

**§ 34**

**Fördjupad uppföljning av enheten för socialpsykiatri i Knivsta kommun**  
SN-2016/271

**Beslut**

Arbetsutskottet beslutar föreslå socialnämnden

att enhetschef på enheten för socialpsykiatri skriftligen och muntligen ska redovisa hur enheten avser arbeta med åtgärds punkterna i rapporten vid nämndens sammanträde i maj 2017.

**Ärende**

Tjänsteskrivelse 2017-02-17; Fördjupad uppföljning av enheten för socialpsykiatri i Knivsta kommun har varit utsända. Verksamhetscontroller Liza Larsén Ogden informerar muntligt.

---

Handläggare  
Liza Larsén Ogden

Tjänsteskrivelse  
2017-02-17

Diarienummer  
SN-2016/271

Strategiskt ledningsstöd

Socialnämnden

## Fördjupad uppföljning av Enheten för socialpsykiatri i Knivsta kommun

SN-2016/271

### Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att enhetschef på enheten för socialpsykiatri skriftligen och muntligen ska redovisa hur enheten avser arbeta med åtgärds punkterna i rapporten vid nämndens sammanträde i maj 2017.

### Sammanfattning

Under december månad 2016 har en fördjupad uppföljning av Knivsta kommuns råd och stöd utförd i egen regi genomförts av kommunens verksamhetscontroller och MAS. Vid uppföljningen har intervjuer med verksamhetens ledning och medarbetare genomförts samt rutiner, verksamhetsplaner, verksamhetsberättelser, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, hälso- och sjukvårdsdokument med flera granskats.

Vid den genomförda uppföljningen har ett antal åtgärds punkter identifierats både utifrån utförandet av socialtjänst samt utifrån utförandet av hälso- och sjukvård. Åtgärds punkterna handlar inom utförandet för socialtjänst om behov av rutiner och en uppdaterad kvalitetsdeklaration och inom utförandet av hälso- och sjukvård om behovet av rutiner samt implementering av riktlinjer.

### Bakgrund

Inom socialnämndens ansvarsområden utförs delar av verksamheten av andra än kommunens egen organisation. Socialnämnden har ett ansvar att se till att de externa utförarna bedriver sin verksamhet i enlighet med gällande lagstiftning och utifrån ingångna avtal. Socialnämnden har beslutat om en modell för uppföljning och kontroll av kvalitet inom upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet. Samma modell gäller för kommunens egna verksamheter (egen regi). Uppföljningen sker enligt fastlagd uppföljningsplan av socialnämnden.

### Ekonomisk konsekvensanalys

Föreslaget beslut bedöms inte leda till några ekonomiska konsekvenser utöver befintlig budgetram

## **Barnkonsekvensanalys**

Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Mats Ståhl Elgström  
Socialchef

Beslutet ska expedieras till:  
Akten  
Enheten för socialpsykiatri

---

## Barnchecklista inför beslut

### 1. Påverkar beslutet barn?

Ja Nej 

Enligt FN är alla under 18 år  
att betrakta som barn

*Förklara oavsett svar.*

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

### 2. Hur har barns bästa beaktats?

### 3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

### 4. Har barn fått uttrycka sina åsikter?

Ja Nej 

*Förklara oavsett svar.*

# Fördjupad uppföljning av Socialpsykiatrin boendestöd i Knivsta kommun

## Innehållsförteckning

.....	1
.....	1
1. Sammanfattning .....	3
2. Bakgrund.....	4
3. Syfte .....	4
4. Genomförande och metod.....	4
5. Beskrivning av verksamheten .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
6. Analys och bedömning .....	5
7. Åtgärds punkter.....	20

# Fördjupad uppföljning

---

## 1. Sammanfattning

En fördjupad uppföljning har gjorts av enheten för socialpsykiatri boendestöd som utförs i Knivsta kommun inom egen regi. Uppföljningen har utförts av verksamhetscontroller Liza Larsén Ogden, medicinskt ansvarig sjuksköterska Eva Lejman samt kvalitets och utvecklingschef Eleonor Hedberg som sakkunnig.

Uppföljningen bygger på granskning av styrdokument, rutiner och dokument som används inom verksamheten, på intervjuer med personal och ledning och utifrån brukarenkäten som verksamheten delat ut. Bedömningen görs utifrån enhetens dokument, gällande lagstiftning och socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd (SOSFS) och bestämmelser i Knivsta kommun.

Enheten för socialpsykiatri boendestöd är en verksamhet som fokuserar på brukaren och dennes behov. Verksamheten arbetar med att ha brukaren i fokus och utifrån målsättningen att genom stöd och motivation få brukaren att bli säker på sin egen förmåga.

Verksamheten arbetar utifrån ett förebyggande arbetsätt som syftar till att upptäcka och åtgärda eventuella risker i ett tidigt stadium.

Alla inom personalgruppen har en adekvat utbildning för uppdraget som boendestödjare och arbetar utifrån beslutade metoder. Medarbetarna har även en god kommunikation och stödjer varandra i sitt arbete.

Enhetschefen är delaktig och närvarande och stödjer tillsammans med samordnare personalen på ett tillfredställande sätt. Verksamheten har utifrån socialnämndens och förvaltningens mål och åtaganden tagit fram egna åtaganden samt har ett systematiskt kvalitetsarbete och arbetar med både utvärdering, brukarråd, egenkontroll och medarbetarnas delaktighet. Verksamheten har även en kvalitetsdeklaration som de använder i arbetet för att brukarna enkelt ska kunna få reda på vad de kan förvänta sig för stöd från verksamheten.

De identifierade åtgärds punkterna för utförandet av socialtjänst handlar om framtagande av rutiner för medarbetarnas säkerhet, för hantering och arbete med genomförandeplaner samt om en mindre revidering av kvalitetsdeklarationen.

Inom ramen för utförandet av kommunal hälso- och sjukvård handlar åtgärds punkterna bland annat om behov av rutiner inom verksamheten och implementering av riktlinjer.

De åtgärds punkter som identifierats finns uppställda i slutet av rapporten, under avsnitt 7.

## 2. Bakgrund

Inom socialnämndens ansvarsområde utförs vissa delar av verksamheten i egen regi och andra delar av externa utförare. Socialnämnden har ett ansvar att se till att samtliga verksamheter inom nämndens ansvarsområde bedriver sin verksamhet i enlighet med gällande lagstiftning, kommunala styrdokument och utifrån ingångna avtal och överenskommelser<sup>1</sup>. Socialnämnden har beslutat om en modell för uppföljning och kontroll av kvalitet inom upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet. Samma modell gäller för kommunens egna verksamheter (egen regi). Uppföljningen sker enligt fastlagd uppföljningsplan av socialnämnden.

## 3. Syfte

Uppföljningen syftar till att bedöma hur väl Knivsta kommun, enheten för socialpsykiatri boendestöd arbetar med verksamhetsutveckling och ökad kvalitet samt utför sitt uppdrag i enlighet med gällande lagstiftning och författningar<sup>2</sup>.

## 4. Genomförande och metod

Denna fördjupade uppföljning har genomförts av verksamhetscontroller Liza Larsén Ogden tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska Eva Lejman samt kvalitets och utvecklingschef Eleonor Hedberg som sakkunnig. Verksamhetscontroller är den som varit ytterst ansvarig för att planera, genomföra, återkoppla och skriva rapporten.

Inför uppföljningen kontaktades ledningen för socialpsykiatri boendestöd för att informera om den fördjupade uppföljningen. Som en del i uppföljningen granskades styrdokument såsom verksamhetsplan, ledningssystem och rutinbeskrivningar i verksamheten. Ett stickprov av genomförandeplaner samt resultatet från enhetens brukarenkät granskades också. Intervjuer genomfördes med medarbetare den första december och med enhetschef och samordnare den andra december 2016. Vid intervjuerna ställdes frågor utifrån brukarfokus samt utförande av boendestöd. Vid intervjun med personalen deltog inte ledningen, detta för att personalen skulle få möjlighet att uttrycka sig fritt. Både ledning och personal har fått möjlighet att sakgranska anteckningarna från intervjuerna.

