

Vård- och omsorgsnämnden

Kallelse

Nämnd	Vård- och omsorgsnämnden
Datum och tid	2023-03-15 kl.09.00
Plats	SR Gräsö, kommunhuset, Stångörsgatan 10, Östhammar
Sekreterare	Josefin Larsson
Ordförande	Sabina Ståhl (KD)

Ärendelista

Alla ärenden: Lina Edlund

- | | |
|---|----|
| 1. Val av justerare | 3 |
| 2. Fastställande av föredragningslista | 3 |
| 3. Valärende, val av ny ersättare till arbetsutskottet | 4 |
| 4. Riktlinje hälso- och sjukvård inom sektor omsorgsverksamheter i Östhammars kommun
kl.09.05-09.15 Anette Frode för p.3-4 | 5 |
| 5. Yttrande angående remiss från Läkemedelsverket | 6 |
| 6. Patientsäkerhetsberättelse 2022
kl.09.15-09.25 Anette Frode, Monika Eriksson | 7 |
| 7. Redovisning av avvikelser och synpunkter tertial 3 samt helår 2022
kl.09.25-09.45 Monika Eriksson, Yvonne Wahlbeck | 8 |
| 8. Redovisning av resultaten från enkätundersökning om organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA)
kl. 10.00-10.30 Yvonne Wahlbeck, Sabina Lundin, Cecilia Wadestig | 9 |
| 9. Svar på skrivelse från anhörigföreningen angående fast omsorgskontakt
kl. 10.30-10.40 Cecilia Wadestig | 10 |
| 10. Informationsärende; Förebyggande arbete mot ungas användning av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar (ANDTS)
kl. 10.40-10.55 Caroline Henning, Birgitta Engvall, Jonas Karlberg | 11 |
| 11. Redovisning av sjukstatistik för kvartal 4
kl. 10.55-11.25 Sanna Forshaug | 13 |
| 12. Ändring av datum för budget- och kvalitetsdag | 14 |
| 13. Informationsärende; Politikens ansvar i arbetsgivar- och arbetsmiljöfrågor
kl.12.30-13.30 Pauliina Lundberg, Åsa Söderberg | 15 |
| 14. Utbildning till nämnden
kl.13.30 Yvonne Wahlbeck, Maud Johansson, Niclas Sandin, Sabina Lundin, Anette Eriksson | 16 |

Vård- och omsorgsnämnden

15. Information från förvaltningen Lina Edlund	17
16. Kurser och konferenser	18
17. Rapporter från förtroendevalda	19
18. Redovisning av delegationsbeslut	20
19. Anmälningsärenden	21

Vård- och omsorgsnämnden

1. Val av justerare

2. Fastställande av föredragningslista

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-37**3. Valärende, val av ny ersättare till arbetsutskottet****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden utser Namn (-) till ersättare i arbetsutskottet och personlig ersättare för Sabina Ståhl (KD).

Ärendebeskrivning

Jessica Makris (KD) har av Kommunfullmäktige, 2023-02-14 § 27, entledigats från sitt uppdrag som ersättare i Vård- och omsorgsnämnden. Kommunfullmäktige beslutade även att utse Emy Ejerfeldt (KD) som ersättare i Vård- och omsorgsnämnden.

Jessica Makris(KD) var ersättare i Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott och personlig ersättare för Sabina Ståhl (KD), vilket innebär att ny ersättare behöver utses.

Beslutet skickas till

Administratör för Troman: Hanna Horneij

Vald person

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-28**4. Riktlinje hälso- och sjukvård inom sektor omsorgsverksamheter i Östhammars kommun****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden antar riktlinjen ”Hälso- och sjukvård inom sektor omsorgs verksamheter i Östhammars kommun” (bilaga).

Ärendebeskrivning

Socialnämnden har tidigare beslutat om att ha en riktlinje för hälso-och sjukvård inom sektor omsorgs verksamheter. Riktlinjen har nu uppdaterats så den följer nu gällande lagar och föreskrifter samt genomgått redaktionella ändringar från den tidigare riktlinjen. Nämnden ska besluta om riktlinjer.

Beslutsunderlag

Riktlinje Hälso-och sjukvård inom sektor omsorgs verksamheter i Östhammars kommun

Beslutet skickas till

Sektor Omsorg: Lina Edlund, Anette Frode

Webbredaktör och administratör för ledningssystemet: Carina Bäckström för publicering på Ines och externa webben

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-23**5. Yttrande angående remiss från Läkemedelsverket****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden ställer sig bakom förslaget enligt remiss avseende ändring av Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

Ärendebeskrivning

Vård och omsorgsnämnden har mottagit en remiss från Läkemedelsverket om förslag på ändring av Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

Synpunkter på förslagen ska ha inkommit till Läkemedelsverket senast den 20 mars 2023.

Beslutsunderlag

Förslaget Föreskrifter om ändring av Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit

Konsekvensutredning

Beslutet skickas till

ange Läkemedelsverkets diarienummer 3.1.1-2023-005678

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-33

6. Patientsäkerhetsberättelse 2022

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av 2022-års patientsäkerhetsberättelse och redovisning av diagnosfördelning gällande demenssjukdomar inom hemsjukvård.

Ärendebeskrivning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Redovisning av diagnosfördelning gällande demenssjukdomar inom hemsjukvård från december 2022.

Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelsen PDF

Diagnosfördelning gällande demenssjukdomar

Beslutet skickas till

Sektor Omsorg: Lina Edlund, Anette Frode, Monika Eriksson

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr SN-2022-59
Dnr VON-2023-30

7. Redovisning av avvikelser och synpunkter tertial 3 samt helår 2022

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisningen. Statistiken ska fortsättningsvis redovisas kvartalsvis till nämnden.

Ärendebeskrivning

Föreligger synpunktsstatistik för 2022 samt avvikelser och synpunktsstatistik för tertial 3 2022.

Beslutsunderlag

Analys avvikelser och synpunkter tertial 3

Beslutet skickas till

Sektor Omsorg: Lina Edlund, Cecilia Wadestig, Sabina Lundin, Yvonne Wahlbeck, Monika Eriksson

Sektor Verksamhetsstöd: Therese Öström

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-35

8. Redovisning av resultaten från enkätundersökning om organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA)

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Sektor omsorg genomförde i oktober-november 2022 en OSA-enkät (arbetsmiljöfrågor) på samtliga enheter. Enkäten har sammanställts och redovisas skriftligt och muntligt. Enkäten visar på en del förbättringsområden men visar också på mycket goda resultat.

Beslutsunderlag

Sammanställning OSA-enkäter (*publiceras i arbetsrummet*)

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr SN-2022-109**Dnr VON-2023-32**

9. Svar på skrivelse från anhörigföreningen angående fast omsorgskontakt

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden ställer sig bakom förvaltningens förslag till svar (bilaga).

Ärendebeskrivning

Det har inkommit en skrivelse från Anhörigföreningen i Östhammars kommun till Vård- och omsorgsnämnden. Skrivelsen fick ett svar från verksamheten men Anhörigföreningen har därefter förtydligat att ett svar från nämnden önskas.

Beslutsunderlag

Förslag på svar

Skrivelse utebliven information angående fast omsorgskontakt för personer med hemtjänst, daterad 2022-12-08

Beslutet skickas till

Sektor Omsorg: Lina Edlund, Cecilia Wadestig

Anhörigföreningen i Östhammars kommun: [REDACTED]

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-31**10. Informationsärende; Förebyggande arbete mot ungas användning av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar (ANDTS)****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

ANDTS är ett tematiskt område som berör fler uppdrag inom förvaltningen och som sker inom ramen för det ordinarie arbetet. Därför har kommunförvaltningen tagit fram en gemensam handlingsplan, som konkretiseras genom aktiviteter. Planen gäller för hela kommunförvaltningen och baseras på aktuell kunskap inom området. Handlingsplanen är framtagen med hög delaktighet från sektorerna och även kommunens lokala Hälsoäventyr, familjecentral och lokalpolisen har varit delaktiga i processen. Länsstyrelsens samordnare på enheten för social hållbarhet har fungerat som bollplank.

Handlingsplanen är treårig och består av tre mål med underliggande aktiviteter. Planen ska följas upp två gånger per år och måluppfyllelse mätas vartannat år. Aktiviteterna sker löpande över året och följs upp kontinuerligt. Planen utgår från de nationella målen men baseras på kommunens lokala behov och förutsättningar.

Syftet med handlingsplanen är att förebygga barn och ungas användning av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar – ANDTS. Här avses barn, ungdomar och unga vuxna upp till 20år.

Målen med handlingsplanen är att

1. Begränsa tillgängligheten för barn och unga att använda alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar.
2. Minska andelen ungdomar som använder alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter.
3. Skydda barn och unga från skadliga effekter orsakade av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar.

Stor del av arbetet ska handla om att göra tillgänglighetsbegränsande åtgärder mot alkohol, narkotika och tobak. Aktiviteter ska också riktas för att stärka upp generella skyddsfaktorer för ungas hälsa. Det innebär att skolans ANDTS-arbete ska stärkas upp, aktiviteter som stärker föräldrar i sitt föräldraskap ska genomföras och riktat stöd ska ges till tonårsföräldrar. Meningsfull fritid är en stark skyddsfaktor för hälsa och därför ska det främjande och förebyggande arbetet förstärkas under särskilda riskhelger. Handlingsplanen ska också skapa förutsättningar för samverkan såväl inom förvaltningen som mellan kommunförvaltningen och andra aktörer, exempelvis föreningslivet, näringslivet och civilsamhället.

Vård- och omsorgsnämnden

Beslutet skickas till

Sektor Omsorg: Lina Edlund

Sektor Samhälle: Caroline Henning

Peter Nyberg, kommunförvaltningens ledningsgrupp för kännedom

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr SN-2022-45
Dnr VON-2023-29

11. Redovisning av sjukstatistik för kvartal 4

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Redovisning av sjukstatistik för kvartal 4, 2022 samt helår 2022. Redovisningen kommer att ske övergripande på verksamhetsnivå. I beslutsunderlaget redovisas sjukfrånvarostatistik även på enhetsnivå.

Beslutsunderlag

Sjukfrånvaro Q4 2022 och helår 2022 produktion

Helår 2022 sektor Omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-7

12. Ändring av datum för budget- och kvalitetsdag

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ändra datum för budget- och kvalitetsdag från 2023-03-29 till 2023-03-30.

Ärendebeskrivning

Nämnden har tidigare beslutat om att ha en budget- och kvalitetsdag 2023-03-29. Nämnden har fått förfrågan om att byta datum med Individ- och familjenämnden.

Beslutet skickas till

Förtroendevalda i Vård- och omsorgsnämnden

Sektor Omsorg: Lina Edlund, Cecilia Wadestig, Sabina Lundin, Yvonne Wahlbeck, Ida Eklöf

Sektor Verksamhetsstöd: Sofia Tolstoy

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-1**13. Informationsärende; Politikens ansvar i arbetsgivar- och arbetsmiljöfrågor****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Du som är politiker i fullmäktige, styrelse eller nämnd är yttersta representant för kommunen som arbetsgivare. I din roll ingår bland annat ansvar för kommunens lönepolitik, kompetensförsörjning och arbetsmiljö. Samtliga områden är viktiga och påverkar hur vi uppfattas som arbetsgivare. En välfungerande lönepolitik och ett gott arbetsmiljöarbete är viktiga delar i kommunens kompetensförsörjningsarbete.

Inom arbetsmiljöområdet är lagkraven och politikens ansvar särskilt tydligt. Genom systematiskt arbetsmiljöarbete kan ni följa upp och styra verksamheten, så att arbetstagare och elever får en bra arbetsmiljö, både organisatoriskt, fysiskt och socialt. Detta är en del av utbildningspaketet för nya förtroendevalda i Östhammars kommun, mandatperiod 2022-2026.

Utbildningens innehåll:

Arbetsmiljö

- Systematiskt arbetsmiljöarbete
- Kommunfullmäktiges uppgifter i det systematiska arbetsmiljöarbetet
- Nämndens uppgifter i det systematiska arbetsmiljöarbetet
- Riskbedömning vid förändring
- Fördelning av arbetsmiljöuppgifter
- Arbetsmiljöansvar och straffansvar

Lönebildning

- Grunderna i lönebildning
- Ansvar som förtroendevald

Kompetensförsörjning

- Hård konkurrens om arbetskraft
- Utveckla och behålla nuvarande medarbetare samt attrahera nya genom att skapa välfungerande arbetsplatser
- Närvarande ledarskap

Beslutsunderlag

Muntlig redovisning

Beslutet skickas till

Sektor Verksamhetsstöd: Pauliina Lundberg, Åsa Söderberg

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-1**14. Utbildning till nämnden****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

SKR erbjuder ett utbildningspaket för politiker som önskar mer kunskap om-, eller har behov av att introduceras till, socialtjänstens verksamhet och samspel mellan nämnd och förvaltning. Under året kommer filmer från denna webbutbildning visas löpande vid nämndens sammanträden.

Tjänstepersoner med koppling till aktuellt område närvarar vid respektive tillfälle.

Detta sammanträde:

- Ledning och styrning - en politikerstyrd verksamhet (26 min)
- Socialtjänstens samverkan med angränsande verksamhetsområden (26 min)
- Information om Närvårdsenheten – ej film

Beslutet skickas till

Sektor Verksamhetsstöd: Malin Arrendell

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-1

15. Information från förvaltningen

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Information från förvaltningen, främst från sektor Omsorg. På arbetsutskottet lämnades information om:

- covid-läget
- chefsrekryteringar
- hjälpmedel på särskilt boende
- utveckling av estetiska miljöer på särskilt boende

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-6

16. Kurser och konferenser

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Kurs och konferensinbjudningar redovisas.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-5

17. Rapporter från förtroendevalda

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av rapporterna.

Ärendebeskrivning

Rapporter och information från Vård- och omsorgsnämndens ledamöter och ersättare.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-4**18. Redovisning av delegationsbeslut****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisning av delegationsbeslut.

Ärendebeskrivning

När Vård- och omsorgsnämnden har delegerat sin beslutanderätt träder delegaten helt in i nämndens ställe. Beslut som fattas enligt delegationsordning är juridiskt sett Vård- och omsorgsnämndens beslut och kan överklagas på samma sätt som nämndens beslut. Alla delegationsbeslut ska anmälas till nämnden. Anmälan av delegationsbeslut inom Vård- och omsorgsnämnden redovisas månadsvis. Alla delegationsbeslut är anonymiserade och det framgår vilka beslut som har fattats och av vem.

Föreligger delegationslistor:

- Arbetsutskottets protokoll från 2023-03-01.
- Ordförandebeslut fr.o.m. 2023-02-01 t.o.m. 2023-02-28. Inga beslut för perioden.
- Övriga delegationsbeslut inom sektor Omsorg fr.o.m. 2023-02-01 t.o.m. 2023-02-28. Inga beslut för perioden.

Beslutsunderlag

Delegationslistorna publiceras i arbetsrummet.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-1

19. Anmälningssärenden

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Anmälningssärenden i arbetsrummet:

1. Kommunfullmäktiges beslut om Tilläggsbudget, mål och budget 2023-2026, driftsbudget 2023, flerårsplan 2024-2026 samt investeringsbudget, 2023-02-14 § 11 inkl.bilaga (KS-2023-72)
2. Kommunfullmäktiges beslut om Revidering av styrmodell för Östhammars kommun, antagande, 2023-02-14 § 12 inkl.bilaga (KS-2023-75)
3. Kommunfullmäktiges beslut om Valärende: val av ersättare i Vård- och omsorgsnämnden, 2023-02-14 § 27 (KS-2023-115)
4. Lex Maria, 2023-02-14 (VON2023-34)
5. Protokoll styrgrupp äldreplan 2023-02-07
6. Reviderat protokoll samverkan och skyddskommité, 2023-02-02
7. Protokoll samverkan 2023-03-02 (*publiceras 2023-03-14*)

Beslutsunderlag

Handlingarna publiceras i arbetsrummet.

 ÖSTHAMMARS KOMMUN – EN DEL AV ROSLAGEN Sektor omsorgs ledningssystem		Dokumenttyp:	
		Riktlinje	
		Titel: Hälso-och sjukvård inom sektor omsorgs verksamheter i Östhammars kommun	
		Utgåva 3	
Granskad av:	Fastställd av:	Fastställd datum:	Reviderad datum:
Ledningsgrupp Sektor omsorg	Vård och omsorgsnämnd	2013-10-17	2023-03-15

Innehållsförteckning

Inledning	2
Syfte.....	2
Omfattning.....	2
Bakgrund	2
Termer och begrepp.....	2
Ansvar	3
Vårdgivaren	3
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)	4
Verksamhetschef	5
Hemsjukvårdschefen ansvarar för:	5
Enhetschefer enligt SoL och LSS	6
Hälso-och sjukvårdspersonal	6
Systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet	6
Egenkontroll	7
Nationella riktlinjer för hälso- och sjukvård	7
Nationella kvalitetsregister	7
Samverkan mellan vårdgivare och huvudmän	7
IT system	8
Relaterade dokument.....	9

Inledning

Riktlinjen beskriver ansvarsfördelning gällande hälso- och sjukvård inom sektor omsorgs verksamheter. Sektor omsorg arbetar på uppdrag av vård och omsorgsnämnden. I riktlinjen tydliggörs ansvarsfördelningen mellan huvudman och vårdgivare.

Denna riktlinje ger vägledning för vilka rutiner som ska finnas hos vårdgivaren utifrån gällande författningar samt nationella, länsövergripande och kommunala styrdokument.

Syfte

Syftet med riktlinjen är att säkerställa att den enskilde erbjuds en säker, ändamålsenlig och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. Riktlinjen syftar också till att ge en gemensam ram för kvalitet och patientsäkerhet samt tydliggöra ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården.

Omfattning

Riktlinjen omfattar samtliga verksamheter som på uppdrag av vård och omsorgsnämnden utför insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Bakgrund

Socialnämnden är det politiska organ som har huvudmannaansvar för att tillgodose medborgarnas behov av hälso- och sjukvård. Verksamheter inom kommunal egen regi har åtagit sig att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet och har det fulla vårdgivaransvaret. Vårdgivaren ska tillgodose att patientens behov av arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och sjuksköterska säkerställs, dessa personer ska vara väl insatta i patientarbetet och ha en helhetsbild. Ansvaret omfattar långvariga (över 14 dagar) hälso- och sjukvårdsbehov i ordinärt och särskilt boende från 17 års ålder om personen utifrån sina förutsättningar har svårigheter att ta sig till en mottagning. Kommunen ska även i samband med dagverksamhet erbjuda en god hälso- och sjukvård. För insats av arbetsterapeut har kommunen ansvar från första dagen. Från 21 års ålder ingår även utprovning och förskrivning av hjälpmedel. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ha företräde. Patienten ska få professionell hälso- och sjukvård av god kvalitet som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt ges möjlighet att välja behandling där det finns flera evidensbaserade alternativ. Patienten är en aktiv och självklar part i sin egen vård. Patientens integritet, självbestämmande, delaktighet och patientens möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården ska göras starkare. Hälso- och sjukvårdsåtgärderna bygger på frivillighet och vårdens utformning görs i samråd med patienten.

Termer och begrepp

Hälso- och sjukvården skall i möjligaste mån använda de termer och begrepp som Socialstyrelsen anvisar om.

Habilitering är insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad

funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Hemsjukvård är hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden.

Huvudman. Myndighet eller organisation som juridiskt och ekonomiskt har ansvaret för viss verksamhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Sjuksköterska som har ett särskilt medicinskt ansvar för hälso- och sjukvård i en kommun.

Patientsäkerhet. Skydd mot vårdskada.

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

Vårdgivare. Statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Vårdskada skada på patient som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Öppenvård Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar.

Medicinteknisk produkt Produkt som används för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom, påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller en funktionsnedsättning, undersöka, ändra eller ersätta anatomi eller fysiologisk process eller kontrollera befruktning.

Ansvar

Vårdgivaren

Vård och omsorgsnämnden har kommunalt huvudmannaansvar för att tillgodose medborgarnas behov av hälso- och sjukvård. Sektorchef, verksamhetschefer för produktion och verksamhetschef för myndighet representerar och biträder vårdgivaren i detta uppdrag.

Vårdgivaren ska tillgodose att patientens behov av arbetsterapeut, fysioterapeuter/sjukgymnast och sjuksköterska säkerställs. Avvikelse med vårdskada alternativt risk för skada som är av sådan grad att anmälan enligt Lex Maria övervägs ska utan dröjsmål meddelas medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) samt vård och omsorgsnämnden.

Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av Inspektionens för vård och omsorg (IVO) tillsyn, ska anmäla detta till IVO innan verksamheten påbörjas. Om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas, ska detta anmälas till IVO.

Utifrån hälso- och sjukvårdslagen skall kommunen erbjuda en god hälso- och sjukvård på lika villkor för alla inom socialförvaltningens verksamheter avseende legitimerad personals kompetensnivå. Med legitimerad personal avses här arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och sjuksköterska. Kommunen ska också erbjuda en god rehabilitering, habilitering samt tillgodose behovet av hjälpmedel. Regionen ansvarar för läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det finns ett särskilt länsövergripande samarbetsdokument som reglerar hur samarbetet mellan kommunens hemsjukvård och primärvårdens läkare ska ske.

För att verksamheterna fortlöpande ska kunna säkra och utveckla kvaliteten ska all hälso- och sjukvård omfattas av ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Ledningssystemet ska innehålla grunderna för ett systematiskt kvalitetsarbete och säkerställa att all personal känner till och medverkar i det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet inom verksamheten. Syftet med det systematiska kvalitetsarbetet är att förebygga skador, avvikelser och felbehandlingar samt i de fall felaktigheter uppstår kunna identifiera och åtgärda det som inträffat.

Verksamhetens kvalitet och dess resultat ska tydliggöras för personal, patienter och omvärld. Ledningssystemet ska vara anpassat till de förordningar som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården. Systemet ska omfatta mätbara kvalitetsmål och beskriva hur dessa mål ska nås. Det ska finnas dokumenterade rutiner för effektiv kvalitetsgranskning och rutinerna ska vara väl förankrade i organisationen.

Ansaret omfattar att fastställa och ge direktiv om:

- övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.
- att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvaliteten.
- att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande.
- hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.
- att de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador vidtas.
- att en anmälan till IVO sker snarast om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.
- anmäla enligt 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659) till IVO vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en MAS. Utöver MAS får en fysioterapeut/sjukgymnast eller en arbetsterapeut inneha funktionen som Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR.

Verksamhetsområdet ska vara utformat så att MAS och MAR kan fullgöra sina uppgifter och

sitt ansvar. Detta innebär att MAS och MAR ska ha en sådan organisatorisk placering samt mandat att påverka utförandet så att de kan uppfylla sitt uppdrag. MAS/MAR ska ha regelbundna möten med legitimerad personal och enhetschefer. Då behov föreligger kan MAS/MAR hantera enskilda ärenden för att säkerställa vård och behandling.

Enligt hälso- och sjukvårdsförordningen framgår att MAS/MAR ansvarar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare ordinerat.
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- anmälan görs till vård och omsorgsnämnden som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.
- samverkan och samordning med andra vårdgivare sker.
- ge råd och stöd till enhetschefer i hälso- och sjukvårdsfrågor och att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för hälso- och sjukvård.

Verksamhetschef

Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas någon som ansvarar för verksamheten. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska tillse att rutiner och riktlinjer är kända i verksamheten och säkerställa följsamhet till dessa.

Verksamhetschef ansvarar för att utdelade behörigheter för åtkomst till patientuppgifter är ändamålsenliga och förenliga med hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares aktuella arbetsuppgifter. Verksamhetschef ska regelbundet följa upp att gällande behörigheter är aktuella. Vidare ska verksamhetschef regelbundet följa upp användningen av verksamhetens informationssystem genom loggkontroll enligt gällande lag, författning samt Östhammars kommuns riktlinjer.

Verksamhetschefen ansvarar för att inom ramen för vårdgivarens ledningssystem:

- ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet skall bedrivas.
- styra, följa upp och utveckla verksamheten.
- att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en vård av god kvalitet.
- att operativa verksamhetsmål formuleras så att de är mätbara och för att målen nås.
- att ta fram mätbara mål, mått och mätrutiner för viktiga processer även verksamhetsöverskridande.
- att utfallet analyseras, medarbetarna delges resultatet samt att åtgärder initieras.

Hemsjukvårdschefen ansvarar för:

- att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en

vård av god kvalitet.

- att operativa mål formuleras och är mätbara samt för att målen nås.
- att ta fram mätbara mål, mått och mätrutiner för viktiga processer även verksamhetsöverskridande.
- att utfallet analyseras, medarbetarna delges resultatet samt att åtgärder initieras. Den som är chef för den legitimerade personalen inom ett anvisat område biträder verksamhetschefen i de uppgifter som överlåts av denne.
- tillser att den legitimerade personalen, inom sitt ansvarsområde medverkar i att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet skall genomföras i samråd med berörd enhetschef.
- styra, följa upp och utveckla verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

Enhetschefer enligt SoL och LSS

Har ansvar för att anvisad patientsäkerhet upprätthålls inom den egna verksamheten.

Enhetschefen skall tillsammans med den legitimerade personalen planera så att ordinerade arbetsuppgifter blir utförda enligt rutin och på ett patientsäkert sätt samt att delegerad personal finns tillgänglig i den omfattning som planerats och att den legitimerade personalen underrättas om avvikelser i planeringen.

Hälso-och sjukvårdspersonal

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses:

- all legitimerad personal som innehar professionen sjuksköterska, fysioterapeut sjukgymnast/ och arbetsterapeut.
- icke legitimerad personal som via delegering får en arbetsuppgift av legitimerad personal.
- icke legitimerad personal när denne utför arbetsuppgift som innefattar hälso-och sjukvård.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har eget personligt ansvar för hur hen utför sitt arbete. Grunden i det egna yrkesansvaret är att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård. Personcentrerat team ska innefatta legitimationsprofessioner så som sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och omvårdnadspersonal. Legitimerad personal bedömer och beslutar om patientens behov av hälso- och sjukvård i samråd med patienten. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska aktivt medverka i kvalitetsutvecklingsarbete.

Yrkesansvaret innebär också att hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera vårdskador och risker för vårdskador till vårdgivaren.

Systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Detta innebär att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. Det ska finnas rutin för hur avvikelser hanteras tas tillvara och hur kunskapen återförs till verksamheten som ett led i det systematiska kvalitets och

förbättringsarbetet.

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

En hälso- och sjukvård med hög säkerhet utmärks av multiprofessionella team, hög omvårdnadskompetens, säker läkemedelsanvändning, riskförebyggande arbete, säkra och individanpassade hjälpmedel samt gränsöverskridande informationsöverföring.

Patientens medverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet, för att säkerställa att patientens behov och önskemål tillgodoses så långt som möjligt. Patientens delaktighet lägger grunden till en trygg och säker vård. En god hälso- och sjukvård förutsätter ett kontinuerligt arbete med att utveckla verksamheten utifrån bland annat forskningsresultat och innovation.

I verksamheten ska det finnas rutiner för att säkerställa användning, spårbarhet och hantering av inköpta medicintekniska produkter.

Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär, förutom kontroll av följsamhet till avtal, lag och författning, även en kontrollfunktion över att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som beskrivs i utförarens eget ledningssystem. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Om egenkontroll påvisar brist ska denna brist beskrivas samt hanteras och dokumenteras i åtgärdsplan. Resultat från egenkontroll samt eventuell åtgärdsplan enligt ovan ska utan dröjsmål delges sektor omsorgs ledningsgrupp på begäran.

Nationella riktlinjer för hälso- och sjukvård

De nationella riktlinjerna är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens hälso- och sjukvårdsarbete följer de nationella riktlinjerna.

Nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister är system för riskbedömning, uppföljning och utveckling av behandlingsresultat. De innehåller individbaserade uppgifter om behov, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. På intranätet anges de nationella kvalitetsregister som utförarna ska registrera i, och använda i sitt kvalitetsutvecklingsarbete. De skattningsskalor/bedömningsinstrument som finns angivna i respektive kvalitetsregister ska användas.

Samverkan mellan vårdgivare och huvudmän

Vård i samverkan (ViS) är en överenskommelse avseende hälso- och sjukvård mellan Region Uppsala och kommunerna i Uppsala län. Överenskommelsen handlar om samverkan och ansvar när det gäller personer med behov av hälso- och sjukvård, inklusive habilitering, rehabilitering och medicintekniska hjälpmedel. Samtliga dokument som beskriver hur Region Uppsala och

kommunen ska samverka finns publicerade i Region Uppsalas dokumenthanteringssystem. Nämnden har ställt sig bakom målbilden för Effektiv och nära vård 2030 samt inriktningen för utvecklingen av vårdcentrum i länet med strategin för närvårdssamverkan som utgångspunkt. Samtliga verksamheter ska arbeta aktivt i detta arbete.

IT system

Gemensamma IT-system finns angivna på Intranätet. Utföraren ska säkerställa att hen har tillgång till de gemensamma IT-systemen.

Relaterade dokument

Vård i samverkan (VIS) Region Uppsala

Effektiv och nära vård 2030- Region Uppsala

Lagbestämmelser och krav

Förordning (1993:876) om medicintekniska produkter

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80)

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

SOSFS 2017:372 om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

Patientlag (2014:821)

Patientdatalag (2008:355)

Patientsäkerhetsförordning (2010:1369)

Patientsäkerhetslag (2010:659)

Lag (1993:584) om medicintekniska produkter

Socialtjänstlagen (2001:453)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Tandvårdsförordning (1998:1338)

Tandvårdslag (1985:125)

Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN xxx-xxxx, Artikelnummer xxxxxxxx
Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

Föreskrifter om ändring av Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF- FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit;

**HSLF-FS
2023:xx**

Utkom från trycket
den xx 2023

beslutade den XX månad 2023.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 9 kap. 9 § 2 och 3 samt 11–12 §§ läkemedelsförordningen (2015:458) samt 14 § 15 förordningen (2009:659) om handel med läkemedel i fråga om Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit

dels att 1 kap. 7 §, 6 kap. 1 § och 7 §, 8 kap. 43 § och bilaga 5 till föreskrifterna ska ha följande lydelse,

dels att det i föreskrifterna ska införas två nya paragrafer, 2 kap. 11 a § och 6 kap. 5 a §, av följande lydelse.

1 kap.

7 § De termer och begrepp som används i läkemedelslagen (2015:315) och lagen (2009:366) om handel med läkemedel har samma betydelse i dessa föreskrifter. När det gäller veterinärmedicinska läkemedel har termer och begrepp i dessa föreskrifter samma betydelse som i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2019/6 av den 11 december 2018 om veterinärmedicinska läkemedel och om upphävande av direktiv 2001/82/EG.

I dessa föreskrifter används dessutom följande termer och begrepp med nedan angiven betydelse.

Bruksfärdigt läkemedel: läkemedel som är färdigt för användning.

Delexpediering: expediering av en del av den förordnade mängden läkemedel eller teknisk sprit.

EES: Europeiska ekonomiska samarbetsområdet.

Elektroniskt recept: ett recept i elektronisk form som tillkommit antingen genom elektronisk förskrivning eller genom att uppgifter från en receptblankett har förts över till ett elektroniskt format.

Expediering: den process som börjar med att läkemedel eller teknisk sprit efterfrågas utifrån ett förordnande och avslutas med att ett

HSLF-FS
2023:xx

läkemedel eller teknisk sprit blir utlämnat. Processen omfattar alla de uppgifter, inklusive kontroller och bedömningar, som ska utföras på ett öppenvårdsapotek i syfte att rätt läkemedel eller teknisk sprit ska kunna lämnas ut till rätt person.

Expedieringsintervall: den tid som förskrivaren anger ska ha passerat innan ett itererat recept får expedieras på nytt.

Förordna: att utfärda recept eller rekvisition avseende läkemedel eller teknisk sprit.

Förordnande: recept eller rekvisition.

Förskriva: att utfärda recept.

Förskrivare: den som är behörig att förordna läkemedel eller teknisk sprit, med undantag för den som får rekvirera läkemedel enligt 6 kap. 7 §.

Gängse benämning: det internationella generiska namnet på en aktiv substans som rekommenderas av Världshälsoorganisationen eller, om sådant inte finns, den vanligtvis använda benämningen.

