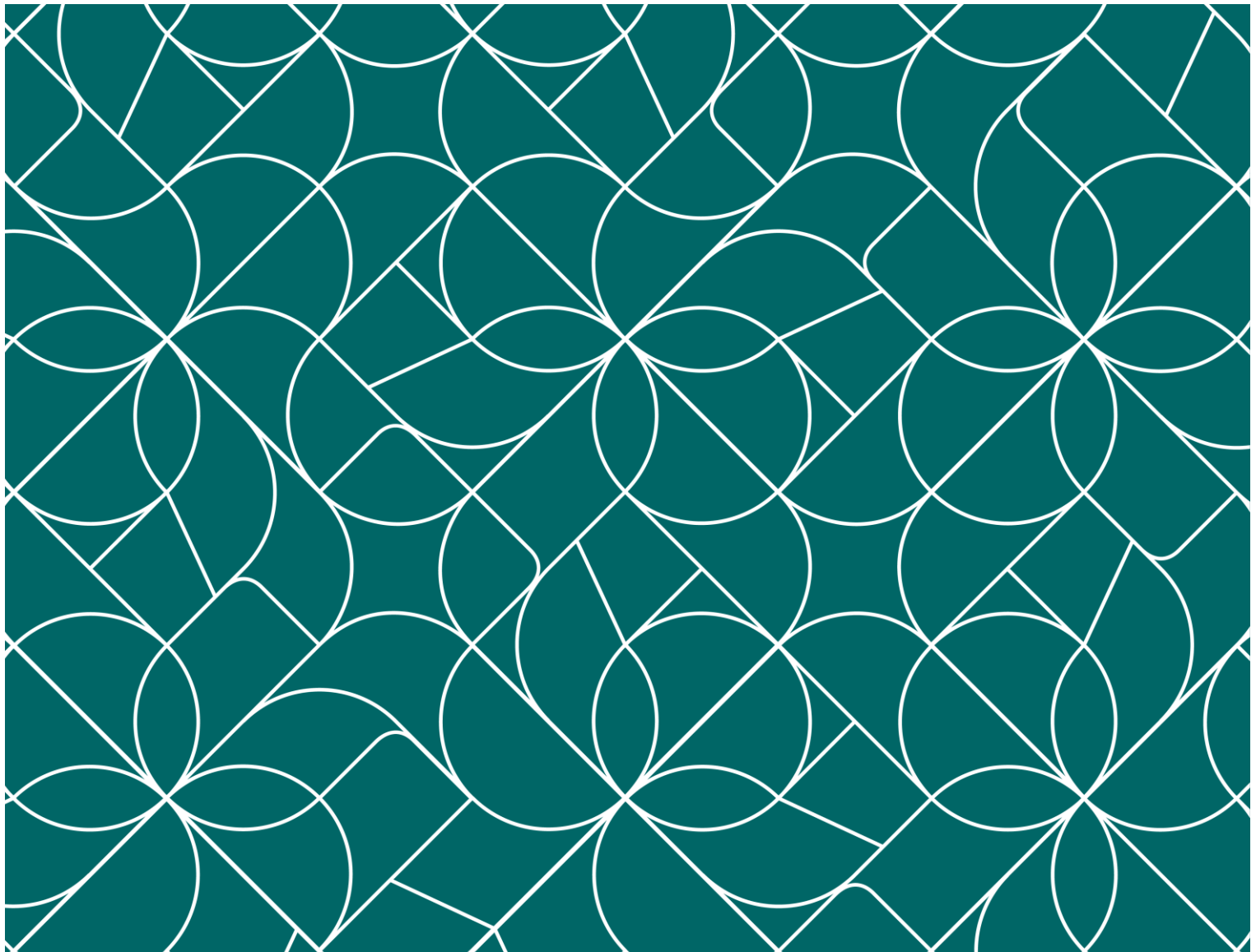


# Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre

Delredovisning av resultat på nationell nivå avseende  
kommunernas hälso- och sjukvård



Citera gärna ur IVO:s publikationer, men ange alltid källa. Kom ihåg att bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Rapporten finns publicerad på [www.ivo.se](http://www.ivo.se)

**Artikelnr • IVO 2022-07**

**Utgiven • Augusti 2022, [www.ivo.se](http://www.ivo.se)**

## Innehåll

1. Sammanfattning .....	4
1.1. Bakgrund och syfte .....	4
Lagar, förordningar och föreskrifter .....	5
1.2 Övergripande resultat .....	5
Vård i livets slutskede .....	6
Läkemedel .....	6
Individuell bedömning och kompetens .....	7
Kontinuitet och dokumentation .....	8
1.3 Fortsatt tillsyn .....	9
2. Resultatredovisning per område .....	9
2.1 Vård i livets slutskede .....	9
Resultat och bedömning .....	9
Lagar, förordningar och föreskrifter .....	12
2.2 Läkemedel .....	13
Resultat och bedömning .....	13
Lagar, förordningar och föreskrifter .....	17
2.3 Individuell bedömning och kompetens.....	17
Resultat och bedömning .....	17
Lagar, förordningar och föreskrifter .....	20
2.4 Kontinuitet och dokumentation .....	21
Resultat och bedömning .....	21
Lagar, förordningar och föreskrifter .....	24
3. Metod och avgränsning.....	25
3.1 Journalgranskning.....	25
Styrkor och svagheter .....	27
3.2 Validering av journalgranskningsresultatet .....	27
3.3 Enkätundersökningar .....	29
Styrkor och svagheter .....	30
4. Slutsatser och fortsatt tillsyn .....	30
Referenser .....	33
Publikationer .....	33
Lagar, förordningar och föreskrifter .....	33
Bilagor .....	34

# 1. Sammanfattning

## 1.1. Bakgrund och syfte

Den här rapporten är en delredovisning av den nationella tillsyn som IVO genomför av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO).

Syftet med tillsynen 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 tillsynen kontrolleras om de brister i patientsäkerhet som tidigare identifierats av IVO har åtgärdats och om vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt patientsäkerhetslagen och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Brister inom äldrevården har konstaterats av både IVO och andra aktörer under lång tid. Covid-19-pandemin ökade bristerna ytterligare och synliggjorde tidigare kända problem.

Bristerna omfattar bland annat svag efterlevnad till 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.

Utöver bristerna avseende hälso- och sjukvård för personer på SÄBO har IVO under lång tid påtalat brister i omsorgsinsatserna. Långvarig kompetens- och personalbrist märks i den dagliga omvårdnaden, där larm stängs av automatiskt och blöjor inte byts på många timmar (IVO 2021).

Trots tidigare tillsyn och beslut under flera års tid, riktade till vårdgivare och huvudmän, kan IVO konstatera att nödvändiga förbättringsåtgärder antingen inte genomförts alls, eller genomförts med otillräcklig effekt. Vårdgivare redovisar återkommande planer och ambitioner för att förbättra kvaliteten, men trots det kan IVO konstatera att patienter fortsatt far illa.

IVO:s bedömning är att det inte handlar om enstaka olycksfall i arbetet, utan om grundläggande brister i vårdgivarnas förmåga att säkerställa en godtagbar kvalitet och säkerhet för de äldre som bor på SÄBO.

Mot denna bakgrund bedömde IVO under 2021 att hälso- och sjukvården för personer på SÄBO i samtliga kommuner uppvisade sådana risker och brister att en nationell tillsyn var nödvändig. Tillsynen påbörjades under 2021 och kommer bedrivas långsiktigt. Det är angeläget att utforma tillsynen så att tillräckliga effekter för patienterna uppnås.

Hittills har tillsynen riktats mot samtliga kommuner som bedriver SÄBO i kommunal regi, inklusive stadsdelarna i Stockholm. Granskningen är inte begränsad till personer som har eller har haft covid-19. Granskningens inledande faser har avgränsats till kommunernas hälso- och sjukvårdsinsatser, utifrån de brister som tidigare konstaterats avseende dessa delar.

I denna rapport redovisas resultaten på nationell nivå så här långt. Under hösten 2022 fortsätter en fördjupad tillsyn med inspektioner där respektive kommuns resultat återkopplas som grund för lärande och förbättringsarbete. I valda delar inkluderas regionerna i återkoppling även i denna fas av tillsynen.

## Lagar, förordningar och föreskrifter

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § HSL). För detta ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL).

Enligt 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821) PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten ska få information om bl.a. sitt hälsotillstånd och förväntade vård- och behandlingsförlopp (3 kap. 1 § PL). Under vissa förhållanden kan även närstående få information (3 kap. 4 § PL). Vidare ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § PL) och den får inte ges utan patientens samtycke (4 kap. 2 § PL). Om lämpligt ska patientens närstående få möjlighet att medverka (5 kap. 3 § PL).

Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls (3 kap. 1 § PSL). Vårdgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. (3 kap. 2 § PSL).

IVO utövar tillsyn över hälso- och sjukvården (7 kap. 1 § PSL). Tillsyn innebär granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter. Tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (7 kap. 3 § PSL).

Ovan nämnda regler är grundläggande för hälso- och sjukvården. Därtill tillkommer en mängd olika bestämmelser i lag och föreskrift. Under respektive avsnitt i denna rapport nämns ytterligare reglering som är aktuell för området.

## 1.2 Övergripande resultat

I tillsynen har IVO granskat och genomfört analyser av ett urval av kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler från merparten av kommunalt drivna SÄBO, totalt 1 985 boenden. IVO har även granskat och analyserat svar på enkäter från patienter/närstående, vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor samt verksamhetsföreträdare. Därutöver används i tillsynen information från IVO:s

tidigare tillsynsärenden, inkomna tips, upplysningar, klagomålsärenden och anmälningar enligt lex Maria.

IVO kan konstatera att lägstanivån vad gäller medicinsk vård och behandling på SÄBO är för låg och att ingen kommun till fullo lever upp till de lagar och regler som finns. Resultaten av granskningen hittills sammanfattas på nationell nivå enligt följande.

### Vård i livets slutskede

IVO kan konstatera att det finns allvarliga brister kopplat till vård i livets slutskede. Detta trots att vård i livets slutskede hör till den vårdtyp som ska ges högsta prioritet enligt den etiska plattform som riksdagen fastställt.

När vården går in i livets slutskede och palliativa insatser sätts in ska det hållas ett s.k. brytpunktssamtal med patient 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 om patientens önskan behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede. Därför är dokumentationen av samtalet viktig. I IVO:s granskning framkommer att av de patienter som avlidit har cirka 8 av 10 (75 procent) inte ett dokumenterat brytpunktssamtal. 7 av 10 patienter (66 procent) med minst tre palliativa läkemedel saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal. Enkät svar visar att 7 av 10 vård- och omsorgspersonal (66 procent) anser att vården inte alltid planeras så att patienten inte behöver avlida ensam. 5 av 10 sjuksköterskor (48 procent) uppger samma sak.