I rapporten redovisas en analys och bedömning utifrån intervjuerna med personal och ledning samt utifrån inskickat material. Analysen och bedömningen görs framförallt med utgångspunkt av gällande lagstiftning och författningar samt utifrån bestämmelser i Knivsta kommun.

Genom analysen och bedömningen identifieras ett antal åtgärds punkter i verksamheten som behöver åtgärdas, dessa redovisas längst bak i rapporten. Verksamheten ska sedan ta fram en plan för hur punkterna ska åtgärdas. Två månader efter att rapporten har redovisats i

---

<sup>1</sup> Socialtjänstlagen anger i 1 kap 3 §; Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.

För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. *Lag (2009:596)*.

<sup>2</sup> Samlingsbenämning för lagar, förordningar och föreskrifter.



socialnämnden ska verksamheten redovisa åtgärdsplanen för nämnden, muntligen och skriftligen. Socialnämnden beslutar då ifall åtgärdsplanen är godkänd.

Enheten för socialpsykiatri boendestöd arbetar med att stödja brukarna till att stärka och utveckla sina egna förmågor, hjälpa till att skapa trygghet och struktur i brukarens vardag samt stödja brukaren till att få ett mer självständigt och aktivt deltagande i samhället. Målgruppen för enheten är vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller missbruk/beroendeproblematik och insatsen boendestöd ges utifrån ett biståndsbeslut. Boendestödjaren stödjer brukaren både i och utanför brukarens hem för att denne ska kunna leva ett fungerande liv i eget boende.

Personalgruppen består av 7 årsarbetare fördelat på åtta personer, en enhetschef på 50 % samt en samordnare på 30 %. Verksamheten bedrivs måndag till fredag mellan klockan 7:30 och 20:15 och även på röda vardagar. Verksamheten är tillgänglig via telefon under arbetstiderna och har under resterande dygnstid en telefonsvarare till förfogade för brukarna där de kan lämna meddelande. Verksamheten är lokaliserad på Kapellvägen 4.

## **5. Analys och bedömning**

I detta avsnitt redovisas den analys och bedömning som gjorts utifrån vad som framkommit vid intervjuerna samt genom granskning av inskickad dokumentation.

### **Fördjupad uppföljning**

#### **Förhållningssätt, arbetssätt och metoder**

Verksamheten arbetar för att skapa trygghet för brukaren och för att denne ska bli säkrare på sig själv och sin egen kapacitet. Genom stöd dagligen eller näst intill får brukaren sitt behov tillgodosett. Stödet kan pågå under flera år beroende på vilken problematik som finns, men boendestödjaren strävar för att ”arbeta bort sig själv” och få brukaren att bli säker på sin egen förmåga.

Då boendestödjaren främst arbetar i brukarens hem ligger fokus på respekt och bra bemötande. Brukaren behöver känna förtroende för boendestödjaren det ska gå att utföra insatsen. Det handlar mycket om att lyssna in och arbeta i den takt brukaren tillåter.

Andra väsentliga delar i arbetet är brukarens delaktighet och självbestämmande.

Bedömningen är att socialpsykiatri boendestöd arbetar i enighet med socialtjänstens riktlinjer för socialpsykiatri då verksamheten utgör ett pedagogiskt och psykosocialt stöd i brukarnas hem och närmiljö med målsättningen att den enskilde ska få en förbättrad psykisk hälsa och ökad livskvalitet. Att de bidrar till ökad möjlighet för brukaren att bo kvar i den egna bostaden trots sin funktionsnedsättning och att brukaren får en reell möjlighet till en socialt fungerande livssituation samt stöd att bryta sin isolering<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Socialtjänstlagen (SoL) 4 kap 1 §

Varje boendestödjare har ett antal brukare som de arbetar med och brukarna har direktnummer till sin boendestödjare. Tidigare ansvarade boendestöd även för vissa av brukarnas värdehandlingar och hade nyckel hem till brukaren. Detta är något som enheten har slutat med eftersom deras uppdrag inte är att "ta hand om" utan enbart att stödja brukaren.

Enheten för socialpsykiatri boendestöd har en verksamhetsplan. Verksamheten har i verksamhetsplanen tagit fram egna åtaganden utifrån socialnämndens och förvaltningens satta mål och åtaganden. Verksamheten använder även kvalitetsdeklarationen för enheten i sitt arbete för att kunna påvisa vad brukaren kan förvänta sig av dem.

Personalgruppen uppfattas som en stabil grupp som verkar tillfreds med sitt arbete och som tillsammans arbetar för att hitta bra lösningar och metoder för att stödja sina brukare på bästa sätt. Medarbetarna beskriver även att de pratar och stödjer varandra kring situationer som uppstår.

Verksamheten har två former av extern handledning, en processhandledning och en metodhandledning. Båda handledningarna genomförs en gång i månaden vilket beskrivs som precis tillräckligt av medarbetarna. Tidigare hade enheten handledning var tredje vecka men då ansåg gruppen att handledningen tog för mycket tid.

Verksamheten har även en introduktion för nyanställd personal och alla nyanställda tilldelas en fadder som bidrar till trygghet och kontinuitet för både medarbetare och brukare.

Verksamheten arbetar med egenkontroll kontinuerligt och medarbetarna tilldelas utifrån en bestämd lista vilka områden som de ska kontrollera och vid vilket tillfälle. Egenkontrollens områden handlar bland annat om redovisning av avvikelser, journalgranskning och anhörigstöd. Genom egenkontrollen kontrollerar personalgruppen således både varandra och verksamheten.

Verksamhetens rutiner är uppdaterade och det är chef och samordnare som har ansvar för att de ska vara giltiga. Personalgruppen vet vart man hittar de rutiner som finns och de känner väl till befintliga arbetsrutiner och har byggt upp sitt arbete utifrån dessa.

Det framgår vid intervjuerna att vissa rutiner enbart är muntliga och finns inte nedskrivna. Anledningen till att de inte är nedskrivna är att det ser så olika ut beroende på brukare och brukarens behov av stöd. Detta kan dock innebära att vissa brukare får insatser som andra med likartade behov inte får pga. att uppdraget tolkats olika. Det kan också leda till oklarheter för hur en insats ska utföras när någon ny anställs. Detta är dock inget som hittills verkar ha lett till problem för verksamheten. En rekommendation är dock att enheten tar fram rutiner eller checklistor som beskriver den övergripande gången för insatser som förekommer på daglig basis hemma hos brukaren.

På enhetens morgonmöten, veckomöten samt och arbetsplatsträffar lyfter gruppen händelser som inträffat, frågor problem som uppstår samt kommande aktiviteter och besök. Gruppen beskriver att de har en öppen kommunikation, ett gott samarbete och att de stöttar varandra

vid behov. Chefen är ofta närvarande på veckomötena och är alltid närvarande på APT. Överlag anser medarbetarna att chefen är närvarande och stödjande i deras arbete tillsammans med samordnaren och medarbetarna anser att samarbetet mellan dem, chefen och samordnaren fungerar bra. Samordnaren utgör en central roll i arbetsgruppen och stödjer både chefen och medarbetarna.

Enheten arbetar förebyggande med hot och våld och för varje ny brukare så genomförs en riskanalys gällande hot och våld och annat som kan förekomma. Ifall hot och/eller våld inträffat hemma hos eller med en brukare delges det alltid i gruppen som tillsammans avgör hur arbetet med brukaren ska fortgå, samt avgör ifall behov av att framöver vara två som går till brukaren som en säkerhetsåtgärd finns. Under intervjun med medarbetarna beskriver de att det "är viktigt att alltid vara lyhörd och på sin vakt under mötet med brukaren för att i tid kunna upptäcka ett förändrat beteende som kan leda till hot och/eller våld". Personalen uppger att de aldrig går in, eller stannar kvar hos en brukare ifall situationen uppfattas hotfull.

