



## Socialförvaltningen

Kvalitets- och utredningsavdelningen

Sabina Merdanovic, Kvalitetsstrateg

Sophia Lehnberg, MAS

Eva Bjäräng, MAR

# Uppföljning av tillsynsrapporten från juni 2017 gällande verksamheter inom Frösundas regi

**Genomförd uppföljning under september 2017- februari 2018**



## Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| SAMMANFATTNING .....  | 3  |
| 1. INLEDNING.....   | 5  |
| 1.1. Bakgrund.....  | 5  |
| 1.2. Syfte.....   | 5  |
| 1.3. Metod .....  | 5  |
| 1.3.1 Dokumentationsinsamling .....   | 6  |
| 1.3.2 Uppföljningsbesök.....  | 6  |
| 1.3.4 Granskning av HSL.....  | 7  |
| 2. RESULTAT AV UPPFÖLJNINGEN.....   | 8  |
| 2.1 RUTINER OCH RIKTLINJER .....  | 8  |
| 2.2 INTRODUKTION AV NYA MEDARBETARE .....   | 9  |
| 2.3 KOST OCH NÄRING.....  | 10 |
| 2.4 SOCIAL DOKUMENTATION – UPPDATERING AV GENOMFÖRANDEPLANER.....   | 11 |
| 2.5 INFORMATION OCH SAMVERKAN .....   | 11 |
| 2.6 SOCIAL SAMVARO.....   | 13 |
| 2.7 PERSONALOMSÄTTNING .....  | 14 |
| 2.8 UTFÖRANDET AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSINSATSER.....   | 15 |
| 2.8.1 PLANERING AV DELEGERADE INSATSER.....   | 16 |
| 2.8.2 LÄKEMEDELSSKÅP.....   | 18 |
| 2.8.3 BASAL HYGIEN .....  | 18 |
| 2.8.4 SÄKERSTÄLL ATT SAMTLIG PERSONAL HAR KÄNNEDOM OCH MÖJLIGHET ATT NYTTJA INFORMATIONEN<br>SOM FINNS I HSL-HANDBOKEN..... | 19 |
| 2.8.5 AVVIKELSEHANTERING .....  | 19 |
| 2.8.6 SAMVERKAN MED LEGITIMERADE .....  | 20 |



## SAMMANFATTNING

Syftet med uppföljningen har varit att säkerställa om Frösunda vidtagit åtgärder efter genomförd tillsyn i juni 2017 samt påtalade förbättringsåtgärder i september 2017.

Uppföljningen visar att Frösunda inte är helt klar med genomförandet av åtgärderna sedan tillsynen 2017. Det gäller exempelvis implementeringen och genomgången av nya rutiner för ”trygghetsakapande välfärdsteknologi inom vård och omsorg” samt lokalt anpassad introduktionsrutin som medarbetarna kan använda när de introducerar vikarier. Vidare behöver arbetet med kost och näring fortsatt belysas och diskuteras i grupperna för att hjälpa personalen reflektera kring vad som är näringsriktig kost.

När det gäller information och kommunikation har Frösunda arbetat under hösten för att förtydliga former för kommunikation och information med anhöriga/företrädare. Att säkerställa i denna uppföljning om information och samverkan med anhöriga/företrädare fungerar efter vidtagna åtgärder är svårt. Det bygger på att berörda parter är överens om upplägget och känner sig nöjda med den informationen som delgetts. Underlag från anhörigenkäten visar dock att flertalen anhöriga/företrädare är nöjda, men 26 procent av de som besvarat enkäten anser att Frösunda brister i informationsdelgivningen.

Kvalitetsavdelningen har under hösten i tre månader granskat signeringslistor för utförandet av fritidsaktiviteter. Granskningen av aktuella listor och den informationen som framkom vid uppföljningsbesöken i februari visar att brukarna får sina behov av fritidsaktiviteter tillgodosedda.

Uppföljning av personalomsättningen har varit svår att genomföra då Frösunda har haft svårigheter att ta ut rapporter på personalomsättningen utifrån de punkter som kvalitetsavdelningen efterfrågat. Utifrån granskat underlag har vi kunnat se att det finns verksamheter som sticker ut på grund av hög personalomsättning. Tre verksamheter har kvalitetsavdelningen redan en pågående dialog med Frösunda om kring åtgärderna. När det gäller ett par andra av verksamheterna har en stabilitet kunnat vidhållas i verksamheten till följd av den kvarvarande personalen.

Granskning av basal hygien visar att Frösunda behöver fortsätta arbeta med följsamheten av basala hygienrutiner. I samband med uppföljningsbesök följde flertal av personalen inte aktuella rutiner och saknad full kännedom kring allt vad rutinen innebar. Personal redogör att de fått information av Frösundas egen MAS om att det är ok att använda långärmad tröja om man drar upp ärmarna och att handskar ska användas i stor uträkning vilket föranleder att personal använder handskar där de inte bör använda handskar samt att samma handskar används från ett moment till ett annat.

I samband med uppföljningen framkom det att personalen saknade kännedom om HSL handboken. Frösunda saknade återkoppling i sitt underlag till kvalitetsavdelningen på hur ledningen jobbat med aktuell förbättringsåtgärd. Vid besök i verksamheterna visar det sig att viss personal har tillgång och kännedom om HSL-handboken, viss personal har tillgång men inte kännedom om HSL-handboken och viss personal har inte givits tillgång.



Kvarstående brister i samverkan och informationsöverföring med legitimerad personal kan ses på flera enheter och på övergripande nivå. Det är väsentligt att detta samarbete fungerar. Rutiner för informationsöverföring mellan personalen måste förbättras på Laxvägen och Furuvägen innan delegerade HSL-insatser kan återföras till verksamheterna.

Vi ser att ledningen behöver fortsätta att stötta och vägleda personalen i hur de ska bemöta brukare efter visionen ”Kunden i fokus”. Personalen upplever svårigheter att bemöta brukaren efter att denne sagt nej men hjälpbehov kvarstår. Detta för att säkerställa att brukarna får den hjälp och omsorg de har behov av samt att säkerställa att omsorgen kontaktar hälso- och sjukvården när brukarens tillstånd så kräver.

Uppföljning av HSL-signeringslistor visar att dokumentationen blivit bättre. Det finns frågetecken kring varför dokumentationen inte förs i kronologisk ordning vilket borde ske om dokumentationen sker direkt.



