

onödiga kostnader och oklar ansvarsfördelning. Med ett samlat huvudmannaskap ökar förutsättningarna för att de medicinska och sociala insatserna kan integreras till en helhet. Ett samlat ansvar för vården och omsorgen om äldre ger bättre förutsättningar för en väl fungerande hemsjukvård. För den enskilde behövs ett team och ett samlat ansvar som kan se till att insatserna planeras och genomförs på ett sätt som tillgodoser den enskildes samlade behov. Både socialt och medicinskt utbildad personal behöver arbeta i team i den enskildes bostad (prop. 2005/2006:115 s. 40). Enligt IVO gäller detta för alla personer som har behov av både vård och omsorg, även personer med funktionsnedsättning.

Vikten av en helhetsyn på den enskilde äldres behov understryks också i förarbetena till värdegrundbestämmelsen 5 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453). De sjukaste äldre har ett behov av en individanpassad, trygg, bred, samordnad och kontinuerlig vård och omsorg. En värdegrundsbaserad vård och omsorg där helhetssyn är viktig och minimerar behovet av återkommande oplanerade vårdtillfällen i slutenvården. Detta kräver en flexibel organisation, som regel multidisciplinära och multiprofessionella team och arbetsformer med lösningar som fungerar över vårdgivar- och huvudmannaskapsgränser (prop. 2009/10:116 s 10).

Enligt 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ansvarar nämnden för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Enligt 2 § samma kapitel ska nämnden med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Av 4 kap. 5 och 6 §§ samma föreskrift följer att nämnden ska fastställa de processer och rutiner som behövs för en god intern samverkan.

2.1.2 Uppgifter inhämtade vid inspektion

Vid inspektion i Gnesta kommun den 10 och 11 november 2015 framkom bl.a. följande.

Uppgifter lämnade avseende samverkan sjuksköterskor och hemtjänstpersonal;

- *Sjuksköterskorna* uppgav följande.
 - Samverkan med personal i hemtjänsten har försvårats eftersom hemtjänstpersonalen och sjuksköterskorna har olika geografiska ansvarsområden.
 - Teammöten med hemtjänstgruppen Öst/Väst fungerar inte p.g.a. -- att det saknas struktur, sjuksköterskorna förutsätts delta men vet inte i förväg vilka frågor/vård- och omsorgstagare som ska diskuteras,
 - vissa vård- och omsorgstagare som diskuteras känner inte

närvarande sjuksköterska till då denna inte är PAS för dessa,
-- arbetsgruppen är stor (upp till 40 personer) vilket betyder att det är olämpligt att prata om vården och omsorgen i gruppen (alla som deltar i mötet deltar inte i vården och omsorgen av den enskilde vård- och omsorgstagaren).

- Teammötena med hemtjänstgrupp Björnlunda fungerar bättre och är givande. Färre personer deltar och PAS kan lyfta viktiga frågor. Dock finns ingen särskild struktur för mötena och det finns heller ingen rutin för att följa upp vidtagna åtgärder.

- Om hemtjänstpersonal ska utföra hälso- och sjukvårdsinsatser måste sjuksköterska skriva en vårdplan. Denna ligger till grund för en debitering mellan enheterna. Detta försvårar samverkan, t.ex. är det svårt att snabbt och enkelt få till tillfällig extra tillsyn av en person. Arbetet blir också mindre effektivt, hemtjänsten skulle t.ex. kunna utföra enklare hälso- och sjukvårdsuppgifter till någon som bor tillsammans med, eller i närheten av, en person som redan har besök för sociala insatser.

- *Hemtjänstpersonalen* uppgav följande.

- Tidigare arbetade hemtjänstpersonalen i team tillsammans med legitimerad personal, vilket fungerade bra, men detta förekommer inte längre. PAS fanns då utsedd men detta arbetssätt har upphört. Även demensteam och palliativa team har upplösts. Detsamma gäller arbetssättet med kontaktperson inom hemtjänsten.

- "Alla ska sköta allt" inom hemtjänsten men personalen får ingen utbildning. De saknar också stöd från ledningen.

- Teammöten hålls var tredje vecka. Arbetsterapeut, sjukgymnast och enhetschef deltar. Oftast deltar även sjuksköterska.