Helhetskontroll: kontroll i slutskedet av en expediering som ska säkerställa att det läkemedel eller den tekniska sprit som ska utlämnas motsvarar det som förordnats samt att alla övriga uppgifter som ska ingå i en expediering, fram till utlämnandet, har utförts på rätt sätt.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet: verksamhet som omfattas av 2 kap. 1 § 1 och 2 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som avser åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter. Tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) omfattas inte.

Itererat recept: ett recept som är giltigt för flera expedieringar.

Jourdos: läkemedel som vid behandlingstillfället lämnas ut i mindre antal doser för att täcka patientens eller djurets behov till dess läkemedlet kan expedieras från öppenvårdsapotek.

Narkotiskt läkemedel: läkemedel som innehåller narkotika enligt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2011:10) om förteckningar över narkotika.

Originalförpackning: den läkemedelsförpackning som förpackats av tillverkaren eller innehavaren av godkännandet för försäljning av läkemedlet.

Recept: underlag för expediering av läkemedel eller teknisk sprit till enskild användare eller djur, inklusive sådana veterinärrecept som avses i artikel 4.33 i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2019/6.

Recept till människa: recept som avser läkemedel eller teknisk sprit för behandling av människa.

Recept för djur: recept som avser läkemedel eller teknisk sprit för behandling av djur, inklusive sådana veterinärrecept som avses i artikel 4.33 i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2019/6.

Rekvisition: beställning av läkemedel eller teknisk sprit från öppenvårdsapotek.

Signum: personlig signatur som anges för hand eller i elektronisk form.

**HSLF-FS
2023:xx**

Startförpackning: den minsta förpackning som godkänts för visst läkemedel och som avser högst en månads förbrukning. Med startförpackning avses inte insättningsförpackning eller titreringsförpackning.

Teknisk sprit: sådan vara som avses i 1 kap. 4 § alkohollagen (2010:1622).

Unik identitetsbeteckning: sådan säkerhetsdetalj som avses i artikel 3 i kommissionens delegerade förordning (EU) 2016/161 av den 2 oktober 2015 om komplettering av Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EG genom fastställande av närmare bestämmelser om de säkerhetsdetaljer som anges på förpackningar för humanläkemedel.

2 kap.

11 a § En sjuksköterska får rekvirera teknisk sprit och läkemedel för behandling av människa till hälso- och sjukvårdsverksamhet om följande förutsättningar är uppfyllda.

1. Sjuksköterskan är verksam hos en vårdgivare.
2. Rekvisitionen utfärdas inom ramen för anställningen eller uppdraget som sjuksköterska.
3. Det rekvirerade läkemedlet eller den tekniska spriten ska användas i vårdgivarens hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Narkotiska läkemedel får inte rekvireras enligt första stycket.

6 kap.

1 § En rekvisition till hälso- och sjukvården, till tandläkarpraktik eller till veterinärmedicinsk verksamhet ska utfärdas på papper eller elektroniskt om inte annat anges i dessa föreskrifter. Den som är behörig förskrivare enligt 2 kap. får rekvirera och motta sådant som omfattas av behörigheten. En rekvisition får även utfärdas i enlighet med 7 och 8 §§.

Läkemedel och teknisk sprit får rekvireras elektroniskt om det finns ett skriftligt avtal om överföring av elektroniska rekvisitioner mellan beställaren och berörda öppenvårdsapotek.

Det ska säkerställas att samtliga uppgifter som behövs vid elektronisk rekvisition överförs på ett säkert och korrekt sätt. Kan dessa krav inte uppfyllas får rekvisitionen inte expedieras.

5 a § På en rekvisition utfärdad av en sjuksköterska ska, utöver vad som framgår av 5 §, även följande anges.

1. Namnet på den vårdgivare där sjuksköterskan är verksam.
2. Namnet på den enhet där läkemedlet eller den tekniska spriten ska användas.

HSLF-FS
2023:xx

7 § Läkemedel får rekvireras av annan än förskrivare enligt följande:

1. Föreståndare för vetenskaplig institution eller motsvarande vid universitet eller högskola eller för sådant undersökningslaboratorium, forskningsinstitut eller dylikt, som ägs eller åtnjuter understöd av staten eller kommun, om läkemedlet ska användas för annat ändamål än sjukvård.

2. Sakkunnig person för verksamhet som har tillverknings- eller par-tihandelstillstånd för läkemedel.

3. Farmaceut som tjänstgör i Försvarsmaktens förband.

4. Befälhavare på fartyg, fartygets redare eller annan som befälha-varen delegerat uppgifterna till och som tjänstgör ombord på fartyget; enligt Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2021:80) om sjukvård och apotek på fartyg, enligt Transport-styrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2017:26) om fartyg i nationell sjöfart och enligt särskilda beslut som Transportstyrelsen meddelar om detta.

5. Den som yrkesmässigt utför elektriskt svetsningsarbete får, för behandling av ögonsmärter som uppkommit i samband med svetsning, så kallad svetsblänk, rekvirera ögondroppar innehållande 0.5–1% tet-rakainklorid, 0,4% oxibuprokainklorid i avdelade doser eller ögon-salva innehållande 0,5% cinkokain i minsta godkända förpackning.

I 6 § första stycket lagen (1992:860) om kontroll av narkotika anges att narkotiska läkemedel endast får lämnas ut efter förordnande av lä-kare, tandläkare eller veterinär.

8 kap.

43 § En verifikation ska upprättas över varje mot rekvisition utlämnat läkemedel eller utlämnad teknisk sprit. Verifikationen ska innehålla samtliga nedanstående uppgifter.

1. Vad som rekvirerats.

2. I de fall annat läkemedel än det rekvirerade lämnas ut: det utläm-nade läkemedlet.

3. Den förskrivare som ansvarar för rekvisitionen.

4. I förekommande fall leveransadress.

5. Uppgift om läkemedlets unika identitetsbeteckning, i de fall ö-penvårdsapoteket utför kontroll och avaktivering enligt artikel 25.2 i kommissionens delegerade förordning (EU) 2016/161.

6. Den farmaceut som ansvarat för expedieringen och i förekom-mande fall annan person som deltagit i expedieringen. Av uppgifterna ska det framgå vilka moment respektive person har utfört.

7. Datum och tidpunkt för utlämnandet och i förekommande fall datum och tidpunkt för helhetskontroll.

En verifikation avseende en rekvisition utfärdad av en sjukskö-terska ska även innehålla uppgift om vårdgivare och enhet i enlighet med 6 kap. 5 a §.

Om rekvisitionen behålls av öppenvårdsapoteket kan den utgöra en verifikation över utlämnandet under förutsättning att rekvisitionen innehåller uppgifter enligt första stycket.

**HSLF-FS
2023:xx**

Dessa föreskrifter träder i kraft den dag de utkommer från trycket.

Läkemedelsverket

BJÖRN ERIKSSON

Joakim Brandberg

Utkast

Läkemedelslista för sjuksköterskor med förskrivningsrätt

16. ÖVRIGT

Indikation	Godkända läkemedel innehållande	ATC-kod	Kommentar
Tillfälligt illamående	Meklozin	R06A E05	Inte till barn eller gravida kvinnor
Åksjuka	Skopolamin	A04A D01	Depotplåster Inte till barn under 10 år
	Dimenhydrinat	R06A A11	Inte till barn
	Meklozin	R06A E05	Inte till barn under 6 år
Hjälp mot abstinensbesvär vid rökavvänjning	Nikotin	N07B A01	
Hosta	Noskapin	R05D A07	
Feber	Ibuprofen	M01A E01	Inte beredningar för parenteral administrering
	Acetylsalicylsyra	N02B A01	Inte till barn under 18 år
	Acetylsalicylsyra, kombinationer exkl. neuroleptika	N02B A51	Inte till barn under 18 år
	Paracetamol	N02B E01	Inte beredningar för parenteral administrering
Beredning av injektionsvätska	Lösningar, spädningsvätskor och spolvätskor	V07A B	Sterilt vatten för injektion, natriumklorid för beredning av injektionsvätska

¹ Senaste lydelse HSLF-FS 2022:38.

HSLF-FS
2023:xx

HSLF-FS kan laddas ner via Läkemedelsverket.
Webb: www.lakemedelsverket.se

Författningen kan beställas via:
Norstedts Juridik
106 47 Stockholm
Telefon, kundservice: 08-657 95 00
E-post: order@forlagssystem.se
Internet: www.nj.se/offentligapublikationer

Konsekvensutredning gällande förslag om ändring av Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit

1. Problemet och vad som ska uppnås

Läkemedelsverket har tagit fram förslag på ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Förslaget innebär att sjuksköterskor ges behörighet att rekvirera (beställa) teknisk sprit och läkemedel för behandling av människa. Vidare föreslås följdändringar med anledning av sjuksköterskornas rekvisitionsrätt avseende kraven för vilka uppgifter som ska anges på en rekvisition och vad en verifikation ska innehålla samt en ny definition. Ytterligare en följdändring som föreslås är ett förtydligande i paragrafen som anger de övergripande kraven på en rekvisition. Utöver detta föreslås en ändring på grund av att en hänvisning till föreskrifter blivit inaktuell och en ändring i föreskrifternas bilaga 5 med anledning av en ändrad ATC-kod.

1.1. Sjuksköterskors rätt att förordna läkemedel

1.1.1. Bakgrund

Behörighet att förordna läkemedel regleras i 2 kap. Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit, de så kallade receptföreskrifterna. Enligt 2 kap. 11 § har sjuksköterskor som uppfyller av Socialstyrelsen fastställda krav på utbildning och övriga villkor rätt att förskriva vissa läkemedel till människa, det vill säga utfärda recept. Vilka läkemedel som omfattas av den rätten anges i bilaga 5 till föreskrifterna.

Över tid har bemyndigandet att föreskriva om sjuksköterskors rätt att förordna läkemedel växlat mellan att ges till Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Fram till år 2001 fanns regleringen i Läkemedelsverkets då gällande så kallade receptföreskrifter.¹ Enligt föreskrifterna fick sjuksköterskor som uppfyllde krav på utbildning och villkor förskriva vissa läkemedel och rekvirera läkemedel och teknisk sprit. Rekvirera läkemedel innebär att beställa läkemedel som ska användas i vården.

År 2001 överfördes bemyndigandet att föreskriva om sjuksköterskors förskrivningsrätt från Läkemedelsverket till Socialstyrelsen. Bemyndigandet för Socialstyrelsen omfattade då enbart rätten att förskriva läkemedel.²

Från och med den 1 januari 2021 reglerar Läkemedelsverket åter sjuksköterskors rätt att förordna läkemedel. Som anges ovan återfinns bestämmelsen nu i 2 kap. 11 § HSLF-FS 2021:75. Även i dessa föreskrifter regleras nu endast att sjuksköterskor har rätt att förskriva vissa läkemedel, inget anges om rätt att rekvirera läkemedel.

¹ Se 13 och 14 §§ Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:10) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

² 6 kap. 4 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, ändringsförordning 2001:84

1.1.2. Problemet

Det har framkommit att det finns ett behov av att sjuksköterskor får rätt att rekvirera läkemedel och teknisk sprit för att hälso- och sjukvården bäst ska kunna utnyttja sina personalresurser. Erfarenheter från när sjuksköterskorna hade en författningsreglerad rätt att rekvirera läkemedel visar inte att den hanteringen medförde några risker för patientsäkerheten. Det är därför en brist att sjuksköterskor inte har rätt att rekvirera teknisk sprit och läkemedel för behandling av människa enligt nu gällande föreskrifter.

1.1.3. Vad som ska uppnås

För att möta behovet av att på ett bättre sätt kunna utnyttja personalresurserna inom hälso- och sjukvården ser Läkemedelsverket att HSLF-FS 2021:75 bör ändras så att sjuksköterskor åter får rätt att rekvirera teknisk sprit och läkemedel för behandling av människa. Detta avser rekvisition av läkemedel och teknisk sprit för användning inom hälso- och sjukvård som inte bedrivs på sjukhus. För beställning av läkemedel och teknisk sprit till sjukhus gäller istället Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning. Enligt de sistnämnda föreskrifterna, och enligt rutiner som vårdgivare ska ha över vem som får rekvirera läkemedel och hur det ska gå till³, finns redan möjlighet för sjuksköterskor att rekvirera läkemedel till sjukhus.

1.1.4. Vad som föreslås

Läkemedelsverket föreslår en ny paragraf i HSLF-FS 2021:75, 2 kap. 11 a §, som anger att en sjuksköterska får rekvirera teknisk sprit och läkemedel för behandling av människa till hälso- och sjukvårdsverksamhet under vissa angivna förutsättningar. Den första förutsättningen är att sjuksköterskan är verksam hos en vårdgivare⁴. Vidare ska rekvisitionen utfärdas inom ramen för anställningen eller uppdraget som sjuksköterska. Det krävs också att det rekvirerade läkemedlet eller den tekniska spriten ska användas i vårdgivarens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Läkemedelsverket föreslår att begreppet hälso- och sjukvårdsverksamhet definieras i 1 kap. 7 § i föreskrifterna. Med hälso- och sjukvårdsverksamhet avses verksamhet som omfattas av 2 kap. 1 § 1 och 2 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som avser åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter. Tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) omfattas inte. Förutsättningen att det som rekvireras ska användas i vårdgivarens hälso- och sjukvårdsverksamhet innebär därför att en sjuksköterska t.ex. inte kan rekvirera läkemedel eller teknisk sprit till en tandvårdsklinik eller till en klinik för utförande av estetiska behandlingar.

I 2 kap. 11 § HSLF-FS 2021:75 anges att sjuksköterskor får förskriva vissa läkemedel. En förutsättning för att sjuksköterskor ska få förskriva läkemedel är att de uppfyller av Socialstyrelsen fastställda krav på utbildning och övriga villkor. Den förutsättningen föreslås inte gälla för sjuksköterskors rätt att rekvirera läkemedel och teknisk sprit. Rätten att rekvirera är inte heller kopplad till de läkemedel som anges i föreskrifternas bilaga 5. I bilaga 5 anges enbart de läkemedel som sjuksköterskor har rätt att utfärda på recept enligt 2 kap. 11 §.

För att minska risken för att narkotiska läkemedel avleds från den legala hanteringskedjan finns det enligt Läkemedelsverkets bedömning skäl att överväga en begränsning för sjuksköterskor att få sådana läkemedel utlämnade mot rekvisition. Inte för att sjuksköterskor i sig bedöms utgöra en särskild risk i detta avseende utan för att omständigheten att fler

³ Se 12 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården enligt vilken det ska det framgå av vårdgivarens rutiner för ordination och hantering av läkemedel bland annat hur läkemedel ska rekvireras och vem som får rekvirera läkemedel.

⁴ Vårdgivare definieras i 1 kap. 4 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel som fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård.

personer får rätt att lagligen få åtkomst till narkotika medför en sådan risk. Enligt vad Läkemedelsverket erfar finns inget stort behov av att sjuksköterskor ges rätt att rekvirera narkotiska läkemedel till andra vårdinrättningar än sjukhus. Läkemedelsverket föreslår därför att sådana läkemedel inte ska få rekvireras av sjuksköterska. Om berörda vårdgivare har behov av narkotiska läkemedel i sin verksamhet måste sådana rekvisitioner därför även fortsättningsvis utfärdas av läkare eller tandläkare. Det bör också noteras att det finns särskilda bestämmelser om behörighet för läkare att förordna vissa läkemedel i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel. Även dessa bestämmelser innebär en begränsning i sjuksköterskors rätt att få rekvirera vissa läkemedel.

I 6 kap. HSLF-FS 2021:75 regleras rekvisitioner. I 6 kap. 1 § anges de övergripande kraven på en rekvisition. Med anledning av att det nu föreslås en definition av hälso- och sjukvårdsverksamhet i föreskrifterna som utesluter tandvård enligt tandvårdslagen gör Läkemedelsverket bedömningen att det för tydlighets skull uttryckligen bör framgå av 6 kap. 1 § att paragrafen även omfattar rekvisitioner utfärdade av tandläkare till tandläkarpraktik. Läkemedelsverket föreslår också en ny paragraf i kapitlet, 5 a §, som anger vad som ska framgå av en rekvisition utfärdad av en sjuksköterska. Av en rekvisition som utfärdats av en sjuksköterska ska det enligt förslaget, utöver idag gällande krav på uppgifter enligt 5 §, även framgå namnet på den vårdgivare där sjuksköterskan är verksam och namnet på den enhet där läkemedlen eller den tekniska spriten ska användas. Uppgifterna behövs för att det ska gå att kontrollera att förutsättningarna i 2 kap. 11 a § är uppfyllda.

I 8 kap. 43 § HSLF-FS 2021:75 anges vad en verifikation ska innehålla. Läkemedelsverket föreslår att utöka kravet på uppgifter när verifikationen avser läkemedel eller teknisk sprit som utlämnats mot en rekvisition som utfärdats av en sjuksköterska. I ett sådant fall ska verifikationen även innehålla uppgift om vårdgivare och enhet i enlighet med den föreslagna bestämmelsen i 6 kap. 5 a §.

1.2. Redaktionella ändringar

I 6 kap. 7 § HSLF-FS 2021:75 finns reglerat när annan än förskrivare får rekvirera läkemedel. I punkten 4 finns bland annat en hänvisning till Sjöfartsverkets föreskrifter och allmänna råd (SJÖFS 2000:21) om sjukvård och apotek på fartyg. Dessa föreskrifter har upphävts och ersatts av Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2021:80) om sjukvård och apotek på fartyg. En redaktionell ändring föreslås med anledning av detta.

1.3. Sjuksköterskors förskrivningsrätt enligt bilaga 5

1.3.1. Bakgrund

I bilaga 5 i HSLF-FS 2021:75 anges vilka läkemedel som sjuksköterskor med förskrivningsrätt får förskriva. Läkemedelsverket föreslår att bilagan uppdateras med en ATC-kod som ändrats.

1.3.2. Problemet

Varje år gör World Health Organization (WHO) en översyn av ATC-koder för läkemedelssubstanser. Vid den senaste översynen skedde en delning av ATC-kod R06AA02. Läkemedel innehållande dimenhydrinat (även benämnt difenhydraminteoklat) flyttades till en ny ATC-kod, R06AA11. Läkemedel innehållande difenhydraminklorid behöll ATC-kod R06AA02.

I avsnitt 16 i bilaga 5 till HSLF-FS 2021:75 under rubrik Övrigt återfinns läkemedel som innehåller dimenhydrinat för indikation åksjuka. Den ATC-kod som anges i bilagan är efter ovan angivna ändringar inte längre korrekt och behöver ändras.

1.3.3. Vad som ska uppnås och vad som föreslås

För att det inte ska vara otydligt vilka läkemedel som omfattas av sjuksköterskornas förskrivningsrätt behöver ATC-koder anges korrekt i bilaga 5. Läkemedelsverket föreslår därför att ATC-koden för läkemedel innehållande dimenhydrinat ändras till R06AA11 i bilagan.

2. Alternativa lösningar

Behörighet att förordna läkemedel regleras i föreskrifterna HSLF-FS 2021:75 liksom vilka läkemedel en sjuksköterska har rätt att förskriva. De nu aktuella förslagen utgör ändringar i befintliga föreskrifter i dessa avseenden. Läkemedelsverket bedömer att något alternativt sätt att genomföra föreslagna ändringar därför inte finns.

3. De som berörs av regleringen

De som berörs av de föreslagna ändringarna är vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård och vars verksamhet innefattar rekvirering av läkemedel och teknisk sprit. Sjukhusens läkemedelsförsörjning påverkas dock inte. Läkare och sjuksköterskor som arbetar inom hälso- och sjukvårdsverksamhet som inte bedrivs på sjukhus berörs eftersom sjuksköterskor föreslås få en författningsreglerad rätt att rekvirera läkemedel och teknisk sprit. Det medför att sjuksköterskor kommer att kunna utföra en administrativ uppgift som annars måste utföras av läkare. Tillståndshavare för öppenvårdsapotek samt apotekspersonal på öppenvårdsapotek påverkas genom de nya kraven på uppgifter som ska kontrolleras och dokumenteras i samband med expediering av en rekvisition utfärdad av en sjuksköterska.

4. Bemyndiganden

Läkemedelsverket meddelar de föreslagna föreskrifterna med stöd av bemyndiganden i 9 kap. 9 § 2 och 3 samt 11–12 §§ läkemedelsförordningen (2015:458) samt 14 § 15 förordningen (2009:659) om handel med läkemedel.

5. Kostnadsmässiga och andra konsekvenser

Läkemedelsverket gör bedömningen att de föreslagna föreskrifterna och ändringarna medför följande kostnader och konsekvenser.

5.1. Vårdgivare

Vårdgivare kan behöva ändra sina rutiner rörande rekvirering av läkemedel och teknisk sprit då en ny personalkategori får rätt att rekvirera dessa varor och ytterligare uppgifter ska anges på sådana rekvisitioner. För de vårdgivare som använder elektroniska beställningssystem för rekvisitionshantering kan ändringar behöva göras i dessa system för att de nya uppgifterna ska kunna anges. Hur omfattande sådana ändringar skulle bli beror på systemens nuvarande utformning och går därför inte enkelt att uppskatta.

Berörd personal hos vårdgivaren behöver tid för inläsning av ändrade rutiner. Omfattningen av de rutiner som ska implementeras kan variera. Det går därför inte att uppskatta tidsåtgången för uppdatering och inläsning av nya och uppdaterade rutiner närmare.

5.2. Öppenvårdsapotek samt öppenvårdsapotekspersonal

De föreslagna ändringarna medför att tillståndshavare kan behöva ändra befintliga instruktioner och upprätta nya instruktioner rörande expediering av rekvisition av läkemedel och teknisk sprit samt sedan implementera dessa i verksamheten. Detta uppskattar Läkemedelsverket kunna ta cirka tre timmar. Läkemedelsverket bedömer att uppgiften kommer att utföras av en läkemedelsansvarig med en beräknad timlön på 220 kronor. Till detta belopp kommer kostnader för sociala avgifter. Olika apotek har olika förutsättningar för detta arbete och därmed kommer arbetstid och därmed kostnaderna kunna variera för detta. För det fall instruktioner tas fram på central nivå, exempelvis inom en apotekskedja, blir kostnaden per öppenvårdsapotek sannolikt lägre. Beroende på hur öppenvårdsapotekens expedieringsstöd är utformat och hur verifikationer arkiveras kan anpassningar i systemstöd krävas. Hur omfattande sådana ändringar skulle bli beror på systemens nuvarande utformning och kostnaderna för detta går därför inte enkelt att uppskatta.

Berörd personal på öppenvårdsapotek behöver tid för inläsning av ändrade instruktioner och läkemedelsansvarig eller annan ansvarig person behöver tid för att följa upp att personalen har tagit del av tillämpliga instruktioner. Beroende på omfattningen av de instruktioner som ska implementeras samt hur öppenvårdsapoteks personalgrupper är sammansatta avseende antal anställda och yrkeskategorier, kan kostnaden för detta variera. Även omfattningen av behov av nya och reviderade instruktioner i förhållande till verksamheten kan variera. Det går därför inte att uppskatta tidsåtgången för inläsning av nya och uppdaterade instruktioner närmare.

6. Överensstämmelse med EU-lagstiftning

Läkemedelsverket bedömer att de föreslagna föreskrifterna är förenliga med EU-rätten då de är icke-diskriminerande, proportionerliga och nödvändiga att genomföra för att säkerställa folkhälsan.

7. Tidpunkt för ikraftträdande och särskilda informationsinsatser

Läkemedelsverket gör bedömningen att föreskriftsändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt eftersom ändringen medför en möjlighet att mer effektivt utnyttja hälso- och sjukvårdens resurser. För det fall förslagen innebär att ändringar behöver göras i en aktörs systemstöd som kräver viss tid för genomförande bör det gå att hantera rekvisitioner och verifikationer på annat sätt under övergångstiden. Det finns inga författningskrav på särskild systemteknisk hantering av dessa handlingar.

De beslutade föreskrifterna kommer att publiceras på Läkemedelsverkets webbplats när de kommer ut från tryck. Det kommer att publiceras en nyhet om de beslutade föreskrifterna på Läkemedelsverkets webbplats och information kommer även att skickas ut i Läkemedelsverkets nyhetsbrev "Nytt från Läkemedelsverket" och "Nyhetsbrev för apotek". En informationsinsats kommer att göras till öppenvårdsapotek, vårdförbund, kommuner och regioner.

8. Effekter av betydelse för företag?

Om regleringen kan få effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt ska konsekvensutredningen innehålla en beskrivning enligt 7 § förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning. Läkemedelsverket bedömer inte att de föreslagna föreskrifterna och föreskriftsändringarna kommer att medföra några sådana effekter eller förändringar av betydelse. Konsekvensutredningen innehåller därför inte någon beskrivning enligt bestämmelsen.

9. Effekter för kommuner, regioner eller förändringar av kommunala befogenheter och skyldigheter

Förslagen till föreskrifter och föreskriftsändringar bedöms inte medföra sådana effekter och förändringar som anges i 8 § förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

10. Kontaktpersoner

Nedanstående kontaktpersoner kan nås på telefonnumret 018-17 46 00 och på e-postadressen

Therese Isgren	Rättsenheten
Pernilla Lötberg	Rättsenheten
Ellen Nilsson	Rättsenheten
Maria Björkman	Apotek och receptfri detaljhandel
Martin Elfversson	Apotek och receptfri detaljhandel
Ulrika Eriksson	Apotek och receptfri detaljhandel

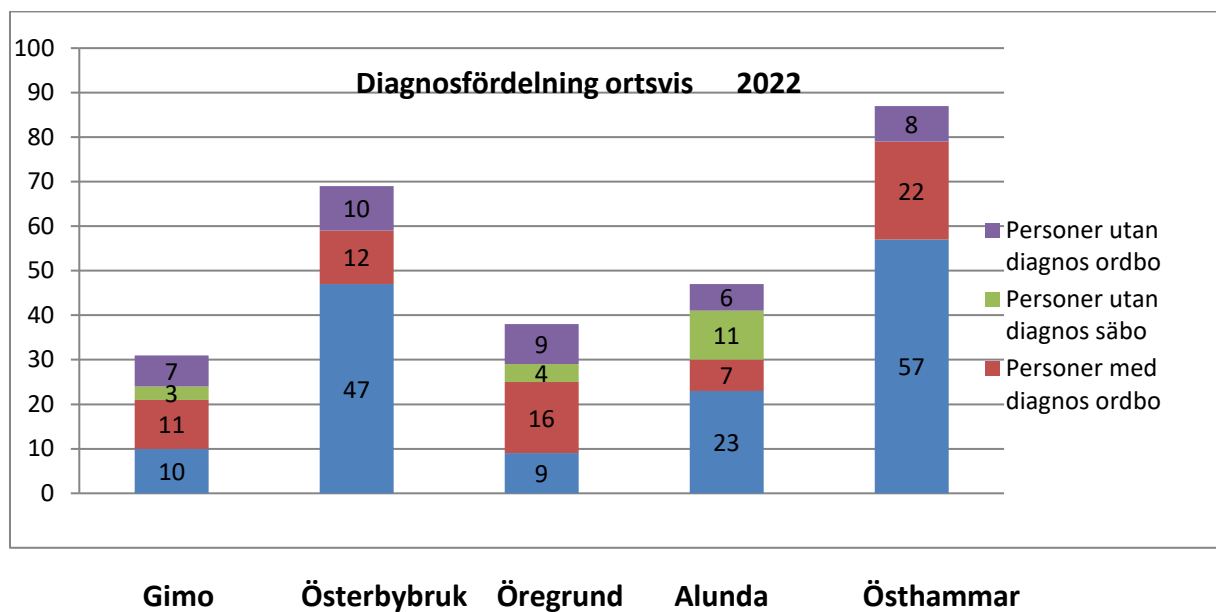
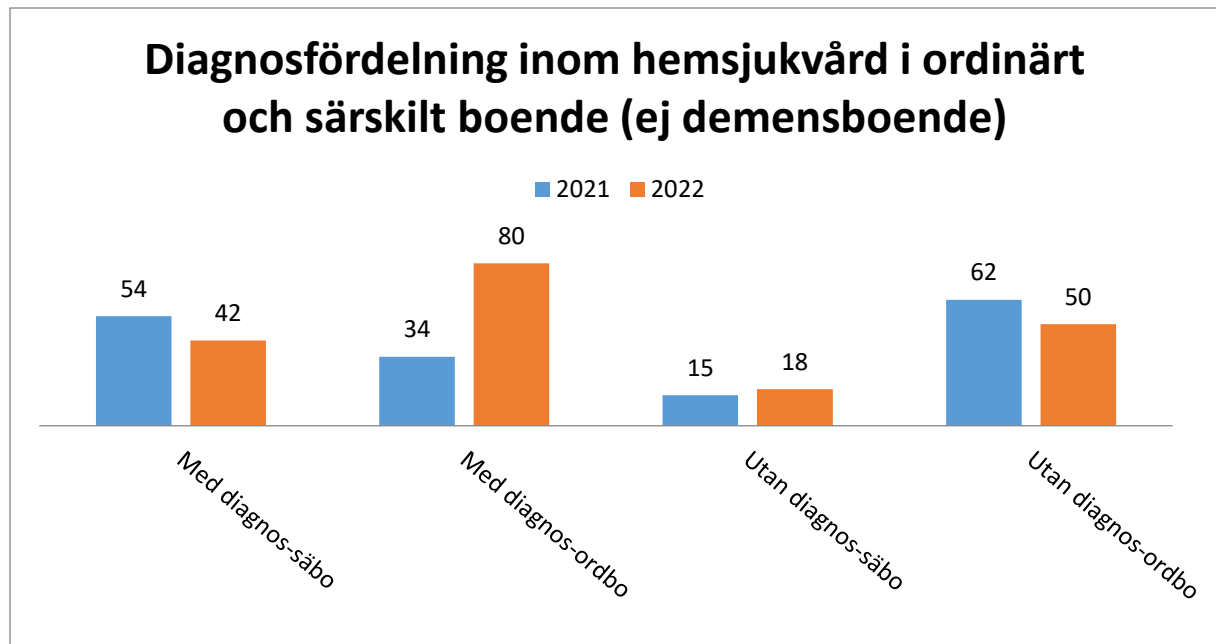
Sjuksköterskors förskrivningsrätt enligt bilaga 5

Ulrika Haglind	Läkemedel i användning
Lovisa Wallenberg	Läkemedel i användning

11. Bilaga

1. Förslag till föreskrifter (HSLF-FS 2023:XX) om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit

Hemsjukvård ordinärt och särskilt boende december 2022 Östhammars kommun





Patientsäkerhetsberättelse 2022 enligt ny mall

Omsorg, 2022

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING.....	3
2	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
2.2	En god säkerhetskultur	6
2.3	Adekvat kunskap och kompetens.....	7
2.4	Patienten som medskapare.....	8
3	AGERA FÖR SÄKER VÅRD	8
3.1	1. Identifiering	8
3.2	2. Analys	9
3.3	Öka kunskap om inträffade vårdskador	19
3.4	Tillförlitliga och säkra system och processer	19
3.5	Säker vård här och nu.....	19
3.6	Stärka analys, lärande och utveckling	20
3.7	Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
4	MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	25

1 SAMMANFATTNING

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Uppföljning har under året skett genom granskning av journaldokumentation på superanvändarträffar. Granskning av läkemedelsförråd och läkemedelshantering har genomförts av extern farmaceut. Delegerad personal både på särskilt boende och i ordinärt boende fick svara på ett antal frågor i en enkät som sedan sammanställdes och genomgång av svaren var en del av granskningen. Riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen har genomförts i nationella kvalitetsregistret, Senior alert.

BPSD-registreringar har genomförts kontinuerligt under året, vilket leder till tvärprofessionella vårdåtgärder för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Utbildningar från Vårdhygien har genomförts under året, på grund av den rådande pandemin har utbildningarna skett digitalt. Återrapportering av vårdpreventiva processer har skett från uppgifter tagna från Senior alert och svenska palliativ registret till verksamheten. Ett annat viktigt led i förbättringsarbetet är tvärprofessionella team-träffar på enheter där man systematiskt analyserar och åtgärdar avvikelser, detta har under 2022 utförts i begränsad omfattning på grund av pandemin.

Samverkansmöten har skett kontinuerligt under året med region Uppsala och kommunerna i länet, detta har intensifierats under rådande pandemi. Östhammars kommun har, tillsammans med regionens vårdcentraler, gemensamma hemtagningsteam på varje ort. Varje dag samordnas insatser så att de patienter som behöver insatser, får rätt insatser och en trygg hemgång. Nu fortsätter arbetet framåt i en flerårig plan då den ständigt behöver utvecklas och förbättras.

Under året har kommunikationsverktyget Prator övergått till Cosmic Link.