Att brytpunktssamtal inte dokumenterats kan betyda att det genomförts enligt regelverket men inte dokumenterats i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Det kan också betyda att det inte genomförts. Oavsett vilket så riskerar effekten att bli densamma för patienten, nämligen att personalen vid SÄBO:t inte har åtkomst till information om hur vården i livets slutskede ska genomföras. Därmed omöjliggörs eller kraftigt försvåras möjligheterna att i praktiken efterleva vad som fastställts vid brytpunktssamtalet.

### Läkemedel

Av de kommunala hälso- och sjukvårdsjournalerna framgår att patienterna har fått läkemedel som bör undvikas till äldre och av enkäterna framkommer att risken för osäker läkemedelshantering är uppenbar. IVO avser att särskilt återkoppla resultaten från denna del av tillsynen även till regionerna.

Över hälften av sjuksköterskorna (56 procent) anser att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering genom delegering på sätt som påverkar patienten i hög eller måttlig grad. Var fjärde sjuksköterska (25 procent) uppger att de delegerar iordningställande av läkemedel i dosett i någon mån. Mer än varannan sjuksköterska (56 procent) uppger att de delegerar subkutana injektioner, såsom blodförtunnande och eller palliativa läkemedel. Av de sjuksköterskor som delegerar är det endast 4 av 10 (40 procent) som alltid känner

sig trygga med att iordningställande av läkemedel i dosett efter delegering utförs på ett säkert sätt och 5 av 10 (51 procent) som alltid känner sig trygga med att subkutana injektioner efter delegering utförs på ett säkert sätt. Nästan 9 av 10 sjuksköterskor (88 procent) uppger att de inte alltid har möjlighet att ge stöd till vård- och omsorgspersonalen i den omfattning som krävs.

IVO kan konstatera att stora delar av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten bygger på att arbetsuppgifter gällande läkemedel delegeras. Det är inte förenligt med intentionen i Socialstyrelsens föreskrifter om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Resultaten av granskningen visar en situation som medför påtagliga patientsäkerhetsrisker. IVO menar att det behövs betydande insatser för att framtidens läkemedelshantering på SÄBO ska betraktas som god och säker. Det är viktigt att sjuksköterskan ger stöd och handledning och följer upp delegeringarna till vård- och omsorgspersonalen för att säkerställa att det finns rätt kunskap. Det är centralt att den vård- och omsorgspersonal som dagligen finns vid patientens sida har kompetens att ge läkemedel i rätt tid, till rätt person och på rätt sätt. Det omfattar också att ge god omvårdnad som komplement och alternativ till läkemedel samt att känna igen risker och uppmärksamma, reagera och signalera vid förändringar. Det handlar också om att förstå sin roll och sitt ansvar vid delegering samt uppmärksamma symtom.

När det gäller risker för eller förekomst av olämplig läkemedelsanvändning så bekräftar resultaten av granskningen tidigare kända brister. Var femte patient på SÄBO (20 procent) har läkemedel som bör undvikas till äldre. För 4 av 5 patienter (81 procent) med läkemedel som bör undvikas finns bättre alternativ. I patientgruppen som har läkemedel som bör undvikas saknar nästan hälften av patienterna (44 procent) en dokumenterad läkemedelsgenomgång. IVO kan slå fast att verksamheterna inte bedrivs i enlighet med gällande regelverk och att det innebär tydliga risker för patientsäkerheten och risk för vårdskador. Läkemedelsbiverkningar som är möjliga att förebygga riskerar leda till försämrad hälsa och livskvalitet och onödiga akuta inläggningar av äldre på sjukhus.

## Individuell bedömning och kompetens

IVO kan konstatera att många livsavgörande bedömningar gällande patienter på SÄBO görs av den personal som har lägst utbildningsnivå. De tillsyner IVO har gjort av SÄBO under de senaste åren visar att vård- och omsorgspersonalen i stor omfattning har låg kompetens i svenska språket, att sjuksköterskan inte har förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när sjuksköterskan bedömt att ett sådant behov föreligger samt att läkarbedömningar inte förefaller göras i den omfattning som det finns behov av.

I enkäten till sjuksköterskor framkommer att nästan 9 av 10 sjuksköterskor (88 procent) uppger att de inte alltid har möjlighet att ge stöd till vård- och omsorgspersonalen i den omfattning som krävs.

7 av 10 sjuksköterskor (66 procent) uppger att det finns patientsäkerhetsrisker orsakat av det stora antal patienter varje sjuksköterska ansvarar för.

Drygt 7 av 10 närstående till patienter på SÄBO (73 procent) upplever att vård- och omsorgspersonalen inte förstår vad de säger, pga. bristande språkkunskaper.

Endast 4 procent av vård- och omsorgspersonalen på SÄBO anser att alla i personalen på arbetsplatsen har tillräckliga kunskaper i svenska.

Nästan 9 av 10 sjuksköterskor (87 procent) uppger att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till vård- och omsorgspersonalens kunskaper i svenska på ett sätt som påverkar patienterna i måttlig eller hög grad.

I all hälso- och sjukvård är det viktigt att personalen kan ge och ta emot instruktioner. Exempelvis gäller det att förstå och följa en instruktion från en sjuksköterska om vad man som vård- och omsorgspersonal ska vara uppmärksam på för symtom hos en patient som har en allvarlig sjukdom eller som befinner sig i livets slutskede och när man då ska tillkalla sjuksköterska.

Det är en stor patientsäkerhetsrisk att vård- och omsorgspersonal, särskilt om de som har delegering, inte har tillräckliga kunskaper i svenska och därför inte förstår instruktionen från en sjuksköterska. Det är även viktigt att all personal inser när en avvikelse har inträffat och kan förmedla den vidare. IVO bedömer att det finns allvarliga patientsäkerhetsrisker i äldreomsorgen med tanke på hur verksamheten är organiserad och givet de tydliga kompetensbrister som finns, inte minst när det gäller kunskaper i svenska.

## Kontinuitet och dokumentation

Enligt IVO:s granskning saknar i genomsnitt varannan patient (44 procent) dokumenterade vårdplaner i sin kommunala hälso- och sjukvårdsjournal. För de patienter som träffar sex sjuksköterskor eller fler under en vanlig månad saknar cirka 4 av 10 (39 procent) vårdplan. Bristande personalkontinuitet ställer extra höga krav på en god dokumentation.

Patienter som bor på SÄBO bör enligt IVO ha en vårdplan som utgår från patienternas tillstånd och behov. I en vårdplan ska behovet av vården och behandlingen för patienterna på kort och lång sikt beskrivas och det ska anges vem av huvudmännen (kommun eller region) som ska vidta åtgärderna och ha det övergripande ansvaret för planen. IVO har kännedom om att vårdplanerna kan vara dokumenterade i andra journaler än de kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler som nu granskats. Men sjuksköterskorna och vård- och omsorgspersonalen vid SÄBO har i många fall ingen, eller bristfällig, tillgång till andra journaler än den egna kommunens. Det betyder att den identifierade bristen omöjliggör eller allvarligt hindrar möjligheterna att genomföra de insatser som beskrivs i vårdplanen, alternativt att erforderliga vårdplaner saknas. Effekten för patienten blir negativ i båda fallen.

I patientjournalerna rekommenderas att särskilda klassifikationskoder används för att beskriva vårdåtgärder (KVÅ) och funktionstillstånd (ICF). Användningen av koder är viktig för att kunna göra nationell och lokal uppföljning och samt driva ett systematiskt kvalitetsarbete. Cirka 6 av 10 journaler (63 procent) saknar helt KVÅ-



eller ICF-koder. I ungefär var tredje kommun (96 kommuner) saknas koder i samtliga journaler. Detta försvårar förutsättningarna för kommunerna att leva upp till kraven på ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

God dokumentation och kommunikation är avgörande när arbetssätten bygger på att icke legitimerad vård- och omsorgspersonal (ofta utan adekvat utbildning) möter patienten i vardagen och rapporterar till sjuksköterska, som i sin tur rapporterar till läkare, som fattar beslut om medicinsk vård och behandling. Denna kedja, bräcklig i sig, utmanas ytterligare om det är låg kontinuitet i personalgruppen, bristande journalföring, vårdplaner som inte finns tillgängliga för all berörd personal, osäker läkemedelshantering och dessutom omfattande språkförbistringar i personalgruppen.

### 1.3 Fortsatt tillsyn

Det kan konstateras att granskningen hittills visar förekomst av regelöverträdelser i samtliga kommuner, även om nivån varierar. Det är mot denna allvarliga bakgrund som den nationella tillsynen av SÄBO nu fortsätter. IVO avser att driva tillsynen långsiktigt till dess att tillräckliga effekter för patienterna kan fastställas. Under hösten 2022 och våren 2023 fördjupas tillsynen med genomförande av fysiska inspektioner i samtliga kommuner som bedriver SÄBO i kommunal regi för att ge återkoppling och föra dialog kring respektive kommuns resultat. Syftet är att bidra till lärande och förbättringsåtgärder i kommunerna, samt på sikt ökad kvalitet i vården på SÄBO. I valda delar inkluderas regionerna i återkoppling även i denna fas av tillsynen. Tillsynsbeslut kommer att fattas gällande samtliga kommuner.

## 2. Resultatredovisning per område

### 2.1 Vård i livets slutskede

#### Resultat och bedömning

IVO kan konstatera att det finns allvarliga brister kopplat till vård i livets slutskede. Vidare känner sig närstående otrygga med den medicinska vården och omvårdnaden vilket IVO delvis anser skulle kunna vara en effekt av att brytpunktssamtal inte genomförs, eller att brytpunktssamtalens innebörd inte är kända för vård- och omsorgspersonalen vid SÄBO där patienten bor.

Dessutom beskrivs i avsnitt 2.4 att en av fem sjuksköterskor uppger att man inte har tillgång till primärvårdsjournalerna för någon av sina patienter. Om brytpunktssamtal har genomförts men endast dokumenterats i journal, omöjliggörs eller försvåras möjligheterna för sjuksköterskan och vård- och omsorgspersonalen vid SÄBO att genomföra vård i livets slutskede enligt vad man kommit överens om tillsammans med patienten och närstående vid brytpunktssamtalet.

