



**Socialförvaltningen**  
Kvalitets- och utredningsavdelningen

Martin Christensen, Kvalitetsstrateg  
Sophia Lehnberg, MAS  
Eva Bjäräng, MAR

**Rapport avseende tillsyn av hemtjänst i egenregi -  
Inlandet, Slöinge, Hjortsberg, Centrum, Norr 1 & 2**

**Januari – april 2017**



## Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING .....	3
<i>Kvalitetsarbete</i> .....	3
<i>Dokumentation</i> .....	4
<i>Kompetens</i> .....	4
<i>Sekretess</i> .....	4
<i>Övriga iakttagelser</i> .....	4
1.    INLEDNING .....	5
1.1 <i>Bakgrund</i> .....	5
1.2 <i>Syfte</i> .....	5
1.3 <i>Metod</i> .....	5
1.4 <i>Avgränsningar</i> .....	5
2.    IAKTTAGELSER OCH FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN .....	7
2.1 <i>Kvalitetsarbete</i> .....	7
2.2 <i>Dokumentation</i> .....	11
2.3 <i>Kompetens</i> .....	12
2.4 <i>Sekretess</i> .....	13



## Sammanfattning

Kvalitets- och utredningsavdelningen genomförde under våren 2017 en tillsyn av de sex hemtjänstområdena Inlandet, Slöinge/Hjortsberg, Centrum, Norr 1 och Norr 2. Samtliga enheter drivs i egen regi. Utifrån enhetschefernas på förhand inlämnade beskrivningar och dokumentation samt iakttagelser vid genomförda samtal med enhetschefer och representanter för hemtjänstpersonal, har några förbättringsområden identifierats som sammanfattas nedan.

### **Kvalitetsarbete**

#### Identifierade förbättringsområden

Kunskaperna om kvalitetsarbete är fortfarande generellt låg i alla verksamheter och det finns ett behov av att förtydliga Socialstyrelsens föreskrifter för det systematiska kvalitetsarbetet (SOSFS 2011:9) för chefer och medarbetare. Kvalitetsavdelningen har möjlighet att stödja ledningen i implementeringen av enheternas kvalitetsarbete genom kunskap och stöd vad gäller hur detta arbete kan läggas upp och hanteras i verktyget Stratsys.

#### Processer och rutiner

Framtagna processkartor för hemtjänstens processer behöver synliggöras och implementeras i organisationen som grund för det kontinuerliga kvalitetssäkrings- och förbättringsarbetet. Det behövs ett samlat grepp för hanteringen av styrande dokument när det gäller var dessa ska finnas tillgängliga, hur de ska hållas uppdaterade samt var ansvaret för att så sker ligger. Därutöver behöver enheterna arbeta med följande:

- Det är angeläget att medvetenheten om föreskriften för basal hygien hålls a jour på enheterna genom återkommande genomgångar med personalen.
- Det finns överlag ett behov av att medvetandegöra personalen om ”Rutin för hjälpmedel som kan vara till skydd samt tvångsåtgärder i specifika situationer” och vikten av att dokumentera brukarens samtycke till att skyddsåtgärder används.
- Enheternas lokala läkemedelsrutin ska regelbundet uppdateras och gås igenom.
- Användandet av det regionalt framtaget rapporteringsstödet som implementerades i samtliga verksamheter under 2015 och syftar till att stödja baspersonal i rapportering till legitimerad personal, behöver säkerställas.
- Enhetschefen bör säkra att brukarnas hjälpmedel blir rengjorda.

#### Avvikelser

Enhetscheferna behöver börja med sammanställning och analys av avvikelser för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

#### Synpunkter och klagomål

Enhetscheferna behöver börja arbeta med sammanställning och analys av synpunkter och klagomål för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

#### Riskanalys

Enhetscheferna behöver börja arbeta med riskanalyser, dokumentation av analys samt riskeliminering.



## Egenkontroll

Enhetscheferna behöver fördjupa arbetet med egenkontroller, dokumentation och analys därav samt åtgärdsplanering.

## Samverkan

Enhetschefen på de enheter där samverkan brister eller saknas med vissa aktörer ansvarar för att åtgärda dessa i samarbete med samverkanspart. Dokumentation av samverkansrutiner bör skapas på samtliga enheter.

