbetet med SBAR. Vård- och omsorgspersonal vet inte alltid vad som förväntas av dem, och sjuksköterskan har tillit i att de kontaktas när behov finns.

IVO ställer frågan kring hur kommunen arbetat med frågan kring att tillgången till läkare och läkarkonsultation ibland är otillräcklig. MAS uppger att det inte skett någon förändring sedan förra året. Det sker samverkan på olika nivåer, både övergripande och lokalt. Samverkan med regionen sker och vårdcentralen har blivit bättre på att delta vid dessa tillfällen.

MAS beskriver en samverkan som påbörjats gällande granskning av dokumentation. Vårdcentralen har skickat ut en mall så att region och kommun ska granska enhetligt, t ex kring förekomsten av läkemedelsgenomgångar. Regionen har påbörjat en granskning av ca 20 journaler från kommunen och sedan ska MAS göra en granskning på regionens journaler.

MAS uppger att det inte skett någon förändring i hur de ska arbeta annorlunda. Hen uppger att hälso- och sjukvårdsavtalet är diffust och svårt att visa brister på. Läkare kan då göra egna tolkningar. Det är svårt att kravställa, om det inte framkommer vad kommunen ska få är det svårt att veta om det var tillräckligt. Sjuksköterskorna rapporterar inte avvikelser när tillgången till läkare varit otillräcklig och då är det svårt att påvisa brister. IVO ställer frågan om det görs någon riskbedömning utifrån patientens perspektiv med anledning av exempelvis bristande läkarkonsultation. MAS uppger att någon sådan riskbedömning inte görs. De brister som förekommer sker oftast utanför avsatt läkartid, de sker under jourtid. MAS ger som exempel att en patient kan skickas in till sjukhus utan läkarbedömning, om kontakt med läkare inte kan möjliggöras måste patienten säkras.

MAS uppger att när det gäller brytpunktssamtalet finns det statistik som kan återföras till regionen, den statistiken kommer från palliativa registret. När det gäller brytpunktssamtal är siffrorna ok. MAS upplevelse är att dessa samtal sker och den palliativa koordinatören skickar även ut en enkät till efterlevande. Där kan svaren variera, men där kan en svårighet vara att kommunen inte vet hur samtalet med läkaren har förts. Om anhöriga förstått att det var ett brytpunktssamtal.

**Att journal förs i den omfattning som beskrivs enligt patientdatalagen**

MAS uppger att från och med den 21 november 2023 är de i skarpt läge med det nya dokumentationssystemet. Nu gäller det att få med all legitimerad personal i förändringen.

MAS uppger vidare att de kommer att arbeta mer personcentrerat. I det nya systemet är allt processrelaterat, vårdplaner samt KVÅ och ICF koder skapas per automatik. Beroende på vem som ska arbeta i vårdplanen skickas den vidare, t ex till berörd vård- och omsorgspersonal eller legitimerad personal. Hur uppföljning ska ske är ännu inte fastställt, hittills har allt gått bra med all överflyttning av journaler etc. När införandet är passerat, gäller det att ta vid följsamheten i det nya systemet. Det finns nya rutiner skapade för hur legitimerad personal ska arbeta i systemet, vård- och omsorgspersonalen har samma uppdrag som tidigare. Det finns förtydligande hur de ska läsa och skriva dokumentationen. Det håller nu på att skapas en plan för uppföljning som ska ske under våren 2024.

Utbildningssatsningar har skett inför införandet av det nya journalsystemet. I det nya systemet har kommunen fått "välja sina träd", där t ex KVÅ/ICF är en gren. Arbetet har gjorts tillsammans med sjuksköterskorna. MAS uppger att inför det var dags att köra skarpt, gjordes en uppfräschning av kunskapen hos personalen. Informationsöverföringen säkerhetsställs mellan sjuksköterska och vård- och omsorgspersonal när sjuksköterskorna skapar en vårdplan i systemet genom att den skickas till vård- och omsorgspersonalen som kan läsa den i sin arbetstelefon. Även om det skett förändringar hos patienten, kan sjuksköterskan skicka den informationen till personalen som då mottar ett meddelande. Beroende på vad det gäller ges även muntlig information. Informationsöverföring fungerar bra mellan sjuksköterska och vård- och omsorgspersonal och vice versa. MAS har dock uppmärksammat att viss personal kontakter sjuksköterskan och överlåter dokumentationen i ärendet. MAS ser ett förbättringsområde gällande att vård- och omsorgspersonal själva ska dokumentera vad de observerat, att de tagit kontakt med sjuksköterska och vad eventuell åtgärd blev. Det finns brister men framför allt på individnivå och inte gruppnivå. MAS ser att patienten får en korrekt bedömning och att kontakt tas om det allra viktigaste. Här finns det utrymme för specialistundersköterska och språkombud att göra insatser för att säkerhetsställa detta.

Att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet

#### Förutsättningar

IVO anser att medicinsk ansvarig sjuksköterska ska ha förutsättningar att utföra sina lagreglerade uppdrag och ta ansvar för alla delar i uppdraget.

MAS uppger att hon har mycket goda förutsättningar, det finns god kompetens både hos sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal. De tillfällen MAS varit ute i verksamhet och gått bredvid, imponeras hon över den kompetens som finns ute i verksamheterna. Både när det gäller utförande av hälso- och sjukvård men även av bemötandet av patienten. MAS är ägare till flera rutindokument och riktlinjer. Omsorgshandledare kan komma med frågor och efterfråga diskussion, de kan t ex efterfråga hur de ska arbeta med vissa patientgrupper. Det finns en individuell kompetens och vilja att arbeta systematiskt. Personal knyter an till rutiner som finns. MAS upplever att det är en verksamhet som är mogen att ta till sig information utifrån patientens olika vårdbehov som många gånger är väldigt krävande. MAS uppger att alla gemensamt arbetar för att hålla en struktur för att säkerhetsställa god och säker vård för patienten.

MAS uppger att det finns en samverkan mellan äldreomsorgens enhetschefer, de ses på olika samverkansmöten och diskuterar bland annat avvikelser och förbättringsarbeten. MAS uppger vidare att även omsorgshandledarna har en samverkan, där de ses för att ge varandra återkoppling från olika SÄBO. De lyfter även ut goda exempel från verksamhet. MAS beskriver att hon även har en god samverkan med andra aktörer, hon känner att det finns möjlighet att lyfta aktuella frågor.

Uppläst och faktagranskat vid intervjutillfället.

Anteckningar förda av  
Camilla Forsmark

Justeras av  
Carina Gustavson och Pernilla  
Hedin

## Protokoll fört vid digitalt möte med ledningen i Härryda kommun avseende pågående tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården för personer som bor på SÄBO

Datum: 6 december 2023

Huvudman eller vårdgivare: Socialnämnden i Härryda kommun

Deltagande från Härryda kommun: Maria Kornevik Jakobsson ordförande i socialnämnden, Malin Johansson sektorchef / socialchef, Anna Hildesson verksamhetschef vård och omsorg och Carina Fransson verksamhetschef för hälsa och bistånd

Närvarande från Inspektionen för vård och omsorg: Inspektörerna Pernilla Hedin, Katarina Waldenborg och Camilla Forsmark

---

### Bakgrund

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tidigare konstaterat att lägsta nivån nationellt är för låg avseende medicinsk vård och behandling för personer som bor på SÄBO. Syftet till denna nationella tillsyn är att bidra till att vårdgivare och huvudmän förbättrar vården så att den blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO.

I dialogen vill IVO att socialnämnden (härefter nämnden) redovisar vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende samtliga konstaterade brister. Under dialogmötet kommer vi att utgå från det beslut som IVO tillställt er som vårdgivare samt den redovisning av åtgärder som ni tidigare lämnat till IVO.

Att kontrollera effekterna av insatta åtgärder för att komma till rätta med bristerna ingår som egenkontroll i det systematiska förbättringsarbetet enligt SOSFS 2011:9. IVO konstaterar att nämnden behöver säkerställa att de åtgärder som vidtas får avsedd effekt.

### Inledning

IVO inleder med att fråga om deltagarna har tagit del av IVO:s beslut.

Vid intervjun med kommunens ledning framkom att IVO:s beslut och redovisning med åtgärder kopplat till detta har presenterats för nämnden.

## Vård och omsorgspersonalens kompetens

IVO konstaterar i den nationella tillsynen att många avgörande bedömningar gällande patienter på SÄBO görs av den personal som har lägst utbildningsnivå. IVO bedömer att detta utgör allvarliga patientsäkerhetsrisker. För att ge god vård är det viktigt att personal som finns närmast patienten har förmågan, kunskapen och kompetensen att observera och signalera när patientens hälsotillstånd förändras.

IVO ställer frågan om vad som hänt efter beslutet och återredovisningen, om ledningen utfört någon uppföljning för att säkerhetsställa att de åtgärder som vidtagits haft effekt. Kommunens ledning uppger att det pågår ett **regionalt nationellt** projekt, ”Fler anställda inom vård och omsorg” (Favo), som startade i juni månad. Projektet är en karriärvägsmodell. I projektet följer kommunen upp hur många undersköterskor och specialistundersköterskor Härryda kommun har. Det finns tydliga uppdragsbeskrivningar och de ska implementeras av enhetschefer på SÄBO. Ledningen uppger vidare att det även ska införas mentorer i verksamheterna och att de ska framför allt finnas tillgängliga för nyanställda. De kommer att följa upp följsamheten till uppdragsbeskrivningen. En uppföljning av projektet kommer att ske under 2024–2025.

Kommunens ledning förklarar att tidigare gjorde alla anställda alla arbetsuppgifter i sin anställning, det förekom inga skillnader. I karriärvägsmodellen matchas insatsen i arbetet till den kompetens personalen har. De arbetar med en differentiering av arbetsuppgifter, rätt person på rätt uppgift. Enhetschef har t ex i uppgift att följa upp och planera vilken personal som ska ha en delegering och inte.

IVO ställer frågan hur ledningen säkerhetsställer att vård- och omsorgspersonalen har tillräcklig kompetens. Ledningen beskriver att de arbetar med att följa avvikelser kopplat till kompetens och ansvar, där kan avvikelser hanteras på individnivå. De arbetar även med detta på teammöten där kan behov lyftas på en mer generell nivå och enhetsnivå. Verksamheterna har även boenderåd, där patienter och närstående ges möjlighet att lämna synpunkter kring vården. Ledningen poängterar att avvikelser är en viktig grund att stå på. Allvarliga avvikelser presenteras för nämnden och lex Maria utreds av MAS och MAR.

Ledningen beskriver att det kommer att ske en förändring inom det systematiska kvalitetsarbetet, då fler ärenden än tidigare kommer att dras för nämnden. Kommunens ledning uppger att under 2023–2024 så sker en övergripande extern granskning av hela verksamheten, fokus ligger på det systematiska kvalitetsarbetet och granskningen ska pågå under ett år. De granskar bland annat kvalitetssystemet och det sker även oanmälda tillsynsbesök. IVO frågar om granskningen omfattar samma områden som IVO:s pågående tillsyn gör inom hälso- och sjukvårdsområdet. Ledningen beskriver att den externa granskningen handlar om det systematiska kvalitetsarbetet för patienterna. Det baseras på 14 olika **områden**<sup>1</sup> med underområden, de utgår från ett kvalitetsperspektiv och ”äldrestandarden”, **svenska institutet**

<sup>1</sup> aktiviteter • bemanning • bemötande, integritet och trygghet • dokumentation • fall • kommunikation • kompetens • ledningssystem • livets slut • mat, måltid och nutrition • psykiskt funktionstillstånd, kognitiv svikt och psykisk ohälsa • systematiskt kvalitetsarbete • urinblåse- och tarmfunktion • vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

för standarder: **SVENSK STANDARD · SS 872500:2015 Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende.**

Den externa granskningen uppkommer utifrån att kommunen utgår från lagen om valfrihetssystem (LOV). Det finns en generell koll var de befinner sig, men de lyfter också att det är viktigt att se var utförarna förhåller sig till varandra. Det har även diskuterats på politisk nivå utifrån nyttjandet av externa utförare. Ledningen uppger att det är stort fokus på kvalitet i hela kommunen, under 2024 ska kvaliteten granskas även inom andra områden såsom socialtjänst och skola. Målet och effekten som förväntas av deras granskning är att kommunen ska ha följsamhet och efterlevnad till ”äldrestandarderna”.