Arbetet med att utbilda och få säkerhet i dokumentationssystem Combine har pågått under året. Det kommer att vara ett arbete som hela tiden måste finnas med för att utveckling och säkerhet ska hållas aktuellt.

Under året har digitala möten genomförts varje vecka med MAS/MAR, enhetschefer, verksamhetschef och sjuksköterskor med fokus på hygien, smittspridning, smittspårning och skyddsutrustning.

Arbetet med stärkt patientsäkerhetsarbete påbörjades under hösten och kommer fortgå under 2023.

2 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

2.1.1 Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

- Förebygga vårdskador genom fortsatt arbete i de lokala tvärprofessionella teamen för att öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning görs enligt Senior alert. Det är ett mycket viktigt arbete för att vända trenden med fallavvikelser.
- God vård vid demenssjukdom: Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens enligt BPSD. Utveckla återkoppling och användandet av utdata på kvalitetsmått inom verksamheten.
- Utbildning för omvårdnadspersonal har utförts gällande bemötande vid demenssjukdom.
- Tre administratörsutbildningar i BPSD-registret har kunnat genomföras under året.
- Fortsatt egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin varje månad. Vårdhygienisk information och utbildning har genomförts kontinuerligt under året för befintliga och nya hygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer.
- Spol-och diskdesinfektorer har installerats under året.
- En handlingsplan för att förebygga utbrott och hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa finns på varje särskilt boende och ska uppdateras årligen.
- Handlingsplan och riskanalys covid-19 med uppföljning har utförts av varje verksamhet och dokumenterats i KIA.
- God vård i livets slutskede – alla dödsfall ska registreras, och vårdkvaliteten på de väntade dödsfallen ska följas upp utifrån Svenska Palliativ registret. Webbutbildning i allmän palliativ vård för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig.
- Validerad smärtskattning ska genomföras kontinuerligt och dokumenteras. Utbildning har utförts under året.
- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar. Utveckla arbetet med dokumentations- och loggranskning.
- Utveckling av rutiner kring läkemedelshantering ska ske utifrån de brister som påvisats. Uppföljning genom utvärdering av de lokala granskningsprotokollen från

- farmaceut för att säkerställa en fortsatt god läkemedelshantering.
- Fortsatt utveckling av orternas lokala samverkansgrupper mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för patienten.
- BPSD-utbildning - ingen grundutbildning har genomförts under 2022.

2.1.2 Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Ytterst har Socialnämnden som vårdgivare ansvaret för patientsäkerheten. Ansvaret innebär att fastställa övergripande mål för verksamheten samt att följa upp dessa. Uppdrag utifrån detta delegeras till ledningen för sektor omsorg.

Vårdgivaren ansvarar för att det utses verksamhetschef med tydliga och anvisade ansvarsområden för den hälso- och sjukvård som vårdgivaren har ansvar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 4 kap. 2§.

Sektorchef har tillsammans med verksamhetschef ansvar för att följa upp och analysera verksamheten inom patientsäkerhetsområdet.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). MAS ansvarar på uppdrag av vårdgivaren för att det i samråd med verksamhetschef, upprättas övergripande riktlinjer och rutiner för kvalitet och säkerhet i verksamheten avseende den vård och behandling som patienterna ges. Ansvaret omfattar även att utöva tillsyn och kvalitetsgranska verksamheten. MAS har på uppdrag av vårdgivaren ansvar för att anmäla allvarliga händelser till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, enligt Lex Maria. I Östhammars kommun finns även en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Enhetschef ansvarar för att medarbetare har rätt kompetens, förutsättningar och behörighet för att utföra sina uppdrag på ett säkert sätt samt att det finns operativa mål för patientsäkerhet i verksamheten utifrån vårdgivarens mål.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet med förbättringar och utveckling av den egna kompetensen. Omvårdnadspersonal som biträder legitimerad personal genom delegering har ansvar för att dessa hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs korrekt.

2.1.2.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Den övergripande samverkansorganisationen i Uppsala län, tjänstemannaberedningen inom hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO), där bland annat kommunernas socialchefer/sektorchefer och region Uppsalas ledning finns representerade, beslutar om de gemensamma dokument som styr samverkan mellan länets kommuner och region Uppsala. På region Uppsalas hemsida finns de framtagna styrdokumenterna – vård i samverkan (ViS) som reglerar samverkan inom länet.

I samarbetet med region Uppsala finns en rutin som beskriver avvikelshantering i samband med in- och utskrivning, så att identifierade brister kan återrapporteras och åtgärdas. Skriftlig återkoppling sker i eventuella avvikelser i informationsöverföringen. Avvikelser tas upp gemensamt och analyseras i patientsäkerhetsgruppen som bland annat består av MAS och MAR i länets kommuner, regionens chefsläkare och representanter från patientnämnden.

Utvecklingsgrupper arbetar med utveckling av exempelvis det elektroniska kommunikationsverktyget samt med riktlinjer och övergripande samverkansrutiner för att bland annat säkra och utveckla in- och utskrivning av färdigbehandlade patienter till och från slutenvården.

Hemtagningsteam med representanter från primärvård, hemsjukvård, biståndshandläggning samt chefer arbetar lokalt på varje ort gemensamt för trygg och säker utskrivning för patienter från slutenvården.

Uppföljningar av patienter som skrivs ut från slutenvården görs av fast vårdkontakt på regional primärvård inom 72 timmar efter utskrivning. På särskilt boende för äldre och korttidsplatser sker uppföljningen av boendets sjuksköterska och läkare.

2.1.2.2 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Journalföring

Kollegial journalgranskning har under året genomförts av superanvändare och objektspecialister inom hemsjukvården. Gruppen består av legitimerad personal och dess chefer som tillsammans med förvaltningsledare (förvaltningsledare avser en roll inom kommunens IT-styrmodell) och MAS/MAR tar fram och följer upp rutiner och förslag på utbildning för förbättrad journalföring. Loggranskning har genomförts en gång per kvartal av legitimerad personal, samtliga professioner. Journalgranskning har skett utifrån slumpmässigt utvalda personnummer en gång per kvartal, vid dessa kontroller har inget funnits att anmärka på. Utifrån en hälsokontroll av journalsystemet som genomfördes 2020 pågår arbete med att förbättra de brister som uppmärksammats.

2.2 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet *SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

Vårdskador i samband med till exempel fallolyckor och felaktig medicinering följs upp genom granskning och uppföljning i enheternas tvärprofessionella team. Allvarliga händelser rapporteras till verksamhetschef och MAS/MAR för fortsatt utredning, risk- och händelseanalys och att anmäla allvarliga händelser till läkemedelsverket och/eller inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria.

Personal rapporterar avvikelser och risk för avvikelser i DF respons, rapporten skickas sedan vidare till chef.

Tertialrapporter från avvikelssystemet analyseras och presenteras i nämnd av verksamheten. Externa avvikelser hanteras i DF respons av MAS och MAR.

Klagomål och synpunkter *SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6*

Ärenden kan lämnas direkt till en enhet eller genom kommunens gemensamma system för klagomål och synpunkter. Om ärendet berör patientsäkerhet så tar ansvarig chef kontakt med MAS/MAR alternativt verksamhetschef för rådgörande/granskning. Detta avgör också vem/vilka som ansvarar för utredning samt svar till anmälaren.

Tertialrapporter på synpunkter analyseras och presenteras i nämnd av verksamheten.

2.3 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Personal som får delegering av sjuksköterska för läkemedel och insulingivning genomför en webbutbildning inför delegering av läkemedel och insulin. Det innebär att lika information ges till all delegerad personal. Sedan ges en skriftlig lokalt anpassad information av sjuksköterska på hemsjukvårdsområdet.

Fortbildningsmöten i digital form mellan hygienombud och avdelningen för mikrobiologi och vårdhygien har skett under året. Fortbildningstillfällen inom området har även hållits för legitimerad personal samt chefer under året.

Utbildning för omvårdnadspersonal har utförts gällande bemötande vid demenssjukdom. Tre administratörsutbildningar i BPSD-registret har kunnat genomföras under året.

Vårdhygienisk information och utbildning har genomförts kontinuerligt under året för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. Webbutbildning i allmän palliativ vård för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig.

Utbildning i validerad smärtskattning har utförts under året.

Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar.

Hjälpmedelsverksamheten har genomfört utbildning i Grundläggande förskrivningsrätt vid 9 tillfällen under året.

Hygiengenomgång i Hjälpmedelsförrådet har utförts med hygienombud och Vårdhygien.

Våra särskilda boenden Parkvägen 7-9 och Edsvägen 16 har under 2022 erhållit Silviacertifiering.

Två heldagsutbildningar i klinisk bedömning steg 1 har genomförts för sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukkymnaster och undersköterskor inom hemsjukvården.

2.4 Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vid allvarliga händelser ska alltid den som drabbats och i förekommande fall dennes närstående informeras. Närstående erbjuds att delta i vårdplaneringar och riskbedömningar i de fall patienten så önskar/samtycker. Information till närstående sker efter överenskommelse och i samråd med patienten. Målsättningen är att patienten ska vara delaktig i sin vård och behandling och att de professionella besluten grundar sig på delaktighet i den mån det är möjligt.

Hjälpmedelsverksamheten har tillsammans med rehabenheten och arbetsmarknadsenheten genomfört sex st turnéer med rollatortäkt. Där har patienter fått information samt service/reparation av sin rollator för att minska risken för att trasiga och slitna rollatorer används och därmed minska risken för skada.

3 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:

3.1 1. Identifiering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Mätning BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

BPSD drabbar någon gång ca 90% av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående. Genom tvärprofessionella vårdåtgärder kan vi minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär, åtgärderna leder till ökad livskvalité för personen med demenssjukdom. BPSD registreringar genomförs när behov uppstår kontinuerligt och skrivs in i BPSD registret av speciellt utbildad omvårdnadspersonal, BPSD-administratörer.

Livskvalitet vid demens (Qualid)

Qualid är ett amerikanskt instrument för att mäta livskvalitet vid svår demenssjukdom. Personer med demenssjukdom i sent stadium har ofta svårt att själva berätta hur de mår. Därför görs bedömningen av personal som är väl förtrogen med personens normala beteende och har tillbringat en betydande del av den senaste veckan tillsammans med den sjuke. Testet

består av elva frågor om observerbart beteende och om sinnesstämning som skattas efter förekomst under den senaste veckan. Den mätningen görs en vecka varje år på de personer som bor på särskilt boende och har en demensdiagnos.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

Det förebyggande arbetssättet och logiken i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg:

- Identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktnedgång, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder
- Följa upp åtgärder och utvärdera resultat

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

Registrering palliativ vård

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slutskede oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Personalen använder sedan resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar görs kan man använda resultat från Svenska palliativregistret för uppföljning.

3.2 2. Analys

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Granskning av läkemedelshantering och lokala rutiner inom hemsjukvården har utförts tillsammans med en extern farmaceut. Delegerad omvårdnadspersonal deltog och fick inför granskningen svara på ett antal frågor i en enkät. Nytt för året är att LSS grupp- och servicebostäder inkluderas i granskningen. Svaren sammanställdes inför granskningstillfället och tillsammans analyserades inkomna svar. Skriftlig återrapportering med synpunkter och förbättringsförslag från farmaceut till enhetschefer, läkemedelsförrådsansvariga sjuksköterskor och MAS har skett. Farmaceutens rapporter delges även verksamhetschef. Läkemedelsrutinen och blanketter uppdateras årligen vid behov för att säkerställa läkemedelshanteringen. För att minska risken med förväxling av läkemedel till patienter ska läkemedel förvaras i hemmet. I de ärenden där det inte är möjligt att patient eller närstående kan införskaffa eget låsbart medicinskåp finns möjlighet att låna ett portabelt låsbart medicinskåp från varje hemtjänstområde.

Arbetet med att säkerställa de hygienrutiner som behövs för en patientsäker vårdmiljö har

pågått under året. Installation av Spol- och diskdesinfektorer pågår.

Läkemedel

Kontrollräkning av narkotika ska utföras regelbundet och svinn ska rapporteras till MAS.

Hjälpmedel och förebyggande arbete

Skriftlig förebyggande information har ersatt fysiska hembesök under året till följd av pandemin. Qigong har erbjudits för gruppen anhöriga vid 3 tillfällen under året.

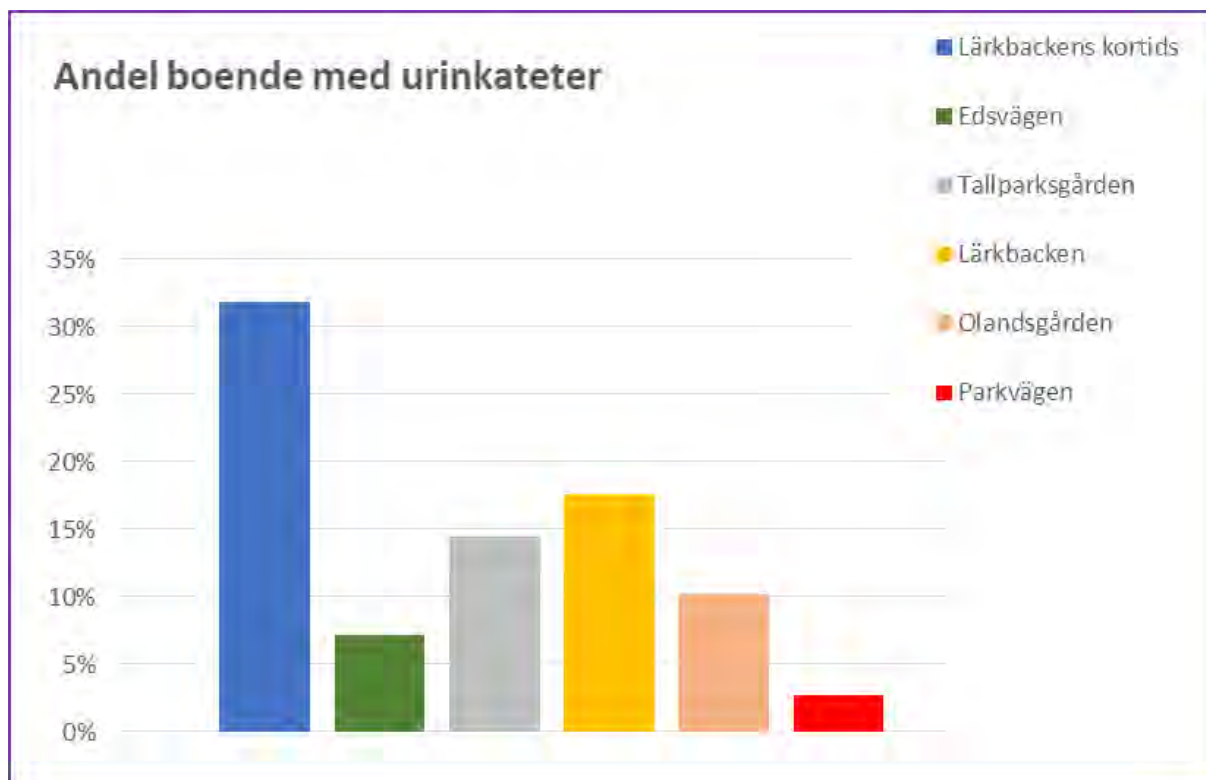
Registreringar av infektioner på särskilda boenden och korttidsenheten

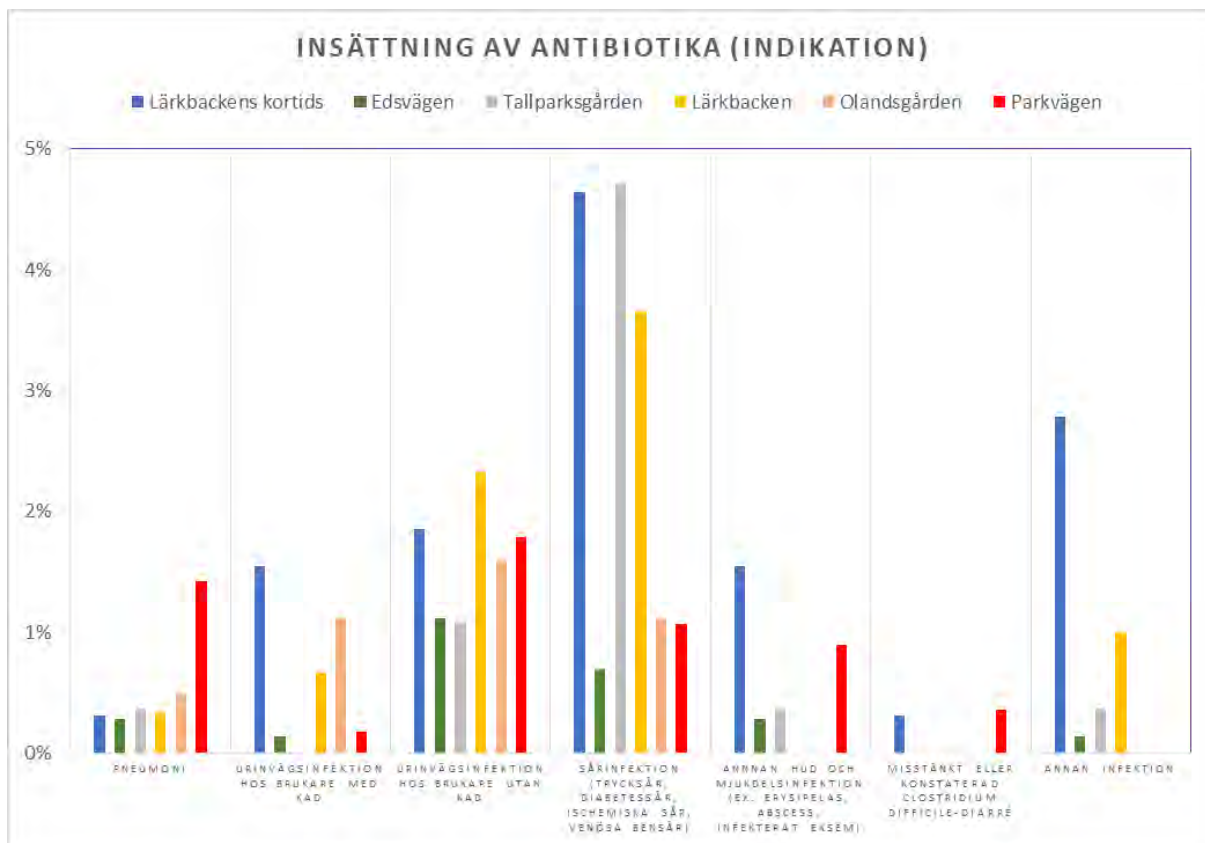
Infektionsregistreringen har gjorts på SÄBO och korttidsenheten. Registreringen har gjorts av ansvarig sjuksköterska. Från korttidsenheten och varje SÄBO har registreringarna sammanfattats av MAS kommunvis den 15:e i månaden efter varje kvartal. Vårdhygien har sammanställt resultatet i form av en helårsrapport i mars. Återkoppling av resultat sker från MAS till ansvariga för varje SÄBO.

Lite korta fakta utifrån data:

- Underlaget: 2809 registreringar har utförts
- Samtliga SÄBO och korttidsenheten representerade med statistik från alla kvartal.
- Tallparksgården och Lärkbacken inklusive Korttidsenheten avviker också procentuellt för sårinfektioner.
- Lärkbackens Korttidsenhet avviker procentuellt med att fler får antibiotika för annan hud- och mjukdelsinfektion.

Andel boende med urinkateter har på korttidsenheten ökat från 14% 2021 till 32% 2022.





Från 2018 finns på varje särskilt boende en handlingsplan för att tidigt kunna sätta in de åtgärder som motverkar risken för utbrott med magsjuka och influensa. En mall för handlingsplan finns framtagna på Vårdhygiens hemsida, varje enhet fyller i handlingsplanen. Syftet är att en i förväg upprättad strategi ska göra verksamheten bättre förberedd att hantera risken för smittspridning.

Resultat Qualid

För att kunna mäta livskvalitet hos personer med demensdiagnos och utveckla förståelse och kunskap används Qualid som mätinstrument. Det innebär att omvårdnadspersonal observerar en person med demens under en vecka och får sedan svara på ett antal frågor som sammanställs. Qualid-mätning har genomförts en gång 2022.

11 poäng=Högsta grad av livskvalitet och 55 poäng= Lägsta grad av livskvalitet

Boende	Antal boende med diagnos	Medeltal	Högsta grad av livskvalitet	Lägsta grad av livskvalitet
Edsvägen 16	59	21	12	31
Olandsgården	21	25	18	35
Parkvägen 7-9	42	21	14	30
Lärkbacken	13	18	14	29
Tallparksgården	9	21	13	29
Alla boenden	144	21	14	31

Resultat Senior Alert

Riskbedömning enligt Senior alert erbjuds till samtliga som flyttar in på särskilt boende, personer i ordinärt boende som bedöms vara riskpersoner eller har tre eller fler insatser per dygn. Målet är att trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen ska förebyggas. Östhammars kommun jämförs med riket för att se hur vi ligger till med riskbedömningar med risk, bakomliggande orsaker, åtgärdsplan och utförda åtgärder vid risk procentuellt.

Covid -19

Vaccinering av patienter och medarbetare inom vård och omsorg har pågått under hela 2021 och 2022- upp till fem doser har erbjudits samtliga över 65 år.

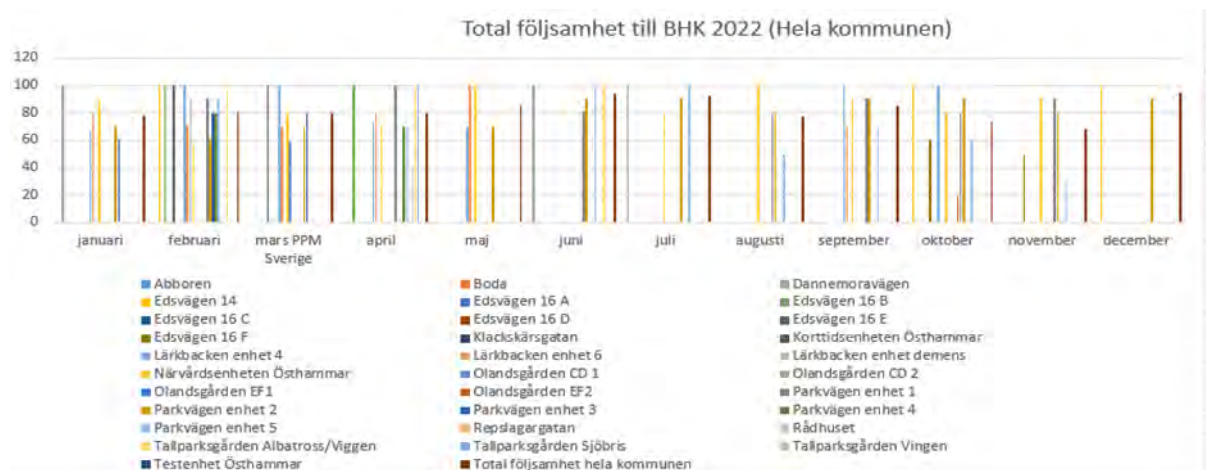
Riskanalys

Utifrån identifierade brister i dokumentationssystemet Combine utfördes en hälsoanalys av leverantören tillsammans med förvaltningsledare, objektspecialister MAS och MAR under första kvartalet 2020. En handlingsplan har tagits fram och arbetet har pågått under 2022 och fortsätter även 2023.

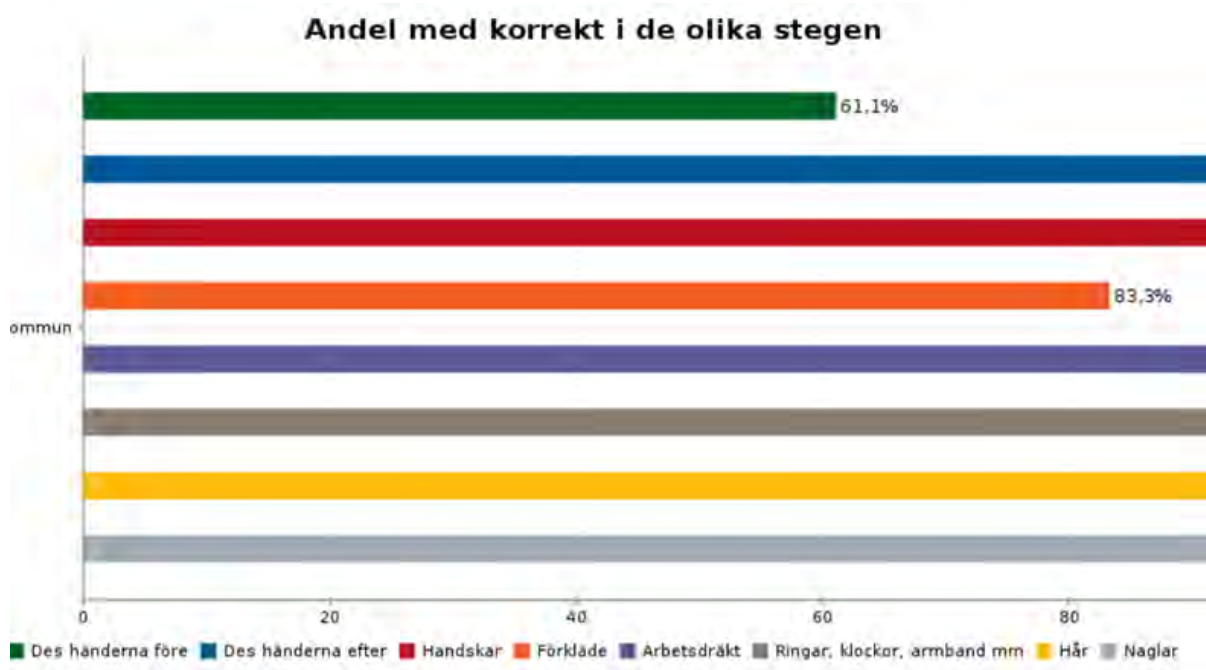
Basala hygienrutiner

För att följa upp och förbättra följsamheten gällande basala hygienrutiner finns en hygienombudsorganisation samt en självskattningsmetod av följsamhet gällande basala hygienrutiner. Självskattning sker enhetsspecifikt en gång per månad och utfall av självskattning ska beskrivas i enheternas verksamhetsberättelser. Under året har tre träffar (varav en digitalt som var länsgemensamt) genomförts med hygienombud, MAS och Vårdhygiens sjuksköterska från Region Uppsala.

På våra särskilda boenden, LSS-gruppboendena, korttidsenheten och närvårdsenheten genomförs kollegial granskning varje månad vilket inrapporteras till Sveriges Kommuner och Regioners databas för basala hygien- och klädrutiner (BHK).



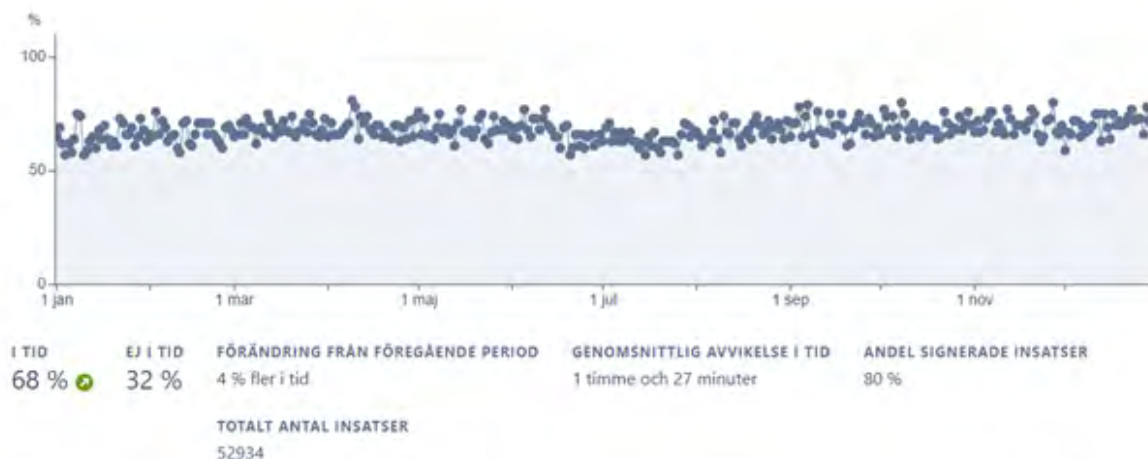
Tabell BHK visar samtliga enheter under december månad



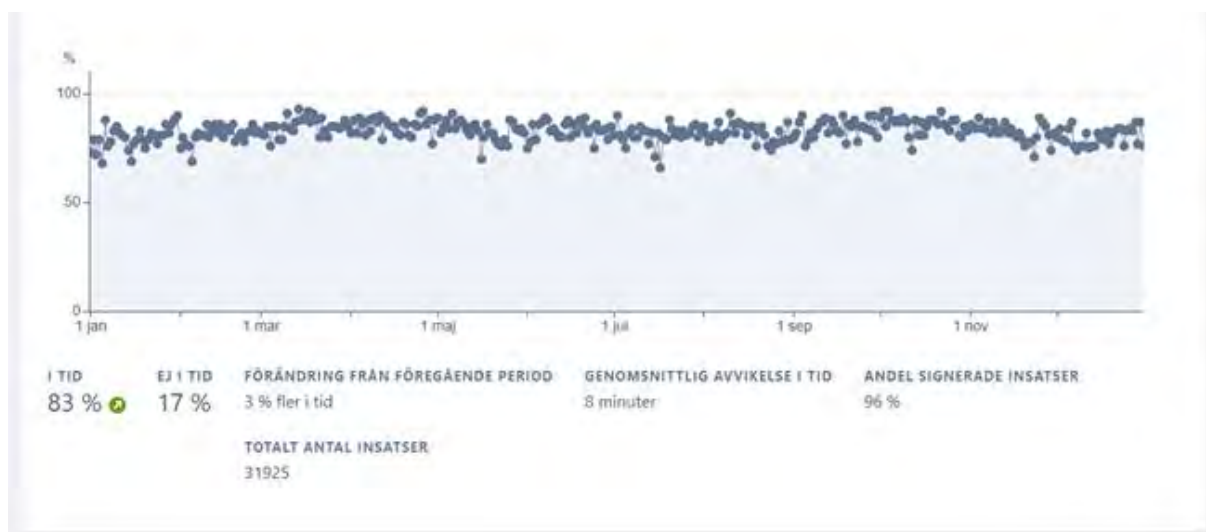
Medication Care Support System - MCSS

Digital signering sker i MCSS (Medication Care Support System) för att upprätthålla patientsäkerheten. Under året har totalt 1 371 790 insatser som är delegerade/ordinerade utförts. Motsvarande siffra för 2021 var 1 282 737 delegerade insatser.

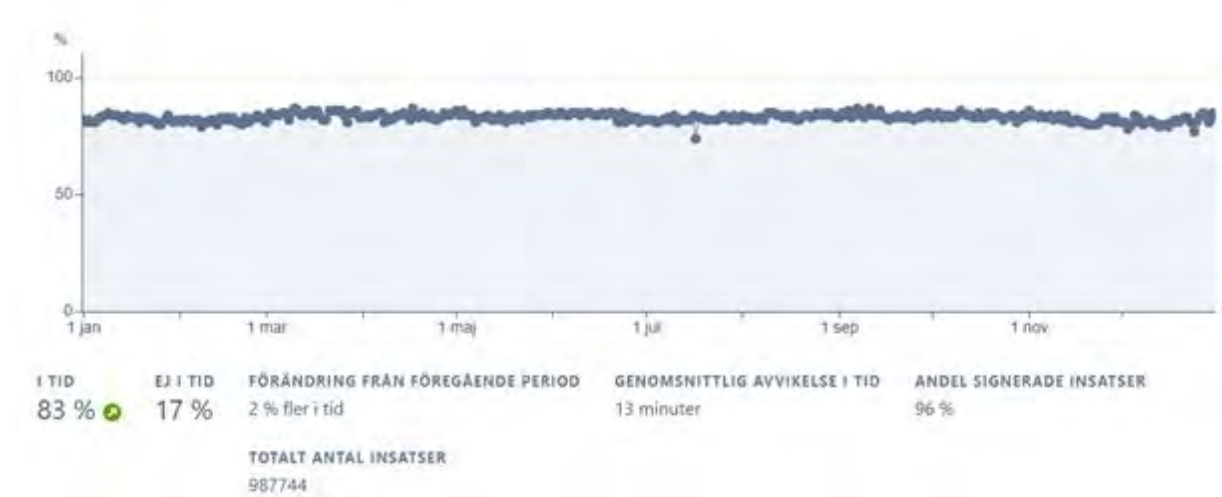
Tabell avser rehabinsatser som exempelvis ståträning ordinerade/delegerade av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 220101-221231.



