Bilaga 2

3,09

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Eva Erikson

Datum
2014-11-20

Dnr
ALN-2014-0354.30

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Nyby Hemvård
Verksamhetschef: Tillförordnad VC Christina Hedbom-Eklund
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 8 december 2014
Kompletterande handlingsplan HVK tillhanda senast: 9 januari 2015

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 på Svartbäcksgatan 44.

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 en offentlig handling.

Uppföljningsobjekt: Nyby hemvård

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
3.1 Delge aktuell information kring rekrytering av sjuksköterskor.	Har rekryterat sjuksköterskor: 1. började augusti 2014. 2. började i november 2014 3. sjuksköterska bemanningsbolag i väntan på rekrytering.	Verksamhetschef	Första tertialen 2015.	Verksamhetschef	Ja	Kontoret godkänner svaret. Kontoret begär fortlöpnade avrapportering 1gång/månad via epost - hur den pågående sjuksköterskerekryteringen fortskrider
Delges HVK	Kommer att avrapporteras när namn och mailadress lämnas till tf verksamhetschef.				Ja	
3.1 Delge när intern samverkan sker i verksamheten - dels vilka professioner som deltar och dels över dygnet.	1. **Morgonmöte:** Dagligen genomgång av aktuella kunder. Legitimerad personal, planerare, omvårdnadspersonal 2. **Kvarten:** Dagligen, gemensamma ärenden, nya kunder osv. Legitimerad personal, driftsledare 3. **Senioralert:** 1 ggr/ veckan legitimerad personal, kontaktman, planerare v.b 4. **HSL:** 1 ggr/mån.	Verksamhetschef	Kontinuerligt	Verksamhetschef	Ja	

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
	verksamhetschef och legitimerad personal 5. **Samverkan Joursjukvård och nattpatrull** utifrån behov. 6. **APT** 1ggr/mån. Samtlig personal 7. **Husmöte:** 2ggr/ termin personal i Nyby servicehus ex Nora, Träffpunkt, Hemvård m.m.					
3.2 Delge rutin samt checklista för introduktion av legitimerad personal.	Instruktion" Introduktion av legitimerad personal" finns. Introduktion till dess de känner sig mogna att arbeta självständigt.	Verksamhetschef HSL personal	Klart	Verksamhetschef	Ja	
3.2 Delge åtgärder som säkerställer att hemtjänstpersonalen har kunskap att utföra personlig omvårdnad till svårt sjuka personer.	Vid "Medarbetarsamtal" fångas behov av kompetensutveckling hos medarbetare. Legitimerad personal instruerar och utbildar personal vid behov ex APT	Verksamhetschef HSL personal	Kontinuerligt	Verksamhetschef	Nej	Kontoret begär ett förtydligande med exempel på vad medarbetarsamtalen kan fånga upp och vilka konkreta åtgärder som sätts in. Beskriv också hur "legitimerad personal instruerar och utbildar".
Delge HVK hur "krav på ytterligare" åtgärd ska tillgodoses	Vid medarbetarsamtal finns punkten "Medarbetare-attraktiv arbetsgivare ex				Ja	

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
	Arbetsmiljö, kompetensutveckling, facket". Det innebär att chef alltid aktivt frågar efter behov av kompetensutveckling. Utifrån behov planeras sedan kompetensutvecklingen. Exempelvis behov av utbildning kring vård att kund med stomi. Då utbildar våra sjuksköterskor aktuell personal. En annan punkt som finns i Medarbetarsamtal är "Utveckling- kvalitets- och miljöledningssystem". Under denna punkt har framkommit behov av utbildning kring stickskador. Sjuksköterskorna har då gått igenom rutin för stickskador vid ett APT. Alla hygienrutiner har därefter gåtts igenom på APT och varje personal har fått skriva under att det förstår innebörden av rutinen. När det gäller aktuella rutiner så gås det igenom på upprepade APT för att säkerställa att all personal har aktuell kompetens för våra					

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
	rutiner. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter kan vid behov gå igenom med enskild personal när det framkommer att enskild personal har behov av instruktioner. Dessutom tar arbetsterapeut och sjukgymnast upp generell instruktion och rutiner regelbundet vid varje APT.					
3.2 Delge åtgärder som beskriver hur hemtjänstpersonalen (inklusive visstidsanställda) ska utbildas så att ställda krav uppfylls.	Vid "Medarbetarsamtal" fångas behov av kompetensutveckling hos medarbetare. Legitimerad personal instruerar och utbildar personal vid behov ex APT. Avtal HVK gås igenom med personal 50% usk	Verksamhetschef HSL personal	2015	Verksamhetschef	Nej	HVK begär ett förtydligat svar kring vilka åtgärder verksamheten vidtagit för att öka andelen utbildade i hemtjänstgruppen.
Delge HVK hur "krav på ytterligare" åtgärd ska tillgodoses	Vid rekrytering av tillsvidareanställd personal anställs endast personal med undersköterskekompetens.				Ja	
3.3 Delge hur kunskap i social dokumentation ska säkerställas.	Utbildning i Siebel enligt behov. Personal kan vända sig till expertanvändare vid behov. Rutin för Social dokumentation håller på att revideras. Därefter sker	Verksamhetschef	2015	Verksamhetschef	Nej	Kontoret begär ett förtydligande gällande specifik månad då reviderad rutin för social dokumentation kan delges

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
	implementering via chefer.					HVK.
Delge HVK hur "krav på ytterligare" åtgärd ska tillgodoses	Rutinen revideras divisionsövergripande. Planeras vara klart under kvartal 1, 2015.				Ja	
3.4 Delge hur och när legitimerade får information om kunders allmäntillstånd. Delge också verksamhetens rutin för integrerad teamsamverkan med den enskilde.	Bl.a. via: Kunder själva Anhöriga Egna hembesök, Omvårdnadspersonal, Larm Vårdcentral Sjukhus Vid vårdplanering, genomförandeplanering och rehabplanering där kund deltar.	Verksamhetschef HSL personal		Verksamhetschef	Ja Nej	Kontoret begär att få ta del av Rutin för integrerad samverkan
Delge HVK hur "krav på ytterligare" åtgärd ska tillgodoses	*Rutiner för integrerad samverkan:* För Genomförandeplanering finns rutin Social dokumentation. Bifogar avsnitt om Genomförandeplanering och kunds delaktighet. **(Bilaga 1)** För vård och rehabplan följs HVK riktlinje för Hälso- och sjukvård. **(Bilaga2)** Lokal rutin för samverkan på				Ja	

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
	enheten finns. Bifogas. **(Bilaga 3)** Lokal rutin ska revideras under kvartal 1, 2015.					
3.4 Delge hur och när kunderna ska kunna erbjudas en omvårdnadsansvarig sjuksköterska.	Alla kunder ska ha en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid ny kund utses ansvarig. När sjuksköterska slutar övertas ansvaret av annan sjuksköterska.	Verksamhetchef	Kontinuerligt	Verksamhetschef	Nej	Kontoret begär ett förtydligat svar hur kravet tillgodoses under pågående rekrytering
Delge HVK hur "krav på ytterligare" åtgärd ska tillgodoses	Vi har nu två sjuksköterskor med ansvar för varsitt område. De är patientansvariga för de kunder som bor i respektive område.				Ja	
3.4 Delge urvalskriterier (dokumenterade och implementerade) för när arbetsterapeut och sjukgymnast ska kontaktas av hemtjänstpersonalen.	Se instruktion "Kontakt med legitimerad personal"	Verksamhetchef	Klart	Verksamhetschef	Ja	
3.4 Delge när kunderna (åter igen) kan erbjudas en årlig läkemedelsgenomgång	PHASE-20 kan användas inför besök hos husläkare. PHASE-20 kan då skickas hem till patienten i förväg för att sedan användas som utgångspunkt för samtal om	Ansvarig sjuksköterska.	Kontinuerligt	Verksamhetschef	Nej	Kontoret begär ett förtydligat svar kring hur kravet tillgodoses under pågående rekrytering av