Av granskningen framgår sammanfattningsvis att:

- Nästan 8 av 10 av de patienter som avlidit (75 procent) saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal i kommunal hälso- och sjukvårdsjournal. För de patienter som har minst tre palliativa läkemedel saknar 7 av 10 (66 procent) ett dokumenterat brytpunktssamtal.
- 6 av 10 av de närstående (61 procent) har enligt enkätsvar inte haft samtal om vård inför livets slutskede (brytpunktssamtal).
- 4 av 10 (42 procent) av närstående känner sig otrygga med den medicinska insatsen i livets slutskede. Ungefär lika många (41 procent) känner sig otrygga med omvårdnaden i livets slutskede.
- Drygt var tionde patient (13 procent) saknar dokumenterade läkarkontakter veckan före det att tre palliativa läkemedel omnämns i den kommunala hälso-och sjukvårdsjournalen.
- Nästan 7 av 10 vård- och omsorgspersonal (66 procent) uppger att vården inte alltid planeras så att patienten inte behöver avlida ensam. Motsvarande siffra för sjuksköterskor är 48 procent.

För att uppnå god och säker vård ska patienten alltid ges möjlighet att vara delaktig i sin vård och behandling. Att patienter och i förekommande fall närstående ska vara informerade om den vård som ges är en grundläggande del av hälso- och sjukvården. Av patientlagen framgår att patienter och i förekommande fall närstående ska 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 så kallat brytpunktssamtal med patient och/eller närstående. Samtalet utgår från patientens situation och önskemål så långt det är möjligt. Samtalet bör leda till en gemensam planering med en medicinsk vårdplan som innehåller en strategi för fortsatt vård och behandling.

Om det av journalen inte framgår att patienten och/eller närstående informerats och gjorts delaktiga när vården övergår från behandlande till enbart lindrande finns det risk att kraven i patientlagen inte uppfylls.

Journalgranskningen visar att det saknas ett dokumenterat brytpunktssamtal för 75 procent av de patienter som avlidit. För de patienter som har minst tre palliativa läkemedel är siffran 66 procent. Resultatet för de båda olika parametrarna är således alltså nästan identiskt och indikerar att det finns brister avseende brytpunktssamtal. Detta styrks även av enkätresultatet som visar att en majoritet, närmare bestämt 61 procent, av de tillfrågade närstående inte har haft samtal om vård inför livets slutskede.

Resultatet tyder enligt IVO på att information och planering av vården i livets slutskede inte fungerar som lagstiftaren har tänkt sig. Det sker heller inte i enlighet med de olika behandlingsriktlinjer som finns inom hälso- och sjukvården avseende

vård i livets slutskede vilka ska säkerställa att kravet på god vård uppfylls också på detta område.

Av enkäten till närstående framgår att många känner en otrygghet när det gäller vården i livets slutskede. 42 procent av de svarande känner sig otrygga med den medicinska insatsen i livets slutskede och 41 procent känner sig otrygga med omvårdnaden i livets slutskede. Resultatet från journalgranskningen bekräftar därmed svaren från enkäten till närstående.

Socialstyrelsen har i föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling reglerat hur bedömningen av att inte inleda eller avbryta livsuppehållande behandling ska göras. Kortfattat innebär bestämmelserna att behandlande läkare efter samråd med minst en annan legitimerad yrkesutövare ska ha gjort och dokumenterat detta ställningstagande. Bestämmelser om samråd med patienten samt information till denna och närstående finns också.

IVO anser att utifrån kravet på god vård ska en sjuksköterska, även om en planering för patienten avseende vård i livets slutskede finns beslutad av läkare (enligt ovan), i normalfallet ta ny kontakt med läkare innan åtgärder enligt planen vidtas. Detta kan underlåtas endast i undantagsfall. Faktorer som då har betydelse är om det har gått kort tid mellan beslut avseende plan för vård i livets slutskede och tidpunkt när åtgärden vidtas. Patientens hälsotillstånd (anamnes och aktuell försämring), läkarens och sjuksköterskans kännedom om patienten samt patientens önskemål har också betydelse.

IVO har i tillsynen funnit uppgifter som tyder på att sjuksköterskor inte i tillräcklig utsträckning tar kontakt med läkare innan läkemedelsbehandling med palliativa läkemedel för vård i livets slutskede inleds. Journalgranskningen visar att en dokumenterad läkarkontakt saknas för mer än var tionde patient (13 procent) veckan före det att tre palliativa läkemedel omnämns i kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen, vilket indikerar att vård i livets slutskede har påbörjats. Flera av de läkemedel som används i palliativ vård kan även användas i andra sammanhang, men tendensen syns även i den enkät som IVO skickat ut till sjuksköterskor där 16 procent uppger att de inte alltid kontaktar läkare i samband med ställningstagande att påbörja palliativ läkemedelsbehandling.

IVO har i tidigare tillsyn av medicinsk vård på SÄBO konstaterat att personalbrist leder till att vak inte alltid sattes in när en patient var döende (IVO 2022). Den bilden bekräftas av resultatet från de två enkäter som i denna tillsyn skickats ut till sjuksköterskor samt vård- och omsorgspersonal. Där framgår att vård i livets slutskede inte alltid planeras tillräckligt. Endast 34 procent av vård- och omsorgspersonalen uppger att vården alltid planeras så att patienten inte behöver dö ensam. Motsvarande siffra för sjuksköterskor är 52 procent. 66 procent av vård- och omsorgspersonalen och 48 procent av sjuksköterskorna svarar alltså att vården inte alltid planeras så att patienten inte avlider i ensamhet.

Sammanfattningsvis kan IVO konstatera att det för att vården i livets slutskede ska fungera krävs ett nära samarbete mellan olika yrkesutövare men också med patienten och närstående. IVO tolkar resultaten i tillsynen som att det brister i

samverkan mellan vård- och omsorgspersonal, sjuksköterska och läkare. För att ett brytpunktssamtal ska kunna genomföras och att palliativ vård ska kunna påbörjas krävs att sjuksköterskan kontaktar läkaren för att informera om patientens försämrade tillstånd. Många gånger bygger den information som sjuksköterskan har på upplysningar om patientens tillstånd som sjuksköterskan fått från vård- och omsorgspersonalen som arbetar närmast patienten.

I flera fall har vårdgivare själva genomfört journalgranskningar. I redovisningar från vårdgivare i tidigare tillsyn bekräftas de brister som framkommer i nu aktuell tillsyn. Aviserade åtgärder från vårdgivarna handlar om att genomföra förbättringar som berör delaktighet, information och brytpunktssamtal (IVO 2022).

## Lagar, förordningar och föreskrifter

Vård i livets slutskede ska som all annan vård ges i enlighet med patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelserna säger att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls (5 kap. 1 § HSL) samt att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet (1 kap. 7 § PL). Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och om lämpligt med närstående (5 kap. 1 och 3 §§ PL). Vård i livets slutskede omfattas av prioritet 1 enligt den etiska plattformen (fastställd av riksdagen i prop. 96/97:60).

I patientlagen slås också fast att patienten ska få anpassad information utifrån sina individuella förutsättningar (3 kap. 1 och 6 §§ PL). Informationen ska bland annat innehålla uppgifter om hälsotillstånd, metoder för vård och behandling samt förväntad vård och behandlingsförlopp. Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den istället lämnas till en närstående när det är möjligt (3 kap. 4 § PL).

Av 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 (2 kap. 3 §). Denne ska ansvara för planeringen av patientens vård. Vid planeringen ska den fasta vårdkontakten 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. (2 kap. 4 §). Inför ett ställningstagande till att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling ska den fasta vårdkontakten rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare (3 kap. 2 §). Den fasta vårdkontakten ska i patientjournalen bl.a. dokumentera sitt ställningstagande till livsuppehållande behandling, när och med vilka yrkesutövare han eller hon har rådgjort, uppgifter om samråd med patienten samt när och på vilket sätt patienten och närstående har fått individuellt anpassad information (3 kap. 3 §).

Socialstyrelsen använder följande definitioner när det gäller palliativ vård och vård i livets slutskede, vilket framgår av Socialstyrelsens termbank (Socialstyrelsen 2022 a):

*Palliativ vård:* hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående.

*Palliativ vård i livets slutskede:* palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet

*Brytpunkt till palliativ vård i livets slutskede:* övergång till palliativ vård i livets slutskede när det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

*Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede:* samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

## 2.2 Läkemedel

### Resultat och bedömning

IVO kan konstatera att det finns stora brister i hanteringen av läkemedel för patienter på SÄBO. Sammantaget är IVO:s bedömning att det saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som delegeras arbetsuppgiften att ge läkemedel, vilket leder till patientsäkerhetsbrister. Allvaret understryks av bristande språkkunskaper, se även avsnitt 2.3. Av resultaten framkommer också att sjuksköterskor inte har möjlighet att ge stöd samt känner sig tvungna att delegera för att patienterna ska få sina läkemedel. Av de kommunala hälso- och sjukvårdsjournalerna framgår att risken för eller förekomsten av olämplig läkemedelsanvändning är uppenbar. IVO avser återkoppla resultaten från denna fas av tillsynen till regionerna.

Av granskningen framgår sammanfattningsvis att:

- Nästan 6 av 10 sjuksköterskor (56 procent) anser att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering genom delegering på ett sätt som påverkar patienter i hög eller måttlig grad.
- Var fjärde sjuksköterska (25 procent) uppger att de delegerar iordningställande av läkemedel i dosett i någon mån.
- Mer än varannan sjuksköterska (56 procent) uppger att de delegerar subkutana injektioner såsom blodförtunnande och eller palliativa läkemedel.
- Av de sjuksköterskor som delegerar är det endast 4 av 10 (40 procent) som alltid känner sig trygga med att iordningställande av läkemedel i dosett efter delegering utförs på ett säkert sätt och 5 av 10 (51 procent) som alltid känner sig trygga med att subkutana injektioner efter delegering utförs på ett säkert sätt.

- Nästan 9 av 10 sjuksköterskor (88 procent) uppger att de inte alltid har möjlighet att ge stöd till vård- och omsorgspersonalen i den omfattning som krävs.
- Var femte patient i granskningen (20 procent) har läkemedel som bör undvikas till äldre. För 4 av 5 patienter (81 procent) med läkemedel som bör undvikas finns bättre alternativ.
- I patientgruppen som har läkemedel som bör undvikas saknar nästan hälften av patienterna (44 procent) en dokumenterad läkemedelsgenomgång. Av de patienter som dessutom träffar sex eller fler olika sjuksköterskor en vanlig månad är andelen 57 procent.
- Andel patienter som har palliativa läkemedel ökade med 20 procent i april 2020 jämfört med april året innan.<sup>1</sup>

Läkemedelsanvändningen bland äldre personer är ett viktigt område. Känsligheten för läkemedel ökar till följd av både åldrande och sjukdom, och det är vanligt att äldre använder många läkemedel. De allra flesta som bor på SÄBO kan betecknas som multisjuka. Äldre som är multisjuka är mest känsliga för läkemedel. Dessa grupper använder i snitt närmare tio läkemedel (Socialstyrelsen 2022 b).