IVO ställer frågan om vilken kompetens vård- och omsorgspersonalens har i dagsläget. Ledningen uppger att de nyligen skickat in statistik som visar att de ligger bra till. De beskriver att de vill ha utbildade undersköterskor, deras kvalitetsmål ligger på 80% undersköterskor, 10% specialistundersköterskor och 10% eller mindre utbildad personal. De beskriver ett offensivt arbetssätt där de arbetar med validering och introduktion. De håller nu på att iordningsställa ett metodrum, där personal kan träna på praktiska övningar innan de ska utföra dessa uppgifter ute på avdelningen. Ledningen uppger vidare att de även använder ett planeringssystem, systemet påminner om det som används inom hemtjänsten. Systemet styr och anpassar vilken uppgift som ska utföras och vem som ska utföra den. Samverkan sker med enhetschef, strategier skapas efter t ex inkomna avvikelser, de formar om efter behovet.

När en specialistundersköterska gjort klar sin utbildning kan hen söka en tjänst inom kommunen som specialistundersköterska. De vill att de aktivt ska söka tjänsten, då det är viktigt att intresset hos personen i fråga finns. När det gäller specialistundersköterskorna så arbetar de efter en uppdragsbeskrivning, de arbetar hos patienter som har speciella och mer krävande behov. De ska ha en mer arbetsledande roll, de fungerar som en fast omsorgskontakt **i komplexa ärenden**. Ledningen beskriver vidare att de behövs för **arbetsledning av** ~~att arbeta och leda~~ vård- och omsorgspersonalen. En dialog har förts kring hur detta skulle kunna möjliggöra en avlastning av enhetscheferna.

Ledningen beskriver att det för nuvarande har en mycket god kompetens bland sin vård- och omsorgspersonal, men de är medvetna om att kommande år kommer ett flertal pensionsavgångar. De behöver därför säkra upp med ett nytt arbetssätt, karriärvägsmodellen. Den viktigaste gruppen idag som är i fokus är de som inte är utbildade undersköterskor. Idag arbetar ledningen med överanställning i allt högre grad, samt visstidsanställningar. Det görs i stället för att använda sig av timvikarier. Målet är att satsa på att få anställningsbar personal, det är kärnan till kompetensförsörjningen. Ledningen har även arbetat mycket med introduktion, den behöver planeras längre än på två veckor. Vuxenutbildningen är en del i introduktionen. Vissa når självständighet och fördjupad kunskap, medan annan personal alltid kommer att vara kvar på basnivå. Introduktion kan sträcka sig upp till ett år, det finns olika faser och utbildningar. Alla är inte lika. Ledningen beskriver att de som kommun kan önska vilka utbildningar som behöver finnas inom socialtjänsten, det förs en dialog om kommunens behov.

Ledningen uppger att det finns mer språkbrister nu än för några år sedan och att de har utbildat både språkombud och språkombudsutbildare. Det finns en uppdragsbeskrivning över språkombudets roll, den måste testas av i verksamheten för att se vad som fungerar och vad som behövs. Ledningen beskriver att de har gjort en kartläggning av befintlig personal och sett att ungefär fyra anställda behöver språkutveckling. Ledningen ska se över om dessa kan erbjudas utbildning. Det framkommer att de använder språktest och att det gör att det är svårare att få en anställning, **men även för att kunna fånga upp språksvaga personer för språkstödande insatser** ~~framöver kanske de inte kan vara lika~~



~~härda~~. Idag finns det 15 personer som arbetar med hjälp av stöd och handledning i verksamheten.

De har varit aktiva i verksamheten under ett år, både språket och annan kompetens har under denna tid blivit bättre. Ledningen menar på att de måste sträva efter att dessa ska bli anställningsbara. Med hjälp av planeringsverktyget så styrs rätt personal mot rätt uppgift, uppgifterna ska vara lämpliga för personens kompetens. När övrig kompetens på avdelningen är hög så blir det inte ett problem att planera för detta. Det ligger i ledningens ansvar att se till att personal har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter. Risken är för närvarande låg i Härryda kommun, men det är alltid viktigt att säkerhetsställa detta 24 timmar om dygnet.

IVO frågar upp om ledningen följt upp effekten av de vidtagna åtgärderna, hur följer nämnden upp att de gett effekt. Nämndens ordförande beskriver att nämnden är intresserad och frågar och för dialog. Det sker även genom egenkontroll. Hon beskriver vidare att medborgarna vänder sig till nämnden i de fall de har klagomål eller synpunkter. Under 2024 kommer de att ha ett större fokus på kvalitet, det innebär bland annat en ökad rapportering till nämnden. Det finns en kvalitetsprognos samt olika delar såsom ekonomi, brukarundersökningar och specifika frågor, dessa olika delar ska dras inför nämnden som sedan följer upp detta. Ledningen uppger att regionen vill lägga alltmer ansvar på kommunen. Ledningen uppger vidare att de vet vad en god och nära vård är, samt att de vet vilka strategier de behöver arbeta med.

#### Sjuksköterskornas förutsättningar

IVO konstaterar att det måste finnas förutsättningar för att planera, leda, genomföra och kontrollera de uppdrag som nämnden ålägger avseende hälso- och sjukvård på SÄBO.

Kommunens ledning beskriver att de infört en nära dialog med regionen efter IVO:s beslut. Det finns **nu** en större medvetenhet och lyhördhet än tidigare, det är lättare att ta kontakt. Ledningen uppger att vid ett par av **vårdcentralerna** ~~hälsocentralerna~~ har förändring skett. Det är dock ingen förändring kring **principerna för läkarmedverkan utan på ett personellt plan**. De beskriver att regionen och kommunen är i uppstarten av att kvalitetsgranska varandras dokumentation. Det finns avsatt tid för detta. ~~Ledningen beskriver vidare att det är på väg att det ska bli bättre.~~

IVO lyfter att läkarstödet inte har varit optimalt under en längre tid, det beskrivs en samverkan, men det saknas redovisade åtgärder för att få effekt. Ledningen uppger att det finns en lokal samverkan och att regionen delar samma bild som kommunen. Samverkan har ökat och det finns en transparens i deras dialog. Det framkommer att regionen har svårt att rekrytera läkare. **Kommunen** ~~De~~ har försökt initiera andra delar i sin samverkan, bland annat en gemensam samordnad individuell plan (SIP) vid demensdiagnos och ett samarbete mellan kommunens demensspecialist och **vårdcentralen** ~~hälsocentralen~~ för en tydligare övergång. ~~Det beskrivs också att det finns ett palliativt resursteam från Sahlgrenska sedan två år tillbaka vilket underlättar kontakten kring den palliativa vården.~~ Det palliativa resursteamet är framför allt inom hemsjukvården men det finns inget som utesluter SÄBO.

IVO ställer frågan hur ledningen följer upp avtalet för läkarmedverkan, att patienterna får det som de har rätt till. Kommunens ledning uppger att det har diskuterats och att MAS har haft ansvar i de delarna. Diskussion och dialog har skett i olika samverkansforum.

Problemet och bristen har varit främst på jourtid och **det har framförts till regionen, bl.a. inom ramen för arbetet med att ta fram ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal och specifikt till Närhälsans ledning under arbetet med palliativa resursteamet.** ~~där finns nu en medvetenhet.~~

IVO lyfter att inom detta område saknas ett från ledningen beskrivet kvalitetsarbete och en uppföljning, hur arbetar nämnden med detta. Nämndens ordförande svarar att nämnden

följer upp detta genom avvikelser. Avtalet diskuteras även när det ska förnyas och när de ser till följsamheten. IVO återger vad som framkommit i intervjun med MAS att sjuksköterskorna sällan skriver avvikelser när det gäller bristande läkartillgång. Nämndens ordförande återger att medborgarna inte har hört av sig. På närområdessamverkan diskuteras vid varje möte vad som brister, vad som ska diskuteras, de skriver avvikelser och för en direkt dialog med **vårdcentralen** ~~hälsocentralen~~. Där bestäms vad de ska fördjupa och grota ner sig i.

Ledningen beskriver att det är svårt att svara på om läkaravtalet följs, men det som de kan konstatera är att det blivit bättre. De ger exempel på när dialog och samverkan har gett resultat, det har inte fungerat tidigare. Ledningen uppger att det inte har skett någon uppföljning kopplat till några parametrar. Brytpunktssamtalet följs upp på individnivå i ett fokusområde. Ledningen beskriver att de inte fått några indikatorer från sjuksköterskorna eller från enhetscheferna att det inte fungerar. Om det var ett återkommande problem skulle signaler komma från enhetschef. Det har inte skett någon uppföljning med sjuksköterskorna kring hur de ser på läkartillgången, men en dialog har skett. Ledningen tror att sjuksköterskorna skulle svara att det fungerar bra med läkartillgången i dagsläget. Tillräcklig läkartillgång kan se olika ut, men generellt sett ska tillgången vara tillräcklig. Läkarstödet har inte förändrats med anledning av god och nära vård, frågan är på regionens nivå, vad de behöver genomföra för förändringar. IVO påtalar att om det finns ett avtal så ska det följas. Dialog och samverkan ska ske men även förändring på det som inte fungerar. Kommunens ledning uppger att när det inte fungerar med läkarmedverkan så upplever de att regionen åtgärdar. De beskriver en god samverkan, de har arbetat hårt för att bygga upp ett gemensamt ansvar. Vid närområdessamverkan deltar samtliga vårdcentraler och samtliga verksamhetschefer.

### Dokumentation

IVO återför brister och åtgärder som redovisats och gör en återkoppling vad som framkommit från intervjun med MAS kring att verksamhetssystemet är infört och att personal fått utbildning. IVO frågar kring hur ledningen ska följa upp förväntad effekt.

Ledningen uppger att de har checkat av och omhändertagit de olika delarna och funktionerna i det nya systemet. Det har skapats gemensamma processer för sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Under våren kommer aktiva grupper med superanvändare att arbeta vidare med systemet. Uppföljning kommer att ske utifrån verksamhetssystemet men **planen är vi intervjutillfället inte lagd, osäkert när. Det nya verksamhetssystemet gick i skarp drift 21 november 2023.** Ledningen uppger vidare att de redan nu har kunnat se konkreta exempel på nytta och effekt med gemensamma processer i det nya systemet. De uppger att de är nöjda **just nu med uppstarten.** ~~för tillfället.~~ Den legitimerade personalen har det nya systemet. De har tillgång till varandras dokumentation i de delar där de samarbetar. Sjuksköterskan kan välja vad hen delar med vård- och omsorgspersonalen. Om det skapas en vårdplan inom exempelvis vård i livets slut så kan vård- och omsorgspersonalen läsa den direkt. De uppger vidare att KVÅ och ICF koder finns i systemet per automatik.