- Teammötena har ingen dagordning men hemtjänstpersonalen kan anteckna på en lista vad de vill ta upp på mötet. Normalt hinner man prata om fem till sex vård- och omsorgstagare på mötet och mötena upplevs ofta som stressiga.

- Om personalen har frågor om en vård- och omsorgstagare ringer eller mailar de som huvudregel till ett telefonnummer (till den s.k. telefonsjuksköterskan). Denna lämnar frågan vidare till annan sjuksköterska. Hemtjänstpersonalen måste dock först förvissa sig om att personen är inskriven i hemsjukvården.

- Samverkan med den avancerade hemsjukvården i hemmet som

bedrivs av landstinget (ASIH) har upphört. Några rutiner finns inte för omhändertagandet av dessa personer i kommunen.

- Personalen kände inte till kommunens projekt ”Trygg hemgång”.

- *Tf enhetschef vid hemtjänsten Öst/Väst* uppgav följande:
 - Samverkan mellan hemtjänstens personal och sjuksköterskorna fungerar bättre nu än tidigare. Sjuksköterskorna deltar vid teamträffar men man arbetar ännu inte fullt ut i team. PAS-ansvaret fungerar inte då hemtjänstpersonalen inte känner till vilken sjuksköterska som ansvarar för vilken vård- och omsorgstagare.
 - Det finns inget strukturerat sätt att komma till rätta med att ”hemtjänsten arbetar för sig och sjuksköterskorna för sig”. En orsak kan vara att hemtjänsten inte arbetar med kontaktmannaskap, att omsättningen på personal har varit hög inom hemtjänsten och att genomförandeplaner inte finns hos de som får insatser.
- *Enhetschef vid hemtjänst Björnlunda* uppgav följande.
 - I Björnlunda fungerar samverkan bra. PAS-funktionen fungerar men det finns fortfarande problem att det kan ta lång tid med handledning/utbildning och delegering.

Uppgifter avseende samverkan mellan sjuksköterskor och personal vid särskilt boende för äldre;

- *Sjuksköterskorna* uppgav följande.
 - PAS finns utsedd för alla som bor på särskilt boende. Detta innebär att sjuksköterskan ska vara synlig på ”sin” avdelning, att vårdplaner är uppdaterade och att beställningar för inkontinensmaterial och läkemedel skickas samt att signeringslistor är uppdaterade.
 - Sjuksköterskor går på alla teamträffar som hålls.
 - Omvårdnadspersonalen kontaktar normalt sjuksköterskan via den s.k. telefonsjuksköterskan.
 - Det är oklart hur arbetet på Liljedalshemmet ska genomföras i framtiden då en avveckling och omvandling av platserna genomförs.
- *Omvårdnadspersonalen på Liljedalshemmet* uppgav följande.
 - Samverkan med sjuksköterska har förbättrats generellt när det gäller t.ex. deltagande i teammöten och kontakt via telefonsjuksköterskan. De kände dock inte till att de som bor på

boendet har en PAS.

- Det förekommer problem med signeringslistorna för läkemedelsöverlämnande på boendet. Ibland är de otydliga och det förekommer att dessa inte förnyas, vilket är sjuksköterskornas uppgift.

- *Omvårdnadspersonalen på Frustunagården* uppgav följande.
 - Samverkan med sjuksköterskorna har förbättras. En särskilt utsedd sjuksköterska är ansvarig för varje avdelning. Denna är också PAS för de som bor där. Kontakt med telefonsjuksköterska och teammöten fungerar tillfredsställande.