Varje medarbetare som arbetar på boendestöd skriver på en försäkran om tystnadsplikt vid anställning. Sekretess är något som det ofta pratas om inom verksamheten och medarbetare och ledning påtalar vikten av sekretess och tystnadsplikt samt behovet av att kontinuerligt arbeta med dessa frågor för att hålla dem levande inom verksamheten. Brukare inom enheten skriver på en samtyckesblankett som sedan förs in i journalen. I samtyckesblanketten anger brukaren vilka som verksamheten får kontakta och prata med.

När det kommer till arbetsbelastning framkommer det att det periodvis finns inslag av stress. Personalen beskriver dock att situationen är hanterbar eftersom de själva ansvarar och planerar över hur de lägger upp sin tid. De stressiga perioderna uppkommer och påverkas av hur brukarna mår och deras behov av extra stöd. När stressiga perioder uppstår tar medarbetarna hjälp och stöd från varandra. Ifall någon i personalgruppen skulle vara frånvarande har arbetsgruppen täckning för det genom att åtminstone en annan i arbetsgruppen har träffat de andras brukare och kan därmed gå in för kollegan vid frånvaro. Enheten har även ett antal vikarier som är introducerade i verksamheten och som kan hoppa in som boendestödare vid behov.

Verksamheten använder sig av olika metoder och arbetssätt och alla går ut på att sätta brukaren i fokus och vilar på den enskildes integritet och självbestämmande. Metoderna/ arbetssätten som används är:

**ESL** Ett självständigt liv är en socialpedagogisk behandlingsmodell för personer med psykisk funktionsnedsättning. Syftet med insatsen är att ge klienten ökade möjligheter till ett självständigt liv<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/eslettsjolvstandigtliv>

**VOSS** Vård och stödsamordning är en strukturerad samverkansmodell för personer med behov av samordnade insatser från två eller flera huvudmän. Samverkansmodellen skapar förutsättningar att utifrån individens mål och behov kunna erbjuda stabilitet, delaktighet, kontinuitet och struktur i samverkan<sup>5</sup>.

**PYC** Parenting young children är ett föräldrautbildningsprogram där föräldrar med kognitiva svårigheter får stöd i sitt föräldraskap. Syftet med detta föräldrastöd är att stärka och utveckla föräldrarnas förmåga till omvårdnad och samspel med barnet<sup>6</sup>.

**MI** Motiverande samtal (motivational interviewing,) är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser<sup>7</sup>.

## **Dokumentation**

Inom verksamheten dokumenteras relevant information och det som avviker från genomförandeplanen. Dokumentationen utförs alltid i anslutning till mötet med den enskilde och det går aldrig mer än någon dag innan dokumentation utförs. Ifall något avviker från genomförandeplanen dokumenteras det direkt. Om inget särskilt inträffat så dokumenterar verksamheten en gång i veckan en journalanteckning att insatsen utförs enligt plan. Personalen går även in varje morgon och kväll i Siebel för att uppdatera sig på aktuell information. Uppföljningen visar därmed att verksamheten följer socialtjänstlagens rekommendationer<sup>8</sup> samt SOSFS 2014:5<sup>9</sup>.

## **Kompetens**

För att arbeta som boendestödare ska man ha en gymnasieutbildning samt någon form av vidareutbildning inom psykiatri. Vissa av personalen har också högskoleutbildning. Enheten ser gärna att personalgruppen har olika adekvata utbildningar för att kunna vidga gruppens perspektiv. Detta tänker man på vid rekrytering. Alla som arbetar på enheten har adekvat utbildning för uppdraget och arbetar utifrån beslutade metoder. Vid nyanställning eller ifall någon inte har någon av metoderna utbildar personalgruppen sina nya kollegor i beslutade metoder. Under senaste året har även viss kompetensutveckling genomförts för att följa med i utvecklingen kring målgruppen och för att bygga på befintlig kunskap. Kompetensutvecklingen som genomförts består av utbildning i PYC, handledning process och VOSS, drogfokus konferens samt MI inspirationsutbildning.

När det kommer till medarbetarens personliga kompetensutveckling och behov är detta något som det samtalas om på det årliga medarbetarsamtalet med chef. Både medarbetare och ledning beskriver att detta fungerar bra. Det framkommer under intervjuerna att det inte finns en enhetsövergripande kompetensutvecklingsplan som samlar enhetens totala kompetens och kompetensutveckling. Detta är något som rekommenderas till verksamheten för att både

---

<sup>5</sup> <http://www.samverkanstorget.se/sv/Kommun-och-sjukvard>

<sup>6</sup> <http://www.pyc.se/detta-ar-pyc/>

<sup>7</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/motiverandesamtal>

<sup>8</sup> Socialstyrelsens handbok Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten, kap 10

<sup>9</sup> SOSFS 2014:5 beskriver att händelser av vikt ska dokumenteras utan dröjsmål så att inget av vikt förbises.

skapa tydlighet och en översikt av gruppens behov och kunskap, samt för att kunna hålla koll på fördelning av kompetensutveckling.

Verksamheten är medveten om vad som ingår i deras uppdrag och i verksamhetsplanen står följande; ”Utifrån biståndsbeslut ger verksamheten individuellt anpassat stöd till återhämtning och möjliggör för ett självständigt liv, i- och utanför det egna hemmet, till vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller missbruk/beroende”<sup>10</sup>.

### **Riskanalys och klagomålshantering**

Verksamheten samlar in synpunkter och klagomål enligt Knivsta kommuns riktlinjer.

Verksamheten informerar brukaren om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål.

Ibland hjälper de även till med att anteckna ner klagomål eller synpunkter från brukaren. Det förekommer att brukaren inte vill/vågar att boendestödjare ska lämna synpunkten vidare till chef som är den som hanterar verksamhetens synpunkter och klagomål. Personalen försöker alltid motivera brukaren till att få lämna synpunkten vidare. Detta är dock inte alltid så enkelt eftersom det ingår i problematiken för målgruppen som erhåller stöd att inte vilja/våga klaga. För verksamheten är detta en brist eftersom det kan leda till att enheten inte får in det som brukarna är missnöjda med. För att komma åt denna brist funderar personalen på att börja ha med sig synpunktshanteringblanketten i väskan när de är ute hos brukarna så att processen för att lämna in en synpunkt förenklas. Detta är inget som sker vid intervjuens tillfälle.

Verksamhetens förslag låter som ett bra sätt för att förenkla synpunkt- och klagomålsinlämnandet för brukaren och rekommendationen till verksamheten blir därmed att börja med det.

Medarbetarna beskriver att de tillsammans motiverar varandra till att prata och lyfta fram de synpunkter och klagomål som inkommit från brukarna. Detta är inte alltid enkelt men gruppen påminner varandra om att betrakta synpunkter och klagomål som något positivt och som leder till att deras verksamhet utvecklas.

När det kommer till riskanalys är det något som verksamheten genomför med varje ny brukare utifrån dennes fysiska och psykiska situation (där även hot och våld ingår.) Analysen utförs för att kunna uppmärksamma risksituationer innan de inträffar (förebyggande arbete).

Efter det tar boendestödjaren fram en handlingsplan tillsammans med brukaren.

För att ta fram handlingsplaner finns det en särskild mall som boendestödjaren använder sig av. I intervjun med medarbetarna framkommer det dock att mallen inte är optimal utan skulle behöva omarbetas så att det blir enklare att göra den tillsammans med brukaren. En rekommendation blir därför att verksamheten behöver gå igenom handlingsplansmallen för att hur den kan omarbetas och göras mer lätthanterlig att utföra tillsammans med brukare.