### Säker läkemedelshantering

IVO konstaterar i den nationella tillsynen att det finns stora brister i hanteringen av läkemedel för patienter på SÄBO. En stor del av läkemedelshanteringen på SÄBO delegeras till icke legitimerad personal, varav många saknar adekvat utbildning. För att uppnå god och säker vård behöver tillräckliga förutsättningar skapas för den vård- och omsorgspersonal som delegeras arbetsuppgiften att ge läkemedel.



IVO ställer frågan om ledningen gör någon uppföljning gällande sjuksköterskans följsamhet till delegeringsföreskriften. Ledningen uppger att det finns processer på varje enhet och att uppföljning sker slumpvis. Det är samordnaren som utför denna uppföljning, ledningen kan inte ange omfattningen av uppföljningen. Den sker utifrån sjuksköterskans perspektiv. Denna uppföljning rapporteras inte vidare, den rapporteras heller inte till nämnden. Det är osäkert om den ingår i patientsäkerhetsberättelsen. När tjänsten för samordnaren skapades var detta en uppgift som förväntades ingå.

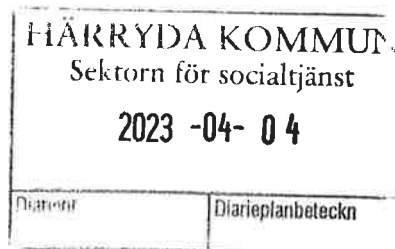
IVO ställer frågan till nämnden hur de tänker kring sjuksköterskans följsamhet till rutin och process, gällande att sjuksköterska delegerar palliativa läkemedel i form av morfininjektion. Nämndens ordförande uppger att de enbart får kännedom när det sker en avvikelser. Hon har tilltro till att detta fungerar, rutinen och injektionen är en del av paketet. Ordföranden uppger vidare att det kanske är ett svävande svar, men det är omöjligt att följa upp allt. Om något händer beskriver hon att hon får omedelbar återkoppling. Kommunens ledning uppger att delegering av palliativa injektioner är undantag och att de enbart sker när det behöver bli mer patientsäkert. En del i den externa granskningen är det systematiska kvalitetsarbetet. IVO ställer frågan om den kommer att innefatta rutinen kring säker läkemedelshantering. Ledningen uppger att det som är bestämt nu är att den ska innefatta de 14 tidigare nämnda områdena från "äldrestandard" och sedan kommer den eventuellt att byggas ut. De vet inte mer utifrån att den är nystartad.

IVO frågar om ledningen utför någon egenkontroll eller uppföljning kring vård- och omsorgspersonalens följsamhet till delegering och läkemedelshantering. Ledningen uppger att de inte arbetar med någon systematisk egenkontroll på detta område, inte på det sätt som de arbetar inom t ex hygien. Ledningen uppger vidare att de är trygga med att neka delegering om kunskap och säkerhet saknas. De beskriver att de har förmånen att ha en stabil sjuksköterskeorganisation som har arbetat länge. De har även många utbildade undersköterskor. De menar att idag får de inte till sig att det är ett problem i verksamheten, men de är ödmjuka mot frågorna och dess innebörd. När det gäller palliativa injektioner då sker uppföljning på en gång, men generellt sätt saknar de en egenkontroll och uppföljning inom dessa områden. IVO påtalar att vårdgivaren har ett ansvar i egenkontrollen att göra uppföljningar, hur vet ni att det finns tillräcklig kvalitet och säkerhet. Nämndens ordförande svarar att de måste ta till sig av mötet, de måste bli bättre. De behöver skapa en rutin för uppföljning, det är något som de bekräftar att de kommer att göra.

Anteckningar förda av  
Camilla Forsmark

Justeras av Pernilla Hedin och  
Katarina Waldenborg

Härryda kommun  
Socialnämnden  
435 80 Mölnlycke



## Vårdgivare och huvudman

Härryda kommun

## Ärendet

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

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

- Individuell bedömning och kompetensnivå
- Dokumentation och personalkontinuitet
- Läkemedelshantering
- Vård i livet slutskede

## Beslut

IVO konstaterar följande brister:

- den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning.
- dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar 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 31 maj 2021**.

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

## Skälen för beslutet

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

Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning

IVO:s tillsyn visar att den personal som gör individuella medicinska bedömningar på SÄBO i Härryda kommun inte har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och inte behärskar det svenska språket i tillräcklig omfattning. IVO bedömer att den bristande kompetensnivån och bristerna i svenska språket utgör en patientsäkerhetsrisk och medför att kommunen inte säkerställer att kraven på en god vård uppfylls.

IVO konstaterar vidare att många livsavgörande bedömningar av patienter på SÄBO görs av den personal som har den lägsta utbildningsnivån. Tillgången till läkare är ibland otillräcklig.

Bristerna innebär att den personal som är närmast patienten inte alltid har den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras. I SÄBO har många patienter allvarliga sjukdomar eller befinner sig i livets slutskede, och det är då viktigt att vård- och omsorgspersonalen t.ex. förstår vilka symtom de ska vara uppmärksamma på för att tillkalla sjuksköterska.

IVO konstaterar att en del av kompetensbristen handlar om att vård- och omsorgspersonal har otillräckliga kunskaper i svenska språket. Det framgår av intervju med ledningen att man vill att det ska gå snabbare när det gäller att utbilda vård- och omsorgspersonalen i det svenska språket. Därför utbildas flera språkbud. Av intervju med sjuksköterska framgår att ordinarie personal har tillräckliga kunskaper i det svenska språket, men att vissa vikarier inte har tillräckliga kunskaper i språket. Språkkunskaper och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt är en förutsättning för patientsäkerheten. Det finns också en risk att information mellan olika yrkeskategorier missuppfattas eller förvanskas. Detta är förstas särskilt allvarligt när det gäller personal med delegering 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. Enligt ledningen pågår ett arbete med att stärka kompetensen.

IVO konstaterar av underlaget att tillgång till läkare och läkarkonsultation ibland är otillräcklig. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. IVO påtalar att om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

*IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:*

Nyckeltal	Härryda	Västra Götaland*	Riket
<b>Av journalgranskningen framgår</b>			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad	45%	32%	34%
<b>I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de</b>			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	70%	53%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	60%	47%	42%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	81%	60%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	77%	87%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	47%	63%	63%

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

*Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:*

#### Sjuksköterskor

Vid intervju med representanter för kommunens sjuksköterskor framkom att vård- och omsorgspersonalen i de flesta fall har tillräcklig kompetens att uppmärksamma om patienters hälso- och sjukdomstillstånd förändras. Det finns god kontinuitet hos personalen vilket även bidrar positivt till kompetensnivån. Verksamheten arbetar också med att höja

kompetensen genom olika utbildningar. Det finns s.k. samordnare på de olika boendena som är engagerade och ser till att fördela personal utifrån vilket kompetensbehov som finns på de olika enheterna. Vård- och omsorgspersonalen vet oftast i vilka situationer de ska kontakta sjuksköterska. Har sjuksköterskebemanningen fungerat bra under dagen har de flesta frågor kunnat besvaras där och då, vilket gör att det blir färre samtal till sjuksköterskorna under jourtid. Det finns ett grupptelefonnummer som går till sjuksköterskorna och är en sjuksköterska upptagen går samtalet automatiskt vidare till nästa sjuksköterska.

Sjuksköterskorna anser att de flesta av vård- och omsorgspersonalen har tillräckliga kunskaper i det svenska språket. Enligt sjuksköterskorna finns det ett språkkrav för att få fast anställning i kommunen, vilket gör att ordinarie personal har tillräckliga språkkunskaper. Vissa vikarier har däremot inte tillräckliga kunskaper i det svenska språket. Om vård- och omsorgspersonal känner att de inte behärskar språket fullt ut ber de en kollega att ta emot exempelvis rapport.

Sjuksköterskorna uppgav att det finns möjlighet för alla sjuksköterskor att besöka patienter och bedöma hälsotillstånd om de anser att det finns behov av det, under dagtid och i de flesta fall även under övriga tider på dygnet. På jourtid finns också möjligheten till besök, men då sker besöket inte alltid lika snabbt som under dagtid. Det är en prioriteringsfråga.

Enligt sjuksköterskorna har de oftast förutsättningar att ge stöd och handledning till vård- och omsorgspersonalen som fått delegering. De försöker alltid att ta sig tid till att handleda vård- och omsorgspersonalen.

Sjuksköterskorna framförde att de ibland har tillgång till läkare, men att mycket av sjuksköterskornas tid går åt till att försöka få kontakt med läkare. Det finns en stående tid på två läkartimmar/vecka. Inför den stående tiden planerar sjuksköterskorna vilka patienter som behöver diskuteras med läkare. Om en patient exempelvis har en infektion som måste behandlas kontaktar sjuksköterskan vårdcentralen och lämnar ett meddelande att läkare ska ringa upp. Det är inte alltid läkaren ringer tillbaka samma dag. På jourtid är det olika svårt att få tag i en läkare. Vissa ringer tillbaka och vissa inte. Den totala läkartiden är inte tillräcklig för att tillgodose alla patienters behov enligt de intervjuade sjuksköterskorna.

På frågan om sjuksköterskorna har förutsättningar att arbeta patientsäkert svarade de intervjuade sjuksköterskorna att det finns ganska goda förutsättningar för det. Verksamheten är uppstyrd och det finns många bra rutiner som skapar en tydlighet att arbeta utifrån. För att göra verksamheten ännu bättre uttryckte sjuksköterskorna att de önskade mer läkartid, språkligt stöd och en högre personaltäthet beträffande vård- och omsorgspersonalen.

### Patienter

Patienterna känner sig trygga med vård- och omsorgspersonalen. Enligt patienterna får de alltid hjälp av vård- och omsorgspersonalen och alltid eller oftast av sjuksköterska. Två patienter uppgav att de får träffa läkare, men att det måste anmälas först. En patient uppgav att hen inte träffat läkare. Vård- och omsorgspersonalens kompetens varierar och det är ofta byte av personal under semesterperioder enligt en patient. När det gäller kompetens i det svenska språket uppgav patienterna att de oftast förstår vad vård- och omsorgspersonalen säger.

### Ledning

Vid samtal med representanter för kommunens ledning framkom att de lagt ner mycket tid och energi på att vård- och omsorgspersonalen ska få en bra utbildning och ha goda språkkunskaper. Enligt ledningen måste vård- och omsorgspersonal ha goda språkkunskaper i yrkesspråket för att arbeta i kommunen, vilket medfört en kompetenshöjning inom vård och omsorg. Ledningen har en önskan om att denna kompetenshöjning ska ske i en snabbare takt och har därför utbildat flera språkombud. Det finns en plan för hur språkkunskaperna ska stärkas. Kommunen genomför t.ex. språktester för den personal som söker fast anställning i kommunen.

Att läkartillgången brister på kommunens SÄBO är ledningen medveten om. Ledningen har påtalat detta i samverkansmöten med regionen och på lokal nivå med vårdcentralerna. Regionen har inte förutsättningar att förändra tillgången på läkare. Det är en väldigt närvarande fråga som de vill lösa tillsammans med regionen.

### Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Den ska även bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet.

Enligt 6 kap. 1 § PL ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Av 3 kap. 3 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL, framgår att för utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, framgår bland annat att personal som arbetar på SÄBO minst bör ha:

- kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre personer och hur dessa påverkar behovet av vård och omsorg.
- förmåga att bedöma när någon annan kompetens än den egna behövs.
- förmåga att kommunicera med personer ur olika yrkesgrupper.
- förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska.

