

Handläggare	Datum	Diarienummer
Carita Öhman Eva Erikson Karina Bodin	2013-01-17	NHO-2012-0120.31

Nämnden för hälsa och omsorg

**Avtalsuppföljning av samordningsfunktion för anhöriganställningar.****Förslag till beslut**

Nämnden för hälsa och omsorg föreslås besluta

**att** med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna.**Ärendet**

Kontoret genomförde 2012-05-21 en planerad avtalsuppföljning av samordningsfunktion för anhöriganställningar. Verksamheten drivs av Vård och Bildning och avtalstiden gäller 2009-09-01-2012-08-31 med tre års förlängning. Äldrenämnden är avtalstecknare men målgruppen för stödinsatsen riktas till alla åldrar.

HVK kunde konstatera att verksamheten bedrivs med hög grad av omtanke och engagemang. Några allvarliga brister kunde dock konstateras vid uppföljningstillfället framförallt inom hälso- och sjukvård, rehabilitering och dokumentation. Vissa delar hade sin förklaring i otydliga delar i avtalet, vilket föranledde ytterligare diskussioner med utföraren och mynnade ut i ett förtydligande av gällande avtal inför de kommande tre åren i syfte att kvalitetssäkra patientsäkerheten, helhetsansvar, hälso- och sjukvård och dokumentation och den samlade bilden av kundens helhetsituation. Verksamheten kommer fortsättningsvis att följas upp på sedvanligt sätt och ny granskning av dokumentation kommer att ske under 2013.

Bilaga 1 Anhöriganställningar Rapport 2012-05-21

Bilaga 2 Anhöriganställningar Handlingsplan 1, 2012-08-13

Bilaga 3 Anhöriganställningar Handlingsplan 2, 2012-10-17

Bilaga 4 Anhöriganställning förtydligande till avtal 2008

---

Inga-Lill Björklund  
Direktör

Handläggare  
Carita Öhman  
Eva Erikson

Datum  
2012-05-21

Diarienummer  
ALN - 2012-0193.30  
NHO - 2012-0120.31

## Avtalsuppföljning av samordningsfunktion för anhöriganställningar

### Beskrivning av den granskade verksamheten

Anhöriganställningarna i Uppsala kommun drivs av Vård och Bildning.

Cirka 90 enskilda personer får sina behov av vård, stöd och omsorg via anhöriganställning eller i kombination med annan insats (ex hemvård). Åldersfördelningen är mellan 21 och 102 år, de flesta som är mottagare av stödet är födda på 50-talet och den åldersgruppen ökar.

Största delen är kvinnor, fördelningen är ungefär 40 % män och 60 % kvinnor. Neuropsykiatri och cancersjukdomar är de diagnoser som ökar mest just nu. Variationen på beslut av är mellan 5-300 timmar per månad.

Ca 54 årsarbetare totalt fördelat på drygt 90 medarbetare genomför insatserna.

Utförare och enhet	Vård & bildning
Adress	Ling v Bahrs väg 3
Verksamhetschef	Ing-Britt Blomberg
Tfn och mailadress	Ing-Britt.Blomberg@ uppsala.se
Uppföljning utförd av uppdragsstrateger	Eva Erikson och Carita Öhman
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Affärsområdeschef Carina Juhlin, Enhetschef Ing-Britt Blomberg samt 3 medarbetare som har anställning som anhörigvårdare
Typ av verksamhet	Anhöriganställningar
Avtal	Upphandling av Samordningsfunktion för anhörig-anställda i Uppsala kommun
Avtalstid	2009-09-01-2012-08-31 med tre års förlängning
Datum för uppföljning	2012-05-21

## **1. Sammanfattning**

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning av den samordningsfunktion för anhöriganställningarna som Vård & bildning ansvarar för. Både chef och medarbetare beskriver en vård och omsorg med hög grad av omtanke och engagemang. En stödform som fungerar där speciella omständigheter råder.

Vid uppföljningstillfället framkom att det fanns några svaga punkter i avtalet, vilket föranledde ytterligare diskussion med utföraren och planering för ett tilläggsuppdrag inför de kommande tre åren i syfte att kvalitetssäkra patientsäkerheten och den samlade bilden av kundens helhetssituation.

### **1.1 Kontorets kommentarer på genomförd uppföljning**

#### **Verksamhet, organisation och bemanning**

HVK får en bild av att både chef och medarbetare i verksamheten är stolta och nöjda över den fina omtänksamma kulturen som finns. Både riktat till de enskilda personerna som tar emot stödet men också mellan chef och medarbetare. HVK ser dock en sårbarhet i verksamheten där allt är så starkt uppbyggt kring en person (närmaste chef) och att tillgång till information inte tillgodoses på annat sätt. (Exempelvis via nätet som andra medarbetare i organisationen har) HVK ifrågasätter också varför endast de fackligt anslutna omfattas av medarbetarsamtal och kompetensutvecklingsplaner.

HVK begär handlingsplan från utföraren där det framgår hur arbetet som styrs av chefen ska fungera alla tider på dygnet och när hon inte är på plats gällande information, kommunikation, dokumentation och rådgivning till de anhöriganställda.

#### **Kompetens och kompetensutveckling**

HVK ser att verksamheten inte uppfyller de ska-krav som finns inom området kompetens. Kontoret förvånas över andelen utbildade medarbetare och ser kompetens och kompetensutveckling som ett mycket oroande område med tanke på att många kunder har diagnoser där man kan förvänta sig att behovet av integrerad hälso- och sjukvård och avancerad omvårdnad ökar. HVK ser också behovet av att integrera handledning i ett rehabiliterande arbetssätt vid de neuropsykiatriska diagnoserna bland unga, så att det inte utvecklas ett ömsesidigt beroende som leder till stigmatisering av tillståndet.

Kontoret noterar också att svårigheterna med svenska språket påverkar möjlighet att tillgodogöra sig utbildningsinsatser, vilket HVK ser som ett förbättringsområde.

HVK begär handlingsplan inom området kompetens och kompetensutveckling där utföraren får redogöra för hur de utbildade medarbetarna (oavsett facklig tillhörighet eller ej) ska få kompetens som motsvarar kraven i avtalet, samt hur nyrekrytering ska kvalitetssäkras så att nyanställda har formell och reell kompetens för sitt uppdrag.

### **Värdegrundsarbete**

HVK bedömer att det finns ett levande värdegrundsarbete där etik och värdeord diskuteras och en medvetenhet finns kring värdighet, inflytande, respekt och bemötande.

### **Hälso-och sjukvård**

HVK ser att det föreligger risk i patientsäkerheten utifrån flera aspekter.

Ingen vårdgivare har helhetssynen med den förväntade integrerade hälso- och sjukvården med anledning av att Eget Val tillämpas i kombination med anhöriganställningarna.

Egenvård förutsätts men är inte bedömd. Låg utbildningsnivå hos de anställda. (20% med någon form av vård- och omsorgsutbildning – resterande ingen utbildning inom området)

HVK planerar med anledning av framkomna brister ett tilläggsåtagande som förtydligar ett samordnat helhetsansvar med integrerad hälso- och sjukvård utförd av en och samma vårdgivare.

### **Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov**

HVK ser en risk framförallt för de personer som har neuropsykiatriska diagnoser att de inte får det rehabiliterande förhållningssätt som förväntas enligt avtal. Det rehabiliterande arbetssättet har inte blivit ett vedertaget arbetssätt, genomförs inte vardagsarbetet och teamarbete är ingen självklarhet. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter finns inte som en självklar integrerad del i arbetet utan tillkallas vid behov av hjälpmedel och vid svåra förflyttningar i första hand.

HVK begär handlingsplan inom området fallprevention och rehabilitering där utföraren får redogöra för hur det rehabiliterande arbetssättet implementeras med urvalskriterier för individuella bedömningar, handledning i rehabiliterande förhållningssätt, samt ett naturligt integrerat teamarbete.

### **Informationsöverföring och dokumentation**

Informationsöverföring och systematik kring detta ser HVK som en klar brist med risk för den enskildes säkerhet i vården. Dokumentationsgranskning i de enskildas journaler visar en dokumentation som inte är godkänd. HVK ser att det är brister både ur innehålls- förvarings- och ansvarssynpunkt. Kontoret ställer sig också frågan hur spårbarheten säkras och hur man ska kunna veta vad som sker/har skett vid byte av utförare, vid behov av natthemsjukvård eller där kombinationer av olika insatser är den praktiska lösningen.

HVK begär handlingsplan inom området dokumentation där utföraren ska säkerställa att dokumentationen sker av *alla yrkeskategorier dygnet runt*. Vidare ska också beskrivas hur åtkomst till dokumentation säkras så att den finns tillgänglig för rätt person i alla led och förvaras enligt befintliga sekretessregler. HVK kommer också att säkerställa tydligare krav i det tilläggsuppdrag som ska författas för det återstående 3 åren av avtalet.

## 1.2 Krav på åtgärder

### Områden där avsteg från avtalet har konstaterats

- verksamhet, organisation och bemanning
- kompetens och kompetensutveckling
- värdegrundsarbete
- fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov
- informationsöverföring och dokumentation

Kontoret begär att Vård och Bildning återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i av kontoret tillhandahållen mall, och inkomma till kontoret senast 15 augusti 2012 (bilaga 3).

Handlingsplanen ska skickas med e-post till [halsa-var-d-omsorg@uppsala.se](mailto:halsa-var-d-omsorg@uppsala.se). Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

## 2. Inledning

### 2.1 Bakgrund

Enligt äldrenämndens uppföljningsplan, beslutad 2010-03-31 ska kontoret för hälsa, vård och omsorgs uppföljningsarbete säkerställa att beställande part, äldrenämnden, erhåller det resultat som förväntas utifrån tecknade avtal och beviljade individuella insatser. Uppföljningen ska också visa på om gällande uppdrag, utifrån tillförda medel, styr i avsedd riktning.