Tabell avser insulindelegerade insatser ordinerade av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 220101-221231.



Tabell avser delegerade läkemedelsinsatser av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 220101-221231.



Resultat BPSD

Genom tvärprofessionella vårdåtgärder minskar förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga psykiska symtom vid demens (BPSD). Det leder till ökad livskvalitet för personer med demens.

Att förebygga vårdskador och lidande genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) enligt nationella kvalitetsregistret BPSD. Se tabell för antal registreringar och antal personer.

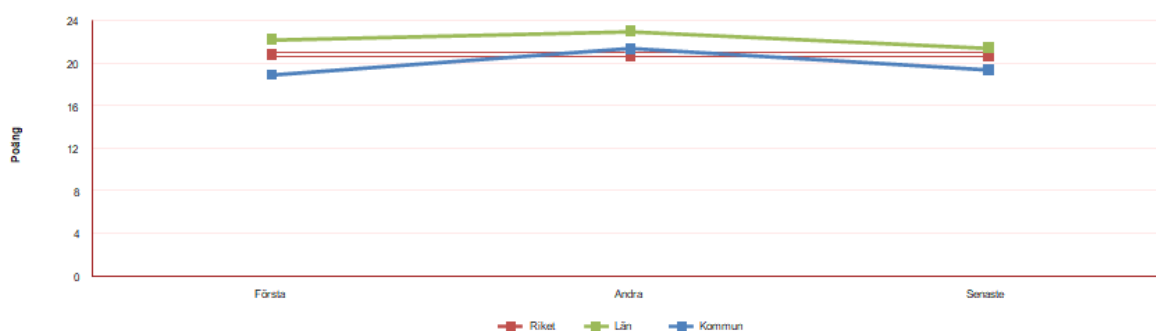
NPI är en skala som är utvecklad för att mäta beteendesymptom (BPSD) vid olika demenssjukdomar. Frekvensen och svårighetsgraden av de olika symptomen skattas genom intervju med närstående (anhörig eller vårdare). Frekvensen (1-4 poäng) och svårighetsgraden (0-3 poäng) för varje delsymptom multipliceras till en slutsumma vilket ger en maximal poäng 120 i NPI-10 respektive 144 poäng i NPI-12. Ju högre poäng, desto svårare symptom.

NPI POÄNG ÖVER TID (JÄMFÖRELSE RIKE, LÄN OCH ÖSTHAMMARS KOMMUN)

I takt med att demenssjukdomen fortskrider brukar förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD öka och personen med demenssjukdom får allt svårare att tolka sin omgivning och att kommunicera. När BPSD ökar, syns det i BPSD-registret då poängen i NPI-skalan ökar.

Genom personcentrerat bemötande, stöd och åtgärder som är anpassade till personens förmåga, behöver det inte vara så. Detta kan vi se i BPSD-registret när vi jämför data över tid.

(Grafen visar medelvärdet för samtliga registrerade personer; första, andra och den senaste registreringen, oavsett hur lång tid det är mellan registreringarna).

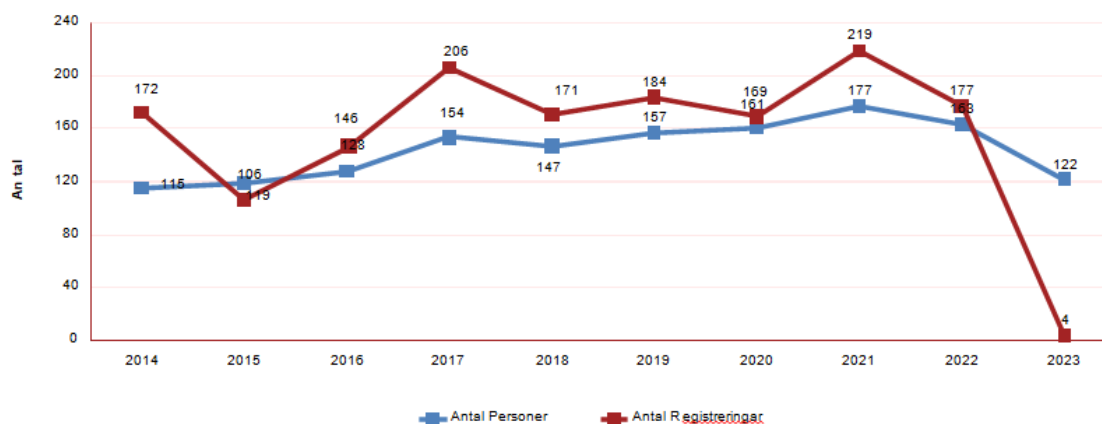


ANTAL REGISTRERADE PERSONER I ÖSTHAMMARS KOMMUN OCH ANTAL REGISTRERINGAR

I de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (SoS, 2017) anges att alla personer med demenssjukdom har rätt till bedömning av förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD minst 1 gång/år. För att minska BPSD krävs det dock kontinuerliga uppföljningar/utvärderingar av insatta åtgärder för att säkerställa att dessa är korrekta.

Rekommendationen från BPSD-registret är att man bör göra uppföljningar regelbundet och oftare än 1 gång/år, dels för att få en regelbundenhet i bedömningarna, men också för att arbeta in bättre rutiner och därigenom få en högre säkerhet och kvalitet i bedömningarna.

I diagrammet visas antalet registrerade personer i din kommun samt antalet registreringar inkl. uppföljningar.



ANDEL PERSONER SOM BEDÖMTS VARA SMÄRTFRIA

Personer med demenssjukdom är oftast äldre och kan ha flera olika sjukdomar, vilka kan ge smärta. Samtidigt kan det för personen vara svårt att uttrycka smärta på grund av nedsatt kommunikationsförmåga till följd av demenssjukdomen. Detta kan leda till oro, sömnproblem etc.

I BPSD-registret ingår det att personalen gör en bedömning av smärta. Det registreras om personen verkar vara smärtfri; ju högre stapel, desto fler personer bedöms vara smärtfria.



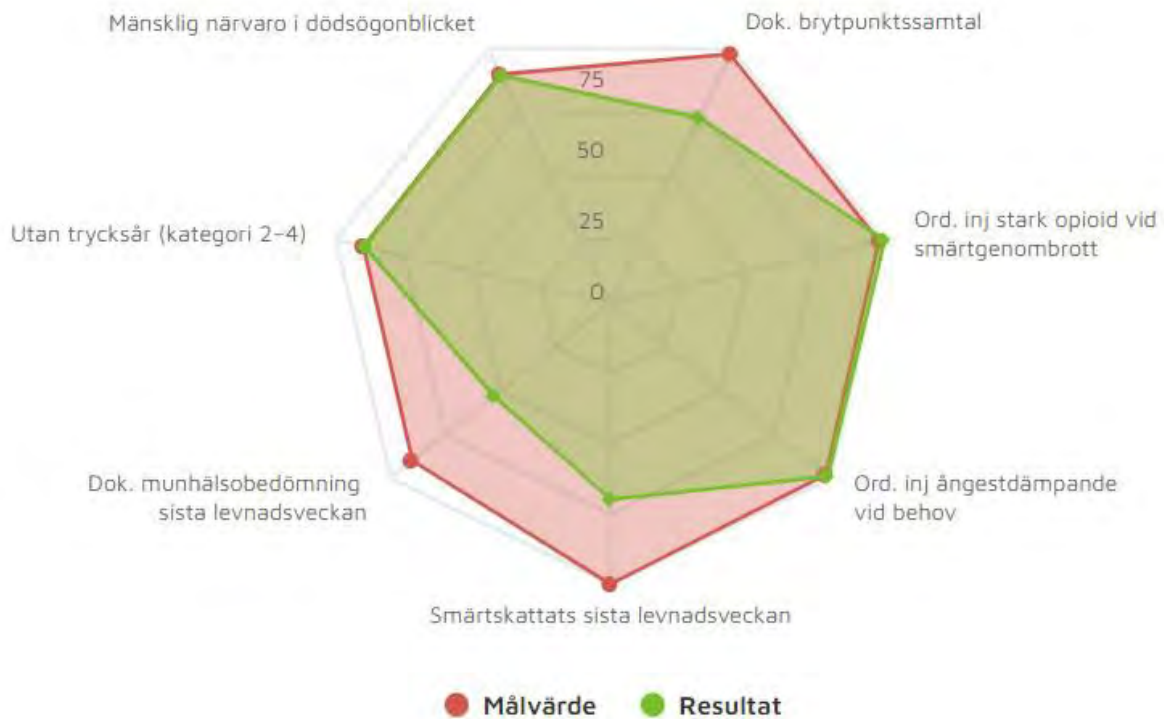
Resultat palliativa registret

Samtliga dödsfall ska registreras i svenska palliativregistret. Alla närstående ska erbjudas efterlevandesamtal enligt rutin. En vårdplanering med brytpunktssamtal och behandlingsstrategi är en förutsättning för god vård i livets slut.

Under 2020 hade vi 77 väntade dödsfall och en smärtskattning med resultat på 31 %

En satsning under 2021 gjordes tillsammans med palliativa konsultteamet som utbildade kommunens palliativa ombud om ca 60 deltagare. Under 2021 hade vi 70 väntade dödsfall och en smärtskattning på 64,3%. År 2022 visar resultatet att 69.8% av 96 patienter blev smärtskattade

Period 2022-01 - 2023-01



Period 2022-01 - 2023-01

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	72,9	98	70	96
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100,0	98	96	96
Ord. inj ångestdämpande vid behov	99,0	98	95	96
Smärtskattats sista levnadsveckan	69,8	100	67	96
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	53,1	90	51	96
Utan trycksår (kategori 2-4)	89,6	90	86	96
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	89,6	90	86	96

3.3 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

3.3.1 Har vården varit säker

Vårdskador i samband med till exempel fallolyckor och felaktig medicinering följs upp genom granskning och uppföljning i enheternas tvärprofessionella team. Allvarliga händelser rapporteras till verksamhetschef och MAS/MAR för fortsatt utredning, risk- och händelseanalys och att anmäla allvarliga händelser till läkemedelsverket och/eller inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria.

Alla avvikelser och risker rapporterades i DF respons. Avvikelsesystemet omfattar både avvikelser och risker oavsett lagrum. Här ingår även vårdkedjeavvikelser.

3.4 Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

3.4.1 Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Vetenskapliga och beprövade metoder och mätinstrument används för att skapa tillförlitliga arbetsprocesser och system, som exempelvis handlingsplan VRI, BHK- mätningar och registreringar, läkemedelsgenomgångar och infektionsregistreringar, palliativa registret, BPSD registrering och Qualid mätning.

3.5 Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

3.5.1 Är vården säker idag

Vi arbetar med vårdprevention genom exempelvis riskbedömningar enligt Senior Alert.

Beslutsstödet VISAM används vid förändrat/akuta hälsotillstånd för patienter inom kommunal vård och omsorg. Syftet är att patienten ska erhålla vård på rätt vårdnivå och att informationsöverföringen till nästa vårdgivare ska vara säker samt ge stöd vid val av transport.

3.5.1.1 Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Risker och riskanalyser utförs i det digitala avvikelssystemet DF respons och under 2022 har 99 risker rapporterats, hanterats och åtgärdats.

3.6 Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

3.6.1 Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Statistik från Kolada visar att under år 2021 var det 44 fallolyckor som ledde till slutenvård för patienter 80+, jämfört med 46 st 2020 i Östhammars kommun.

Typ av avvikelser

Under året har 2 765 avvikelser rapporterats inom vård och omsorg. Motsvarande siffra för 2021 var 3 083. En avvikelse kan kategoriseras under flera typer, därför är totalen högre än det faktiska antalet rapporter. Det kan noteras att genomgång med användare av systemet behöver göras kontinuerligt för att avvikelser ska hamna i rätt kategori.

Vårdkedjeavvikelser

Kategorin vårdkedja avser avvikelser mellan huvudmännen (kommun/region Uppsala) och handlar vanligen om brister i informationsöverföring, läkemedelshantering och hjälpmedelsförskrivning vid utskrivning från slutenvården. Avvikelser från annan huvudman bestod i huvudsak av brist i informationsöverföringen.

Läkemedelsavvikelser

Antal läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 var 12 st under 2022, varav 5 svinn/stöld. Sammanlagt var det 771 läkemedelsavvikelser, flera av dessa är öppna och inte kategoriserade.

Fallavvikelser

Antal fall med allvarlighetsgrad 3 (frakturer, sårskada) var 37 st under 2022.

Händelser och vårdskador

År 2021 utförde IVO en tillsyn av förutsättningar för att ge medicinsk vård och behandling vid covid-19. Ärendet har lett till att utredning ska genomföras på ca 150 patientjournaler som har skickats in till IVO för granskning. Återkoppling från IVO kommer att ske under våren

2023.

Utifrån IVO-anmälan som gjordes 2018 i dokumentationssystemet combine så fortsätter förbättringsarbetet med underlag från den hälsokontroll som genomfördes i Combine HSL under 2022.

Sammanställning av avvikelser oavsett lagrum, för år 2020, 2021 och 2022.

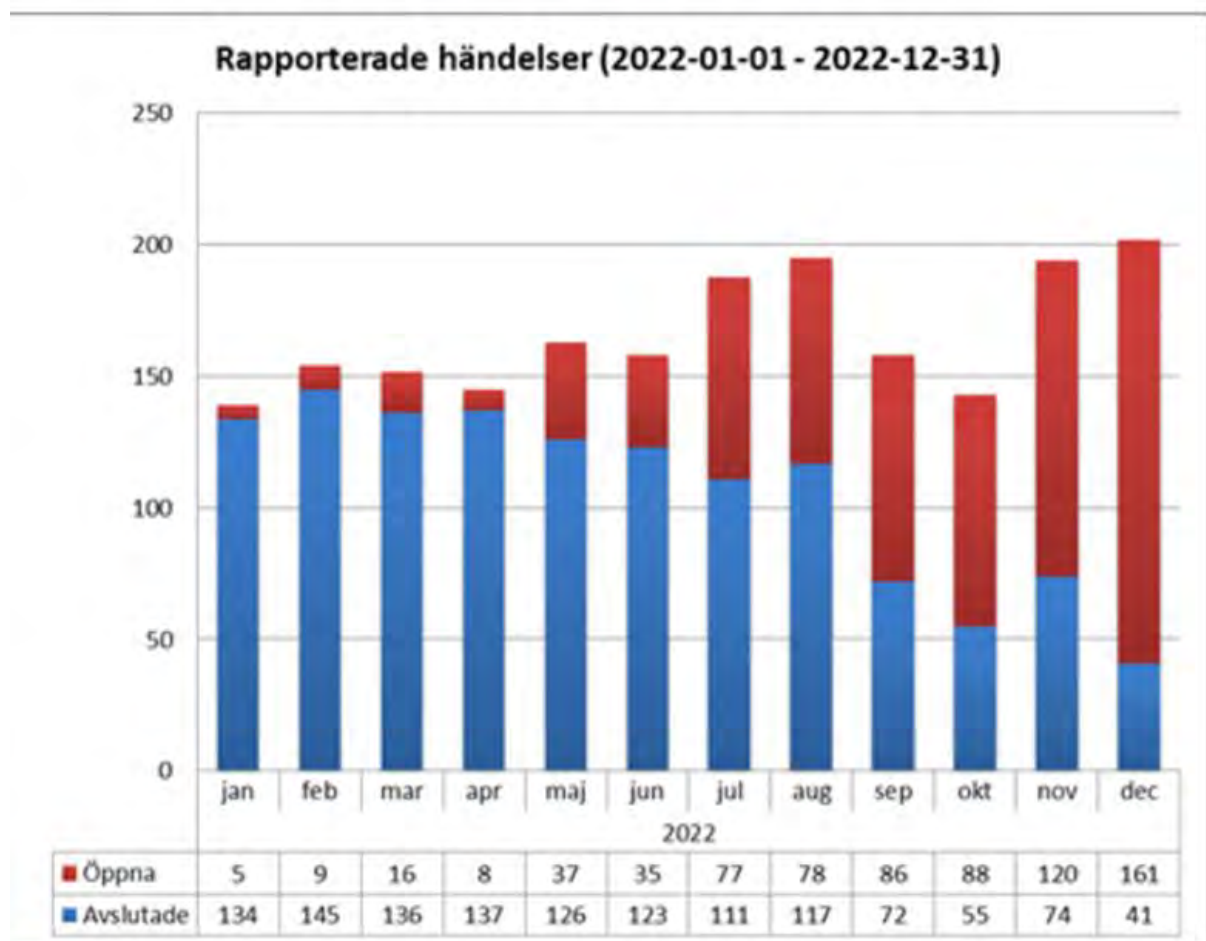
Typ av avvikelse	2020	2021	2022
Fall	1325	1285	1 221
Läkemedel	448	733	771
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	77	91	115
Händelse med hjälpmedel, teknik och /fysisk miljö	38	24	34
Brist i/utebliven tillsyn	306	690	349
Brist/utebliven personlig hygien	28	63	58
Brist i/uteblivna servicetjänster	31	41	45
Brist i/utebliven fritid/motion	1	5	5
Brist i/uteblivna sociala aktiviteter	7	5	12
Brist i rehabilitering	1	39	2
Brist i information, kommunikation, samverkan	120	134	127
Brist i/utebliven dokumentation	96	80	64
Brist i trygghet	52	64	73
Brist i handläggning	85	67	62
Hot och våld	12	15	21
Brist i mathållning	11	10	12
Tryckskada/trycksår	12	9	4
Övergrepp/oegentlighet	9	5	5
Ovärdigt bemötande	12	15	8

Typ av avvikelse	2020	2021	2022
Bruten sekretess	10	6	17
Själv mord	0	0	0
Övrigt	131	122	108
Summa:	2812	3.503	3.113

Tabell . Fördelning avvikelser i vårdkedjan 2020, 2021 och 2022.

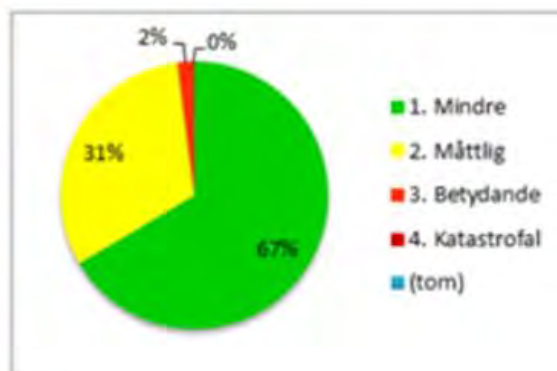
Typ av avvikelse	2020	2021	2022
Vårdkedja till (annan huvudman)	47	62	53
Vårdkedja från (annan huvudman)	13	9	6

Diagram visar avvikelser läkemedel och fall 220101-221231

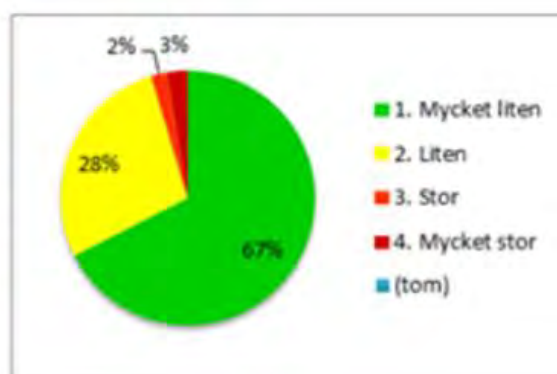


Läkemedelsavvikelser

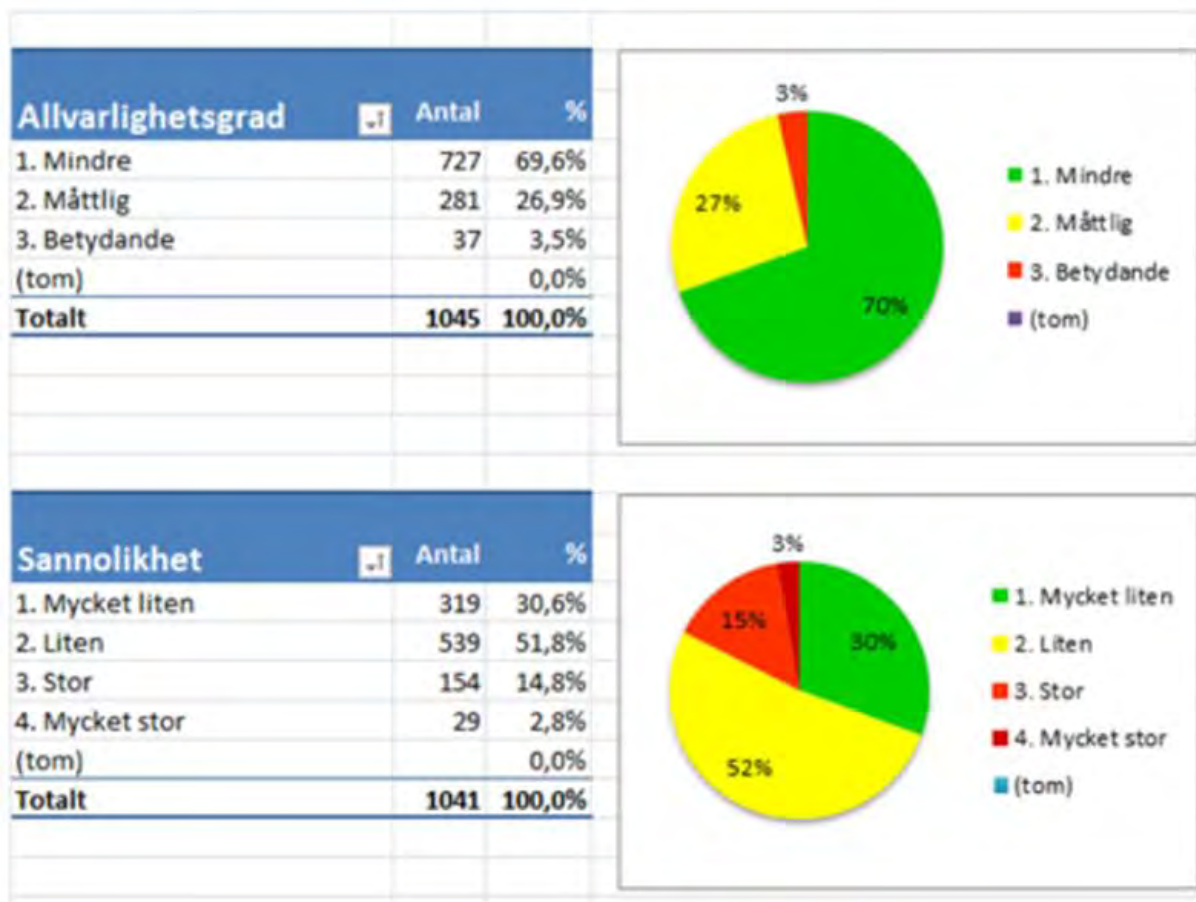
Allvarlighetsgrad	Antal	%
1. Mindre	389	66,5%
2. Måttlig	184	31,5%
3. Betydande	11	1,9%
4. Katastrofal	1	0,2%
(tom)		0,0%
Totalt	585	100,0%



Sannolikhet	Antal	%
1. Mycket liten	391	67,5%
2. Liten	161	27,8%
3. Stor	12	2,1%
4. Mycket stor	15	2,6%
(tom)		0,0%
Totalt	579	100,0%



Fallavvikelser



3.6.2 Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Under året har ett ärende anmälts till patientnämnden, det gäller ett klagomål på för kort vårdtid på Närvårdsenheten.

Övriga synpunkter redovisas tertialsvis till nämnd.

3.7 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

3.7.1 Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

För vård- och omsorgspersonal genomförs under 2023 utbildning i HLR

Säbodagar - utbildning för sjuksköterskor

Förskrivarutbildningar lokalt och externt för legitimerad personal.

Palliativa ombudsutbildningar genomförs kontinuerligt

BPSD administratörsutbildning och grundutbildning i demenssjukdomar, Webbutbildningar i exempelvis basala hygien och klädrutiner, hygienombudsutbildningar, specialistutbildningar undersköterskor, Silviasysterutbildningar.

4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

- Fortsatt arbete i de lokala tvärprofessionella teamen med att förebygga vårdskador genom att öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning görs enligt Senior alert.
- God vård vid demenssjukdom: Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens enligt BPSD. Utveckla återkoppling och användandet av utdata på kvalitetsmått inom verksamheten. BPSD-grundutbildning erbjuds till alla professioner i teamen som arbetar med personer med demenssymtom eller demensdiagnos. Två BPSD-administratörsutbildningar ska genomföras.
- Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och nya vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. Upprättade handlingsplaner för särskilda boenden för att förebygga utbrott och också för hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa uppdateras och hålls aktuella enligt anvisning från vårdhygien.
- Handlingsplan och riskanalys inom verksamheterna blir en naturlig del av processen i samband med vårdrelaterade infektioner och smittspridning.
- God vård i livets slutskede – alla dödsfall registreras, och vårdkvaliteten på de väntade dödsfallen ska följas upp utifrån Svenska Palliativ registret. Webbutbildning i allmän palliativ vård för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig.
- Arbetet med palliativa ombud fortsätter att utvecklas. Utbildning sker kontinuerligt via palliativa konsultteamet, region Uppsala.
- Implementering av validerad smärtskattning fortsätter.
- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar. Utveckla arbetet med dokumentations- och loggranskning.
- Utveckling av rutiner kring läkemedelshantering ska ske utifrån de brister som påvisats. Uppföljning genom utvärdering av de lokala granskningsprotokollen från farmaceut för att säkerställa en fortsatt god läkemedelshantering.
- Uppföljning sker kontinuerligt att beslutsstödet VISAM enligt rutin efterföljs.
- Fortsatt arbete med utbildningsplan för personal inom vård och omsorg.
- Hjälpmedelsenheten bjuder in rollatoranvändare i kommunen till rollatorcafé. Syftet är att minska risken för att trasiga och slitna rollatorer används och därmed minska risken för skada.
- Utbildning i DF-respons avvikelssystem till alla verksamheter inom vård och omsorg.
- Utveckling av orternas lokala samverkansgrupper/hemtagningsteam mellan

primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för patienten.

- Arbetsgruppen vuxna och äldre är ett samarbetsforum mellan regional och kommunal primärvård, öppenvård psykiatri och ASH. Fortsatt samarbete är viktigt för att patienten ska få en trygg och säker vård vid gemensamma vårdinsatser och vårdövergångar. Fortsätta samarbetet med medicinska vårdplaneringar med läkemedelsgenomgångar.
- Planering pågår gällande hur rehab ska kunna handleda och stötta de undersköterskor som genom Östhammars kommun fått vidareutbilda sig i rehabilitering. Målet är att dessa undersköterskor blir en resurs inom äldreomsorgen – dels när det gäller att handleda personalen i ett aktiverande/hälsofrämjande arbetssätt och dels när det gäller förflytningsutbildning. Det är ett sätt att höja kompetensen för samtliga medarbetare.
- Förflytningsutbildning planeras starta under våren 2023.
- Hjälpmedelsenheten planerar överta ansvaret för de hjälpmedel som finns på våra särskilda boenden, målet är att öka patientsäkerheten genom en säker och enhetlig hantering.
- Planering pågår för att utbilda hörselombud inom äldreomsorgen för att säkerställa att skötseln av de hörapparater som många av våra brukare har fungerar på ett tillfredsställande sätt.



Analys avvikelser och synpunkter tertial 3

Sektor Omsorg

Innehållsförteckning

1	Avvikelser	3
1.1	Antal rapporterade händelser	3
1.2	Typ av avvikelse	6
1.3	Fördelning per lagrum	8
1.4	När inträffar avvikelserna?	9
1.5	Allvarlighetsgrad	10
1.6	Konsekvenser av händelsen	11
1.7	Orsak till att avvikelsen inträffade.....	12
1.8	Åtgärder som vidtagits	13
2	Synpunkter	14
2.1	Myndighet	16
2.2	Produktion.....	23

1 Avvikelser

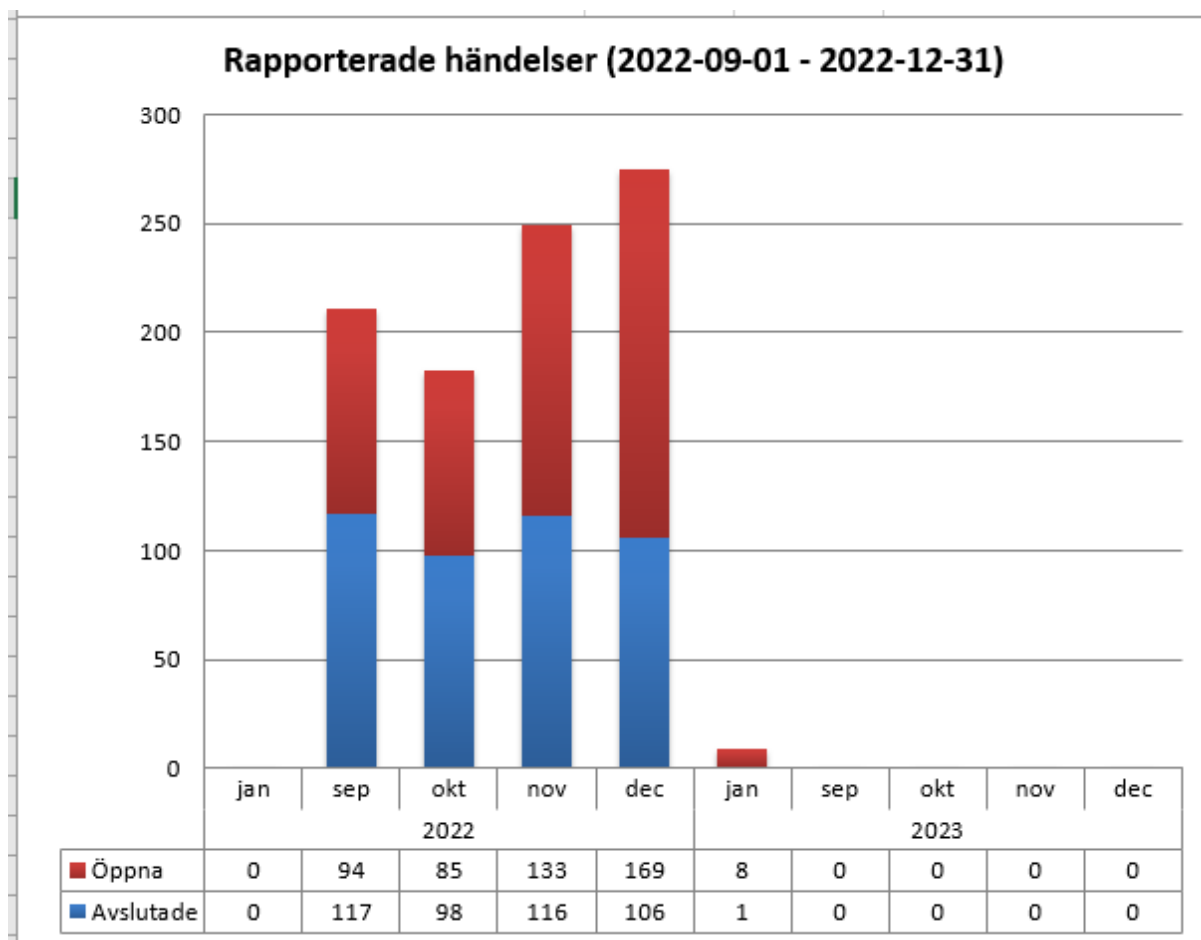
Att arbeta med avvikelshantering är ett gemensamt ansvar för all personal och är en del i socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). All personal ska rapportera händelser av betydelse för brukare/patientens säkerhet. Avvikelsen ska rapporteras i avvikelssystemet omgående efter upptäckt.

Genom att analysera avvikelser, dra slutsatser och ändra arbetssätt kan tidigare uppkomna typer av avvikelser minska eller försvinna. Avvikelser uppträder inte utan orsak. Bakom händelserna ligger ofta brister i rutiner eller i arbetssätt.

Definition

En avvikelse är en händelse som kan påverka den enskilde negativt. Den inträffar när verksamheten inte når upp till krav och mål i lagar och tillhörande föreskrifter samt beslut fattade av socialnämnden eller när medarbetare inte arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i socialnämndens ledningssystem.