Av 16 kap. 1 § HSL framgår bl.a. att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs till kommunen för att de ska kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård. Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om regionerna inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från regionen.

Dokumentationen sker inte till viss del 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 Härryda kommun inte helt sker enligt gällande regelverk och att det inte finns en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård. IVO konstaterar att utifrån IVO:s journalgranskning för flera patienter på SÄBO saknas vårdplaner. Intervjuade sjuksköterskor uppgav däremot att alla patienter har en vårdplan. Ledningen framförde att de kommer att följa upp hur dokumentationen utförs kring vårdplanerna och skapa en mer tydlighet i hur dessa ska dokumenteras i fortsättningen.

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 att patienter på SÄBO ska ha vårdplaner som utgår från deras aktuella tillstånd och behov. En förutsättning för god och säker vård är att information finns tillgänglig för

den vård- och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsinsatserna. I vårdplanen ska behovet av vård och behandling för patienten på kort och lång sikt beskrivas och det ska anges vem av huvudmännen (i de fall det är nödvändigt) som ska vidta åtgärderna och vem som har det övergripande ansvaret för planen. IVO är medveten om att vårdplaner kan vara dokumenterade i andra journaler än de kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler som granskats.

IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland vård- och omsorgspersonal och läkare, vilket inte främjar god vård. Av intervju med sjuksköterskorna framgår att det främst på ett boende är stor omflyttning av vård- och omsorgspersonal. Vidare framgår det att kontinuiteten gällande läkare varierar mycket i de olika geografiska områdena i kommunen. Att ständigt möta nya vårdkontakter kan skapa otrygghet, leda till bristfällig vård och medföra ökade risker för patienten. IVO menar att bristande personalkontinuitet, med personal som inte sedan tidigare känner patienten, i kombination med bristande dokumentation utgör en riskfaktor för patientsäkerheten. Om det saknas en tydlig dokumentation och planering för patienten finns risk för att rätt åtgärder inte vidtas om patienten blir försämrad. Det kan leda till att patienten drabbas av onödig inläggning på sjukhus alternativt inte får tillgång till nödvändig sjukhusvård. Detta riskerar att ske i större utsträckning när det är många olika sjuksköterskor inblandade i patientens vård och behandling.



*IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:*

Nyckeltal	Härryda	Västra Götaland*	Riket
<b>Av journalgranskningen framgår</b>			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	48%	38%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	56%	32%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	100%	67%	63%
<b>I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de</b>			
Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	61%	66%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	34%	29%	26%

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

*Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:*

#### Sjuksköterskor

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att alla patienter har ett hälsoärende (vårdplan) som finns i patientens hälso- och sjukvårdsjournal. Det finns ett strukturerat arbetssätt för hur hälsoärendena ska följas upp. Uppföljning av insatta åtgärder bokas in för att det inte ska missas. Även vård- och omsorgspersonalen har ansvar för att följa upp effekten av insatta åtgärder och meddela sjuksköterskan. Vård- och omsorgspersonalen har tillgång till hälsoärenden för de patienter de har ansvar för. Enligt sjuksköterskorna behövs det en vidareutveckling i verksamhetssystemet för dokumentation av hälsoärenden där sjuksköterskorna bör använda koder istället för fritext.

Sjuksköterskorna har tillgång till de journaler de behöver. De har tillgång till nationell patient översikt (NPÖ) och dokumentationen som sker i det egna verksamhetssystemet. Alla sjuksköterskor har tillgång till systemet, även vikarier. Det finns dokumentationsstöd kopplat till verksamhetssystemet.

Sjuksköterskorna uppgav att kontinuiteten gällande vård- och omsorgspersonalen är ganska bra. Det finns däremot geografiska skillnader. På ett boende med sex enheter är personalomsättningen stor, men generellt är ändå kontinuiteten ganska bra. Bemanningen i

kommunen består främst av ordinarie personal och vid frånvaro tar de in personal från bemanningspoolen. Oftast sätts personalen in på de enheter där de varit tidigare och känner patienterna. Kontinuiteten gällande sjuksköterskorna är bra. Det är inte så stor omsättning av personal och många har arbetet i flera år på samma enhet. Även vikarier har arbetat länge i verksamheten och känner den väl. Det finns 43 sjuksköterskor, varav 32 har specialistutbildning. När det gäller läkarkontinuiteten är den varken bra eller dålig utan varierar utifrån geografiska områden, och beroende på vilken vårdcentral det gäller.

För att avlasta kommunens sjuksköterskor har kommunen med stöd av statsbidrag tillsatt en sjuksköterska som enbart har hand om in- och utskrivningsprocessen för patienterna. Denna sjuksköterskas uppdrag medför mer tid för de övriga sjuksköterskornas patientarbete.

### Patienter

De flesta patienterna kände inte till om det finns en planering för deras vård och behandling. En patient kände till den och hade också varit delaktig i planeringen. Patienterna upplever att det är bra kontinuitet gällande både vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor. Gällande läkare varierar svaren, där hälften uppgav att kontinuiteten är god.

### Ledning

Enligt representanterna för huvudmannen har de i kommunen arbetat med att höja grundbemanningen. Därigenom kan de även skapa en tydlighet kring vårdplanerna för patienterna. Vidare reflekterade ledningen kring att det i IVO:s granskning inte framgår att alla patienter har en vårdplan trots att intervjuade sjuksköterskor uppgav att alla har det. Ledningen kommer att följa upp hur dokumentationen utförs kring vårdplanerna och skapa en mer tydlighet i hur dessa ska dokumenteras i fortsättningen. Alla sjuksköterskor, inklusive vikarier, har tillgång till alla de journalsystem de behöver i sitt arbete och enligt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) kommer det ske en vidareutbildning i dokumentationssystemet avseende vårdplaner som i kommunen kallas hälsoärenden, och hur dessa ska dokumenteras. Kommunen kommer därefter att övergå helt till att dokumentera med åtgärds-koder.

Vidare uppgav ledningen att de i arbetet med att hantera pandemin provade ett nytt arbetssätt som visade sig fungera bra, vilket innebar att sjuksköterskor samverkade med enhetschefen för SÄBO i att lösa krisen kring bland annat skyddsutrustning. Det visade sig vara en framgångsfaktor att föra in det medicinska perspektivet i ledningsgruppen och efter att ha testat arbetssättet i ett pilotprojekt tillsammans med en projektledare, kommer arbetssättet att permanentas. I samband med kommunikeringen av underlaget har ledningen uppgett att det rör sig om ett enhetsledningsteam bestående av enhetschefer för vård- och omsorgspersonalen på respektive SÄBO och legitimerad personal. Ledningen

uppgav slutligen i samtalet med IVO:s representanter att de samverkar med regionen för den enskildes bästa och för att medborgarna ska få den hjälp de behöver.

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

### *Delegering*

IVO anser att det till viss del 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 sjuksköterskorna inte alltid känner sig trygga med att den vård- och omvårdnadspersonal som delegerats uppgiften kan iordningställa och administrera läkemedel på ett patientsäkert sätt. Sjuksköterskorna vet att det sker misstag. I enkätsvar har sjuksköterskorna uppgett att de till 38 procent ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras. Sjuksköterskorna saknar ibland förutsättningar 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. Huvudmannen har därför inte möjlighet att följa upp och säkerställa att samtliga patienter erbjuds en årlig läkemedelsgenomgång. Av journalgranskningen framgår att andelen patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång är 86 procent. Ledningen ser en förbättringspotential i att vara tydlig i dokumentationen men betonar samtidigt att det är läkarens skyldighet att dokumentera läkemedelsgenomgångarna. 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	Härryda	Västra Götaland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	86%	60%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	85%	53%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	27%	19%	20%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	38%	56%	56%
Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	26%	33%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal	69%	29%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal	3%	16%	17%

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

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

#### Sjuksköterskor

Sjuksköterskorna framförde att alla sjuksköterskor delegerar arbetsuppgifter och deras arbetssätt fungerar. De har oftast förutsättningar att ge stöd och handledning till den delegerande personalen. Delegeringarna följs upp årligen, och personalen får förnyad delegering, efter förnyat godkänt prov. Det sker även utbildning med jämna mellanrum. Sjuksköterskorna ansåg att vård- och omsorgspersonalen oftast utför delegerade insatser på ett patientsäkert vis men vet att det sker misstag, och ibland beror det på tekniska fel som alltså inte beror på personalen.

Det förekommer att sjuksköterskor delegerar subkutana morfininjektioner. Delegeringen ges till utvald personal och endast en spruta åt gången dras upp av sjuksköterskan. Detta handhavande får aldrig ersätta ett sjuksköterskebesök. Iordningställande av dosett delegeras aldrig.

Det är sjuksköterskorna som förbereder varje läkemedelsgenomgång, genom att fylla i ett formulär som lämnas till läkaren. Utifrån det formuläret ordinerar läkaren de prover som behöver tas inför läkemedelsgenomgången. Ibland sker läkemedelsgenomgången i samband med att läkaren besöker en patient med försämrat hälsotillstånd.

Oftast får sjuksköterskorna information när det sker förändringar av patienters läkemedelsbehandling, men inte alltid. Det beror på vilken vårdcentral det gäller. Sjuksköterskorna informerar oftast vård- och omsorgspersonalen när det sker förändringar i läkemedelsbehandlingen. Informationen sker både skriftligt och muntligt till personalen.

#### Patienter

Hälften av patienterna har varit delaktig vid en läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare och för den patient där det skett förändringar har det inte skett någon uppföljning kring hur patienten mår. Däremot kände sig alla intervjuade patienter trygga med att få rätt läkemedel vid rätt tillfälle.

#### Ledning

Enligt representanterna för ledningen borde det finnas dokumenterat att det skett en årlig läkemedelsgenomgång eftersom sjuksköterskorna tar prover utifrån läkarordination och inför en läkemedelsgenomgång. Tidigare har läkemedel som ska undvikas hos äldre kartlagts, detta då det varit svårt att påverka enskilda läkare att göra en bedömning om patienten verkligen är i behov av ett visst läkemedel. Enligt MAS har det varit svårt att motivera läkaren att sätta ut läkemedel som ordinerats i ett tidigare skede i patientens liv. Nu har de istället utvecklat ett bättre arbetssätt genom ett demensteam, bestående av sjuksköterskor som har stor legitimitet på vårdcentralerna. Dessa sjuksköterskor föreläser också i ämnet, men likväl finns det de läkare som känner sig ifrågasatta.

I samband med kommunikeringen av underlaget framför ledningen att sjuksköterskorna dokumenterar det som de själva utfört, enligt gällande lagstiftning, men att utförd provtagning kanske inte satts i samband med en läkemedelsgenomgång. Ledningen ser en förbättringspotential i att vara tydligare i dokumentationen här men vill ändå påpeka att det är läkarens skyldighet att dokumentera den genomförda läkemedelsgenomgången och det sker i vårdcentralens journal och kommuniceras sedan med sjuksköterskorna i hemsjukvården.

### *Tillämpliga bestämmelser*

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

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

### Delegering

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

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

### Läkemedelsgenomgång

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

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

### Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

IVO:s tillsyn visar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede i Härryda kommun. IVO kan av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen inte utläsa att

brytpunktssamtal<sup>1</sup> 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 framkommer i tillsynen att brytpunktssamtal inte dokumenteras på SÄBO. Det framkommer vidare att de flesta, men inte alla patienter erbjuds brytpunktssamtal. Intervjuade sjuksköterskor uppgav att de ibland håller i samtalet även om det oftast är läkaren som gör det. Ledningen framför i sitt yttrande att brytpunktssamtalen är läkarens ansvar, både att genomföra och att dokumentera.