## **Dokumentation**

### Identifierade förbättringsområden

Det saknas möjlighet att utföra loggkontroll i Appva och Intraphone, vilket behöver utvecklas centralt. Rutindokument för hur arbetsanteckningar i journal ska dokumenteras bör skapas och åtgärder bör vidtas så att genomförandeplan dokumenteras inom 14 dagar. Den dokumentation som idag sker i tre olika verksamhetssystem, Pulsen Combine, APPVA och Intraphone, blir svåröverskådlig för den personal som har behov av den. Därför finns behov av att göra den samlade dokumentationen tillgänglig för personal när den behövs.

Det faktum att delegerade insatser fortfarande inte fullt ut signeras, i synnerhet de fysioterapeutiska insatserna, behöver åtgärdas för att säkerställa att insatser alltid blir dokumenterade. Genomförandeplanen används av teamsamordnarna som besökstext i Intraphone men bara text som är kort. Längre delar eller förklaringar i genomförandeplanen är därför inte kända bland stora delar av personalen. Till viss del sprids genomförandet via muntlig rapportering. Det finns alltså stor risk att insatserna inte genomförs i enlighet med genomförandeplan.

## **Kompetens**

### Identifierade förbättringsområden

För att nyrekryterade enhetschefer ska få en bra introduktion och goda förutsättningar att komma in i chefsarbetet, behövs en strukturerad och planlagd introduktion motsvarande den som erbjuds medarbetare. Behov har noterats av att säkerställa att all personal erhåller utbildning i användningen av de olika hjälpmedel som används liksom att personal vid delegering av träningsprogram också får praktisk kunskap.

## **Sekretess**

### Identifierade förbättringsområden

Även om det inte finns lag- eller kvalitetskrav på att verksamheten ska ha återkommande genomgångar av Offentlighets- och sekretesslagen, rekommenderas ändå att så sker i syfte att upprätthålla en hög medvetenhet hos personalen när det gäller dessa frågor.

## **Övriga iakttagelser**

### Identifierade förbättringsområden

Flera enheter understyrker behov av ett gemensamt årshjul för hemtjänst i Falkenbergs egen regi som beskriver vilka aktiviteter som ska utföras under året.



## 1. Inledning

### 1.1 Bakgrund

Under 2017 genomför Kvalitets- och utredningsavdelningen tillsyn av all hemtjänst inom kommunen med fokus på hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs i verksamheterna. Tillsynen omfattar både verksamheter i Falkenbergs egenregi och de som utförs av privata utförare enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). I föreliggande rapport redovisas iakttagelser, analys och förbättringsområden gällande genomförd tillsyn inom egenregin av hemtjänstområdena Inlandet, Slöinge/Hjortsberg, Centrum, Norr 1 och Norr 2.

### 1.2 Syfte

Syftet med tillsynen är att granska om verksamheten följer och arbetar enligt gällande lagar och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Tillsynen ska också peka på förbättringsområden som identifierats och därmed verka för att kvaliteten i verksamheterna kontinuerligt följs upp och säkras.

### 1.3 Metod

Inför respektive verksamhetsbesök har berörda enhetschefer ombetts inkomma med beskrivningar och i förekommande fall dokumentation som belyser enheternas kvalitetsarbete. I samband med verksamhetsbesöken genomfördes samtal med dels enhetschef, dels med en grupp omsorgspersonal bestående av en representant för respektive arbetslag. Samtalen har förts utifrån följande kvalitetsområden:

#### **Kvalitetsarbete**

#### **Dokumentation**

#### **Kompetens**

#### **Sekretess**

Med utgångspunkt från de uppgifter som lämnats i förväg och uppgifter som framkommit vid samtal med chefer och medarbetare, har slutsatser dragits om vilka förbättringsområden som respektive verksamhet behöver arbeta vidare med.