En god och säker läkemedelshantering är starkt förknippad med kunskap och kompetens hos den personal som överlämnar läkemedel till patienten. Av granskningen framgår att en stor del av läkemedelshanteringen delegeras till vård- och omsorgspersonal, d.v.s. personal som ofta saknar adekvat utbildning (Socialstyrelsen 2022 c). 58 procent av sjuksköterskorna som svarat på IVO:s enkät anser att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering genom delegering. Av dessa anser 96 procent att det påverkar patienterna i måttlig eller hög grad. Detta bekräftar att läkemedelshanteringen inom kommunal hälso- och sjukvård på SÄBO är ett riskområde. IVO anser därför att det krävs betydande insatser för att framtidens läkemedelshantering på SÄBO ska betraktas som god och säker.

Det är viktigt att sjuksköterskan ger stöd och handledning och följer upp delegeringarna till vård- och omsorgspersonalen för att säkerställa att det finns rätt kunskap. Det är centralt att den vård- och omsorgspersonal som dagligen finns vid patientens sida har kompetens att ge läkemedel i rätt tid, till rätt person och på rätt sätt. Det innebär även att ge god omvårdnad som komplement och alternativ till läkemedel och att känna igen risker samt uppmärksamma, reagera och signalera vid förändringar. Det handlar också om att förstå sin roll och sitt ansvar vid delegering och uppmärksamma symtom vid t.ex. diabetes samt observera och hantera de symtom som patienten kan få. 25 procent av sjuksköterskorna uppger i enkätsvaren att de delegerar iordningställande av läkemedel i dosett i någon mån. Vidare svarar 56 procent av sjuksköterskorna att de delegerar subkutana injektioner, såsom blodförtunnande och eller palliativa läkemedel, dvs. att läkemedel sprutas in i underhudsfettet.

---

<sup>1</sup> IVO har analyserat användning av sju palliativa läkemedel.

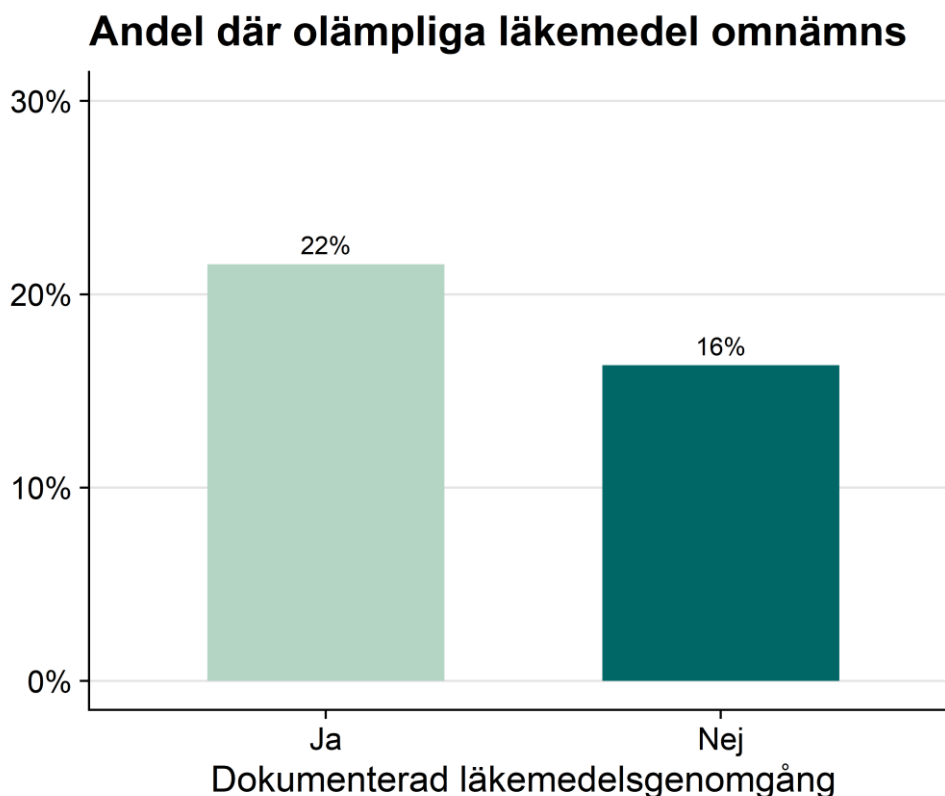
Av tidigare genomförda tillsyner kan IVO konstatera att stora delar av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten bygger på att arbetsuppgifter gällande läkemedel delegeras. Av de sjuksköterskor som delegerar är det endast 4 av 10 (40 procent) som alltid känner sig trygga med att iordningställande av läkemedel i dosett efter delegering utförs på ett säkert sätt och 5 av 10 (51 procent) som alltid känner sig trygga med att subkutana injektioner efter delegering utförs på ett säkert sätt. Det är inte förenligt med intentionen i gällande föreskrifter från Socialstyrelsen om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Av enkätresultatet framgår också att majoriteten av sjuksköterskorna inte har möjlighet att ge det stöd till vård- och omsorgspersonalen som man bedömer behövs. Det gör att IVO anser att detta inte är förknippat med en god och säker läkemedelshantering. Bristande språkkunskaper understryker allvaret i denna brist, se även avsnitt 2.3.

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det viktigt att sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård har kännedom om de läkemedel som satts in, utvärderingar som är gjorda samt genomförda läkemedelsgenomgångar. Därför är det centralt att dessa uppgifter även finns dokumenterade i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vilka läkemedel som patienter på SÄBO har i sin behandling behöver kontinuerligt ses över för att uppnå god behandling och undvika risker. Journalgranskningen visar att det i hälften av fallen (51 procent) saknas en dokumenterad läkemedelsgenomgång.

Vissa läkemedel kan påverka äldre personer på ett annat sätt än andra ålderskategorier. Socialstyrelsen anser att äldre bör avstå från vissa läkemedel (Socialstyrelsen 2021). IVO:s granskning visar att var femte patient har läkemedel som bör undvikas. För fyra av fem patienter med sådana läkemedel kan det finnas bättre alternativ.

IVO menar att användning av många läkemedel utgör en stor riskfaktor för bland annat biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Äldre personer har ofta en omfattande läkemedelsanvändning och är därför utsatta för en högre risk. Ålder och sjukdom orsakar kroppsliga förändringar som kan påverka känsligheten och därmed effekten och omsättningen av läkemedel. En vanlig biverkning är yrsel vilket lätt leder till att patienter faller och drabbas av skador som t.ex. benbrott. Granskningen visar att regler kring läkemedelsgenomgång inte följs. IVO anser att det är av största vikt att kommunerna i samverkan med primärvården medverkar till att läkemedelsgenomgångar genomförs för att se till att dessa patienter inte får läkemedel som bör undvikas. I journalgranskningen framgår att en stor grupp patienter, 16 procent, av de som inte har en läkemedelsgenomgång har läkemedel som bör undvikas. Förekomsten av läkemedel som bör undvikas är dock vanligare bland patienter där det finns en läkemedelsgenomgång. Där förekommer läkemedlen hos 22 procent av patienterna. Det är läkaren som ordinerar och förskriver ett läkemedel. I denna del av tillsynen avser IVO även återkoppla resultat till regionerna.

Figur 1 Andel patienter med läkemedel som bör undvikas. Uppdelning i patienter som har, respektive inte har läkemedelsgenomgång. (perioden januari 2019-juni 2021).



Källa: IVO:s journalgranskning 2022

Under perioden 2018-2020 genomförde IVO ett antal tillsyner med fokus på läkemedelshantering och delegering i kommunala hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis visar tillsynerna att det finns brister i personalens kunskap om både läkemedel och läkemedelshantering. Det brister även i sjuksköterskornas kontroll av personalens teoretiska och praktiska färdigheter i samband med delegeringstillfället och även efter delegeringstillfället i samband med nyinsatta läkemedel. De brister IVO identifierade i dessa tillsyner stämmer väl överens med det som framkommer av den granskning som IVO nu genomfört.

Slutligen har IVO granskat användningen av palliativa läkemedel. Ökningen ligger i snitt på 20 procent för de sju substanser som granskats: haloperidol, midazolam, diazepam, glykopyrronium, morfin, oxikodonhydroklorid och ketobemidon. Ökningen avser perioden april 2019-april 2020 IVO känner sedan tidigare till att det förekommit generella förskrivningar till patienter, utan hänsyn till individuell bedömning, och där vissa kommuner sticker ut i högre grad. Det är dock svårt att dra en direkt slutsats om det är kopplat till ett generellt ökat behov under pandemin



eller ett ändrat arbetssätt med generella förskrivningar. Dock är detta ytterligare en fråga att följa upp i tillsynen.

## Lagar, förordningar och föreskrifter

Enligt 6 kap. 3 § i patientsäkerhetslagen, får delegering av en arbetsuppgift till någon annan ske endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har förutsättningar att klara av uppgiften. Fler bestämmelser om hantering av läkemedel finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Av denna följer bl.a. att det som huvudregel är läkare, tandläkare och sjuksköterskor som är behöriga att iordningställa, administrera och överlämna läkemedel (7 kap. 1 §). Dessa uppgifter får dock delegeras till någon annan av läkare, tandläkare och sjuksköterskor (9 kap. 1 och 2 §§).

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

Av HSLF-FS 2017:37 framgår vidare bl.a. att den som ordinerar ett läkemedel ska säkerställa att ordinationen är lämplig med utgångspunkt i patientens behov. En lämplighetsbedömning ska göras där hänsyn bl.a. ska tas till patientens hälsotillstånd, ålder och läkemedelsanvändning. Läkemedlets kontraindikationer och andra viktiga faktorer för läkemedelsbehandlingen ska beaktas (6 kap. 2 §).

I HSLF-FS 2017:37 (11 kap. 3 och 4 §§) finns också regler om s.k. läkemedelsgenomgångar. Vårdgivaren ska erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång bl.a. vid inflyttning på SÄBO. Dessa patienter ska därefter erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under sin tid på boendet. En enkel läkemedelsgenomgång ska även erbjudas till patienter med läkemedelsrelaterade problem eller där det finns en sådan misstanke.

## 2.3 Individuell bedömning och kompetens

### Resultat och bedömning

IVO konstaterar att många livsavgörande bedömningar gällande patienter på SÄBO görs av den personal som har lägst utbildningsnivå. Enkätresultaten visar att vård- och omsorgspersonalen ofta har låg kompetens i svenska språket, att sjuksköterskan inte alltid har förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på

plats samt att tillgången till läkare ofta är otillräcklig. IVO bedömer att detta utgör allvarliga patientsäkerhetsrisker..