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. brytpunktssamtal 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 brytpunktssamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede, och därför är dokumentationen viktig. Att brytpunktssamtal inte dokumenteras utesluter inte att de genomförts men bara inte dokumenterats i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Det kan också betyda att inget samtal har genomförts. Oavsett vilket så riskerar effekten att bli densamma för patienten, nämligen att personalen saknar information om hur vården i livets slutskede ska genomföras.

---

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



*IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:*

Nyckeltal	Härryda	Västra Götaland*	Riket
<b>Av journalgranskningen framgår</b>			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	86%	77%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	7%	14%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	79%	68%	66%
<b>I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de</b>			
Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	23%	12%	10%
Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland	0%	6%	8%

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

*Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:*

#### Sjuksköterskor

Enligt sjuksköterskorna har de ett arbetssätt där de skapar förutsättningar för att patient och anhörig ska förstå att vården har övergått till vård i livets slutskede. De arbetar strukturerat med palliativ vård. Där det kan uppstå svårigheter är när sjuksköterskan ser att det är palliativ vård men läkaren kanske inte vill fatta beslut om det. De flesta, men inte alla patienter erbjuds brytpunktssamtal. Brytpunktssamtalet genomförs oftast av läkare, men sjuksköterska bokar in samtalet och ser till att det blir genomfört. Ibland blir det sjuksköterskan som får ta samtalet och i vissa fall initierar sjuksköterskan ett samtal innan patienten är i livets slutskede, för att informera om vart vården är på väg. Det framgår alltid i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen när vården övergått till palliativ vård. De arbetar med hälsoplaner (vårdplaner) för detta ändamål enligt rutin. Det framgår

också av patientens så kallade personbild i journalsystemet att vården övergått till palliativ vård.

Vidare framförde sjuksköterskorna att läkare aldrig ordinerar läkemedel för vård i livets slutskede innan patienten övergått i detta skede. Men bestämmer de att det är palliativ vård sätts trygghetsordinationer in. Sjuksköterskorna uppgav att de oftast har förutsättningar att arbeta i enlighet med nationella riktlinjer om vård i livets slutskede. Patienter i behov av vak får alltid det och det initieras av sjuksköterska. Kommunens arbetssätt gällande vak finns beskrivet i rutinen för palliativ vård, och avseende vak efterlevs rutinen.

### Ledning

Enligt ledningen genomförs ett uppföljande samtal med närstående efter det att en patient avlidit på något av kommunens SÄBO. Närstående får även besvara en enkät om hur patientens sista tid i livet varit och hur omsorgen fungerat. Eftersom det inte finns någon stor personalomsättning i kommunen finns det goda förutsättningar till kontinuitet i vården i livets slutskede.

Enligt ledningen har primärvården och Sahlgrenska Universitetssjukhuset en dialog om vilka brister de sett i den palliativa vården utifrån palliativa registret avseende munhälsa och symtomlindring. Primärvården har framfört risker avseende jourtid, helger och kvällar. I samband med att underlaget kommunicerats med nämnden har ledningen även framfört att det under hösten 2022 kommer starta ett arbete tillsammans med Sahlgrenska Universitetssjukhuset kring specialiserad palliativ vård, kallat Palliativa Resurs Team (PRT). Inom det arbetet har det även förts diskussioner kring risker med läkartillgång avseende patienter med behov av specialiserad palliativ vård under jourtid.

Ordet palliativ vård framgår av patientens så kallade personbild i journalsystemet. MAS uppgav att rutinen gällande vak efterlevs i kommunen och att det är sjuksköterskan som avgör behovet av vak.

Slutligen instämmer ledningen i sjuksköterskornas bild av hur arbetet sammantaget ser ut när det gäller arbetet med patientsäkerheten i kommunen och de förbättringsområdena som beskrivits av sjuksköterskorna i intervju med IVO:s representanter, gällande mer läkartid, språkligt stöd och högre personaltäthet beträffande vård- och omsorgspersonalen.

Ledningen avslutar sitt yttrande över underlaget med att trycka på att brytpunktssamtal är läkarens ansvar, både att genomföra och att dokumentera.

### *Tillämpliga bestämmelser*

Enligt 5 kap. 1 § HSI 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.

### Ytterligare information

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

### Underlag

- Sammanställning intervju sjuksköterskor
- Sammanställning av patientintervjuer
- Protokoll dialog med kommunledning
- Detaljerat kommunkort
- Synpunkter från nämnden efter kommunicering av handlingar

Beslut i detta ärende har fattats av Christina Carlsson. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Pernilla Lowén Hugosson, Elisabeth Björheden och Malin Lindqvist deltagit. Inspektören Anna Börjesson har varit föredragande.

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

## Tillsyn av medicinsk vård och behandling för särskilda boenden för äldre

Detta formulär är utformat för vårdgivarens/huvudmannens redovisning av åtgärder med anledning av det beslut med begäran om återredovisning som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fattat i tillsynen av kommunens särskilda boenden för äldre (SÄBO). Redovisningen kommer att utgöra underlag för IVO:s fortsatta bedömning i ärendet.

### Praktisk information

Detta formulär går att spara under tiden ni jobbar med det och det går även att skicka länken vidare till en kollega om fler ska fylla i. Efter att formuläret skickats in går det inte längre att göra några förändringar.

Om ni vill skicka in något utöver det som redovisas i formuläret kan ni skicka handlingarna till IVO via [registrator@ivo.se](mailto:registrator@ivo.se) eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer.

Vid eventuella frågor om formuläret kontakta IVO via: [tillsyn.mitt@ivo.se](mailto:tillsyn.mitt@ivo.se)

### Hantering av personuppgifter

IVO behandlar personuppgifter såsom namn och funktion på den/de person/ers som är uppgiftslämnare. Uppgifterna används för att kommunicera med tillsynsobjektet och utreda ärendet. IVO behandlar även personuppgifter för att kunna fullfölja sitt ansvar för att planera och genomföra tillsyn med utgångspunkt i egna riskanalyser samt för att utgöra underlag för årliga sammanställningar. Behandlingen är nödvändig som ett led i IVO:s myndighetsutövning och för att utföra en uppgift av viktigt allmänt intresse. [Så här behandlar IVO personuppgifter.](#)

---

#### 1. IVO:s diarienummer i beslutet

**Obligatorisk.**

Ex. 3.5.1-XXXXX/2022

---

#### 2. Vårdgivarens/kommunens diarienummer

---

#### 3. Namn och funktion på uppgiftslämnare

**Obligatorisk.**

Om flera rapporterat skriv namn och funktion på samtliga

---

#### 4. Datum för inrapportering

2023-05-31



---

#### 5. Uppge vilka brister som kommunen kommer att redovisa åtgärder för, utifrån IVO:s beslut i tillsynen

##### **Obligatorisk.**

*Ni kommer endast kunna redovisa uppgifter gällande de brister som ni kryssar i här. I slutet får ni möjlighet att redovisa övriga brister som ni kan ha identifierat.*

- Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften
- Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning
- Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk
- 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

---

## Brist: Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

\* Den personal som är närmast patienten har inte alltid den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras.

\* Det framkommer att sjuksköterskorna ofta eller ibland saknar förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när det skulle behövas för att uppnå god vård.

\* Tillgången till läkare är ofta eller ibland otillräcklig.

---

### 6. Hur stor andel av vård- och omsorgspersonalen på SÄBO i er kommun hade en undersköterskeutbildning under 2022?

- 0-25 procent
- 26-50 procent
- 51-75 procent
- 76-100 procent
- Kan ej ta fram detta underlag



## 7. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

IVO:s tillsyn visar att den personal som gör individuella medicinska bedömningar på SÄBO i Härryda kommun inte har tillräcklig kompetens. Detta är något som Härryda kommun inte känner igen.

### Omsorgspersonalens kompetens

Härryda kommun har en jämförelsevis hög andel undersköterskor bland den fast anställda omsorgspersonalen. I maj 2022 var andelen undersköterskeutbildade fastanställda medarbetare 88 procent inom SÄBO. Förutom utbildningskrav vid anställning pågår utbildningsinsatser. Årligen valideras 10–13 medarbetare till undersköterskor. Utbildning av specialistundersköterskor pågår. Specialistundersköterskans roll på SÄBO blir att stärka kompetensen och kompetensutvecklingen. Äldreomsorgen i kommunen har även sju omsorgshandledare som arbetar stödjande över hela verksamheten, detta inkluderar en omsorgshandledare helt inriktad mot demensvård.

Det finns ett övergripande fortbildningsprogram som medarbetarna deltar i.

Utbildning av omsorgspersonal till Fast omsorgskontakt pågår. Under 2023 kommer ett uppdrag om att införa fast omsorgskontakt vid SÄBO att arbetas fram, erfarenhet finns från införandet av fast omsorgskontakt inom hemtjänsten.

Fast omsorgskontakts uppdrag bygger på fyra inriktningar: verka hälsofrämjande, bygga relationer med patient/brukare och närstående, agera samverkande mellan patient/brukare och patientens/brukarens vård- och omsorgskontakter samt dokumentationsansvar, framförallt avseende att i samverkan med patient/brukare och närstående hålla genomförandeplanen uppdaterad.

För att säkerställa kompetens och kontinuitet har kommunens SÄBO överanställt, det ska finnas utrymme för viss frånvaro utan att ta in vikarier. I januari månad 2023 hade 92 procent av personalen vid SÄBO fast anställning och 8 procent var timanställda. Utöver överanställning arbetar äldreomsorgen med samplanering, det vill säga vid tillfällig frånvaro och behov av att ersätta omsorgspersonal används i första hand fast anställd personal från en enhet som för stunden är övertalig. Det innebär att i första hand nyttjas undersköterskekompetensen och de fast anställdas erfarenhet. Enheterna behöver inte använda sig av vikarier i lika stor omfattning. Vilka enheter en medarbetare kan samplaneras till bestäms på förhand genom samplaneringsgrupper, det innebär att några enheter samverkar i bemanningsplanering och dem emellan finns möjlighet för medarbetare att täcka frånvaro eller ökat personalbehov. Medarbetarna introduceras på sina samplaneringsenheter före det är aktuellt att täcka för frånvaro.

Alla nya medarbetare deltar i en introduktion som består av ett utbildningspaket, med både fysiska utbildningar samt webbutbildningar. Webbutbildningarna avslutas med frågor och för att utbildningen ska vara godkänd, det krävs att medarbetaren svarar rätt på frågorna. Introduktionen inkluderar även bredvidgång med personal på enheten.

Vid varje SÄBO eller enhet finns samordnare som fördelar personalen utifrån kompetensbehov vid enheten eller hos enskilda patienter/brukare.

Det framgår också av IVO:s tillsyn att sjuksköterskorna anser att omsorgspersonalen i de flesta fall har tillräcklig kompetens att uppmärksamma om patienters hälso- och sjukdomstillstånd förändras. Samt att det finns god kontinuitet hos personalen vilket också bidrar positivt till kompetensnivån. I IVO:s intervju med patienter framkommer att patienterna känner sig trygga med vård- och omsorgspersonalen.

Härryda kommun har ett högt löneläge för undersköterskor, jämfört med närliggande kommuner, vilket bidrar till att fast anställd personal stannar.