1.1 Antal rapporterade händelser



Totalt har det rapporterats 927st avvikelser under perioden 1 sep - 31 dec 2022.

9 avvikelser är registrerade i januari men har inträffat under tertialet.

Motsvarande siffra för tertial 2 var 969 inkomna avvikelser.

Enhet	↕	Antal	Fördelning
▢ Individ- och familjeomsorgen		4	0,4%
Barn och Unga		2	0,2%
Boendestöd		1	0,1%
Vuxen		1	0,1%
▢ Vård och Omsorg		923	99,6%
Aktivt Stöd		5	0,5%
Biståndsenheten		7	0,8%
Daglig verksamhet		8	0,9%
Hemsjukvård Sjuksköterska		13	1,4%
Hemtjänst		264	28,5%
LSS Gruppboendestäder		12	1,3%
LSS Personlig Assistans		7	0,8%
LSS Serviceboendestäder		17	1,8%
Nattpatrullen		163	17,6%
Närårdsenheten		25	2,7%
Särskilt boende		402	43,4%
Totalt		927	100,0%

Fördelning per verksamhetsområde och enhet för tertial 3. De tre enheter med högst antal är också de största enheterna sett till brukarantal vilket kan vara en förklaring till att dessa har flest avvikelser. Jämförelse med tertial 1 visar att Hemtjänsten hade 350 avvikelser, Nattpatrullen hade 184 avvikelser och Särskilt boende 321 avvikelser.

Enhet	Antal	Fördelning
▢ Individ- och familjeomsorgen	3	0,7%
Barn och Unga	1	0,2%
Boendestöd	1	0,2%
Vuxen	1	0,2%
▢ Vård och Omsorg	423	99,3%
Aktivt Stöd	4	0,9%
Biståndsenheten	5	1,2%
Daglig verksamhet	9	2,1%
Hemsjukvård Sjuksköterska	12	2,8%
Hemtjänst	120	28,2%
LSS Gruppboendestäder	6	1,4%
LSS Serviceboendestäder	4	0,9%
Nattpatrullen	24	5,6%
När vårdsenheten	4	0,9%
Särskilt boende	235	55,2%
Totalt	426	100,0%

Öppna avvikelser tertial 3

I urvalet framgår att verksamheten har 426 "öppna" avvikelser i systemet för avvikelshantering. Notera att detta inte behöver vara synonymt med att avvikelserna inte är hanterade. En avvikelse bör hanteras inom en månad från incidenten för att fylla kraven på att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras

(jmf Socialtjänstlagen kap 2 kap 1 § och 3 kap §3).

1.2 Typ av avvikelse

Typ	Antal	Fördelning
Fall	466	43,9%
Läkemedelshändelse	231	21,8%
Brist i/utebliven tillsyn	90	8,5%
Brist i information, kommunikation, samverkan	47	4,4%
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	39	3,7%
Övrigt	37	3,5%
Brist i trygghet	28	2,6%
Brist i/utebliven dokumentation	27	2,5%
Brist i handläggning	23	2,2%
Brist i/uteblivna servicetjänster	13	1,2%
Händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö	12	1,1%
Brist i/utebliven personlig hygien	11	1,0%
Brist i/uteblivna sociala aktiviteter	10	0,9%
Hot och våld	6	0,6%
Ovärdigt bemötande	5	0,5%
Bruten sekretess	5	0,5%
Brist i mathållning	4	0,4%
Brist i/utebliven fritid/motion	4	0,4%
Övergrepp/oegentlighet	3	0,3%
Tryckskada/trycksår	1	0,1%
Totalt	1062	100,0%

En avvikelse kan kategoriseras som flera "typer". Därför blir totalt antal högre än antalet rapporterade avvikelser.

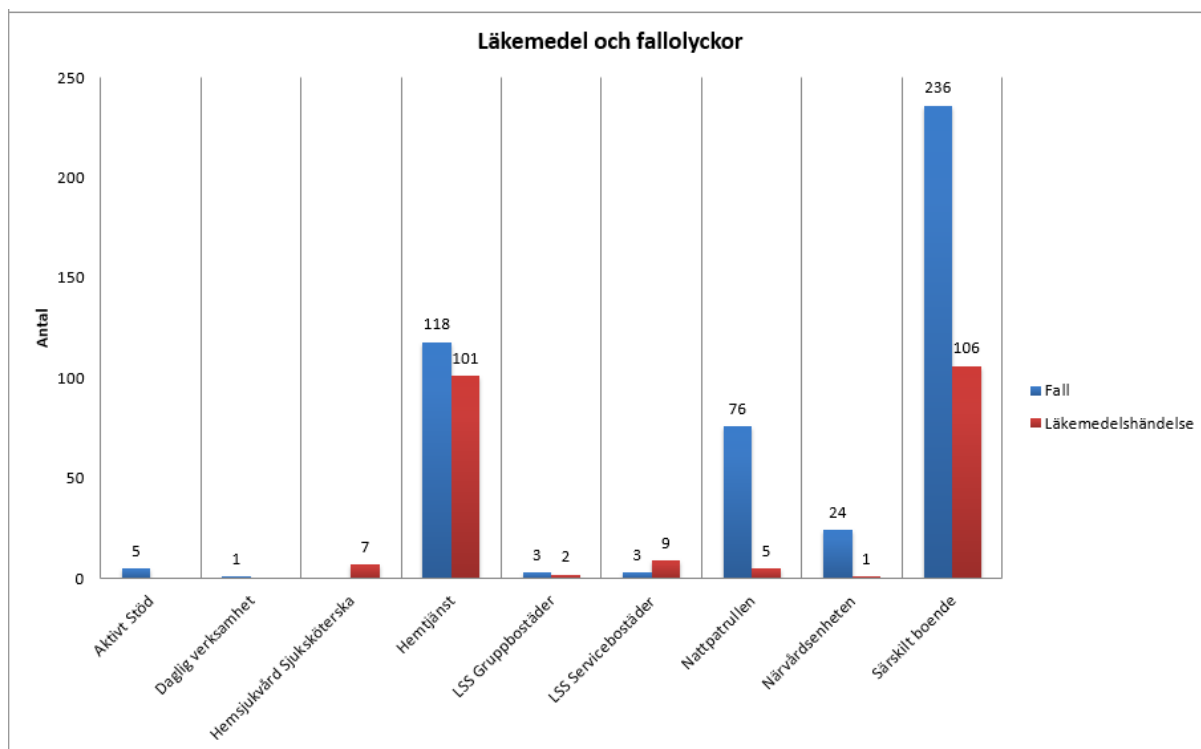
1.2.1 Analys typ av avvikelse

Fördelningen i tabellen "Typ" ovan är normal vid jämförelse med hur det ser ut i Sverige. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tidigare visat i granskningar att de mest förekommande avvikelserna hos kommuner är just fall och läkemedel, så kallade hälso- och sjukvårdsavvikelser (HSL-avvikelser).

Vi har ett högt antal avvikelser i Brist i/utebliven tillsyn och analysen visar att det främst förekommer inom nattpatrullen (65st).

Övergrepp/Oegentlighet 3st handlar om en Lex Sarah, en är våld mellan brukare och en är felregistrerad då det var en brukare som slog en personal – detta ska registreras i KIA.

Övrigt: Vi har 29 avvikelser inom produktionen med händelsetyp "Övrigt"- 1 av dessa är en extern avvikelse, 2 är bedömda att inte vara en avvikelse – dock är övriga felregistrerade, det handlar om 10st fall, 5st läkemedelshändelser, 5st brist i/utebliven insats, 4st brist i trygghet och 2st brist i kommunikation.



Nedan presenteras de övriga områdena där det är fler än 20 avvikelser inrapporterat:

- **Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)**

Totalt 39st varav 20st avser särskilt boende, 17st avser hemtjänsten och 2st avser hemsjukvård SSK.

- **Övrigt**

Totalt 37st varav 18st avser särskilt boende och 9st avser hemtjänsten. Resterande är fördelade mellan LSS servicebostäder, LSS personlig assistans, biståndsenheten, nattpatrullen samt vuxen.

- **Brist i information, kommunikation, samverkan**

Totalt 35st varav 10st avser särskilt boende, 9st avser hemtjänsten samt 8st som avser nattpatrullen. Resten fördelas mellan daglig verksamhet, biståndsenheten, hemsjukvård SSK, LSS personlig assistans, LSS servicebostäder.

- **Brist i utebliven dokumentation**

Totalt 28st varav 6st avser hemtjänsten, 4st avser personlig assistans, 4st daglig verksamhet. resterande är fördelade mellan biståndsenheten, nattpatrullen, LSS servicebostad samt särskilt boende.

- **Brist i handläggning**

Totalt 23st, varav 12st avser hemtjänsten. Resten är fördelade mellan särskilt boende, nattpatrullen, hemsjukvård SSK, biståndsenheten samt barn och unga.

- **Brist i trygghet**

Totalt 21st, varav 8st avser särskilt boende, 5st avser hemtjänst. Resterande fördelas mellan boendestöd, nattpatrull och daglig verksamhet.

1.3 Fördelning per lagrum

▼									
HSL		LSS		LVU		SoL		Totalt #	Totalt %
#	%	#	%	#	%	#	%		
	0,0%		0,0%	1	50,0%	3	2,2%	4	0,4%
750	100,0%	36	100,0%	1	50,0%	136	97,8%	923	99,6%
750	100,0%	36	100,0%	2	100,0%	139	100,0%	927	100,0%

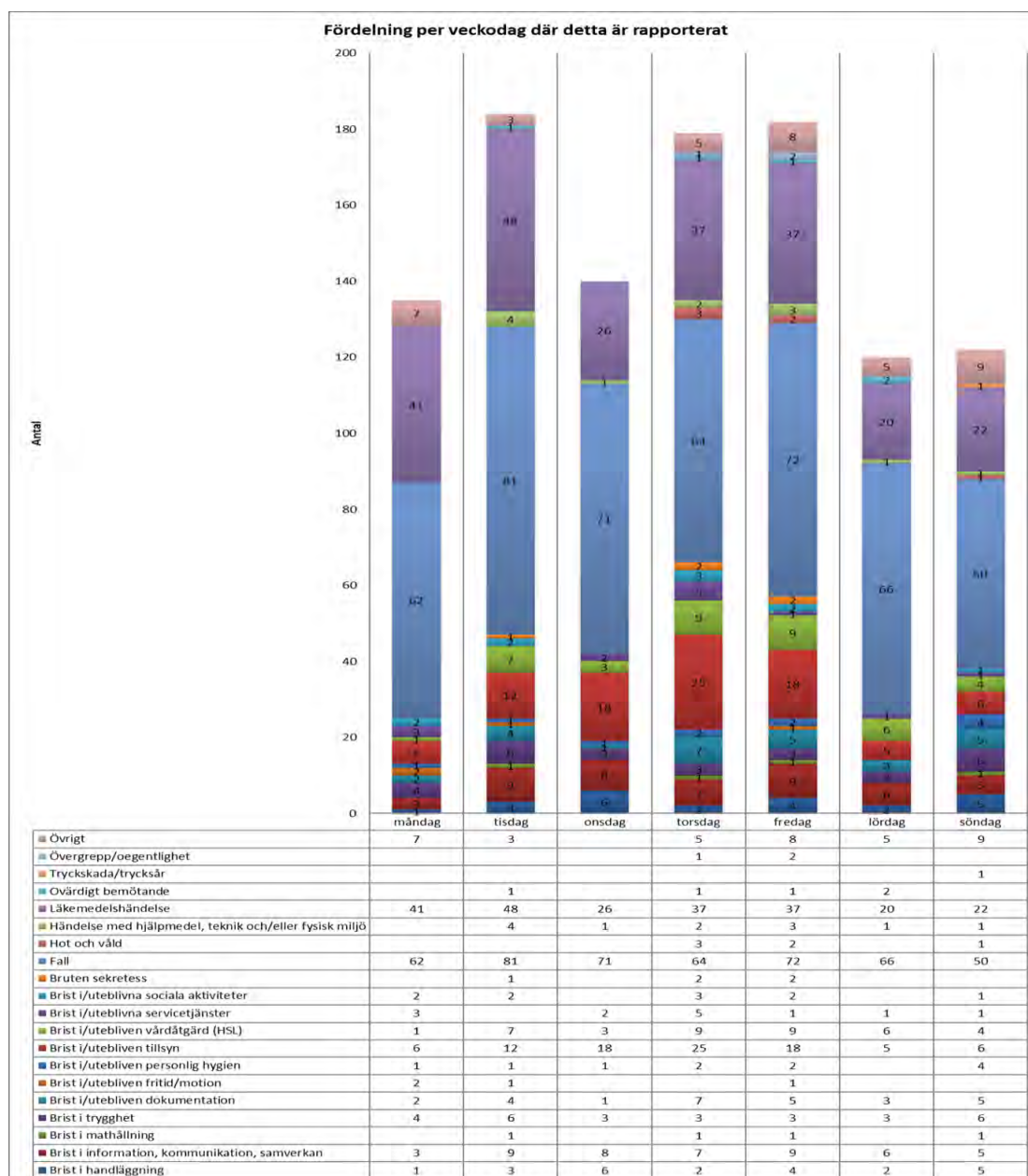
Visar fördelning per lagrum ("#" står för antal)

1.3.1 Analys fördelning av lagrum

Fördelningen är normal sett till hur det ser ut i Sverige

1.4 När inträffar avvikelserna?

1.4.1 Vilken veckodag inträffar flest avvikelser?



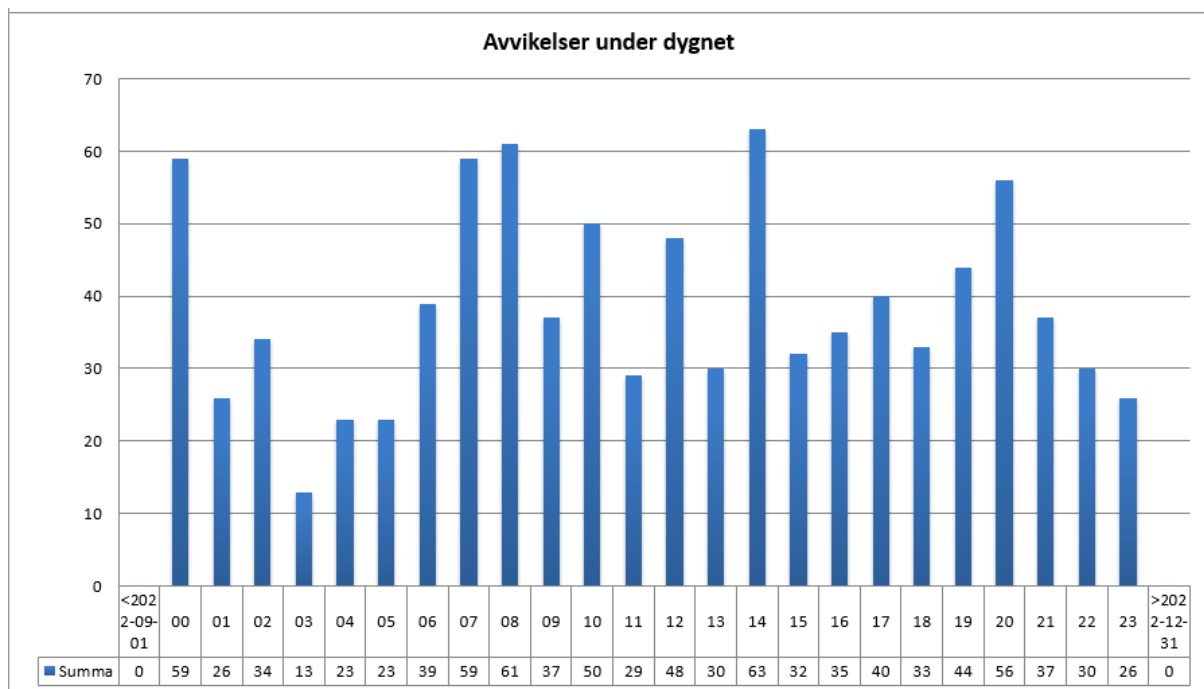
Totalt sett i perioden har flest avvikelser inträffat på tisdagar, torsdagar och fredagar.

Avvikelser avseende fall är relativt jämnt fördelade över dagarna. Avvikelser avseende läkemedel har en något nedåtgående trend mot slutet av veckan.

Flest antal avvikelser avseende fall inträffar på särskilt boende.

Avvikelser avseende läkemedel inträffar främst på särskilt boende och inom hemtjänsten.

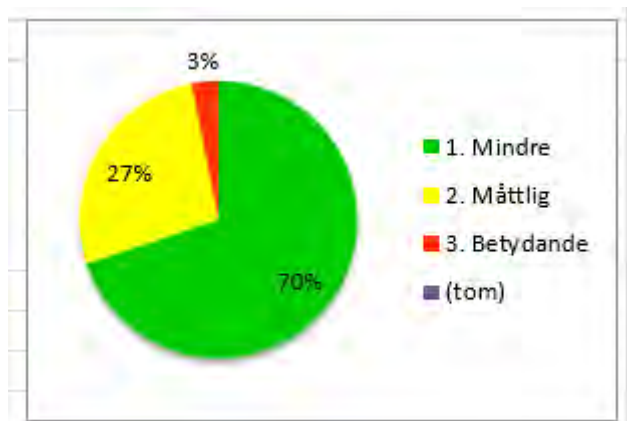
1.4.2 Vilken tidpunkt på dagen inträffar flest avvikelser?



Tidpunkterna för då de flesta avvikelserna inträffar är mellan 07:00- 08:00, kl. 14:00 och kl. 20:00.

Majoriteten av avvikelserna registrerade kl 00 saknar klockslag. Troligtvis beror detta på en miss vid rapporteringstillfället.

1.5 Allvarlighetsgrad



Allvarlighetsgrad	Antal	%
1. Mindre	475	69,9%
2. Måttlig	184	27,1%
3. Betydande	21	3,1%
(tom)		0,0%
Totalt	680	100,0%

680st avvikelser är bedömda utifrån allvarlighetsgrad.

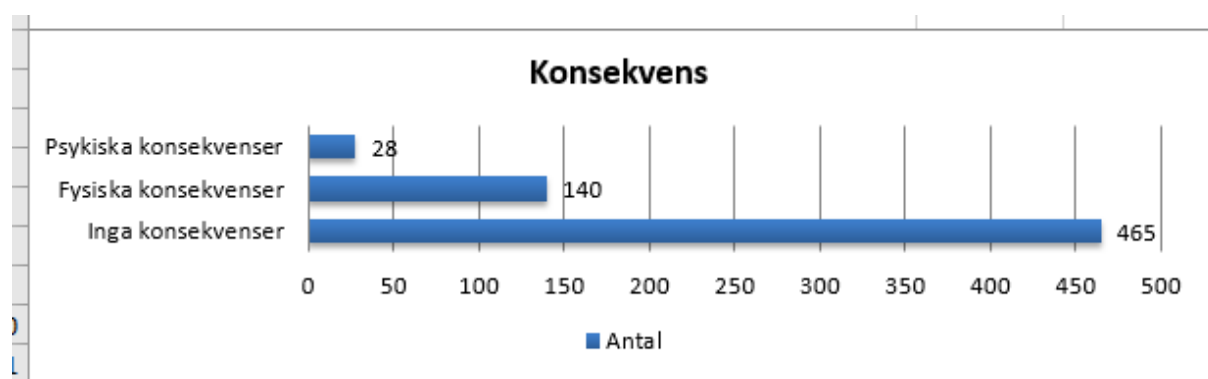
1.5.1 Analys allvarlighetsgrad

21 händelser är klassade som betydande. I 11 fall har de lett till fysiska konsekvenser för den enskilde så som smärta, blåmärke/svullnad, höftfraktur samt annan fraktur. I sex av fallen har det inte inneburit någon konsekvens för den enskilde och i tre utav fallen har det lett till psykiska konsekvenser så som irritation och oro.

I 13 utav händelserna är sannolikheten att det ska inträffa igen bedömt till mycket liten samt liten. I åtta av händelserna är bedömningen att det ska inträffa igen satt till stor. I fem utav de åtta fall som bedömts som "stor" har den bakomliggande orsaken varit att den enskilde överskattat sin fysiska förmåga.

De 21 betydande avvikelserna är fördelade enligt följande: fall med fraktur som följd 8st, fall med sårskada som följd 4st, läkemedel missad och svinn 2st, brist i trygghet 3st samt felregistreringar 4 st.

1.6 Konsekvenser av händelsen



1.6.1 Analys konsekvenser

Av de 633 händelserna i diagrammet ovan har 74 % av händelserna inte haft någon konsekvens för den enskilde.

127 av 140 händelser med fysisk konsekvens beror på fall och i 101 utav dessa är den bakomliggande orsaken att den enskilde har överskattat sin fysiska förmåga.

Av de händelserna med psykiska konsekvenser utgörs även här majoriteten av fall (19 av 28st). Den bakomliggande orsaken utgörs till störst del utav att den enskilde har överskattat sin förmåga.

1.7 Orsak till att avvikelserna inträffade

Orsak	Antal	Fördelning
Den enskilde överskattar sin fysiska förmåga	315	28,5%
[Orsak ännu inte fastställd]	275	24,9%
Ej följt gällande rutin	132	11,9%
Omgivningsfaktor	128	11,6%
Den enskilde glömde att använda rekommenderade gånghjälpmedel	50	4,5%
Övrigt	42	3,8%
Otillräckliga kunskaper	30	2,7%
Den enskilde använder läkemedel som påverkar balans/gångförmåga	21	1,9%
Brist i delegeringsgenomförande	19	1,7%
Brist i samverkan/rapportering	17	1,5%
Brist i information internt	16	1,4%
Planering (schemaläggning etc)	12	1,1%
Gällande rutin har följts men fungerar inte	8	0,7%
Oklar ansvarsfördelning	7	0,6%
Otillräckliga resurser	6	0,5%
Personalbrist	5	0,5%
Trasig eller felaktigt hjälpmedel eller larm	4	0,4%
Rutin saknas	4	0,4%
Bristfällig dokumentation	4	0,4%
Inte följt gällande omvårdnads-/rehab-ordinationer enligt fastställd plan	3	0,3%
Handhavandefel avseende hjälpmedel eller larm.	2	0,2%
Bristfälliga hjälpmedel	1	0,1%
Brist i information externt	1	0,1%
Feldelat eller felexpedierat från apotek eller annan dosleverantör	1	0,1%
Felmärkt signeringslista	1	0,1%
Feldelat i dosett eller brist i annat iordningsställande	1	0,1%
Totalt	1105	100,0%

1.7.1 Analys av orsak

275 händelser saknar orsak. 249 av dessa är fortfarande öppna, vilket kan vara en förklaring till att orsaken ännu inte har fastställts.

De 249 öppna avvikelserna utan orsak är fördelade enligt nedan:

- Särskilt boende 143st.
- Hemtjänst 40st.
- Nattpatrull 34st
- Hemsjukvård SSK 8st
- Daglig verksamhet 6st
- Biståndsenheten 5st
- Biståndsenheten 5st
- LSS gruppboende 4st

- Aktivt stöd 4st
- LSS servicebostad 3st
- Barn och unga 1st
- Vuxen 1st

Händelsetypen är relativt jämt fördelad mellan läkemedelshändelse och fall.

1.8 Åtgärder som vidtagits

Åtgärd	Antal	Fördelning
Kontakt med berörd sjuksköterska	330	29,8%
[Ingen åtgärd vidtagen]	327	29,5%
Annan åtgärd	96	8,7%
Enskilt samtal med personal	86	7,8%
Gruppsamtal med personal	82	7,4%
Extra tillsyn	80	7,2%
Kontakt med berörd fysioterapeut	35	3,2%
Kontakt med berörd Arbetsterapeut	24	2,2%
Kontakt med berörd läkare	14	1,3%
Hjälpmedel utbytt	9	0,8%
Förtydligat/ändrat i befintlig rutin	9	0,8%
Ändring i bemanning/schema	7	0,6%
Utbildning	5	0,5%
Skapat ny rutin	3	0,3%
Polisanmälan	1	0,1%
Totalt	1108	100,0%

Flera åtgärder kan vidtas, där av högre totalsumma än antalet rapporterade avvikelser.

1.8.1 Analys av åtgärder

I 327 av händelserna är ingen åtgärd vidtagen och av dessa är 300st fortfarande öppna, alltså kan åtgärder fortfarande tillkomma.

De 27 avvikelser som saknar orsak är samma 27 avvikelser som saknar åtgärd. Samtliga är bedömda att inte vara en avvikelse, varför orsak och åtgärd inte kan/ska fyllas i. vid en granskning av dessa 27 avvikelser är 23 av dem korrekt avslutade med den hänvisningen. Det handlar till exempel om dubletter, testavvikelser och avvikelser som berör personal och hanteras i KIA.

4st är dock felaktigt markerade som "ej avvikelse" varav 2 är felhanterade – dessa är återöppnade och kontakt har tagits med ansvarig chef.

2 Synpunkter

Synpunkter är åsikter eller förslag till förbättringar från bland annat brukaren om våra tjänster. Dessa kan vara positiva eller negativa. Syftet med att utreda synpunkter är för att se systematiska brister och möjliga förbättringar.

Synpunkterna kategoriseras efter:

- Organisation/System (förutsättningar för arbetet t.ex. organisation, IT, övrigt stöd)
- Bemötande (hur interaktionen upplevts för synpunktslämnaren)
- Genomförande (hur arbetsuppgift utförts jämfört med förväntning på utförande)
- Kontakt (möjlighet att nå personal via telefon, e-post, brev, etc.)

Vid kategorisering av synpunktstyp kan en synpunkt kategoriseras efter mer än endast en av de ovanstående presenterade synpunktstyperna. Därför kan andelen synpunktstyper som identifierats i redovisningen vara högre än andelen synpunkter som inkommit inom respektive verksamhet.

Positiv, negativ eller neutral synpunkt

Synpunkterna sorteras efter om de är övervägande positiva, negativa eller neutrala.

Del av verksamheten

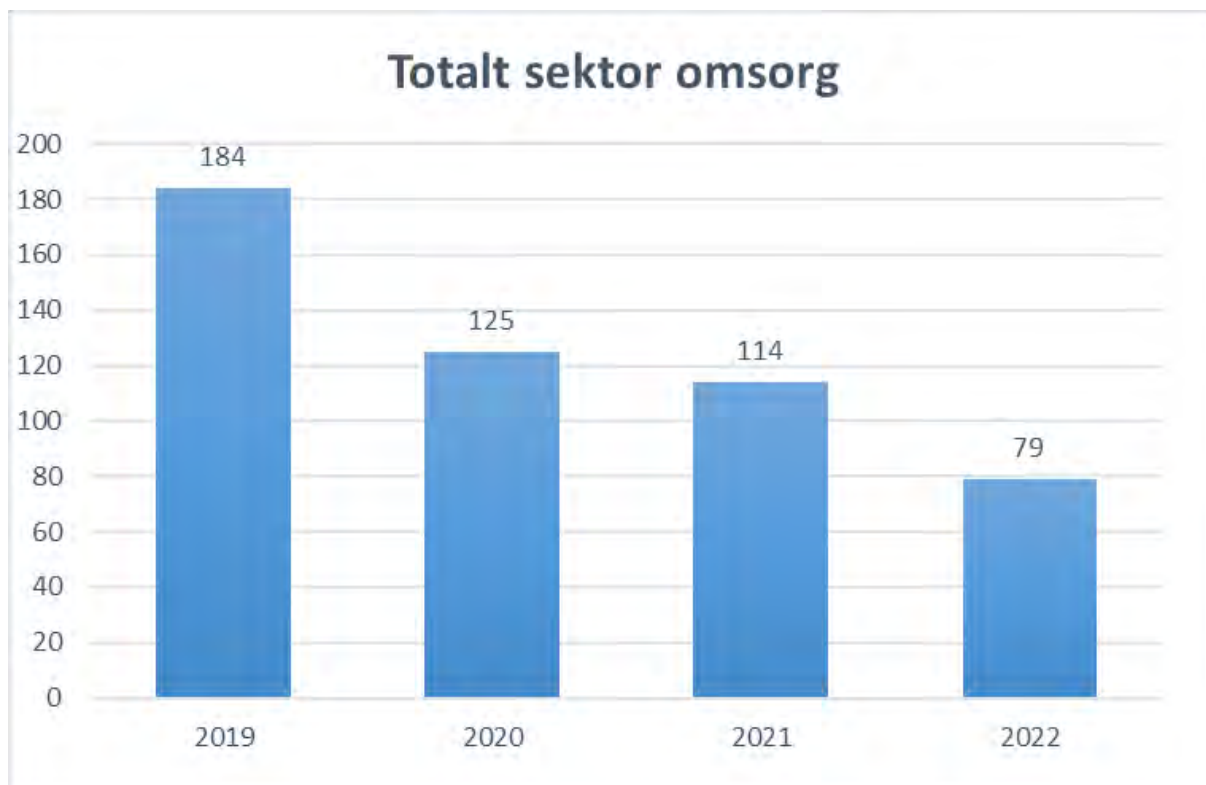
Synpunkterna kategoriseras utifrån verksamheter. För Myndighet kategoriseras synpunkterna utifrån följande verksamheter:

- Barn och ungdom, öppenvård
- Barn och ungdom myndighet
- Vuxen, myndighet
- Självständigt boende och liv
- Äldre och LSS, myndighet
- Färdtjänst

För Produktion kategoriseras synpunkterna utifrån följande verksamheter:

- Hemtjänst
- Särskilt boende
- Korttidsenheten
- Närvårdsenheten
- Hemsjukvård
- Nattpatrull
- Hjälpmedel
- Daglig verksamhet
- Gruppboende/serviceboende
- Personlig assistans
- Larm
- Externa utövare
- Övrigt

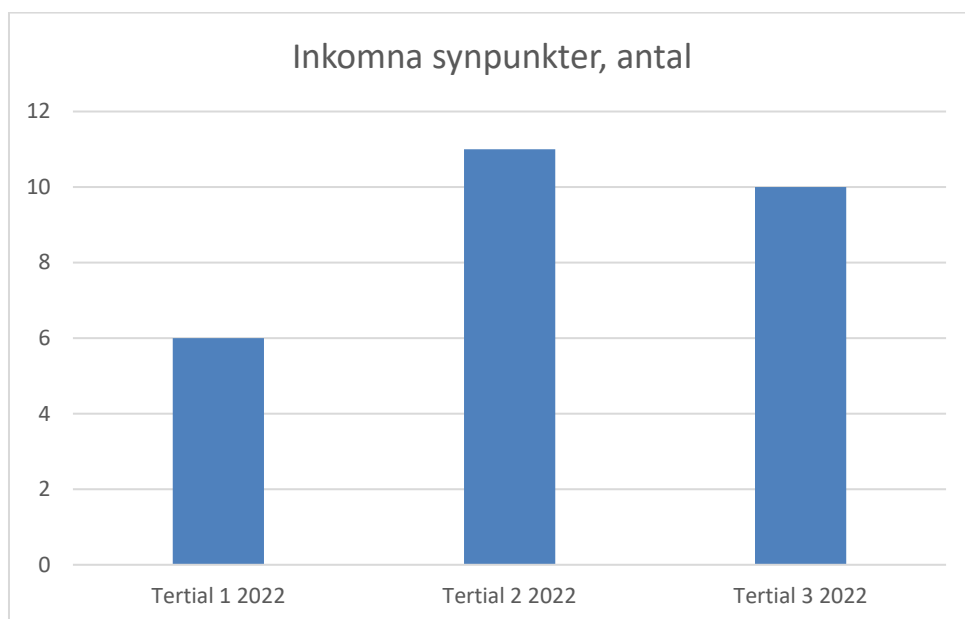
Totalt har det inkommit 79 synpunkter inom sektor omsorgs verksamhetsområden under 2022.



Trenden på antalet inkomna synpunkter är tydligt nedåtgående.