## 1. Inledning

### 1.1. Bakgrund

Under juni 2017 genomförde kvalitet- och utredningsavdelningen tillsyner på verksamheter inom Frösunda omsorgs regi (10 gruppboheter och 7 serviceboheter). I samband med tillsynen uppmärksammades förbättringsåtgärder som verksamheterna skulle jobba vidare med. Efter tillsynen i juni 2017 framkom det synpunkter från kommunens legitimerade personal på omsorgen för Frösundas verksamheter. Dessa synpunkter har bifogats som underlag till aktuell uppföljning.

Kvalitetsavdelningen har sedan september 2017 fram till februari 2018 genomfört en uppföljning av Frösundas verksamheter.

### 1.2. Syfte

Syftet med uppföljningen har varit att säkerställa om Frösunda vidtagit åtgärder efter genomförd tillsyn i juni 2017 samt påtalade förbättringsåtgärder i september 2017.

### 1.3. Metod

Efter genomförd tillsyn i juni 2017 ombads verksamheterna vidta åtgärder på de förbättringsområden som framkom. I samband med nämndsammanträde i augusti 2017 ombads kvalitetsavdelningen att inkludera synpunkter som inkommit från HSL organisationen som en del i uppföljningsunderlaget. Den 4 september 2017 ombads Frösunda omsorg inkomma med en handlingsplan för hur verksamheterna skulle jobba med förbättringsåtgärder som uppmärksammats vid tillsynen och som framkommit i synpunkterna från legitimerad personal. Förbättringsåtgärder som delgavs Frösunda september 2017 omfattade följande områden

- utförandet av fritidsaktiviteter
- utförandet av HSL insatser
- samverkan med HSL organisationen
- personalomsättning
- information och kommunikation med anhöriga och brukare

En uppföljningsplan upprättades därefter mellan Frösunda omsorg och kvalitetsavdelningen. Uppföljningsperioden stäcktes sig från oktober till december 2017. Frösunda fick i uppdrag att regelbundet skicka in underlag till kvalitetsavdelningen för granskning. Underlagen omfattade följande:

- utförandet av fritidsaktiviteter (1ggr/v)
- utförandet av delegerade insatser (1ggr/månad)
- underlag på personalomsättning per enhet (1ggr/mån)

Gällande kraven på förbättrad samverkan samt förbättrad kommunikation och information med anhöriga/företrädare fick Frösunda i uppdrag att vidta åtgärder och säkerställa så att information med anhöriga/företrädare samt samverkan med legitimerade fungerade tillfredställande.



Utifrån aktuella krav hade kvalitetsavdelningen månadsavstämningar med Frösundas ledning för att diskutera aktuellt underlag och lämna återkoppling på inkomna uppgifter.

### 1.3.1 Dokumentationsinsamling

Frösunda inkom med en handlingsplan september 2017 på kommunens skrivelse daterat 4 september 2017.

Dokumentationsinsamlingen bestod under hösten av följande:

- Signeringslistor för utförandet av fritidsaktiviteter skickades in till kvalitetsstrateg. Signeringslistor för utförandet av fritidsaktiviteter lämnades in 1ggr/v av samtliga verksamheter för alla berörda brukare. Granskningen pågick under tre månader, från oktober fram till december 2017. Kvalitetsavdelningen gick sedan igenom signeringslistan för aktuell brukare och jämförde med social dokumentation för att säkerställa att brukaren erbjudits minst 3 h fritidsaktivitet per vecka.
- Signeringslistor för utförandet av delegerade insatser från fysioterapeut, arbetsterapeut och sjuksköterska. Signeringslistor för delegerade insatser lämnades in 1ggr/månad av samtliga verksamheter för alla berörda brukare. Granskningen pågick under tre månader, från oktober till december 2017. Analys av signeringslistor genomfördes sedan av kvalitetsavdelningen där respektive signeringslista jämfördes med listor på signaturförtydligande samt mot upprättade avvikelserapporter och utredningar. Detta för att säkerställa att brukaren fick de insatser som legitimerad personal ordinerat. Genom aktuellt underlag kunde också en analys göras om det var delegerad personal som genomförde insatserna, om avvikelser rapporterades av omsorgspersonal och utreddes av verksamhetschefen.
- Frösunda skickade även månadsvis in underlag på personalomsättning och personalkontinuitet. Uppföljningen gäller perioden oktober till december 2017.
- Därutöver skickade Frösunda för aktuella månader in kopia på månadsbrev till anhöriga samt kopia på aktivitetskalendrar.

### 1.3.2 Uppföljningsbesök

Under februari 2018 genomförde avdelningen oannonserade uppföljningsbesök inom några av Frösundas verksamheter. I samband med besöken genomfördes intervjuer med samtlig personal i tjänst. De verksamheter som besöktes var:

- Rimmarevägen
- Hagavägen
- Holgersgatan 5A
- Rörbecksgatan
- Möllegatan
- Furuvägen



- Laxvägen
- Kärreberg
- Högabergsvägen.

Uppföljningsbesök genomfördes av kvalitetsstrateg samt Medicinskt ansvarig sjuksköterska eller Medicinskt ansvarig för rehab.

#### **1.3.4 Granskning av HSL**

Stickprovskontroll av signeringslistor i hemdok samt läkemedelsskåp genomfördes under februari 2018. Granskning genomfördes även av samtliga signeringslistor under september till och med december 2017. Intervjuer med personal vid uppföljningsbesök gällande HSL-insatser.



## 2. Resultat av uppföljningen

Under aktuellt stycke redovisas hur Frösunda omsorg arbetat med påtalade förbättringsåtgärder. Tabellerna som redovisas visar de förbättringsåtgärder som påtalades i samband med tillsynen juni 2017.

De avsnitt där ytterligare åtgärder belystes i skrivelsen till Frösunda, september 2017, har vi valt att benämna som "Krav på förbättringsåtgärd lämnad till Frösunda i september 2017".

Tabellerna redovisar vilka åtgärder respektive enhet skulle jobba med under hösten. Gul färg visar de verksamheter som berörs. Raden under som heter "2018 Rapporterade åtgärder från Frösunda" visar hur verksamheterna har jobbat med åtgärder under hösten 2017 och vilken planering som finns för 2018 för det som inte är åtgärdat. Planerad men ej genomförd åtgärd markeras med gul färg.