### Leg. sjuksköterskors kompetens

Den kommunala hälso- och sjukvårdens legitimerade sjuksköterskor är erfarna och kompetenta. I

Göteborgsregionens arbete med nyckeltal för den kommunala hälso- och sjukvården har det framkommit att i Härryda kommuns kommunala hälso- och sjukvård är 76 procent av de legitimerade sjuksköterskorna specialistutbildade. Kommunen erbjuder specialistutbildning för leg sjuksköterskor på betald arbetstid utifrån bestämda behov, såsom vård av äldre och psykiatri. Under 2022 var personalomsättningen bland kommunens sjuksköterskor 0 procent, vilket visar på att kompetensen stannar i Härryda kommun.

#### Ledning

Övergripande har Härryda kommun skapat enhetsledningsteam (ELT) vid SÄBO-enheterna. Detta innebär att enhetschef och strategisk personal kopplad till enhetschef och legitimerad personal träffas och samverkar i syfte att förbättra kvalitet och patientsäkerhet på en övergripande nivå. Frågor som kan avhandlas avseende enhetens utbildningsbehov, hur den medicinska kompetensen ska säkerställas, hur samverkan bäst ska bedrivas med utgångspunkt i enhetens inriktning och klientel. Syftet är att säkerställa medicinsk kompetens i ledningen på SÄBO, vilket ger större förståelse för de olika uppdrag och lagrum som styr vård och omsorg vid SÄBO, detta leder i sin tur till att kvalitet och patientsäkerhet ständigt kan förbättras.

#### Läkartillgång

Avseende tillgång till läkarkompetens åligger det regionen att tillhandahålla läkarkompetens både utifrån lagstiftning, men också närmare reglerat i avtal. Rutiner för läkarmedverkan finns framtaget i samverkan med respektive vårdcentral i kommunen. I samverkan arbetar vårdcentralerna i kommunen och kommunen för att hitta former för läkarmedverkan så att vården som bedrivs är patientsäker och bedrivs med hög kontinuitet. IVO pekar i sitt beslut på att kommunen har rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för kostnaderna från regionen. Detta är kommunen väl medveten om. Kommunen har valt att verka för kontinuitet genom att de läkare och vårdcentraler som vårdat patienter under lång tid ska fortsätta att göra det. En, av kommunen anlitad, läkare kommer inte nödvändigtvis att kunna dokumentera på ett sådant sätt att vårdcentralerna skulle ha tillgång till dokumentationen. Att anlita en utomstående läkare, låta hen skapa relationer med patienterna, sätta sig in i patienternas bakgrund och tillstånd och har inte ansetts gynna patientsäkerheten. Kommunen kommer alltid att behöva konsultera vårdcentralerna vid de tillfällen en eventuellt anlitad läkare inte är i tjänst, detta medför patientsäkerhetsrisker avseende kontinuitet, dokumentation och inte minst patienternas tillit och trygghet. Att kommunen skulle ta på sig att lösa de eventuella problem som kan finnas för vårdcentralernas möjlighet att leva upp till avtal och lagstiftning om läkarmedverkan anses inte heller gynna samverkan i det långa loppet, och därmed inte heller patientsäkerheten. Den goda och nära vården bygger på personcentrering och god samverkan mellan patienternas ordinarie vårdgivare. Läkarmedverkan och läkartillgång i kommunal hälso- och sjukvård handlar inte bara om att någon, vem som helst med läkarkompetens anlitas. Det handlar om en god och nära relation med patienten, personcentrering. Det anser kommunen uppnås genom goda och långvariga relationer i samverkan med regionen. Åtgärd avseende läkarmedverkan genomförs alltså genom samverkan, dialog och avtalsöverenskommelser.

## 8. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Enhetsledningsteam vid SÄBO infördes först i projektform under våren 2022 och blev en permanent del av ledningsstrukturen vid SÄBO-enheterna hösten 2022.

Utmaningarna kring kompetensförsörjning inom äldreomsorgen har länge varit känd och flera av åtgärderna ovan har pågått under en längre tid. Samplanering infördes i början av 2021.

Våren 2023 går 8 av kommunens medarbetare ut specialistundersköterskeprogrammet, våren 2024 går ytterligare 19 medarbetare ut. Målet är att ha 2-3 specialistundersköterskor per enhetschef. Utbildning och rekrytering planeras.

Utbildning till fast omsorgskontakt pågår.

---

## 9. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

### Enhetsledningsteam

Enhetsledningsteamet följdes upp i samband med avslutningen av projektet, i november 2022, resultatet visade att samverkan och den upplevda förståelsen för varandras kompetensområden ökade. Det får antas att det kommer patienterna till gagn, varför arbetssättet blivit en permanent del av ledningsstrukturen. Fördelar som sågs var att kunna adressera och planera för åtgärder utifrån avvikelser tidigt, frekvensen av avvikelser inom adresserade områden gick ner.

### Omsorgspersonalens kompetens

Effekten av ovanstående åtgärder ses genom den höga andelen undersköterskor som arbetar vid kommunens SÄBO, effekten anses uppnådd. Andelen tillsvidare anställda undersköterskor som avslutar sin tjänst i kommunen (bortsett pensionsavgång) är låg jämfört övriga delregionen. För 2022 var andelen 10,2 jämfört 13,2 för hela Göteborgsregionen. Att kompetensen stannar i kommunen är viktigt för att erfarenhet, kompetens och kontinuitet ska bibehållas. Eftersom relativt få tillsvidareanställda undersköterskor slutar arbeta i kommunen drar kommunen slutsatsen att undersköterskorna trivs hos oss som arbetsgivare, kommunen har generellt en god arbetsmiljö. God arbetsmiljö leder till hög kvalitet och patientsäkerhet, och patienterna/brukarna gynnas.

Den låga andelen timanställd personal visar att åtgärder som överanställning och samplanering gör att fast anställd omsorgspersonal med hög kompetens i stor utsträckning fyller de eventuella luckor som skapas vid frånvaro. Andelen fast anställd personal respektive timanställd personal följs månatligen.

Utbildning av fasta omsorgskontakter pågår kontinuerligt. Effekten av fast omsorgskontakt kommer sannolikt att ses i den årliga brukarundersökningen. Även intern uppföljning planeras men uppföljningsplanen är ännu inte framtagen.

### Läkartillgång

Samverkan med den regionfinansierade primärvården har pågått under lång tid, samverkan intensifierades och fördjupades under pandemin. Som följd av det har kommunen i nuläget en god och nära samverkan, som fortsatt behöver förbättras och fördjupas ytterligare. Huvudmännen behöver enas om vad fullgod läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården innebär, det finns utrymme för ytterligare samverkan för att nå samsyn i förhållande till lagstiftning och avtal. Valfungerande samverkan på regional, delregional och lokal nivå finns och utvecklas kontinuerligt. Eftersom läkarmedverkan är regionens ansvar, är det de som måste ta fram åtgärder, på regional, delregional och lokal nivå. Kommunen rapporterar avvikelser vid brist i läkarmedverkan, trycker på i samverkan, samt medverkar vid framtagande och vid uppföljning av avtal. Uppföljning sker vid avtalsuppföljning, genom uppföljning av avvikelser, samt genom årliga brukar-/patientundersökningar.

---

## 10. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Kompetensförsörjningen är en ständigt aktuell fråga, inte bara i Härryda kommun utan även regionalt och nationellt. Förutom att på alla sätt som redan pågår genom att rekrytera, utbilda, validera och behålla kompetent personal arbetas det intensivt med att hitta möjligheter för att effektivisera. Uppgifter som inte behöver utföras av specifikt kompetent personal ska kanske utföras av någon annan eller med hjälp av t.ex. välfärdsteknik. Detta är något som det arbetas med i Härryda kommun, såväl som hos andra vårdgivare.

---

**11. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras**

Välfärdsteknik och digitalisering sker successivt med planering och riskanalyser. Ofta till en början i projektform för att efter utvärdering eventuellt breddinföras.

---

**12. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp**

De olika projekten följs upp enligt respektive projektplan.

---

## **Brist: Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning**

*Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:*

*\* IVO konstaterar att en del av kompetensbristen handlar om att personalen har otillräckliga kunskaper i svenska språket.*

### 13. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

#### Omsorgspersonalens språkliga kompetens

Bristen på kompetent omsorgspersonal medför att kommunen behöver agera långsiktigt och knyta den arbetskraft som finns tillgänglig till sig. Bland den tillgängliga arbetskraften finns utrikesfödda, med olika grad av kompetens i svenska språket. Under goda förutsättningar kan dessa individer lära sig språket. Det finns konsensus kring att bästa sättet att lära sig språk är att utsättas för språket och att få träna i ett reellt sammanhang. En arbetsplats att gå till, kollegor att prata med innebär större och raskare möjlighet till integrering i samhället och möjlighet att utveckla kompetens i svenska språket. Att avstå denna arbetskraft på grund av språkbrister är något kommunen inte har råd med, om kompetensförsörjningen ska kunna säkerställas. Men det är viktigt att medarbetare med bristande kunskaper i svenska språket inte utför arbetsuppgifter som deras språkliga förmåga inte tillåter.

Rekrytering till Äldreomsorgen, i det här fallet SÄBO, sker centralt. Hantering av ansökningar, och de första stegen i rekryteringsprocessen genomförs av erfarna rekryterare från personalenhetens bemanningsenhet. När en kandidat tagit sig igenom de första stegen i processen involveras enhetschefer från aktuella enheter för längre intervjuer.

Inför alla anställningar inom äldreomsorgen, både tillsvidareanställningar, vikariat och timanställningar genomför den sökande ett språktest. Under språktestet får den sökande en fiktiv individuell genomförandeplan som ska läsas och därefter ska tre frågor besvaras skriftligen. Sökanden får 20 minuter på sig att läsa texten och besvara frågorna. Svaren i språktestet följs upp under en kortintervju genom följdfrågor och en individuell bedömning görs om det är aktuellt att gå vidare med aktuell kandidat. Ibland görs bedömningen att språkkunskaperna är så pass bristfälliga att det inte är möjligt att gå vidare med en anställning inom äldreomsorgen. Om den sökande inte riktigt når upp till den nivå som efterfrågas i testet, men har andra kvalifikationer/uppvisar ett stort engagemang, kan den sökande gå vidare till en långintervju. Aktuell enhetschef får information inför långintervjun att det finns tveksamheter kring den sökandes språkkunskaper.

Äldreomsorgen i kommunen håller på att utbilda språkombudutbildare, språkombudsutbildaren kommer att utbilda språkombud. Språkombudens uppdrag innefattar att stödja medarbetare med annan språkbakgrund än svenska, men också att stötta personal som är i behov av stöd att uttrycka sig i skrift, dokumentera i journal eller på annat sätt behöver utveckla sitt professionella språk. I nuläget finns stort kollegialt stöd för de medarbetare vars kompetens i svenska språket haltar. Liksom de legitimerade sjuksköterskorna påtalat vid intervjun med IVO; i de fall omsorgspersonal känner att de inte behärskar svenska språket fullt ut ber de kollegor om hjälp för att t.ex. ta emot rapport.

Att ges möjlighet att utveckla sin svenska i en kontext av samhörighet och meningsfullhet, som äldreomsorgens arbetsplatser innebär gör att Härryda kommun får engagerade, kompetenta medarbetare som stannar, vilket i sin tur stärker patientsäkerhet och kvalitet.