### 1.4 Avgränsningar

Utvalda områden vid tillsynen har varit:

- rutin gällande basal hygien
- lokal läkemedelsrutin
- skydds- och tvångsåtgärder
- rutin för kontakt med legitimerad personal när brukares tillstånd så kräver
- rutin för att upprätta/uppdatera genomförandeplan
- rutin vid fel på hjälpmedel
- förbindelse för tystnadsplikt och sekretess
- riktlinje och rutin för delegering
- rutin för loggkontroll
- ansvar och rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål samt Lex Maria och Lex Sarah



- rutin uppdrag socialt omsorgsansvarig
- rutin för introduktion
- rutiner kring samverkan
- individuella kompetensbehov

I föreliggande resultatredovisning redovisas inte de områden som har konstaterats fungera tillfredställande.



## 2. Iakttagelser och förbättringsområden

### 2.1 Kvalitetsarbete

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ansvarar för att det finns ett ledningssystem för kvalitet enligt 3. Kap 1 § SOSFS 2011:9. Med stöd av ledningssystemet ska den som bedriver sådan verksamhet: planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Därutöver ska vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst ange vem som ansvarar för de uppgifter som ingår i arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. De delar som ingår i kvalitetsarbetet är:

#### **Processer och rutiner**

#### **Avvikelser**

#### **Synpunkter och klagomål**

#### **Riskanalyser**

#### **Egenkontroller**

#### **Samverkan**

#### **Processer och rutiner**

Inga processkartor används ännu för att kvalitetssäkra och arbeta med ständiga förbättringar inom enheterna. Skriftliga rutiner förvaras på olika platser på intranätet, i kommunens datakatalog och i pärmar på enheterna. Detta kan vara en anledning till att det inte alltid är väl känt var rutinerna återfinns. Det råder oklarheter huruvida personalen känner till att rengöring av hjälpmedel ingår i beviljad städinsats. Vidare har samtalen med hemtjänstpersonalen genomgående indikerat att det finns utrymme för förbättringar vad avser personalens medvetenhet om basala hygienrutiner, rutiner vid skydds- och tvångsåtgärder och den lokala läkemedelsrutinen.

Enhetscheferna har lämnat över insatsplaneringen, inklusive delegerade insatser, till teamsamordnarna. Verksamhetssystemet ger inte fullgott stöd för att säkra att personal inte utför sjukvård som de inte har delegering för.

#### **Inlandet:**

Verksamheten beskrivs som en process där man utifrån biståndsbeslut verkställer insatser med utgångspunkt i upprättad genomförandeplan. Personalen kände till föreskriften om basal hygien men de har inte haft någon genomgång av denna. Enligt enhetschefen dokumenteras brukarens samtycke vid skyddsåtgärder vid upprättande och uppföljning av genomförandeplanen, i övrigt sker det då legitimerad personal ordinerar hjälpmedel. Tillfrågad personal kände dock inte till om samtycke dokumenteras i genomförandeplan eller på annat sätt. Personalens medvetenhet om rapporteringsstödet vid kontakter med hälso- och sjukvård varierade.

#### **Hjortsberg/Slöinge:**

Det finns ett stort behov av att arbeta med de basala hygienrutinerna, särskilt förbudet att använda lösnaglar. Personalen känner inte till den lokala läkemedelsrutinen och var de kan



hitta den. När det gäller hur enhetschefen säkerställer att hjälpmedel blir rengjorda finns inga rutiner för detta.

**Centrum:**

Enhetschefen har inte fått mycket information om ledningssystemet ännu utan har sökt information på egen hand. Det framkom att det finns oklarheter om vem som gör vad i kvalitetsarbetet. Ledningssystemet borde vara enhetligt för alla enheter, där det finns en styrning uppifrån vad som ingår och vem som svarar för vad. Vad gäller skyddsåtgärder är sådana ovanliga och handlar då främst om sänggrindar, enhetschefen har uppmanat personalen att dokumentera samtycket men vet inte om så sker.

Den lokala läkemedesrutinen ska snart uppdateras till följd av ny rutin vid hämtning av läkemedel på apoteket, tills vidare följs den rutin som tidigare chef tog fram i samverkan med Synapsen. Det sker inget säkerställande av att omsorgen tar kontakt med hälso- och sjukvården när brukarens tillstånd så kräver samt att detta dokumenteras. Enligt personalen används rapporteringsstödet i telefonen men de kan bli bättre på detta.