Under varje avsnitt finns vår bedömning huruvida Frösundas åtgärder varit tillräckliga eller inte.

### 2.1 Rutiner och riktlinjer

| Namn boende   |         |          |            |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |  |
|---|---------|----------|------------|----------|-----------|---------|--------|--------------|-----------|------------------|-------------------|------------|-------|--------|--------------|-----------|------------|--|
| Krav på förbättringsåtgärder  | Bertev. | Alsinsv. | Lundgrensv | Högaberg | Rimmarev. | Mölleg. | Hågav. | Holgersg. 2E | Kärraberg | Ljungholmsv. 2&A | Ljungholmsv. 30 E | Rörbecksg. | Laxv. | Furuv. | Holgersg. 5A | Berguvsv. | Ornvårksv. |  |
| 2017- Kvalitetsarbete- Säkerställ att alla inom verksamheter känner till befintliga rutiner och riktlinjer        |         |          |            |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |  |
| <b>2018- Rapporterade åtgärder från Frösunda</b>  |         |          |            |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |  |
| 2017- Uppdatera medarbetarna om den nya riktlinjen för "trygghetsskapande välfärdsteknologi inom vård och omsorg" |         |          |            |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |  |
| <b>2018- Rapporterade åtgärder från Frösunda</b>  |         |          |            |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |  |
| 2017 - Säkerställ att samtycke gällande vidtagna skyddsåtgärder dokumenteras                                      |         |          |            |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |  |
| <b>2018- Rapporterade åtgärder från Frösunda</b>  |         |          |            |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |  |

### Åtgärd från Frösunda rapporterat januari 2018

- Genomgång av rutiner på verksamhetsmöten, är en stående punkt på dagordningen. På en del verksamheter får personalen skriva under att de har tagit del av rutinen som ett sätt att säkerställa implementeringen.





- Alla verksamheter har inte arbetat färdigt med genomgången av rutiner, verksamheterna har istället lagt upp en planering för detta under 2018. Dessa verksamheter är fortfarande markerade gula i tabellen.

### Kvalitetsavdelningens uppföljning i februari 2018

Aktuell personal som intervjuades bekräftade att verksamhetschefen skickat ut berörda rutiner till verksamheterna för kännedom samt att dessa hade tagits upp på verksamhetsmöte eller hade planerats in för att diskuteras på nästa verksamhetsmöte. Personalen uppgav dock att det är många rutiner som går igenom på verksamhetsmötet. Då det är mycket information som ska gås igenom är det inte mycket tid till diskussion vad aktuell rutin innebär i praktiken och vilka förändringar det innebär i vardagen. Tiden för att diskutera brukare och dennes behov finns inte alltid på verksamhetsmöten utan det får man ta med kollegor då och då när medarbetare jobbar.

### Bedömning

Frösunda är inte klar med implementeringen och genomgången av aktuella rutiner i alla sina verksamheter. Fortsatt förbättringsarbete kvarstår.

## 2.2 Introduktion av nya medarbetare

| Namn boende                                 | Bertev. | Alsinsv. | Lundgrensv. | Högaberg | Rimmarev. | Mölleg. | Hagav. | Holgersg. 2E | Kärraberg | Ljungholmsv. 28A | Ljungholmsv. 30E | Rörbecksg. | Laxv. | Furu. | Holgersg. 5A | Berguvsv. | Ommvårsv. |
|---|---------|----------|-------------|----------|-----------|---------|--------|--------------|-----------|------------------|------------------|------------|-------|-------|--------------|-----------|-----------|
| 2017 - Anpassa lokal rutin för introduktion |         |          |             |          |           |         |        |              |           |                  |                  |            |       |       |              |           |           |
| 2018- Rapporterade åtgärder från Frösunda   |         |          |             |          |           |         |        |              |           |                  |                  |            |       |       |              |           |           |

### Åtgärd från Frösunda rapporterat januari 2018

- Samtliga enheter återrapporterar att det finns en introduktionsrutin i ledningssystemet.
- Verksamheterna säkerställer i sitt ledningssystem att medarbetare erbjuds 3 pass för breddvidgång.
- Verksamhetscheferna har en checklista som de använder sig av i samband med nyanställningar

### Kvalitetsavdelningens uppföljning i februari 2018

I samband med uppföljningen framkom det att personalen ute i verksamheterna saknade strukturer för när medarbetarna själva introducerade vikarier. Det kunde finnas tillfällen när en vikarie blev introducerad av olika personer, för att säkerställa vad kollegan informerat om behövde man ha en checklista där man bockade av delar som delgetts vikarien. Det fanns



dock verksamheter som hade en tydlig struktur för introduktion som medarbetare använde sig av. Aktuell struktur har dock verksamheterna haft sedan förra utföraren.

## Bedömning

De rapporterade åtgärder som Frösunda uppgett blir missvisande då man inte anpassat en lokal rutin för introduktion av nya medarbetare utan fortsätter hänvisa till den centrala rutinen som finns i ledningssystemet. Ledningen behöver säkerställa strukturerat arbetssätt för sina medarbetare när dessa introducerar vikarier.

## 2.3 Kost och näring

| Namn boende   | Bertev. | Alsinsv. | Lundgrensv. | Högaberg | Rimmarev. | Mölleg. | Hagav. | Holgersg. 2E | Kärraberg | Ljungholmsv. 28A | Ljungholmsv. 30 E | Rörbecksg. | Laxv. | Furuv. | Holgersg. 5A | Berguvsv. | Ormvråksv. |
|---|---------|----------|-------------|----------|-----------|---------|--------|--------------|-----------|------------------|-------------------|------------|-------|--------|--------------|-----------|------------|
| 2017 – Implementera aktuella rutiner för kost och näring<br>– Upprätta rutin för förebyggande av undernäring enligt SOSFS 2014:10 |         |          |             |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |
| 2018- Rapporterade åtgärder från Frösunda   |         |          |             |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |

### Åtgärd från Frösunda rapporterat januari 2018

- Utsedda måltidsombud för respektive verksamhet har gått en web-utbildning inom kost den 17 januari 2018.
- Genomgång av aktuella rutiner på verksamhetsmöte

### Kvalitetsavdelningens uppföljning i februari 2018

I samband med uppföljningen framkom det att personalen gått igenom rutiner för kost och näring på sina verksamhetsmöten. Personalen uppgav att de verksamheter som lagade måltider tillsammans med brukare tog fram en veckomeny på husmöten där brukarna själva fick önska vad man ville äta. För personalen var det viktigt att erbjuda brukarna varierat kost och att få brukarna att förstå detta. Många verksamheter jobbade utifrån husmanskost som ledstjärna med varierad och näringsriktig kost.