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	**Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
	läkemedelsanvändning. Vid årsförnyelse av ordinationskort faxas detta samt blankett Phase 20 till ansvarig läkare. Möte med vårdcentral har skett under november 2014 för att förbättra samverkan.					sjuksköterska
Delge HVK hur "krav på ytterligare" åtgärd ska tillgodoses	Vi har nu två sjuksköterskor med ansvar för varsitt område. De är patientansvariga för de kunder som bor i respektive område och följer ovanstående rutin.				Ja	
3.5 Delge hur och när rutin för avvikelser, synpunkter och klagomål har implementerats fullt ut.	Rutin för avvikelser och synpunkter och klagomål är genomgånget på ett APT under hösten. HSL avvikelser rapporteras i Flexite. Arbete pågår för att implementeras fullt ut.	Verksamhetschef	Kontinuerligt	Verksamhetschef	Nej	Kontoret begär ett datum för när implementering av aktuell rutin skett samt datum för när hälso- och sjukvårdsavvikelser fullt registreras och hanteras i Flexite.
Delge HVK hur "krav på ytterligare" åtgärd ska tillgodoses	141101 From 141008 påbörjades registrering enligt rutin. Vi registrerade "bakåt" i tiden from 140901. Detta var klart 141101.				Ja	
3.5 Delge en beskrivning av hur det systematiska förbättringsarbetet	Rutin för Kontaktman behöver förtydligas. Arbete pågår för att förbättra detta. Vid APT finns en punkt som	Verksamhetchef	Kontinuerligt	Verksamhetschef	Nej	Kontoret begär att få ta del av reviderad rutin för kontaktmannaskap.

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
bedrivs i verksamheten -vilka funktioner som deltar -hur ofta de träffas för bedömning och åtgärd gällande händelser som rapporterats.	handlar om förbättringsarbete. Vid APT deltar all personal. Vid möten enligt ovan 3.1 tas även kvalitetsförbättringar upp. Avvikelserapporter, synpunkter och klagomål gås igenom 1ggr/ månad. Där lyfts förbättringsförslag utifrån händelse.					Kontoret begär en konkret och tydlig beskrivning av hur det systematiska förbättringsarbetet bedrivs på enheten då ett förbättringsområde identifierats.
Delge HVK hur "krav på ytterligare" åtgärd ska tillgodoses	Rutin för Kontaktman bifogas. **(Bilaga 4)** Ständiga förbättringar/ systematiskt förbättringsarbete som görs i verksamheterna sker via APT. Ex behov av förbättrad överrapportering mellan skift framkom. Då beslutades det vid ett APT att tid för överrapportering planeras in vid varje skiftbyte. Verksamhetschef följer upp hur arbetet fortskrider vid varje APT.				Ja	

Bilaga 2:1

7.4 Individspecifika iakttagelser

Fokusera på vad som är relevant för den enskilde när anteckningar skrivs.
Ex.
Iakttagelse: Stina har tappat sin Ipad
Åtgärd: Hjälpte henne leta, kontaktade skolan (datum och signatur)
Uppföljning: Ipaden upphittad av lärare Lena (datum och signatur)

Vardagliga iakttagelser som inte är relevanta för genomförandeplan och/eller utveckling kan vara:
"Har bytt batteri till Stinas Ipad idag"
Ett exempel som inte ska dokumenteras i social journal.

7.5 Social dokumentation eller hälso- och sjukvårdsdokumentation?

Utgångspunkt inom Vård & omsorg är social dokumentation.

Ex. 1
Iakttagelse: "Niklas har feber", skrivs i sociala dokumentationen och delas enligt gällande rutin till HSL
Åtgärd: "Kontaktat sjuksköterskan", skrivs i sociala dokumentationen och delas enligt gällande rutin till HSL
Här övergår ansvaret till ansvarig HSL-personal. Om då denne ger en delegering eller ordination på en viss behandling eller observation så blir det anteckningar som skrivs av omsorgspersonalen och delas enligt gällande rutin till HSL.

Ex. 2
Iakttagelse: "Björns rullstol behöver justeras", skrivs i sociala dokumentationen och delas enligt gällande rutin till HSL
Åtgärd: "Kontaktat arbetsterapeut", skrivs i sociala dokumentationen och delas enligt gällande rutin till HSL
Även i detta exempel visar den sociala dokumentationen vad som är observerat och vem som ansvarar för åtgärden.

8 Start av dokumentation

Enhetschef/verksamhetschef ansvarar för att beställning/beslut tas emot från uppdragsgivarna och att den sociala journalen startas. (Dokumenteras i Siebel under sökord "Planering")

Under sökord "Planering" dokumenteras i löpande text:
- Vilken insats och vilket datum insatsen har påbörjats. Det kan innebära olika datum för olika insatser.
- Andra händelser som inträffar innan beslutet är verkställt
- Datum när välkomstsamtal/inskrivningssamtal äger rum samt deltagare
- Datum när eventuell levnadsberättelse upprättats
- Datum när insatsen har/ska avslutats och av vilka skäl

8.1 Välkomstsamtal/inskrivningssamtal

Hålls på samtliga enheter då beslutad insats påbörjas. Detta dokumenteras i journalen.
Vid detta tillfälle informeras även kund att en social journal upprättas och vad det innebär.
Vad som dokumenteras i löpande text är:

- När samtalet ägt rum
- Vilka som var närvarande
- Vilken information som lämnats ut
- Om ev. levnadsberättelse lämnats ut

Exempel på information som lämnas ut till kunden:

- Ansvarig enhetschef/verksamhetschef
- Namn på kontaktman
- Namn på ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal
- Synpunkt och klagomålshantering
- Folder "Om dina dokument hos oss"
- "Hantering av privata medel inom äldre- och handikappomsorgen"
- Enhetens specifika information om enhet m.m.

8.2 Levnadsberättelse

Syfte är att få kunskap om den enskildes bakgrund för att lättare se människan bakom funktionsnedsättningen eller en sjukdom. En levnadsberättelse ger oss kunskap om den enskilde och dennes intressen. Med hjälp av denna kunskap har vi förutsättningar att skapa en fortsatt god livskvalitet. Se **BL158**

Uppgifterna kan hämtas från någon anhörig eller närstående om den enskilde inte själv kan berätta.

Vid inflyttning till särskilt boende, dagverksamhet för äldre och växelvård med inriktning demens erbjuds alltid upprättande av levnadsberättelse.

Levnadsberättelse kan med fördel även erbjudas inom andra inriktningar. Att lämna uppgifter till en levnadsberättelse är frivilligt för den enskilde.

Levnadsberättelsen är ett levande dokument. Det innebär att den används löpande under den enskildes vistelse på boendet, som till exempel stöd till genomförandeplan och registrering i BPSD.

Kontaktman dokumenterar att levnadsberättelse upprättats. Levnadsberättelsen är ingen allmän handling och det finns inga dokumentationskrav för denna.

Ansvar: Kontaktman ansvarar för upprättandet och att den hålls levande

8.2.1 Enklare variant av levnadsberättelse,

Syftet är det samma som för levnadsberättelse men dokumentet som används till den enklare varianten är inte lika omfattande. Se **BL159**
Det är frivilligt för den enskilde att upprätta denna del. Den enskilde eller dennes företrädare avgör själv vad den anser viktigt och vill berätta.

9 Genomförande

9.1 Vad ingår i dokumentationen av genomförandet?

Journalen/personakten består av planering, genomförande och uppföljning. Delar i journalen är genomförandeplan/ behandlingsplan och löpande anteckningar. Journalen kan även innehålla andra journalhandlingar av värde för kund, exempelvis intyg, nätverksmöten med habiliteringen/socialtjänst, riskbedömningar, handlingsplan.

9.2 Dokumentationsskyldighet vid genomförandet

Utifrån lagstiftning, så föreligger dokumentationsskyldighet i genomförandet då det finns ett individuellt behovsprövat beslut enligt SoL och LSS. Finns det inget beslut, finns det heller ingen skyldighet att dokumentera på individnivå.

10 Genomförandeplan/behandlingsplan

10.1 Syftet med genomförandeplan

Genomförandeplanen syftar till att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet av en beslutad insats och att underlätta uppföljningen. Vidare är syftet att tydliggöra för den enskilde och personalen **vad** som ska göras, **målet** med det som ska göras, **hur** det ska göras, **när** det ska göras och **vem** som ska göra vad.

Dokumentet "Genomförandeplan" heter "Genomförandeplan/behandlingsplan" för att passa hela divisionens kunder. I rutinen används ordet Genomförandeplan genomgående.