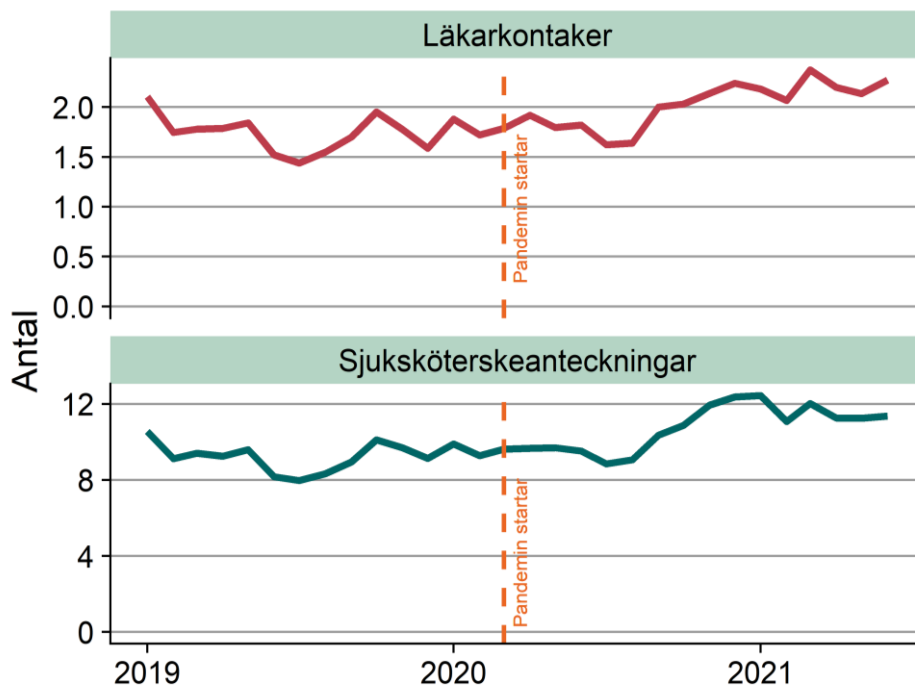
Av granskningen framgår sammanfattningsvis att:

- 7 av 10 sjuksköterskor (66 procent) uppger att det finns patientsäkerhetsrisker orsakat av det stora antal patienter varje sjuksköterska ansvarar för.
- Drygt 7 av 10 närstående (73 procent) upplever att personalen inte förstår vad de säger, pga. bristande språkkunskaper.
- Endast 4 procent av vård- och omsorgspersonalen anser att alla i personalen på arbetsplatsen har tillräckliga kunskaper i svenska.
- Nästan 9 av 10 sjuksköterskor (87 procent) uppger att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till vård- och omsorgspersonalens kunskaper i svenska på ett sätt som påverkar patienterna i måttlig eller hög grad.
- Drygt 3 av 10 (34 procent) av patienterna har en vanlig månad inte en dokumenterad läkarkonsultation.
- Antalet sjuksköterskeanteckningar ökade inte under pandemins första våg, vilket kan indikera att vård inte getts efter behov.

För den enskilde patienten ska vård och behandling bedrivas så att patienten får en god och säker vård. För att ge god vård är det viktigt att den personal som finns närmast patienten har kunskapen och kompetensen att observera och signalera när patientens hälsotillstånd förändras. I Sverige är medianvårdtiden i äldreboende 24 månader. Ett halvt år efter inflyttningen har i genomsnitt 20 procent av de nyinflyttade avlidit medan en tredjedel lever mer än tre år (Szebehely 2020). De flesta patienter som bor på SÄBO är multisjuka. Mot den bakgrunden står det klart att behovet av adekvat utbildning och goda språkkunskaper hos personal inom äldreomsorgen är centralt.

Journalgranskningen visar att antalet sjuksköterskeanteckningar inte ökade under första vågen av pandemin. Det finns en risk att det har inneburit att vård inte getts efter behov. En ökning av såväl sjuksköterskeanteckningar som läkarkonsultationer syns först i samband med pandemins andra våg. Figuren nedan visar antalet sjuksköterskeanteckningar och läkarkontakter i snitt för en patient och hur det utvecklats före och efter pandemin.

Figur 2 Antal sjuksköterskeanteckningar och dokumenterade läkarkontakter i snitt för en patient under tidsperioden jan 2019 – juni 2021



Källa: IVO:s journalgranskning 2022.

På SÄBO görs den vardagliga bedömningen av patienternas hälsotillstånd av vård- och omsorgspersonal. Dessa saknar i många fall adekvat utbildning (Socialstyrelsen 2022 c). Det styrks även av information som inkommit till IVO från vård- och omsorgspersonal.. Att sjuksköterskorna inte alltid har möjlighet att bedöma patienter i den utsträckning som behövs framgår också i den enkätundersökning som IVO skickat ut till sjuksköterskor.

Arbetsätten inom svensk äldreomsorg bygger i huvudsak på att vård- och omsorgspersonal observerar patienten och rapporterar vidare sina iakttagelser till sjuksköterska som i sin tur rapporterar till läkare. Det innebär att viktiga beslut som läkare fattar kring patientens vård och behandling bygger på observationer från den yrkesgrupp som har lägst medicinsk kompetens. Det finns här en risk att informationen mellan vård- och omsorgspersonal och sjuksköterska missuppfattas eller förvanskas, speciellt i de fall där vård- och omsorgspersonalen har brister i medicinsk kompetens och/eller i det svenska språket. I all hälso- och sjukvård är det även viktigt att personalen kan ge och ta emot instruktioner. Exempelvis gäller det att förstå och följa en instruktion från en sjuksköterska om vad man som vård- och omvårdnadspersonal ska vara uppmärksam på för symtom hos en patient som har en allvarlig sjukdom eller befinner sig i livet slutskede och när man då ska

tillkalla sjuksköterska. När vård- och omvårdnadspersonal har brister i svenska språket finns risk för att man inte förstår och inte kan följa en sådan instruktion. 87 procent av de sjuksköterskor som svarat på IVO:s enkät uppger att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till bristande språkkunskaper på ett sätt som påverkar patienterna i måttlig eller hög grad. I den enkät som skickats ut till närstående framkommer att 73 procent upplever att vård- och omsorgspersonalen inte förstår vad de säger, pga. bristande språkkunskaper. Endast 4 procent av vård- och omsorgspersonalen anser att alla i personalen på arbetsplatsen har tillräckliga kunskaper i svenska.

Det är en stor patientsäkerhetsrisk att vård- och omvårdnadspersonal som har delegering eller på annat sätt bistår legitimerad personal inte förstår svenska och därför inte förstår instruktionen från sjuksköterska. Det är även viktigt att all personal förstår när en avvikelse har inträffat och kan förmedla den vidare.

I IVO:s tillsyn av SÄBO under 2020 framkom i journalgranskningen att var femte patient inte fick någon individuell läkarbedömning vid misstänkt eller bekräftad covid-19. Det framkom också att 40 procent av dessa inte heller fick någon bedömning av sjuksköterska. Dessutom har en väldigt liten andel av de läkarbedömningar som ändå gjorts – under 10 procent – ägt rum på plats. En övervägande majoritet hade skett via telefon, där läkaren pratat med en sjuksköterska och på så sätt gjort bedömningen (IVO 2021).

Av enkätresultatet framkommer att 63 procent av sjuksköterskorna ser patientsäkerhetsrisker orsakat av det stora antal patienter varje sjuksköterska ansvarar för. 47 procent av sjuksköterskorna uppger i enkäten att de inte alltid har förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats hos patienten.

Vid IVO:s intervjuer med medicinskt ansvariga sjuksköterskor inom ramen för tidigare tillsyner av SÄBO framkommer också att man upplever en generell kunskapsbrist hos vård- och omsorgspersonalen. Vidare framkommer att dessa upplever att vård- och omsorgspersonalen har bristande kunskaper i svenska språket. IVO har också konstaterat att legitimerad personal delegerar hantering av läkemedel till personal som inte har tillräcklig erfarenhet, kunskap eller språklig kompetens för att kunna utföra uppgiften på ett säkert sätt (IVO 2020).

## Lagar, förordningar och föreskrifter

Som framgår ovan ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls vilket anges i hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Det innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § HSL). För detta ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL). Vidare ska patienten, enligt patientlagen få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (1 kap. 7 § PL)

Socialstyrelsen lyfter fram sex dimensioner av god hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2019). Dessa är:

- *Säker*: Hälso- och sjukvården ska vara säker där riskförebyggande aktiviteter ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- *Individanpassad*: Hälso- och sjukvården ska bidra till att vården ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- *Kunskapsbaserad*: Hälso- och sjukvården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- *Jämlik*: Hälso- och sjukvården ska se till att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor.
- *Tillgänglig*: Hälso- och sjukvården ska verka för att vården är tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård som hen har behov av.
- *Effektiv*: Hälso- och sjukvården ska använda tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12), om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, anges bl.a. att personalen som arbetar på SÄBO minst bör ha:

- 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
- kunskap om hälso- och sjukvård.

## 2.4 Kontinuitet och dokumentation

### Resultat och bedömning

IVO kan konstatera att bristande personalkontinuitet i kombination med bristande dokumentation medför allvarliga patientsäkerhetsrisker. Bristande efterlevnad till reglerna om vårdplan ökar riskerna ytterligare. Av granskningen framgår sammanfattningsvis att:

- Nästan var tionde patient (8 procent) har sex eller fler olika sjuksköterskor en vanlig månad. Av dessa patienter saknar 4 av 10 (39 procent) dokumenterad vårdplan.
- 4 av 10 patienter (44 procent) saknar dokumenterad vårdplan i kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.
- 1 av 5 sjuksköterskor (21 procent) uppger att man inte har tillgång till primärvårdsjournalerna för någon av sina patienter.
- I 6 av 10 journaler (63 procent) saknas dokumentationskoder helt (dvs. klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) samt klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

- Var tredje kommun (96 kommuner) saknar dokumentationskoder i samtliga journaler.
- Nästan 7 av 10 sjuksköterskor (67 procent) anser att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till dokumentationsbrister och tillgång till olika journaler på ett sätt som påverkar patienten i måttlig eller hög grad.

Hälso- och sjukvårdsverksamheter är beroende av olika typer av information om den enskilde patienten. Det handlar ofta om en stor mängd information som hanteras av många olika personer. För att se till att patienten får en god och säker vård måste vårdgivaren enligt lag föra journal över patienten. En patientjournal innehåller uppgifter om och dokumentation t.ex. över en patients hälsotillstånd, behandling och vårdåtgärder.

En god dokumentation är en av grundpelarna för att en god och säker vård ska kunna ges. Det handlar om att dokumentera rätt information, varken för mycket eller för lite. IVO kan konstatera att det i en betydande del av vården vid SÄBO saknas dokumentation i journalen över vilken riktning vården ska ha eller vilken vård som planeras för enskilda patienter. 67 procent av sjuksköterskorna i enkäten vittnar om att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till bristande dokumentation, en oroväckande hög andel.