Uppgifter avseende samverkan mellan sjuksköterskor och personal vid boenden med särskilt service för vuxna;

- *Personalen vid Kullagatans stödboende* (boende med särskild service för vuxna) uppgav:
 - att de inte kände till att en PAS finns för de som har hälso- och sjukvårdsinsatser på boendet men att de visste att samverkan med sjuksköterskorna skulle förändras,
 - att teammöten inte har genomförts med sjuksköterska,
 - att vissa av de sjuksköterskor som de har kontakt med saknar kompetens för målgruppen
 - att personalen saknar stöd och handledning från sjuksköterskorna.
- *Personalen vid Mårdstigens stödboende* (boende med särskild service) uppgav:
 - att de kände till att PAS skulle finnas för de boende som har hälso- och sjukvårdsinsatser och att de tror sig veta vem det är,
 - att det är svårt att få kontakt med sjuksköterskorna via telefonsjuksköterskan,
 - att sjuksköterska deltagit en gång vid teammöte före sommaren 2015,
 - att det förekommer problem avseende läkemedelshanteringen (förnyelse av recept för läkemedel och signeringslistor) på boendet,
 - att vissa av de sjuksköterskor som de har kontakt med saknar kompetens för målgruppen

- att personalen saknar stöd och handledning från sjuksköterskorna.

- *Sjuksköterskorna* uppgav följande.
 - Sjuksköterska ska delta på teammöten var tredje vecka på varje boende men deltar ca. var tredje månad.

2.1.3 Ärenden hos IVO där samverkansproblem tidigare har konstaterats

Samverkansproblem mellan sjuksköterskorna och omvårdnadspersonalen i kommunens omsorg har förekommit under en längre tid. Nedan följer ett antal ärenden som IVO handlagt:

- 9.3.1–64279/2012; lex Maria-anmälan avseende läkemedelshantering i hemmet. Händelsen inträffade i november 2012. Av IVO:s beslut framgår att informationsöverföringen mellan hemtjänstpersonal och sjuksköterska inte fungerat. En ny struktur för samverkan skulle säkerställas i och med att nämnden beslutat att införa ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- 8.1.1–2272/2013; lex Maria anmälan avseende läkemedelshantering. Händelsen inträffade i slutet av december 2012. Av IVO:s beslut framgår att varken samverkan mellan sjuksköterskor med olika ansvarsområden eller mellan personal i hemtjänst och dagverksamhet hade fungerat tillfredsställande. Funktionen PAS i hemsjukvården och teammöten mellan olika yrkesgrupper har det inte fungerat som tänkt.

IVO öppnade ett tillsynsärende (9.1–47964/2012) där IVO bl.a. ställde krav på en fungerande samverkan mellan hemtjänstpersonal och sjuksköterskorna samt på informationsöverföring mellan arbetspass och olika yrkeskategorier vid Liljedalshemmet. Ärendet avslutades i oktober 2013 efter att nämnden redovisat att teammöten mellan hemtjänstpersonal och sjuksköterskor införts från augusti 2013, att tvärprofessionella arbetsgrupper ska bildas för att ta fram processer och rutiner för samverkan samt att en nybildad styrgrupp för kvalitetsledningssystemet skulle följa upp arbetet.

Nya ärenden avseende bristande samverkan kom dock därefter in till IVO.

- 8.1.1–14832/2014; lex Maria-anmälan avseende fördröjd vård och behandling. Den anmälda händelsen inträffade i april 2014 vid ett boende med särskild service för vuxna. I nämndens egen utredning konstaterades att det fanns oklarheter i kommunen hur personal som arbetar enligt socialtjänstlagen och sjuksköterskor som arbetar med

hälso- och sjukvård ska arbeta tillsammans för att värna och skydda enskilda. Några förbättringsåtgärder redovisades dock inte i utredningen.

- 8.1.1–18512/2014; lex Maria-anmälan avseende läkemedelshantering i hemsjukvården när sjuksköterskorna under sommaren 2014 skulle återta överlämnandet av läkemedel. Detta hade tidigare varit delegerat till hemtjänstpersonal. Vid inspektion som genomfördes av IVO framkom att det saknades struktur för samverkan mellan hemtjänstpersonalen och sjuksköterskorna. Bristerna i samverkan hade även identifierats tidigare, innan den inträffade händelsen, av en konsult som var anlitad av nämnden hösten 2013. Denna hade rapporterat bristerna till socialchefen.
- 8.1.1–21411/2015; lex Maria-anmälan där en person som bor på särskilt boende för äldre inte fick stygn efter en operation borttagna förrän drygt ett år efter operationen. Av berörd personals yttranden i anmälan framgår att brister i informationsöverföring och intern samverkan varit en del av orsakerna till det inträffade, men nämnden har inte redovisat några åtgärder för att förhindra att något liknande sker igen.