### 2.2 Syfte

Kontoret för hälsa, vård och omsorgs sammanlagda uppföljning syftar till att:

- Kommunfullmäktiges och äldrenämndens beslut och viljeinriktning följs
- Äldrenämnden erhåller det som avtalats
- Den enskilde erhåller beslutade insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL)
- Den enskilde erhåller vård som denne har behov av, i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

### 2.3 Metod

- Intervjuer har genomförts med företrädare för verksamheten.
- Dokumentationsstudier, t.ex. tertialrapporter och granskning av dokumentation.

Se vidare under respektive områden i rapporten.

### 2.4 Disposition

Områden som avtalsuppföljningen fokuserade på var verksamhet, organisation och bemanning, kompetens och kompetensutveckling, värdegrundsarbete, hälso-och sjukvård, fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov samt informationsöverföring och dokumentation.

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**

Under respektive rubrik följer en beskrivning av vad som framkommit under intervjuerna om verksamheten, kopplat till förfrågningsunderlagets ska-krav samt bedömning om ställda krav är uppfyllda eller inte.

Såväl positiva sidor som de konstaterade bristerna sammanfattas i detta kapitel.

#### **3.1 Verksamhet, organisation och bemanning**

##### **3.1.1 Iakttagelser**

HVK får i intervjuerna svar som speglar en verksamhet som kännetecknas av stort engagemang, värme och omtanke. HVK får i intervjuerna enhälliga svar som visar att verksamheten bygger på en tät kontakt med chefen där all information/kommunikation och även dokumentation sköts. "Man ringer alltid till Ing-Britt – hon hjälper oss". Medarbetarna uppper att de får stöd både som anhöriga och i sin medarbetarroll.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet med arbetsplatsträffar och informationsspridning har varit svårt att få till stånd på ett traditionellt sätt med möten, men de anordnas och kommunikationen/informationen får spridas på medarbetarnas villkor via telefon, brev eller personliga besök med eller utan tolk. Medarbetarsamtal och kompetensutvecklingsplaner genomförs med de som är fackligt anslutna.

##### **3.1.2 Kontorets kommentar och slutsatser**

HVK får en bild av att både chef och medarbetare i verksamheten är stolta och nöjda över den fina omtänksamma kulturen som finns. Både riktat till de enskilda personerna som tar emot stödet men också mellan chef och medarbetare. HVK ser dock en sårbarhet i verksamheten där allt är så starkt uppbyggt kring en person (närmaste chef) och att tillgång till information inte tillgodoses på annat sätt. (Exempelvis via nätet som andra medarbetare i organisationen har) HVK ifrågasätter också varför endast de fackligt anslutna omfattas av medarbetarsamtal och kompetensutvecklingsplaner.

HVK begär handlingsplan från utföraren där det framgår hur arbetet som styrs av chefen ska fungera när hon inte är på plats gällande information, kommunikation, dokumentation och rådgivning till de anhöriganställda.

#### **3.2. Kompetens och kompetensutveckling**

##### **3.2.1 Iakttagelser**

Totalt antal medarbetare på undersköterskenivå är drygt 90 personer och motsvarar 54 årsarbetare. Det finns ingen enhetlighet i kompetens hos de anställda. Ca 20 % har utbildning inom vård och omsorgsområdet. De andra kan ha i princip vilken utbildning som helst. Några anställda är dessutom analfabeter vilket i princip omöjliggör dokumentation.

Kompetensutveckling erbjuds oftast utifrån Vård & Bildnings interna "utbildningskatalog" men det är få som deltar. Anledningarna kan vara olika – svårigheter att lämna vårdtagaren när inga andra kombinationer av stöd fungerar och/eller språkförbistring som gör att man inte kan tillgodogöra sig utbildningen.



Medarbetarsamtal genomförs inklusive utarbetande av kompetensutvecklingsplaner med de som är fackligt anslutna.

### **3.2.2 Kontorets kommentar**

HVK ser att verksamheten inte uppfyller de ska-krav som finns inom området kompetens. Kontoret förvånas över andelen utbildade medarbetare och ser kompetens och kompetensutveckling som ett mycket oroande område med tanke på att många kunder har diagnoser där man kan förvänta sig att behovet av integrerad hälso- och sjukvård och avancerad omvårdnad ökar. HVK ser också behovet av att integrera handledning i ett rehabiliterande arbetssätt vid de neuropsykiatriska diagnoserna bland unga, så att det inte utvecklas ett ömsesidigt beroende som leder till stigmatisering av tillståndet. Kontoret noterar också att svårigheterna med svenska språket påverkar möjlighet att tillgodogöra sig utbildningsinsatser, vilket HVK ser som ett förbättringsområde. HVK begär handlingsplan inom området kompetens och kompetensutveckling där utföraren får redogöra för hur de utbildade medarbetarna (oavsett facklig tillhörighet eller ej) ska få kompetens som motsvarar kraven i avtalet, samt hur nyrekrytering ska kvalitetssäkras så att nyanställda har formell och reell kompetens för sitt uppdrag.

## **3.3 Värdegrundsarbete**

### **3.3.1 Iakttagelser**

I intervjuerna framkommer att värdeord och Vård och Bildnings etiska kod diskuteras som tema ibland vid gemensamma träffar. Inflytande och delaktighet beskrivs som en självklarhet och även trygghet och respekt. Chefen ser många goda exempel på fint bemötande och har i sina möten sett och förstått att det finns mycket kloka tankar att hämta från andra kulturer kopplat till värdegrundsarbete.

Det som ibland kan vara svårt att implementera är det rehabiliterande/habiliterande arbetssättet eftersom det många gånger är en stark kultur av att bli omhändertagen när man är sjuk – så det har inte blivit något vedertaget arbetssätt som genomsyrar verksamheten.

### **3.3.2 Kontorets kommentar**

HVK bedömer att det finns ett levande värdegrundsarbete där etik och värdeord diskuteras och en medvetenhet finns kring värdighet, inflytande, respekt och bemötande.

## **3.4 Hälso-och sjukvård**

### **3.4.1 Iakttagelser**

Vid uppföljningstillfället framkommer i intervjuerna att det inte finns någon samlad bild där Vård och Bildning har kontrollen på vilken hälso- och sjukvård som bedrivs integrerat med anhörigstödet. De intervjuade beskriver att Ing-Britt alltid hjälper dem med de kontakter som behövs när situationer förändras, men det framkommer också att flera olika utförare är inkopplade och att bedömningar av "Egenvård" inte görs utan förutsätts.

HVK får bilden av att många ärenden är komplexa med diagnoser som borde föranleda integrerad hälso- och sjukvård. Provtagningar och medicinhantering sköts av de

anhöriganställda utan delegering eller bedömd Egenvård. Specifika omvårdnadsuppgifter beskrivs i intervjuerna.

### **3.4.2 Kontorets kommentar**

HVK ser att det föreligger risk i patientsäkerheten utifrån flera aspekter.

Ingen vårdgivare har helhetssynen med den förväntade integrerade hälso- och sjukvården med anledning av att Eget Val tillämpas i kombination med anhöriganställningarna.

Egen vård förutsätts men är inte bedömd. Låg utbildningsnivå hos de anställda. (20% med någon form av vård- och omsorgsutbildning – resterande ingen utbildning inom området)

HVK planerar med anledning av framkomna brister ett tilläggsåtagande som förtydligar ett samordnat helhetsansvar med integrerad hälso- och sjukvård utförd av en och samma vårdgivare.

## **3.5 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov**

### **3.5.1 Iakttagelser**

Vid intervjuerna framkommer att det ofta är biståndshandläggaren som initierat kontakt med sjukgymnast eller arbetsterapeut i anslutning till att biståndsbeslutet fattas. Vid behov som därefter uppkommer är det chefen (Ing-Britt) som informerar om möjligheter och ordnar kontakt med legitimerad personal. Det handlar då mest om hjälpmedelsbehov som hon upptäcker vid hembesök eller om hon får signal om någon tydlig försämring i sjukdomsförloppet från den anhöriganställde.

### **3.5.2 Kontorets kommentar**

HVK ser en risk framförallt för de personer som har neuropsykiatriska diagnoser att de inte får det rehabiliterande förhållningssätt som förväntas enligt avtal. Det rehabiliterande arbetssättet har inte blivit ett vedertaget arbetssätt, genomsyrar inte vardagsarbetet och teamarbete är ingen självklarhet. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter finns inte som en självklar integrerad del i arbetet utan tillkallas vid behov av hjälpmedel och vid svåra förflyttningar i första hand.

HVK begär handlingsplan inom området fallprevention och rehabilitering där utföraren får redogöra för hur det rehabiliterande arbetssättet implementeras med urvalskriterier för individuella bedömningar, handledning i rehabiliterande förhållningssätt, samt ett naturligt integrerat teamarbete.

## **3.6 Informationsöverföring och dokumentation**

### **3.6.1 Iakttagelser**

HVK tar del av information om hur dokumentation och informationsöverföring sker. Det ser väldigt olika ut. Anteckningar förvaras på lappar i hemmet, i mobiltelefoner, etc. Det finns inte genomförandeplaner för alla brukare. Alla anhöriganställda tar hjälp av Ing-Britt som är den som håller samman informationsöverföring, dokumentation och annan kommunikation. De anhöriganställda skriver när det är något som har förändrats men inte några anteckningar som gör att följsamhet till målsättningar kan ses i sociala dokumentationen.

Ing-Britt dokumenterar efter hembesök och med tanke på de stora språkliga hinder som beskrivs där tolk behövs och även analfabetism råder är dokumentation ett svårt område att komma tillrätta med. Det finns en rutin i verksamheten som innebär att de anhöriganställda måste rapportera 1g/månad och däremellan vid behov. Utbildning i SoL dokumentation sker vid storträffar dit det är svårt att få alla att komma.