10.2 Var ska genomförandeplanen dokumenteras/upprättas

Genomförandeplanen ska upprättas i den verksamhet som praktiskt genomför den beslutade insatsen. Det ska tydligt framgå i den löpande dokumentationen **hur** den enskilde varit delaktig i upprättandet av planen. Verksamheten har alltid en skyldighet att upprätta en plan och beskriva **hur** genomförandet av en beslutad insats praktiskt ska genomföras.

10.3 Sökord Genomförandeplan

Under sökordet "Genomförandeplan" dokumenteras i löpande text:

- Datum när genomförandeplan/behandlingsplan har upprättats, följts upp och reviderats samt att kund/legal företrädare varit delaktig och godkänt planen.
- Bilagan "Genomförandeplan" kopplas alltid till detta sökord

10.4 Tidsaspekten för genomförandeplanens upprättande

Genomförandeplanen ska upprättas och färdigställas snarast efter att en beslutad insats påbörjats. En komplett genomförandeplan ska finnas upprättad senast inom två veckor efter att insatsen påbörjats eller enligt gällande avtal.

10.5 Ansvar för att genomförandeplan upprättas/revideras

Det är enhetschef/verksamhetschefs ansvar att genomförandeplan upprättas. Den enskildes kontaktman eller av chef utsedd medarbetare tar initiativ till att en genomförandeplan upprättas. Det är också den enskildes kontaktman som uppmärksammar behov av revidering. Kontaktman informerar arbetslaget samt enhetschef/verksamhetschef fortlöpande om planen.
Detta dokumenteras i kunds sociala journal under sökord "Genomförandeplan".

10.6 Genomförandeplanens innehåll

Innehållet av genomförandeplan kan delas upp i två delar;
- Faktadel, se **BL135**
- Mål, metod och uppföljningsdel, se **BL149**

10.7 Faktadel

"Genomförandeplan/behandlingsplan" innehåller en faktadel. Faktadelen innehåller viktiga uppgifter för den enskilde och verksamheten.

10.8 Mål, metod och uppföljningsdel

"Genomförandeplan/behandlingsplan" innehåller även delen "Mål, metod och uppföljning". Här beskrivs vad den enskilde fått beslut om gällande hjälp/stöd/behandling och hur det ska ges vid olika tidpunkter på dygnet; morgon, middag, kväll och natt.

Denna beskrivning ska vara så tydlig och informativ att nya medarbetare ska kunna utföra hjälpen/stödet utifrån den. Ju mindre den enskilde själv kan uttrycka sina behov och önskemål, desto viktigare att denna beskrivning är utförlig.

Genomförandeplanen ska med utgångspunkt från ett beslut om en insats beskriva **hur** insatsen praktiskt ska genomföras. Med genomförandeplanen blickar man framåt och med hjälp av uppföljningsdelen ser man tillbaka.

Av denna del ska det framgå:
- Vilka insatser som ingår
- Vilka **mål och delmål** som gäller
- **När** insatsen ska genomföras
- **Hur** insatsen ska genomföras
- **Vem** som ska utföra insatserna
- När och hur genomförandeplanen ska **följas upp**
- Hur den enskilde eller dennes företrädare **varit delaktig** i planeringen
- Vilka personer som deltagit vid upprättandet av genomförandeplanen (planeringen)
- När planen fastställts

10.9 Målformulering i genomförandeplanen

Målformuleringen i genomförandeplanen ska vara individuellt utformad och bygga vidare på de mål som fastställts för insatsen under handläggningen av ärendet.

Målen kan vara:
- utvecklande
- bibehållande eller bevarande
- rehabiliterande
- av guldkantskaraktär
- acceptans av tillbakagång/underlätta

Ord som ofta förekommer vid måluppsättning: att bibehålla, att underlätta, att bli, att vara, att minska, att förbättra, att lindra, att öka, att anpassa, att trygga, att uppnå, att åstadkomma, att förebygga.

Ord som ofta förekommer vid insatser/åtgärder: hjälpa, uppmuntra, visa, leda, lyssna, följa, strukturera, skydda, begränsa, involvera, distrahera, motivera, stödja, assistera, anskaffa, kontakta, upprätthålla, upprätta, försäkra, vara till hands, minimera, maximera, utöka.

Tänk på att delmålen ska vara mätbara och realistiska. Planera när de ska utvärderas.
Både mål och insatser ska specificeras och konkretiseras.

Viktigt är att den enskilde varit med och utarbetat sina mål.

10.10 Delaktighet

Vid upprättandet av genomförandeplanen bör den enskilde eller dennes legala företrädare medverka. Om den enskilde och legal företrädare/vårdnadshavaren, barnet eller ungdomen inte kan delta i planeringen, ska skälen till detta dokumenteras.

Av dokumentationen ska det framgå hur den enskilde eller dennes företrädare utövat inflytande/delaktighet vid upprättandet samt vilka/vem som medverkat.

Detta dokumenteras i löpande text under sökord "Genomförandeplan", exempelvis "Carl har deltagit vid upprättandet och godkänt planen".

10.11 Godkännande av genomförandeplan

Genomförandeplan bör undertecknas av både den enskilde samt av ansvarig upprättare på enhet, kontaktman eller chef.

Dokumentera på vilket sätt planen kommunicerats, med vem och när planen fastställts oavsett om planen undertecknas med en namnteckning.
Dokumenteras under sökord "Genomförandeplan".

Genomförandeplan ska även föras till pappersdelen av journalen/driftstoppspärmen.
Om kund har godman eller förvaltare är det viktigt att få reda på vilket uppdrag de har.
Om godman enbart har hand om ekonomi ska godman inte vara med på genomförandeplanen (om inte kund specifikt önskar det) och har inte juridisk rätt att skriva under planen.

10.12 Delning till biståndshandläggare

När genomförandeplanen är godkänd och undertecknad delas den till biståndshandläggare. Att detta gjorts antecknas i löpande text under sökordet "Genomförandeplan".

11 Uppföljning av genomförandeplanen

Det är av största vikt att genomförandeplanen/behandlingsplanen alltid är aktuell och den ska därför följas upp minst 1 gång/år, när behovet förändras eller enligt avtal.

Yngre barn kan behöva tätare kontakt. Kontakten bör också vara tätare i början av placering av barn.

11.1 Förändringar i beslut

Det är viktigt att informera biståndshandläggare/socialsekreterare om eventuella förändringar som påverkar beslutet. Om ett nytt beslut tas i ärendet av handläggare ska den gamla genomförandeplanen/behandlingsplanen avslutas eller revideras.

Uppföljningsdatum dokumenteras under sökord "Genomförandeplan"

11.2 Förändring som inte påverkar beslut

Ändringar som behöver göras i genomförandeplanen som inte påverkar beslutet kan göras utan att ny genomförandeplan behöver upprättas och skrivas under. Det kan vara en ny adress till en vän, att badet sker på torsdagar istället för tisdagar etc. Det är viktigt att man i löpande text dokumenterar vilka ändringar som gjorts och skälen till detta.

I fältet "Ändringar sedan senaste versionen" i dokumentet genomförandeplan fyller man i aktuella ändringar/ändringen.

12 Löpande anteckningar

Löpande anteckningar är obligatoriskt. De är dokumentation kring den enskilde för att:
- ge och få information medarbetare emellan om den enskilde
- kunna följa upp överenskomna stöd, mål och metoder
- kunna upprätthålla kontinuitet i arbetet
- utveckla och säkerställa kvalitet i stödet gentemot den enskilde
- den enskildes rättsäkerhet ska säkerställas (t.ex. kunna rapportera allvarliga missförhållanden)

Det som antecknas är:
- Händelser av vikt
- Avsteg från gällande genomförandeplan
- Förändringar

Löpande anteckningar innebär att föra anteckningar om iakttagelser och viktiga händelser i det dagliga individuella omsorg, stöd och servicearbetet. Anteckningarna ger möjlighet för all berörd personal att ge och få aktuell information om den enskilde på ett lättöverskådligt sätt.

En iakttagelse kan bli åtgärdad och/eller följas upp direkt eller vid ett senare tillfälle om den inte är av akut karaktär. Ibland stannar anteckningen vid att bara vara en iakttagelse som inte kräver en åtgärd eller en uppföljning. Den är då endast en viktig information till berörda.

Andra exempel på löpande anteckningar är när man haft telefonsamtal/mail med anhöriga gällande kunds behov, samtal med familjemedlem eller andra professioner rörande kund.

