3,12

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Charlotta Larsson
Sirpa Kramsu

Datum
2013-07-10

Diarienummer
NHO-2012-0143.31

Nämnden för hälsa och omsorg

Avtalsuppföljning vid Smålandsvägens gruppbostad

Förslag till beslut
Nämnden för hälsa och omsorg föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna.

Föredragning
Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK), genomförde en planerad avtalsuppföljning vid Smålandsvägen den 14 samt 17 september 2012 som framgår av rapporten. Verksamheten drivs av Vård & bildning. I samband med avtalsuppföljningen genomfördes en dokumentationsgranskning.

Kontoret såg att det förelåg ett antal brister i förhållande till avtalet och en handlingsplan begärdes därför in.

HVK bedömer inkommen redogörelse som tillfredsställande och avtalsuppföljningen anses därmed avslutad.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
Direktör

Bilaga 1

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Charlotta Larsson
Sirpa Kramsu

Datum
2012-12-06

Diarienummer
NHO-2012-0143.31

Rapport - avtalsuppföljning vid Smålandsvägens gruppbostad

Beskrivning av enheten

Utförare och enhet	Vård & Bildning, Smålandsvägens gruppbostad
Enhetschef	Sofia Wikström
Telefonnummer	018 – 727 65 33
Uppföljning utförd av	Charlotta Larsson, Sirpa Kramsu
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Enhetschef Sofia Wikström, Utvecklingsledare Marja Hedin, sjukgymnast, sjuksköterska samt medarbetare. Telefonintervju med arbetsterapeut.
Totalt antal boende	5 lägenheter
Typ av verksamhet	Gruppbostad
Avtalstid	Ingår i uppdraget till Styrelsen för vård & bildning 2012
Datum för uppföljning	2012-09-14 samt 2012-09-17

Smålandsvägens gruppbostad består av fem lägenheter. Målgruppen på boendet är personer med en utvecklingsstörning och fördelningen mellan män och kvinnor är jämn och de är mellan 39 - 45 år. Alla är på daglig verksamhet på dagarna.

1. Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på Smålandsvägens gruppbostad som är ett boende enligt LSS. Verksamheten drivs av Vård & bildning.
Kontoret ser att det föreligger ett antal brister i förhållande till avtalet samt vissa förbättringsområden. En handlingsplan kommer därför att begäras in.

1.1. Kontorets kommentarer på genomförd uppföljning

Nämndens upplevelsekriterier

- Nämndens upplevelsekriterier förefaller vara förankrade i verksamheten.

Samverkan

- HVK bedömer att verksamheten har en samverkan med många berörda enheterer som behövs kring den enskilde samt med anhöriga. HVK noterar dock att ingen samverkan sker med enskilda volontärer och ideella organisationer, men då de som bor på boendet har svårigheter med "nya" kontakter ser kontoret inte att det är något att anmärka på.

Personal, bemanning, handledning och kompetensutveckling

- Den grundbemanning som finns förefaller i dagsläget vara tillräcklig för att tillgodose de enskildas behov.
- HVK bedömer att enhetschef och personal har sådan kompetens och erfarenhet som krävs enligt gällande avtal.

Dokumentation och genomförandeplaner

- I den dokumentationsgranskning som gjorts som en del av avtalsuppföljningen framkom olika förbättringsområden. Kontoret förutsätter att verksamheten arbetar med de förbättringsområden som framkommit vid dokumentationsgranskningen.

Klagomål och avvikelser

- Vid verksamheten förefaller rutiner för HSL-avvikelser finnas och vara implementerade i personalgruppen. Även Lex Sarah var känd och implementerad hos samtliga medarbetare. Rutin finns också för skriftliga och muntliga klagomål och synpunkter, dock sker ingen sammanställning och uppföljning av dessa. Detta bidrar till risken att verksamheten inte kan arbeta systematiskt så att brister förhindras att uppstå igen. Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt klagomålshanteringssystem och ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten.

Kultur och fritidsaktiviteter

- Då det vid kontakt med biståndshandläggare framkom att personalen ej kan tillgodose behov/önskemål om vissa fritidsaktiviteter tog kontoret kontakt med berörd enhetschef. I samtalet framkom att ledsagarbesluten varit beviljade sedan länge och att personalen i fortsättningen har möjlighet att följa med de enskilda och simma. Efter samtalet informerade kontoret Sektionen för LSS och socialpsykiatri om samtalet med enhetschefen.

Hälso- och sjukvård

- Kontoret ställer sig frågande om sjuksköterska finns i verksamheten i sådan omfattning att samtliga boende får en säker hälso- och sjukvård. Sjuksköterskan har det medicinska ansvaret och bör ta ett aktivt ansvar för bedömning, uppföljning och utvärdering av medicinsk behandling.
- Kontoret anser att former för samarbete och rådgivning/konsultation mellan boendeassistenterna och legitimerad personal behöver tydliggöras.
- Personalen måste även få mer kunskap och stöd i när de ska kontakta legitimerad personal.
- Kontoret anser inte att verksamheten uppfyller ska-kravet när det gäller att behov av arbetsterapeut och sjukgymnast ska tillgodoses.

Habiliterande/rehabiliterande arbetssätt

- Kontoret ser positivt på att riskanalys och handlingsplan kring hot och våld görs samt att personalen erhåller handledning kring dessa situationer.
- Kontoret ser allvarligt på att ingen kontakt tagits med legitimerad personal för rådgivning och stöd när det gäller utåtagerande beteende då det vid intervju med arbetsterapeut framkommit att denne behöver kopplas in vid dessa svårigheter som det tidigare framkommit under rubriken hälso- och sjukvård.
- Kontoret kräver att utföraren ska inkomma med rutin där det ska framgå i vilka situationer personalen kontaktar legitimerad personal.

Se vidare under respektive områden i rapporten.

1.2 Krav på åtgärder

Kontoret begär att Vård & Bildning senast 2013-03-26 återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i av kontoret tillhandahållen mall, se bilaga.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till halsa-vard-omsorg@uppsala.se. Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

2. Inledning

2.1 Bakgrund

Socialstyrelsen genomförde den 21 september 2011 en föranmäld inspektion på gruppbostaden Smålandsvägen. Vid uppföljningstillfället konstaterades brister i verksamheten och Socialstyrelsen begärde med anledning av detta att nämnden för hälsa, vård och omsorg skulle redovisa vilka åtgärder som vidtagits på verksamheten för att säkerställa:

- Att olagliga inskränkningar i de grundläggande fri- och rättigheterna inte förekommer.
- Att genomförandet av ett beslut om insats dokumenteras fortlöpande

Nämnden såg allvarligt på den kritik som inkom från Socialstyrelsen och Kontoret för hälsa, vård och omsorg beslutade att göra en avtalsuppföljning samt dokumentationsgranskning på verksamheten för att säkerställa att verksamheten uppfyller gällande avtal, samt att de arbetar aktivt med de brister som Socialstyrelsen konstaterade vid uppföljningstillfället. Beslut togs även av nämnden att Kontoret för hälsa, vård och omsorg skulle skicka rapporten från avtalsuppföljningen till Socialstyrelsen för kännedom.