Enheten för socialpsykiatri har larm som kan medtas hem till brukare. Detta görs oftast enbart på kvällstid och emellanåt tas larm inte med då heller. Detta innebär att ifall en händelse

---

<sup>10</sup> Verksamhetsplan boendestöd 2016

skulle inträffa när boendestödjaren är ute hos en brukare skulle det bli svårt för boendestödjaren att larma ifall denne inte skulle komma åt sin telefon eller vara kapabel att ringa av någon anledning. Det finns vid intervjun ingen rutin eller checklista för hur enheten ska arbeta med och hantera larm vilket är en brist och något som behöver åtgärdas så snart som möjligt.

Det framgår av uppföljningen att det heller inte finns någon skriftlig rutin för hur personalen ska bete sig vid utsatta situationer exempelvis vid hot och våld. Detta är något som behöver åtgärdas för att tydliggöra gången vid utsatta situationer för medarbetarna i enlighet med AMS 1993:2, 3 § Våld och hot i arbetsmiljön.

Det framkommer också att det heller inte finns någon skriftlig rutin för hur arbetsgruppen håller koll på varandra fullt ut och säkerställer att sina kollegor kommer tillbaka efter ett besök hos en brukare. Det finns muntliga bestämmelser i gruppen att varje boendestödjare ska komma tillbaka till kontoret efter sista dagens besök men det finns ingen tydlig bestämmelse för hur detta säkerställs. Och även fast brukarens initialer skrivs i boendestödjarens kalender samt att boendestödjaren nämner besöket vid morgonmötet, behövs det en tydligare struktur kring vem man besöker, vilket tid, personens riskbedömning för hot etc. då man som boendestödjare inte bara ger stöd till en brukare. Detta är för att säkra personalens trygghet. Bedömningen är att enheten behöver se över och komplettera sina rutiner kring personalens säkerhet vid hembesök för att skapa bättre koll och öka deras säkerhet i enlighet AFS 2001:1, 9 § Riskbedömning, åtgärder och uppföljning, AFS 1993:2, 3 § Våld och hot i arbetsmiljön, samt för att säkerställa att AFS 1993:2, 8 § Våld och hot i arbetsmiljön § efterlevs.

När det kommer till arbetsmiljön framkommer det att enheten för socialpsykiatri boendestöd tycker att den är bra och att det är trivsamt på kontoret. Det enda problem som lyfts fram är att det stundvis kan vara svårt att prata i telefon ostört eftersom de är många på plats samtidigt. Medarbetarna beskriver även att de tycker att de nya arbetstiderna med att arbeta mån-fre är positivt.

När det kommer till arbetet i hemmen är arbetsmiljön inte alltid lika bra som på kontoret. Beroende på vilka brukare en boendestödjare har så påverkas dennes arbetsmiljö utifrån hur hygieniskt brukaren har hemma. I vissa fall är det så pass illa att vissa hem betraktas som en sanitär olägenhet.

### **Genomförandeplan**

Samtliga brukare har en genomförandeplan. Genomförandeplanen är oftast klar inom två veckor vid uppstart av nytt ärende/ny brukare men det kan ta länge tid beroende på vilken takt brukaren klarar av. Revidering av genomförandeplanen sker minst var tredje månad eller om brukarens behov eller situation förändras. Vid upprättande och revidering av en genomförandeplan är brukaren alltid delaktig.

Som en del av uppföljningen har ett antal genomförandeplaner granskats. Bedömningen är att enheten för socialpsykiatri boendestöd utformar genomförandeplaner i enlighet med SOSFS



2014:<sup>11</sup> och utgår från genomförandeplanens syfte – att det är *hur: et* som beskrivs i genomförandeplanen utifrån biståndsbeslutets *vad*.

Av granskningen framkommer det att det idag inte finns skriftliga rutiner för arbetet med genomförandeplaner. Detta är något som behöver finnas för att tydliggöra hur boendestöd arbetar för att uppnå kvalitet och trygghet för brukaren. Framtagande av en genomförandeplan är också en huvudsaklig del av boendestödjarens arbete och behöver därför beskrivas i enlighet med vård och omsorgs ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete<sup>12</sup>.

Bedömningen blir att verksamheten behöver ta fram en rutin, checklista eller likvärdigt för att försäkra sig om att enhetens genomförandeplaner utformas och genomförs på ett likvärdigt sätt.

### **Systematiskt kvalitetsarbete**

Vård och omsorgskontoret i Knivsta kommun har ett gemensamt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet färdigställdes 2014 och en revidering har skett i december 2015. Uppföljningen visar att enheten för socialpsykiatri boendestöd kontinuerligt bedriver sitt arbete utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, och arbetar för att kvalitén i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras i enlighet med socialtjänstlagen och lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade.<sup>13</sup> Samordnaren har tillsammans med chefen huvudansvaret för kvalitetsarbetet men det framkommer från bägge intervjuer att även medarbetarna är delaktiga och känner ansvar i det systematiska arbetet. Detta går hand i hand med socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem<sup>14</sup> där det står att personalen ska vara delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet.

Enheten för socialpsykiatri boendestöd har i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tagit fram en kvalitetsdeklaration för att på ett enkelt sätt kunna redogöra för brukarna om vad de kan förvänta sig av enheten. Kvalitetsdeklaration är ett levande instrument som verksamheten använder sig av genom att personalen informerar och delar ut den till enhetens nya brukare. Medarbetarna på enheten har också god kännedom om kvalitetsdeklarationens innehåll. Enheten använder sig också av både brukarenkäter och har brukarråd för att ta in brukarnas åsikter och utvecklingsområden inom verksamheten. Det framkommer dock av uppföljningen att kvalitetsdeklarationen för enheten i nuläget inte är fullt uppdaterad eftersom enhetens arbetstider har förändrats under 2016. Detta är något som behöver åtgärdas så fort som möjligt eftersom den används i det dagliga arbetet och kan skapa både frustration och förvirring för brukaren. Bedömningen blir därmed att verksamheten behöver revidera sin kvalitetsdeklaration så att det överensstämmer med nuläget. Under intervjuerna framkommer det att enheten är medvetna om att detta behöver åtgärdas.

### **Brukarenkäten**

---

<sup>11</sup> 11 kap. 5 § SoL eller 21 a § LSS

<sup>12</sup> Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vård och omsorg Knivsta kommun kap 2.