13 Signering

Dokumentationen ska innehålla uppgift om vem och vilken befattningshavare som har gjort en viss anteckning och när anteckningen gjordes. En allmän handling kan inte ändras på annat sätt än att det framgår att en ändring har gjorts. Det är därför inte tillåtet att skriva med blyerts eller stryka över text så att de ej kan läsas då dokumentation sker manuellt.

13.1 Signaturförtydligande

Lista över personalens signaturer. Se **BL151**
Medarbetare skall vid första dokumentationstillfället fylla i listan med datum, signatur, namnförtydligande och befattning. Därefter räcker det med signatur.
Listan placeras under flik för signaturförtydligande i Social journal/driftstoppspärm/pappers journal och är en journalhandling.

Bilaga 2:2 / kap 4

Riktlinjer för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering/habilitering

Uppsala KOMMUN

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Reviderad 13-06-26

Innehållsförteckning sida

1. Riktlinjernas syfte 3

2. Legitimerad personal – rollerna 3
   a. Kommunala sjuksköterskerollen 3
   b. Kommunala arbetsterapeutrollen 4
   c. Kommunala sjukgymnastrollen 5

3. Tillgänglighet till legitimerad personal 7

4. Individuell planering 7

5. Delegering/Överlåtelse av arbetsuppgift 8

6. Dokumentation 9

7. Rehabilitering/Habilitering 10

8. Medicintekniska produkter, MTP 12

9. Läkemedelshantering 13

10. Tandvårdsstöd 14

11. Vårdhygien 15

12. Avvikelserapportering och Lex Maria-anmälan 16

13. God omvårdnad i livets slutskede/palliativ vård 16

14. Omhändertagande av avlidna 17

Ansvariga för riktlinjerna är:

Gunvor Nordström Liiv	gunvor.nordstrom-liiv@uppsala.se
Karina Bodin	karina.bodin@uppsala.se
Stina Seger	stina.seger@uppsala.se
Marianne Sellgren	marianne.sellgren@uppsala.se
Eva Erikson	eva.erikson@uppsala.se
Carita Öhman	carita.ohman@uppsala.se
Eva Andersson	eva.1.andersson@uppsala.se
Sirpa Kramsu	sirpa.kramsu@uppsala.se
Karin Eriksson	karin.eriksson@uppsala.se
Maria Lindblom	maria.lindblom@uppsala.se
Lena Sjöberg	lena.sjoberg@uppsala.se

1. Riktlinjernas syfte

Utifrån Uppsala kommuns ansvar för hälso- och sjukvården upprättar kontoret för hälsa, vård och omsorg dessa riktlinjer.

Syftet med riktlinjer är också att visa vårdtagaren dennes rätt att ställa krav på en god och säker hälso- och sjukvård, oavsett vilken personalkategori som ger vården eller vilken utförare som är kontrakterade att ge vården.

Genom riktlinjerna anger kontoret för hälsa, vård och omsorg hur det kommunala ansvaret för hälso- och sjukvården är och ger avtalade utförare ett styrdokument att följa.

Riktlinjer och rutiner som är gemensamma för landstinget i Uppsala län och länets kommuner finns samlade i en kvalitetshandbok, "Vård I Samverkan" (VIS). Kvalitetshandboken nås via www.uppsala.se/hvk-utforare

Varje avsnitt innehåller inrutade delar, vilka anger utförarens ansvar.

2. Legitimerad personal – rollerna

a. Kommunala sjuksköterskerollen

Uppsala kommun har sedan ädelreformen[1] ett hälso- och sjukvårdsansvar upp t.o.m. sjuksköterskenivå - basal och/eller avancerad hemsjukvård. De arbetsuppgifter som ingår i den allmänna och specialiserade hemsjukvården finns beskrivet i riktlinjer som återfinns i VIS.

I sjuksköterskans kompetensområde ingår att främja hälsa och förebygga ohälsa, vilket sker genom att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer.

Sjuksköterskan ska ha en central roll i verksamhetens systematiska förbättringsarbete.

Sjuksköterskan har olika roller under vårdprocessens gång; konsult, pedagog, arbetsledare. Den kommunala sjuksköterskans roll och ansvar förändras utifrån den enskildes behov av hälso-, sjukvårds- och omvårdnadsinsatser.

Konsult

1. När den enskilde själv ansvarar för sin hälsa har sjuksköterskan främst en konsultativ roll. Vid behov gör sjuksköterskan akuta bedömningar. Sjuksköterskan är stöd till vårdpersonal och samverkar med arbetsterapeut, sjukgymnast och andra funktioner t ex inom öppna insatser.

[1] Ädelöverenskommelsen, ansvar mellan kommunal hälso- och sjukvård och primärvård, avtal

Pedagog

2. När den enskildes förmåga till eget ansvar minskar och behovet av sociala omsorger, omvårdnad och hälso- och sjukvårdsinsatser ökar förändras sjuksköterskans roll från konsult till pedagog. Hon/han samverkar med arbetsterapeut, sjukgymnast och andra funktioner t ex inom öppna insatser.

Sjuksköterskan ansvarar för:

- individuell planering och information till berörd personal
- delegering och handledning av omvårdnadspersonal
- läkarkontakter samt utför och följer upp läkarordinationer
- kontakt med den enskilde och dennes närstående

Arbetsledare

3. När den enskildes behov av omvårdnadsinsatser ökar krävs hög närvaro av sjuksköterska och dennes ansvar innebär att:
    - leda och fördela omvårdnadsarbetet
    - initiera medicinsk vårdplanering t ex vid försämrat allmäntillstånd och alltid vid vård i livets slut
    - göra hembesök vid behov
    - ha läkarkontakt vid behov
    - ha kontakt med den enskilde och dennes närstående
    - tillsammans med ansvarig chef säkerställa att informationsöverföring mellan personalgrupper sker över dygnet

b. Kommunala arbetsterapeutrollen

I ädelreformen anges ett delat ansvar för allmän rehabilitering mellan landstingets primärvård och den kommunala hemsjukvården. Specialiserad rehabilitering och habilitering finns inom länssjukvården i landstinget.

Arbetsterapeutens kommunala roll är att vara den yrkeskategori som är sakkunnig vid förändring av aktivitetsmönster vid sjukdom, skada och/eller inaktivitet. Förväntas, tillsammans med sjukgymnasten, vara den yrkeskategori som är specialist på rehabilitering/habilitering och funktionsupphållande åtgärder med fokus på människan i aktivitet.

Arbetsterapeuten ska ha en central roll i verksamhetens systematiska förbättringsarbete.

Arbetsterapeutiska interventioner som inkluderar behandling, rådgivning, träning och/eller kompensatoriska åtgärder syftar till att den enskilde bibehåller eller förbättrar hälsa och livstillfredsställelse vid förändring i aktivitetsförmåga. Interventionerna kan även innefatta den enskildes närstående.

Arbetsterapeuten ger även handledning till övriga personalkategorier i ett rehabiliterande och habiliterande funktionsuppehållande syn- och arbetssätt.

Arbetsterapeuten samverkar med ansvarig chef, sjuksköterska, sjukgymnast och andra yrkeskategorier såväl internt som externt t.ex. Öppna insatser eller andra aktivitetsarenor som gynnar den enskildes hälsa och välbefinnande.

Arbetsterapeuten ansvarar för:

- individuell bedömning av rehabiliterings- och habiliteringsbehov inom olika aktivitetsområden t.ex. egen personlig vård, hemliv, viktiga livsområden och omgivningsfaktorer
- individuell rehabiliterings- och habiliteringsplanering, tillsammans med den enskilde, eventuellt dennes anhöriga och övriga relevanta yrkeskategorier
- individuella interventioner såsom aktivitetsträning, kompensatoriska åtgärder och rådgivning
- information, undervisning och överlåtelse av arbetsuppgift/delegering till personal samt handledning kring den enskilde
- uppföljning och utvärdering av interventioner
- kontakter med andra aktörer som är av betydelse för den individuella rehabiliteringen/habilitering
- ge förslag på och remittera vidare till andra aktörer i rehabiliterings- och habiliteringsprocessen

c. Kommunala sjukgymnastrollen

Sjukgymnasten ska ha en central roll i verksamhetens systematiska förbättringsarbete.