2.2 Syfte

Syftet med uppföljningen var att kontrollera om utföraren uppfyller villkoren i avtalet samt att verksamheten arbetar aktivt med de brister som Socialstyrelsen konstaterat.

2.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med enhetschef, utvecklingsledare, medarbetare, sjukgymnast samt sjuksköterska. Intervjuerna hölls separat.
Telefonintervju skedde med arbetsterapeut. Dokumentstudier av bl.a. arbetsschema och rutiner kring hot och våld. Dokumentationsgranskning av journaler har genomförts som en del av avtalsuppföljningen. Kontakt har även tagits med biståndshandläggare.

2.4 Disposition

Områden som avtalsuppföljningen fokuserade på var samverkan, personal, bemanning, handledning, kompetensutveckling, dokumentation och genomförandeplaner, klagomål och avvikelser, kultur och fritidsaktiviteter, hälso- och sjukvård samt habiliterande/rehabiliterande arbetssätt.
Under respektive rubrik nedan följer en beskrivning av vad som framkommit om verksamheten. Vidare följer kontorets kommentar, observera att kommentaren kan innehålla både positiva och negativa omdömen.

3. Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

3.1 Upplevelsekriterier

3.1.1 Iakttagelser

Upplevelsekriterierna för nämnden för hälsa och omsorg är trygghet, ett respektfullt bemötande, delaktighet och inflytande samt oberoende. Dessa kriterier ska genomsyra den enskildes upplevelse av den tillhandahållna tjänsten.

Både personal och ledning på verksamheten uppgav att upplevelsekriterierna är kända. Personalen uppgav att de försöker omsätta upplevelsekriterierna i praktiken genom att t.ex. låta dem som bor på boendet vara delaktiga genom att dagligen lyssna på önskemål och behov från varje enskild person. Ledningen framförde att det är viktigt att diskutera vad delaktighet är och vara medveten om detta. När det gäller tryggheten för dem som bor på boende berättade både ledningen och personalen att de är en stabil personalgrupp som de boende känner bra och ser om de inte är trygga. När det gäller oberoende framförde ledningen att det måste vara utifrån varje persons förutsättningar då målgruppen som bor på boendet har olika behov av stöd.

3.1.2 Kontorets kommentar och slutsatser

Nämndens upplevelsekriterier förefaller vara förankrade i verksamheten.

3.2 Styrkor och utmaningar i verksamheten enligt de intervjuade

3.2.1 Iakttagelser

Medarbetarna som intervjuades uppgav att de är stolta över att de är en stabil personalgrupp, att de har ett bra samarbete med berörde samarbetspartners samt har god relation till de anhöriga. Ledningen uppgav även de att de är stolta över att det är en stabil personalgrupp som är öppen och pratar mycket om etiska dilemman. Ledningen framförde även att de upplever att personalgruppen månar om de boende och att personalen har en god kontakt med de anhöriga till dem som bor på boendet.
Som förbättringsområde uppgav både personalen och ledningen att de önskar nya lokaler då de är mycket trånga.

3.3 Samverkan

3.3.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället framkom att medarbetarna samverkar med bl.a. daglig verksamhet, habiliteringen, läkare, legala företrädare och andra enheter. De uppgav även att de samverkar med anhöriga och att de bjuder in anhöriga till verksamheten två gånger/år. Ledningen berättade dock att de valt att avstå från att samverka med ideella organisationer då de som bor på boendet har svårt med integriteten samt att de är mycket rutinbundna. De uppgav även att de i dagsläget inte samverkar med enskilda volontärer då de upplevt att det är svårt när det

hänt att vissa volontärer "backat" i sista minuten och att det blivit problematiskt för den enskilde.

3.3.2 Kontorets kommentar och slutsatser

HVK bedömer att det förefaller som att verksamheten har en samverkan med berörda enheterer som behövs kring den enskilde samt med anhöriga. HVK noterar dock att ingen samverkan sker med enskilda volontärer och ideella organisationer, men då de som bor på boendet har svårigheter med "nya" kontakter ser kontoret inte att det är något att anmärka på.

3.4 Personal, bemanning, handledning och kompetensutveckling

3.4.1 Iakttagelser

På verksamheten finns en enhetschef som har en för verksamhetsområdet relevant utbildning. Om inte enhetschef finns på plats får personalen alltid information om vem de skall kontakta. På enheten finns 5,16 årsarbetare fördelat på sex personer och personalgruppen har arbetat länge tillsammans. Ledningen framförde att personalomsättningen har varit låg och att de har få vikarier då de har låg frånvaro. Det är alltid två personer i tjänst när de boende är hemma och på natten har en personal sovande jour. Personalen berättade vid intervjutillfället att de i dagsläget har utrymme att tillgodose individuella önskemål och vid behov kan de anpassa schemat då det alltid är kundens behov som styr schemat.

I personalgruppen är en utbildad undersköterska, en validerade vid intervjutillfället och en annan ur personalgruppen skulle påbörja validering i november. Några ur personalgruppen har dessutom gått en grund och påbyggnadskurs för psykiskt utvecklingsstörda. All personal har många års erfarenhet från området. Vid nyanställning krävs undersköterskeutbildning och ledningen framförde att de gärna önskade någon med erfarenhet från området samt att erfarenhet av hot och våld skulle vara önskvärt.

Vid intervjutillfället framkom att fokus för kompetensutvecklingen under hösten kommer att vara etik och etiska dilemman. Personalen berättade även att de ska gå en brandkurs samt kurs om hot- och våld. All personal har målkort och kompetensutvecklingsplaner. Vid uppföljningstillfället hade personalen ingen handledning men både ledning och personal sa att det tas in vid behov. Både personal och ledning berättade att en tydlig rutin för introduktion för nyanställda finns på verksamheten.

3.4.2 Kontorets kommentar och slutsatser

Enligt gällande avtal ska det finnas personalbemanning som säkerställer att den enskilde garanteras en god och rättssäker vård och omsorg dygnet runt. Den grundbemanning som finns förefaller i dagsläget vara tillräcklig för att tillgodose de enskildas behov.

HVK bedömer att enhetschef och personal har sådan kompetens och erfarenhet som krävs enligt gällande avtal. Vidare är krav om kompetensutveckling och erbjuden handledning uppfyllda.

3.5 Dokumentation och genomförandeplaner

3.5.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället uppgav ledningen att rutinen för dokumentation är känd på verksamheten. Personalen berättade att de arbetar mer aktivt med dokumentationen sedan de haft tillsyn från socialstyrelsen och att det nu fungerar bra. De berättade även att de nyligen fått utbildning i det nya datasystemet Siebel som kommit och att det nu är lättare att dokumentera. Ledningen informerade att det kommer att komma en webb-utbildning inom dokumentation för personalen inom kort. Personalen berättade att alla på boendet har en aktuell genomförandeplan och att det är den boendeansvarige som skriver genomförandeplanen och sedan träffar och presenterar den för kunden och legal företrädare. Möjlighet finns då för den enskilde att framföra önskemål.