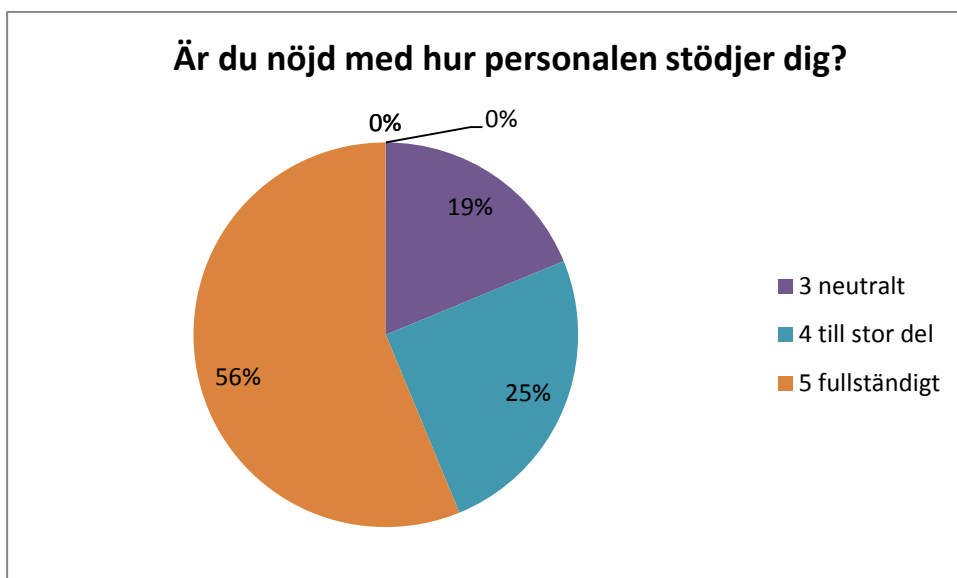
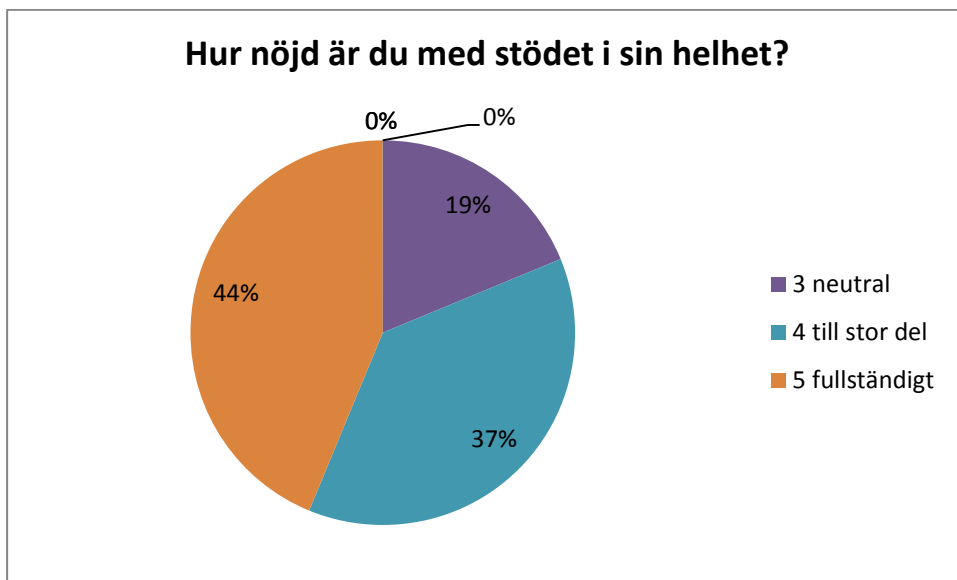
<sup>13</sup> 3 Kap. 3§ SoL och 6§ LSS.

<sup>14</sup> SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 6 kap 1-3 §§

Enheten för boendestöd följer upp sin brukarnöjdhet genom att dela ut brukarenkäter till sina brukare en gång per termin. Den senaste delade verksamheten ut under höstterminen 2016 och en tolkning av innehållet redovisas i korta drag här.

Verksamheten delade ut enkäten till 33 personer och fick in 16 stycken svar vilket innebär en svarsfrekvens på 48,5 procent. På frågan hur nöjd är du med stödet i sin helhet och är du nöjd med hur personalen stödjer dig visar det sig att 81 procent av brukarna som besvarat är fullständigt nöjda eller nöjda till stor del. Detta indikerar att majoriteten av boendestöds brukare känner att de är nöjda men det stöd som de får av boendestöd och att stöttningen verkar fungera väl.

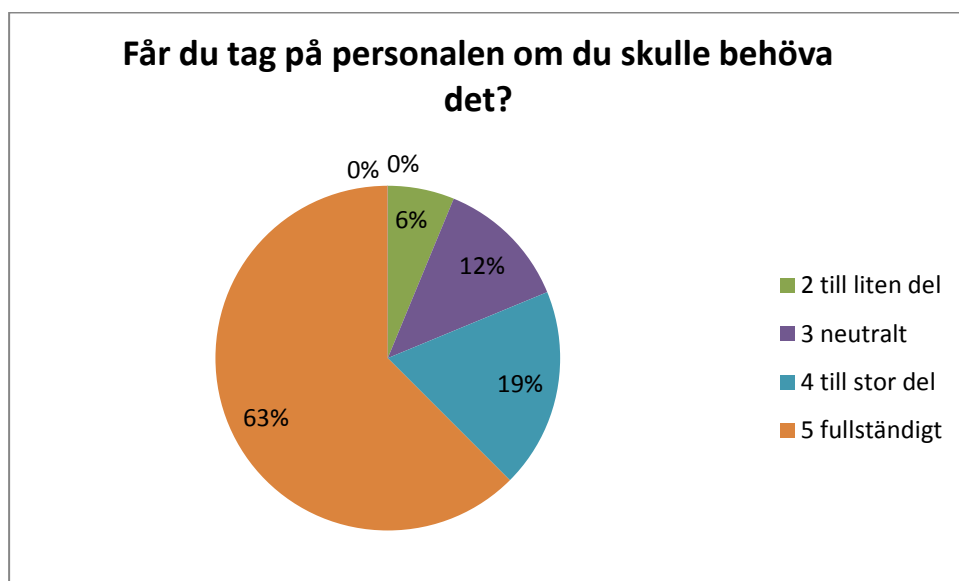
Se tabeller nedan:





Enkäten visar även att brukarna känner sig trygga med sin boendestödjare, att de får tillräckligt med information samt att de känner att de bemöts på ett trevligt sätt och med respekt. Hela 88 procent har skattat att boendestöd fullständigt bemöter dem på ett trevligt sätt och med respekt.

På frågan om brukaren får tag på sin boendestödjare när känner att de behöver det framkommer det att majoriteten (82 %) anser att de får det fullt ut vilket innebär 13 av 16 personer. 12 procent (två personer) har svarat neutralt på frågan ifall de får tag på sin boendestödjare vid behov, och en person (6 %) har svarat till liten del.



Resultatet från enkäten visar att brukarna som besvarat den överlag är nöjda med det boendestöd som de får och att verksamheten fungerar och uppskattas av målgruppen. Det hade varit önskvärt att fler brukare hade besvarat enkäten än de 48,5 procent som gjorde det. Dock i och med att det är en utmaning att inhämta åsikter från boendestöds målgrupp får verksamheten godta resultatet och vara tacksamma för att de fått ett resultat, och att det indikerar att boendestöds brukare uppskattar den hjälp och det stöd som de får.

## Styrkor

Socialpsykiatri boendestöd är en fungerande verksamhet med ett tydligt brukarfokus.

Verksamheten har en stabil arbetsgrupp som vågar lyfta och prata om problem och händelser. Personalgruppen stöder varandra i situationer som uppstår och går in och hjälper varandra vid behov.

Verksamheten har en fungerande plan vid frånvaro och det finns både kollegor och vikarier som kan gå in och täcka upp för en boendestödjare vid behov.

Verksamheten har även en genomarbetad introduktion till nyanställda och nya medarbetare tilldelas en fadder som kan stödja dem i arbetet.

Verksamheten utgör ett pedagogiskt och psykosocialt stöd till brukarna utifrån målsättningen att den enskilde ska få en ökad psykisk hälsa, livskvalitet, möjlighet att bo hemma, möjlighet till en socialt fungerande livssituation samt stöd att bryta sin isolering.

Verksamhetens chef är närvarande och leder verksamheten tillsammans med samordnare på ett sätt som uppskattas av medarbetarna.

Verksamheten arbetar systematiskt med ledningssystemet och utför både brukarenkäter och har ett väl fungerande brukarråd. De utför även egenkontroller och följer upp sin verksamhet. Verksamheten använder kvalitetsdeklarationen i sitt dagliga arbete och har gjort den till en del av sitt arbetssätt.

Verksamheten har också en fungerande gång för synpunkter och klagomål och utgår från Knivsta kommuns riktlinjer.