Den legitimerade personalens journaler är inte samlad. Insatserna är splittrade mellan olika utförare, den egna hälso- och sjukvårdsenheten, hemvårdens rehabilitering och ländstingets olika insatser. Dokumentationsgranskning av den legitimerade personalens arbete går inte att genomföra och det visar tydligt vilken splittring det är i insatser och hur det påverkar möjlighet till ansvarstagande och helhetssyn. (Bilaga 1 och 2)

### **3.6.2 Kontorets kommentar**

Informationsöverföring och systematik kring detta ser HVK som en klar brist med risk för den enskildes säkerhet i vården. Dokumentationsgranskning i de enskildas journaler visar en dokumentation som inte är godkänd. HVK ser att det är brister både ur innehålls- förvarings- och ansvarssynpunkt. Kontoret ställer sig också frågan hur spårbarheten säkras och hur man ska kunna veta vad som sker/har skett vid byte av utförare, vid behov av natthemsjukvård eller där kombinationer av olika insatser är den praktiska lösningen.

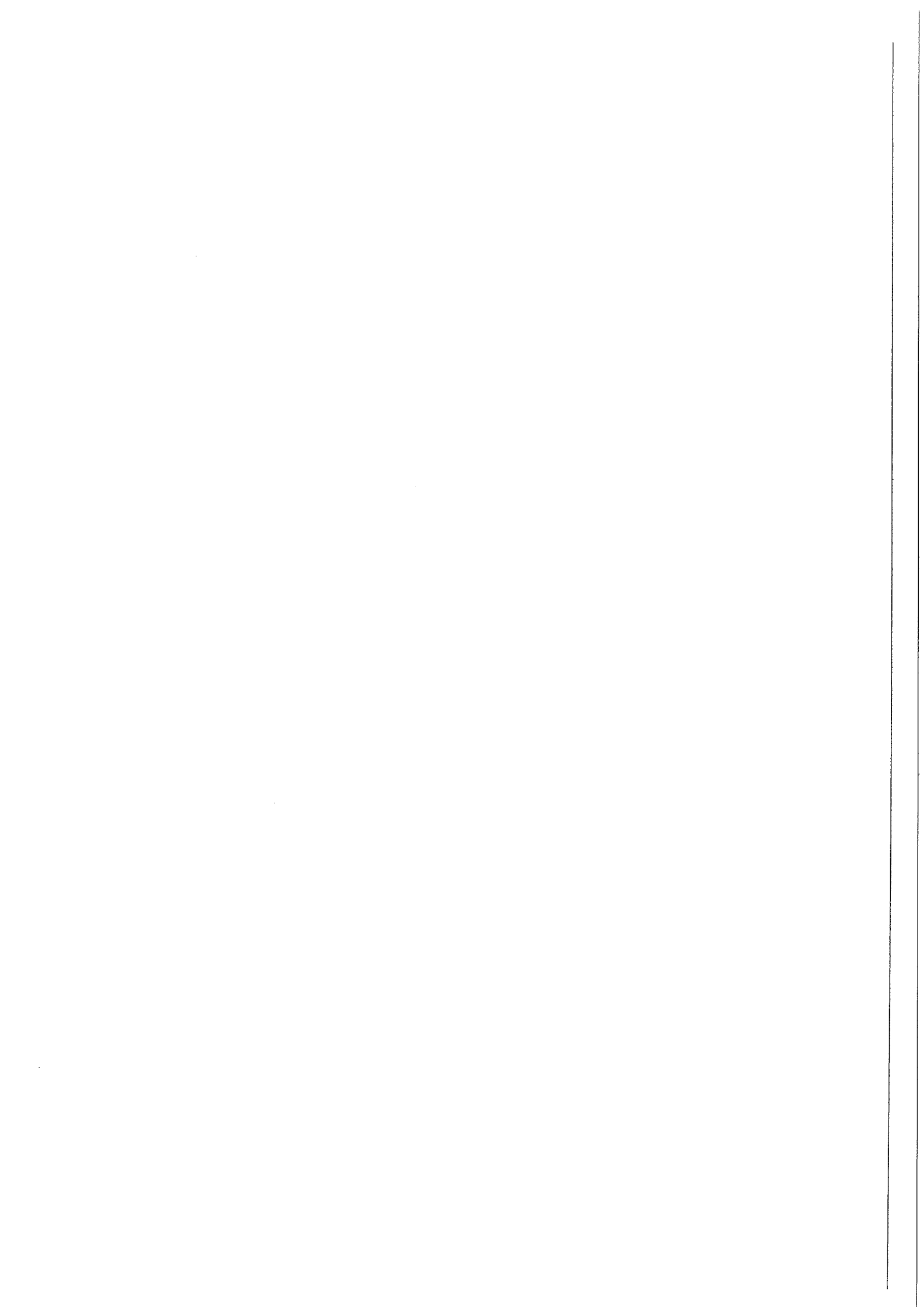
HVK begär handlingsplan inom området dokumentation där utföraren ska säkerställa att dokumentationen sker av *alla yrkeskategorier dygnet runt*. Vidare ska också beskrivas hur åtkomst till dokumentation säkras så att den finns tillgänglig för rätt person i alla led och förvaras enligt befintliga sekretessregler. HVK kommer också att säkerställa tydligare krav i det tilläggsuppdrag som ska författas för det återstående 3 åren av avtalet.

## **4. Kontorets avslutande kommentar**


HVK har fått en bild av en verksamhet som är uppbyggd kring en person/chef. Chefen är i princip den enda informationskälla för de anhöriganställda och hon finns som ett ständigt stöd för dem. Personliga möten och telefon är den kommunikationsform som fungerar bäst, så både det systematiska arbetsmiljöarbetet, information och dokumentation styrs i huvudsak till dessa kontakter.

Tidigare hade varje hemvårdsområde anhöriganställda integrerade i hemvårdsgrupper men sedan två år tillbaka har man valt att samla alla till en chef, vilket kontoret ser som en kreativ och sund lösning i detta fall. De anhöriganställda uppger att de får stöd både som anhöriga och medarbetare.

HVK ser att verksamheten bedrivs med mycket själ och hjärta. Tät kommunikation med chefen utgör navet. Några allvarliga brister har dock uppdragats som föranleder att kontoret begär handlingsplan och skriver ett tilläggsuppdrag inför de sista tre åren för att kvalitetssäkra helhetsansvar, hälso-och sjukvård och dokumentation.

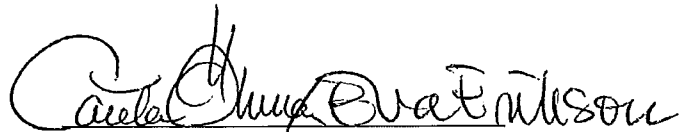


Kontoret för hälsa, vård och omsorg



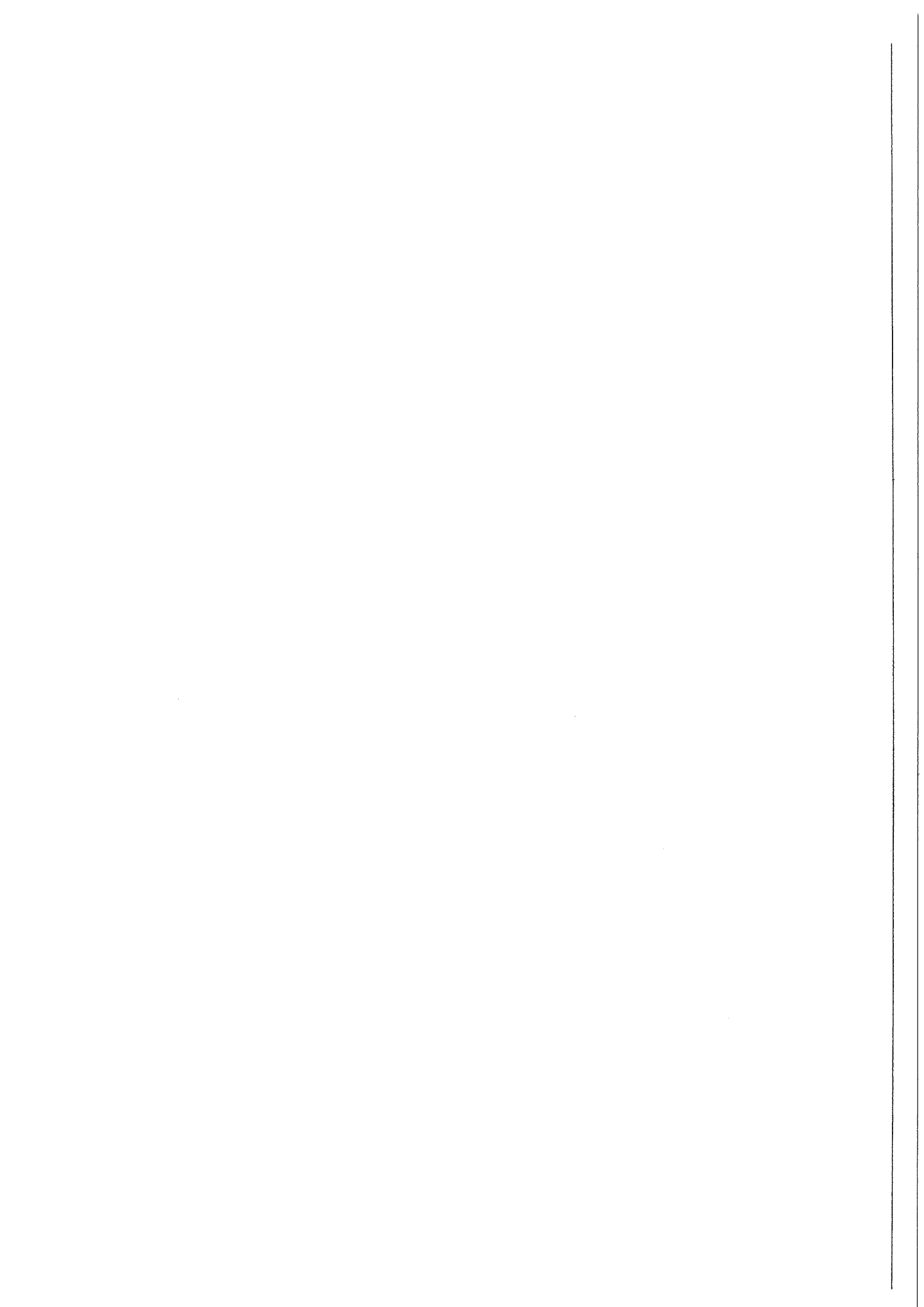
---

Tomas Odin  
Avdelningschef  
Avdelningen för avtal och uppföljning



---

Carita Öhman/ Eva Erikson  
Uppdragsstrateg



Datum 2012-05-08

**Rapport från dokumentationsgranskning vid STÖFU, anhöriganställningar, 2012-05-07****Sammanställning**

Sjuksköterskan arbetar som konsult mot de kunder som har anhöriganställningar, anhöriga tar kontakt när behov av råd, stöd och när den enskilde behöver tillsyn av sjuksköterskan. I de journaler som fanns upprättade var få insatser utförda av sjuksköterskan. I löpande text framgick problem, vilka åtgärder som var utförda dock saknades det uppföljningar och utvärderingar vilket gjorde att vårdprocessen inte gick att följa. Skriftlig dokumentation för den enskilda kunden som är beviljad anhöriganställning saknades helt.