Vid journalgranskning framkom att i sjuksköterskans journal fanns mellan två till sex daganteckningar gjorda under 2012 där problem och åtgärder var dokumenterade. Vårdprocessen kunde dock inte följas. Samverkan mellan boendeassistenterna kunde ses i två av journalerna.

I boendeassistenternas dokumentation fanns genomförandeplaner med mål och delmål. Det framkom dock inte en individuell planering utifrån den enskildes behov eller önskemål och hur den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande avseende planering och utförande i någon journal.

Tre journaler var upprättade av arbetsterapeut och samtliga anteckningar var från 2006. Ingen dokumentation fanns upprättad av sjukgymnast.

3.5.2 Kontorets kommentar och slutsatser

I den dokumentationsgranskning som gjorts som en del av avtalsuppföljningen framkom olika förbättringsområden. I sjuksköterskans dokumentation såg dokumentationsgranskarna att denna skulle kunna förbättras så att vårdprocessen tydligare skulle kunna följas samt att samverkan mellan de olika professionerna på enheten behöver synliggöras.
I boendeassistenternas dokumentation såg dokumentationsgranskarna att personalen behöver utveckla och synliggöra den enskildes medverkan. Se vidare bilaga 1. Detta styrks även av information som framkom vid intervjutillfället då personalen uppgav att det är den boendeansvarige som skriver genomförandeplanen själv och sedan presenterar den för kunden som då kan lämna önskemål. Detta gör att den enskilde inte har möjlighet till att vara delaktig och påverka innehållet från början vad som ska stå i genomförandeplanen.

Kontorets förutsätter att verksamheten arbetar med de förbättringsområden som framkommit vid dokumentationsgranskningen.

3.6 Klagomål och avvikelser

3.6.1 Iakttagelser

Vid avtalsuppföljning framkom att rutin för HSL-avvikelser finns och är känd hos personalen. Det informerades också om att det finns möjlighet att lämna både skriftliga och muntliga synpunkter/klagomål till verksamheten och de muntliga alltid skrivs ner. Återkoppling sker alltid så fort som möjligt och samtliga synpunkter/klagomål tas sedan upp på APT. Däremot sker ingen sammanställning och uppföljning av synpunkterna/klagomålen.

Vid intervjutillfället framkom från samtliga intervjuade att Lex-Sarah är väl känd på verksamheten.

3.6.2 Kontorets kommentar och slutsatser

Vid verksamheten förefaller rutiner för HSL-avvikelser finnas och vara implementerade i personalgruppen. Även Lex Sarah var känd och implementerad hos samtliga medarbetare. Rutin finns också för skriftliga och muntliga klagomål och synpunkter, dock sker ingen sammanställning och uppföljning av dessa. Detta bidrar till risken att verksamheten inte kan arbeta systematiskt så att brister förhindras att uppstå igen. Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt klagomålshanteringssystem och ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten.

3.7 Kultur och fritidsaktiviteter

3.7.1 Iakttagelser

Vid boendet finns ett fritidsombud som samlar in information om olika aktiviteter som kan erbjudas. Vid intervjutillfället berättade personalen att alla som bor på boendet erbjuds individuella aktiviteter och att det anordnas aktiviteter nästan varje dag. De berättade dock att alla inte tackar ja till att delta då vissa inte anser sig vara i behov av detta då de är ”självgående”, men att de försöker motivera alla till att delta.

Vid kontakt med biståndshandläggare framkom att det finns personer som bor på boendet som är beviljade ledsagare för att åka och simma p.g.a. att personalen uppgivit att de inte har möjlighet att följa med på dessa aktiviteter.

3.7.2 Kontorets kommentar och slutsatser

I förfrågningsunderlaget står bl.a. att läsa att den enskilde ska få stöd till att ta del av kultur och fritidsaktiviteter samt erbjudas individuell kultur- eller fritidsaktivitet utanför boendet minst en gång i veckan. Styrelsen för vård & bildning har bl.a. redovisat att ”*vi är behjälpliga med att boka tider och att komma iväg på olika arrangemang. Vi erbjuder en kultur- eller fritidsaktivitet per vecka och vid behov följer personal med på de olika aktiviteterna*”. Då det vid kontakt med biståndshandläggare framkom att personalen ej kan tillgodose vissa behov/önskemål om fritidsaktiviteter tog kontoret kontakt med berörd enhetschef. I samtalet framkom att ledsagarbesluten varit beviljade sedan länge och att verksamheten inte reflekterat över att det är de som borde följa på dessa aktiviteter. Enhetschefen uppgav att personalen i

fortsättningen har möjlighet att följa med de enskilda och simma. Efter samtalet informerade kontoret Sektionen för LSS och socialpsykiatri om samtalet med enhetschefen.

3.8 Hälso- och sjukvård

3.8.1 Iakttagelser

Vid intervju med sjuksköterska framkom att denne är ansvarig för 62 personer på olika boenden och har varit ansvarig för Smålandsvägen sedan juni 2012 och varit på enheten vid två tillfällen sedan dess. Sjuksköterskan uppgav att rutiner på boendet finns att sjuksköterskan skall kontaktas vid behovsmediciner. Ledningen uppgav att sjuksköterskan besöker enheten minst en gång/månad.

Vidare berättade ledningen under intervjun att det finns rutiner för när kontakt skall tas med arbetsterapeut och sjukgymnast och att det är sjuksköterskan som förmedlar kontakten. De informerade även att hälso- och sjukvårdsronder kommer att utföras på alla boenden och att det då görs en bedömning om vilka behov den enskilde har.

Under intervjun med sjukgymnasten framkom att denne är ansvarig för 33 gruppbostäder. Sjukgymnasten informerade att det varit 5 – 6 hälso- och sjukvårdsronder sedan februari 2012 men att han ännu inte hunnit träffat någon av de boende vid Smålandsvägens gruppbostad. Sjukgymnasten kunde inte svara på om några hjälpmedel finns på verksamheten samt om det finns någon rutin kring medicintekniska produkter då han ännu inte varit på verksamheten. Han kunde ej heller svara på om det finns någon rutin för när sjukgymnast skall kontaktas.

Arbetsterapeuten uppgav att hon är ansvarig för 15 – 20 gruppbostäder och att hon känner väl till Smålandsvägens gruppbostad och att hon givit personalen handledning där mellan 1998 – 2000. Senaste tillfället hon besökte gruppbostaden var 2006. Hon uppgav vidare att personalen ringer om behov skulle uppstå men att de ännu inte gjort det. Arbetsterapeuten bekräftade att hälso- och sjukvårdsronder kommer att utföras och vid ronderna kommer sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska samt personal att delta, den enskilde kommer inte att vara med utan om det framkommer att behov finns kommer legitimerad personal vid ett senare tillfälle att träffa den enskilde. Arbetsterapeuten berättade att hon trodde att personalen hade kompetens för när hon skulle kontaktas när det gäller fysiska hjälpmedel men ej när det gäller kognitiva hjälpmedel. Vidare berättade hon att när det gäller utåtagerande beteende är det oftast kognitiva svårigheter och att det då är viktigt att koppla in en arbetsterapeut.