## **Fördjupad uppföljning avseende kommunal hälso- och sjukvård**

Kontinuerligt genomförs fördjupade uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet i varje verksamhetsområde. Det gäller såväl hälso- och sjukvårdsverksamhet i egen regi som hos privata utförare. Uppföljningsområden omfattar utförare inom äldreomsorgen, inom verksamheter för stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och inom den kommunala psykiatrin, dvs. socialpsykiatri. Brukare med insatser från socialpsykiatrin har ett varierat stödbehov av flera områden så som sociala behov (exempelvis boende, boendestöd, sysselsättning och social rehabilitering), behov som avser försörjning samt psykiatriska och somatiska vårdbehov. Kommunen ansvarar för att samordna brukarens insatser från olika verksamheter och aktörer. Inom socialpsykiatrin handläggs personer mellan 17 till 64 års ålder. Det är den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) som har huvudansvaret för kvalitetsuppföljning avseende lagstiftning och ingångna samverkansavtal för hälso- och sjukvård.

Vid den fördjupade uppföljningen har intervjuer genomförts med ledning och personal enligt standardiserad checklista. Den medicinskt ansvarig sjuksköterskan har granskat följande områden:

- Kontakt med läkare och/eller legitimerad personal vid förändrat hälsotillstånd
- Samordning av vård- och omsorgsbehov
- Vård- och omsorgsplanering vid in- och utskrivning från sjukhus
- Egenvård
- Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Läkemedelshantering
- Vård- och omvårdnad vid diabetes

- Rehabilitering, habilitering och hjälpmedelsförskrivning
- Basala hygienrutiner
- Preventivt arbete gällande fall, trycksår och nutrition
- Tandvårdsstöd och munhälsa
- Vård och omvårdnad vid inkontinens
- Kvalitetsregister
- Tvång- och begränsningsåtgärder
- Avvikelsehantering

Kommunen har ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende, dvs. hemsjukvård, för brukare fyllda 17 år och äldre med ett varaktigt vårdbehov mer än fjorton (> 14) dagar och som inte kan ta sig till vårdcentralens distriktssköterskemottagning. Kommunen är även ansvarig för all hemsjukvård under kvällar, nätter och helger<sup>15</sup>. Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar innefattar vård och omvårdnad, rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Ansvaret omfattar insatser av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Uppsala läns landsting ansvarar för läkarinsatser.

### **Kontakt med läkare och/eller legitimerad personal vid förändrat hälsotillstånd**

Enligt personal finns det muntliga rutiner för att hemsjukvårdens sjuksköterska alltid ska kontaktas vid samtliga frågor som berör området hemsjukvård för brukare *inskrivna i hemsjukvården*. Förändrat hälsotillstånd, akut eller inte, var inte kriterier för kontakt, utan personal kontaktade tjänstgörande sjuksköterska vid alla frågor gällande omvårdnad och vård. Personal och ledning hade god kännedom om vilka brukare som erhöll insatser från hemsjukvården.

Kontakten med kommunens arbetsterapeut var god och både personal och ledning beskrev ett gott samarbete. Men lokala skriftliga rutiner för arbetsterapeutens och fysioterapeutens ansvarsområden och deras kontaktuppgifter saknades.

Ledningen uppgav en oro för att personal inte längre skulle kunna kontakta hemsjukvården i frågor som berörde brukare som *inte* var inskrivna i kommunens hemsjukvård. De uppgav att de länsövergripande riktlinjerna Vård i Samverkan (ViS) var otydliga och ingen av personalen kände till dokumentet om ansvarsfördelning mellan primärvården och kommunen.

I verksamheten finns skriftliga lokala rutiner för telefonkontakt med sjuksköterska i hemsjukvården i akuta situationer och under jourtid. Rutinen innehåller dock otillräcklig information om vad som ingår i begreppet *att kalla på sjuksköterska vid förändrat hälsotillstånd*. Det saknas också information om när brukarens vårdcentral (distriktssköterska/läkare) ska kontaktas men även felaktiga kontaktuppgifter till hemsjukvårdens sjuksköterska.

Ledningen beskrev att det inte fanns någon arbetsrutin för *när* och *i vilka situationer* kontakt ska ske med vårdcentral under dagtid för brukare som själv kan ta sig till distriktssköterskemottagningen. Enligt ledningen fanns den informationen i brukarens sociala

---

<sup>15</sup> VIS Ansvarsfördelning gällande hemsjukvård i ordinärt boende ÄDEL (Vård i samverkan kommun – landsting)

journal. Ingen av personal eller ledning beskrev att hemsjukvården är ansvarig för hälso- och sjukvårdsinsatser för samtliga brukare 17 år och äldre vid *akuta* larm dygnet runt.

Den skriftliga arbetsrutinen för kontakt med läkare och/eller legitimerad personal vid förändrat hälsotillstånd behöver justeras och kompletteras. Rutinerna behöver innehålla uppgifter vad som ingår i begreppet *förändrat hälsotillstånd*, *akuta situationer* och *risk för allvarliga avvikelser*. Även brukaren behöver erhålla skriftligt material om hur och vem som skall kontaktas vid behov av hälso- och sjukvård. Landstinget är ansvarigt för all vård och behandling till personer som är tillfälligt sjuka och kan besöka primärvården. Vid händelser av akut karaktär, som påverkar individens hälsotillstånd, och där det krävs en snabb medicinsk bedömning, ansvarar alltid hemsjukvårdens sjuksköterska. Vid livshotande larm skall personal omedelbart kontakta SOS Alarm (112). Detta behöver både ledning och personal känna till.

### **Samordning av vård- och omsorgsbehov**

Kommunens socialpsykiatri har ett ansvar för att samordna brukarens insatser från olika verksamheter och aktörer. För att tillgodose brukarens samtliga behov ska en samordnad individuell plan upprättas (SIP) enligt länsövergripande riktlinjer (ViS). Upprättande av en SIP kräver informerat samtycke av brukaren. Brukare kan ha kontakt med många olika aktörer inom hälso- och sjukvården, exempelvis öppenvårdpsykiatri, Hälsa- och habilitering<sup>16</sup>, primärvårdens vårdcentral, psykiatrisk specialistvård, mobila teamet och hemsjukvård. För att känna till och samordna alla aktörer i en SIP krävs även lokala skriftliga rutiner inom socialpsykiatri för dessa kontaktvägar och deras respektive ansvarsområden. Enligt ledning har samtliga brukare en upprättad SIP, alternativt vårdplan.

### **Vård- och omsorgsplanering vid in- och utskrivning från sjukhus**

Ledningen beskrev att det inte längre gjordes några vårdplaneringar för utskrivningsklara brukare på Akademiska sjukhuset eftersom personer inom socialpsykiatri inte fortsättningsvis kommer att erhålla insatser av hemsjukvårdens sjuksköterska. Det berättades att flera kontaktpersoner hade deltagit i vårdplanering med sjukhuset tidigare, via kommunens videokonferensutrustning, tillsammans med biståndshandläggare och sjuksköterska från hemsjukvården. Ledningen beskrev vidare att ViS kriterier för *när* brukaren kunde erhålla hemsjukvård och rehabilitering av kommunen upplevedes som otydlig.

Enligt kommunens riktlinjer för vård- och omsorgsplanering vid utskrivning från landstingets slutenvård (SN-2016/166, version 2) sker detta för att koordinera insatser mellan hemtjänst, hemsjukvård, rehabilitering, primärvård och eventuell slutenvård. Brukare inom socialpsykiatri har oftast hjälp med hälso- och sjukvårdsinsatser av landstinget men inte av kommunens hemsjukvård. För att förbättra informationsöverföringen mellan involverade aktörer i vård- och omsorgskedjan (landstinget – socialpsykiatri) behöver vårdplanering med videoutrustning ske även vid utskrivning från slutenvårdens psykiatri tillsammans med

---

<sup>16</sup> Hälsa och habilitering erbjuder vård för personer med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning. Verksamhetens uppgift är även att vara ett stöd för primärvården i länet (Rehabilitering och habilitering i samverkan, Vård i samverkan [ViS])

biståndshandläggare, brukare och brukarens kontaktperson, även om inte kriterier för hemsjukvård uppfylls.