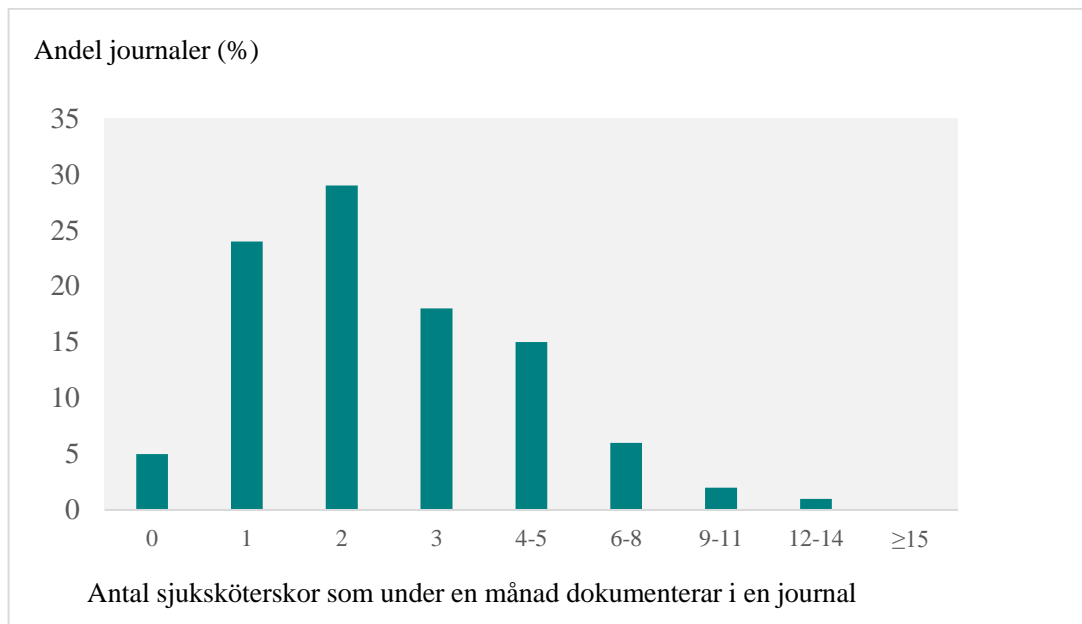
I en tid då vården och omsorgen präglas av personal- och resursbrist är det ur ett patientsäkerhetsperspektiv ännu viktigare att dokumentationen speglar patientens vårdbehov och vilka vårdinsatser som är genomförda eller ska genomföras. IVO bedömer att kvaliteten på dokumentationen i kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler är på för låg nivå för att upprätthålla patientsäkerheten och möjliggöra nationella kvalitetsuppföljningar. Det är för övrigt bara ett 40-tal kommuner som delar sin information via Nationell patientöversikt (NPÖ) (Inera 2022) vilket kan medföra att nödvändig information inte finns tillgänglig för de som står närmast patienten

Nästan 90 procent av de äldre som bor på SÄBO har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser (Socialstyrelsen 2022 b). Idag sker dokumentationen av patientens vård och behandling i flera journaler. Journaler förs i kommunen och av flera andra aktörer, tex. primärvården inom regionens ansvarsområde, för samma patient. Till det kommer insatser enligt socialtjänstlagen som dokumenteras i den sociala journalen i kommunen. Detta gör att planering och insatser behöver dokumenteras i flera olika journaler för samma patient, vilket leder till (minst) dubbel dokumentation och ställer stora krav på att personalen som arbetar jämte patienter får den information som de behöver. Annars riskerar informationsbrister att leda till allvarliga patientsäkerhetsbrister.

Ju fler personer som är involverade i patientens vård och behandling desto viktigare är det att det finns en tydlig dokumentation som innehåller en planering för patientens vård och behandling. Detta för att säkerställa att patienten får rätt vård vid rätt tillfälle. Journalgranskningen visar att det inte är ovanligt att patienter har sex eller flera olika sjuksköterskor som dokumenterar i den kommunala hälso-

och sjukvårdsjournalen under en vanlig månad. Variationerna mellan kommunerna är stora.

Figur 3 Antal olika sjuksköterskor som en vanlig månad dokumenterar i en patients journal (perioden från januari 2019 till juni 2021).



Källa: IVO:s journalgranskning 2022

En förutsättning för att viktig information ska kunna finnas tillgänglig för all vård- och omsorgspersonal som behöver den, är att vårdplaner upprättas för de patienter som har behov av det. Det bör enligt IVO:s bedömning gälla i princip alla personer som har hälso- och sjukvårdsinsatser och är boende på SÄBO.

Granskningen visar att fyra av tio patienter (44 procent) saknar dokumenterade vårdplaner i sin kommunala hälso- och sjukvårdsjournal. I gruppen patienter som träffar sex eller fler sjuksköterskor en vanlig månad är det 4 av 10 patienter (39 procent) som saknar dokumenterad vårdplan i sin kommunala hälso- och sjukvårdsjournal. Vårdplanerna kan dock ha dokumenterats i andra dokument och system i kommunen än de kommunala hälso- och sjukvårdsjournalerna som nu granskats. Vårdplaner kan också återfinnas hos andra vårdgivare. Vård- och omsorgspersonal samt sjuksköterskorna vid SÄBO har i många fall ingen eller bristfällig tillgång till andra journaler än den egna kommunens. I vissa fall har de heller inte tillgång till den egna kommunens alternativa dokumentation av vårdplan. Det betyder att den identifierade bristen omöjliggör eller allvarligt hindrar möjligheterna att i praktiken genomföra vårdplanen, alternativt att erforderliga vårdplaner saknas. Effekten för patienten blir negativ oavsett.

Utöver god kvalitet i dokumentationen bör innehållet i journalen, dvs. texten, följer Socialstyrelsens rekommendationer om standardisering för att minska missförstånd och för att förenkla uppföljning. Vårdgivaren bör bl.a. använda klassifikation av

vårdåtgärder (KVÅ) och klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) när dessa är tillämpliga. Med hjälp av dessa klassificeringar (dokumentationskoder) kan personal i vård och omsorg dokumentera information om patienter på ett systematiskt och enhetligt sätt. Denna information ska sedan rapporteras in till Socialstyrelsen enligt gällande föreskrift (HSL-FS 2017:67). Av granskningen framgår att det i 6 av 10 av journalerna (63 procent) helt saknas dokumentationskoder när det gäller KVÅ samt ICF. I en tredjedel (34 procent) av kommunerna saknas det sådana dokumentationskoder i samtliga journaler.

Genom journalgranskningen kan IVO se att kvaliteten av innehållet i de kommunala hälso- och sjukvårdsjournalerna som beskriver patientens vård och behandling är mycket varierande. Det är en stor variation i vilka begrepp som används för att beskriva samma sak, exempelvis brytpunktssamtal, som kan benämnas som brytsamtal, förhandsplanering av vård eller andra begrepp. IVO ser också att journalerna skiljer sig så pass mycket åt att en nationell jämförelse är svårt att göra, vilket försvårar möjligheten att följa upp kravet på en jämlik vård. IVO bedömer att bristerna i dokumentationen leder till allvarliga patientsäkerhetsrisker.

Att personalkontinuiteten behöver förbättras i äldreomsorgen var en av Coronakommissionens slutsatser (SOU 2020:80). Att ständigt möta nya vårdkontakter kan skapa både otrygghet, leda till bristfällig vård och ökade risker för patienterna.

IVO menar att bristande personalkontinuitet i kombination med bristande dokumentation är en allvarlig riskfaktor för patientsäkerheten, vilket kan riskera liv och hälsa. För att patienten ska få en god och säker vård är det viktigt att det finns en tydlig dokumentation om patientens tillstånd och planering för patienten. Det gäller särskilt om hälso- och sjukvårdspersonalen, som ofta är fallet vid bristande personalkontinuitet, saknar personlig kännedom om patienten. Om det saknas en tydlig dokumentation och planering för patienten finns risk för att rätt åtgärder inte vidtas om patienten blir försämrad. Det kan i sin tur leda till att patienten drabbas av onödig inläggning på sjukhus, alternativt inte får tillgång till sjukhusvård. Det riskerar att ske i större utsträckning när det är många olika sjuksköterskor inblandade i patientens vård och behandling.

Flera kommuner har svårt att rekrytera både sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal. Sjuksköterskor som arbetar kvällar, helger och nätter har ofta stora ansvarsområden och överrapporteringen mellan sjuksköterskor bygger många gånger på att man tar del av patientens journal. IVO ser av inkomna anmälningar att det saknas fast läkare i primärvården på många håll i landet. Detta innebär att det finns brister i kontinuitet både bland vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och läkare, vilket innebär patientsäkerhetsrisker.

## Lagar, förordningar och föreskrifter

I patientdatalagen (2008:355), PDL, regleras skyldigheten att föra patientjournal. En sådan ska föras när en patient får vård (3 kap. 1 § PDL). Syftet med det är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten (3 kap. 2 § PDL). En



patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga ska journalen alltid innehålla bl.a. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, ställd diagnos, vidtagna och planerade åtgärder samt uppgift om en patient har beslutat att avstå från en viss vård eller behandling (3 kap. 6 § PDL). Kraven på innehållet i en patientjournal förtydligas ytterligare i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Av 5 kap. 5 § i föreskriften anges bl.a. att journalen i förekommande fall ska innehålla uppgifter om bl.a. aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden och resultatet av dessa åtgärder, ordinationer och ordinationsorsak samt vårdplanering.

Vidare anges i 5 kap. 2 § HSLF-FS 2016:40 att vårdgivaren ska säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga. Vårdgivaren bör för detta använda tillämpliga delar av bl.a. klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

Från och med 1 januari 2019 gäller Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. I föreskrifterna slås fast att uppgifter om vårdåtgärder som har utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den kommunala hälso- och sjukvården, där kommunen är vårdgivare, ska rapporteras till Socialstyrelsen. Dessa uppgifter ska vara klassificerade enligt den mest detaljerade nivån i KVÅ.

## 3. Metod och avgränsning

### 3.1 Journalgranskning

Arbetet inom aktuell tillsyn har hittills avgränsats till kommunernas hälso- och sjukvårdsinsatser för patienter vid SÄBO som drivs i kommunal regi. Det har gjorts för att lägga grunden för tydlighet och träffsäkerhet i kommande tillsynsbeslut i förhållande till kommunerna och det ansvar som faller på dessa. Tillsynen omfattar 1 985 SÄBO i 283 kommuner och stadsdelar och som underlag för granskningen används 55 653 journaler.