Vid avtalsuppföljningen framkom från personalen att ett hälsoombud finns på verksamheten och att denna person träffar sjuksköterskan regelbundet.
Personalen berättade att alla som bor på boendet äter mediciner och att de har delegering och hjälper till med medicinhanteringen. En person är bedömd till egenvård. Personal uppgav att rutin finns för när de skall kontakta sjuksköterska och att de kan ringa om behov uppstår.
När det gällde arbetsterapeut och sjukgymnast sa personalen att de inte haft anledning till att ta kontakt med dessa yrkeskategorier då de inte ansett att det varit aktuellt då de har kontakt med Habiliteringen.

3.8.2 Kontorets kommentar och slutsatser

Vid dokumentationsgranskning av sjuksköterskejournaler framgick att hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar som konsulter mot gruppbostaden och att personalen kontaktar hälso- och sjukvårdspersonalen vid bedömt behov.
I förfrågningsunderlaget står att läsa att utföraren ska tillgodose behov av hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå dygnet runt. Vidare ska behov av insatser av arbetsterapeut och sjukgymnast tillgodoses. Kontoret ställer sig frågande om sjuksköterska finns i verksamheten i sådan omfattning att samtliga boende får en säker hälso- och sjukvård. Sjuksköterskan har det medicinska ansvaret och bör ta ett aktivt ansvar för bedömning, uppföljning och utvärdering av medicinsk behandling. Vid dokumentationsgranskningen framkom bl.a. att balanssvårigheter fanns på boendet men någon åtgärd/insats för detta var inte noterat. Vårdprocessen kunde heller inte följas i daganteckningar som var gjorda i journalerna under 2012 och samverkan mellan personalen och sjuksköterskan kunde endast ses i två av journalerna, se bilaga 1. Vid dokumentationsgranskning av arbetsterapeutens journaler bekräftades det att denne inte varit på verksamheten under en längre tid då samtliga anteckningar var från 2006. Ingen dokumentation fanns upprättad av sjukgymnasten.
Kontoret anser inte att verksamheten uppfyller ska-kravet när det gäller att behov av arbetsterapeut och sjukgymnast ska tillgodoses.
Kontoret anser att former för samarbete och rådgivning/konsultation mellan boendeassistenterna och legitimerad personal behöver tydliggöras. Personalen måste även få mer kunskap och stöd i när de ska kontakta legitimerad personal.

3.9 Habiliterande/rehabiliterande arbetssätt

3.9.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället berättade ledningen att verksamheten arbetar för att den enskilde ska bibehålla och utveckla sina resurser. Personalen berättade att de försöker ha ett rehabiliterande/habiliterande arbetssätt när de arbetar.

3.9.2 Kontorets kommentar och slutsatser

I Socialstyrelsens tillsynsrapport framkom att utåtagerande beteende förekommer på verksamheten och att personal vid dessa tillfällen ”kastar över en filt och knyter ihop den och håller i tills han lugnar ner sig”. Personalen på verksamheten kände inte igen detta uttalande utan framförde att de kände sig kränkta när de läst rapporten. De bekräftade dock att det förekommer utåtagerande beteende och att de känner en viss otydlighet och ovisshet hur de ska hantera detta. Personalen berättade vidare att de haft utbildning i nödvärnsrätt, hot- och våld samt självförsvar och att de också haft handledning och diskuterar vad man kan göra men sade samtidigt att det är svårt att veta vad de får göra vid dessa tillfällen då de hela tiden får höra vad de inte får göra. Även ledningen bekräftade att utåtagerande beteende förekommer men att det sker mycket sällan och att det alltid dokumenteras och att det finns en handlingsplan att följa.

Vid dokumentationsgranskningen gick det att utläsa att person varit ”mycket besvärlig” samt ”mycket jobbig” på verksamheten. Det gick dock inte att utläsa att utåtagerande beteende

förekommit eller att personalen tagits med legitimerad personal vid dessa tillfällen. Kontoret har fått tagit del av riskanalys och handlingsplan som upprättats på verksamheten kring person. I denna framkommer bl.a. att "det kan ske dramatiska utbrott med stor fara för skador på både människor och inventarier". Som förebyggande åtgärder står bl.a. att personalen kan ge lugnande medicin samt hur de kan bemöta/arbeta med personen. Det framkommer även vid vilka tillfällen samt vad som kan hända när dessa situationer uppstår. Vidare står att läsa "om man inte kan avleda eller lugna ner situationen får man vara beredd på att x kan börja slåss och bitas. Man har då rätt enligt lagen om nödvärn att använda försvarligt våld för att skydda sig själv och andra". Det gick däremot inte att utläsa att någon kontakt med legitimerad personal skulle tas ej heller vad som skall göras efter det utåtagerande beteendet.

Varje medborgare är genom grundlag (RF) skyddad mot påtvingade ingrepp och frihetsberövande från offentliga verksamheter. Med frihetsberövanden menas även de fall där någon är faktiskt förhindrad att förflytta sig utanför ett rum eller annat begränsat område. Undantag finns i tvångslagstiftning så som LPT, LRV och LVM. Nödvärn och nödrätt regleras i brottsbalken 24 kap. Av bestämmelserna framgår att ansvarsfrihet föreligger gällande handlingar som har företagits i nödvärn eller nöd. Nödbestämmelserna ska endast tillämpas i undantagsfall och får inte ligga till grund för rutinmässiga ingripanden, t ex för att få någon att "uppföra" sig på ett visst sätt. Utföraren ska även dokumentera verkställigheten av insatsen enligt gällande bestämmelser, där det bl.a. i dokumentationen ska framgå åtgärder som vidtas, faktiska omständigheter och händelser av vikt. Att våld eller tvång förekommit i en akut situation ska därför dokumenteras.

Enhetschef på verksamheten har i sitt svar till socialstyrelsen skrivit att "verksamheten jobbar strategiskt med situationen hot och våld. Verksamheten arbetar efter handlingsplaner på individ nivå. Vi går årligen igenom riskanalyser som kan förekomma i enskilt hem samt utifrån skyddsrond psykiskt- och fysisk arbetsmiljö. Handlingsplaner görs utefter vad som har kommit fram". Regelbunden handledning runt enskild med beteende problematik som hot och våld har tillhandahållits för personalen.

Kontoret ser positivt på att riskanalys och handlingsplan kring hot och våld görs samt att personalen erhåller handledning kring dessa situationer. Kontoret ser dock mycket allvarligt på om olagliga inskränkningar i de grundläggande fri- och rättigheterna har förekommit på verksamheten. Vidare att det saknas dokumentation kring detta, vilket medför att det inte går att avgöra om det handlat om nöd i en akut situation, och vilka åtgärder som vidtagits i övrigt för att förebygga och/eller avleda ett utåtagerande beteende. Kontoret ser även allvarligt på att ingen kontakt tagits med legitimerad personal för rådgivning och stöd när det gäller utåtagerande beteende då det vid intervju med arbetsterapeut framkommit att denne behöver kopplas in vid dessa svårigheter som det tidigare framkommit under rubriken hälso- och sjukvård.