### **Egenvård**

Både personal och ledning känner till att det finns en nyupprättad riktlinje för egenvård men är osäker på innehållet och hur arbetet ska utföras praktiskt. Personal uppger också att de inte känner till egenvårdsblanketten.

Kunskap om egenvård samt hur planering, beslut och dokumentation ska genomföras, saknas i verksamheten. Ett beslut om egenvård är en hälso- och sjukvårdsuppgift som legitimerad yrkesutövare bedömt inom sitt ansvarsområde, att en person kan utföra själv eller med hjälp av någon annan. Egenvårdsbeslut omfattas inte av hälso- och sjukvårdslagstiftning utan är en *social insats* ifall brukaren behöver hjälp av personal. Om inte brukarens *egna vård* kan utföras patientsäkert – av sig själv eller med hjälp av andra – ska hälso- och sjukvårdsuppgifter inom hemsjukvårdens ansvarsområde utföras av legitimerad personal eller delegeras till omsorgspersonal. Inom socialtjänst ska även fastställda rutiner för samarbetet med primärvården i samband med egenvård finnas.

### **Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter**

Både ledning och personal kände väl till kommunens riktlinjer för delegering. De beskrev vilka förberedande uppgifter som omsorgspersonal behövde genomföra (e-utbildning, kommunens utbildningsmaterial med tillhörande kunskapstest samt föreläsning med sjuksköterska) för att erhålla delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Ingen av personalen uppehöll delegering för insulinhantering. Inom verksamheten var det i övrigt få brukare som erhåll hemsjukvård. För flertalet var det landstingets öppenvård som ansvarade för hälso- och sjukvårdsinsatserna.

### **Läkemedelshantering**

Brukare som erhöll hjälp med läkemedelshantering av hemsjukvården, förvarade sina läkemedel, recept och signeringslistor inlåsta i medicinskåp i sitt hem. Det var enbart personal med delegering som erhöll nycklar till dessa skåp. Vid händelser där brukaren var i behov av läkemedel vid behov, kontaktades alltid tjänstgörande sjuksköterska i hemsjukvården. Ingen brukare erhöll hjälp av hemsjukvården för hantering av diabetes och tillhörande medicinering.

### **Vård och omvårdnad vid diabetes**

Se rubrik *Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter* och *Läkemedelshantering*.

### **Rehabilitering, habilitering och hjälpmedelsförskrivning**

I verksamheten förekommer individuellt förskrivna hjälpmedel. Mestadels förskrivs kognitiva hjälpmedel men också hjälpmedel för att kompensera för somatiska funktionsnedsättningar. Utöver det finns individuellt förskrivna hjälpmedel för att lindra oro, ångest, sömnsvårigheter

och för att underlätta sin egen medicinhantering. Kommunens arbetsterapeut ansvarar för instruktion och handledning till både brukare, personal och anhörig. Vid förskrivning av mer avancerade hjälpmedel undervisar arbetsterapeuten varje enskild medarbetare istället för i grupp. Verksamheten bjuder också in kommunens arbetsterapeut till arbetsplatsträffar för att erhålla information om olika typer av hjälpmedel.

Ledningen beskrev att det många gånger var otydligt gällande ansvarsfördelning för förskrivning av hjälpmedel. Det kunde vara olika aktörer i vårdkedjan som förskrev hjälpmedel vilket upplevedes förvirrande för både personal och ledning.

Kommunen är ansvarig för förskrivning av hjälpmedel för personer från och med 21 års ålder. För brukare inskrivna på Hälsa- och habiliteringen eller inom öppenvårdspsykiatri, sker förskrivning av hjälpmedel även därifrån. Enligt länsövergripande riktlinjer<sup>17</sup> har landstinget och kommunens verksamheter ansvar för att samordna insatserna och vid behov erbjuda den enskilde en SIP. Landstinget ansvarar för specialiserad rehabiliterande vård, både inom slutenvård och öppenvård. Inom den specialiserade vården finns tillgång till läkare, arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist, logoped och kurator. Kommunen ansvarar för rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning till hemmet och det särskilda boendet. För förskrivning av hjälpmedel till brukarens arbetsplats bidrar arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan till brukarens behov.

I kommunen finns en riktlinje gällande ansvarsfördelning vid förskrivning av hjälpmedel. Men det saknas en riktlinje som beskriver kommunens rehabiliteringsansvar. Inom socialpsykiatri saknas en lokal skriftlig rutin med ansvarsområde och aktuella kontaktuppgifter till de aktörer i vårdkedjan som förskriver hjälpmedel till brukaren och utför rehabiliterande insatser.

### **Basala hygienrutiner**

Varje medarbetare har en varsin ryggsäck med skyddsutrustning för att upprätthålla basala hygienrutiner och för att förhindra smittspridning. Den innehåller handsprit, platsförkläden och platshandskar samt skoskydd. Personalen använder inte arbetskläder och medarbetarens privata kläder tvättas inte på arbetsplatsen. Om behov uppstår finns det möjlighet att byta om och tvätta privata kläder på arbetsplatsen.

Egenvårdskontroll för följsamhet till basala hygienrutiner genomförs ibland men det finns inga rutiner för när, hur och på vilket sätt dessa ska genomföras. Det finns inga skriftliga rutiner för handlingsberedskap vid utbrott av smitta, exempelvis magsjuka, vinterkräksjuka, influensa, resistenta bakterier etc. men verksamheten följer riktlinjer. Ledningen uppger att man identifierat ett problemområde gällande skadedjur i brukarens bostad och att det saknas rutiner för att upprätthålla basala hygienrutiner i samband med det.

Verksamheten tillämpar inte kommunens riktlinje för basala hygienrutiner för vård och omsorg. Utsett och namngiven hygienombud, arbetskläder, informationspärm med nödvändig information från Vårdhygien och kontaktuppgifter samt skriftliga rutiner för genomförande av

---

<sup>17</sup> ViS Rehabilitering och habilitering i samverkan, Vård i samverkan [ViS]

e-utbildning för samtlig personal saknas. Kommunens övergripande riktlinje för basala hygienrutiner i vård och omsorg behöver implementeras i verksamheten.

### **Preventivt arbete gällande fall, trycksår och nutrition**

Enligt ledning sker det preventiva arbetet för att förhindra undernäring i samråd med Hälsa- och habilitering. Inom landstinget finns tillgång till dietist och sjuksköterska som kan bistå brukare och verksamhet/kontaktperson med nödvändiga insatser för ett långsiktigt förebyggande av malnutrition. När det gäller fallförebyggande åtgärder finns inget systematiskt arbete för att identifiera brukare i riskzonen utan kommunens hemsjukvård kontaktas akut vid händelse av fallolycka.

I verksamheten finns i stort sett enbart riskanalyser avseende arbetsmiljö men inte för brukare. En skriftlig rutin för handlingsberedskap vid självmordsmeddelande är upprättad men handlingsplanen saknar viktig information om att medicinskt ansvarig ska kontaktas då händelser av försök till, och utfört självmord ska anmälas till Inspektion för vård och omsorg (SOSFS 2005:28).

### **Tandvårdsstöd och munhälsa**

Personal uppgav att de tidigare erhöll utbildning inom mun- och tandhälsa men att detta område inte längre ingick i deras ansvarsområde. Ledningen beskrev att det fanns ett behov av kompetenshöjande insatser för personal med anledning av risker vid försämrad munhälsa. Man beskrev att många har läkemedel och som påverkar tandstatus på ett negativt sätt, vilket kan få konsekvenser för brukarens nutritionsstatus.