**Norr 1:**

Enhetschefen hänvisar till pågående arbete med processkartor för hemtjänsten, där ansvarsfördelning och de arbetsuppgifter som ingår i kvalitetsarbetet framgår. Enheten arbetar inte med följsamhet av rutinen för basal hygien. Dock finns en insikt om att detta behövs, där enheten efterlyser vägledning av hur egenkontroller för detta ska utformas. Vid skyddsåtgärder dokumenterar omsorgspersonalen inte att brukarna samtyckt till sådana.

Vad gäller lokal läkemedelrutin finns ingen sådan nedskriven enligt chefen, personalen känner inte till rutinen. Enligt enhetschefen är det svårt att säkerställa att omsorgen tar kontakt med hälso- och sjukvården när brukarens tillstånd så kräver. Personalen använder sig inte av rapporteringsstödet när de behöver kontakta hälso- och sjukvården.

**Norr 2:**

Enhetschefen hänvisar till de olika processkartorna som visar hur man ska gå tillväga för att se vem som ansvarar för vad att säkerställa kvaliteten hela vägen från ansökan till verkställighet för brukaren. Enheten arbetar inte aktivt med basala hygienrutiner, detta borde vara en stående punkt på APT. Chefen känner inte till om samtycke inhämtas vid skyddsåtgärder, enligt personalen dokumenteras det, ibland framgår det också i genomförandeplanen.

Enheten har en lokal läkemedelrutin som finns i rutinpärmerna men denna är i behov av uppdatering. Personalen känner till att det finns ett rapporteringsstöd i telefonen men använder det inte, uppgifterna efterfrågas inte av sjuksköterskan när de rapporterar.

**Avvikelser**

Dokumentation av utredning av enskild händelse sker sällan i avsett system och sammanställning av avvikelser och analys för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet sker ännu inte. Flera enheter uttrycker att de saknar möjligheter att göra sammanställningar och analyser av avvikelse rapporter i verksamhetssystemet.



**Inlandet:**

Det finns en medvetenhet om att man kan bli bättre på att skriva avvikelser. Ledningen har ingen återkommande genomgång av rutinen för avvikelser med personalen.

**Hjortsberg/Slöinge:**

Personalen skriver avvikelser och lämnar till chefen men vet sedan inte vad som händer med rapporten. En gång om året har chefen en genomgång av rutinen med personalen på APT, senast gjordes detta våren 2016.

**Centrum:**

Enligt enhetschefen sker återkoppling alltid till den som skrivit avvikelser medan personalen hävdar att återkoppling ofta saknas. Personalen kan bli bättre på att rapportera avvikelser, ibland pratar de in det avvikande i Intraphone till journal och tror att det räcker. Under 2017 har chefen börjat följa upp avvikelser och synpunkter för att kunna arbeta förebyggande. Rutinen för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål samt lex Sarah och lex Maria togs upp på APT i februari 2017.

**Norr 1:**

Enheten följer upp alla avvikelser, det flesta rör läkemedel och ej utförda insatser. Enligt enhetschefen sker återkoppling till personalen, främst på APT men personalen uppger att de saknar sådan återkoppling. Ledningen har ingen återkommande genomgång av rutinen för avvikelser med personalen.

**Norr 2:**

Enhetschefen har hittills inte fått in många avvikelser, de få som rapporteras tas upp på APT. Det finns en medvetenhet om att man kan bli bättre på att skriva avvikelser. Ledningen har inte haft någon genomgång av rutinen för avvikelser med personalen. Personalen uppger att det finns olika blanketter och de saknar kunskap om hur de ska användas.

**Synpunkter och klagomål**

Samtliga enheter arbetar med kommunens system för synpunktshantering och följer rutiner för att informera om möjligheten att lämna synpunkter. Många synpunkter inkommer direkt till chef eller medarbetare och löses omgående och dokumentation av synpunkten uteblir då. Sammanställning av synpunkter och analys för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet sker ännu inte.

**Riskanalyser**

Av tillsynen framgår att inga enheter ännu har påbörjat arbetet med att utföra riskanalyser i sina verksamheter.