**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 anhöriganställdas dokumentation om den enskilde 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 avtalsuppföljningen genomfördes dokumentationsgranskning vid STÖFU, anhöriganställningar 2012-05-07. Syftet med granskningen var att se om dokumentationen utförs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

**Metod**

Anhöriganställdas dokumentation granskades på 20 % av det totala antalet kunder vid STÖFU. De granskade journalerna valdes slumpmässigt ut.

**Resultat**

Sjuksköterskan hade totalt tre upprättade journaler. I dessa fanns inga anamneser eller individuella omvårdnadsplaner. Status fanns i en journal där datum för uppförandet saknades. I de anteckningar som var förda framgick problem och åtgärder. I en journal var sista

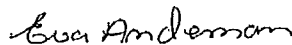
anteckningen förd 25 mars 2011. Det fanns beslut om egenvård för läkemedel i de tre journalerna. Samverkan med anhöriga kunde ses i dokumentationen.

I anhöriganställdas dokumentation fanns beställning på samtliga förutom hos fyra kunder där beställningens giltighetstid gått ut. Gällande kontaktperson är den det samma som den person som är anställd som anhörigvårdare. Genomförandeplan samt mål formulering saknades helt. Då det var helt avsaknad av skriftlig dokumentation framkom ingen samverkan med andra professioner eller den enskildes samverkan eller utförandet av de beviljade insatserna. I fyra av journalerna framkom via e-mail att den enskilde var i behov av arbetstekniska hjälpmedel.

### **Bedömning**

Någon bedömning av sjuksköterskans dokumentation går inte att göra då underlaget är för litet.

Dokumentation gällande den enskilde saknades helt.



Eva Andersson  
Hälso- och sjukvårdscontroller



Eva-Lena Tverå  
Biståndshandläggare



Datum 2012-06-18

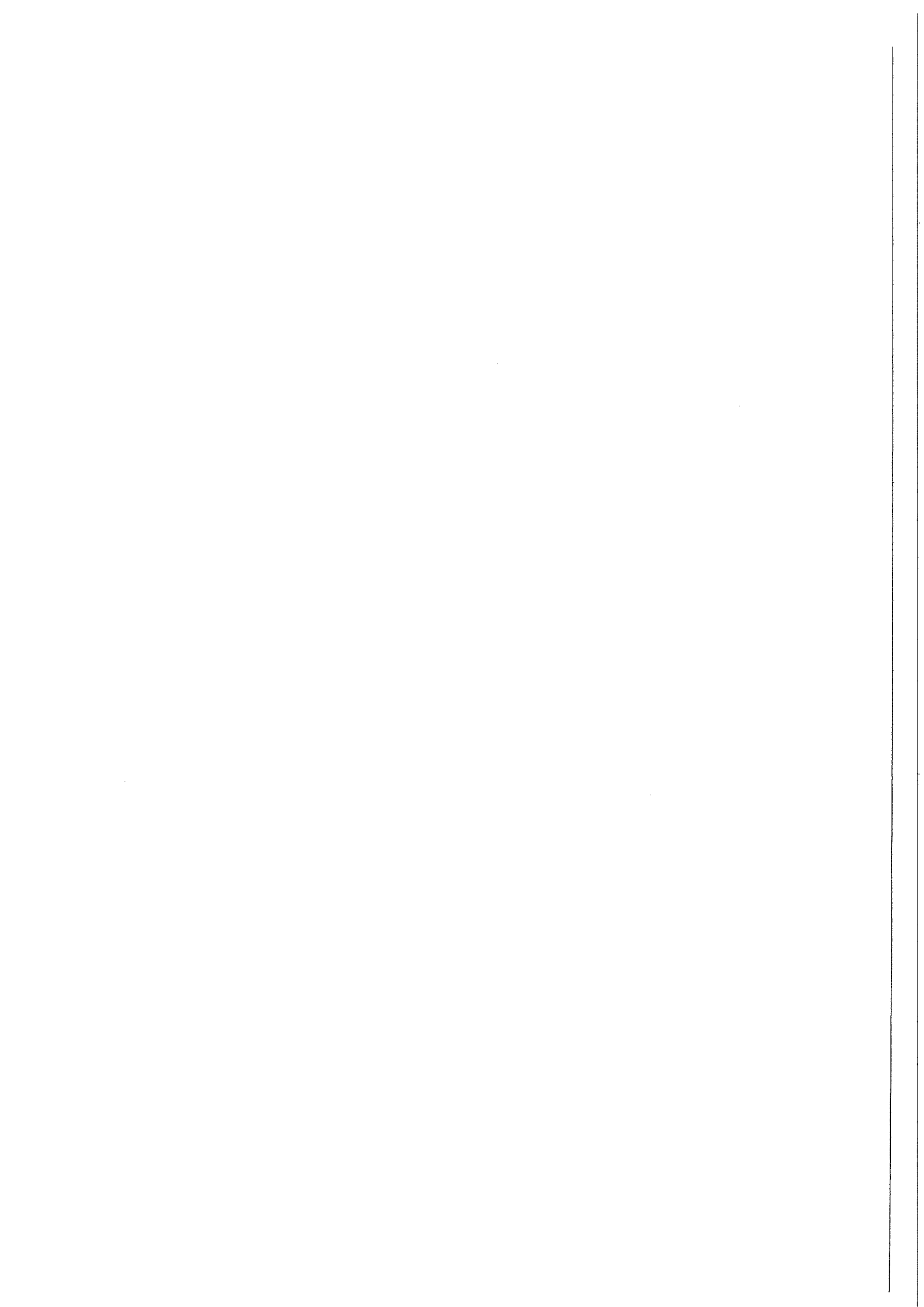
**Kompletterande information angående dokumentationsgranskning vid STÖFU, anhöriganställningar, 2012-05-07, gällande HSL Rehab**

Vid ovanstående verksamhet har granskning av arbetsterapeut- och / eller sjukgymnastjournaler ej utförts. En anledning till detta är att det i många av fallen förekommer mixade beslut (anhöriganställning och hemtjänst) och detta leder till att journaler finns antingen hos rehabiliteringspersonal på HS-enheten vid Fyrisborg eller hos rehabiliteringspersonal i hemvården – detta beroende på var flest timmar är beviljade.

Enligt samtal med sjukgymnast vid HS-enheten framkom det också att rehabiliteringspersonalen där inte har kontroll på om deras kunder har beslut enligt LSS eller om det gäller anhöriganställning.

Ovanstående har därför lett till att granskning av journaler upprättade av arbetsterapeut och / eller sjukgymnast ej har utförts.

Karin Eriksson  
Hälso- och sjukvårdscontroller



Bilaga 2



UPPSALA KOMMUN: NÄMNDEN FÖR HÄLSA OCH OMSORG	
2012-08-13	
NHO - 2012 - 0120 - 31	
KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG	bilaga-1

Handläggare  
Carita Öhman  
Eva Erikson

Datum  
2012-06-21

Carita Öhman / Eva Eriksson

## Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Samordningsfunktion för anhöriganställningar  
Enhetschef: Ing-Britt Blomberg  
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2012-08-15

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.

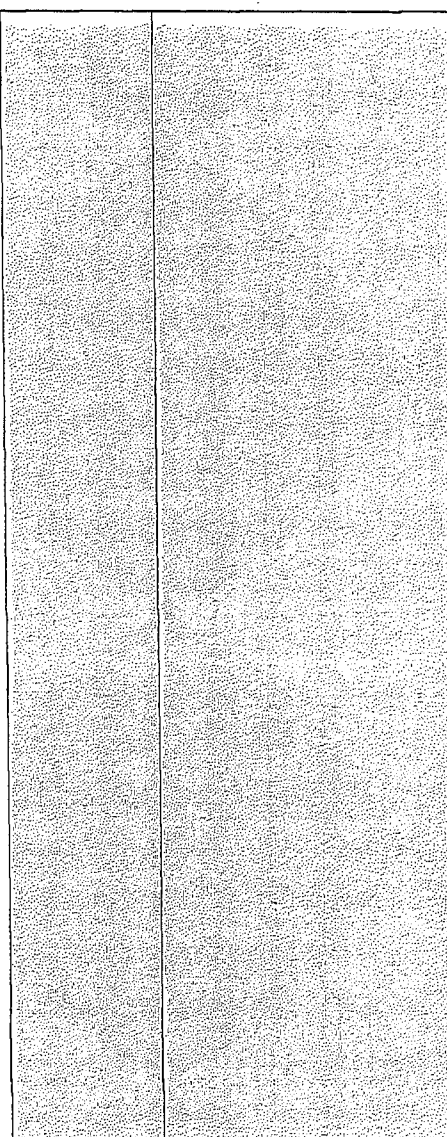
Utföraren ska vid begäran presentera innehållet i handlingsplanen för HVK, Lokföraren, Stationsgatan 12.