I ädelreformen anges ett delat ansvar för allmän rehabilitering mellan landstingets primärvård och den kommunala hemsjukvården. Specialiserad rehabilitering och habilitering finns inom länssjukvården i landstinget.
Människans kropp, rörelse, funktion och interaktion i förhållande till hälsa ur bio- psyko-socialt perspektiv är centrala begrepp för sjukgymnasten. Tillsammans med arbetsterapeuten är sjukgymnasten den yrkeskategori i kommunen som ska vara specialist på rehabilitering/habilitering.

Syftet med sjukgymnastik är att uppnå, vidmakthålla eller återerövra optimal funktionsförmåga för att kunna vara delaktig i vardagslivet. Sjukgymnasten har en central roll i teamet kring individen och är sakkunnig.

Att handleda/informera/instruera den enskilde, dennes anhöriga och/eller övriga personalkategorier ingår som en del i sjukgymnastens roll.

Sjukgymnastens arbetsuppgifter består av att bedöma individuella behov, formulera målsättning och att planera, utföra och utvärdera de sjukgymnastiska interventioner som satts in. Interventionerna kan vara hälsofrämjande, förebyggande, behandlande och/eller rehabiliterande/habiliterande.

Sjukgymnasten samverkar med ansvarig chef, sjuksköterska, arbetsterapeut och andra yrkeskategorier såväl internt som externt t ex öppna insatser eller aktörer i samhället som gynnar den enskildes hälsa och välbefinnande.

Sjukgymnasten ansvarar för:

- individuell bedömning av den enskildes rörelseförutsättningar, funktionsförmågor samt eventuella rehabiliterings- och habiliteringsbehov

- individuell rehabiliterings- och habiliteringsplanering, tillsammans med den enskilde, eventuellt dennes anhöriga och vid behov i samråd med övriga relevanta yrkeskategorier
- individuella interventioner såsom anpassad fysisk träning, funktionsträning och kompensatoriska åtgärder och rådgivning
- information, undervisning, och överlåtelse av arbetsuppgift/delegering till personal samt handledning kring den enskilde
- uppföljning och utvärdering av insatta interventioner
- kontakter med anhöriga och andra aktörer som är av betydelse för den individuella rehabiliteringen/habiliteringen
- ge förslag på och remittera vidare till andra aktörer i rehabiliterings- och habiliteringsprocessen

Utföraren ska tillse att

- arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska har giltig legitimation

- sjuksköterskan har giltigt SITHS-certifikat[2]

- ovan nämnda yrkeskategorier ges mandat och förutsättningar att utöva den kommunala rollen

- skriftligt introduktionsprogram för ovan nämnda yrkeskategorier finns

- fortlöpande kompetensutveckling för ovan nämnda yrkeskategorier finns

- sjuksköterskan deltar i personalplanering där omfattande omvårdnadsinsatser krävs

- ovan nämnda yrkeskategorier har förskrivningsrätt på medicintekniska produkter, MTP

- sjuksköterskan har den kompetens som behövs för att fullgöra de medicinska arbetsuppgifter som beskrivs i dokumentet "Riktlinjer för samverkan avseende medicinska arbetsuppgifter"

- det finns rutiner för ovan nämnda yrkeskategorier informationsöverföring till och från personalgruppen samt med andra professioner i vården, efter informerat samtycke

- ovan nämnda yrkeskategorier ska ges förutsättningar att arbeta förebyggande, funktionsuppehållande, habiliterande och rehabiliterande

- rutiner finns så att arbetsterapeut och sjukgymnast får kännedom om enskilda personer med förändrade förutsättningar i rörelse- och/eller aktivitetsförmåga.

- i sjuksköterskans, arbetsterapeutens och sjukgymnastens arbetsuppgifter ingår handledning av personal samt studenter på gymnasie- och högskolenivå

[2] SITHS-kort (Säker IT inom Hälso- och sjukvården) behövs för läkemedelshantering och för att apoteken kan säkra att endast behörig personal har tillgång till e-dos

3. Tillgänglighet till legitimerad personal

Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvaret upp till och med sjuksköterskenivå. I ansvaret innefattas rehabilitering upp till arbetsterapeut- och sjukgymnastnivå. Det åvilar medicinskt ansvarig sjuksköterska att tillse "att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdpersonal när en patients tillstånd fordrar det" (HSL 24 § 1).

Utföraren ska tillse att

- den enskilde och anhörig//närstående får upplysning om hur man når sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast dagtid och/eller jourtid
- informationsvägar mellan sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och övrig personal är kända av alla
- i introduktionen till nyanställd personal ska information om informationsvägar ingå

- information om hur man når sjuksköterska dag, kväll, natt och helger finns anslaget

- information om hur sjuksköterska kan nå läkare oavsett tid på dygnet, finns tydligt angivet

4. Individuell planering

Det finns såväl standardiserade som individuella vård- och omsorgsplaner. Individuella planer dokumenteras i patientjournalen (i enlighet med patientdatalagen) eller i personakten. Individuell vårdplan ersätter begreppet omvårdnadsplan, som är sjuksköterskans ansvar. I de fall den enskilde har behov av flera professioners kompetens ska teamsamverkan ske. Den individuella planeringen ska dokumenteras i respektive professions journal.

Vid möte mellan den enskilde och berörd vård- och omsorgspersonal, där närstående kan delta om den enskilde så medger, dokumenteras beslut om planerade insatser i avsedd plan, enligt nedan.

Individuell planering
Individuell planering är ett möte där den enskilde/närstående deltar. Behovet av insatser avgör vem/vilka övriga som deltar enligt nedan

- kontaktman
- omvårdnadsvarig sjuksköterska
- arbetsterapeut
- sjukgymnast
- verksamhetens chef
- biståndshandläggare
- läkare/dietist/logoped

Medicinsk vårdplan
Medicinsk vårdplanering ska ske vid inflyttning vid särskilt boende och vid den årliga läkarkontrollen. Vid försämrat allmäntillstånd och vid vård i livets slut ska alltid en medicinsk vårdplanering genomföras (se sid 7). Rutin för medicinsk vårdplan finn i VIS.

Rehabiliteringsplan
Rehabiliteringsplan är den vård- och omsorgsplan som beskriver rehabilitering för den enskilde och för vilken arbetsterapeutens och sjukgymnasten ansvarar.

Samordnad individuell plan
En samordnad plan upprättas när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvård och från socialtjänsten. Planen ska upprättas mellan kommun och landsting när det bedöms att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Riktlinjer och rutiner för samordnad individuell plan i Uppsala län, se kvalitetshandboken VIS.

Vårdplan för samordnad utskrivningsplanering
Planering som syftar till att tillsammans med patienten samordna insatser från hälso- och sjukvården och/eller socialtjänsten vid utskrivning från slutenvården. Riktlinjer och rutiner för samordnad utskrivningsplanering finns i VIS.

Utföraren ska tillse att

- det finns rutiner för den individuella planeringen

5. Delegering/Överlåtelse av arbetsuppgift

Med delegering menas att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som är formellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överlåter arbetsuppgiften till annan person som saknar formell kompetens för uppgiften, SOSFS 1997:14 (M) *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.* Delegering av arbetsuppgift kan endast göras när det är förenligt med god och säker vård.

Med överlåtelse menas att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen som är formellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift, får överlåta en arbetsuppgift till annan person. Överlåtelse av arbetsuppgift innebär alltid att ansvaret kvarstår fullt ut hos den legitimerade.

Legitimerad personal ska identifiera vad som är yrkesspecifika uppgifter utifrån formell kompetens. Legitimerad personal bedömer vilka uppgifter som är möjliga att delegera – uppgiftens innehåll och eventuella säkerhetsrisker i själva uppgiften. Detta förutsätter att den som delegerar både har formell och reell kompetens och försäkrar sig om att mottagaren har reell kompetens för uppgiften.

Formell - reell kompetens

En persons **formella** kompetens finns dokumenterad i legitimation eller enligt särskild examensbeskrivning. Genom utbildningen har personen erhållit faktiska kunskaper och färdigheter.

En persons **reella** kompetens prövas genom praktisk yrkeserfarenhet då personen skaffat sig de kunskaper och färdigheter som krävs för att utföra arbetsuppgiften. Reell kompetens bedöms av legitimerad personal genom kontroll vid arbetsplatsen.

Delegering över verksamhets- och vårdgivargräns

Delegering av arbetsuppgift kan ske mellan huvudmän, utförare och vårdgivare. Detta kräver att mottagande utförare är godkänd för att bedriva hälso- och sjukvård samt att mottagande delegat har sin arbetslednings tillåtelse att utföra uppgiften.