**Egenkontroller**

För närvarande har några av enheterna kommit igång med att göra standardiserade egenkontroller av genomförandeplaner. Några enheter nämner att de utifrån Socialstyrelsens brukarundersökning har arbetat med identifierade förbättringsområden.

**Inlandet:**

Inga egenkontroller i verksamheten genomförs, enheten planerar dock att påbörja en egenkontroll av hur beviljade insatser planeras.

**Hjortsberg/Slöinge:**

Arbetar aktivt med lokala kvalitetsråd som hanterar avvikelser och synpunkter samt följer upp rutiner och sammanställer egenkontroller av genomförandeplaner.

**Centrum:**

Inga egenkontroller i verksamheten genomförs utöver kontroller av genomförandeplaner som enheten nu kommit igång med.

**Norr 1:**

Enheten har lyft upp resultatet från brukarundersökningen ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2015” på APT med fokus på angelägna förbättringsområden.

**Norr 2:**

Resultatet från brukarundersökningen ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2015” har tagits upp på APT med fokus på specifika förbättringsområden. Personalen utför själva egenkontroller av genomförandeplaner, det görs ingen kontroll från ledningens sida.

**Samverkan**

Samtliga enheter samverkar med kommunalt bedriven hälso- och sjukvård i varierad utsträckning. Dock saknas dokumentation av dessa samverkansformer liksom med andra eventuella aktörer. Samverkan med biståndshandläggare saknas generellt och det är oklart varför sådan samverkan inte finns.

**Inlandet:**

Det saknas ofta sjuksköterskor på teamträffarna.

**Centrum:**

Samverkan saknas med sjuksköterskorna på vårdcentralen för de brukare som inte har hemsjukvård.

**Norr 1:**

Det saknas ofta fysioterapeut men också sjuksköterska på teammöten, vilket är framfört till deras chefer utan resultat. Teamträffar sker endast en gång/månad.

**Norr 2:**

Det saknas ibland någon av de legitimerade på teamträffarna. Teamträffar sker endast en gång/månad.



## 2.2 Dokumentation

Patientdatalagen ställer krav på systematiserad kontroll av åtkomst till journaluppgifter.

Enligt socialtjänstlagen 11 kap. 5 § skall handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling dokumenteras. Dokumentationen skall utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL m.fl. (SOSFS 2014:5) framgår att hur en insats ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan som upprättas hos utföraren med hänsyn tagen till den enskildes självbestämmanderätt och integritet.

I Socialnämndens kvalitetsbestämmelser för ordinärtboende framgår att genomförandeplan ska dokumenteras inom 14 dagar från det att insatserna påbörjats.

Enligt kommunens riktlinje för delegering samt i Socialnämndens kvalitetsbestämmelser för ordinärt boende ansvarar delegerad personal för att dokumentera utförande av delegerade arbetsuppgifter på signeringslista, för hemtjänst gäller det digitala systemet Appva.

De flesta enheter utför regelbunden loggkontroll i Combine. Eftersom större delen av omsorgspersonalen inte dokumenterar i Combine utan i Appva och Intraphone blir loggningarna som utförs i Combine dock inte beskrivande för hur åtkomst av journaluppgifter ser ut. Loggkontroller för Intraphone och Appva kan ännu inte utföras.

Det saknas generellt rutindokument för hur arbetsanteckningar i journal ska dokumenteras. Utsedda dokumentationsombud har gått utbildning men anser kunskapen svår att sprida till kollegor då det är ett komplext område.

Intraphone används av personalen för den dagliga dokumentationen och det går att läsa senaste dagarnas anteckningar däri. Personalen upplever att den dagliga dokumentationen är bättre än tidigare när de behövde logga in i datorn på kontoret för att dokumentera. Det är många som känner sig osäkra på att logga in och arbeta i datorn, troligen på grund av att det sker sällan. Det innebär dessvärre att personal sällan eller aldrig läser journalanteckningar i Combine där det går att få överblick. I Intraphone syns bara de senaste dagarnas anteckningar.

