

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

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling till äldre personer med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende som vid tiden för tillsynen drevs av Göteborgs Stad, stadsdelsnämnden Östra Göteborg, men som sedan 1 januari 2021 drivs av Göteborgs Stad, Äldre samt vård- och omsorgsnämnden. I tillsynen har Inspektionen för vård och omsorg, IVO, granskat om det funnits förutsättningar för att ge god vård till dessa personer.

Beslut

IVO har i tillsynen funnit följande brister i SDN Östra Göteborg (härefter nämnden) verksamhet.

- Det har, vid det särskilda boendet som ingår i aktuell tillsyn, inte funnits förutsättningar för att ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19.
- Det går, vid det särskilda boendet som ingår i aktuell tillsyn, inte att följa vården till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende pga. brister i hälso- och sjukvårdsjournalerna.

IVO begär med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att nämnden ska redovisa sin inställning till de brister som IVO konstaterat. Redovisningen ska även innehålla de eventuella åtgärder som nämnden i sitt systematiska patientsäkerhetsarbete har vidtagit eller planerar att vidta för att komma till rätta med bristerna. Redovisningen ska innehålla uppgifter om när eventuella åtgärder genomfördes eller kommer att genomföras.

Redovisningen ska vara IVO tillhanda **senast den 15 mars 2021**.

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

Skälen för beslutet

IVO har i en nationell tillsynsinsats granskat den medicinska vården och behandlingen som ges till äldre personer med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende. I nu aktuellt ärende har IVO inledningsvis på en övergripande nivå granskat nämndens arbete. IVO har därefter valt att fördjupa tillsynen när det gäller vården på 98 särskilda boenden. Hur smittspridningen av covid-19 varit över landet varierar. I aktuellt område har smittspridningen varit omfattande under granskningsperioden.

I nu aktuellt ärende har den fördjupade tillsynen omfattat följande särskilda boende.

- Geråshus särskilda boende, där läkarinsatserna ges av Nötkärnan Bergsjön vårdcentral och barnvårdscentral.

Nedan följer en närmare redogörelse för IVO:s ställningstagande.

Det har inte funnits förutsättningar för att ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19.

IVO bedömer att det, vid det särskilda boendet som nämnden driver, under aktuell tid inte funnits förutsättningar för att ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19. Tillsynen har visat brister avseende arbetssätt samt bemanning och kompetens. Detta är inte förenligt med kraven som följer av 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), PL. Av dessa bestämmelser följer bl.a. att vården ska

- vara av god kvalitet med god hygienisk standard,
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- vara sakkunnig och omsorgsfull och
- stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

IVO vill i detta sammanhang påtala följande. Av 12 kap. 1 och 3 §§ HSL följer att kommunen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård, dock ej den vård som ges av läkare, till de som bor på särskilt boende för äldre. Vårdgivaren, i detta fall ansvarig nämnd har ett ansvar för att det finns förutsättningar för att vård ska kunna ges i enlighet med gällande bestämmelser. Av 3 kap. 1 § PSL, följer att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Enligt 2 §

samma kapitel ska vårdgivaren vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Vidare ska vårdgivaren enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete upprätta ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (3 kap. 1 §). Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 2 §). I ledningssystemet ska det finnas de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap. 2 och 4 §§). Vårdgivaren ska dessutom säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet (6 kap. 1 §).

Brister avseende arbetssätt

IVO bedömer att det finns brister i hur verksamheten arbetat för att tillgodose de äldres behov av vård vid misstänkt eller konstaterad covid-19. Tillsynen har visat att det i början av pandemin när många patienter och personal insjuknade i covid-19 förekom att patienter avled ensamma.

IVO vill med anledning av ovanstående påtala att personer, som förväntas ha mycket kort tid kvar att leva, inte bör lämnas ensamma, såvida det inte är klarlagt att detta är deras önskemål. Närvaro av någon under den sista tiden i livet är viktigt för den döendes trygghet och välbefinnande. IVO vill därvid påminna om att god vård enligt 5 kap. 1 § HSL innebär att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Bemanningen på särskilt boende måste anpassas med denna utgångspunkt.

IVO bygger sitt ställningstagande på följande uppgifter.

Av underlaget framgår att det under en period i början av pandemin var många patienter som var svårt sjuka och döende samtidigt samt att många av den ordinarie personalen var sjuka. Det framgår inte att svårt sjuka döende patienter på det särskilda boendet ordinerades extra vak. Varken MAS eller sjuksköterska på boendet uppgav vid intervjuerna att de kände till att extra vak skulle ha satts in under denna period. Vidare uppger sjuksköterska att de som arbetade inte alltid hann med och att det fanns patienter som avled ensamma.