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

## Uppföljningsobjekt: Samordningsfunktion för anhöriganställningar Dnr ALN-2012-0193.30 NHO-2012-0120.31

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
verksamhet, organisation och bemanning	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bemanningen på ledningsnivå är i enlighet med den som angivits i anbudet. Kvällar, nätter och helger finns jourarbetsledare. Enhetschefen ingår i team med tre andra enhetschefer och administratör som ersätter vid frånvaro. Förstärkning av arbetsledarfunktionen kan också ske vid arbetstoppar.</li> </ul>	AO-chef		Tre ggr per år i samband med styrkortsuppföljning		
kompetens och kompetensutveckling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kartläggning av anhöriganställds behov av kompetensutveckling.</li> <li>Planering av utbildningsinsatser utifrån individuella och generella behov.</li> <li>Generella satsningar under hösten är basal hygien och dokumentation.</li> </ul>	Enhetschef V-chef	Ht 2012	Årligen i samband med uppföljning av genomförandeplan		
värdegrundsarbete	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fördjupning av värdegrundsarbetet utifrån kunders bakgrund och kultur.</li> </ul>	Enhetschef	Ständigt pågående	Årligen i samband med uppföljning av genomförandeplan och styrkortsuppföljning		
hälso-och sjukvård	Tilläggsuppdrag <ul style="list-style-type: none"> <li>HVK påtalar problemet med att</li> </ul>	AO chef				

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>ingen vårdgivare har helhetssyn m a a Eget val tillämpas i kombination med anhöriganställningar och menar att det därmed finns en risker i patientsäkerheten . V &amp; B instämmer i detta och önskar ett tydliggörande av hälso- och sjukvårdsansvaret när detta är aktuellt.</p>					
fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ny kund kommer att få frågeformulär angående hemsäkerhet, balans och fall, att besvara blanketten är frivilligt för kunden. Blanketten lämnas till leg personal som i teammöten med övrig leg personal gör bedömning om fortsatta åtgärder.</li> <li>Informationsmaterial om fall och vardagsrehabilitering kommer att delas ut till anhöriganställda och deras närstående.</li> <li>Under våren 2013 erbjuder vi utbildning i vardagsrehabilitering och fallprevention.</li> </ul>	Enhetschef HSL-team	Höst 2012	<p>I samband med upprättande/uppföljning av genomförandeplan</p> <p>Styrkortsuppföljning</p>		

<p>Informations överföring och dokumentation</p>	<p><b>HSL</b> Dokumentation enl HSL sker i dokumentationssystemet Siebel. Det innebär att dokumentationen finns tillgänglig hela dygnet vid behov.</p> <p><b>SoL</b> Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd SOSFS 2006:5 samt handbok "Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten" har utgjort grund för vårt arbete med dokumentation. Handboken syftar till att underlätta tillämpningen av det regelverk som gäller för handläggning av ärenden och dokumentation av socialtjänstens insatser för enskilda. Målet är att stärka den enskildes rättssäkerhet och att underlätta arbetet med tillsyn, uppföljning och utvärdering av verksamheten. <u>Se bilaga, utdrag ur handboken.</u></p> <p>En genomförandeplan för anhörigvård bör utarbetas av HVK då hemtjänstens plan inte är relevant i alla avseenden.</p> <p>Så snart utformningen av denna är klar påbörjar vi omgående arbetet med att upprätta genomförandeplaner för samtliga kunder.</p> <p>Informationsträffar två ggr per år Infoblad 8 ggr år</p>	<p>MAS, enhetschef</p>	<p>Höst 2012</p>	<p>MAS gör en uppföljning av dokumentation i patientjournalerna.</p> <p>AO-chef följer upp arbetet med genomförandeplaner i samband med uppföljning av styrkort.</p>	
--	--	----------------------------	------------------	--	--

sierad verksamhet i viss utsträckning måste dokumenteras för att det ska vara möjligt att redovisa hur medlen används och att följa upp verksamheten. Vilka uppgifter som av den anledningen bör dokumenteras beror på vilken typ av verksamhet det gäller. Genom att registrera avidentifierade uppgifter om t.ex. kön, ålder, familjesammansättning och innehållet i kontakten skapas en grund för att ta fram statistik som visar vilken verksamhet som har bedrivits och vilka personer som har tagit del av verksamheten.

### Var ligger ansvaret för dokumentationen?

Ansvaret för att genomförandet av en beslutad insats dokumenteras går hand i hand med ansvaret för själva genomförandet av insatsen i fråga. När insatsen genomförs inom ramen för den beslutande nämndens verksamhet ansvarar den beslutande nämnden för att genomförandet av insatsen dokumenteras. Om ansvaret för genomförandet av en beslutad insats åvilar en annan nämnd än den beslutande ansvarar den andra nämnden för att genomförandet av insatsen dokumenteras. När en beslutad insats genomförs i en enskild verksamhet ansvarar huvudmannen för den enskilt bedrivna verksamheten för att genomförandet av insatsen dokumenteras. I ansvaret för dokumentation ligger bl.a. att se till att personalen har kunskap om och följer de regler som gäller och att det finns tid avsatt för dokumentation.

Av 11 kap. 5 § SoL och 21 a § LSS följer att handlingar som upprättas eller kommer in till verksamheten måste förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte får tillgång till dem. Det är därför viktigt att handlingar på papper eller i annan form förvaras i låsbara utrymmen och att anteckningar som innehåller integritetskänsliga uppgifter inte sätts upp på anslagstavlor i personallokaler eller andra utrymmen. Det är också viktigt att handlingarna skyddas mot förstörelse.

### Var ska insatsen dokumenteras?

Det ligger i sakens natur att insatsens genomförande av praktiska skäl bör dokumenteras så nära den enskilde som möjligt. För det mesta faller det sig också naturligt att insatsen dokumenteras i den verksamhet där den genomförs, t.ex. i strukturerade öppenvårdsprogram för personer med missbruksproblem eller i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade. Denna huvudregel kan dock inte tillämpas utan undantag. Ett sådant undantag gäller insatser som genomförs av s.k. objektanställd personal som anställts för att utföra en bestämmd uppgift utan att ha anknytning till en viss arbetsplats. Som exempel kan nämnas anhörganställda inom hemtjänsten.

Det gäller också lekmän som anlitas för olika uppdrag inom socialtjänsten, t.ex. arvoderade kontaktpersoner och familjehem, som inte omfattas av någon dokumentationsskyldighet. I sådana fall ligger ansvaret för dokumentation under själva genomförandet kvar hos handläggaren. Det ställer krav på att handläggaren kontinuerligt följer hur insatsen genomförs för att kunna dokumentera genomförandet enligt gällande regler.

Det ligger också i sakens natur att den som fattar beslut om en insats ansvarar för att beslutet verkställs och följs upp. Det innebär ett handläggarens ansvar för dokumentation i den personakt som upprättats under handläggningen av ärendet inte upphör utan fortsätter så länge insatsen pågår. Att genomförandet av insatsen också dokumenteras där den genomförs gör ingen skillnad i detta avseende.

## Vad ska dokumenteras?

Av 11 kap. 5 § SoL och 21 a § LSS framgår att dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Alla händelser som inträffar under genomförandet av en beslutad insats behöver inte dokumenteras. Det gäller bara händelser av betydelse för genomförandet av insatsen.

Grunden för dokumentation hos den som svarar för det praktiska genomförandet av en insats är de uppgifter som lämnats av den beslutande nämnden. Vilka uppgifter som därutöver behöver dokumenteras beror på vilken insats det gäller och omständigheterna i det enskilda fallet. När det gäller skyldigheten att dokumentera själva genomförandet av en insats är det viktigt att dokumentationen inte bara visar vad som faktiskt görs utan också hur situationen utvecklas för den enskilde. Det är en fördel om dokumentationen så långt möjligt är standardiserad i någon form för att förbereda och underlätta för en uppföljning vid ett senare tillfälle.

## Personakt

Huvudprincipen är att alla handlingar som rör en person bör hållas samman i en personakt.<sup>334</sup> Om en beslutad insats genomförs av den beslutande nämnden bör dokumentationen som rör handläggningen av ärendet och genomförandet av insatsen hållas samman i en och samma personakt. När det är lämpligt bör delar av personakten finnas tillgänglig hos den som praktiskt genomför insatsen.<sup>335</sup> Den personal som svarar för det praktiska