Kontoret kräver att utföraren ska inkomma med rutin där det ska framgå i vilka situationer personalen kontaktar legitimerad personal.

3.10 Övrigt

HVK kallade efter avtalsuppföljningen in verksamhetschef, affärsområdeschef samt verksamhetschef för hälso- och sjukvård utifrån de brister inom området som framkommit vid avtalsuppföljningen. En dialog fördes och verksamhetsansvariga tog till sig kritiken och kommer att arbeta med de brister som påtalades vid mötet.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg, avdelningen för avtal och uppföljning

Tomas Odin
Avdelningschef

Charlotta Larsson
Uppdragsstrateg

Bilaga 2

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Datum 2012-10-08

Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Gruppbostaden, Smålandsvägen 1, 2012-10-02 i samband med avtalsuppföljning

Bakgrund

Dokumentationen är beviset på vård som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts av hjälpen och vården av den enskilde. Legitimerad personals dokumentation skall vara strukturerad och beskriva en sammanhållen vårdprocess, problem ska identifieras, åtgärd, resultat, uppföljning och utvärdering ska beskrivas. Innehållet i dokumentationen ska beskriva en individuellt planerad vård för att garantera kontinuitet och säkerhet för den enskilde.
I boendeassistenternas dokumentation ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde. En av förutsättningarna för att den enskilde ska hjälpas och vårdas utifrån ett rehabiliterande synsätt är att professionerna i teamet samverkar, vilket bör framgå i samtliga professioners dokumentation

Syfte

Som en del i avtalsuppföljning genomfördes dokumentationsgranskning vid gruppbostaden, Smålandsvägen 1. Syftet med granskningen var att se om dokumentationen utförs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

Metod

Dokumentationsgranskning utfördes på samtliga kunder tillhörande gruppboendet.
Verksamhetschef hämtade in samtycke från kunderna inför dokumentationsgranskningen.
Samtycke gavs av samtliga kunder.

Kommentar

Hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar som konsulter mot gruppbostaden, Smålandsvägen 1.
Boendeassistenterna kontaktar hälso- och sjukvårdspersonalen vid bedömt behov.
Hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation fördes i pappersjournaler.

Resultat

I sjuksköterskans journaler fanns anamnes och status. I en journal framgick kontaktorsak.
Det fanns ingen notering om vikt eller BMI i någon journal. Balanssvårighet framgick i en journal men någon åtgärd/insats för detta var inte noterat. Det fanns tre upprättade individuella vårdplaner på hud där vårdprocessen gick att följa i en av dessa. Det fanns mellan två till sex daganteckningar gjorda i journalerna under 2012 där problem och åtgärder var dokumenterade. Vårdprocessen kunde inte följas. I en journal fanns egenvårdsbeslut. Samverkan mellan boendeassistenterna kunde ses i två av journalerna.

Postadress: Uppsala kommun, Kontoret för hälsa, vård och omsorg, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Stationsgatan 12 • Telefon: 018-727 86 00 (växel) • Fax: 018-727 08 90
E-post: halsa-vard-omsorg@uppsala.se
www.uppsala.se

Det fanns tre journaler upprättade av arbetsterapeut. Samtliga anteckningar var från 2006 och rörde intyg och ansökan om bostadsanpassningsbidrag. Det fanns kontaktorsak, diagnos, kortfattat status, bedömning och åtgärd i samtliga journaler.

Ingen dokumentation fanns upprättad av sjukgymnast.

I boendeassistenternas dokumentation fanns genomförandeplaner med mål samt delmål vilka var av övergripande karaktär på samtliga kunder. Uppföljningsdatum var noterat i journalerna men i den löpande texten framkom inte en individuell planering utifrån den enskildes behov eller önskemål. Hur den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande avseende planering och utförande framkom inte i någon journal. Aktiviteter både enskilt och i grupp var noterat men saknade efterkommande uppföljning av resultat.
Samverkan mellan olika professioner såväl inom som utanför verksamheten var dokumenterat.

Förbättringsområden

- Att i sjuksköterskans dokumentation tydligare kunna följa vårdprocessen
- Att i sjuksköterskans dokumentation synliggöra samverkan mellan de olika professionerna på enheten
- Att i den sociala dokumentationen tydligare kunna följa utförandet med resultat och åtgärd samt utveckla och synliggöra den enskildes medverkan.

Eva Andersson
Hälso- och sjukvårdscontroller

Karin Eriksson
Hälso- och sjukvårdscontroller

Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

Mari Larsson
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef: Sofia Wikström
Uppföljningsstrateg: Charlotta Larsson

Bilaga 3

Uppsala KOMMUN

STYRELSEN FÖR VÅRD OCH BILDNING

Handläggare
Marja Hedin

Datum
2013-04-17

Diarienummer
SVB-2012-1730

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Handlingsplan för gruppbostad Smålandsvägen, Affärsområde Boende vuxna, Uppsala kommun, med diarienr NHO-2012-0143.31

Bifogar handlingsplan för gruppbostad Smålandsvägen

Med vänliga hälsningar

Sofia Wikström
Enhetschef
Affärsområde Boende vuxna
Uppsala kommun

Karin Brolin
Affärsområdeschef
Affärsområde Boende vuxna
Uppsala kommun

Postadress: Uppsala kommun, Styrelsen för vård och bildning, 753 75 Uppsala
Telefon: 018-727 00 00 (reception)
E-post: styrelsen-vard-bildning@uppsala.se
www.uppsala.se

Handläggare
Marja Hedin

Datum
2013-04-17

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Smålandsvägens gruppbostad
Enhetschef: Sofia Wikström
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2013-03-26

Av uppföljningsrapporten framgår inom vilka områden avvikelser mot gällande avtal konstaterats. Om flera brister förekommer inom samma område finns i handlingsplanen en rad för respektive avvikelse. Utföraren ska kortfattat beskriva hur konstaterade avvikelser/brister ska åtgärdas, ansvarig för åtgärd, tidplan samt uppföljning för respektive avvikelse. Detta ska göras i den av HVK tillhandahållna mallen. Om utföraren vill hänvisa till bilaga ska det tydligt framgå i handlingsplanen till vilken bilaga, alternativt sidhänvisning i bilaga. De grå fälten i mallen fylls i av HVK.

Åtgärder som vidtas ska fokusera på förändring i verksamheten för att godkännas av HVK. Om utföraren hänvisar till förändringar i ledningssystem för kvalitet ska det tydligt framgå hur dessa förändringar kommer att implementeras i verksamheten.