Enligt gällande tandvårdslagstiftning kan brukare med stort och långvarigt behov av personlig omvårdnad erhålla särskild hjälp vid tandvård i det egna hemmet. Landstinget tillhandahåller då utbildning inom mun- och tandhälsa för personal. Brukaren ska också tillfrågas och erbjudas årlig munhälsobedömning av tandhygienist. Detta behöver koordineras med kontaktpersonen, biståndshandläggaren och landstinget. I verksamheten fanns det många brukare som erhållit nödvändigt tandvårdsstöd (N-intyg) enligt ledning. Men rutiner för att erbjuda brukaren en årlig munhälsobedömning samt att personal erhöll årlig tand- och munvårdsutbildning saknades.

### **Vård och omvårdnad vid inkontinens**

Ingen beställning av inkontinenshjälpmedel sker inom verksamheten och ingen förskrivning sker inom kommunens hemsjukvård.

### **Kvalitetsregister**

Som ett led i det nationella förbättrings- och utvecklingsarbetet inom den psykiatriska vården i Sverige finns det möjlighet att använda nationella kvalitetsregister. Inom kommunens verksamhet förekommer inga nationella kvalitetsregister.

### **Tvång – och begränsningsåtgärder**



Kommunens riktlinjer för tvång- och begränsningsåtgärder var känd av både ledning och personal. Ingen av personalen kände till kommunens standardiserade checklista för riskanalys vid händelser där tvång och begränsningar kan förekomma. Ledningen uppgav att inga begränsningsåtgärder förekom i verksamheten.

### **Avvikelsehantering**

Verksamheten följer kommunens riktlinjer för avvikelsehantering inom hälso- och sjukvård. Ledningen beskrev att det inte fanns kommunövergripande arbetsrutiner och system för att rapportera avvikelser av sociala insatser (socialtjänstlagen [SoL]). Man beskrev att det fanns en risk att avvikelser av sociala insatserna kunde ha en påverkan på brukarens allmäntillstånd vilket gjorde det viktigt att fånga upp dessa avvikelser. Det saknades ett systematiskt och strukturerat arbetssätt för att rapportera avvikelser inom socialtjänstens område. Ledningen beskrev att de önskade en utveckling inom detta område.

## **6. Åtgärds punkter avseende utförande av socialtjänst**

Bedömningen utifrån den fördjupade uppföljningen på enheten för boendestöd socialpsykiatri är att verksamheten fungerar bra men att det finns ett antal punkter som behöver åtgärdas. Dessa åtgärds punkter redovisas nedan.

### **Åtgärds punkter/utvecklingsområden**

- **Rutiner och hantering kring medarbetarnas säkerhet**

Enheten för socialpsykiatri boendestöd behöver ta fram skriftliga rutiner för att säkerhetsställa personalens säkerhet.

1. En rutin för hur enheten ska arbeta med och hantera larm för att öka personalens säkerhet.
2. En rutin för hur personalen ska agera vid utsatta situationer exempelvis vid hot och våld.
3. En rutin kopplat till en form av struktur för att skapa vetenskap över kollegornas hembesök och om var och hos vem de befinner sig, när de beräknas återvända, kopplat till riskbedömning av brukaren etc. för att säkra personalens trygghet

- **Struktur för genomförandeplan**

Enheten för boendestöd socialpsykiatri behöver ta fram en rutin, checklista eller likvärdigt för att säkerställa att enhetens genomförandeplaner som är en huvudsaklig del av boendestödarens arbete utformas och genomförs på ett likvärdigt sätt i enlighet med vård och omsorgs ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vård och omsorg Knivsta kommun kap 2.



- **Revidera kvalitetsdeklaration**

Enheten för socialpsykiatri boendestöd behöver revidera sin kvalitetsdeklaration så att innehållet i den fullt ut beskriver vad brukarna kan förvänta sig av verksamheten.

## **Åtgärds punkter/utvecklingsområden avseende kommunal hälso- och sjukvård**

Inga specifika utbildningsinsatser inom hälso- och sjukvård har genomförts i verksamheten. Ledningen beskrev att det fanns ett behov av att implementera rutiner för tand- och munhälsa. Man önskade även en utveckling av avvikelshantering för sociala insatser eftersom dessa avvikelser kunde ha en påverkan på brukarens hälso- och sjukvårdstillstånd.

Bedömningen är att verksamheten behöver utveckla ett antal områden. Dels för att förbättra kvalitén och samordning samt för bättre följsamhet till lagstiftning. Följande åtgärds punkter behöver genomföras i verksamheten.

- Skriftlig rutin för kontakt med läkare och/eller legitimerad personal vid förändrat hälsotillstånd behöver upprättas. Rutinen ska innehålla uppgifter om vad som ingår i begreppet *förändrat hälsotillstånd, akuta situationer* och *risk för allvarliga avvikelser*. Dokumentet behöver också innehålla *aktuella kontaktuppgifter* samt *när och i vilka situationer* kontakt ska ske med vårdcentral. Rutinen ska göras väl känd bland all personal och ingå i introduktionsutbildning för nyanställda. Även brukaren behöver erhålla skriftligt material om hur och vem som ska kontaktas vid behov av hälso- och sjukvård.
- Länsövergripande riktlinjer för ansvarsfördelning gällande hemsjukvård i ordinärt boende ÄDEL behöver göras känd för både ledning och personal.
- Skriftlig rutin för samordning av vård och omsorg, och för initiering av SIP, behöver upprättas i verksamheten. Rutinen behöver innehålla information om ansvarsområde för respektive aktör inom Uppsala läns landsting och deras kontaktuppgifter.
- Kommunens riktlinjer för vård- och omsorgsplanering vid in- och utskrivning mellan landstingets slutenvård och kommunal vård och omsorg (SN-2016/166) behöver implementeras i verksamheten i samråd med myndighet. Verksamheten behöver upprätta lokala rutiner för att genomföra vård- och omsorgsplanering vid utskrivning från sjukhuset psykiatriska och somatiska mottagningar. Förberedande planering behöver genomföras tillsammans med nödvändiga aktörer i vård- och omsorgskedjan, även om inte kriterier för hemsjukvård uppfylls.
- Kommunens riktlinje för egenvård och tillhörande blankett för egenvårdsbeslut behöver implementeras och göras känd för ledning och personal. Verksamheten

behöver också upprätta rutiner för samarbetet med primärvården i samband med egenvård för brukare som inte är inskrivna i kommunens hemsjukvård.

- Riktlinjer för kommunens rehabiliteringsansvar behöver upprättas av kommunens medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Verksamheten socialpsykiatri behöver upprätta en lokal rutin med ansvarsområde och aktuella kontaktuppgifter till de aktörer i vårdkedjan som förskriver hjälpmedel och rehabiliterande insatser.
- Kommunens riktlinjer för basala hygienrutiner behöver implementeras i verksamheten. Hygienombud, arbetskläder, informationspärm med nödvändiga kontaktuppgifter, e-utbildning och standardiserade egenkontroller ska implementeras i verksamheten. Lokal skriftlig rutin för hur verksamheten arbetar med basala hygienrutiner behöver upprättas.
- Verksamheten behöver upprätta en rutin för identifiering och prevention av fall för brukare. Verksamhetens rutin för riskidentifiering och handlingsberedskap vid självmordsmeddelande behöver kompletteras med information om att medicinskt ansvarig ska kontaktas vid försök till, och utfört självmord. Allvarliga händelser ska anmälas till Inspektion för vård och omsorg (SOSFS 2005:28).
- Skriftliga rutiner för brukares årliga munhälsobedömning och landstingets utbildning till omsorgspersonal gällande tand- och munhälsa behöver upprättas och implementeras i verksamheten.
- Kommunens riktlinje för tvång- och begränsningsåtgärder och tillhörande checklista behöver göras känd för ledning och personal.
- Riktlinjer och rutiner för avvikelshantering av sociala insatser behöver utvecklas av kommunens kvalitets- och utvecklingsansvariga.