Brister avseende bemanning och kompetens hos personal

IVO bedömer att bemanningen och personalens kompetens inte varit tillräcklig för att kunna ge god vård till de äldre som haft misstänkt eller konstaterad covid-19. Att det ska finnas den personal som behövs för att kunna ge god vård följer av 5 kap. 2 § HSL. IVO:s granskning har visat att det under en period i början av pandemin var hög personalfrånvaro vilket innebar att det var många vikarier som

arbetade. Granskningen har också visat att det har funnits brister i följsamhet till de basala hygienrutinerna.

IVO bygger sitt ställningstagande på följande uppgifter.

Av underlaget framgår att MAS, sjuksköterska på boendet samt verksamhetschefen för vårdcentralen anser att det funnits brister i kunskapen om basala hygienrutiner bland omvårdnadspersonalen. Det framkom bland annat att det under en period var många vikarier som arbetade och som inte hade tillräcklig kunskap om hur skyddsutrustning skulle användas. Enligt MAS har det till exempel förekommit brister när det gäller i vilken ordning omvårdnadspersonalen tvättar händerna samt tar på och av skyddsutrustningen. MAS påtalar också att det inte bara är omvårdnadspersonalen utan även chefer, legitimerad personal och administrativ personal som bör delta vid exempelvis utbildningar avseende basala hygienrutiner. Det framkom även i intervjun med vårdcentralens verksamhetschef att det inte funnits tillräcklig kunskap bland vikarierande omvårdnadspersonal om hur skyddsutrustningen skulle användas.

IVO vill i sammanhanget påtala nämndens ansvar att ge medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen förutsättningar att fullgöra de krav som följer av 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Där framgår att MAS bl.a. ansvarar för

- att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om, och
- att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för bl.a. att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Det går inte att följa vården till äldre som bor på särskilt boende pga. brister i hälso- och sjukvårdsjournalerna

IVO bedömer att det inte går att följa vården av de äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19 pga. brister i boendets hälso- och sjukvårdsjournaler. Tillsynen har visat att det i granskade journaler saknas uppgifter som behövs för att säkerställa en god vård. Exempel på uppgifter som saknas är omvårdnadsinsatser, brytpunktssamtal samt information till närstående gällande beslut om vårdnivå.

Detta är inte förenligt med kravet på dokumentation som följer av 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355), PDL samt 5 kap 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Av dessa bestämmelser följer att en journal ska innehålla

de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, vilket i förekommande fall omfattar bl.a.

- aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar,
- utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa,
- ordinationer och ordinationsorsak,
- samtycken och återkallade samtycken,
- patientens önskemål om vård och behandling, och
- vårdplanering.

Av 3 kap. 1 § HSLF-FS 2016:40 följer att varje vårdgivare ansvarar för att det finns processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i föreskriften. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att vårdgivare har en skyldighet att upprätta ett ledningssystem med de processer och rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet (3 kap. 1 §). Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

IVO bygger sitt ställningstagande på följande uppgifter.

Av underlaget framkommer att den intervjuade sjuksköterskans uppfattning var att ansvarig sjuksköterska hade kontakt med närstående så gott som dagligen via telefon. I journalerna är det dock överlag få anteckningar gällande kontakt med närstående. I flera journaler är det svårt att utläsa att samverkan med närstående har skett. Av underlaget framkommer även att det är få omvårdnadsinsatser dokumenterade och att det i något fall saknas dokumentation gällande individuella bedömningar av vårdnivå. Det saknas också i något fall dokumentation huruvida anhöriga gjorts delaktiga i ovanstående ställningstagande. I flera av boendejournalerna framgår det inte att sjuksköterskan bedömt patientens behov av omvårdnadsinsatser eller om brytpunktssamtal genomförts. Det framgår inte heller vilka omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan ordinerat samt av vem, när och på vilket sätt patientens hälsotillstånd skall följas upp.

Vid journalgranskningen framkommer i flera av primärvårdens journaler att ett individuellt ställningstagande gjorts gällande vårdnivå men denna information återfinns inte i boendets hälso- och sjukvårdsjournal. IVO:s granskning har visat att det under aktuell tidsperiod förekommit att närstående inte fått information i samband med att beslut om vårdnivå tagits. När det gäller brytpunktssamtal är de i flera fall inte dokumenterade i boendets hälso- och sjukvårds journal.