#### Delegering

För delegering av läkemedelshantering finns en väl etablerad process som består av:

Enhetschefen anmäler medarbetare till delegeringsutbildning, efter bedömning att medarbetaren har kapacitet att klara delegering

#### Digital utbildning

Digitalt test – är det inte godkänt kommer medarbetaren i fråga inte vidare i processen.

Utbildning med utbildningssjuksköterska.

Skriftligt test – är det inte godkänt kommer medarbetaren i fråga inte vidare i processen (viss möjlighet till komplettering finns, beroende på vilka brister testet visar på).

Patientansvarig sjuksköterska vid den enhet där medarbetaren är avsedd att arbeta/är anställd går igenom

testet med personen, samt informerar om specifika rutiner och eventuella specifika läkemedelsbehandlingar vid den aktuella enheten. Samt tränar läkemedelshantering praktiskt med medarbetaren. Därefter kan medarbetaren delegeras, förutsatt att medarbetaren godtar sin delegering. Medarbetarens kompetens har säkerställts och kontrollerats. Sjuksköterskorna delegerar inte medarbetare som inte tagit sig igenom processen. Det är osannolikt att en medarbetare med otillräckliga språkkunskaper tar sig igenom processen fram till faktisk delegering.

---

#### 14. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Språktester inför anställning började användas 2021. Det framkommer i IVO:s granskning att sjuksköterskorna anser att de flesta av omsorgspersonalen har tillräckliga kunskaper i svenska språket. I de fall där språkkunskaperna inte är tillräckliga tas hjälp av språkkompetenta kollegor. Det framkommer också att patienterna som intervjuats oftast förstår vad omsorgspersonalen säger.

Språkkombudutbildare är under utbildning.

##### Delegering

Processen är väl etablerad sedan länge och bedöms säkerställa kraven för delegering och därmed den språkliga kompetens som krävs för läkemedelshantering.

---

#### 15. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Omsorgspersonalens språkliga kompetens

Effekten av språktesterna inför anställning ses dagligdags genom att omsorgspersonal som har anställts och anställs har språkkompetens eller möjligen stor potential att kunna utveckla adekvat språkkompetens via det stöd som fås på arbetsplatsen.

Planering för uppföljning av språkkombudutbildare respektive språkkombud är under framtagande.

##### Delegering

Eftersom anställningsprocessen, inklusive språkkontroll, och delegeringsprocessen är gedigna och säkerställer kompetensen hos de delegerade framkommer inte språksvårigheter vara orsak eller bidragande orsak i de avvikelser som rapporteras inom området läkemedel. Därför anses delegeringsprocessen säkerställa tillräckliga språkkunskaper hos de delegerade.

---

#### 16. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Socialstyrelsen utkom med Stöd för äldreomsorgen för att bedöma och utveckla språkförmåga 2023-03-01. Äldreomsorgen i kommunen och ansvariga för kompetensförsörjningen kommer att sätta sig in i materialet för att se hur verksamheten kan använda det vid rekrytering och för anställd omsorgspersonal. Materialet kommer att jämföras med vår egen process för språkkontroll och språklig utveckling. Därefter kommer beslut om stödet ska användas, i vilken omfattning och en eventuell plan för implementering och uppföljning att tas fram.

---

17. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

---

18. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp



---

## Brist: Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

\* IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i kommunen inte sker enligt gällande regelverk.

\* IVO konstaterar att det för några, flera eller flertalet patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner.

---

### 19. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Härryda kommun har inte identifierat de brister i dokumentationen som IVO:s tillsyn visar på, avseende huruvida uppgifterna finns dokumenterade och tillgängliga för de som är involverade i patientens vård. Nuvarande verksamhetssystem medger inte dokumentation kopplat till KVÅ-koder, men dessa rapporteras till socialstyrelsen manuellt – ett arbetssätt som kommer att upphöra.

Att läkemedelsgenomgång som begrepp inte finns dokumenterat i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen stämmer visserligen men läkemedelsgenomgångar genomförs i samband med Årskontroller, inför vilka skattning enligt Phase 20 genomförs – detta finns dokumenterat i journal och den kommunala hälso- och sjukvården är tämligen säkra på att begreppet Läkemedelsgenomgång finns i den regionalt finansierade primärvårdens läkarjournal, då förändringar i läkemedelsbehandling och läkemedelsgenomgångar är läkarens ansvar. Vidare säkerställs att läkarens ordinationer följs genom vårdplan för läkemedelshantering, ordinationshandlingar och eventuella förändringar i signeringslistor och att sjuksköterskan tillser att rätt läkemedel finns hos patienten. Den kommunala hälso- och sjukvårdens legitimerade sjuksköterskor har god kännedom om och kontroll över när det är dags för patienternas årskontroller – vilka alltså inkluderar läkemedelsgenomgång, genom kalenderfunktion. Till saken hör också att enskilda läkare initierar årskontroller och därmed också har framförhållning och insikt i när deras patienters läkemedel ska gås igenom. Kommunen känner inte heller igen sig i att det inte skulle finnas vårdplaner. Finns det hälso- och sjukvårdsbehov ska det dokumenteras en vårdplan. Vårdplaner kan också finnas dokumenterade hos den regionalt finansierade primärvården, i läkarjournal, liksom IVO också beskriver i sitt beslut.

Beslut om att införa ett nytt sätt att dokumentera och arbeta för den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen är taget sedan tidigare och planering för införande påbörjades under 2022. Införande av nya arbetssätt och dokumentation i den nya systemmodulen "Hälsoärende" kommer att innebära större personcentrering, mer samverkan och dokumentation som tydliggör vårdprocessen. "Hälsoärende" kommer också att innebära en sökbarhet i systemet – det blir lättare att hitta den information som eftersöks.

Dokumentation i "Hälsoärende" innebär dokumentation enligt ICF och KVÅ, med möjlighet att ta fram de filer socialstyrelsen begär avseende KVÅ-koder.

Vårdplaner ska upprättas vid behov av hälso- och sjukvård/hälso- och sjukvårdsinsatser. Rutin för dokumentation i Vårdplan kommer att uppdateras i samband med införande av "Hälsoärende".

För att säkerställa kontinuitet och patientkännedom arbetar leg. sjuksköterskor i grupper om omkring fem legitimerade sjuksköterskor, där de har patientansvar vid några enheter, men också har god kännedom om varandras patienter. Inför och efter kväll, natt och helg rapporteras eventuellt förutspådda patientutmaningar. Patienternas delaktighet i framtagandet av vårdplaner kommer att stärkas vid införande av "Hälsoärende", det nya sättet att dokumentera och arbeta kommer att skapa en än större personcentrering och därmed större delaktighet.

---

**20. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts**

Beslut att införa dokumentationsmodulen "Hälsoärende" togs 2022. Planering för införande pågår.

---

**21. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp**

---

**22. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist**

Dokumentationsmodulen "Hälsoärende" ska införas.

---

**23. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras**

Införande av "Hälsoärende" beräknas ske under hösten 2023.

---

**24. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp**

Utvärdering av införandet av "Hälsoärende" beräknas i ett första skede till början av 2024. Utvärdering av "Hälsoärende" kommer att ske under 2024.

---

## **Brist: Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård**

*Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:*

*\* IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland exempelvis vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och/eller läkare.*

## 25. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

### Omsorgspersonal

För att säkerställa kompetens och kontinuitet har kommunens SÄBO överanställt, det ska finnas utrymme för viss frånvaro utan att ta in vikarier. Till exempel var i januari månad 2023 92 procent av personalen vid SÄBO fast anställd och 8 procent timanställd. Utöver överanställning arbetar äldreomsorgen med samplanering, det vill säga vid tillfällig frånvaro och behov av att ersätta omsorgspersonal används i första hand fast anställd personal från en enhet som för stunden är övertalig. Det innebär att i första hand nyttjas undersköterskekompetensen och de fast anställdas erfarenhet, samt att kontinuiteten blir högre. Enheterna behöver inte använda sig av vikarier i lika stor omfattning. Vilka enheter en medarbetare kan samplaneras till bestäms på förhand genom samplaneringsgrupper, det innebär att några enheter samverkar i bemanningsplanering och dem emellan finns möjlighet för medarbetare att täcka frånvaro eller ökat personalbehov. Medarbetarna introduceras på sina samplaneringsenheter före det är aktuellt att täcka för frånvaro.

Utbildning av omsorgspersonal till Fast omsorgskontakt pågår. Under 2023 kommer ett uppdrag om att införa fast omsorgskontakt vid SÄBO att tas fram, erfarenhet finns från införandet av fast omsorgskontakt inom hemtjänsten.

Fast omsorgskontakts uppdrag bygger på fyra inriktningar: verka hälsofrämjande, bygga relationer med patient/brukare och närstående, agera samverkande mellan patient/brukare och patientens/brukarens vård- och omsorgskontakter samt dokumentationsansvar, framförallt avseende att i samverkan med patient/brukare och närstående hålla genomförandeplanen uppdaterad. Att ha en fast omsorgskontakt stärker kontinuiteten.

### Legitimerade sjuksköterskor

För att säkerställa kontinuitet och patientkännedom arbetar legitimerade sjuksköterskor i grupper om omkring fem legitimerade sjuksköterskor, där de har patientansvar vid några enheter, men också har god kännedom om varandras patienter. Vilket gör att kontinuitet kan upprätthållas även vid eventuell frånvaro. Inför och efter kväll, natt och helg rapporteras eventuellt förutspådda patientutmaningar.

Härryda kommun verkar för god arbetsmiljö vilket visar sig genom låg personalomsättning och relativt låga sjuktal.

Den kommunala hälso- och sjukvården i Härryda kommun har låg personalomsättning bland legitimerade sjuksköterskor, under 2022 var personalomsättningen 0 procent bland tillsvidareanställda legitimerade sjuksköterskor, vilket bidrar till att god kontinuitet kan upprätthållas. Legitimerade sjuksköterskor hade, under 2022, sjuktal på 5,2 procent, vilket anses lågt för en personalgrupp som arbetar patientnära utan möjlighet till distansarbete. Det innebär goda effekter för kontinuiteten, då få arbetspass behöver ersättas och patienterna behöver träffa ytterst få vikarier.

### Läkare

Kommunen ansvarar inte för kontinuiteten för läkare, det gör den regionfinansierade primärvården.

Kontinuiteten ser olika ut beroende ansvarig vårdcentral. Kontinuitetsfrågan är central i samverkansstrukturen på regional, delregional och lokal nivå.

---

## 26. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Övergripande finns ett gediget arbetsmiljöarbete i Härryda kommun. Arbetet ska gå att kombinera med familjeliv. Medarbetarna ska orka hela arbetslivet. Härryda kommun erbjuder alla fast anställda inom vård och omsorg heltidsarbete. Det finns karriärmöjligheter och kompetensutvecklingsmöjligheter. Att trivas på sitt arbete ligger till grund för att stanna länge, vilket ger förutsättningar för god kontinuitet.

Omsorgspersonal

Beskrivning av åtgärder för att säkerställa god kontinuitet bland omsorgspersonalen beskrivs ovan.

Samplanering för att säkra kompetens och kontinuitet infördes 2021.

Utbildning av fasta omsorgskontakter pågår.

Legitimerade sjuksköterskor

Som beskrivet ovan finns strategi för att säkerställa kontinuitet, även vid frånvaro, där få legitimerade sjuksköterskor ersätter varandra vid frånvaro. Arbetssättet är etablerat sedan flera år tillbaka.

---

## 27. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Effekterna av många av åtgärderna har följts upp, vilket redovisas ovan. Kommunen fortsätter att följa personalomsättning liksom andel specialistutbildade sjuksköterskor, andel undersköterskor och antal specialistutbildade undersköterskor.