Utföraren ska tillse att

det finns dokumenterade rutiner för hur delegeringar hanteras i verksamheten utifrån (SOSFS 1997:14(M) *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.*

6. Dokumentation

Dokumentationen är beviset på vård som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts.

Legitimerad personals dokumentation ska vara strukturerad och ändamålsenlig och den ska beskriva en sammanhållen vårdprocess, problem ska identifieras, åtgärd, resultat, uppföljning och utvärdering ska beskrivas. Innehållet i dokumentationen ska beskriva individuellt planerad vård för att garantera kontinuitet och säkerhet för den enskilde.

En av förutsättningarna för att den enskilde vårdas utifrån ett rehabiliterande synsätt är att professionerna i teamet samverkar, vilket ska framgå i samtliga professioners dokumentation.

Efter att samtycke har inhämtats från den enskilde kan sökordet Vårdrelation i Siebel användas för informationsöverföring mellan lagrummen SoL/LSS och HSL.

Enheter med inriktning äldre ska vara anslutna, registrera och utveckla verksamheten utifrån resultat i kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska palliativregistret.

Patientdatalag (2008:355) samt Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) reglerar legitimerade yrkesgruppers journalföringsansvar.

Sekretess inom hälso- och sjukvård

Journaler och personakter är allmän handling. Offentlighets- och sekretesslagen (OSL 2009:400) och Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) innehåller bestämmelser om tystnadsplikt och om förbud att lämna ut allmänna handlingar. Den enskilde har med få undantag rätt att ta del av en handling som rör honom själv. Den enskilde ska lämna sitt samtycke till att uppgifter om honom lämnas ut till t ex närstående, god man och myndigheter. Samtycke bryter således sekretessen.

I samband med avtalsuppföljning begär kontoret för hälsa, vård och omsorg i särskild information att samtycke inhämtas från den enskilde/närstående för att kunna genomföra en dokumentationsgransking.

När journalhandlingar skickas mellan huvudmän och utförare måste hanteringen säkerställas.

Arkivering av journalhandlingar

Bevarande- och gallringsplan för äldrenämnden och nämnden för hälsa och omsorg ska följas.

Utförare ska tillse att

alla yrkeskategorier följer gällande föreskrifter och riktlinjer om dokumentation samt tar fram rutiner för detta

verksamhetschef ansvarar för att förutsättningar finns för dokumentation och att alla yrkeskategorier har kunskap om rutinerna

omvårdnadspersonal tar del av journalanteckningar och antecknar väsentliga uppgifter som rör hälso- och sjukvården i den sociala journalen

alla anteckningar skrivs så att den enskildes integritet respekteras

all dokumentation ska förvaras på ett sådant sätt så att obehöriga ej får tillgång till den

7. Rehabilitering / habilitering

I hälso- och sjukvårdsansvaret ingår rehabilitering och habilitering till äldre och funktionshindrade i ordinärt och särskilt boende. Kännetecknande för rehabilitering/ habilitering inom Uppsala kommun är teamarbete där olika yrkeskategorier deltar.

Definitioner[3]

Rehabilitering
är insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Habilitering
är insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Rehabiliteringsansvar

Ansvaret beskrivs i två överenskommelser mellan Uppsala kommun och landstinget. "Somatisk rehabilitering av personer 17 år och äldre" och "Habilitering och rehabilitering

[3] Socialstyrelsens termbank

samt rådgivning och annat personligt stöd för personer som omfattas av LSS". Dessa överenskommelser finns i VIS.

Basrehabilitering - Uppsala kommun och landstingets primärvård delar ansvaret.
Två nivåer finns:

- *Vardagsrehabilitering (SoL)* kan utföras av personal med handledning av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Arbetet utgår från ett rehabiliterande/ habiliterande syn- och arbetssätt och gäller all personal, dygnet runt och alla dagar.

- *Specifik rehabilitering (HSL)* utgår från den enskildes funktions- och aktivitetsförmåga. Specifik rehabilitering/habilitering utförs/leds av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast med kompetens inom området.

Specialiserad rehabilitering/habilitering - Landstingets länssjukvård ansvarar för specialiserad rehabilitering, under ledning av specialister.

- Den specialiserade rehabiliteringen och habiliteringen kan ske både inom sluten- och öppenvård och både av enskilda specialister samt i team med specialistkunskap. Den specialiserade rehabiliteringen kännetecknas av att de olika teammedlemmarna har fördjupade kunskaper om de funktionshinder som skadan/sjukdomen ger upphov till samt om de specialiserade rehabiliteringsstrategier som kan vara tillämpliga.

  Insatserna inom specialiserad rehabilitering omfattar utredning, diagnostisering och specialiserade behandlingsinsatser gällande funktionshinder.

Kommunens rehabiliteringsfunktioner

Legitimerad personal kan utföra åtgärder även till person som inte har biståndsbeslut enligt SoL/LSS.

Hemvårdsteamet innefattar personal runt den enskilde och yrkeskategorierna har olika roller och ansvar.

Dagrehabilitering kan erbjudas den enskilde efter period vid resurscentret för rehabilitering eller när hemvårdsteamets rehabilitering/habilitering inte räcker för den enskildes samlade behov. Remiss skrivs av arbetsterapeut och sjukgymnast inom hemvård och korttidsvård.

Resurscenter för rehabilitering (Svartbäcksgården) är korttidsenhet för intensiv somatisk rehabilitering. Kriteriet är att den enskilde är motiverad och kan tillgodogöra sig rehabilitering. Remiss skrivs av vårdplaneringsteam, arbetsterapeut och sjukgymnast vid hemvård och korttidsvård.

Utföraren ska tillse att

- arbetsterapeut och sjukgymnast ges mandat och förutsättningar att utöva den kommunala rollen

- ovan nämnda yrkeskategorier ges möjlighet att delta vid individuell vårdplanering

- ovan nämnda yrkeskategorier har möjlighet att arbeta preventivt, habiliterande och rehabiliterande

- ge tydlig information så att den enskilde kan påtala sitt behov av rehabilitering/habilitering

- i informationsskrift redovisa teamets funktioner

- skriftligt introduktionsprogram för arbetsterapeuter och sjukgymnaster finns

8. Medicintekniska produkter, MTP

Lagen om Medicintekniska Produkter, SFS 1993:584, reglerar bestämmelser om produkterna, att de är säkra, tillförlitliga och lämpade för sitt ändamål. Användning av medicintekniska produkter regleras i SOSFS 2008:1.

Läkemedelsverket och Socialstyrelsen

Myndighetsansvaret för produkter inom medicinteknik är delat mellan Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Läkemedelsverket ansvarar för tillsynen av tillverkare och produkterna. Socialstyrelsen ansvarar för tillsynen över den yrkesmässiga användningen. Socialstyrelsen SOSFS 2001:12 6§ reglerar anmälningsplikten vid olyckor och tillbud till Läkemedelsverket och till berörd tillverkare av aktuellt hjälpmedel.

Ansvarfördelning mellan landstinget i Uppsala län och Uppsala kommun

Uppsala kommun	Landstinget Uppsala län	Arbetsgivare
Hjälpmedel för vuxna över 21 år med • rörelsehinder • kognitiv funktionshinder Riktlinjer finns på www.uppsala.se/hjalpmedel	Hjälpmedel för • barn till 21 år • synnedsättning • hörselnedsättning	Hjälpmedel/utrustning till arbetsplatsen eller i arbetssituationen
Viss medicinteknisk utrustning i basförråd	Ortoped- och medicinteknisk utrustning, samt produkt som är individuellt förskriven av läkare	Hjälpmedelsenheten, HUL, kan bl.a. ge råd om lämpliga produkter

CE-märkning

Medicintekniska produkter ska vara CE-märkta vilket betyder att produkten är säker och att tillverkaren tar ansvar för produkten, under förutsättning att produkten används på det sätt som anges i den produktinformation som medföljer produkten.

Utföraren ska tillse att

- tillhandhålla medicinteknisk utrustning enligt lista "Basförråd för hälso- och sjukvårdsmaterial inom Uppsala läns kommuner"

- upprätta lokala, dokumenterade rutiner för ägda, hyrda eller lånade produkter

Ägaren av produkten är ansvarig för att service, underhåll och besiktning görs utifrån gällande författningar.