2.2 Nämnden saknar ett systematiskt sätt att arbeta med riskanalyser på verksamhetsnivå inom hälso- och sjukvården

IVO bedömer att nämnden inte kan anses uppfylla kravet på att vidta åtgärder för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada enligt 3 kap. 2 § PSL. Detta då nämnden saknar ett systematiskt arbetssätt för riskanalyser på verksamhetsnivå inom hälso- och sjukvården i kommunen.

Skyldigheten att arbeta med riskanalyser följer av 5 kap. 1, 7 och 8 §§ i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Av dessa bestämmelser framgår att nämnden fortlöpande är skyldig att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Sannolikheten för att sådana händelser ska uppskattas av nämnden och en bedömning ska också göras av vilka negativa effekter händelsen kan medföra. Åtgärder för att förebygga sådana effekter ska därefter vidtas av nämnden. Om så behövs ska även processer och rutiner i verksamheten förbättras.

Riskanalyser innebär att den som bedriver verksamheten är framåtblickande, dvs. att denne arbetar förebyggande. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens alla delar och göras fortlöpande. Tillfällen då riskanalyser bör göras är t.ex. då arbete utförs som anses särskilt riskfyllt, om verksamheten förändras eller om man inför nya arbetssätt

eller metoder. Risken för att händelser som kan påverka kvaliteten på insatserna till de enskilda är oftast högre vid dessa tillfällen.

Som framgår ovan har IVO granskat äldreomsorgen och hemsjukvården i kommunen sedan 2012. IVO har vid ett flertal tillfällen uppmärksammat att förändringar av organisation och arbetssätt införts utan att övergripande riskanalys genomförts. Exempel på detta är

- 8.2–4757/2014; klagomålsärende avseende vården och omsorgen av en man vid Liljedalshemmet. Vid tillsynen framkom att nämnden inte genomfört någon riskanalys i samband med att larmsystemet på boendet gradvist slutat fungera i slutet av oktober 2013. Nya trygghetslarm på boendet installerades först i slutet av februari 2014.
- 8.1.1–18512/2014; lex Maria-anmälan avseende läkemedelshantering i hemsjukvården, då sjuksköterskorna under sommaren 2014 återtog ansvaret för att överlämna läkemedel. Överlämnandet hade tidigare varit delegerat till hemtjänstpersonal. Beslut om förändringen fattades och förändringen genomfördes utan att riskanalys gjordes.
- 8.5–5106/2015; egeninitierat ärende. Vid inspektion i verksamheten under våren 2015 framkom att det var problem att tillsätta sjukskötersketjänsterna i kommunen. Någon riskanalys hade inte genomförts med anledning av detta. Inte heller hade någon riskanalys genomförts inför den kommande semesterperioden.

Som framgår tidigare i IVO:s beslut har IVO den 26 juni 2015 (8.5–5106/2015) ställt krav på att nämnden ska säkerställa att riskanalyser genomförs när det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Nämndens redovisning av vidtagna åtgärder med anledning av IVO:s beslut innehåller enligt IVO:s bedömning ingen redogörelse för ett strukturerat arbetssätt med riskanalyser. Nämnden anger endast att riskanalyser genomförs genom daglig telefonkontakt mellan berörd omsorgspersonal och ansvarig sjuksköterska. Kontakt kan även ske via berörda enhetschefer och verksamhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten.

Att det vid inspektionen i november 2015 framkom att en riskanalys genomförts med anledning av byte av lokaler för personalen inom bl.a. hemsjukvården förändrar inte IVO:s bedömning. IVO saknar fortfarande en redogörelse för hur nämnden systematiskt och kontinuerligt arbetar med riskanalyser inom den kommunala hälso- och sjukvården i Gnesta.

3. Det finns skäl att befara att nämndens underlåtenhet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete medför fara för patientsäkerheten.

IVO bedömer att bristerna i nämndens arbete att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete medför fara för patientsäkerheten.

Patientsäkerhet betyder enligt 1 kap. 6 § PSL skydd mot vårdskada. Med vårdskada menas enligt 1 kap. 5 § samma lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientenskontakt med hälso- och sjukvården.