Effekten av införande av fasta omsorgskontakter kommer sannolikt att synas i den årliga brukarundersökningen, samt att intern uppföljning kommer att planeras och genomföras.

---

## 28. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

För att säkerställa kontinuitet och kompetens krävs nya idéer och strategier för att rekrytera och behålla personal, legitimerade yrkeskategorier, undersköterskor som utbildningsbar personal. Det är ett ständigt arbete som pågår. Härryda kommun vilar inte i att ha goda siffror för föregående eller innevarande år, utan försöker att vara steget före, bl.a. genom överanställning, för att säkerställa kontinuitet och kompetens nu och i framtiden. Konkreta åtgärder tas fram kontinuerligt.

---

## 29. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

---

## 30. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

---

## Brist: Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

\* IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i kommunen inte sker på ett patientsäkert sätt.

*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.

*Läkemedelsgenomgång:*

\* IVO konstaterar att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

---

### 31. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Delegering

Det finns en väl etablerad process för delegering och för läkemedelsdelegering i synnerhet.

Processen innebär följande steg:

- Enhetschefen anmäler medarbetare till delegeringsutbildning, efter bedömning att medarbetaren har kapacitet att klara delegering
  - Digital utbildning
  - Digitalt test – är det inte godkänt kommer medarbetaren i fråga inte vidare i processen.
  - Salsutbildning med utbildningssjuksköterska.
  - Skriftligt test – är det inte godkänt kommer medarbetaren i fråga inte vidare i processen (viss möjlighet till komplettering finns, beroende på vilka brister testet visar på).
  - Patientansvarig sjuksköterska vid den enhet där medarbetaren är avsedd att arbeta går igenom testet med personen, samt informerar om specifika rutiner och eventuella specifika läkemedelsbehandlingar vid den aktuella enheten. Samt tränar läkemedelshantering praktiskt med medarbetaren.
- Därefter kan medarbetaren delegeras, förutsatt att medarbetaren godtar sin delegering. Medarbetarens kompetens har säkerställts och kontrollerats. Sjuksköterskorna delegerar inte medarbetare som inte tagit sig igenom processen.

Det har inte framkommit tidigare att de legitimerade sjuksköterskorna upplever så frekventa patientsäkerhetsrisker i samband med delegerad läkemedelshantering som vid IVO:s tillsyn. 38 procent av Härryda kommuns sjuksköterskor anger i IVO:s enkät att de ser patientsäkerhetsrisker kopplat till delegering av läkemedelshantering, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad. Detta är märkbart lägre än Västra Götalands och riket som helhets siffror, där motsvarande siffra är 56 procent, både regionalt och nationellt. Även gällande att inte ha möjlighet att handleda kring läkemedel i den omfattning som krävs uppger de legitimerade sjuksköterskorna i Härryda kommun 26 procent jämfört Västra Götalandsregionens 33 procent och riket som helhets 37 procent.

---

### 32. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Processen för läkemedelsdelegering är etablerad sedan flera år.

---

**33. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp**

---

**34. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist**

MAS kommer att initiera dialog med legitimerade sjuksköterskor för att komma fram till hur delegeringsprocessen kan förfinas ytterligare för att legitimerade sjuksköterskor ska känna sig trygga avseende patientsäkerheten vid utförande av delegerad läkemedelshantering, samt hur tid för uppföljning av delegeringar och handledning avseende läkemedelshantering kan skapas.

---

**35. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras**

Under våren 2023.

---

**36. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp**

Enkät samt efterföljande dialog med legitimerade sjuksköterskor i början av 2024.

---

## **Brist: Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk**

*Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:*

*\* 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.*

*\* Patienter i livets slutskede ska inte behöva avlida i ensamhet.*



### 37. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Den kommunala hälso- och sjukvården i Härryda kommun har en legitimerad sjuksköterska som arbetar heltid som Palliativ koordinator. Hon arbetar tätt med palliativa patienter och den personal som vårdar, legitimerade och omsorgspersonal.

Sedan hösten 2022 har kommunen tillgång till det regionala palliativa resursteamet vars syfte är att ge regionens medborgare tillgång till jämlik palliativ vård. Det palliativa resursteamet utgår från Sahlgrenska universitetssjukhuset och involveras antingen på initiativ av sjukhuset vid hemgång eller via remiss från ansvarig läkare hos den regionalt finansierade primärvården. Teamet är avsett för patienter med komplicerade vårdförlopp eller behov av stöd där den regionalt finansierade och den kommunalt finansierade primärvården inte räcker till, det vill säga när det är frågan om palliativ vård på specialistnivå.

Den palliativa koordinatören håller utbildningar för omsorgspersonalen i Palliativ vård. Utbildningen sker ute på enheterna för att omsorgspersonalen så långt det är möjligt ska tillgodogöra sig utbildningen tillsammans.

#### Brytpunktssamtal

Brytpunktssamtal som avser behandlingsförändringar och beslut om att avsluta/inte initiera livsuppehållande åtgärder ska genomföras av läkare. Bland Göteborgsregionens framtagna nyckeltal ses att det finns dokumenterat läkarbeslut kring övergången till palliativ vård hos 94 procent av de förväntade dödsfallen under 2022, motsvarande siffra 2021 var 91 procent. I Palliativregistret finns uppgifter om att 82,5 procent av patienterna (förväntade dödsfall) haft brytpunktssamtal under 2022 och motsvarande siffra för 2021 var 84,2 procent. Siffrorna visar att det finns förbättringspotential, men IVO:s uppgifter om att 86 procent av de avlidna i journalgranskningen inte skulle haft ett dokumenterat brytpunktssamtal, stämmer helt enkelt inte. Det finns kanske inte uttryckt som just "Brytpunktssamtal" i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen, men effekterna av Brytpunktssamtalet dokumenteras normalt sett under "Viktig information" vilket genererar observationsmärkning i journalvyn/personbilden och tyvärr inte syns i den löpande texten i journalen, här dokumenteras t.ex. om ingen aktiv hjärt-lungräddning inklusive uppgifter om vilken läkare som fattat beslutet (i samråd med annan legitimerad person), samt för vilken enhet beslutet gäller. Beslutet är kopplat till ansvarig läkare och enhet/vårdtillfälle, avbryts vårdtillfälle eller ansvarig läkare byts ut ska beslutet ånyo övervägas. Motsvarande information finns hos patienten för omsorgspersonalen att ta del av – de har inte full tillgång till hälso- och sjukvårdsdokumentationen, på grund av sekretessgränser, varför de behöver informeras på annat sätt. Övriga åtgärder som brytpunktssamtalet genererat t.ex. förändringar av läkemedelsordinationer dokumenteras och sprids via ordinationshandlingar, signeringslistor och vårdplan för läkemedelsbehandling. Trygghetsordinationer ordinerar på, i samverkan framtaget, dokument som scannas in i journalen. Precis som IVO tar upp i punkterna under frågeställningen här ovan; " Resultatet från brytpunktssamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede" – personalen som arbetar nära patienten har tillgång till resultatet av brytpunktssamtalet.

Även om antalet genomförda brytpunktssamtal för patienter som bor på SÄBO inte är lika lågt som IVO:s tillsyn visar finns en tydlig förbättringspotential. Främst avseende samverkan med den regionalt finansierade vården, specialist- som primärvård. Den palliativa vårdens kvalitet är högt prioriterad i den lokala vårdsamverkan och ständigt utvecklingsarbete pågår i den kommunalt finansierade primärvården och i samverkan.

---

**38. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts**

Införandet av det regionala palliativa resursteamet skedde hösten 2022.  
Utbildning för omsorgspersonal i palliativ vård har funnits i fortbildningsprogrammet under flera år.

---

**39. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp**

Effekten av införandet av palliativa resursteamet genomförs av den vårdgivare som tillhandahåller teamet – Västra Götalandsregionen. Härryda kommun kommer att bidra vid eventuell utvärdering.

---

**40. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist**

---

**41. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras**

---

**42. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp**

---

## Övriga identifierade brister

---

**43. Har kommunen identifierat andra brister inom de områden som ingått i tillsynen som ni vill redovisa?**

**Obligatorisk.**

*Övriga brister som inte redovisats tidigare i formuläret*

Ja

Nej

---

**44. Redovisa vilka brister ni identifierat**

Härryda kommun har identifierat brister i IVO:s tillsyn och menar att det är omöjligt att genomföra en tillsyn som ger en bild av patienternas hela medicinska omhändertagande utan att även genomföra tillsyn av den regionala primärvårdens ansvar på SÄBO. Att begära att kommunen ska ta ansvar för åtgärder för att åtgärda alla eventuella brister i hela den medicinska vården av patienterna på SÄBO är orimligt. Den regionalt finansierade primärvården har ett stort ansvar för vården av patienterna som bor på SÄBO och borde granskats tillsammans med kommunen. Huvudmännen vårdar patienterna på SÄBO tillsammans, men kan inte ansvara för varandras utförande av vården.

Förutom att den del av vården som regionen finansierar utesluts ur granskningen adresseras den rehabiliterande delen av hälso- och sjukvården över huvud taget inte – ändå kallar IVO tillsynen för "Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av socialnämnden i Härryda kommun (nämnden)". En viktig del av medicinsk vård och behandling har helt utesluts.

IVO:s tillsyn saknar till stor del nyanser. Det är orimligt att basera beslut kring huruvida omsorgspersonalen har otillräcklig kompetens på resultatet av enkäten sjuksköterskorna besvarat. I Härryda kommun är 88 procent av de fast anställda vid SÄBO undersköterskor, och en vanlig månad arbetar ordinarie personal över 90 procent av tiden och endast knappa 10 procent ersätts av timanställda vikarier, ändå anser IVO att det finns en kompetensbrist. Härryda kommun finner det oklart vad som hade krävts för att kompetensen hos omsorgspersonalen skulle bedömts som godkänd. Härryda kommun har god framförhållning och rustar för större kompetensbrist i framtiden genom alla de åtgärder som redogjorts för under tidigare områden. Härryda kommun anser att en enkät, vid ett tillfälle, till en yrkeskategori inte ger en heltäckande bild av verksamheten, och att det finns andra aspekter och annan fakta som det borde tagits hänsyn till.

---

**45. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist**

---

**46. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts**

---

**47. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp**

---

**48. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist**

Avseende den palliativa vården och specifikt att patienter i livets slutskede inte ska behöva avlida i ensamhet ser Härryda kommun att andelen som avlidit i mänsklig närvaro minskat 2022 jämfört tidigare år. Enligt uppgifter från palliativregistret var 2021 andelen som avled i mänsklig närvaro 96 procent och för 2022 var motsvarande siffra 87,9 procent. Antalet förväntade dödsfall som registrerats i palliativregistret 2022 var totalt 107. Kommunen ser allvarligt på nedgången av mänsklig närvaro i dödsögonblicket och har beslutat om att göra en granskning av orsakerna till nedgången, därefter kan åtgärder sättas in för att ingen som förväntat avlider ska behöva göra det i ensamhet.

---

**49. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras**

---

**50. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp**

---

## Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda

Kontrollera att alla redovisade uppgifter är korrekta och att inget saknas. Tryck därefter på "Skicka nu". Efter att ni skickat in formuläret kommer ni att få ett mail som bekräftar att svaren skickats in med en pdf-kopia på era svar.

**Observera** att uppgifterna inte kommer gå att justera efter att formuläret skickats in.