9. Läkemedelshantering

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskan ansvarar för den del av läkemedelshanteringen som den enskilde eller närstående inte klarar inom ramen för egenvård[4]. För en säker läkemedelshantering ska sjuksköterskan följa Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialstyrelsens föreskrifter samt de rutiner som upprättats av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Sjuksköterskan kan, utifrån MAS rutiner, delegera överlämnande av läkemedel till vårdpersonal som har nödvändig kunskap och kompetens.

Läkemedelsgenomgångar – PHASE 20

Vid behov och inför årliga läkemedelsgenomgångar ska sjuksköterskan ansvara för att symtomskattingsskalan PHASE 20 används. Denna kan fyllas i av den enskilde och/eller dennes kontaktman under förutsättning att kontaktmannen har kunskaper om PHASE 20.

Läkemedelsgenomgångar görs i team: läkare, sjuksköterska, den enskilde/ställföreträdare, kontaktman och gärna apotekare. (Se under rubrik Läkemedelskommitténs styrande dokument och rekommendationer).

Sjuksköterskan ska ansvara för uppföljning och rapportering av biverkningar.

Förskrivna läkemedel – Läkemedelsförråd

Läkaren ska alltid överväga annat alternativ innan läkemedel förskrivs. Om så inte sker ska sjuksköterskan uppmärksamma läkaren om detta.

Då enskild vårdtagare inte själv kan hantera sina läkemedel övervägs i första hand dosett och i andra hand dosdispenering via apodos, enligt gällande riktlinjer. (*Se under rubrik Läkemedelskommitténs styrande dokument och rekommendationer*).

Vid behov kan läkemedel ges enligt lista 1-3 som ska förvaras, tydligt markerat, i ett läkemedelsförråd. Landstinget ansvarar för kostnaden för läkemedel enligt lista 1-3. (*Se under rubrik Läkemedelskommitténs styrande dokument och rekommendationer*).

Läkemedelskommitténs styrande dokument och rekommendationer

- Riktlinjer för apodos
- Handlingsplan för äldre och läkemedel
- Terapirekommendation Äldre och läkemedel
- Riktlinjer för säker läkemedelshantering i vårdens övergångar
- PHASE 20
- Läkemedelslistor
  - Lista 1
  - Lista 2
  - Lista 3
  - Beställningslista för att rekvirera angivna läkemedel.

Ovanstående dokument finns på landstingets hemsida www.lul.se/lakemedel se fliken för "Kommun".

[4]SOSFS 2009:6 (M och S) Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård

Utföraren ska tillse att

- utsedd sjuksköterska ges uppdrag att ta fram rutiner för säker läkemedelshantering

-vårdpersonal har nödvändig kunskap om läkemedelshantering för att förstå sitt ansvar

10. Tandvårdsstöd

Daglig munvård utgör en naturlig del i vården av den enskilde och förutsätter ett samarbete inom enheten mellan vård- och omsorgspersonal, sjuksköterska och verksamhetschef.

Målgrupper

Personer som är folkbokförda i Uppsala kommun och tillhör någon av nedanstående grupper kan ha rätt till subventionerad tandvård och erbjudande om uppsökande verksamhet (munhälsobedömning).

- Personer som varaktigt behöver omfattande vård- och omsorgsinsatser. Omfattande insatser avser personlig omvårdnad under större delen av dygnet dvs. minst tre gånger/dygn och tillsyn under natten eller larm. Med varaktigt menas att behov av vård- och omsorgsinsatser förväntas kvarstå under minst ett år. Omvårdnaden kan ges av såväl närstående som av vård- och omsorgspersonal.
- Personer som enligt Lagen om stöd och service (1993:387) till vissa funktionshindrade (LSS) tillhör personkrets 1-3.
- Personer med psykossjukdom eller en annan psykisk sjukdom som varat längre än ett år och som medfört en omfattande funktionsnedsättning som gör att de av egen kraft inte förmår uppsöka tandvården eller inser sitt behov av tandvård.

Ansvarsfördelning

I överenskommelse mellan Landstinget i Uppsala län och Uppsala kommun tydliggörs ansvarsfördelning kring uppsökande verksamhet och tandvårdsstöd för vissa äldre och personer med funktionsnedsättning i ovanstående målgrupper.

Intygsunderlag

Ett intygsunderlag för nödvändig (subventionerad) tandvård och uppsökande verksamhet (munhälsobedömning) kan utfärdas av särskilt utbildad personal till personer som beskrivs i någon av ovan nämnda målgrupper. Landstinget utfärdar därefter ett tandvårdsintyg som berättigar till nödvändig tandvård enligt högkostnadsskyddet för hälso- och sjukvård.

Utföraren ska tillse att

- identifiera personer ur målgrupperna inom verksamheten (för verksamheter inom lagrummet LSS ansvarar biståndshandläggare för identifiering)

- bevaka att munhälsobedömning årligen erbjuds och genomförs

- vård- och omsorgspersonal deltar i utbildning kring munhälsa

För mer information se landstingets hemsida http://www.lul.se

11. Vårdhygien

En god hygienisk standard är en del av god kvalitet i vård och omsorg och anges som ett specificerat krav i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen sedan den 1 juli 2006. Det innebär att utförare måste vidta samtliga åtgärder som är nödvändiga för att uppfylla detta krav. Här innefattas även kravet att utföraren måste ha tillgång till vårdhygienisk kompetens, vilket innebär:

- grundkunskap om vårdhygien hos all vårdpersonal
- tillgång till vårdhygienisk expertis såväl i det förebyggande arbetet som vid akuta problem

Sektionen för vårdhygiens uppgift är att medverka till att alla utförare bedriver en god och säker vård så att antalet vårdrelaterade infektioner hålls på en låg nivå. I det vårdhygieniska arbetet ingår bl a egenkontroll/hygienrond, hygienombud, kvalitetssäkring av basal hygien, utbildning och fortbildning inom ämnet vårdhygien.

Utföraren ska tillse att

1. resurser finns för att följa föreskriften (SOSFS 2007:19) gällande basal hygien
2. det finns en hygienombudsorganisation
3. regelbundna hygienronder genomförs samt, i samråd med Akademiska sjukhusets sektion för vårdhygien, upprätta en plan för hygienronder
4. den långsiktiga planen för hygienarbetet ska följa föreskriften gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
5. rutin för skötsel av spolo- och diskdesinfektorer finns
6. rutin för korrekt förrådshantering enligt FYFFE finns (www.sfvh.se)
7. regelbundna egenkontroller gällande basal hygien genomförs

12. Avvikelserapportering och Lex Maria-anmälan

Hos Uppsala kommuns kontrakterade utförare ska det finnas rutiner för att hantera avvikelser, klagomål och synpunkter enligt SOSFS 2011:9 *Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* och för Lex Maria anmälan enligt SOSFS 2005:28 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.*

Då det gäller den enskildes säkerhet och trygghet i vården har kontoret för hälsa, vård och omsorg rätt till insyn inom detta område hos samtliga utförare inom Uppsala kommun.

Utföraren ska tillse att

det finns dokumenterade rutiner för hantering av avvikelser och Lex Maria-anmälan

kopia på Lex Maria anmälan och Socialstyrelsens beslut sänds för kännedom till kontoret för hälsa, vård och omsorg[5]

Avvikelse gällande händelse som sker inom samverkan mellan Uppsala kommun och Landstinget i Uppsala län – se VIS i Kvalitetshandboken.

13. God omvårdnad i livets slutskede/palliativ vård

Palliativ vård är ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och deras närstående som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Det innebär att förebygga och lindra fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt lidande. WHO 2002.

Brytpunkt till palliativ vård i livets slutskede

Med brytpunkt menas ett fastställande av en gräns där vården ändrar inriktning och mål mot palliativt omhändertagande. Det är viktigt att detta beslut sker i dialog med vårdtagare och närstående. Bakom varje beslut ska det finnas en adekvat medicinsk bedömning där olika personalgrupper bidrar med den kunskap de har inför varje unik situation.

Medicinsk vårdplanering

Gäller för vårdtagare i särskilt och ordinärt boende. Riktlinjer och en checklista för medicinsk vårdplanering finns i VIS.