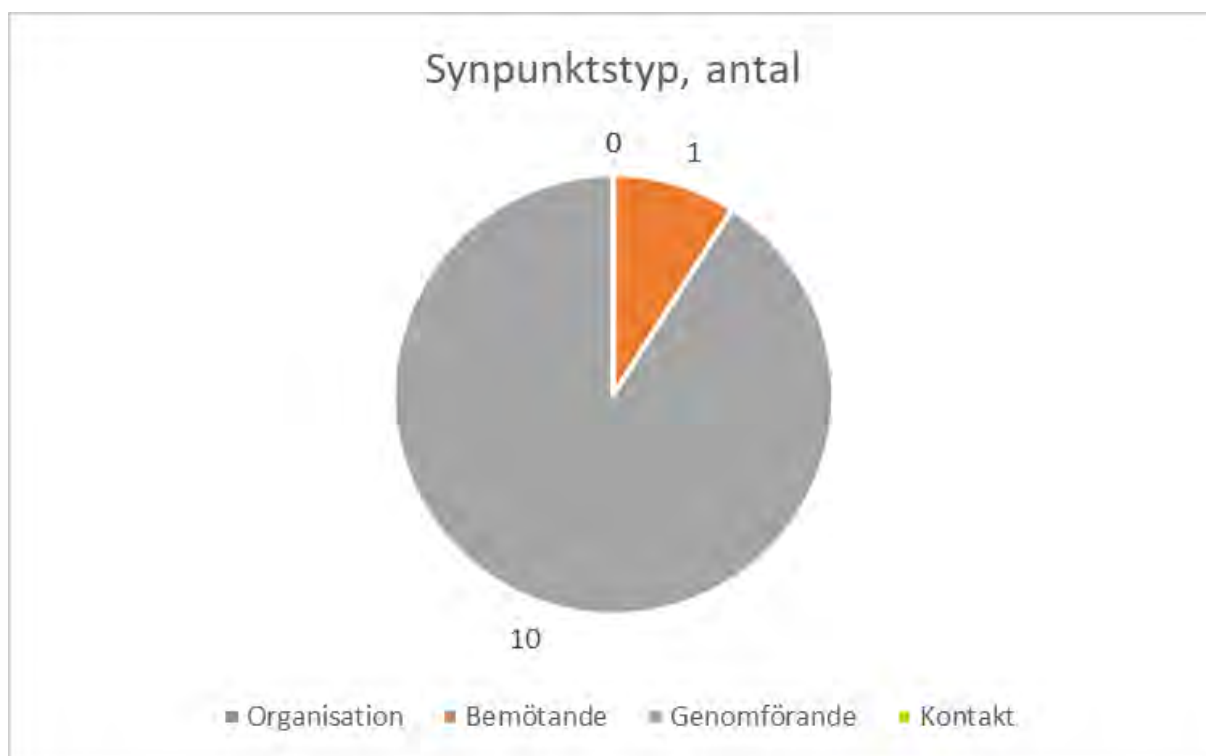
Minskningen av synpunkter är likvärdig mellan myndighet och produktion. För myndighet syns minskningen bland annat bland de positiva synpunkterna, samt de negativa synpunkterna avseende handläggares bemötande. För produktion minskar synpunkterna på hemtjänstens utförande av insatser generellt, men mellan 2021 och 2022 sticker minskningen av synpunkt avseende städ och matlådor ut. Antalet synpunkter sett över tid har även avtagit vad gäller hemtjänstpersonalens bilkörning.

2.1 Myndighet

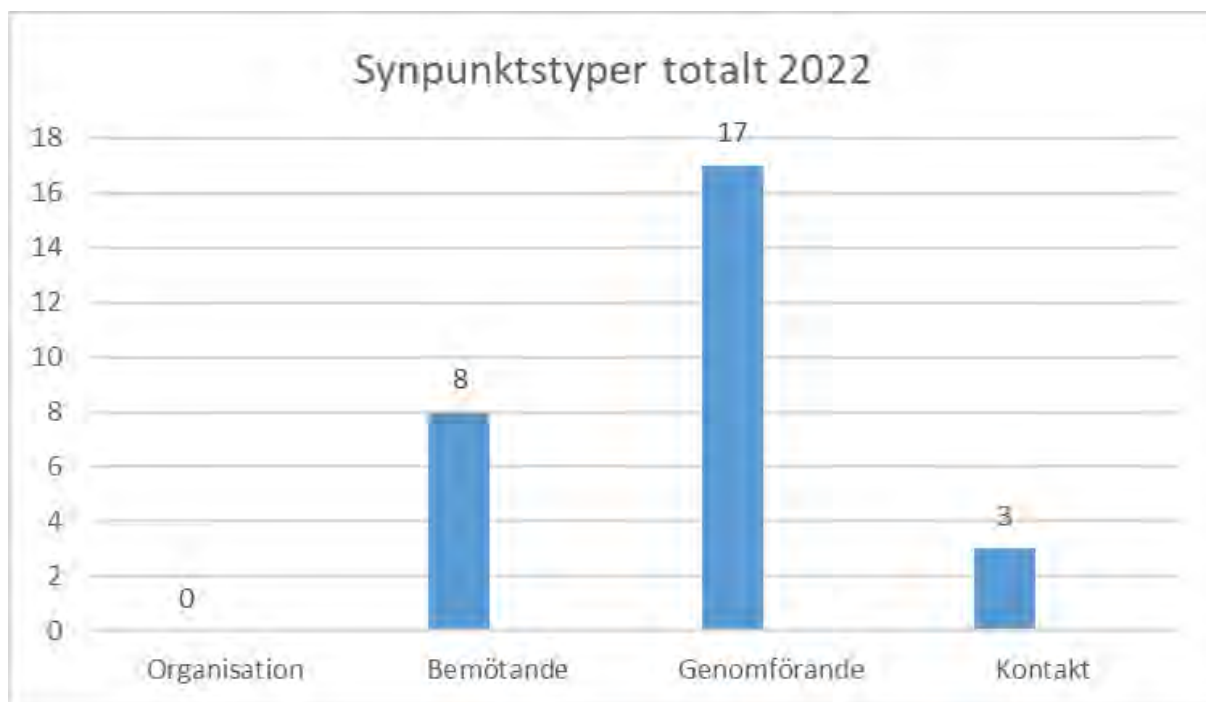


10 synpunkter har inkommit inom myndighets verksamheter under tredje tertialet 2022.

2.1.1 Fördelning synpunktstyper

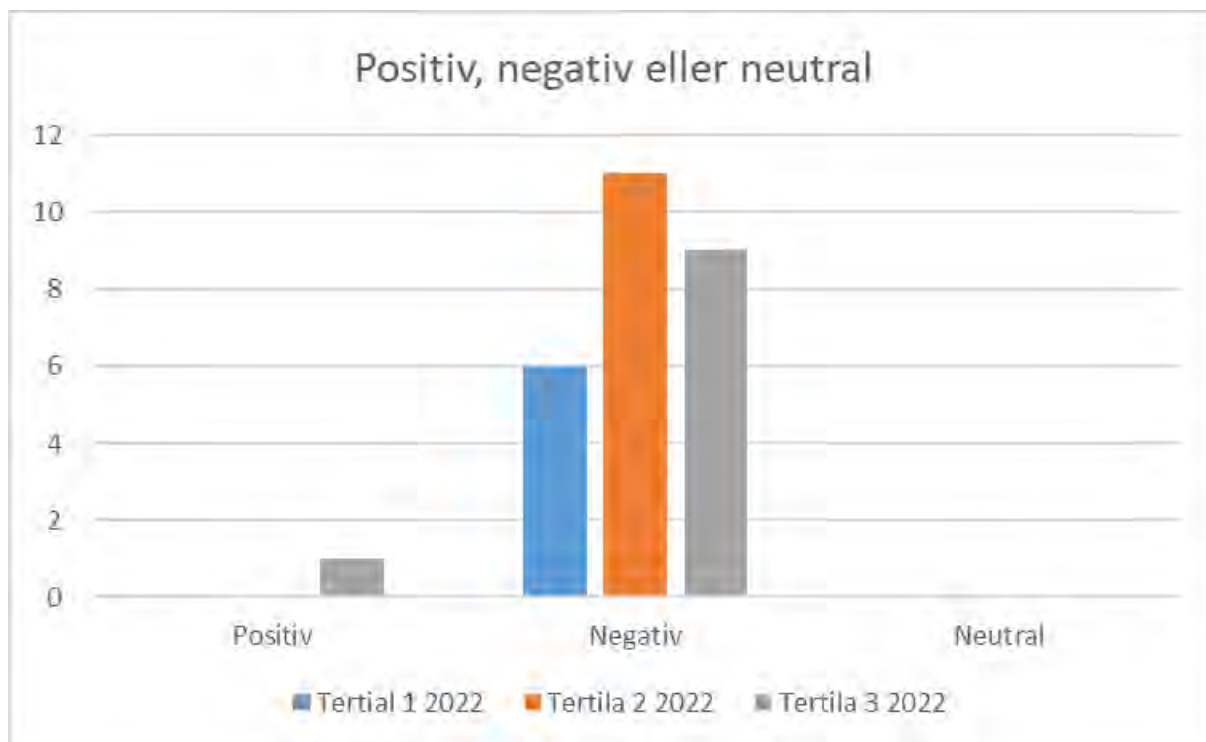


Den kategori som flest synpunkter avseende tertial 3 återfinns inom är genomförande.



Totalt sett är trenden den samma som för tertialet. Flest synpunkter återfinns inom kategorin genomförande.

2.1.2 Positiv, negativ eller neutral

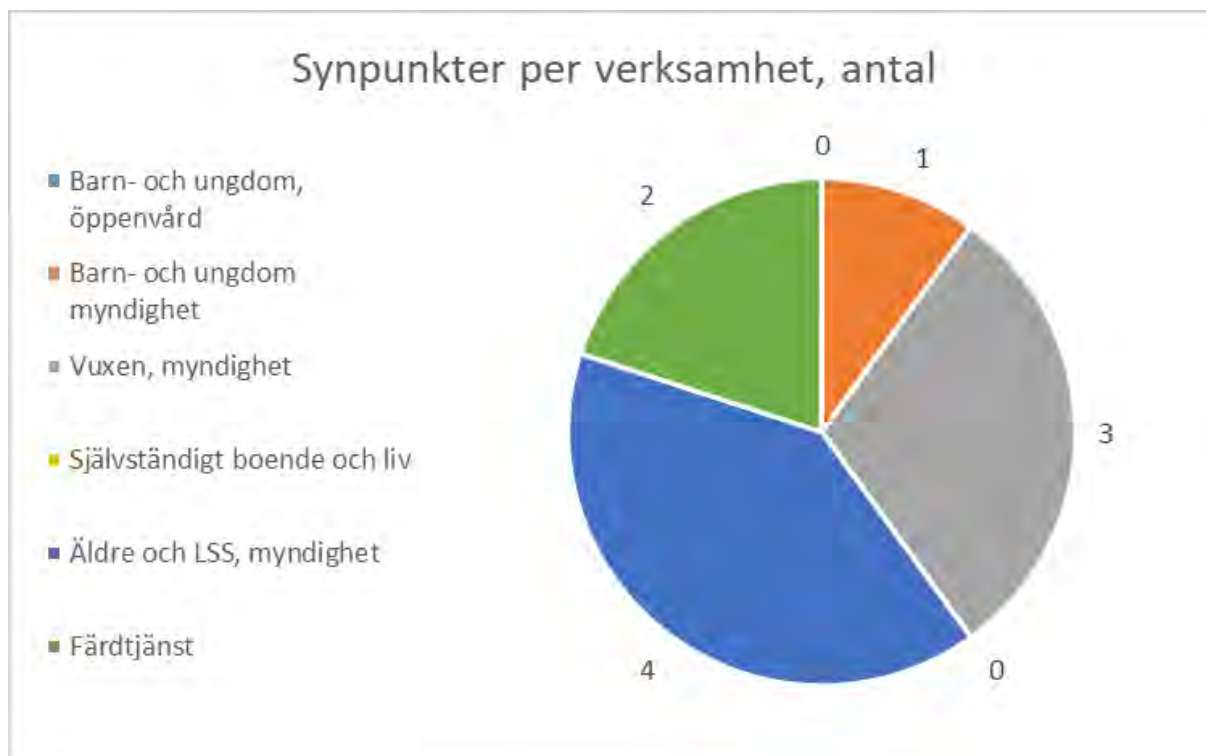


9 av de 10 synpunkter som berör myndighet är negativa.

Det man främst är missnöjd med är hur man bemöts av handläggare/personal, att man inte är nöjd med de beslut man får, samt att man inte kan ringa direkt till sin handläggare utan måste gå via Östhammar Direkt.

Gällande den positiva synpunkten är synpunktslämnaren väldigt nöjd med handläggning och bemötande från handläggare för Äldre och LSS.

2.1.3 Synpunkter per verksamhet



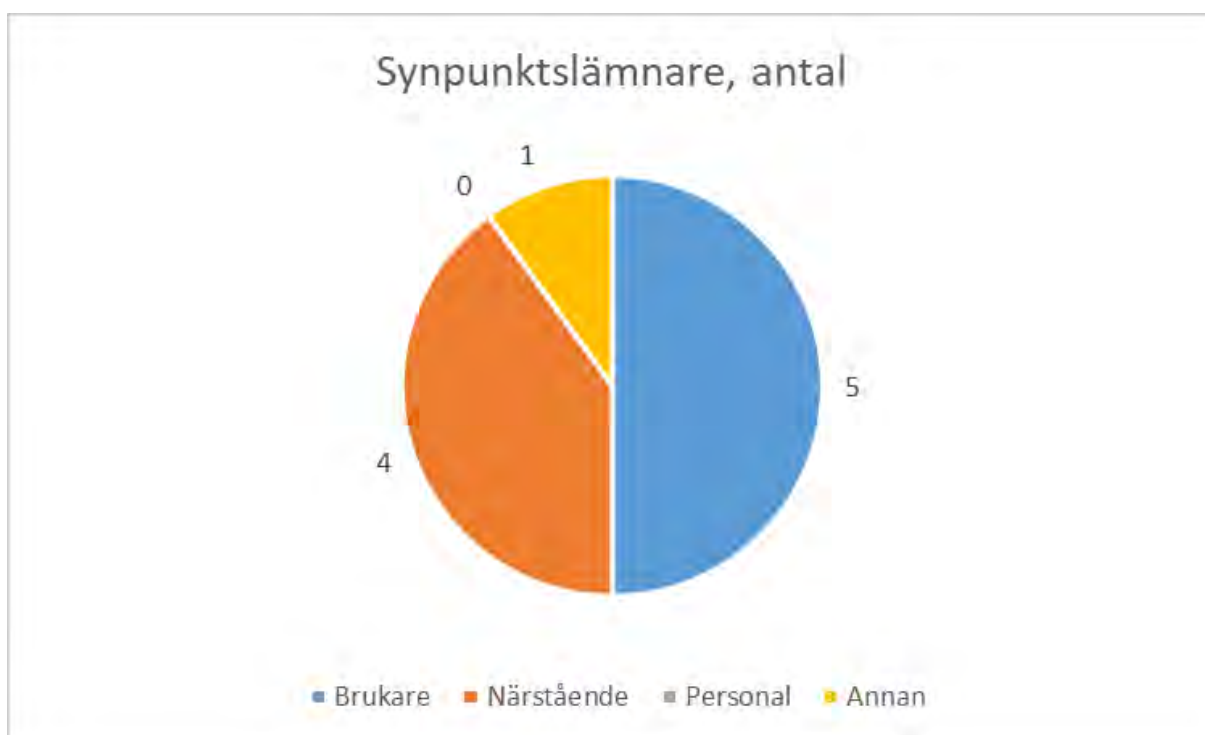
Synpunkterna som har inkommit under det tredje tertialet är fördelade på barn och ungdom myndighet, äldre och LSS myndighet, vuxen myndighet samt färdtjänst.

Synpunkterna rör områden som: missnöje med sin handläggare, att man inte har fått de insatser man velat ha beviljade samt att det är svårt att få färdtjänst samtidigt som de kör skolskjuts.

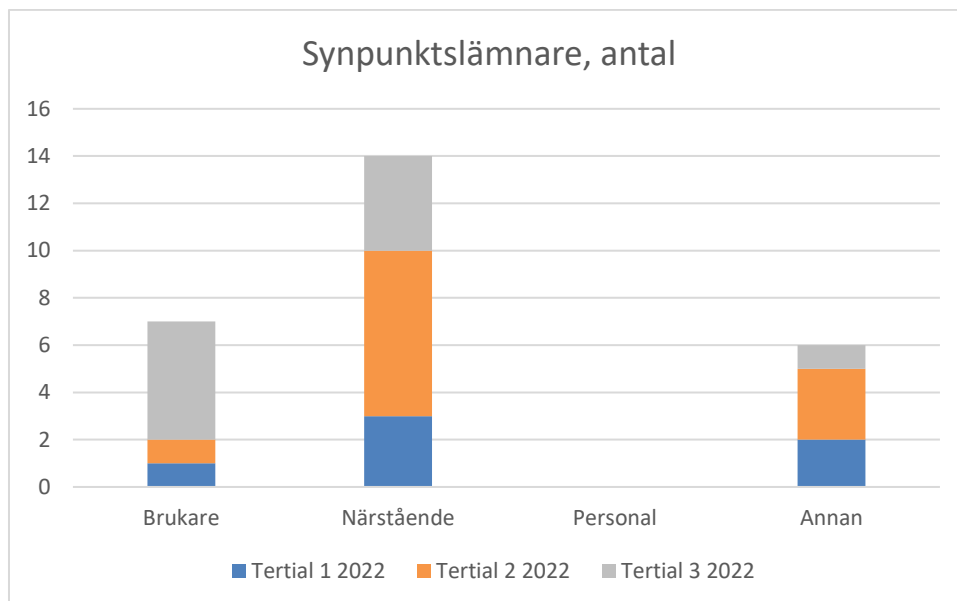


Totalt för 2022 har flest synpunkter inkommit gällande Äldre och LSS varav 12st har varit negativa och en positiv. Det man har haft synpunkter på är: bemötande samt kontakt med handläggare och missnöje med beslut. Detta gäller även för Barn och ungdom samt Vuxen.

2.1.4 Synpunktslämnare



Under tertialet är den vanligaste synpunktslämnaren brukaren själv samt närstående. En synpunkt har inkommit via annan (t.ex. god man eller förvaltare).



Tabellen visar fördelningen av synpunktslämnare för hela året 2022. Största gruppen av synpunktslämnare är närstående.

2.1.5 Åtgärder, svar & utredningar

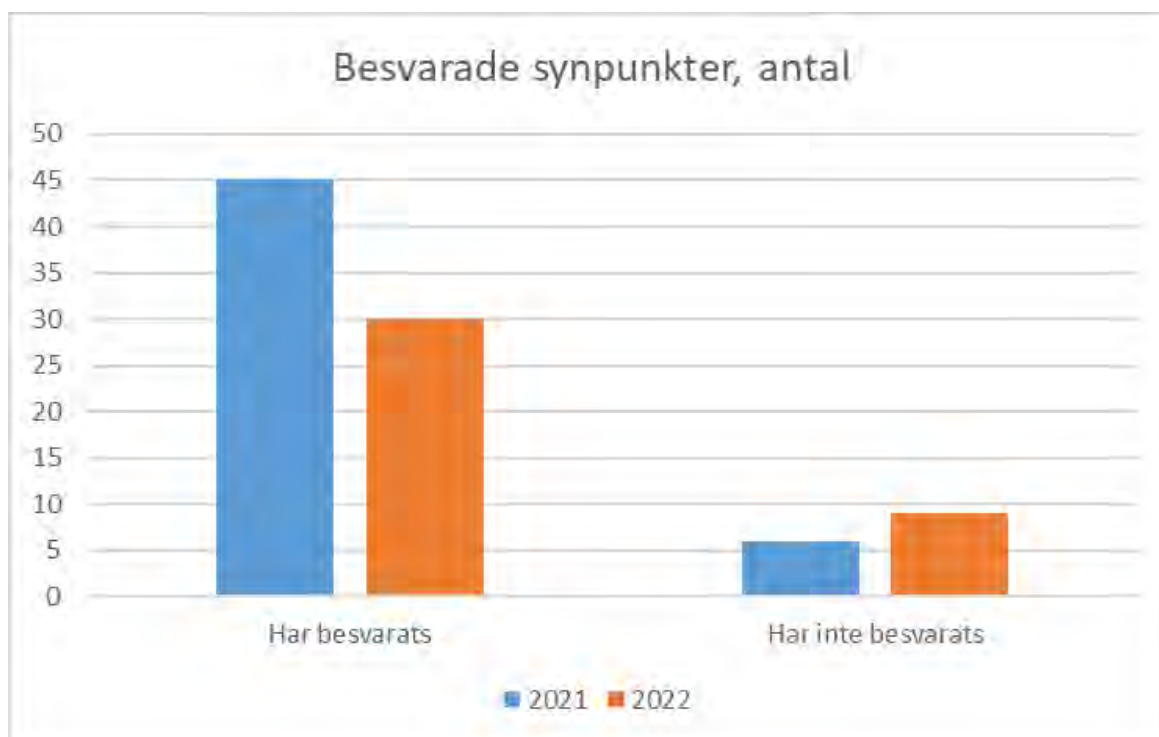


Majoriteten av synpunktslämnarna önskar återkoppling.

Denna trend är genomgående för hela året. Att synpunktslämnaren önskar återkoppling.

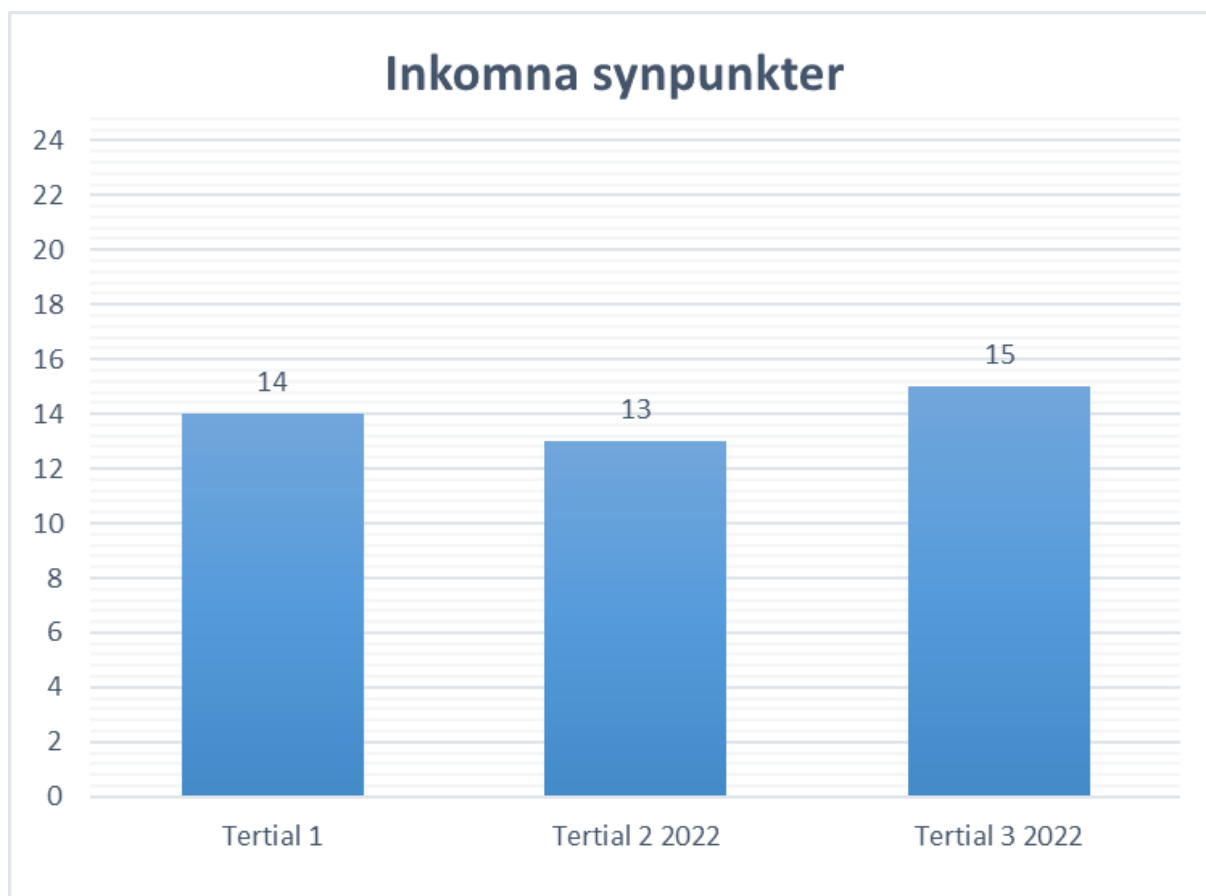


Alla synpunktslämnare som angett att de vill få återkoppling på sin synpunkt har fått det under tertialet.



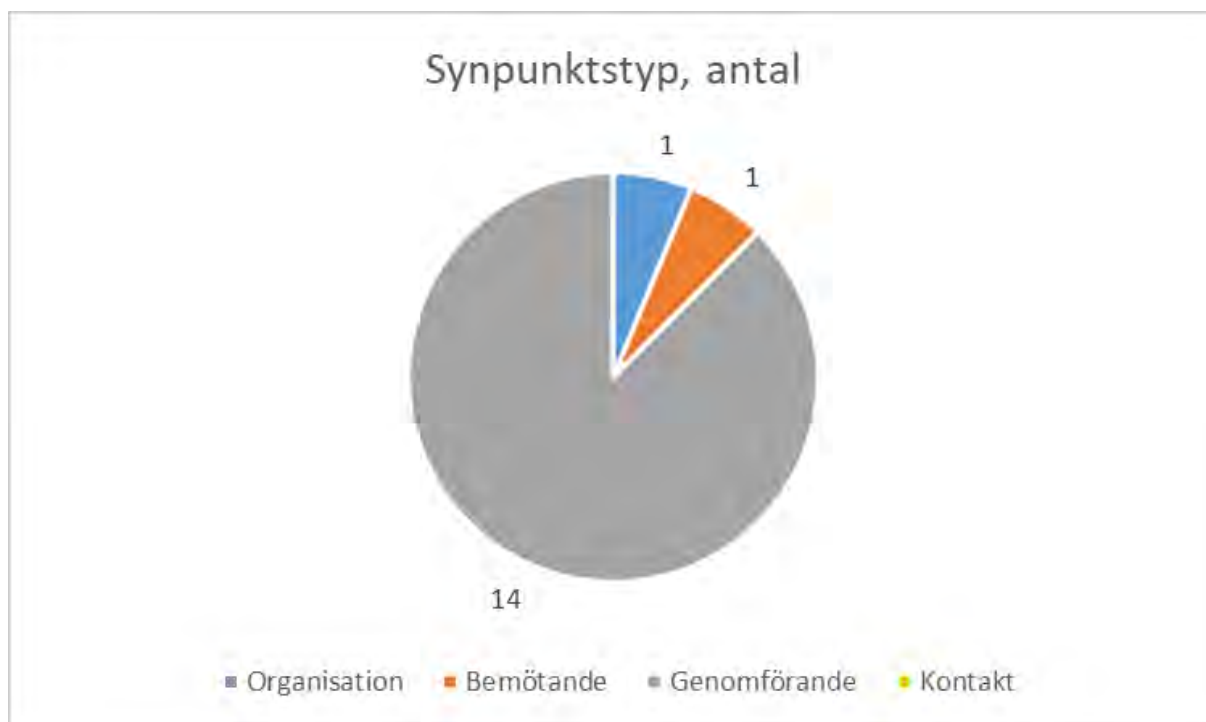
Diagrammet ovan visar återkopplingsfrekvensen för 2021 och 2022. De som inte är besvarade är sådana synpunkter där synpunktslämnaren inte velat ha återkoppling. Samtliga synpunkter där synpunktslämnaren har önskat återkoppling har fått det.

2.2 Produktion

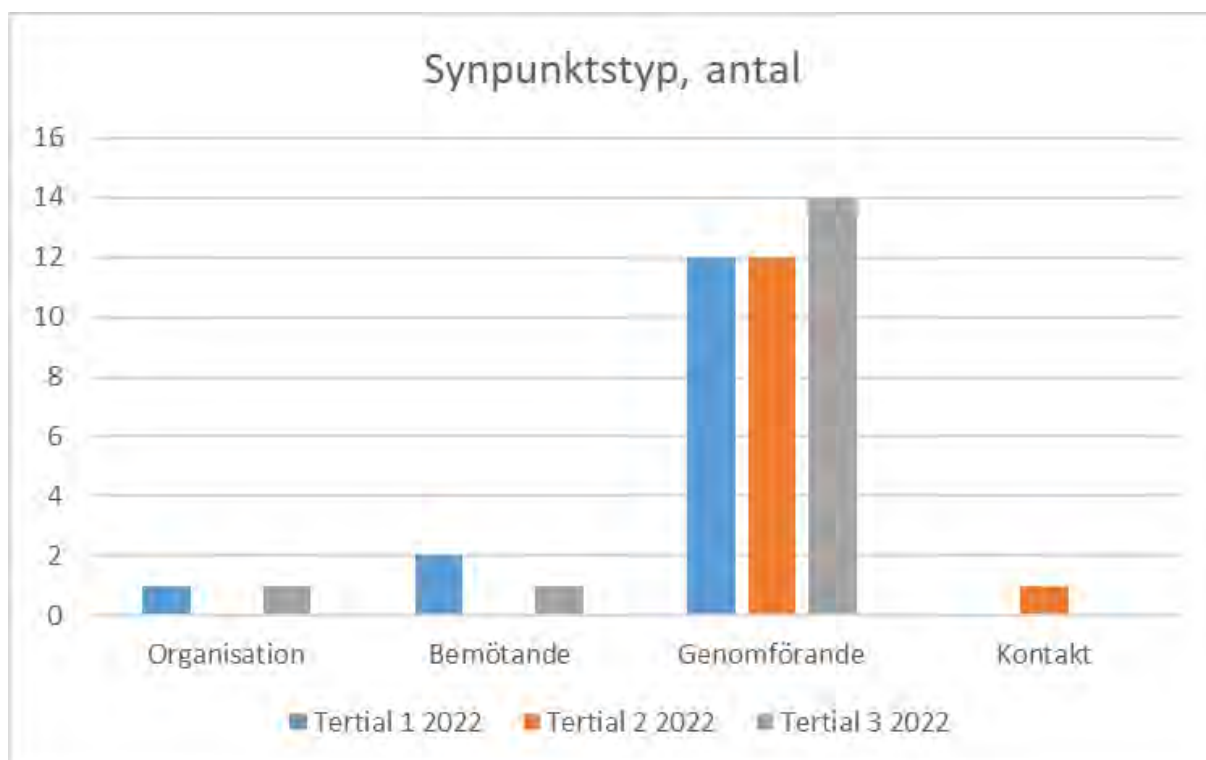


15 stycken synpunkter inkom under årets tredje tertial.

2.2.1 Fördelning synpunktstyper

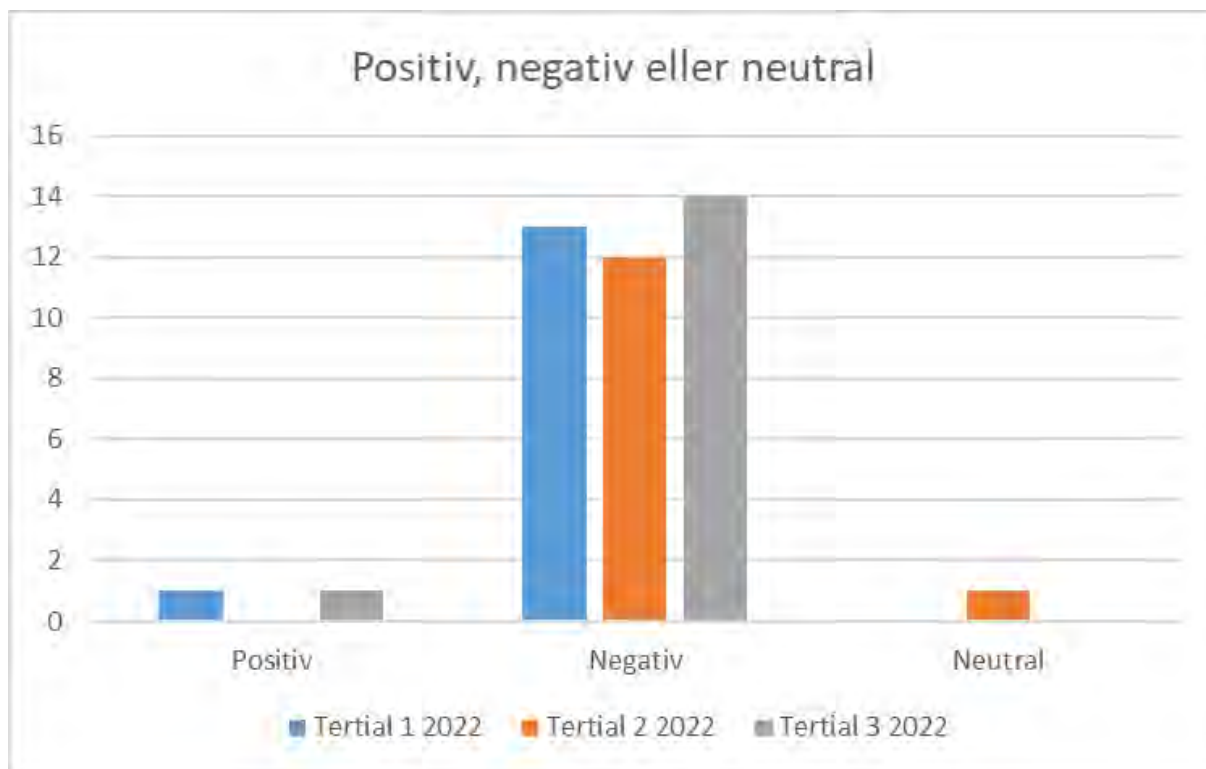


Under tertialet utgör synpunktstypen genomförande den största delen av det totala antalet.