## Bedömning

För att hjälpa verksamheterna att reflektera vidare kring vad som är näringsrikt kost och hur man räknar ut näring kommer kostkonsulenten att under våren/sommaren 2018 be verksamheterna skicka in sina veckomenyer och kostberäkna dem. Återkoppling kommer sedan att lämnas till verksamheterna.



## 2.4 Social dokumentation – uppdatering av genomförandeplaner

| Namn boende  | Bertev. | Alsinsv. | Lundgrensv | Högaberg | Rimmarev. | Mölleg. | Hagav. | Holgersg. 2E | Kärraberg | Ljungholmshsv. 28A | Ljungholmshsv. 30 E | Rörbecksg. | Laxv. | Furuv. | Holgersg. 5A | Berguvsv. | Ormvråksv. |
|--|---------|----------|------------|----------|-----------|---------|--------|--------------|-----------|--------------------|---------------------|------------|-------|--------|--------------|-----------|------------|
| 2017 - Vidareutveckla genomförandeplaner så att dessa omfattar den enskildes behov av hjälp och stöd under dygnets alla timmar |         |          |            |          |           |         |        |              |           |                    |                     |            |       |        |              |           |            |

### Åtgärd från Frösunda rapporterat januari 2018

- Verksamheterna jobbar kontinuerligt med uppföljning av genomförandeplaner. Kontaktman ansvarar för att uppdatera dessa. Verksamhetschefen går igenom genomförandeplaner med kontaktman. Dessa tas upp på verksamhetsmöte.

### Kvalitetsavdelningens uppföljning i februari 2018

Utifrån aktuell tidsplan för uppföljning fanns ingen möjlighet att granska genomförandeplaner. I samband med intervjuer uppgav personalen att genomförandeplanen är utgångspunkten i arbetet kring den enskilde. Frösundas egna genomlysning av genomförandeplaner visar bland annat förbättringsbehov gällande målformulering och beskrivning av hur insatserna ska utföras.

## 2.5 Information och samverkan

| Namn boende  | Bertev. | Alsinsv. | Lundgrensv | Högaberg | Rimmarev. | Mölleg. | Hagav. | Holgersg. 2E | Kärraberg | Ljungholmshsv. 28A | Ljungholmshsv. 30 E | Rörbecksg. | Laxv. | Furuv. | Holgersg. 5A | Berguvsv. | Ormvråksv. |
|--|---------|----------|------------|----------|-----------|---------|--------|--------------|-----------|--------------------|---------------------|------------|-------|--------|--------------|-----------|------------|
| 2017 - Säkerställ så att information och samverkan fungerar med anhöriga/företrädare och brukare |         |          |            |          |           |         |        |              |           |                    |                     |            |       |        |              |           |            |
| 2018- Rapporterade åtgärder från Frösunda  |         |          |            |          |           |         |        |              |           |                    |                     |            |       |        |              |           |            |

### Krav på förbättringsåtgärd lämnad till Frösunda i september 2017

- Frösunda omsorg ska säkerställa att information och kommunikation med anhöriga fungerar enligt aktuella rutiner och utifrån behov och önskemål av anhöriga/ombud.



## Åtgärd från Frösunda rapporterat januari 2018

- Verksamheterna har jobbat för att tydliggöra skillnaden mellan stormöten och närståendemöten. De har även skickat ut månadsbrev till anhöriga/legala företrädare. Kopia på månadsbrev har skickats till kommunen för oktober, november och december månad.
- Kontaktman ansvarar för att informera och upprätta samverkansformer med anhöriga/företrädare kring den enskilde brukaren.

## Kvalitetsavdelningens uppföljning i februari 2018

Att säkerställa att information och samverkan med anhöriga fungerar efter vidtagna åtgärder är svårt. Det bygger på att berörda parter är överens om upplägget och känner sig nöjda med den informationen som delgetts. Utifrån enkätsammanställningen som skickades till anhöriga/legala företrädare framkommer att kommunikation och information är viktigt för att man som anhörig ska känna sig delaktig.

Enligt anhörigundersökning, från hösten 2017, finns det skillnad efter vidtagna förbättringsåtgärder från Frösunda där anhöriga/företrädare upplever att den information som lämnats av ledningen har blivit bättre, det finns dock ett antal synpunkter där man som anhörig/företrädare inte känner sig tillräckligt informerad. Av de som besvarat enkäten är det 26 % som upplever att information och kommunikation brister från ledningen gällande verksamhetsförändringar.

Den allmänna informationen som delges på stormöten, närståendemöten eller via månadsbrev är inte så detaljrik när den gäller den enskilde brukaren. Det är därför viktigt att de upprättade kanaler mellan kontaktman och anhöriga/företrädare fungerar för att de ska känna sig välinformerade kring den enskilde.

## Bedömning

Ledningen har tagit till sig synpunkter att bli bättre och tydligare i sin kommunikation till anhöriga/företrädare när det gäller den generella informationsdelen. Det finns dock behov av fortsatt dialog med anhöriga/företrädare för att säkerställa att de känner sig välinformerade och delaktiga när den gäller information kring verksamhetsförändringar samt den enskilde brukaren.