Utföraren ska vid begäran presentera innehållet i handlingsplanen för HVK, Munin, Strandbodgatan 1.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till halsa-vard-omsorg@uppsala.se. Ange det diarienummer som finns på uppföljningsrapporten i mejlet. Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

Uppföljningsobjekt: Smålandsvägens gruppbostad

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
Klagomål och avvikelser	**Sammanställning och uppföljning av avvikelser och klagomål:** Sedan avtalsuppföljningen sammanställer enhetschef systematiskt avvikelser på gemensam G-mapp som Enhetschef, Verksamhetschef, Affärsområdeschef , MAS och Kvalitetschef har behörighet till. Synpunkter bearbetas på enheten. Avvikelser och inkomna synpunkter är med som en stående punkt vid enhetens APT:n Viktiga förbättringsåtgärder som vidtagits utifrån inkomna synpunkter sammanställs och leder till en utvecklingsplan. Utvecklingsplan och synpunktsstatistik redovisas 30/6 och 31/12 till närmst överordnad chef enligt RU142 Synpunktshantering (bilaga1)	Enhetschef	Kontinuerligt	Vid APT:n på enheten		
Hälso- och sjukvård	**Former för samarbete och rådgivning/konsultation mellan boendepersonal och legitimerad personal. Ökad kunskap och stöd i**					

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
	när boendepersonal ska kontakta legitimerad personal: Information mellan boendepersonal och legitimerad personal sker mer kontinuerligt i och med att s.k. delning i Siebel införts.	Enhetschef Verksamhetschef	Kontinuerligt	Vid APT:n på enheten		
	Det finns en uppdaterad rutin för kontakt med legitimerad personal (RU108) för att säkerställa att personal får kontakt med legitimerad personal och legitimerad personal får kontakt med varandra. Till rutinen finns en instruktion "kontakt med sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast " (IN 105) där det framgår när vård- och omsorgspersonal ska ta kontakt med legitimerad personal. Den uppdaterade rutinen har gåtts igenom vid informationsträffar för medarbetare i Boende vuxna 2012-11-28—29. Rutin RU 108 och Instruktion IN 105 bifogas (bil 2 och 3)	Enhetschef	2012-11-28-29	Vid APT:n på enheten		
	På enheten finns ett kund-hälsoombud utsedd av enhetschef i samråd med HS-enheten. Ombudet fungerar som enhetens kontaktperson med ansvarig	Enhetschef Verksamhetschef	Kontinuerligt	Vid APT:n på enheten		

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
	HSL-personal. Ombudets uppgift är t.ex. att se till att hjälpmedel fungerar, ha månatlig kontakt med ansvarig sjuksköterska för avstämning gällande läkemedel. Kund-hälsoombuden i Affärsområdet kallas till informationsträffar tilsammans med legitimerad personal 2 gånger/år. Arbetsbeskrivning för kund-hälsokontakt bifogas (bilaga 4) Sedan avtalsuppföljningen har en s.k. HS-rond genomförts där legitimerad personal och boendepersonal systematiskt gått igenom varje kunds behov. Detta följs kontinuerligt upp via kontakter mellan boendepersonal och legitimerad personal. Legitimerad personal deltar vid behov på enhetens APT. .	Verksamhetschef Enhetschef	Februari 2013	Februari 2013 samt vid behov.		
Habiliterande/ rehabiliterande arbetssätt	**Rutin för när personal ska kontakta legitimerad personal** Se ovan under Hälso- och sjukvård. Vid utåtagerande beteenden finns en instruktion ”Problemskapande	Enhetschef	Maj 2013 samt 2 ggr årligen	Vid APT:n i maj och november samt vid behov		

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
	beteenden" (IN114, bilaga 5) som beskriver vilka åtgärder medarbetare behöver vidta vid problemskapande beteenden. Instruktionen gås igenom vid APT:n två gånger om året i maj och november samt oftare vid behov. I					

Bilaga 1

VÅRD & BILDNING

Dokumentnamn:
Synpunktshantering

Ingår i
Division Vård & omsorgs ledningssystem – generell rutin

Dokumentnr (version)	Fastställd	Ersätter
RU142 (02)	2012-02-24	(01)
Utarbetad av	Fastställd av	Sida1 (3)
Gunilla Rosqvist	Johan Färnstrand	

Förändring sedan föregående version

Se punkt Muntliga synpunkter

Syfte

En vägledning för medarbetare för att säkerställa att inkomna synpunkter hanteras så att verksamheten ständigt utvecklas
Systemet ska underlätta för verksamheterna och möjliggöra en helhetssyn, statistik, resultatuppföljning och analys för hela förvaltningen.

Omfattning

Verksamheter inom Vård & omsorg
I synpunktshanteringen handlägger vi synpunkter från våra kunder och deras anhöriga/närstående i frågor som berör våra tjänster riktade till dem.
Vård & omsorg ska utveckla tjänsterna utifrån nuvarande och framtida kunders förväntningar.
Till rutinen hör Vård & bildnings synpunktsblankett och Blankett Inkomna synpunkter(används vid muntligt framförda synpunkter)

Förhållningssätt för synpunktshantering inom Vård & bildning

- Vi ser synpunktshanteringen som ett viktigt instrument för att öka kundens/anhörigas/näståendes möjligheter till inflytande.
- Synpunkter ger oss möjlighet att förbättra vår verksamhet och förtydliga våra åtaganden.
- Vi uppmuntrar kunden och anhörig/närstående att lämna synpunkter och vår målsättning är att lösa problemen så fort som möjligt där de uppstår.
- Vi har en systematisk uppföljning och dokumentation av såväl positiv som negativ kritik.

Bemötande

Vi har en generös attityd gentemot den klagande. Han/hon ska känna sig tillfreds med att lämna sina synpunkter till oss. Vi lyssnar och tar till oss synpunkten och respekterar kundens åsikt. Så fort som möjligt löser vi problemet, eller lämnar besked om planerad åtgärd. Alternativt berätta varför vi inte kan tillmötesgå kunden. Det är viktigt att vi inte lovar mer än vi kan hålla och att vi är säkra på att problemet och åtgärdsbeslutet är vårt.

Synpunkter som utvecklingsinstrument

Enhetsnivå

Synpunkter bearbetas i personalgrupp/team på arbetsplatsen där problemet uppstått.
Vid varje arbetsplatsträff redovisas synpunkter som inkommit under perioden och vilka åtgärder de medfört.
Viktiga förbättringsåtgärder som vidtagits med synpunkten som utgångspunkt sammanställs.
Resultatet analyseras, förbättringsområden definieras, planering och prioritering av åtgärder och verksamhetsutveckling sammanfattas i en utvecklingsplan. Utvecklingsplanen och synpunktsstatistiken redovisas den 30/6 och 31/12 till närmast överordnad chef.

Divisionens uppföljning

Inkomna synpunkter, åtgärder och förbättringar ligger till underlag för Ledningens genomgång.

Koncernledning

Sammanställer och analyserar förvaltningens total och redovisar resultat och slutsatser på helhetsnivå i verksamhetsuppföljningen till styrelsen i augusti och vid bokslut.