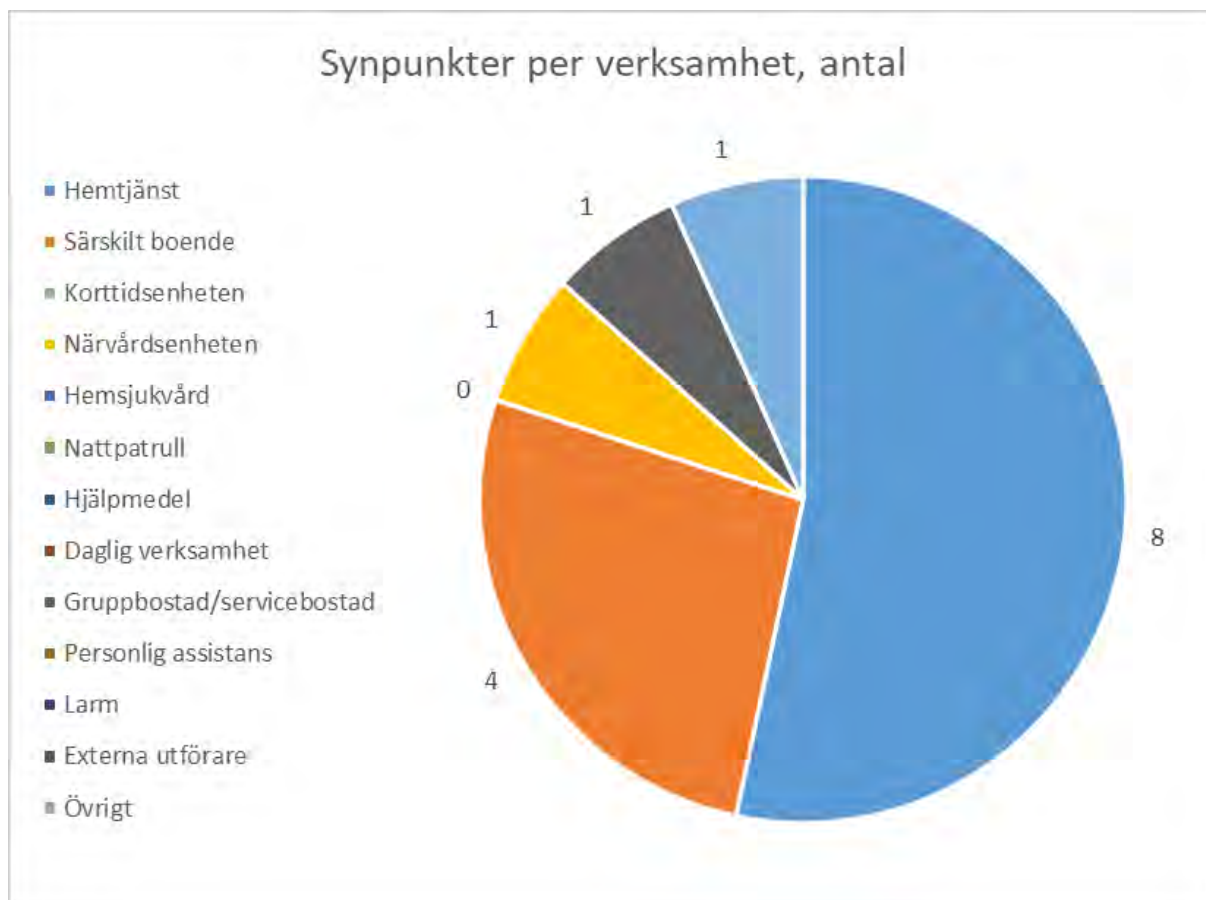
Även för hela året utgörs den största delen av synpunktstyperna av kategorin genomförande.

2.2.2 Positiv, negativ eller neutral

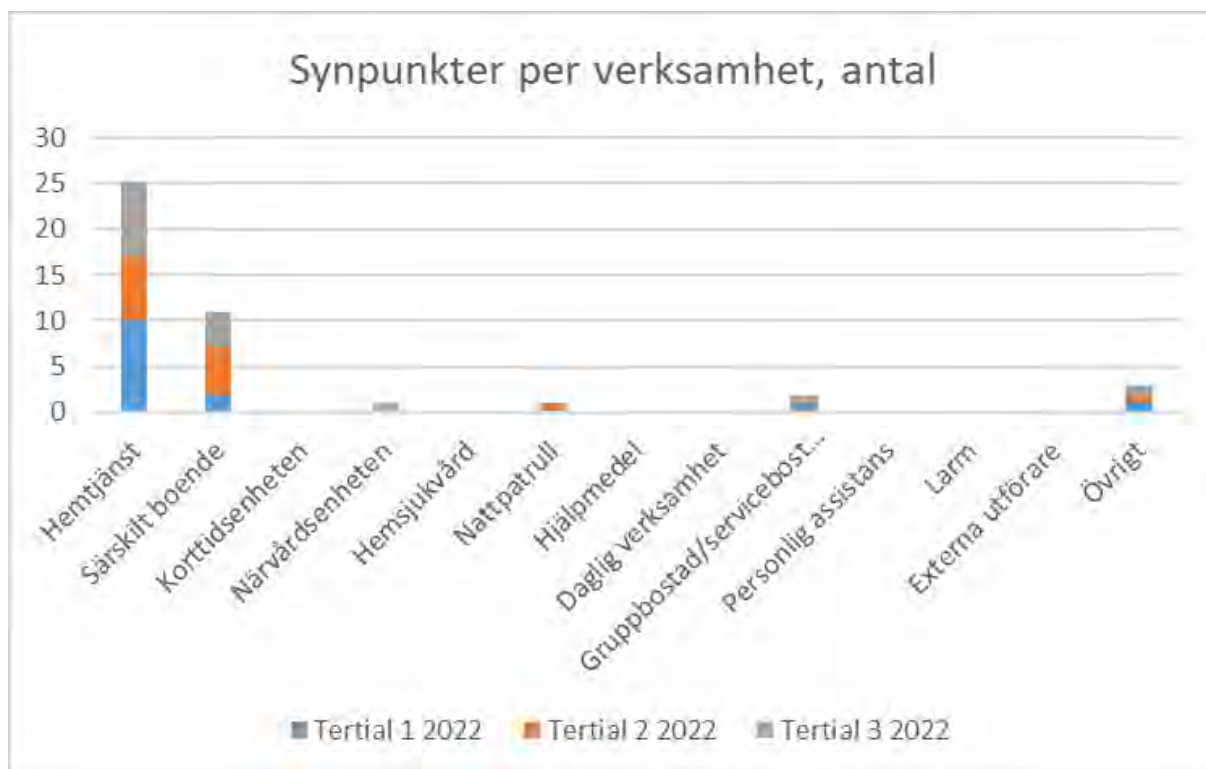


Under tertial tre har det inkommit 14 negativa synpunkter och en positiv.

2.2.3 Synpunkter per verksamhet

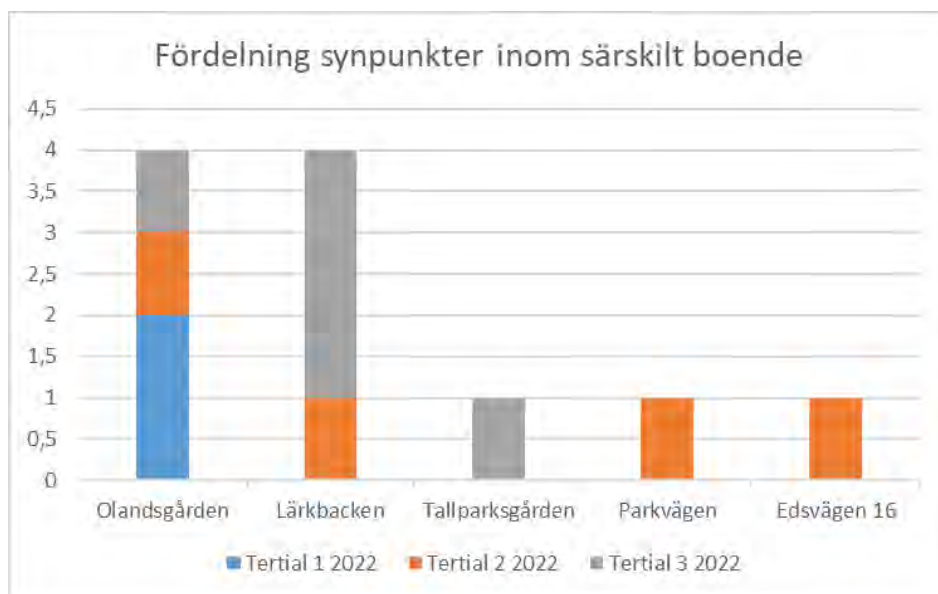


Synpunkterna för produktion utgörs främst utav synpunkter rörande hemtjänsten samt särskilt boende.



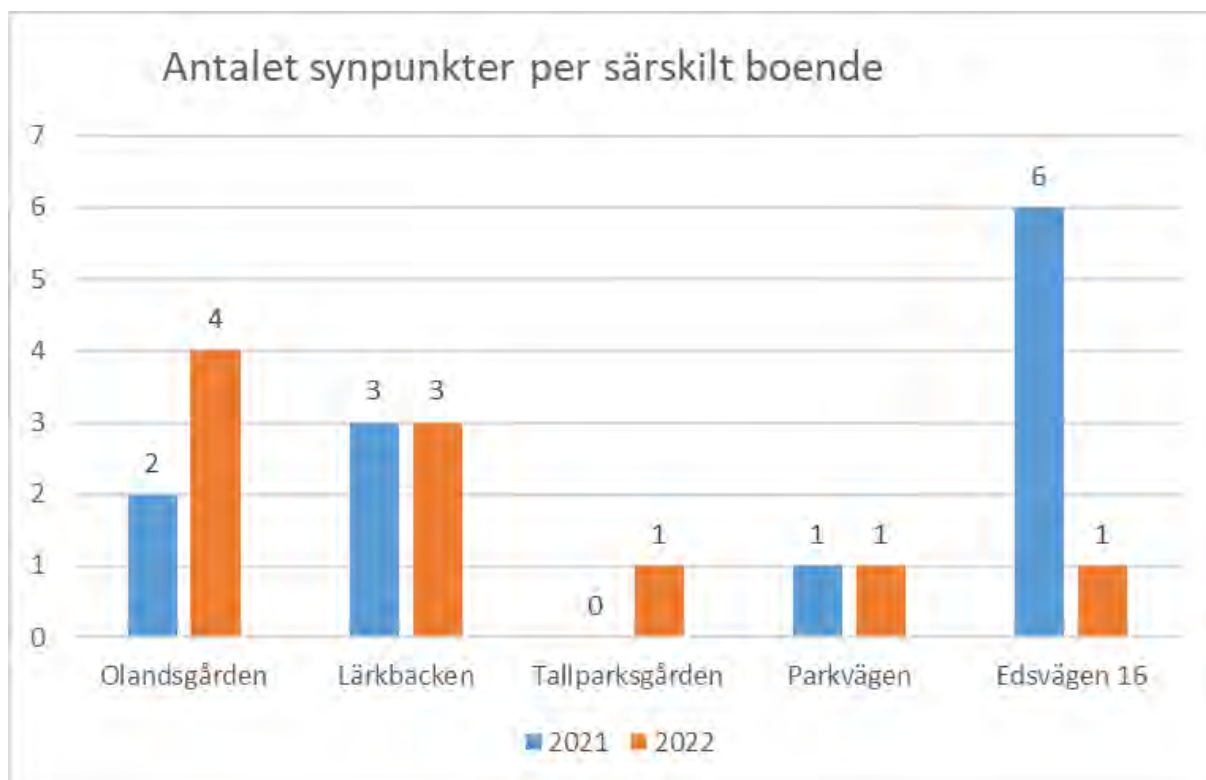
Hemtjänsten är den verksamhet som får flest synpunkter under tertialet samt under hela året.

Hemtjänsten är den största verksamheten sett till brukarantalet av de verksamheter som specificeras i tabellen ovan.

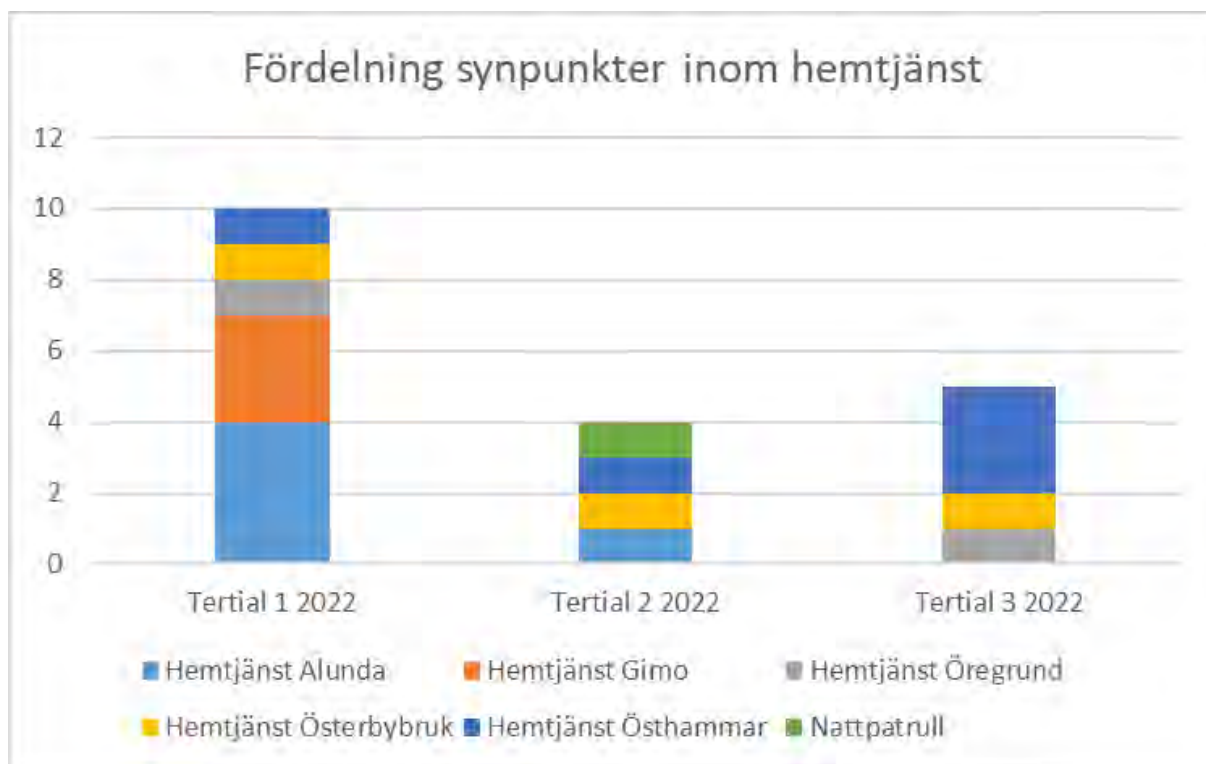


Tabellen visar fördelningen mellan kommunens fem särskilda boenden.

Synpunkterna för tertialet berör områden som: brist i utebliven rehabilitering efter sjukdom. Att medel för rengöring inte har blivit undanplockad inne hos dement brukare. Omvårdnaden på boendet upplevs som ovärdig samt att man inte kan betala med kort när man äter lunch på boendet i Öregrund.



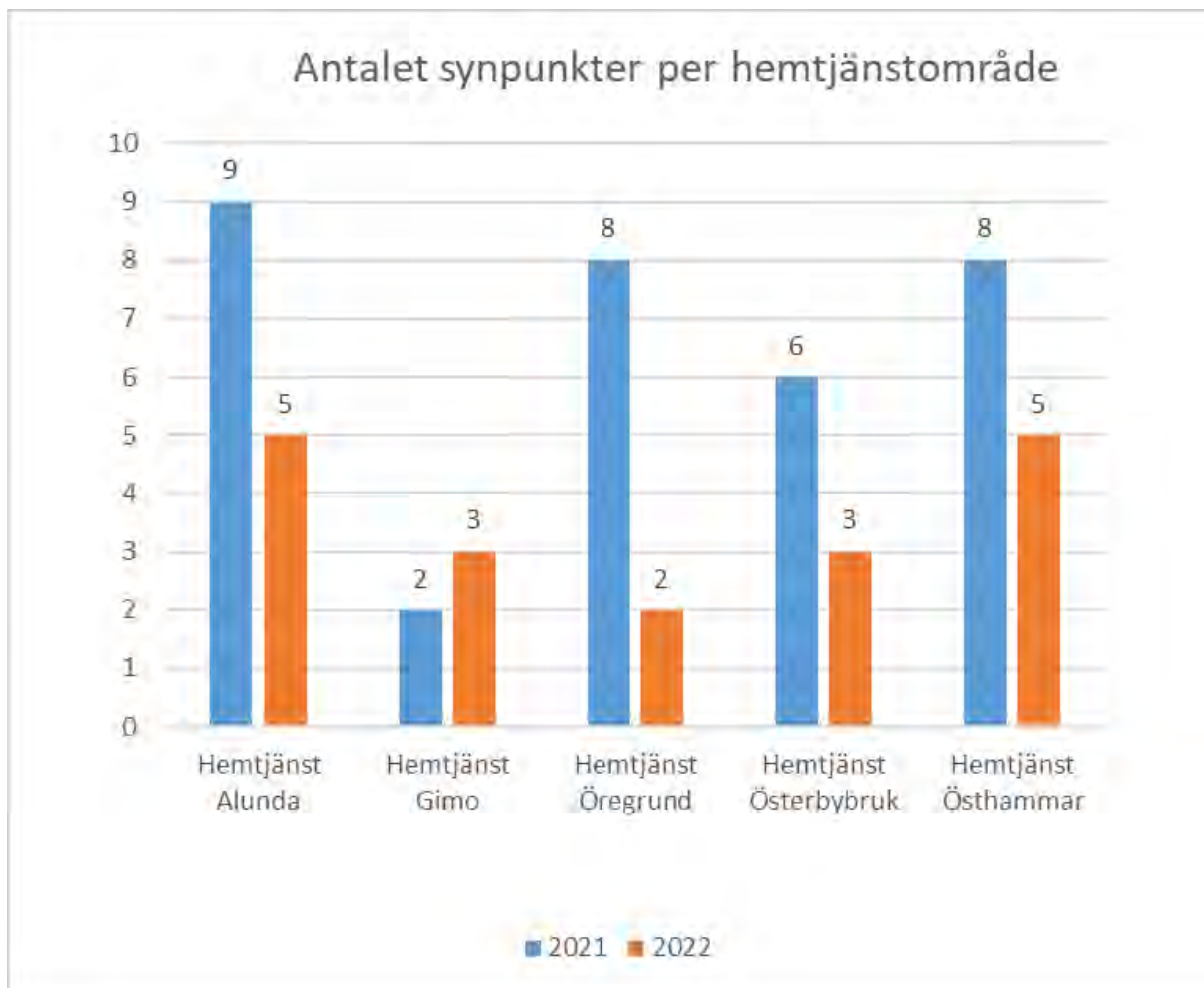
Sett till över året har synpunkternas innehåll varierat mellan: att anhöriga upplever att det är bristande kommunikation mellan personalen och anhöriga, att det inte finns tillräckligt med aktiviteter för de boende, upplevelse av att personal inte är tillräckligt kunnig inom sin profession, brister i hur vården utförs, samt bristande hygien i form av smutsiga toaletter och sängkläder.



Tabellen redovisar fördelning av synpunkter per hemtjänstområde.

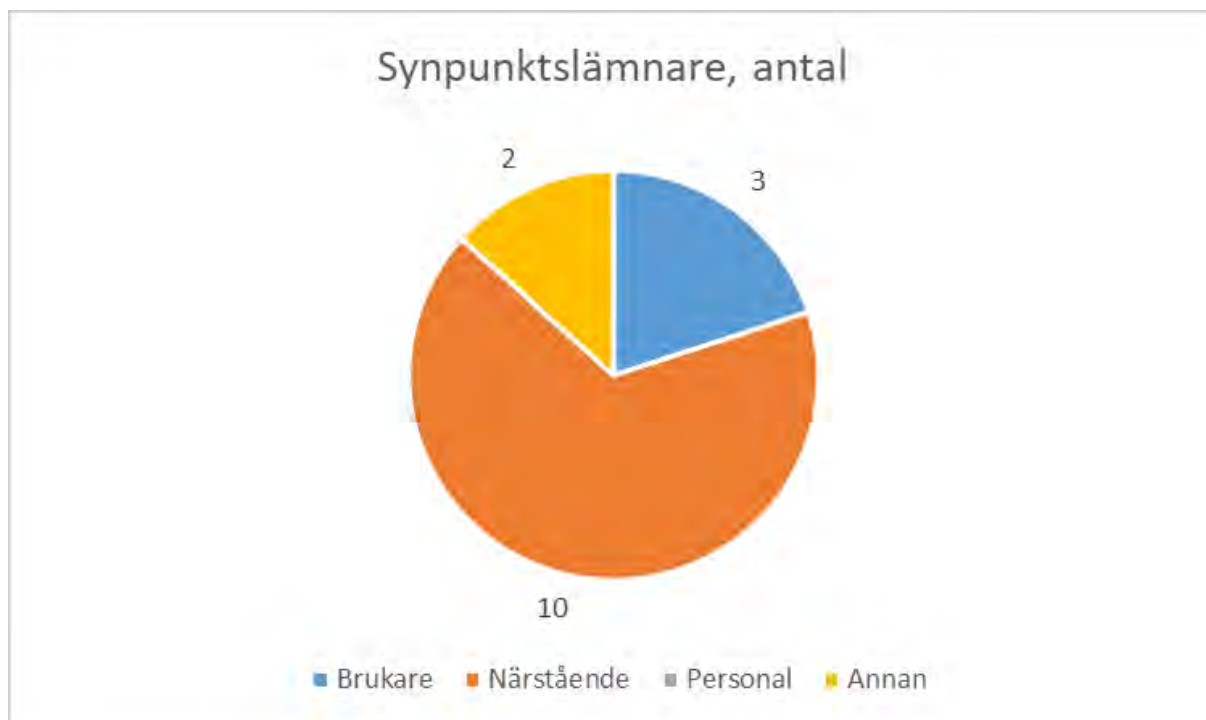
Totalt är de åtta synpunkter som berör hemtjänsten (se cirkeldiagrammet "synpunkter per verksamhet, antal"). Av de åtta är det fem stycken som berör ett specifikt hemtjänstområde, övriga tre handlar om hemtjänsten generellt eller går inte att härleda till en specifik hemtjänstgrupp.

Synpunkterna berör områden som: Larm kom inte fram till hemtjänstpersonalen, upplevelse av att hemtjänstpersonalen inte utför de insatser som brukaren blivit beviljad samt att hemtjänstpersonalen parkerar sina bilar framför handikapplatser så att dessa blir oframkomliga.

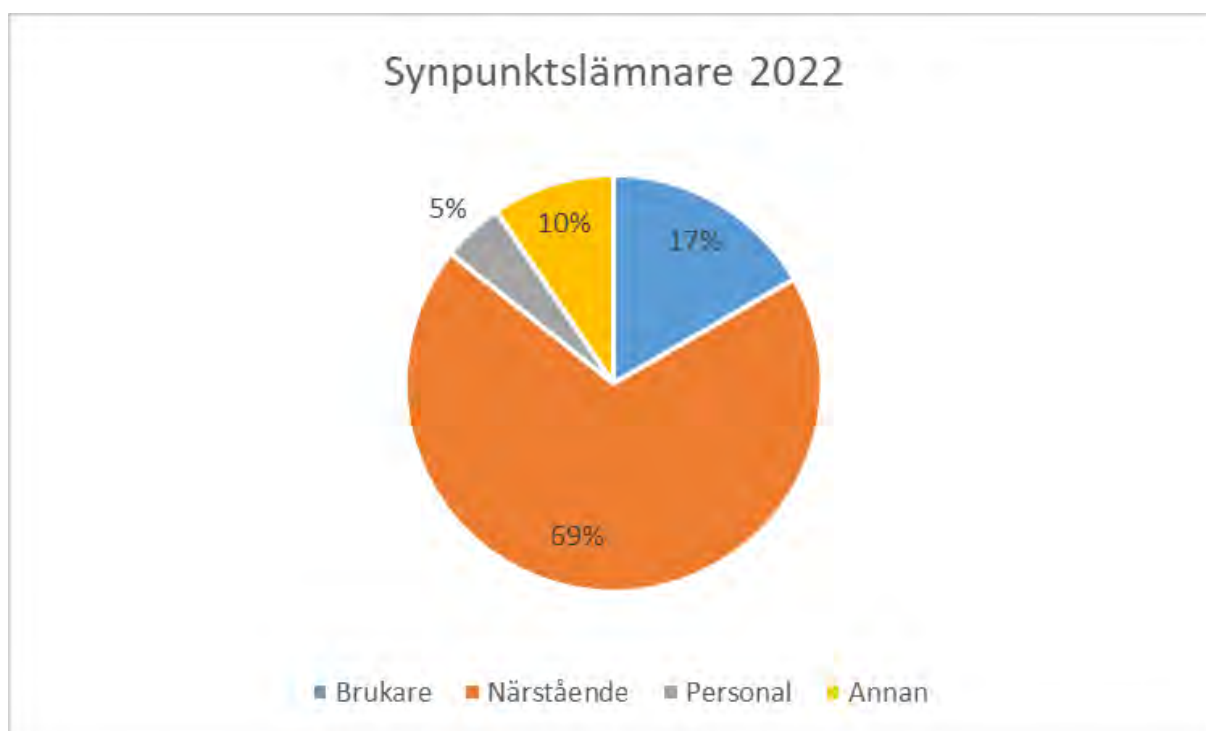


Innehållet i synpunkterna för tertialalet speglar hela året relativt bra. Vanligaste innehållet i synpunkterna avseende hemtjänsten är upplevelse av uteblivna insatser samt missnöje med hur utförandet av insatser har utförts.

2.2.4 Synpunktslämnare



Majoriteten av synpunkterna för tertialet inkommer via en närstående.

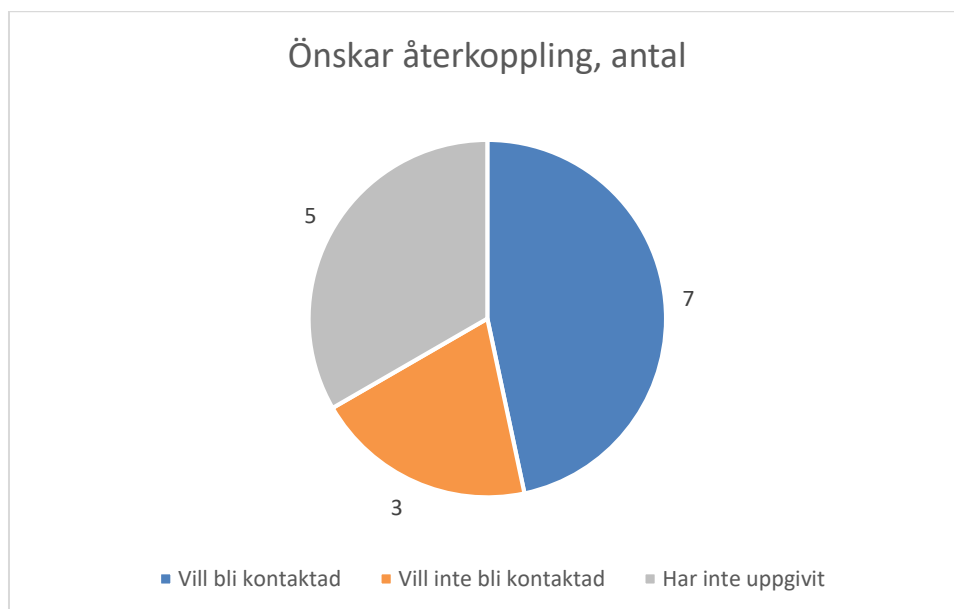


Totalt sett över året har 69 % av synpunkterna inkommit via en närstående.

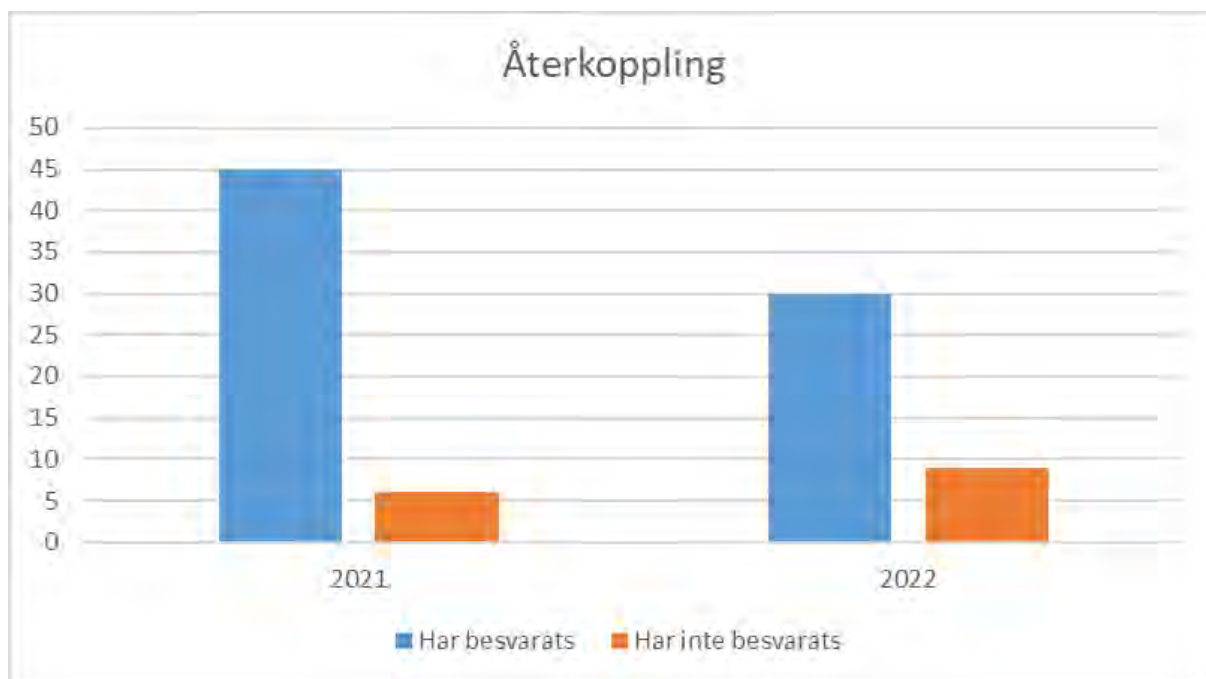
2.2.5 Åtgärder, svar & utredningar



11st av de 15 synpunkter som inkommit har besvarats.



7st av de 15 synpunkter som inkommit under perioden har uppgivit att de vill ha återkoppling på sin synpunkt.



Diagrammet ovan visar återkopplingsfrekvensen för 2021 och 2022. De som inte är besvarade utgörs av de synpunkter där synpunktslämnaren inte vill ha återkoppling, allt där synpunktslämnaren inte uppgivit något.

Analys och slutsatser

Anledningarna till att antalet inkommande synpunkter har minskat 2022 kan bero på olika orsaker.

Smittspridningen av Covid-19 kan ha bidragit till att individer är mindre benägna att lämna in synpunkter. En annan möjlig förklaring kan vara att man istället för att skicka in sin synpunkt via brev eller mail, istället ringer direkt till ansvarig chef. Vidare kan det bero på att individen upplever att synpunkter inte resulterar i några konkreta åtgärder. Detta kan indikera att förtroendet för verksamheten minskar.