## 2.6 Social samvaro

| Namn boende  |         |          |             |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |
|--|---------|----------|-------------|----------|-----------|---------|--------|--------------|-----------|------------------|-------------------|------------|-------|--------|--------------|-----------|------------|
| Krav på förbättringsåtgärder   | Bertev. | Alsinsv. | Lundgrensv. | Högaberg | Rimmarev. | Mölleg. | Hagav. | Holgersg. 2E | Kärraberg | Ljungholmsv. 28A | Ljungholmsv. 30 E | Rörbecksg. | Laxv. | Furuv. | Holgersg. 5A | Berguvsv. | Ormvråksv. |
| 2017 - Säkerställ så att brukarna får sina behov av fritidsaktiviteter tillgodosedda |         |          |             |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |
| 2018- Rapporterade åtgärder från Frösunda  |         |          |             |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |

### Krav på förbättringsåtgärd lämnad till Frösunda i september 2018

- Frösunda omsorg ska säkerställa att brukare får sina behov av social stimulans och fritidsaktiviteter tillgodosedda

### Åtgärd från Frösunda rapporterat hösten 2017 samt januari 2018

- Skickat in signeringslistor för planerade och genomförda fritidsaktiviteter för den enskilde brukaren, 1 ggr/v under tre månader.
- Frösunda har skickat informationsbrev till anhöriga på hur verksamheterna jobbar med aktiviteter under hösten 2017. Kopia bifogades till kvalitetsavdelningen
- Aktivitetskalender upprättas månadsvis, kopia på dessa har skickats in till kvalitetsavdelningen under hösten 2017.
- I samband med husmöten planeras gemensamma aktiviteter på boendet.
- Enskilda aktiviteter planeras in tillsammans med kontaktman och brukaren

### Kvalitetsavdelningens uppföljning i februari 2018

Höstens uppföljning av signeringslistor och social dokumentation visar att brukaren får sina behov av 3 timmars fritidsaktivitet per vecka tillgodosedda.

Det finns dock verksamheter där brukaren inte längre vistas på daglig verksamhet och har ett större behov av fritidsaktiviteter än 3 timmar per vecka. Detta är något verksamheterna måste jobba vidare på och erbjuda de brukare en meningsfull vardag.

### Bedömning

Enligt det underlag som kvalitetsavdelningen tagit del av erbjuds brukaren tre timmars fritidsaktiviteter per vecka. Personal uppger också att det blivit bättre.



## 2.7 Personalomsättning

### Krav på förbättringsåtgärd lämnad till Frösunda i september 2018

- Frösunda omsorg ska återkoppla till kvalitetsavdelningen månadsvis underlag på personalomsättningen per boende.

### Åtgärder från Frösunda hösten 2017

- Frösunda har under höstens uppföljning skickat in månadsunderlag på personalomsättning för oktober och november månad. I januari 2018 skickade Frösunda in underlag på personalomsättning för hela 2017.

### Kvalitetsavdelningens uppföljning hösten 2017 och februari 2018

Frösunda hade svårt att redovisa en samlad lista på de efterfrågade uppgifter då dessa inte kunde tas ut ur ledningssystemet utifrån de önskemål som kvalitetsavdelningen hade. Detta innebar att Frösunda lämnade in olika listor för varje tillfälle, vilket försvårade uppföljningen.

Uppföljningen av personalomsättningen visar att det finns ett par verksamheter som sticker ut mer gällande en hög personalomsättning. Detta bekräftas även av anhörigenkäten som skickades ut hösten 2017 och deras upplevelse av hög personalomsättning. Det finns tre verksamheter (Högaberg, Laxvägen och Furuvägen) som har alldeles för hög personalomsättning där kvalitetsavdelningen har en kontinuerlig dialog med Frösundas ledning kring orsaker och åtgärder. Hög personalomsättning leder till större risk för brister i omsorgen samt till otrygghet hos brukare. Det leder också till svårigheter att överlämna hälso- och sjukvårdsinsatser på ett säkert sätt. Det är därför av yttersta vikt att Frösunda kommer underfund med dessa brister och skapar en stabilitet i verksamheterna för att brukarna ska kunna säkras en god och säker omsorg. Därutöver finns det även ett par andra verksamheter som har berörts av en personalomsättning men där en stabilitet kunnat vidhållas av den kvarvarande personalgruppen.

I samband med uppföljning under 2018 framkom det dock att det finns verksamheter där en tjänst inte blivit tillsatt fullt ut efter att en medarbetare slutat. Resultat av detta verkar vara att ledningen ersatt en del av tjänsten med personal som jobbar i annan verksamhet och inte kan ta hela tjänsten. Det innebär att de lediga turerna ersätts av timvikarier. Aktuellt arbetsätt leder till lägre personalkontinuitet vilket påverkar både brukare och den ordinarie personal då det saknas stabilitet i verksamheten.

Resultat från anhörigenkäten visar tydligt att tillit till personalen är den avgörande faktorn huruvida de känner sig trygga med att deras anhörig (brukaren) får sina behov tillgodosedda. Det innebär att i de fall anhöriga upplevde en högre personalomsättning minskades förtroendet och insyn saknades i hur brukaren hade det.

### Bedömning

Kvalitetsavdelningen kommer att fortsätta följa upp personalomsättningen under 2018, där verksamhetscheferna kommer att lämna information på samrådsmöten gällande personalomsättningen för sina verksamheter.



De tre verksamheter som berörs av hög personalomsättning måste ledningen vidta omdelbara åtgärder för att komma underfund med problematiken. Krav på dessa åtgärder har förmedlats till Frösundas ledning, där fortsatt dialog pågår mellan kvalitetsavdelningen och Frösunda.

## 2.8 Utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser

| Namn boende  | Bertev. | Alsinsv. | Lundgrens v. | Högaberg | Rimmarev | Mölleg. | Hagav. | Holgersg. 2E | Kärreberg | Ljungholmsv. 28A | Ljungholmsv. 30E | Rörbecksg | Laxv. | Furuv. | Holgersg. 5A | Berguvsv. | Ormvråksv. |   |
|--|---------|----------|--------------|----------|----------|---------|--------|--------------|-----------|------------------|------------------|-----------|-------|--------|--------------|-----------|------------|---|
| 2017 - Korrekt ifylld signeringslista för HSL-insats arbetsterapeut/fysioterapeut.             | ■       | ■        | ■            | ■        | ■        | ■       | ■      | ■            | ■         | ■                | ■                | ■         | ■     | ■      | ■            | ■         | ■          | ■ |
| <b>2018 - Åtgärdat enligt Frösunda</b>   | ■       | ■        | ■            | ■        | ■        | ■       | ■      | ■            | ■         | ■                | ■                | ■         | ■     | ■      | ■            | ■         | ■          | ■ |
| 2017 - Korrekt ifylld signeringslista för HSL-insats sjuksköterska.                            | ■       | ■        | ■            | ■        | ■        | ■       | ■      | ■            | ■         | ■                | ■                | ■         | ■     | ■      | ■            | ■         | ■          | ■ |
| <b>2018 - Åtgärdat enligt Frösunda</b>   | ■       | ■        | ■            | ■        | ■        | ■       | ■      | ■            | ■         | ■                | ■                | ■         | ■     | ■      | ■            | ■         | ■          | ■ |
| 2017 - All signerad personal med på signatur-förtydligande arbetsterapeut/fysioterapeut lista. | ■       | ■        | ■            | ■        | ■        | ■       | ■      | ■            | ■         | ■                | ■                | ■         | ■     | ■      | ■            | ■         | ■          | ■ |
| 2017 - All signerad personal med på signaturförtydligande sjuksköterska                        | ■       | ■        | ■            | ■        | ■        | ■       | ■      | ■            | ■         | ■                | ■                | ■         | ■     | ■      | ■            | ■         | ■          | ■ |
| <b>2018 - Åtgärdat enligt Frösunda</b>   | ■       | ■        | ■            | ■        | ■        | ■       | ■      | ■            | ■         | ■                | ■                | ■         | ■     | ■      | ■            | ■         | ■          | ■ |