De möjliga källorna för information om den kommunala hälso- och sjukvården för personer vid SÄBO är begränsade. På nationell nivå saknas i stor utsträckning motsvarande statistik och register som finns för den regiondrivna hälso- och sjukvården. IVO har därför i aktuell tillsyn huvudsakligen varit hänvisad till den information som finns i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

För att få en god bild över brister och risker har IVO begärt in patientjournaler för personer som bor eller har bott på SÄBO från 283 kommuner under perioden 2019-01-01 till 2021-06-30. De sju kommuner som inte drev boenden i kommunal regi under insamlingsperioden ingår inte i denna del av granskningen.

En digital överföringstjänst har använts för att underlätta och göra det säkrare för vårdgivaren att skicka in de aktuella journalerna till IVO. Den digitala tjänsten har också gjort det lättare för IVO att granska och analysera den stora mängden material. Majoriteten av kommunerna använde överföringstjänsten för att inkomma med begärda handlingar. Journalerna lagras på säkra servrar i Sverige (bakom brandväggar och fysiska skydd) med separerade ytor för lagring och analys. Den tekniska lösningen uppfyller MSB:s (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) krav för hantering av information med denna säkerhetsklass. När det gäller utformningen av informationsinsamlingen har IVO beaktat minimeringskraven som följer av dataskyddsförordningen<sup>2</sup>, både vad gäller uppgiftsinsamling och lagring av uppgifter. Det betyder att IVO inte begärt mer information än vad som är nödvändigt för att kunna genomföra erforderlig tillsyn.

IVO har gjort ett slumpmässigt urval som omfattar en tredjedel av de patienter som bor eller har bott på berörda SÄBO under den aktuella tidsperioden. På större boenden innebär detta att antalet journaler blir fler och på mindre boenden blir antalet färre. Det blir dock aldrig färre än tio journaler per boende. Totalt har journaler för 55 653 patienter begärts in. Journaler har inkommit för 54 349 patienter. Av dessa har journaler för 53 845 patienter kunnat bearbetas. I de fall journalerna inte har kunnat bearbetas har det framför allt berott på att det har saknats signaturnamn i journalerna eller att algoritmen inte har uppfattat datumstämplarna i journalen och därmed inte kunnat dela upp journalen i olika inlägg.

Mängden journaler som begärts in är anpassad för att ge ett rättvisande underlag. Urvalet är nödvändigt för att ge goda förutsättningar att genomföra granskning på kommunnivå. I underlaget finns journaler från patienter som bott på boendet under hela insamlingsperioden, patienter som flyttat in under insamlingsperioden samt patienter som avlidit under perioden. Det gör det möjligt att granska att den breda patientgruppen givits en god vård, men också vård som specifikt gäller vård i livets slutskede.

Den maskinella journalgranskningen har tagit avstamp i de metoder som används i markörbaserad journalgranskning (MJG), där man med hjälp av markörer identifierar vilka journaluppgifter som ska granskas vidare för att upptäcka vårdskador. Den granskning som IVO har gjort är maskinell, där flera sökord och begrepp har använts för att identifiera olika företeelser i vården.

Den maskinella journalgranskningen har genomförts i två steg. Först har respektive journal maskinellt delats in i journalinlägg. För varje inlägg har tid för inlägget, namnet och yrkesrollen för personen som författat inlägget extraherats. Detta används för att se när i tid något har skett samt hur många olika personer och yrkesroller som antecknar i journalen. I nästa steg har sökord, även kallade markörer, använts för att hitta information i journalinläggen som kan ge

---

<sup>2</sup> Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

information om hur vården utförts. Till exempel har en sökning gjorts för ord som kan kopplas till vårdplan (t.ex. behandlingsplan eller vpl) för alla inlägg i en patients journal.

## Styrkor och svagheter

Svensk äldreomsorg brottas med stora brister, därför blir också tillsynen omfattande. Det kräver nya arbetssätt, vilket i sin tur gjort det möjligt att samla in ett större underlag för granskningen än vad som annars varit fallet. Det är en stor styrka med metoden och det har resulterat i en rad nyckeltal som tillsammans ger förståelse för hur patienter bedöms och behandlas i den kommunala hälso- och sjukvården på SÄBO i Sverige som helhet, men också i enskilda kommuner.

En utmaning med maskinell journalgranskning är att hitta träffsäkra markörer, det vill säga sökord eller meningar, för alla frågeställningar. Generellt sett blir inte resultaten mer relevanta än de sökord som använts, och är också beroende av hur standardiserat personalen dokumenterat. Det kan också finnas skillnader över landet avseende hur olika vårdsituationer benämns och dokumenteras. Sökorden som använts finns samlade i en särskild bilaga (se bilaga 1). Det kan även finnas andra utmaningar, exempelvis om det i journalen använts ord för vård som inte getts. Det kan t.ex. handla om att journalgranskningen söker efter om patienten har fått ett specifikt läkemedel och det i journalen är dokumenterat att en patient inte har fått detta. Då finns risk för s.k. falska fynd eftersom journalgranskningsverktyget letar efter specifika ord. I de fall där det är relevant har en anpassning gjorts för detta där meningar med vissa negationer exkluderas.

IVO är också medveten om att olika kommuner har olika tekniska system för journalföring och därmed journaler i olika format. Ett journalinlägg ska innehålla kombinationen av tidsangivelse (datum och tidpunkt), yrkesroll och namn och verktyget har utvecklats för att kunna hantera en majoritet av all variation som finns mellan kommuner. En validering har gjorts av såväl markörorden som hur väl verktyget hanterar extraheringen av journalinlägg. Resultatet av valideringen redogörs för i nästkommande avsnitt.

## 3.2 Validering av journalgranskningsresultatet

För att få en överblick över osäkerheterna i resultatet från den maskinella journalgranskningen har en validering genomförts. Det har gjorts genom en manuell journalgranskning av 106 kompletta journaler med IVO:s inspektörer för att kunna beräkna samstämmigheten i markörerna för tillsynsområdena. Utöver detta har cirka 14 000 anteckningar validerats separat för att se hur väl den maskinella journalgranskningen identifierar en anteckning. Båda valideringar har gjorts för att se hur stor skillnad en manuell och maskinell granskning ger. I den manuella journalgranskningen har inspektörerna sökt efter om tex. brytpunktssamtal skett, läkemedelsgenomgång har gjorts eller om en vårdplan finns

utifrån deras bedömning, det vill säga inte bara utifrån de sökord som den maskinella granskningen har använt.

Tabellen nedan visar samstämmigheten mellan den maskinella och manuella journalgranskningen. Som nämns ovan, så indikerar valideringsnivån överensstämmelsen i att identifiera en anteckning (datum, namn och roll) eller en markör för att identifiera risker för eventuella brister.

Valideringsnivå	Markörer	Samstämmighet
Anteckning	Rätt datum har identifierats	99,1%
Anteckning	Rätt namn (av sjuksköterska) har identifierats	98,7%
Anteckning	Rätt roll (sjuksköterska) har identifierats	98,5%
Journal	Patienten har avlidit	95%
Journal	Förekomst av brytpunktsamtal	81%
Journal	Användande av KVÅ/-ICF-koder	83%
Journal	Förekomst av läkemedelsgenomgång	84%
Journal	Förekomst av läkemedel som bör undvikas	85%
Journal	Förekomst av vårdplan	66%
Journal	Förekomst av palliativa läkemedel	* 3

Överlag finns en låg förekomst av fel (i snitt är träffsäkerheten för datum, namn och roll cirka 98,8 procent) vid identifikation av journalinlägg. Detta har alltså en låg påverkan på kommunresultatet. Nyckeltal som bygger på tid används för beräkning av antal sjuksköterskor och kontinuitet.

Vidare har valideringen påvisat en god samstämmighet, över 80 procent, mellan den maskinella och den manuella granskningen för markörer som identifierar risker. Ett undantag är förekomsten av vårdplaner, där träffsäkerheten är 66 procent. Generellt övervärderar den maskinella granskningen förekomsten av vårdplaner i jämförelse med den manuella granskningen. Det beror på att även vårdplaner som avser en specifik åkomma eller sjukdom riskerar att räknas med, även om patienten saknar en vårdplan för vården på SÄBO. Det är viktigt att känna till i det fortsatta tillsynsarbetet och utgör en tydlig indikation på var den maskinella träffsäkerheten kan utvecklas.

<sup>3</sup> Samstämmigheten för palliativa läkemedel kan inte beräknas då vi definierar palliativa läkemedel som att vi hittar minst tre olika palliativa läkemedel i samma journal. Däremot kan så kallad precision och recall beräknas för förekomsten av enskilda palliativa läkemedel på anteckningsnivå. Precision är 0,76 och recall 0,88.

I redogörelsen av nyckeltal i rapporten förekommer begreppet ”en vanlig månad”. Det syftar här på en medianmånad. Beräkningen görs genom att ta medianen av samtliga månaders värde. För resultat som innefattar begreppet ”en vanlig månad” har samstämmigheten inte kunnat beräknas eftersom de innefattar komplexa beroenden mellan flera markörer och i tid. Detsamma gäller indikatorer som mäts i två steg, till exempel om en sjuksköterska har dokumenterat att läkarkonsultation skett eller inte inför att behandling med palliativa läkemedel inleds.

Slutligen har en extern kodgranskning av kodbasen som bland annat identifierar journalinlägg och aggregerar resultat till nyckeltal genomförts. Resultaten av denna genomgång är en väldokumenterad kod utan tydliga felaktigheter som påverkar resultatet.

### 3.3 Enkätundersökningar

För att fördjupa bilden av förutsättningarna för god och säker vård för personer som bor på SÄBO har IVO i tillsynen genomfört ett antal enkätundersökningar. Enkäter ger en möjlighet att besvara frågor som är svåra att fånga med maskinell journalgranskning och fungerar därmed som komplement till journalgranskningen. Ett exempel är frågor om kompetens och språk, där det saknas underlag från journalgranskningen. Genom enkätsvaren skapas även ökad förståelse för patienters och närståendes upplevelser kring medicinsk vård och behandling på SÄBO. Enkäterna skickades ut under 2021-2022. Rapporten omfattar enkät svar från följande respondentgrupper:

- *Enkät riktad till närstående och patienter boende på särskilt boende.*

Utskick av enkäten gick via pensionärsföreningarna SPF, PRO, SKPF samt RPG som spred enkäten i sina nätverk. Utöver detta lades även en länk till enkäten upp på IVO:s hemsida. Totalt uppgick antalet respondenter till 687. Svartalternativen i närståendeenkäten utgörs i de flesta fall av en svarsskala från 0 till 5, där 0 är mest negativt och 5 är mest positivt. Generellt lyfter IVO i rapporten fram hur hög andel som har svarat något av alternativen 0-2.