334 SOSFS 2006:5 4 kap. 6 § AR

335 SOSFS 2006:5 6 kap. 2 § AR

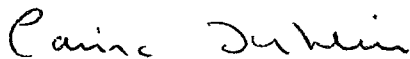


Handläggare  
Carina Juhlin

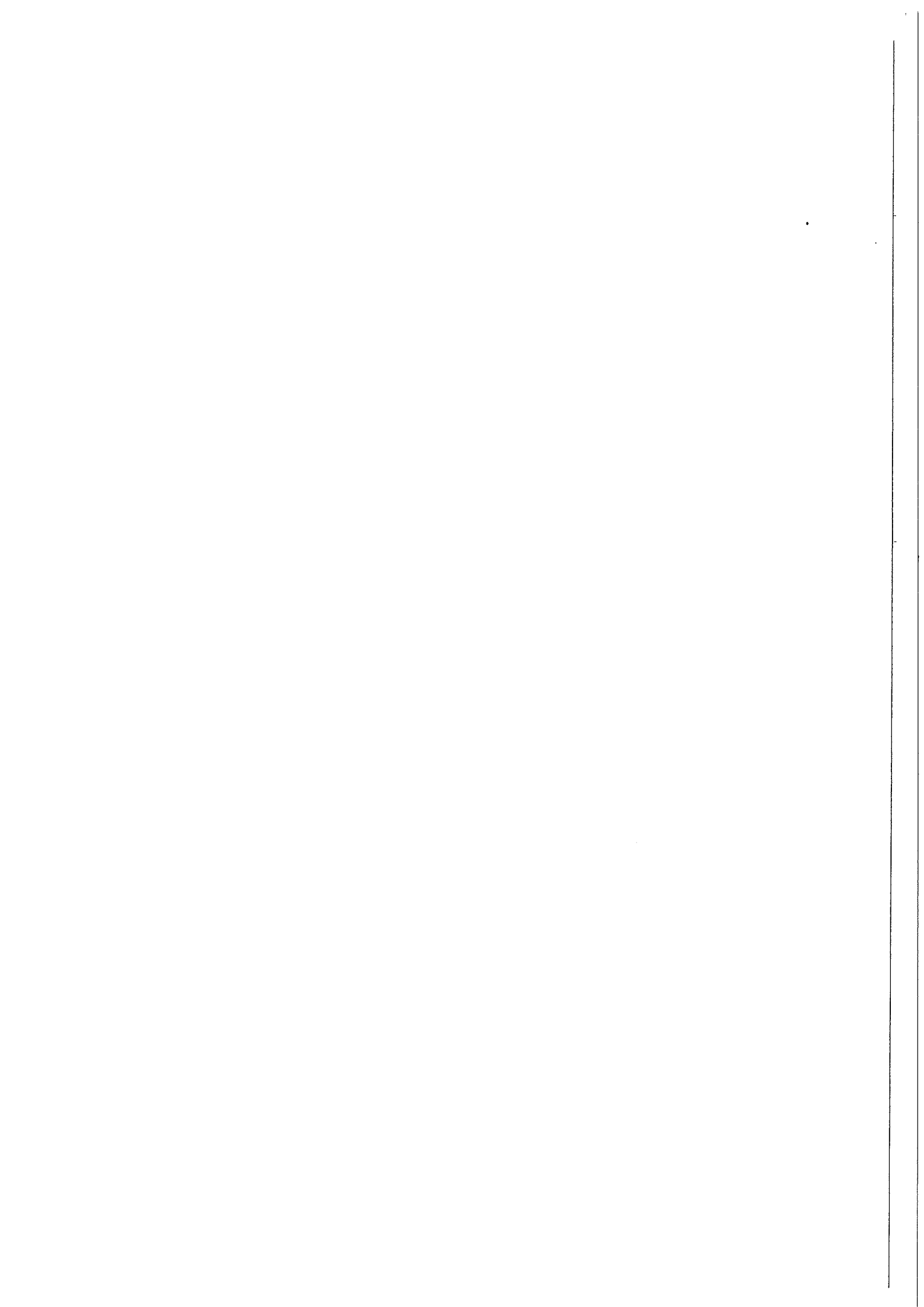
Datum  
120810

HVK  
Lokföraren  
Stationsgatan 12

Handlingsplan utifrån uppföljning av HVK gällande anhöriganställningar.



Carina Juhlin  
Affärsområdeschef



UPPSALA KOMMUN ÄLDREOMVÅRDEN	
Ink 2012-10-17	
Diarienum	110-2012-0120-31
C. Öhman	Aktbil 2

Handläggare  
Carina Juhlin

Datum  
121012

### Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Översänder härmed handlingsplanen utifrån uppföljningen :Samordningsfunktion för anhöriganställningar.

Bifogar det material som kommer att användas vid fallpreventionsarbetet. Ett informationsblad om Goda råd för att förebygga fall håller på att omarbetas och kommer efter korrigeringarna delas ut till samtliga anhöriganställda.

Carina Juhlin

Carina Juhlin, affärsområdeschef



Handläggare  
Carita Öhman  
Eva Erikson

Datum  
2012-06-21

## Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Samordningsfunktion för anhöriganställningar  
Enhetschef: Ing-Britt Blomberg  
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2012-08-15

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, Lokföraren, Stationsgatan 12.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till [halsa-var-d-omsorg@ uppsala.se](mailto:halsa-var-d-omsorg@ uppsala.se). Ange det diarienummer som finns på uppföljningsrapporten i mejlet. Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

## Uppföljningsobjekt: Samordningsfunktion för anhöriganställningar Dnr ALN-2012-0193.30 NHO-2012-0120.31

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
verksamhet, organisation och bemanning	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bemanningen på ledningsnivå är i enlighet med den som angivits i anbudet. Kvällar, nätter och helger finns jourarbetsledare. Enhetschefen ingår i team med tre andra enhetschefer och administratör som ersätter vid frånvaro. Förstärkning av arbetsledarfunktionen kan också ske vid arbetstoppar.</li> </ul>	AO-chef		Tre ggr per år i samband med styrkortsuppföljning		Ersättare för enhetschef enhetschef i teamet.
kompetens och kompetensutveckling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kartläggning av anhöriganställds behov av kompetensutveckling.</li> <li>Planering av utbildningsinsatser utifrån individuella och generella behov.</li> <li>Generella satsningar under hösten är basal hygien och dokumentation.</li> </ul>	Enhetschef V-chef	Ht 2012	Årligen i samband med uppföljning av genomförandeplan		
värdegrundsarbete	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fördjupning av värdegrundsarbetet utifrån kunders bakgrund och kultur.</li> </ul>	Enhetschef	Ständigt pågående	Årligen i samband med uppföljning av genomförandeplan och styrkortsuppföljning		
hälso-och sjukvård	Tilläggsuppdrag <ul style="list-style-type: none"> <li>HVK påtalar problemet med att</li> </ul>	AO chef				

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>ingen vårdgivare har helhetssyn m a a Eget val tillämpas i kombination med anhöriganställningar och menar att det därmed finns en risker i patientsäkerheten . V &amp; B instämmer i detta och önskar ett tydliggörande av hälso- och sjukvårdsansvaret när detta är aktuellt.</p>					
fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ny kund kommer att få frågeformulär angående hemsäkerhet, balans och fall, att besvara blanketten är frivilligt för kunden. Blanketten lämnas till leg personal som i teammöten med övrig leg personal gör bedömning om fortsatta åtgärder.</li> <li>Informationsmaterial om fall och vardagsrehabilitering kommer att delas ut till anhöriganställda och deras närstående.</li> <li>Under våren 2013 erbjuder vi utbildning i vardagsrehabilitering och fallprevention.</li> </ul>	Enhetschef HSL-team	Höst 2012	I samband med upprättande/uppföljning av genomförandeplan  Styrkortsuppfoljning		<p><b>Fallprevention och bedömning av rehabbehov</b> Infomaterial om vardagsrehabilitering och fallprevention bifogas.</p> <p>I samband med upprättande av genomförandeplanen kartlägger vi kundens behov av insatser. Om vi bedömer att rehabinsats kan komma att bli aktuell kontaktar vi rehabpersonal som gör en bedömning i egenvård(rehabinsatser) aktuell eller om ansvaret ligger inom vårt</p>

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
						<p>ansvarsområde .</p> <p><i>Neuropsykiatri</i>  Neuropsykiatriska öppenvårdsenheten utre diagnos gällande neuropsykiatriska funktionshinder. När personen är utredd och färdigbehandlad överrapporteras persone till den vårdgivare och profession som har ansv för ev fortsatt behandlin I de fall det handlar om rehabiliteringsinsatser g rehabiliteringspersonale bedömning och tar därefter ställning till egenvård. Vid ev osäkerhet kontaktas husläkare. I de fall V &amp; har ansvaret gör rehabiliteringspersonale en bedömning av behov av insatser. Insatserna ä inriktade på handlednin till anhörigvårdaren sam information om vilka ol andra stöd som finns.</p>

Område (se rapport)	Åtgärd ( <i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
						<p>Inom Anhörigcentrums verksamhet finns ex vis gruppverksamhet och olika föreläsningar som kan ge fördjupad kunsk inom området. Vi lotsar även personer till NPF-portalen som anordnar gruppverksamhet.</p> <p>De kunder som fn finns inom anhörigvården sor har en neuropsykiatrisk diagnos är mellan 21 – 30 år och samtliga har egenvård.</p>



<p>Informations överföring och dokumentation</p>	<p><b>HSL</b> Dokumentation enl HSL sker i dokumentationssystemet Siebel. Det innebär att dokumentationen finns tillgänglig hela dygnet vid behov.</p> <p><b>SoL</b> Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd SOSFS 2006:5 samt handbok ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten” har utgjort grund för vårt arbete med dokumentation. Handboken syftar till att underlätta tillämpningen av det regelverk som gäller för handläggning av ärenden och dokumentation av socialtjänstens insatser för enskilda. Målet är att stärka den enskildes rättssäkerhet och att underlätta arbetet med tillsyn, uppföljning och utvärdering av verksamheten. <u>Se bilaga, utdrag ur handboken.</u></p> <p>En genomförandeplan för anhörigvård bör utarbetas av HVK då hemtjänstens plan inte är relevant i alla avseenden.</p> <p>Så snart utformningen av denna är klar påbörjar vi omgående arbetet med att upprätta genomförandeplaner för samtliga kunder.</p> <p>Informationsträffar två ggr per år Infoblad 8 ggr år</p>	<p>MAS, enhetschef</p>	<p>Höst 2012</p>	<p>MAS gör en uppföljning av dokumentation i patientjournalerna.</p> <p>AO-chef följer upp arbetet med genomförandeplaner i samband med uppföljning av styrkort.</p>	<p><b>Informationsöverföring och dokumentation</b> Genomförandeplan upprättas för samtliga under hösten. I samband med upprättande av genomförandeplanen informerar vi anhörigvårdaren att anteckningar ska skickas in månatligen i samband med inlämnande av tidsrapporten. Vi går igenom med var och en vad som måste rapporteras. Former för anteckningarna behöver utvecklas för att underlätta för anhörigvårdaren att lämna relevant dokumentation. Vi önskar en samverkan med HVK i utvecklandet av dokumentationen.</p>
--	--	----------------------------	------------------	--	---

Dokumentnr (version) RU161 (01)	Fastställd 2011-07-29	Ersätter: ÄO:s rutin
Utarbetad av Marie Sandström	Fastställd av Gunilla Rosqvist	Sidan 1 av 3

## Syfte:

Identifiera kunder som löper risk för fall, för att förebygga och minska risker för fall, samt om möjligt förhindra skada pga fall.