### Kvalitetsavdelnings uppföljning juni 2017

Vid tillsynen i juni kontrollerades signeringslistor för utförande av delegerade HSL-insatser. Kontroll gjordes också på om samtlig personal som signerat kunde spåras genom signaturförtydligandelistan. Flertalet signeringslistor var inte kompletta och hade luckor för insatser. Signaturförtydligandelistorna var inte fullständiga.

### Synpunkt från HSL-organisationen

- Brister i att utföra delegerade insatser (Högaberg, Holgersgatan 5A, Möllevägen, Rörbecksgatan, Furuvägen, Laxvägen, Hagavägen, Ljungholmsvägen 30, Kärreberg, Rimmarevägen samt Alsins väg.) Det fanns t ex personal som signerade utan att ha gett medicin men också en stor del osignerade insatser. I enstaka fall har legitimerad personal även funnit att icke delegerad personal både planerats för utförande av HSL-insatser och har signerat HSL-insatser.

### Krav på förbättringsåtgärd lämnad till Frösunda

- Frösunda ska säkerställa att alla HSL insatser utförs och dokumenteras.



## Åtgärdsplan från Frösunda redovisad september 2017:

- För att höja personalens kompetens och medvetenhet om ansvar vid delegering ska all vård- och omsorgspersonal på Frösunda under hösten gå bas-utbildning HSL som innefattar allmän del och läkemedelshantering som repetition.
- Säkerställa medarbetarnas kunskap om betydelsen av delegering och det ansvar som följer med en delegering genom förtydligande av delegeringsriktlinje och delegeringsrutin på verksamhetsmöte och att medarbetaren läser delegeringsriktlinje och delegeringsrutin.

### Kvalitetsavdelningens uppföljning februari 2018

Under hösten skulle alla enheter skicka in kopior på samtliga signeringslistor. Dessa kontrollerades i efterhand. De flesta enheter visar förbättring och endast enstaka avvikande händelse har noterats på listorna i december.

På Furuvägen och Laxvägen uteblev förbättringen då många insatser uteblev. Delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser togs ifrån Furuvägen från och med 1 november och ifrån Laxvägen från och med 18 december.

Förklaringar till uteblivna insatser skrivs ibland inte i datumordning på signeringslistans baksida vilket tyder på att de skrivs i efterhand. På några listor används tippex vilket är otillåtet. Oklart om personal förstår sitt ansvar gällande dokumentation av delegerade insatser i samband med att insatsen utförs eller skulle utföras.

### Bedömning

Delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser är bättre dokumenterade än tidigare. Vissa oklarheter kvarstår kring hur dokumentationen går till då den ibland verkar fyllas på i efterhand.

### 2.8.1 Planering av delegerade insatser

| Namn boende →  | Bertev.            | Alsinsv. | Lundgrensv | Högaberg | Rimmarev. | Mölleg. | Hagav. | Holgersg. 2E | Kärraberg | Ljungholmsv<br>.28A | Ljungholmsv<br>.30 E | Rörbecksg. | Laxv. | Furuv. | Holgersg. 5A | Berguvsv. | Ormvråksv. |  |
|--|--------------------|----------|------------|----------|-----------|---------|--------|--------------|-----------|---------------------|----------------------|------------|-------|--------|--------------|-----------|------------|--|
|  | Kvalitetsområden ← |          |            |          |           |         |        |              |           |                     |                      |            |       |        |              |           |            |  |
| Endast delegerad personal utfört delegerad HSL-insats arbetsterapeut/fysioterapeut |                    |          |            |          |           |         |        |              |           |                     |                      |            |       |        |              |           |            |  |
| Endast delegerad personal utfört delegerad HSL-insats sjuksköterska                |                    |          |            |          |           |         |        |              |           |                     |                      |            |       |        |              |           |            |  |

Avvikelser hade skrivits av legitimerade om att odelegerad personal planerades av cheferna på delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser vilket föranledde den tillsyn som utfördes i juni. Vid tillsynen kontrollerades signeringslistor mot vilka som innehade delegering. Inga brister





upptäcktes. Det kan ha förekommit planerad odelegerad personal även under granskningen dolt bakom att insatsen inte var utförd och ej signerad. Ett flertal osignerade insatser fanns i listorna.

### **Synpunkt från HSL-organisationen**

- Befintliga delegeringsriktlinjer och rutiner efterföljs inte av verksamhetscheferna dvs. verksamhetschefer brister i att informera om eventuella personalförändringar till legitimerad personal samt att anmäla behov av delegering till leg. personal i tid.
- Odelegerad personal hade planerats att utföra hälso- och sjukvård av cheferna på Møllegatan och Holgersgatan 5 a vid många tillfällen.

### **Krav på förbättringsåtgärd lämnad till Frösunda 170904:**

- Delegeringsriktlinje och rutin ska efterföljas av både verksamhetschefer och medarbetarna. Denna finns på kommunens intranät i HSL- handboken.

### **Åtgärd från Frösunda170918**

- Säkerställa att samtliga verksamhetschefer har kunskap om riktlinjer för delegering, samt hur de verkställs och följs upp.