Tillvägagångssätt vid synpunkter

- Synpunkter kan lämnas muntligt, skriftligt, via telefon, fax och e-post. Avsändaren väljer själv om han/hon vill vara anonym. För att underlätta för kunden finns en frankerad blankett framtagen.
- Den klagande ska kunna lämna en synpunkt till vem som helst i organisationen och det är vår sak att se till att det hamnar rätt.
- Det är viktigt att vi hanterar synpunkter på ett sätt som är förenligt med gällande delegationsordning och att personal inte fattar beslut eller annars agerar på ett otillåtet sätt.
- Kan man inte lösa problemet på den lokala nivån skickas synpunkten till närmaste chef.
- Synpunkter som inte berör vår verksamhet eller ligger utanför våra åtaganden ska vi ta emot och vidareförmedla i den kommunala organisationen. Dessa ärenden ska skickas vidare till affärsområdeschefen, som tar ställning till om bedömningen är riktig och ansvarar för att dessa ärenden hamnar rätt och registreras.
- Den klagande får då ett svarsmeddelande med namn och telefonnummer till den chef som övertagit handläggningen.

Muntliga synpunkter

Ibland vill inte kunden att vi dokumenterar deras synpunkter i deras Sociala journal. För att säkerställa ett lärande kring inkomna synpunkter finns blankett Inkomna synpunkter där medarbetare kan anteckna synpunkten och ta upp den vid t.ex. teamträff eller APT.
Synpunkten noteras men det är oväsentligt vem som framfört den. Enhetschef ansvarar för att bevara sammanställningarna på enheten

Enkäter, fokusgrupper, brukarråd

Utöver synpunktshanteringen då kunden/anhörig/närstående på eget initiativ lämnar synpunkter använder vi oss även av andra verktyg för att fånga upp kundens/anhörigs/närståendes synpunkter. Resultat från dessa redovisas separat.

Bevarande och gallring

Inkomna synpunkter samt sammanställningar ska registreras och arkiveras där registrering skett, på enheten eller på förvaltningen.

Bilaga 2

VÅRD & BILDNING

Dokumentnamn:
Kontakt med legitimerad personal

Ingår i
Division Vård & omsorgs ledningssystem – generell instruktion

Dokumentnr (version)	Fastställd	Ersätter
RU108 (03)	2012-09-27	(02)
Utarbetad av Monica Hansson/Viveka Olofsdotter Öhrn	Fastställd av Johan Färnstrand	Sida1 (1)

Förändring sedan föregående version

Blankett Kontakt med HS-enhetens sjuksköterska är borttagen. Rutinen inkluderar idag även Omtanken och Tindran

Syfte

Att säkerställa att personal får kontakt med legitimerad personal och att legitimerad personal får kontakt med varandra.

Omfattning

Division Vård& omsorg

Till rutinen hör:

Instruktion IN105 Kontakt med sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast
Instruktion IN113 Kontakt med läkare
Blankett Kontakt med sjuksköterska

Ansvarsförhållande

Verksamhetschef/enhetschef

Att rutinen är känd och efterföljs av all personal

Sjuksköterska

- att kontakt tas med läkare vid behov
- att nödvändig informationsöverföring sker gällande kund

Arbetsterapeut

- att nödvändig informationsöverföring sker gällande kund

Sjukgymnast

- att nödvändig informationsöverföring sker gällande kund

Omsorgspersonal

- kontakta legitimerad personal när kundens tillstånd kräver det

Tillvägagångssätt

Kontakt sker beroende på ärendets art och tidpunkt på dygnet enligt gällande instruktioner.

Bilaga 3

VÅRD & BILDNING

Dokumentnamn:
Kontakt med legitimerad personal

Ingår i
Division Vård & omsorgs ledningssystem - instruktion

Dokumentnr (version)	Fastställd	Ersätter
IN105 (03) tillhör RU108 Kontakt med legitimerad personal	2012-09-27	(02)
Utarbetad av Monica Hansson/Viveka Olofsdotter Öhrn	Fastställd av Johan Färnstrand	Sida1(2)

Vård- och omsorgspersonal kontaktar:

Sjuksköterska

- vid förändring i kundens hälsotillstånd
- vid försämring i kundens hälsotillstånd
- när kunden riskerar att falla eller har fallit
- när kunden riskerar att skadas eller har skadats
- när råd, stöd eller handledning i vårdarbetet behövs
- vid medicinska frågor från kund, närstående och/eller personal
- då det enligt blankett "Läkemedel vid behov" står att sjuksköterska ska kontaktas
- vid problem/avvikelse med läkemedelshanteringen
- när kunden kommer hem från sjukhusvistelse
- när kunden har planerade läkarbesök/undersökning
- när kunden avlidit

Arbetsterapeut

- vid frågor rörande rehabilitering från kund, närstående och/eller personal
- när kunden har behov av strategier, hjälpmedel och bildstöd för att hantera vardagen
- när kunden riskerar att falla eller har fallit
- när behov av hjälpmedel kan vara aktuellt
- för instruktion/information om hur olika hjälpmedel ska hanteras
- om en ordination eller hjälpmedel inte fungerar på grund av förändrade behov och förutsättningar
- när ett hjälpmedel gått sönder eller behöver justeras
- när råd, stöd eller handledning om förflyttningsteknik behövs
- när information om rehabiliterings- eller träningsprogram för kunden behövs
- när utformningen av boendemiljön hindrar kunden från att utföra vardagliga aktiviteter

Sjukgymnast

- vid frågor rörande rehabilitering från kund, närstående och/eller personal
- om ordination eller hjälpmedel inte fungerar på grund av förändrade behov eller förutsättningar
- när kund börjar röra sig sämre eller mindre än vanligt
- när kund riskerar att falla eller har fallit
- när behov av hjälpmedel kan vara aktuellt
- för instruktion/information om hur olika hjälpmedel ska hanteras
- när ett hjälpmedel gått sönder eller behöver justeras
- när råd, stöd eller handledning om förflyttningsteknik behövs
- när information om kundens rehabiliterings- eller träningsprogram behövs

Bilaga 4

Kund-Hälsokontakt

Kund-Hälsokontakten är enhetens kontaktperson med ansvarig HSL-personal.