## Omfattning:

Rutinen omfattar fallprevention inom Vård & omsorg.

## Ansvar:

Enhetschef/verksamhetschef ansvarar för att fallprevention genomförs på enheten enligt gällande rutiner.

## Blanketter

Bergs balansskala

Fallincident

Downtons fallriskindex

Frågeformulär om hemsäkerhet, balans och fall i hemvård

Frågeformulär om hemsäkerhet, balans och fall i öppna förebyggande

Information om fallprevention i särskilt boende

Individuell åtgärdsplan

## Utförande

### *Fallprevention i hemvård*

#### Nya kunder:

- Till ny kund (som beviljats personlig omvårdnad) lämnas ett frågeformulär angående hemsäkerhet, balans och fall av kontaktmannen (se blankett Frågeformulär hemsäkerhet, balans och fall). Att besvara frågeformuläret är frivilligt för kunden.
- Ifyllt frågeformulär tar kontaktmannen tillbaka till teamet, där en gemensam genomgång görs. Här fylls även Downtons fallriskindex i gemensamt av teamet (se blankett Downton)
- Om hög risk föreligger görs vid behov en individuell bedömning av varje yrkeskategori så snart som möjligt
- Därefter går man vidare till åtgärd.

### **Redan känd kund som fallit:**

- När en kund fallit och fallincidentrapport skrivits tas personen upp på fallpreventionsmöte
- På fallpreventionsmötet görs gemensamt Downtons fallriskindex, om aktuell sådan inte finns sedan tidigare (se blankett Downton).
- Om hög risk föreligger görs vid behov en individuell bedömning av varje yrkeskategori, så snart som möjligt.
- När ovanstående är klart, om personen redan är känd i teamet, eller individuell bedömning inte anses nödvändig går man vidare till åtgärd.

### **Fallprevention i särskilt boende och korttidsboende**

#### **Nyinflyttad boende**

- När en ny boende flyttar in gör varje enskild yrkeskategori sin bedömning, om möjligt inom två veckor.
- Ett gemensamt teammöte genomförs där sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och kontaktman/omvårdnadspersonal redogör för sin bedömning. Om möjligt deltar enhetschef.
- Den gemensamma bedömningen leder fram till om hög eller låg fallrisk föreligger. Dessutom kartläggs vilka riskfaktorer som finns.
- Därefter går man vidare till åtgärd

#### **Bedömningsområden för de olika yrkesfunktionerna:**

**Sjuksköterskan** gör en specifik omvårdnadsbedömning av hälsotillståndet. Om behov föreligger upprättas en specifik omvårdnadsplan/planer.

**Arbetsterapeuten** bedömer miljö och hjälpmedelsbehov. Vid behov görs ADL-bedömning.

**Sjukgymnasten** bedömer gång, balans och förflyttningsförmåga.

**Kontaktman/omvårdnadspersonal** gör en allmän bedömning av fallrisken samt ansvarar för att erbjuda vårdtagaren att fylla i frågeformuläret och lämna tillbaka till teamet, när det gäller nya vårdtagare i hemvård.

**Gemensamt** gör teamet Downtons fallriskindex.

#### **Hög fallrisk**

- Downtons fallriskindex på 3 poäng eller över
- Personer som har fallit tidigare
- Personer som av omvårdnadspersonalen bedöms löpa stor risk för att falla
- Personer där någon yrkesfunktion bedömt fallrisken som hög.

### **Åtgärd**

- Teamet kartlägger vilka riskfaktorer som finns och åtgärder vid hög fallrisk beslutas. Åtgärdsplan upprättas gemensamt i teamet (Blankett Individuell åtgärdsplan). Varje yrkeskategori ansvarar för sin del.
- Om den boende faller dokumenteras det på blankett Fallincident av den person som upptäcker fallet.
- Lokal rutin upprättas för vem i teamet som ansvarar för överföring av uppgifterna från fallincidentrapporten till baksidan av den Individuella åtgärdsplanen.

### **Uppföljning**

- Åtgärdsplanen följs upp tills alla punkter är åtgärdade
- I anslutning till ett fall diskuteras händelsen i teamet och åtgärdsplanen revideras med förslag till nya åtgärder. Om bedömning inte är gjord tidigare, genomförs den nu
- Om personens tillstånd förändras genom t ex skada eller sjukdom görs en ny bedömning

### **Låg fallrisk**

Vid låg fallrisk görs en ny bedömning vid förändringar av allmäntillståndet eller då kunden fallit.

En ny bedömning kan genomföras om kund, närstående eller personal så önskar.

### **Dokumentförvaring**

Originalen av Downtons index förvaras i sjuksköterskans journal, under flik 5.

Kopia av Downtons fallriskindex förvaras liksom Frågeformuläret om hemsäkerhet och den Individuella åtgärdsplanen under egen flik FALL, längst bak i SoL-pärmen.

Dokumentnr (version) Blankett tillhör RU161 Fallprevention	Fastställt 2011-07-21	Ersätter: Äldreomsorgens blankett Öppna/förebyggande
--	--------------------------	--

**Namn.....Datum.....**

Om Du har benägenhet att falla, kan din hemmiljö vara dig till hjälp eller vara en orsak till att Du faller.

Vi har några frågor om din hemmiljö.

Kryssa för det alternativ som Du tycker stämmer bäst till varje fråga

**1. Har Du fallit senaste året?**

Nej             Ja

**2. Är du rädd för att falla?**

Nej             Ja

**3. Snubblar Du över lösa sladdar, låga möbler, mattkanter eller andra saker i din väg?**

Aldrig             Sällan    En gång i veckan  
 Mer än en gång i veckan

**4. Finns det fasta, stadiga saker som Du kan ta tag/hålla i om Du känner dig ostadig?**

Överallt             På de flesta ställen  
 På något/några ställen    Inget ställe

**5. Har Du bra belysning i ditt hem (även nattetid vid toalettbesök)?**

Alltid             Nästan alltid     Ibland    Har oftast mörkt

**6. Vad har Du på fötterna när Du är inomhus?**

Skor             Tofflor             Strumpor  
 Barfota

**7. Har Du svårt att sätta dig på eller resa dig från toaletten?**

Aldrig             Sällan    Ibland    Ofta

**8. Har Du svårt att ta dig i och ur dusch eller badkar?**

- Aldrig       Sällan    Ibland    Ofta

**9. Har Du svårt att gå i trappor eller kliva på en stege hemma?**

- Aldrig       Sällan    Ibland    Ofta

**10. Måste Du stå på tå för att nå saker exempelvis i köket?**

- Aldrig       Sällan    Ibland    Ofta

**11. När Du går utomhus, är det då ojämnt underlag, dålig trottoar, hala trappor eller andra problem som gör att Du blir ostadig eller tappar balansen?**

- Aldrig       Sällan    Ibland    Ofta

**12. Blir Du ostadig/yr om Du hastigt vänder dig om eller böjer dig ned för att plocka upp något från golvet?**

- Aldrig       Sällan    Ibland    Ofta

**13. Blir Du yr om Du hastigt reser dig upp från sittande till stående?**

- Aldrig       Sällan    Ibland    Ofta

**14. Har du en stadig plats att sitta på vid av- och påklädning**

- Ja             Nej

**15. Har du telefon vid sängen**

- Ja             Nej

**Noteringar**

---

---

---

Dokumentnr (version) Tillhör RU161 Fallprevention	Fastställt 2011-07-21	Ersätter: ÄO:s blankett Downtons fallriskindex
--	--------------------------	--

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Risikfaktorer	Poäng
<b>Tidigare kända fallolyckor</b>	
Ja	1
nej	0
<b>Medicinering</b>	
Ingen	0
Lugnande/sömnmedel/neuroleptika	1
Diuretika	1
Antihypertensiva (annat än diuretika)	1
Antiparkinson läkemedel	1
Antidepressiva läkemedel	1
Andra läkemedel	0
<b>Sensoriska funktionsnedsättningar</b>	
Ingen	0
Synnedsättning	1
Hörselnedsättning	1
Nedsatt motorik (tecken på förlamning)	1
<b>Kognitiv funktionsnedsättning</b>	
Orienterad	0
Ej orienterad (kognitiv funktionsnedsättning)	1
<b>Gångförmåga</b>	
Säker - går med eller utan hjälpmedel	0
Osäker	1
Saknas	0
<b>Summa riskpoäng</b>	

Bedömningen genomförd på enhet: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Vägledning för fallriskanalysen

### *Tidigare kända fallolyckor*

1 poäng = känner till att personen har fallit det senaste året

### *Medicinering*

Läs läkemedelslistan eller låt om möjligt personen själv redogöra för vilka läkemedel som intas. Fördela ev. läkemedel efter medicingrupp och sätt poäng.

### *Sensoriska funktionsnedsättningar*

- 1 poäng: Synnedsättning = har måttligt till kraftigt nedsatt syn eller är blind. Har behov av glasögon dagligen
- 1 poäng: Hörselnedsättning = har kraftigt till måttligt nedsatt hörsel eller är döv. Har behov av hörapparat
- 1 poäng: Nedsatt motorik = har kraft- eller funktionsnedsättning någon extremitet.

### *Kognitiv funktionsnedsättning*

1 poäng = är inte orienterad till namn, plats och tid. Vid behov görs utredning enligt lokal instruktion.