Den 9 november 2017 träffade MAS och MAR Frösundas chefer på ett möte för att tydliggöra chefens ansvar kring att planera delegerad personal för utförande av hälso- och sjukvårdsinsatserna. Legitimerad personal fortsatte informera olika chefer under hösten om deras ansvar enligt riktlinje och rutin för delegering.

### **Kvalitetsavdelningens uppföljning februari 2018**

Under hösten inkom avvikelserapporter på att odelegerad personal planerats för utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser på flera enheter. Framför allt Furuvägen och Laxvägen hade dessa problem. Delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser togs ifrån Furuvägen från och med 1 november och ifrån Laxvägen från och med 18 december.

Även Högaberg hade problem med 2 händelser i oktober och 3 i december där odelegerad personal planerats för utförande av hälso- och sjukvårdsinsats av rehabkaraktär. Chef tror att personalen har delegering men delegering visar sig ha gått ut för en personal. Vidare behöver en ny personal delegering.

### **Bedömning**

Kvarstående problem med att odelegerad personal planeras på Högaberg. Chef saknar kunskap om vilken delegering personal har och vilken som krävs. Laxvägen och Furuvägen utför i nuläget inga hälso- och sjukvårdsinsatser. De drogs in bl. a på grund av att chefens kunskaper om sitt ansvar gällande delegering var mycket bristfällig och bristande ledning som inte skapar förutsättningar för personalen att arbeta säkert.



Det framkommer fortfarande att chefer tror att en delegering gäller för alla insatser och inte förstår att olika insatser har olika delegering.

## 2.8.2 Läkemedelsskåp

| Namn boende →            | Bertev. | Alsinsv. | Lundgrensv. | Högaberg | Rimmarev. | Mölleg. | Hagav. | Holgersg. 2E | Kärraberg | Ljungholmsv. 28A | Ljungholmsv. 30 E | Rörbecksg. | Laxv. | Furuv. | Holgersg. 5A | Berguvsv. | Ormvråksv. |
|--------------------------|---------|----------|-------------|----------|-----------|---------|--------|--------------|-----------|------------------|-------------------|------------|-------|--------|--------------|-----------|------------|
| Kvalitetsområden ↓       |         |          |             |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |
| Läkemedelsskåp juni 2017 |         |          |             |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |

### Kvalitetsavdelningens uppföljning i februari 2018

Stickprov gjorda i februari visar att läkemedelsskåpen innehöll endast läkemedel och var rena.

### Bedömning

Godkänt

## 2.8.3 Basal hygien

Brister identifierade i flera av Frösundas verksamheter vid tillsynen i juni.

| Namn boende →                                   | Bertev. | Alsinsv. | Lundgrensv. | Högaberg | Rimmarev. | Mölleg. | Hagav. | Holgersg. 2E | Kärraberg | Ljungholmsv. 28A | Ljungholmsv. 30 E | Rörbecksg. | Laxv. | Furuv. | Holgersg. 5A | Berguvsv. | Ormvråksv. |
|---|---------|----------|-------------|----------|-----------|---------|--------|--------------|-----------|------------------|-------------------|------------|-------|--------|--------------|-----------|------------|
| Kvalitetsområden ↓                              |         |          |             |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |
| 2017 Basal hygien – bl. a kort ärm, händer, hår |         |          |             |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |
| 2018 Åtgärdat enligt Frösunda                   |         |          |             |          |           |         |        |              |           |                  |                   |            |       |        |              |           |            |

### Åtgärder redovisade av Frösunda januari 2018:

- Furuvägen och Laxvägen - Egenkontroll utförs 2ggr/år. Kontroll utförs dagligen. På Laxvägen anges att arbetet med basal hygien inte är klart förrän 28/2.
- Ljungholmsvägen 28 A och 30 E - Togs upp vid verksamhetsmötet efter tillsynen, egenkontroll genomförd löpande under året, egenkontroll genomförd.
- Rimmarevägen - Rutinen lyfts på Verksamhetsmöte, egenkontroll utförd
- Bertev, Alsins v, Lundgrens v, Högaberg - Klart med uppföljning på nästa verksamhetsmöte.



### **Kvalitetsavdelningens uppföljning februari 2018**

Personal har klart för sig vad som gäller med smycken, hår och naglar men använder fortfarande långärmade tröjor som de kavlar upp vid omsorgsarbete. Några åker också hem i kläder de arbetat i vilket innebär att de används efter avslutat arbete.

#### **Bedömning**

Frösunda behöver gå vidare med implementering av basal hygien gällande tvätt av kläder i 60 grader och att ombyte görs dagligen och vid behov på arbetsplatsen. Långärmad tröja får inte användas uppkavlad vid omsorgsinsatser. Vidare behövs fortsatt utbildning om hur handskar och handsprit ska användas.

#### **2.8.4 Säkerställ att samtlig personal har kännedom och möjlighet att nyttja informationen som finns i HSL-handboken.**

Brist identifierad i tillsynen i juni 2017 och delgiven Frösunda i tillsynsrapporten.

#### **Åtgärd från Frösunda**

Ingen åtgärd finns redovisad av Frösunda gällande denna förbättringsåtgärd som gällde samtliga enheter.

### **Kvalitetsavdelningens uppföljning februari 2018**

Stickprov visar att personal på några enheter fortfarande har svårigheter att hitta HSL-handboken.

#### **Bedömning**

Brister finns fortfarande bland Frösundas personal att hitta HSL-handboken och den information som finns där.

#### **2.8.5 Avvikelsehantering**

##### **Synpunkt från HSL-organisationen**

- Flertalet avvikelser registrerades inte av Frösunda i verksamhetssystemet Magna Cura, cheferna gjorde få eller inga utredningar i Magna Cura och legitimerad personal blev inte involverade i dessa. Vid utredning av hälso- och sjukvårdsavvikelser ska dialog föras med berörd legitimerad om vad som gått fel och vilka åtgärder som ska vidtas.

##### **Krav på förbättringsåtgärd lämnad till Frösunda 170904:**

- Avvikelser skall vara färdigutredda och avslutade i Magna Cura inom en månads period samt återkopplade till rapporterade verksamheter om dessa är andra än Frösunda. Av utredning ska framgå varför delegerad insats inte utförts, vem som



brustit i delegerad insats och vad legitimerad personals beslut kring delegering är. Utredning av HSL avvikelser ska alltid ske i dialog med legitimerad personal.