3.1 IVO:s bedömning av risker för patientsäkerheten i verksamheten p.g.a. brister i samverkan

3.1.1 Generella risker i det fortlöpande arbetet

I dagens kommunala vård och omsorg har många av de som får insatser betydande sjuklighet. Många kan betecknas som multisjuka och deras behov av vård kan snabbt förändras. För att säkerställa att dessa personer får god vård enligt 2a § HSL samt sakkunnig och omsorgsfull vård av god kvalitet enligt 1 kap. 7 § PSL, krävs som anförts ovan, en helhetssyn på den enskildes behov.

Sjuksköterskorna i den kommunala hälso- och sjukvården har ofta, vilket också är fallet i Gnesta kommun, en hög arbetsbelastning. Detta innebär att sjuksköterskorna måste prioritera mellan olika arbetsuppgifter och patienter. De som först kan iaktta eventuella förändringar i den enskildes hälsotillstånd är som regel de som ger denne daglig omsorg, dvs. omvårdnadspersonalen. Deras information till sjuksköterskorna är således av största vikt. Detta särskilt då de enskilda har svårt att själva påkalla uppmärksamhet eller föra sin talan.

En regelbunden kontakt mellan denna omvårdnadspersonal och sjuksköterskorna i den kommunala hemsjukvården utgör således grunden till en god vård. Enligt IVO:s mening räcker inte månatliga teamkonferenser eller tillfälliga konsultationer, då en enskilds tillstånd snabbt kan förändras eller utgöras av en mer komplex sjukdomsbild. På det sätt som teammöten genomförs i Gnesta uppfyller de enligt IVO:s bedömning inte sitt syfte.

Om samverkan inte fungerar systematiskt finns risk för

- fördröjd eller utebliven bedömning av försämrat hälsotillstånd
- fördröjda eller uteblivna hälso- och sjukvårdsinsatser, och
- att uppföljning av beslutade och vidtagna hälso- och sjukvårdsinsatser uteblir.

IVO har tidigare i detta beslut redogjort för ärenden där bristande samverkan medfört risker i patientsäkerheten.

3.1.2 Särskilda risker avseende läkemedelshantering när samverkan mellan sjuksköterskor och omvårdnadspersonal inte fungerar

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har omvårdnadspersonalen ofta delegering för att överlämna ordinerade läkemedel, när läkemedelsbehandlingen är bedömd som en hälso- och sjukvårdsåtgärd.

Vid delegering av läkemedelsöverlämnande är det viktigt att ordinationer är tydliga liksom signeringslistan där den som överlämnar läkemedlen ska signera att läkemedlen är överlämnade. Om ordinationen är otydlig kan exempelvis fel läkemedel överlämnas vid fel tidpunkt. Effekterna av detta kan variera, beroende på läkemedlet. Otydliga signeringslistor kan medföra att patienten inte får sina läkemedel, eller får dubbla doser, vilket kan ske vid bl. a. insulinbehandling.

3.1.3 Förutsättningar för en fungerande samverkan

En väl fungerande samverkan mellan sjuksköterskorna och omvårdnadspersonalen kan minimera dessa risker. En förutsättning för att denna samverkan ska fungera är

- att det finns rutiner som tillåter, uppmuntrar och systematiskt styr samverkan,
- att omvårdnadspersonalen vet vem som är ansvarig sjuksköterska för aktuell patient,
- att det finns ett tillåtande klimat att både lämna information, men också att våga fråga när man som omvårdnadspersonal känner osäkerhet, t.ex. när det gäller oklara läkemedelsordinationer,
- att sjuksköterskorna har kompetens och trygghet i sin yrkesroll att kunna hantera informationen och frågorna de får, och
- att det finns en ledning som visar på vikten av intern samverkan.

3.2 IVO:s bedömning av risker för patientsäkerheten i verksamheten p.g.a. brister i nämndens riskanalysarbete

Som tidigare nämnts har nämnden enligt 5 kap. 1, 7 och 8 §§ i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, en skyldighet att bedriva ett förebyggande riskanalysarbete och med hänsyn till vad som framkommer vid dessa riskanalyser, dels vidta åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet, samt om det behövs förbättra verksamhetens processer och rutiner.