Underlag

- Intervju med hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Västra Götaland.

- Intervju med medicinskt ansvarig sjuksköterska i Göteborgs Stad, Östra Göteborg.
- Granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler från ovan angivna särskilda boendet och primärvårdsverksamhet för tidsperioden 1 februari – 1 juni 2020.
- Intervju med sjuksköterska på ovan angivet särskilda boende.
- Intervju med verksamhetschef/ansvarig läkare vid ovan angiven primärvårdsverksamhet.
- Yttrande från nämnden.

Övrigt

Annan information som kommit till IVO:s kännedom

Från IVO:s upplysningstjänst och från inkommen anmälan till IVO har följande uppgifter avseende förhållanden vid det särskilda boendet inkommit.

- Uppgiftslämnare 1 skriver att fler och fler äldre insjuknar för varje dag. Knappt hälften av personalen är sjukskrivna. De som fortfarande arbetar går från smittade avdelningar till friska. Ingen har utbildat personalen i varken basala hygienrutiner eller hur man hanterar covid-19 i äldreomsorgen.

- Uppgiftslämnare 2 skriver att över hälften av personalen är borta och personalen har arbetat dubbla pass sex dagar i rad. Sjuksköterska och personal är överbelastade och mår mycket dåligt. Smittan har spridit sig till fyra av sex avdelningar.

- Uppgiftslämnare 3 skriver att mindre än en tredjedel av personalen är kvar och många boende har avlidit. Vidare framkommer att det är mycket brister i omvårdnaden, till exempel får inte alla mat utan bara näringsdryck eller nyponsoppa. Inga avvikelser skrivs.

- Uppgiftslämnare 4 skriver att hen försökt få kontakt med sjuksköterska/personal upprepade gånger under två dagar för att efterhöra anhörigs tillstånd men inte lyckats få kontakt med någon. På kvällen dag två blir hen uppringd av en sjuksköterska som informerar om att den anhörige har avlidit.

Ovanstående uppgifter utgör inte ett underlag för detta beslut då de har utretts av IVO i ett annat ärende.

- Uppgiftslämnare 5 skriver att det saknas basala hygienrutiner, arbetsledning, handledning och skyddsutrustning på boendet. Denna uppgift har IVO överlämnat till nämnden för vidare åtgärder.

Denna uppgift har inte närmare utretts av IVO och utgör inte ett underlag för beslutet. Informationen tyder dock på att det finns risk för att äldre som bor på det särskilda boendet inte har fått en god vård vid

misstänkt eller konstaterad covid-19. IVO påpekar vårdgivarens ansvar att hantera dessa uppgifter i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Ytterligare information

IVO inledde den aktuella tillsynsinsatsen med anledning av uppgifter om att äldre personer som bor på särskilt boende inte erhållit god vård och behandling vid smitta av covid-19. Tillsynen riktar sig mot alla kommuner och regioner i landet samt vissa enskilt bedrivna verksamheter/vårdgivare. Intervjuer har genomförts med alla regioners hälso- och sjukvårdsdirektörer eller motsvarande samt alla kommuners medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Tillsynen har därefter fördjupats när det gäller vård och behandling av patienter vid 98 särskilda boenden. I den fördjupade tillsynen har ytterligare uppgifter inhämtats genom journalgranskning samt intervjuer med verksamhetschef och läkare vid primärvården samt sjuksköterskor vid de aktuella boendena.

Ansvar för hälso- och sjukvården till personer som bor på särskilt boende är delat i enlighet med bestämmelser i HSL. För vård och behandling som ges av sjuksköterskor m.fl. ansvarar kommunen medan regionerna ansvarar för läkarinsatserna. Den faktiska vården kan sedan, i de fall kommunerna och regionerna tecknat avtal med privata utförare ges av dessa utförare. De privata utförarna har då ett vårdgivaransvar men kommunerna och regionerna bibehåller sitt yttersta ansvar som huvudmän enligt HSL för den vård och behandling som ges.

Under hösten 2020 har spridningen av covid-19 åter ökat i Sverige. IVO följer noggrant utvecklingen och kan med anledning av detta vidta nya tillsynsåtgärder. För mer information om tillsynen se IVO:s hemsida; ivo.se.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Lennart Pettersson. I den slutliga handläggningen har inspektören Pernilla Hedin och avdelningsjuristen Hans Yngve deltagit. Inspektören Lena Nilsson har varit föredragande.