### **Åtgärd från Frösunda rapporterat september 2017**

- Säkerställa att samtliga avvikelser finns registrerade i Magna Cura från 1/9 2017.
- Utbildning av VC gällande utredning av avvikelser som ett led i det systematiska förbättringsarbetet.
- Säkerställa kunskap om att medicinska avvikelser handläggs tillsammans med HSL personal.

Den 9 november träffade MAS och MAR Frösundas chefer på ett möte för att tydliggöra ansvaret kring utredning av HSL-avvikelser tillsammans med de legitimerade.

### **Kvalitetsavdelningens uppföljning februari 2018**

Under hösten har samtliga signeringslistor granskats. Vid de tillfällen insats har uteblivit och avvikelserapport ska skrivas har verksamhetssystemet Magna Cura granskats. För de avvikande hälso- och sjukvårdsinsatser som inträffar skriver personalen sällan avvikelserapport. Dessutom brister Frösundas chefer fortfarande i att utreda dessa händelser tillsammans med legitimerade. November ca 30 avvikande händelser varav 5 rapporterade och 1 utredning utförd. December ca 40 avvikande händelser varav 6 rapporterade och 5 utredningar. Laxvägen hade orsakat de flesta av november och decembers månads avvikelser.

### **Bedömning**

En stor del av avvikelserna som sker av Frösundas personal rapporteras fortfarande inte i verksamhetssystemet Magna Cura. De flesta utredningar sker inte tillsammans med legitimerade. Frösunda behöver fortsätta sitt förbättringsarbete i denna fråga.

## **2.8.6 Samverkan med legitimerade**

### **Synpunkt från HSL-organisationen**

- Ledning ej tillgänglig
- Ledning brister i att informera om eventuella personalförändringar, anmäler inte behov av delegering till leg. personal i tid.
- Ledningen brister i att informera om ev. inställda möten eller att chefen inte kommer till planerade möten
- Legitimerade får också vid återkommande tillfälle åka till boenden och delegera personal en och en eftersom cheferna inte samordnade tillfällen för delegering i sina personalgrupper.
- En stor del av delegerad personal flyttas mellan enheter som kräver olika typer av delegering. Personal slutar också i stor utsträckning på vissa enheter. Detta innebär ett merarbete för de legitimerade som får träffa personer vid flera olika tillfällen för olika delegeringar men också återkommande delegera ny personal. Boenden med dessa problem var Högaberg, Holgersgatan 5 a, Möllegatan, Rörbecksgatan, Furuvägen, Laxvägen samt Hagavägen.



### **Krav på förbättringsåtgärd lämnad till Frösunda 170904:**

- Frösunda omsorg och HSL-organisationen ska upprätta en samverkansrutin tillsammans med hemsjukvårdsorganisationen, där syfte och innehåll förtydligas för alla parter. Rutin ska återkopplas till kvalitetsavdelningen efter den 21 september då den presenteras till hela arbetsgruppen på samverkansmötet.
- Legitimerad HSL personal ska i dialog med verksamhetscheferna upprätta rutiner för avstämningsträffar med personalen för genomgång av brukare och deras situation. Rutin ska återkopplas till kvalitetsavdelningen efter den 21 september då den presenteras till hela arbetsgruppen på samverkansmötet.

### **Åtgärd från Frösunda rapporterat september 2017**

- Frösunda har skickat förslag på rutiner för samverkan till HSL
- Plan att färdigställa tillsammans med HSL-personal 20/9 inför samverkansmöte 21/9.

### **Kvalitetsavdelningens uppföljning februari 2018**

- Vissa chefer är emellanåt fortfarande inte tillgängliga varken på telefon eller att svara på mail när legitimerade söker dem.
- Legitimerad personal är van att chef och legitimerade samverkar i samband med att personal anställs eftersom legitimerade ibland kan svara på om personal är känd sedan tidigare och om lämpligheten att delegera densamma. Detta sker fortfarande inte alls med Frösundas chefer.
- Gemensamma möten som ställs in eller flyttas utan att legitimerad personal informeras förekommer fortfarande. Dessutom brister chefer i att leda möten vilket innebär att möten börjar sent och drar ut på tid på grund av ovidkommande diskussioner medan legitimerad personal är på plats.
- Frösundas verksamhetschefer samt regionchef och hälso- och sjukvårdens chefer samt legitimerad personal träffas fyra gånger om året enligt plan. Det finns också en gemensam plan för hur samverkan i det dagliga arbetet ska fungera.
- Det övergripande samrådet brister eftersom Frösundas verksamhetschefer uteblir i varierande grad på mötena. Till det senaste mötet kom bara tre chefer och samtliga tre avvek tidigare. Regionchef kom sent. Aktuell chefslista ska skickas till hälso- och sjukvården när förändringar sker, detta har brustit vid flera tillfällen senaste månaderna.
- Det brister fortfarande hos en chef om att informera om personalförändringar och att anmäla behov av delegering till legitimerad i tid samt att samordna delegeringstillfällen enligt överenskommen planering.
- Informationsöverföring i personalgrupperna fungerar dåligt på Laxvägen och Furuvägen. Legitimerad personal blir kontaktade om samma sak av olika personal. När arbetsterapeut och fysioterapeut kom till inbokad träff med patient på Laxvägen i januari var patienten inte på plats utan hade åkt iväg på aktivitet.



## **Bedömning**

Kvarstående brister i samverkan med legitimerade kan ses på flera enheter och på övergripande nivå. Väsentligt att detta samarbete fungerar. Rutiner för informationsöverföring mellan personalen måste förbättras på Laxvägen och Furuvägen.

## **Summering av brister i omsorg som påverkar hälso- och sjukvård**

Legitimerad personal uppmanar omsorgspersonal att hjälpa brukare lämna ett prov för provtagning. Det tar nästa tre månader att få provet. Orsaker till detta kan identifieras i tre steg:

- Informationsöverföring
- Insatsplanering
- Personalens kompetens att bemöta brukares individuella behov.

Den informationen som legitimerad personal har lämnat i verksamheten sprids inte till all personal. Den dagliga planeringen av insatser är inte tydlig/säker nog för att säkerställa att insatserna blir utförda. Personalen har inte tillräcklig kunskap att utifrån brukares individuella förutsättningar genomföra och hjälpa brukaren med det hen behöver hjälp med på ett sådant sätt att det blir genomfört.