Frånvaron av ett systematiskt arbete med riskanalyser medför enligt IVO att det finns klara risker för att händelser inträffar som medför

eller riskerar att medföra vårdskada. Exempel kan tas från de tidigare refererade ärendena där riskanalyser inte genomförts.

- 8.2–4757/2014; klagomålsärende avseende vården och omsorgen av en man vid Liljedalshemmet. Vid tillsynen framkom att nämnden inte genomfört någon riskanalys i samband med att larmsystemet på boendet slutat fungera i slutet av oktober 2013. I det aktuella ärendet uppmärksammade inte personalen vid flera tillfällen att mannen behövde hjälp och vid ett tillfälle föll mannen vilket medförde skador, sjukhusvistelse och operation.
- 8.1.1–18512/2014; lex Maria-anmälan avseende läkemedelshantering i hemsjukvården, då sjuksköterskorna under sommaren 2014 återtog ansvaret för överlämnande av läkemedel i delar av hemtjänsten. Överlämnandet hade tidigare varit delegerat till hemtjänstpersonal. Någon riskanalys genomfördes inte innan beslut fattades om förändringen. Beslutet att återta delegeringarna fattades 13 dagar innan det skulle verkställas och enligt anmälan förelåg stora patientsäkerhetsrisker. Medicinskt ansvarig sjuksköterska hade inte varit involverad i beslutsprocessen, trots att hon har ett lagreglerat ansvar för att rutinerna för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande (7 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), PSF). Enligt IVO fanns bl. a. en risk med att omfattningen av antalet läkemedelsöverlämnanden som sjuksköterskorna skulle ansvara för var betydande, och kunde innebära undanträngningseffekter eftersom sjuksköterskorna inte skulle hinna med att utföra andra hälso- och sjukvårdsinsatser.
- 8.5–5106/2015; egeninitierat ärende. Vid inspektion i verksamheten under våren 2015 framkom att det var problem att tillsätta sjukskötersketjänsterna i kommunen. Någon riskanalys hade inte genomförts med anledning av detta. Inte heller hade någon riskanalys genomförts inför den kommande semesterperioden. Enligt IVO:s bedömning är semesterperioder en sådan aktivitet som bör föranleda en riskanalys. Under semestrar är bemanningen oftast kraftigt reducerad och många som arbetar i verksamheten på olika nivåer är vikarier som inte känner till vård- och omsorgstagarna. Det är då viktigt att tänka över vad som kan gå fel och vilka rutiner som bör finnas för att stödja personalen eller andra åtgärder som kan behöva vidtas för att minimera risken för att en patient drabbas av en vårdskada eller inte får den hälso- och sjukvård denne är behov av.

3.3 För att minimera patientsäkerhetsriskerna i verksamheten måste nämnden inom sitt ansvarsområde följa upp att de enskilda som är föremål för hälso- och sjukvård får en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet.

IVO anser att nämnden måste säkerställa att vården som ges till de enskilda i Gnesta kommun följs upp. IVO menar att det föreligger en klar risk för att enskilda individer får bristande hälso- och sjukvårdsinsatser. Detta då det, som ovan framgår, föreligger brister på vilket sätt nämnden leder, planerar och kontrollerar den kommunala hälso- och sjukvården. Nämnden arbetar inte heller systematiskt för att förebygga vårdskador. IVO har också konstaterat att det föreligger patientsäkerhetsrisker p.g.a. av dessa brister.

I begreppet god vård enligt 2a § HSL ingår bl.a. krav på kontinuitet och säkerhet. Liknande bestämmelser finns i 1 kap 7 § PL där det anges att den vård patienten får ska vara sakkunnig, omsorgsfull och stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. I dessa begrepp ingår att följa upp den vård som ges.

Vidare har nämnden enligt 5 kap. 2, 7 och 8 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete en skyldighet att utföra egenkontroller i verksamheten. Egenkontrollerna ska göras i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Resultatet av egenkontrollerna ska ligga till grund för åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet och om nödvändigt förbättra verksamhetens processer och rutiner.