Genomförandeplanen läggs in i Combina. Dokumentationen av genomförandeplanen kan försenas genom att någon kollega behöver bistå med att lägga in denna. Tiden som ges upplevs för kort att hinna med både hembesök och att dokumentera genomförandeplanen. Det finns inte heller tid avsatt för uppföljning av genomförandeplanen, vilket kan ge effekt på hur ofta den uppdateras. Genomförandeplanen används av teamsamordnarna som besökstext i Intraphone men bara text som är kort. Längre delar eller förklaringar i genomförandeplanen är därför inte kända bland stora delar av personalen. Till viss del sprids genomförandet via muntlig rapport. Det finns alltså stor risk att insatserna inte genomförs i enlighet med genomförandeplan.



Delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser (främst fysioterapeutiska och sjuksköterskeinsatser) som signerats i det digitala verksamhetssystemet Appva visar att andelen signerade hälso- och sjukvårdsinsatser totalt för mars månad ligger på 95- 98 %. Andelen signerade fysioterapeutiska insatser ligger dock oacceptabelt lågt jämfört med sjuksköterskeinsatser, hemtjänstenheterna ligger här på 81-86 %. Undantaget är Centrum där andelen signerade fysioterapeutiska insatser under mars uppgår till 95 %. Orsaken till de osignerade insatserna är oklar, men kan bero på både en dokumentationsbrist och en icke utförd insats. Det är av största vikt att veta vad orsaken är.

**Inlandet:**

Loggkontroller av tillgången till digital dokumentation i Combine har inte gjorts.

**Hjortsberg/Slöinge:**

Genomförandeplaner upprättas i regel inom två veckor men ibland tar det längre tid.

**Centrum:**

Genomförandeplanen görs sällan inom två veckor.

**Norr 1:**

Det tar ibland längre tid än två veckor att upprätta genomförandeplan.

**Norr 2:**

Personalen anger att genomförandeplanen sällan görs inom två veckor. Det saknas fungerande rutin för att fördela kontaktmannaskap.

### 2.3 *Kompetens*

Enligt Socialtjänstlagen 3 kap. 3 § ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

I Socialnämndens kvalitetsbestämmelser för ordinärt boende finns krav på att 75 % av månadsanställda är undersköterskor.

Enligt SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter, ska den reella kompetensen säkerställas vid delegering av hälso- och sjukvårdsinsats.

Ett behov av tydlig introduktion av nya chefer föreligger. Det saknas ett standardiserat introduktionsprogram för chefer och det finns inget dokument som beskriver vad som förväntas av chefen.

**Inlandet:**

Chefen uppger att medarbetarna är till övervägande del undersköterskor, det är dock oklart i vilken utsträckning. Det är också oklart hur stor andel av fastanställda som gått Bas-utbildning HSL. Personalen upplever sig fått dålig introduktion i det digitala systemet Appva och själva fått lära sig verktyget.

**Hjortsberg/Slöinge:**

Av ordinarie 66 personal har 25 gått Bas-utbildning HSL.

**Centrum:**

Enheten håller på att ta fram en rutin för introduktion av nyanställda. Av ordinarie 45 personal har fem gått Bas-utbildning HSL. Personalen önskar mer praktisk information vid vissa delegeringar av fysioterapeut. För vissa hjälpmedel saknar personalen utbildning.

**Norr 1:**

Samtlig personal har gått Bas-utbildning HSL. Personalen önskar mer praktisk information vid vissa delegeringar av fysioterapeut. För vissa hjälpmedel saknar personalen utbildning.

**Norr 2:**

Samtlig personal har gått Bas-utbildning HSL. Personalen önskar mer praktisk information vid vissa delegeringar av fysioterapeut men även vid viss delegering från sjuksköterska. För vissa hjälpmedel saknar personalen kompetens.

**2.4 Sekretess**

Enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) råder sekretess inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Se vidare Patientsäkerhetslagen.

Enhetschefer och personal ger samstämmig information om att nyanställda alltid undertecknar en förbindelse om tystnadsplikt. Av genomförd tillsyn framgår att ledningen det senaste året, med undantag för hemtjänstområdena Centrum och Hjortsberg/Slöinge, inte haft någon genomgång med personalen av vad som gäller beträffande hantering av sekretessfrågor.