### *Gångförmågan*

0 poäng = personen går säkert med eller utan gånghjälpmedel och kommer ihåg att använda hjälpmedlet

1 poäng = personen går osäkert med eller utan hjälpmedel och/eller glömmer ibland att använda hjälpmedlet

### *Index*

Poäng summeras till fallriskindex 0 – 11

Index 3 eller högre indikerar hög fallrisk



Dokumentnr (version) Blankett tillhör RU161 Fallprevention	Version 2011-07-21	Ersätter: Ersätter ÄO:s blankett
--	-----------------------	-------------------------------------

Enhet \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Händelsedatum: \_\_\_\_\_ Klockslag: \_\_\_\_\_

Kundens födelsedata \_\_\_\_\_ Dennes initialer: \_\_\_\_\_

Kvinna  Man

Har kunden fallit tidigare?  Ja  nej  Vet ej

Var inträffade fallet?

- Badrum/toalett
- Sovrum
- Kök/hall
- Trappa
- Utomhus
- Annat var? \_\_\_\_\_

Hur länge blev personen liggande?

- <5 min
- 5-15 min
- 15-60 min
- >60 min
- Vet ej

Fanns personal med vid fallet?

Nej  Ja

Användes något hjälpmedel vid fallet?

Nej  Ja

Vilken typ?

Vad gjorde kunden vid fallet?

- Ställde sig upp
- Satte sig ned
- Stod stilla
- Gick
- På- eller avklädning
- Plockade upp något från golvet
- Annat: \_\_\_\_\_

Trolig orsak till fallet?

Kryssa i ett eller flera alternativ

- Yrsel/balanssvårigheter
- Oro/förvirring
- Feber
- Urinrängningar
- Påverkad av läkemedel
- Felbedömer avstånd
- Går utan utprovade hjälpmedel
- Halkar/snubblar
- Mörker
- Utan skor/olämpliga skor
- Annat: \_\_\_\_\_

Vilka åtgärder vidtogs direkt efter fallet?

- Kontakt med sjuksköterska Namn: \_\_\_\_\_
- Extra tillsyn/övervakning
- Annat: \_\_\_\_\_

Kompletterande beskrivning av fallet: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_ Telefonnr: \_\_\_\_\_

**Åtgärder vidtagna av legitimerad personal**

**Sjuksköterska:** till MAS endast då fallet föranlett läkarkontakt  
 Läkarkontakt  Transport t sjukhus  Kontakt närstående

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_ Telefonnr: \_\_\_\_\_

**Sjukgymnast:**

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_ Telefonnr: \_\_\_\_\_

**Arbetsterapeut**

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_ Telefonnr: \_\_\_\_\_

**Har en medicinteknisk produkt (MTP) orsakat fallet**

Typ av MTP: \_\_\_\_\_ Inventariernr: \_\_\_\_\_

**Enhetschefens utredning/åtgärder**

Direkt

Planerade åtgärder

Uppföljning/resultat

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_ Telefonnr: \_\_\_\_\_

**Medicinskt ansvarig sjuksköterskas åtgärder**

Incidentrapport skickas till MAS endast då fallet föranlett läkarkontakt

Tagit del  Utredning/åtgärder  Lex Maria

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_ Telefonnr: \_\_\_\_\_

Handläggare  
Karina Bodin  
Carita Öhman

Datum  
2013-01-01

Diarienummer  
ALN- 2012-0193.30  
NHO- 2012-0120.31

Vård och Bildning  
Karin Wallner  
Carina Juhlin

**Kompletterande information till Vård och Bildnings åtagande 2008-12-19  
Internavtal anhörganställningar ALN-2009-0059.30**

**Förtydligande av förfrågningsunderlag (FFU),**

*Upphandling av samordningsfunktion för anhörganställda i Uppsala kommun 2008-12-19.*

Kontoret för hälsa vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning av den samordningsfunktion för anhörganställningar som Vård och Bildning (VoB) ansvarar för. Vid uppföljningstillfället framkom att det finns några otydliga punkter i avtalet/åtagandet, vilket föranleder ett förtydligande inför de kommande tre åren i syfte att kvalitetssäkra kundens säkerhet och den samlade bilden av kundens helhetssituation-

**Pkt 1.3 Beskrivning av objekt (kopia från FFU)**

Upphandlingen avser en samordningsfunktion med arbetsgivaransvar avseende Anhörganställda i Uppsala kommun. Verksamheten riktas till hemtjänstmottagare över 21 år och som utifrån biståndsbeslut har en anhörig som kan tillgodose den enskildes omvårdnadsbehov på en skälig omvårdnadsnivå.

Det är alltid biståndshandläggare som formellt beslutar om Anhörganställning. För att anställning ska gälla krävs biståndsbeslut för minst tre månader. Om enskild vårdtagare lever i hushållsgemenskap och det finns ett biståndsbeslut på insatser kan anhörganställning bli aktuell om den som anställs är under 65 år. Anhörganställning är enligt gällande PAN-avtal begränsat till max 52 timmars tjänstgöring per vecka. Om en enskild person har behov av mer tid för omvårdnad får den enskilda välja utförare inom Eget val. Även när det gäller en situation där enskild vårdtagare är i behov av hälso- och sjukvård som inte kan delegeras till anhörig är den enskilde hänvisad till Eget val.

Vårdgivaren ska tillhandahålla en samordnande funktion för personer som anställs för anhörigs räkning. Uppdraget omfattar ett arbetsgivaransvar gentemot de anhöriganställda i Uppsala kommun. Vårdgivaren har utifrån biståndsbeslut som fattas till uppgift att utreda anhörigs lämplighet för anställning. Vårdgivaren har därefter ansvar för att de anhöriganställda försäkras stöd och hjälp i det dagliga arbetet. Vårdgivaren skall även tillse att de anhöriganställda ges möjlighet till kompetensutveckling och ett kontinuerligt erfarenhetsutbyte med andra anhöriganställda och med personal inom hemtjänsten, t ex i form av gemensam fortbildning eller dialog i samband med att Arbetsplatsträffar (APT). Vårdgivaren ska via uppföljning och kontroll av utförda insatser tillförsäkra att den enskilde erhåller beviljade insatser enligt biståndsbeslut och enligt äldrenämndens kvalitetskrav.

### **Förtydligande:**

I första hand ska beviljade insatser utföras av hemtjänstpersonal. Den enskilde har dock möjlighet att ansöka om att få insatserna utförda av en anhörig/närstående, s.k. anhöriganställning.

Biståndshandläggaren ska bedöma den enskildes behov av insatser. I de fall beslut om anhöriganställning övervägs ska denna information överföras till Vård och Bildning som har att ta ställning till om önskad anhörig kan anställas, d.v.s. har den kompetens och lämplighet som behövs för att utföra aktuella insatser.

Därefter fattar biståndshandläggaren beslut om anhöriganställning.

Vid en anhöriganställning ställs samma krav på personens lämplighet och kompetens som vid en ordinär anställning.

### **Insatser inom vård och omsorg, fn. maximalt 40 timmar/vecka**

- Biståndsbedömda insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) skall utföras av den anhöriganställda.
- Behovet av insatser kan också tillgodoses dels från Vård och bildnings hemtjänst, och dels genom den anhöriganställda. En kombination av båda kan vara en bra och flexibel lösning.
- Vård och bildnings hemtjänstpersonal kan också bistå vid bedömda insatser som kräver dubbelbemanning.
- VoB:s sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast **ska** bedöma om en hälso- och sjukvårdsuppgift kan utföras av anhörigvårdaren efter bedömning och delegering alt. överlåtande.
- VoB:s sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast **ska** bedöma om en hälso- och sjukvårdsuppgift av mer omfattande art som kräver utbildning och erfarenhet kan utföras av anhöriganställda eller om den ska utföras av

VoB:s hemtjänstpersonal med t ex vård- och omsorgsutbildning.

- Om den enskilde är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som inte kan delegeras/överlåtas till anhörig då har VoB:s hemsjukvård ansvar för dessa insatser. (se skrivning ovan)  
Den enskilde kan i detta läge också välja annan utförare inom LOV  *eget val*  som har avtal omfattande hälso- och sjukvård.  
Anhöriganställningen ska då avslutas.
- VoB ska tillse att den anhöriganställda aktivt arbetar motiverande med ett hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetssätt.
- VoB ska ha rutiner som är kända för den anhöriganställda för när legitimerad personal ska kontaktas.
- VoB ska tillse att legitimerad personal har förutsättningar att handleda de anhöriganställda i vardagsarbetet.
- VoB ska ta ansvar för att bedömning av Egenvård är gjord.
- VoB ansvarar för att upprätta och uppdatera genomförandeplaner
- VoB ska tillsammans med kund och anhöriga formulera målsättningar och dokumentera händelser av vikt så att målsättning kan utvärderas

### **Anhöriganställning avslutas**

Vid behov av insatser utöver 40 timmar kan den enskilde välja antingen att vara kvar hos VoB eller välja annan utförare, inom LOV  *eget val* , som har avtal med Uppsala kommun omfattande service, personlig omvårdnad och hälso- och sjukvård. Väljer den enskilde annan utförare ska anhöriganställningen omedelbart avslutas.

Den enskilde kan när som helst (även vid insatser inom 40 timmar) välja annan utförare inom LOV  *eget val* . Vid överflyttningen ska anhöriganställningen omedelbart avslutas.

### **Övriga utförare inom LOV, eget val**

Anhöriganställning får inte förekomma hos någon annan utförare än hos Vård och Bildning.

Omvårdnadspersonal hos andra utförare får inte anställas för vård hos sina egna anhöriga.

Ovanstående tillägg/förtydligande gäller fr.o.m. 2013-01-01  
Kopia skickas för information till samtliga utförare inom LOV samt till biståndshandläggare inom AIS.

Tomas Odin  
Avdelningschef  
Kontoret för hälsa vård och omsorg