IVO vill i sammanhanget framhålla det lagstadgade ansvar för vården inom kommunen som ska ges till en sjuksköterska enligt 24 § HSL. Denna sjuksköterska benämns ofta som medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Av nämnda bestämmelse och 7 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) följer bl.a. att denna sjuksköterska ska ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet. IVO kommer i den fortsatta tillsynen av Gnesta kommun att närmare granska MAS roll och förutsättningar att utföra sitt uppdrag.

Bakgrund och beskrivning av ärendet

IVO har i ärende med dnr 8.5–5106/2015 genomfört egeninitierad tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården i Gnesta kommun. Tillsynen inleddes i februari 2015 för att följa upp effekter av åtgärder som nämnden redovisat i tidigare ärenden i kommunen.

Inspektion genomfördes i verksamheten den 10 – 11 mars 2015. Vid denna inspektion intervjuades

- Omvårdnadspersonal vid Frustunagården och Liljedalshemmet
- Omvårdnadspersonal i hemtjänsten
- Personal från boende med särskild service för vuxna Mårdstigen och Kullagatan
- Sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast från den kommunala hälso- och sjukvården
- Socialchefen
- Äldreomsorgschefen
- Verksamhetschefen för hälso- och sjukvården
- Enhetschefer för särskilt boende för äldre samt hemtjänst
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beslut med krav på åtgärder fattades av IVO den 26 juni 2015 då IVO konstaterat brister i verksamheten. Kraven har beskrivits ovan.

Efter att nämnden inkommit med redovisning av åtgärder genomförde IVO den 10 – 11 november 2015 ytterligare en inspektion. Vid inspektionen intervjuades

- Omvårdnadspersonal vid Frustunagården och Liljedalshemmet
- Omvårdnadspersonal i hemtjänsten
- Personal från boende med särskild service för vuxna Mårdstigen och Kullagatan
- Sjuksköterskor från den kommunala hälso- och sjukvården
- Enhetschefer för särskilt boende för vuxna, särskilt boende för äldre samt hemtjänst
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Socialt ansvarig samordnare

Underlag

Dokument i ärende med dnr 8.5–5106/2015:

- Protokoll från intervjuer den 10 – 11 mars 2015
- Synpunkter på och yttrande över protokoll
- Åtgärdsbeslut den 26 juni 2015
- Redovisning av åtgärder från nämnden inkommen den 11 september 2015
- Protokoll från intervjuer den 10 – 11 november 2015
- Synpunkter på protokoll

Beslut från tidigare tillsynsärenden:

- 9.1–47964/2012
- 9.3.1–64279/2012

- 8.1.1–2272/2013
 - 8.2–4757/2014
 - 8.1.1–14832/2014
 - 8.1.1–18512/2014
 - 8.1.1–21411/2015
-

Beslut i detta ärende har fattats av avdelningschefen Ewa Sunneborn. I den slutliga handläggningen har enhetschefen Anna Karin Nyqvist, inspektörerna Lena Nyberg och Sylvia Norén samt avdelningsjuristen Ana Cica Tiedermann deltagit. Inspektören Katarina Bone har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Ewa Sunneborn



Katarina Bone

Hur man överklagar, se bilaga

Avdelning mitt

Hur man överklagar

Den som vill överklaga Inspektionen för vård och omsorgs beslut ska skriva till Förvaltningsrätten i Karlstad. Skrivelsen ställs alltså till förvaltningsrätten men ska skickas eller lämnas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Postadress: Inspektionen för vård och omsorg, Box 423, 701 48 Örebro
Besöksadress: Inspektionen för vård och omsorg, Olaigatan 15, Örebro

Överklagandet ska ha kommit in till IVO inom tre veckor från den dag då klaganden fick del av beslutet. Tiden för överklagande för det allmänna räknas dock från den dag beslutet meddelades.

I skrivelsen ska anges vilket beslut som överklagas och den ändring i beslutet som klaganden begär. Vidare ska IVO:s diarienummer anges. Om sista dagen för överklagandet infaller på en lördag, söndag eller helgdag, midsommar-, jul-, eller nyårsafton, räcker det att skrivelsen kommer in nästa vardag.