- *Enkät riktad till vård- och omsorgspersonal på SÄBO.*

Totalt 1 783 respondenter med olika yrkesbakgrund besvarade enkäten. Respondenterna var vård- och omsorgspersonal såsom undersköterskor, vårdbiträden. Svartalternativen för frågorna i enkäten har i de flesta fall haft följande skala: alltid – oftast – ibland – sällan- aldrig. Generellt lyfter IVO i rapporten fram hur hög andel av respondenterna som inte har svarat ”alltid”. Enkäten fanns även publicerad på IVO:s hemsida under samma insamlingsperiod. Enkäten på hemsidan användes dock inte som det var tänkt och IVO valde därför att ta ner länken till enkäten från hemsidan. Av den anledningen är resultaten från enkäten på hemsidan inte inkluderade i underlaget.

- *Enkät riktad till sjuksköterskor som jobbar i kommunal hälso- och sjukvård.*

Totalt uppgick antalet respondenter till 2 614, där alla arbetade som sjuksköterska med arbetsuppgifter på SÄBO. I den svarsskala som har använts har

sjuksköterskorna i de flesta fall kunnat svara med följande alternativ: alltid – oftast – ibland – sällan – aldrig. Generellt redogör IVO i rapporten hur hög andel av respondenterna som inte har svarat ”alltid”.

## Styrkor och svagheter

De tre enkäterna som används i tillsynen i nuläget har skickats ut på olika sätt och har därmed också olika kvalitet och svagheter. Enkäten till sjuksköterskor har skickats ut via kommunernas registratur. Där har IVO fått in 2 614 svar med en god spridning mellan kommuner och proportionalitet gentemot kommunernas storlek.

Enkäten till närstående och patienter har skickats ut via pensionärsförbund samt funnits tillgänglig via länk på IVO:s hemsida. Den absoluta majoriteten av respondenterna är närstående – patienterna utgör endast 15 personer – varför IVO redovisar svaren som närståendes syn på verksamheten. Det totala antalet svar i närståendeenkäten är 687 stycken. Det finns en god spridning mellan landets kommuner, dock finns det vissa kommuner med ett oproportionerligt litet antal svar i förhållande till sin kommunstorlek och vice versa. På grund av denna svaghet används svaren från den här enkäten endast för att ge en bild på nationell nivå, inte för enskilda kommuner.

Enkäten som avser vård- och omsorgspersonalens erfarenheter har skickats ut via fackförbundet Kommunal. Totalt har 1 783 respondenter svarat på enkäten och det finns en god spridning mellan landets kommuner. I likhet med närståendeenkäten finns det dock vissa kommuner med ett oproportionerligt litet antal svar i förhållande till sin kommunstorlek och vice versa. Svaren används därför endast för att ge en bild på nationell nivå och inte för enskilda kommuner. Enkäternas frågor och svarsalternativ redovisas i bilagor.

## 4. Slutsatser och fortsatt tillsyn

Resultaten hittills i granskningen bekräftar, och preciserar, tidigare kända kunskaper om brister och patientsäkerhetsrisker inom äldre vården. Det är första gången som det genomförs en nationell tillsyn av vården vid SÄBO, det vill säga att alla kommunalt drivna SÄBO:n i hela landet granskas samtidigt. Det fördjupar kunskapen om hur bristerna och riskerna är fördelade. Det skapar i sin tur förutsättningar för IVO att genomföra tillsynen mer träffsäkert och på så sätt med ökad effekt. Resultaten lägger grund för IVO:s fysiska inspektioner i samtliga kommuner med SÄBO i kommunal regi, med start under hösten 2022, och kommer då att kunna verifieras och kompletteras.

Svensk äldre vård och omsorg har haft omfattande brister och risker under många års tid. IVO:s tidigare tillsyner har inte haft tillräcklig effekt och har inte lett till att vårdgivare och huvudmän vidtagit förbättringsåtgärder i tillräcklig grad. Enstaka kritikbeslut eller övergripande iakttagelser har inte förmått att stimulera lärande och bidra till förbättringsarbete. Tillsynen har därmed inte bidragit till ökad

beredskap för att möta framtidens utmaningar, som i stora delar redan är här. Pandemin synliggjorde bristerna och orsakade ytterligare påfrestningar och utmaningar, inte minst avseende bemanning. De kvardröjande effekterna av pandemin är fortfarande synliga, och till det kommer de tidigare identifierade utmaningarna med den långsiktiga demografiska utvecklingen, kompetensförsörjningen och övriga kvalitetsaspekter.

Lagstiftningen som ska garantera äldre på SÄBO en säker och god vård är tydlig. Det finns både övergripande regler om vårdgivarnas skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten så att en god vård nås, samt olika detaljerade regler om bland annat individuell planering av vården, läkemedelshantering och vård i livets slutskede. Dessa regler har inte följts fullt ut.

Kompetensbristen är en allvarlig risk då multisjuka äldre personer vårdas av vård- och omsorgspersonal som många gånger saknar adekvat utbildning och tillräckliga kunskaper i det svenska språket. Riskerna med detta ökar ytterligare eftersom arbetsätten som regel bygger på att det är denna personal som gör de direkta bedömningarna av patienten, rapporterar detta till sjuksköterska, som i sin tur rapporterar till läkare vid behov. Läkemedelshantering bygger i praktiken på att sjuksköterska delegerar uppgifter till vård- och omsorgspersonal med bristande kompetens för uppgiften. Mer än varannan sjuksköterska anser att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till detta.

Omfattande läkemedelsbehandling i en känslig patientgrupp, i kombination med olika huvudmän och vårdgivare, ställer höga krav på rutiner, tydlighet i kommunikation och informationsöverföring. Tillsynen visar att ungefär hälften av patienterna saknar en dokumenterad läkemedelsgenomgång och att 20 procent av patienterna har olämpliga läkemedel. Sjukvården. IVO kan konstatera att den låga graden av regelefterlevnad innebär tydliga risker för patientsäkerheten och risk för vårdskador. Läkemedelsbiverkningar som är möjliga att förebygga riskerar leda till försämrad hälsa och livskvalitet och onödiga akuta inläggningar av äldre på sjukhus.

God dokumentation och kommunikation är avgörande när arbetsätten bygger på att ickelegitimerad vård- och omsorgspersonal (ofta utan adekvat utbildning) möter patienten i vardagen och rapporterar till sjuksköterska, som i sin tur rapporterar till läkare, som fattar beslut om medicinsk vård och behandling. Denna kedja, bräcklig i sig, utmanas ytterligare om det är låg kontinuitet i personalgruppen, bristande journalföring, vårdplaner som inte finns tillgängliga för all berörd personal, osäker läkemedelshantering och dessutom omfattande språkförbistringar i personalgruppen. Det leder till missade diagnoser, avvikelser, utebliven vård, försämrat hälsotillstånd och en allmänt patientsäker vård. Tillsynen visar att det i en betydande del av vården vid SÄBO saknas dokumentation i journalen över vilken riktning vården ska ha eller vilken vård som planeras för enskilda patienter. Förutom att dessa brister leder till fara för patientens liv och hälsa leder de till stora svårigheter för vårdgivaren att följa upp vården och bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Dokumentationsbördan

ska inte öka, men det är ett grundläggande krav att det i en patientjournal går att följa den vård och behandling som planerats och genomförs.

IVO konstaterar även att patienter och närstående inte känner sig trygga med vården i livets slutskede. Det råder en brist på information och delaktighet samt förekomst av brytpunktssamtal. Även om brytpunktssamtal kan ha genomförts så noterar IVO att samtalen i låg grad dokumenterats i den journal som kommunens personal har åtkomst till. Därmed omöjliggörs eller försvåras genomförandet av vård i livets slutskede enligt brytpunktssamtalet.

Tillsynen bekräftar problembilden och preciserar förekomsten av patientsäkerhetsbrister. Variationen är stor över landet, men IVO konstaterar att ingen kommun till fullo följer de lagar och regler som gäller för vården vid SÄBO. Lågstanivån är för låg och det är inte acceptabelt. Lagstiftningen som ska garantera äldre patienter på SÄBO en säker och god vård måste upprätthållas. Det är mot denna allvarliga bakgrund som den nationella tillsynen nu fortsätter. IVO avser att driva tillsynen långsiktigt till dess att tillräckliga effekter för patienterna kan konstateras. Fokus är att:

- Genom återkoppling till vårdgivarna av tillsynens iakttagelser bidra till lärande och förbättringsarbete. IVO bedömer att samtliga kommuner har ett jobb att göra, och att även de kommuner som är relativt sett bäst eller bättre också behöver genomföra förbättringsåtgärder för att uppnå lagens krav. I valda delar inkluderas regionerna i återkoppling även i denna fas av tillsynen.
- Genom tillsynsbeslut där brister i aktuell verksamhet påtalas gentemot vårdgivare och huvudmän definiera lågstanivån, dvs. var gränsen enligt lagstiftningen går för hur låg graden av kvalitet och säkerhet i vården vid SÄBO som är acceptabelt. ” I de fall IVO anser det nödvändigt kan myndigheten komma att vid vite förelägga ansvariga för verksamheter att vidta åtgärder för att säkerställa en god och säker vård eller alternativt förbjuda verksamheter.

De fysiska inspektionerna kommer att påbörjas under hösten 2022 och fortsätta under våren 2023. Tillsynsbeslut kommer att fattas gällande samtliga kommuner. .



## Referenser

### Publikationer

Inera 2022. Statistik för Nationell patientöversikt (per den 2022-04-08)

IVO 2020. Vad har IVO sett 2019?

IVO 2021. Vad har IVO sett 2020?

IVO 2022. Vad har IVO sett 2021?

Socialstyrelsen 2019. Öppna jämförelser 2018

Socialstyrelsen 2021. Lista över läkemedel som bör undvikas till äldre

Socialstyrelsen 2022 a. Socialstyrelsens termbank,  
<https://termbank.socialstyrelsen.se>

Socialstyrelsen 2022 b. Vård och omsorg om äldre 2022

Socialstyrelsen 2022 c. Öppna jämförelser 2022. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård

SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen

Szebehely 2020. Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden. Underlagsrapport till SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen.

### Lagar, förordningar och föreskrifter

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL

Patientdatalagen (2008:355), PDL

Patientlagen (2014:821), PL

Patientsäkerhetslagen (2010: 659), PSL

Proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om  
livsuppehållande behandling

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos  
personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre,

Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom  
den kommunala hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:67)

## Bilagor

Bilaga 1 Markörer/sökord

Bilaga 2 Enkät till boende och närstående

Bilaga 3 Enkät till vård- och omsorgspersonal

Bilaga 4 Enkät till sjuksköterska