Vårdplaneringen dokumenteras i omvårdnadsjournalen, sociala journalen samt i vårdtagarens dokument "Min vårdplanering" som ska finnas i vårdtagarens bostad. Blanketten finns i VIS. Omvårdnadsplan ska alltid upprättas med sökordet "medicinsk vårdplanering". Den placeras/förvaras på ett sådant sätt att den är tillgänglig vid alla tider på dygnet för berörd personal.

Sjuksköterskan i kommunen är ansvarig för att initiera en brytpunktsbedömning och medicinsk vårdplanering när vårdtagaren bedöms behöva det. Hon ansvarar också för att undervisa/handleda all personal i vårdarbetet runt den döende vårdtagaren.

[5] Uppsala kommun, kontoret för hälsa, vård och omsorg, halsa-vard-omsorg@uppsala.se

Palliativa resurser

För den enskilde som har behov av palliativ vård eller konsultation kan Palliativt centrum kontaktas via remiss eller telefonkonsultation. Rutiner och remiss finns i VIS

För utbildning/kompetenshöjning tas kontakt med Palliativa rådgivningsteamet i första hand.

Utföraren ska tillse att

enheten är ansluten till det Svenska palliativa registret www.palliativ.se

palliativt ombud utses och ges utbildning/fortbildning samt att personalen deltar i fortbildning.

14. Omhändertagande av avlidna

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) omfattar begreppet hälso- och sjukvård också att ta hand om avlidna. Detta innebär en skyldighet för kommunen att ta hand om den avlidne till dess att kroppen lämnats ut för bisättning. Bisättning innebär svepning och kistläggning.

Väntat dödsfall i ordinärt och särskilt boende

I de fall vårdtagare, närstående och behandlande läkare vid en medicinsk vårdplanering kommit överens om att vårdtagaren stannar i hemmet till livets slut kan läkaren på särskild blankett uppdra åt sjuksköterskan att genomföra den kliniska undersökningen, blanketten finns i VIS Tjänstgörande sjuksköterska kan alltid tillkalla läkare för att fastställa dödsfall även om blanketten fyllts i.

Närstående ska kunna få kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal dygnet runt. Ansvarig sjuksköterska ska informera om vart de kan vända sig för att få råd och stöd.

Oväntat dödsfall i ordinärt boende och särskilt boende

Sjuksköterskan kontaktar dagtid ansvarig vårdcentral och jourtid beredskapsjouren. Läkaren tar ställning till om polis ska kontaktas Se riktlinje i VIS.

Transport av avliden

Uppsala kommun har avtal med begravningsbyrå om transport av avlidna till bårhuset vid Akademiska sjukhuset. Hämtning sker från kommunens vårdboende samt från ordinärt boende som omfattas av kommunens ansvar för hemsjukvården. Avgift för transporten till bårhuset motsvarar kommunens självkostnad och är förmånlig. En högre taxa gäller för transport jourtid. Ifyllt transportintyg ska medfölja avliden vid transport till bårhus. Transportintyget finns i VIS.

Avgiften debiteras dödsboet i efterskott enligt beslut i kommunfullmäktige 1996-06-17. Kommunens avtal med transportfirman gäller oavsett val av begravningsbyrå.

Transport vid oväntade dödsfall i ordinärt boende när vårdtagaren inte är inskriven i den kommunala hemsjukvården omfattas inte av ovanstående avtal. Det är läkarens uppgift att beställa transport och utfärda transportintyg.

Utföraren ska tillse att

- det finns dokumenterade rutiner för dödsfall och att all personal, oavsett anställningsform, får information om detta

- all personal får kontinuerlig handledning och fortbildning

- efterlevandesamtal erbjuds till anhöriga/närstående

Bilaga 2:3

Uppsala KOMMUN
VÅRD & BILDNING

Dokumentnamn:
Möten

Ingår i
Vård & Omsorgs ledningssystem – lokal instruktion Nyby hemvård

Dokumentnr (version)	Fastställd	Ersätter:
LI 01 (01)	2012-08-22	NY
Utarbetad av	Fastställd av	Sidan 1 av 3
Pia Bergman, Maria Mases		

Syfte

Tydliggöra rutinen på enheten.

Omfattning

Nyby hemvård. Sjuksköterskor, rehabpersonal och omvårdnadspersonal.

Ansvar

Verksamhetschef ansvarar för instruktion och implementering.

Utförande

Hålls måndagar mellan kl 13.30-14.30 De måndagar då inte fallmöten hålls är avsatta för teammöten.

Rehabpersonalen ansvarar för att mötet hålls och leder mötet.

Sjuksköterskan ansvarar för att sätta in Senior Alert blankett i den pärm där information om vilken kontaktman som kommer till mötet finns.

Driftledaren och/eller planeraren ansvarar för att boka in kontaktman i pärmen med två veckors framförhållning. Omvårdnadspersonal ansvarar själva för att titta i pärm när man i egenskap av kontaktman är inbokad till mötet.

Rehab samt sjuksköterskor ansvarar för att titta i pärm vilken kontaktman som kommer. På kontaktmannatavlan i grupprummet kan man se vilka kunder kontaktmannen ansvarar för.

Kontaktmannen skall komma till mötet väl förberedd med ifylld Senior Alert blankett. Kontaktmannen har ansvar för att informera kund om att uppgifterna från senior Alert blanketten kommer att läggas in i datareregister.

Inga dementa kunder registreras.

Under sittande möte fyller sjuksköterska och rehab i återstående4 uppgifter på Senior Alert blanketten med stöd av kontaktmannens uppgifter.

Mötena skall vara strukturerade och tiden skall hållas.

När mötet är avslutat och uppgifter insamlade lägger sjuksköterskorna in uppgifterna i Senior Alert.

All HSL-personal har ansvar för att uppgifterna kommer in i Senior Alert men primärt är det sjuksköterskans uppgift. Uppgifterna skall vara inlagda till nästkommande möte. Det innebär att man har en vecka på sig.

Om det finns ärenden av akut karaktär och där rehab anser att det finns behov av at ta upp annan kund än inplanerat skall kontakt tas med driftledare och/eller planerare för inbokning av annan kontaktman.

120822 Pia Bergman
verksamhetschef

Bilaga 2:4

Uppsala KOMMUN
VÅRD & BILDNING

Dokumentnamn:
Kontaktmannaskap

Ingår i
Vård & omsorgs ledningssystem – generell rutin

Dokumentnr (version)	Fastställd	Ersätter:
RU109 (01)	2011-10-31	ÄO:s RU09
Framtagen av	Fastställd av	Sidan 1 av 1
Gunilla Rosqvist	Ulla Holmgren	

Syfte

För att stärka möjligheterna för kunden att påverka innehållet i och utförandet av stödet, omsorgen och omvårdnaden.

Kontaktmannaskapet är en förutsättning för trygghet, inflytande, tillgänglighet, oberoende, respekt för och ett bra bemötande av den enskilde.

Omfattning

Vård & omsorgs kunder

Ansvar

Enhetschefen ansvarar för att kontaktman utses och beslutar om lokal instruktion krävs för kontaktman.

Tydligt kontaktmannaskap

Inom boendet utses en namngiven kontaktman i samband med inflyttningen. Kontaktmannens uppgifter innefattar att vara kundens företrädare i boendet och utgöra en länk mellan den boende, närstående och övrig personal och vara den enskilde behjälplig i olika praktiska situationer.

Kontaktmannen är den som initierar ankomstsamtalet och informerar kunden om boendet

Inom hemvården utses en kontaktman inom 14 dagar efter påbörjad insats. Vid mindre insatser tas hänsyn till den enskildes önskemål om kontaktman. Kontaktmannens uppgifter innefattar att vara kundens företrädare och utgöra en länk mellan kunden, närstående och övriga medarbetare och vara den enskilde behjälplig i olika praktiska situationer.

Kontaktmannen ansvarar för att tillsammans med den enskilde upprätta en arbetsplan och att den hålls aktuell. Ansvaret innefattar att inhämta kunskap om den enskildes önskemål och synpunkter och informera sjuksköterska och enhetschef vid behov.

Uppföljning

Enhetschef ansvarar för att kundens synpunkter på kontaktmannen följs upp i samband med individuella planeringar och/eller genom direktkontakt med kunden för att vid behov vidta nödvändiga förändringar.

Genom en dialog mellan kunden och dennes närstående och enhetens personal, där kontaktmannen utgör en viktig länk, följer enheten upp att den enskilde fått vad som överenskommits.