Sjuksköterska SSK
Arbetsterapeut AT
Sjukgymnast SJG

Ansvarsfördelning

Kund-Hälsokontakt:

- Att besiktning av lyftselar genomförs.
- Funktionskontroll av hjälpmedel, när brister, fel upptäcks kontaktas AT eller SG.
- Att dokument som förmedlas av legitimerad personal till enhetens HSL-mapp skrivs ut och placeras i patientens HSL-pärm.
- Beställning av inkontinensartiklar via ansvarig sjuksköterska. Tydliga listor med initialer på kund och vad som ska beställas e-postas med 3 månaders intervaller, februari, maj, augusti, november.
- Kontaktar SSK i slutet på varje månad för avstämning, vid ev. förändringar
- Kontrollera att all medicin står med på signeringslistan.
- Skickar in föregående månads signeringslistor fullständigt ifyllda till respektive SSK, AT och SG
- Kontrollera att mediciner i läkemedelsskåp är giltiga (aktuellt datum).
- Skicka påminnelse om förnyelse av APO-dos till SSK
- Medicinbeställningar till sjuksköterskan per e-post i god tid. Inte för stora förråd av behovsmedicin
- Kontrollera tillsammans med sjuksköterska, läkemedelsskåp och ev. narkotikamedicin var tredje månad februari, maj, augusti, november

- Se till att listan med signaturförtydligande är aktuell
- Uppdatera den lokala läkemedelsinstruktionen för enheten.
- Kontakt med DV när det gäller HS-frågor runt kund. Meddela DV resultatet av risk-och nyttoanalys som berör kund på DV.
- Ta emot gammal medicin från DV

Alla medarbetare:

- Meddelar kund-hälsokontakten när hjälpmedel inte fungerar.
- När kunden har Apo-dos och det skett en **medicinförändring** tar personal telefonkontakt med sjuksköterskan som kan säkerställa att det står rätt på första dygnets apo-dos påse.
- Beställer vid behov lagning av hjälpmedel
- Meddelar kund-hälsokontakten när det är aktuellt med beställning av inkontinensartiklar
- Skriver ut aktuella signeringslistor från mapp på G (Om de inte är gjort av Kund-Hälsokontakten)
- Meddelar behov av sjuksköterskekontakt med Kund-Hälsokontakten vid icke akuta frågor.
- Signerar följesedel och plocklistor från Apoteket som sparas i 3 månader på enheten, och därefter tuggas.
- Informerar SSK före och efter kund varit på läkarbersök eller tandläkarbesök (ej tandhygienist)
- Hämta läkemedel till kunder på apotek

Enhetschef:

- Utser Kund-Hälsokontakt ur medarbetargruppen i samråd med SSK.
- Har huvudansvaret för att uppgifterna som åligger Kund-Hälsokontakten samt övriga medarbetare blir fullgjorda
- Ny personal får delegering och att delegerad personal finns på plats.

Bilaga 5

VÅRD & BILDNING

Dokumentnamn:
Problemskapande beteenden

Ingår i
Vård & omsorgs ledningssystem – instruktion

Dokumentnr (version)	Fastställd	Ersätter:
IN114 (03) Tillhör RU110 Arbetsmiljöriskbedömning	2012-07-16	(02)
Utarbetad av Susanne Söderberg	Fastställd av Johan Färnstrand	Sidan 1 av 2

Förändring sedan förra versionen

Byte av logotype och Fastställd av Vice produktionsdirektör

Vid akut situation

- Vid extra farliga situationer, ring polis tel. 112
- Tillkalla hjälp av personal som samtidigt är i tjänst.
- Begränsa situationen
- Håll övriga kunder borta från situationen
- Vid extrema situationer där kunden försöker skada annan kund, personal eller sig själv kan man för en stund använda nödvärn genom att stänga in kunden i sin lgh/rum eller om det går att stänga in alla andra det vill säga personal och de andra kunderna. Var hela tiden uppmärksam på kunden.
- Du kan också använda nödvärn för att skydda dig själv eller andra utsatta
- Vid akut behov av mer personal kontakta enhetschef, ev ställföreträdare eller arbetsledare jourtid
- Informera snarast enhetschefen, ev ställföreträdare eller arbetsledare jourtid om händelsen.
- Om kunden eller andra kunder kommit till skada ska ansvarig sjuksköterska kontaktas via Trygghetsjouren (dygnet runt) och givetvis ambulans om situationen är sådan.
- När allvarlig händelse har inträffat ska det anmälas till Arbetsmiljöverket. Den första anmälan kan anmälas muntligt på telefon, för att senare kompletteras med en skriftlig redogörelse.

Förebyggande åtgärder:

- Följ kundens genomförandeplan/arbetsplan och ha koll på kundens dagsform genom t.ex. anpassning av rutiner, schema, krav.
- Läs alltid dokumentationen om kunden innan du börja utföra ditt arbete för att planera arbetspasset tillsammans med kollega/kollegor.
- Följ enhetens arbetssätt, ändra inte dessa på eget initiativ.
- Informera tjänstgörande personal och dokumentera om avvikande beteenden/oro omedelbart.
- Ge muntlig information till personal som inte har tillgång till dokumentationen och repetera den individuella arbetsplanen/genomförandeplanen.
- Problemskapande beteenden är en stående punkt på mötesdagordningen.
- Tjänstgörande personal ska alltid veta var övrig tjänstgörande personal befinner sig.
- Om krav på larm finns, så ska larmet testas regelbundet, det måste fungera, vara användarvänligt och användas.
- Handledning för medarbetare
- Adekvat utbildning, för att säkra den kompetens som krävs för att arbeta med målgruppen på respektive enhet.

Checklista för individuell arbetsplan för problemskapande beteende

- ✓ Aktuell riskanalys ska finnas i varje kunds sociala dokumentation och den ska innehålla handlingsplan för hur man på bästa sätt hanterar just denna kunds problemskapande beteende
- ✓ Finns medicinering och hur sker uppföljningen
- ✓ Behövs/finns kontakt med psykiatrin
- ✓ Behövs/finns kontakt med habiliteringen, habiliteringens husläkare
- ✓ Behövs/finns annan husläkare
- ✓ Kontakt och samarbete med god man/förvaltare/kontaktperson
- ✓ Kontakt och samarbete med anhöriga/vårdnadshavare
- ✓ Kontakt och samarbete med Daglig verksamhet/skola/annan sysselsättning
- ✓ Kontakt och samarbete med enhetens sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster
- ✓ Hur är kundens allmänhälsa, ex. somatiska problem, klimakteriet, pubertet, tandvärk
- ✓ Hur är fysiska miljön

Tillbud

- Rapportera till personal som tar över, både muntligen och skriftligen
- Dokumentera noggrant i kundens sociala dokumentation
- Personal som är i behov ska avlösas så snabbt som möjligt
- Delaktig personal samlas för att kontrollera hur var och en mår.
- Kontrollera även hur de andra kunderna mår.
- Informera övrig personal innan de kommer till arbetet.
- Enhetschef tar kontakt med berörd personal och informerar samtidig om vilka möjligheter till stöd som finns.
- Enhetschef bedömer om kontakt ska tas med närstående om personal kommit till sådan skada att de själva inte kan meddela anhöriga, exempelvis om de behöver sjukhusvård.
- Enhetschefen tar oavsett utgången av första samtalet, inom en månad ta ny kontakt med berörd personal
- Enhetschef tar kontakt med vårdnadshavare/gode man/förvaltare
- Enhetschef meddelar ev. arbetsskador till Arbetsmiljöverket
- Fyll alltid i tillbudsrapport och vid behov även arbetsskadeanmälan. – Detta görs i datorn i Marsh-plus.
- Händelsen tas upp på nästkommande APT
- Enhetschef samråder med affärsområdes- och kvalitets- och utvecklingschef om det inträffade ska rapporteras till uppdragskontoret.