I analys från tidigare år har man tagit upp följande som ytterligare en bidragande orsak till att antalet sjunker: Allvarlighetsgraden på synpunkterna har sjunkit från 2019. Detta tror man kan bero på att en del utav de man tidigare har registrerat som synpunkter egentligen skulle ha rapporterats som avvikelser. Detta har man sett utifrån att allvarlighetsgraden på synpunkterna har sjunkit.

Klicka här för att ange brödtext.

Svar till Anhörigföreningen gällande fast omsorgskontakt

Den 1 juli 2022 infördes den nya bestämmelsen om fast omsorgskontakt i socialtjänstlagen, med krav på att den som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms uppenbart obehövt. Från och med 1 juli 2023 får enligt bestämmelsen endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska utses till fast omsorgskontakt.

I Östhammars kommun arbetar man sedan länge, som så många andra verksamma inom vård och omsorg, med funktionen kontaktman och kontaktmannaskap. I praktiken ser innehållet gällande kontaktman och fast omsorgskontakt mycket snarlikt ut. Detta har vi nu som grund och stöd i arbetet med att ställa om och införa fast omsorgskontakt.

Under hösten 2022 har hemtjänstverksamheten arbetat fram en rutin för fast omsorgskontakt samt även tagit fram ett informationsblad som går ut till de brukare som har hemtjänst. Materialet blev färdigt i sin helhet vid årsskiftet 2022/2023 och har därmed börjat användas i samtliga hemtjänstenheter.

Man har i de olika enheterna kommit lite olika långt i detta arbete, men samtliga har en plan för hur implementeringen ska ske. I vissa enheter har man redan delat ut information till brukare, i andra är detta på gång att ske. Vissa enheter har fördelat uppdragen som fast omsorgskontakt till medarbetare men man har inte kommit igång med det faktiska arbetet hos brukare.

Medarbetarna har involverats genom att fast omsorgskontakt regelbundet har tagits upp på arbetsplatsträffar.

Arbetet med att implementera fast omsorgskontakt har mottagits positivt av såväl medarbetare som brukare och närstående.

Det finns en viss oro och funderingar i verksamheterna över hur det kommer att bli när lagkravet från den 1 juli 2023 ställs om med krav på att fast omsorgskontakt ska vara undersköterska. Vi har många erfarna och kompetenta vårdbiträden som då utesluts från möjligheten att vara fast omsorgskontakt.

Med vänliga hälsningar,

Anhörigföreningen i Östhammars kommun

Kommunfullmäktige
i Östhammars kommun

2022-12-08

Utebliven information ang. fast omsorgskontakt för personer med hemtjänst.

Anhörigföreningen i Östhammars kommun, AF, har under lång tid försökt få information om hur kommunen planerar för införande av fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Hittills har våra försök varit fruktlösa, varför vi nu vänder oss till KF i förhoppning om svar.

Anledningen till vår önskan är att det fr o m 2022-07-01 finns en ny bestämmelse i Socialtjänstlagen, SOL, om att hemtjänsttagare ska erbjudas en fast omsorgskontakt.

Kommunen har sedan 2020 varit medveten om den här frågan och i sitt remissvar till Socialdepartementet i mars 2021 (Bil. 1) ställt sig positiv till lagförslaget, som då planerades träda i kraft 1 januari 2022.

När AF i skrivelse till kommunens Socialnämnd, SN, våren 2021 påtalar behovet av förbättrade rutiner för kontaktpersoner på särskilda boenden finns i svaret från SN följande passus. *"Riksdagen kommer att fatta beslut om att fasta kontaktpersoner ska utses även för omsorgstagare med hemtjänst. Beslutet har föreslagits träda i kraft vid kommande årsskifte. Behovet av utbildning och en skriftlig instruktion är angeläget även för dessa kontaktpersoner. De skriftliga instruktionerna för de båda typerna av kontaktpersoner kan lämpligen utarbetas och antas samtidigt."* (SN 2021-06-23).

Vid den av AF arrangerade seminariedagen, Demensdagen i Östhammar 22 november 2021, presenterade regeringens särskilda utredare av frågan om "Fast omsorgskontakt i hemtjänsten", Barbro Westerholm, förslaget om införandet av en lagstadgad skyldighet för kommunerna att erbjuda en sådan kontaktperson. Hon angav att riksdagsbeslut väntades under vintern 2021 - 2022. Vid tillfället var såväl ledamöter från SN som tjänstemän med anknytning till kommunens äldreomsorg närvarande.

Beslutet om lagändringen i SOL kom under våren 2022 med giltighet fr o m 2022-07-01. Kommunen, som förväntat sig en lagändring redan vid årsskiftet 2021/2022, gavs därmed extra tid för planering av förändringen.

Anhöriga och brukare av hemtjänst började ivrigt vänta på information, men det var tyst från kommunens sida.

Inför ett digitalt möte i juni 2022 med sektor Omsorg önskade AF få information om planeringsläget men fick till svar att detta inte var en fråga för tjänstemannanivån utan för den politiska nivån.

AF sände därför i slutet av augusti en skrivelse till SN där vi önskade bli informerade om hur långt kommunen hunnit i sin planering för fast omsorgskontakt (Bil. 2). Något svar på denna skrivelse har AF ännu inte fått.

Däremot fick AF i november en kort skrivelse från den ny tillsatta chefen för äldreomsorgen inom sektor Omsorg. Skrivelsen innehöll en upprepning av den bakgrund vi skissat i vår egen skrivelse till SN men gav inte någon information om det vi efterfrågat - var man befinner sig i planeringen (Bil. 3).

Vid informella kontakter med ledamöter i SN får vi veta att vår skrivelse aldrig behandlats i SN.

Turerna har varit många i det här ärendet och i protokollet från sammanträdet i SN (2022-11-09, 151 §) finner man i princip samma information som i protokollet från sammanträdet 2021-03-10, 35 §.

Fortfarande saknas information om implementeringsplan.

Vi delar utredningens och kommunens uppfattning att en nära samverkan mellan en fast omsorgskontakt, omsorgstagaren och dennes anhörige/närstående ger stora möjligheter till en kvalitetsförbättring av Östhammars hemtjänst, vilken idag haltar betänkligt i flera avseenden.

SPF Seniorerna presenterade i år ett kvalitetsindex för alla kommuners hemtjänst utifrån äldres behov och önskemål – från att leta information till biståndsbedömning samt själva utförandet av hemtjänsten och möjlighet att påverka. Vår kommun hamnar på plats 253 av 290 kommuner. Det finns således stor förbättringspotential.

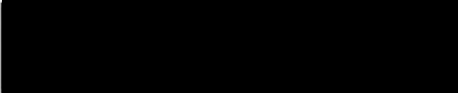
Vi är i AF väl medvetna om att det kan finnas problem för kommunen när det gäller införandet av fast vårdkontakt och till den kopplade kompetenskrav. Men lagtexten finns och har trätt i kraft för snart ett halvår sedan och invånarna har med rätta förväntningar som behöver hanteras. Den totala tystnaden väcker frustration och irritation. Vi efterlyser en öppen dialog.

Anhörigföreningen begär därför att kommunen snarast lämnar den information vi efterfrågat samt vidtager de åtgärder som lagtexten kräver.

För Anhörigföreningen i Östhammars kommun.



Ulf Ehlin
Ordförande



Birgitta Johnsen
Sekreterare

Bilaga 1



Socialnämnden

SAMMANTRÄDESPROTOKOLL

Sammanträdesdatum
2021-03-10

Sid
11 (29)

Dnr SN-2021-12

§ 35. Yttrande om fast omsorgskontakt i hemtjänsten

Beslut

Socialnämnden ställer sig positiva till förslaget att införa fast omsorgskontakt i hemtjänsten och antar yttrandet. (Bilaga 1)

Ärendebeskrivning

Med en fast omsorgskontakt i hemtjänsten kan stödet och hjälpen bättre anpassas till den enskildes behov och önskemål. Rollen kan med vissa förutsättningar bidra till bättre kontinuitet och ökad trygghet för såväl omsorgstagare, som anhöriga och personalen. Samordningsvinster kan uppnås då den fasta omsorgskontakten utgör en viktig informationskälla till anhöriga, närstående, arbetslaget och andra professioner inom vården och omsorgen. Krav på en fast omsorgskontakt innebär att utförare blir skyldiga att arbeta på ett mer enhetligt sätt vilket kan bidra till en ökad kvalitet inom äldreomsorgen. Syftet med införandet av fast omsorgskontakt är vidare att bidra med lösningar till en högre personalkontinuitet inom äldreomsorgen. Förslaget redovisar en ökad kostnad i samband med införande av fast omsorgskontakt, för detta föreslås att kommunen kompenseras i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen.

Utredningen föreslår lagändringar med ikraftträdande vid två olika tidpunkter

- Lagförslaget om att en fast omsorgskontakt ska erbjudas till äldre med hemtjänst föreslås träda i kraft den 1 januari 2022.
- Förslaget om att den fasta omsorgskontakten ska inneha yrkestiteln undersköterska föreslås träda i kraft den 1 januari 2030.

Beslutsunderlag

SOU 2020:70 Fast omsorgskontakt i hemtjänsten via regeringens [webbpla](#) -

Förslag till yttrande

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Enhetschef Carina Kumlin föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

Socialdepartementet. Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.sof@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2020/08966 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet. Remissinstansens namn ska även anges i dokumentnamnet.

Sektorchef Lina Edlund

Verksamhetschef Johan Steinbrecher

*Anhörigföreningen
i Östhammars kommun*

2022-08-31

Socialnämnden
Östhammars kommun

Fast omsorgskontakt i hemtjänsten

Från och med 1 juli har en ny bestämmelse i SOL trätt i kraft med krav på att personer med hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövt.

Inför ett digitalt möte med ledningen för Sektor Omsorg den 23 juni 2022 begärde Anhörigföreningen att införandet av en fast omsorgskontakt för omsorgstagare med hemtjänst skulle vara en informations/diskussionspunkt på agendan. Föreningens önskemål avvisades med motiveringen att det var en politisk fråga och inte hörde hemma på tjänstemannanivå.

Anhörigföreningen har anhöriga och närstående som medlemmar och som under en längre tid känt till lagändringen och som väntar på att få veta vem som blir deras kontaktperson. Vi återkommer därför med önskemål om information angående planeringen, denna gång till politisk nivå.

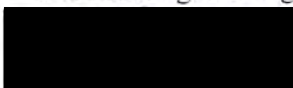
Frågan om fast omsorgskontakt är inte ny. Bakgrunden till lagändringen beskrivs redan i SOU 2020:70 och utredaren av frågan, riksdagsledamoten Barbro Westerholm, redogjorde för den vid den av Anhörigföreningen arrangerade Demensdagen i Östhammar i november 2021.

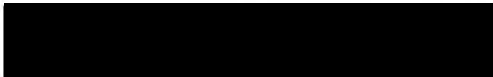
För dem som är nya brukare i hemtjänsten och för dem som inte har anhöriga på nära håll är en kontaktperson extra viktig. Vi anser att de borde ha prioriterats och den 1 juli, eller redan före detta datum, haft en kontaktperson.

Från och med 1 juli 2023 skärps dessutom kraven när det gäller vem som kan utses till kontaktperson. Endast en person med yrkestiteln undersköterska kan därefter utses som kontaktperson.

Vi har förståelse för att genomförandet kan vara svårt att åstadkomma fullt ut exakt den dag lagändringen träder i kraft, men eftersom den varit känd sedan länge så torde det finnas en plan för genomförandet. Vi önskar därför, för våra medlemmars räkning, bli informerade om den planen.

För Anhörigföreningen i Östhammars kommun.


Ulf Ehlin
Ordförande


Birgitta Johnsen
Sekreterare



Sektor Omsorg
Cecilia Wadestig

Datum
2022-11-01

Dnr
N 22/201

S
1

Svar till Anhörigföreningen gällande fast omsorgskontakt

Den 1 juli 2022 infördes den nya bestämmelsen om fast omsorgskontakt i socialtjänstlagen, med krav på att den som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms uppenbart obehövt. Från och med 1 juli 2023 får enligt bestämmelsen endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska utses till fast omsorgskontakt.

I Östhammars kommun arbetar man sedan länge, som så många andra verksamma inom vård och omsorg, med funktionen kontaktman och kontaktkännskap. I praktiken ser innehållet gällande kontaktman och fast omsorgskontakt mycket snarligt ut.

När vi nu arbetar med omställningen av kontaktkännskap till fast omsorgskontakt kommer det samtidigt att göras ett arbete med att anpassa och utveckla konceptet.

Med vänliga hälsningar,

Cecilia Wadestig

*Anhörigföreningen
i Östhammars kommun*

2023-01-12

Kommundirektör Peter Nyberg
Östhammars kommun

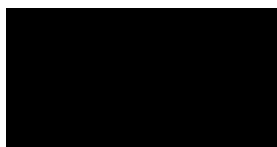
Angående skrivelse till kommunfullmäktige daterad 22-12-08

Anhörigföreningen överlämnade 2022-12-09 bifogade skrivelse till kommunen. Föreningen har ännu inte fått något svar eller reaktion på den.

Eftersom den nya paragrafen i socialtjänstlagen säger att kommunen skulle ha infört fast omsorgskontakt för vårdtagare med hemtjänst den **1 juli 2022** finner Anhörigföreningen det ytterst anmärkningsvärt att kommunen inte ens svarar på föreningens frågor om och hur man tänker uppfylla lagens krav.

Vi vore tacksamma för ett snabbt besked.

För Anhörigföreningen i Östhammars kommun.



Ulf Ehlin
Ordförande

Försättsblad

Efterföljande lista är utskriven av mictho

Utskriftsdatum : 2023-02-07

Rapporttyp : Redovisning av sjukfrånvaro

Rapportnamn : Sjukfrånvaro standard: förv, verks, enhet, avd

Period : 2022-01-01 - 2022-12-31

Sorteringsnamn : JN_Sjukfrånvaro förv_verh_enh_avd

Beskrivning :

Sorteringsfält	Sortering	Sidbryt	Summering
Org_Förvaltning	Stigande	Nej	Ja
Org_Verksamhet	Stigande	Nej	Ja
Org_Enhet	Stigande	Nej	Ja
Org_Avdelning	Stigande	Nej	Nej

Urvalsnamn : *Inget urval

Organisation = Sektor Omsorg med underliggande

Urvalsnamn : *Inget urval

Org_avdelning	Totalt sjukfrånvaro					Kvinnor sjukfrånvaro					Män sjukfrånvaro				
	Sjukfrv tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%
Org_Förvaltning: Sektor Omsorg															
Org_Verksamhet:															
Org_Enhet: MAS o MAR															
	72	4 475	1.60	0	0.00	72	4 475	1.60	0	0.00	0	0	0.00	0	0.00
Summa Org_Enhet: MAS o MAR															
	72	4 475	1.60	0	0.00	72	4 475	1.60	0	0.00	0	0	0.00	0	0.00
Org_Enhet: Sektor Omsorg Chefer															
	0	6 657	0.00	0	0.00	0	4 400	0.00	0	0.00	0	2 257	0.00	0	0.00
Summa Org_Enhet: Sektor Omsorg Chefer															
	0	6 657	0.00	0	0.00	0	4 400	0.00	0	0.00	0	2 257	0.00	0	0.00
Summa Org_Verksamhet:															
	72	11 131	0.65	0	0.00	72	8 874	0.81	0	0.00	0	2 257	0.00	0	0.00
Org_Verksamhet: Myndighet Omsorg															
Org_Enhet: Barn- och Ungdom Myndighet															
Barn- och ungdom	1 138	25 846	4.40	399	35.06	1 114	21 549	5.17	399	35.81	24	4 297	0.56	0	0.00
Summa Org_Enhet: Barn- och Ungdom Myndighet															
	1 138	25 846	4.40	399	35.06	1 114	21 549	5.17	399	35.81	24	4 297	0.56	0	0.00

Urvalsnamn : *Inget urval

Org_avdelning	Totalt sjukfrånvaro					Kvinnor sjukfrånvaro					Män sjukfrånvaro				
	Sjukfrv tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	60 %	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	60 %	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	60 %
Org_Förvaltning: Sektor Omsorg															
Org_Verksamhet: Myndighet Omsorg															
Org_Enhet: Myndighet Omsorg Chefer															
	763	17 914	4.26	80	10.46	691	12 558	5.50	80	11.54	72	5 356	1.34	0	0.00
Summa Org_Enhet: Myndighet Omsorg Chefer															
	763	17 914	4.26	80	10.46	691	12 558	5.50	80	11.54	72	5 356	1.34	0	0.00
Org_Enhet: Vuxen Myndighet															
	1 798	34 823	5.16	0	0.00	1 798	34 823	5.16	0	0.00	0	0	0.00	0	0.00
Summa Org_Enhet: Vuxen Myndighet															
	1 798	34 823	5.16	0	0.00	1 798	34 823	5.16	0	0.00	0	0	0.00	0	0.00
Org_Enhet: Äldre och LSS Myndighet															
	80	1 665	4.79	0	0.00	80	1 055	7.56	0	0.00	0	610	0.00	0	0.00
Biståndsenheten	3 559	36 913	9.64	1 209	33.97	2 592	33 699	7.69	633	24.43	967	3 214	30.07	576	59.55
Summa Org_Enhet: Äldre och LSS Myndighet															
	3 639	38 578	9.43	1 209	33.22	2 672	34 754	7.69	633	23.70	967	3 824	25.28	576	59.55
Org_Enhet: Öppenvård															

Urvalsnamn : *Inget urval

Org_avdelning	Totalt sjukfrånvaro					Kvinnor sjukfrånvaro					Män sjukfrånvaro				
	Sjukfrv tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%
Org_Förvaltning: Sektor Omsorg															
Org_Verksamhet: Myndighet Omsorg															
Org_Enhet: Öppenvård															
Barn- och ungdom	2 954	27 486	10.75	1 746	59.11	2 427	23 379	10.38	1 586	65.36	527	4 107	12.82	160	30.30
Boendestöd	1 146	12 309	9.31	305	26.63	1 146	12 309	9.31	305	26.63	0	0	0.00	0	0.00
Självständigt boende	0	4 684	0.00	0	0.00	0	4 684	0.00	0	0.00	0	0	0.00	0	0.00
Summa Org_Enhet: Öppenvård															
	4 100	44 479	9.22	2 051	50.03	3 573	40 372	8.85	1 892	52.94	527	4 107	12.82	160	30.30
Summa Org_Verksamhet: Myndighet Omsorg															
	11 437	161 640	7.08	3 739	32.69	9 848	144 055	6.84	3 004	30.50	1 589	17 584	9.04	735	46.27
Org_Verksamhet: Produktion HSL/LSS															
Org_Enhet:															
Hjälpmedel o Förebyggande Insa	1 427	11 299	12.63	644	45.11	1 427	11 299	12.63	644	45.11	0	0	0.00	0	0.00
Närvårdsenheten	5 845	62 211	9.40	2 646	45.27	5 845	62 211	9.40	2 646	45.27	0	0	0.00	0	0.00

Urvalsnamn : *Inget urval

Org_avdelning	Totalt sjukfrånvaro					Kvinnor sjukfrånvaro					Män sjukfrånvaro				
	Sjukfrv tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%
Org_Förvaltning: Sektor Omsorg															
Org_Verksamhet: Produktion HSL/LSS															
Org_Enhet:															
Produktion HSL/LSS Chefer	72	4 018	1.79	0	0.00	72	4 018	1.79	0	0.00	0	0	0.00	0	0.00
Rehabenhete n	4 000	26 714	14.97	2 883	72.08	4 000	25 386	15.76	2 883	72.08	0	1 328	0.00	0	0.00
Summa Org_Enhet:															
	11 344	104 242	10.88	6 173	54.42	11 344	102 914	11.02	6 173	54.42	0	1 328	0.00	0	0.00
Org_Enhet: Daglig verksamhet															
Cafe gläntan	1 485	4 907	30.26	1 430	96.34	1 485	4 907	30.26	1 430	96.34	0	0	0.00	0	0.00
Drama & Musik	607	4 761	12.74	286	47.11	607	4 761	12.74	286	47.11	0	0	0.00	0	0.00
Focus i centrum	0	40	0.00	0	0.00	0	40	0.00	0	0.00	0	0	0.00	0	0.00
Framsteg	186	5 843	3.19	0	0.00	186	5 681	3.28	0	0.00	0	162	0.00	0	0.00
Konst och media	429	6 706	6.40	0	0.00	294	4 626	6.35	0	0.00	136	2 080	6.52	0	0.00
Kontoret	1 001	4 570	21.91	560	55.97	1 001	4 570	21.91	560	55.97	0	0	0.00	0	0.00

Urvalsnamn : *Inget urval

Org_avdelning	Totalt sjukfrånvaro					Kvinnor sjukfrånvaro					Män sjukfrånvaro				
	Sjukfrv tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag 60 Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag 60 Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag 60 Timmar	%
Org_Förvaltning: Sektor Omsorg															
Org_Verksamhet: Produktion HSL/LSS															
Org_Enhet: Daglig verksamhet															
Måsen	1 104	8 122	13.59	145	13.12	1 104	8 122	13.59	145	13.12	0	0	0.00	0	0.00
Natur & Kultur	402	5 771	6.96	0	0.00	402	5 771	6.96	0	0.00	0	0	0.00	0	0.00
Oasen	913	9 086	10.05	0	0.00	913	9 086	10.05	0	0.00	0	0	0.00	0	0.00
Service och butik	247	4 349	5.69	0	0.00	191	2 270	8.44	0	0.00	56	2 080	2.69	0	0.00
Ugglan	276	8 313	3.32	0	0.00	148	4 512	3.29	0	0.00	128	3 801	3.36	0	0.00
Summa Org_Enhet: Daglig verksamhet															
	6 650	62 468	10.65	2 421	36.41	6 331	54 346	11.65	2 421	38.25	319	8 123	3.93	0	0.00
Org_Enhet: Gruppbofäst															
Aborren ungdomsboe nde	918	17 682	5.19	0	0.00	620	12 846	4.82	0	0.00	298	4 836	6.16	0	0.00
Boda	1 049	18 475	5.68	0	0.00	776	6 917	11.22	0	0.00	273	11 558	2.36	0	0.00
Dannemoravä gen	2 625	21 288	12.33	353	13.44	2 485	17 825	13.94	353	14.19	140	3 463	4.04	0	0.00

Urvalsnamn : *Inget urval

Org_avdelning	Totalt sjukfrånvaro					Kvinnor sjukfrånvaro					Män sjukfrånvaro				
	Sjukfrv tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%
Org_Förvaltning: Sektor Omsorg															
Org_Verksamhet: Produktion HSL/LSS															
Org_Enhet: Gruppbofäder															
Edsvägen	3 140	25 395	12.36	1 287	40.98	3 076	22 614	13.60	1 287	41.83	64	2 781	2.30	0	0.00
Klackskärsgat an	1 983	21 335	9.29	580	29.24	1 889	19 060	9.91	580	30.70	94	2 275	4.13	0	0.00
Rådhuset	3 251	23 479	13.85	2 418	74.38	3 113	21 516	14.47	2 418	77.68	138	1 962	7.03	0	0.00
Summa Org_Enhet: Gruppbofäder															
	12 966	127 654	10.16	4 638	35.77	11 959	100 779	11.87	4 638	38.78	1 007	26 875	3.75	0	0.00
Org_Enhet: Hemsjukvård HSL															
	0	35	0.00	0	0.00	0	35	0.00	0	0.00	0	0	0.00	0	0.00
SSK Västra	5 864	33 851	17.32	3 274	55.83	5 678	30 381	18.69	3 274	57.66	186	3 470	5.37	0	0.00
SSK Östra	1 985	30 155	6.58	446	22.49	1 985	30 155	6.58	446	22.49	0	0	0.00	0	0.00
Summa Org_Enhet: Hemsjukvård HSL															
	7 850	64 041	12.26	3 720	47.40	7 663	60 571	12.65	3 720	48.55	186	3 470	5.37	0	0.00
Org_Enhet: Personlig assistans															
Personliga assistenter	6 443	90 790	7.10	1 778	27.60	6 283	76 305	8.23	1 778	28.30	160	14 485	1.10	0	0.00

Org_avdelning	Totalt sjukfrånvaro					Kvinnor sjukfrånvaro					Män sjukfrånvaro				
	Sjukfrv tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	60 %	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	60 %	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	60 %
Org_Förvaltning: Sektor Omsorg															
Org_Verksamhet: Produktion HSL/LSS															
Summa Org_Enhet: Personlig assistans															
	6 443	90 790	7.10	1 778	27.60	6 283	76 305	8.23	1 778	28.30	160	14 485	1.10	0	0.00
Org_Enhet: Servicebostäder															
Albrektsgatan	2 139	16 339	13.09	1 037	48.50	659	9 117	7.23	0	0.00	1 480	7 223	20.49	1 037	70.10
Bojen	646	18 428	3.50	0	0.00	646	18 040	3.58	0	0.00	0	389	0.00	0	0.00
Repslagargata n	955	13 621	7.01	417	43.61	861	9 214	9.34	417	48.38	94	4 407	2.14	0	0.00
Summa Org_Enhet: Servicebostäder															
	3 740	48 388	7.73	1 454	38.87	2 166	36 371	5.96	417	19.23	1 574	12 018	13.10	1 037	65.90
Summa Org_Verksamhet: Produktion HSL/LSS															
	48 993	497 584	9.85	20 185	41.20	45 746	431 285	10.61	19 147	41.86	3 246	66 299	4.90	1 037	31.95
Org_Verksamhet: Produktion Äldreomsorg															
Org_Enhet:															
Korttids- o psykiatrienhet en	1 319	21 792	6.05	8	0.64	1 285	20 592	6.24	8	0.65	34	1 200	2.79	0	0.00

Urvalsnamn : *Inget urval

Org_avdelning	Totalt sjukfrånvaro					Kvinnor sjukfrånvaro					Män sjukfrånvaro				
	Sjukfrv tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	60 %	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	60 %	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	60 %
Org_Förvaltning: Sektor Omsorg															
Org_Verksamhet: Produktion Äldreomsorg															
Org_Enhet:															
Nattorganisati onen	7 463	74 183	10.06	2 466	33.04	6 812	62 936	10.82	2 466	36.20	651	11 248	5.78	0	0.00
Produktion ÄO Chefer	430	38 817	1.11	8	1.85	430	38 122	1.13	8	1.85	0	695	0.00	0	0.00
Resurspool	4 236	27 075	15.65	1 859	43.89	3 134	13 596	23.05	1 859	59.33	1 102	13 479	8.18	0	0.00
Summa Org_Enhet:															
	13 448	161 868	8.31	4 342	32.29	11 662	135 246	8.62	4 342	37.23	1 787	26 621	6.71	0	0.00
Org_Enhet: Hemtjänst															
Hemtjänst Alunda	3 302	53 016	6.23	896	27.13	3 080	44 593	6.91	896	29.08	222	8 423	2.63	0	0.00
Hemtjänst Gimo	8 078	55 278	14.61	1 368	16.93	6 460	34 320	18.82	1 368	21.18	1 618	20 958	7.72	0	0.00
Hemtjänst Öregrund	10 487	84 234	12.45	2 077	19.80	7 483	50 330	14.87	1 893	25.30	3 005	33 904	8.86	184	6.12
Hemtjänst Österbybruk	9 930	74 026	13.41	3 136	31.58	8 166	59 747	13.67	2 600	31.84	1 764	14 280	12.35	536	30.38

Urvalsnamn : *Inget urval

Org_avdelning	Totalt sjukfrånvaro					Kvinnor sjukfrånvaro					Män sjukfrånvaro				
	Sjukfrv tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag Timmar	%
Org_Förvaltning: Sektor Omsorg															
Org_Verksamhet: Produktion Äldreomsorg															
Org_Enhet: Hemtjänst															
Hemtjänst Östhammar	10 621	100 158	10.60	2 276	21.43	7 238	68 794	10.52	694	9.59	3 383	31 364	10.79	1 582	46.76
Summa Org_Enhet: Hemtjänst															
	42 419	366 713	11.57	9 752	22.99	32 427	257 783	12.58	7 450	22.98	9 992	108 930	9.17	2 302	23.04
Org_Enhet: Säbo															
Säbo Alunda	7 641	88 725	8.61	2 119	27.73	7 333	79 111	9.27	2 119	28.90	308	9 614	3.20	0	0.00
Säbo Gimo	5 676	56 935	9.97	1 462	25.75	5 403	52 323	10.33	1 462	27.06	274	4 612	5.93	0	0.00
Säbo Öregrund	3 411	37 913	9.00	1 070	31.36	3 248	33 252	9.77	1 070	32.94	163	4 661	3.50	0	0.00
Summa Org_Enhet: Säbo															
	16 728	183 573	9.11	4 651	27.80	15 983	164 686	9.71	4 651	29.10	744	18 887	3.94	0	0.00
Org_Enhet: Säbo Österbybruk															
	0	10	0.00	0	0.00	0	10	0.00	0	0.00	0	0	0.00	0	0.00
Parkvägen 9	10 102	104 929	9.63	1 304	12.91	9 378	92 050	10.19	1 304	13.90	724	12 879	5.62	0	0.00
Parkvägen11	1 268	11 986	10.58	489	38.60	1 055	7 879	13.40	489	46.38	213	4 108	5.18	0	0.00

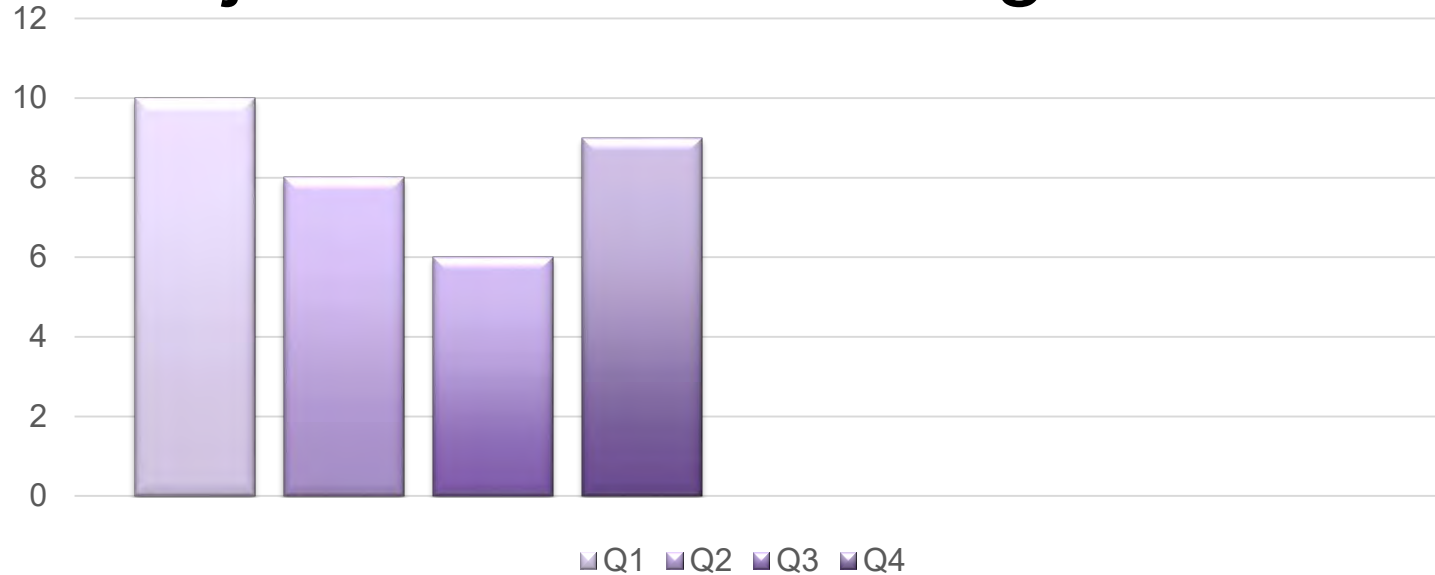
Org_avdelning	Totalt sjukfrånvaro					Kvinnor sjukfrånvaro					Män sjukfrånvaro				
	Sjukfrv tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag 60 Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag 60 Timmar	%	Sjukfr v tim	Ord arbtid	Sjukfrv %	Sjukfrv fr o m dag 60 Timmar	%
Org_Förvaltning: Sektor Omsorg															
Org_Verksamhet: Produktion Äldreomsorg															
Summa Org_Enhet: Säbo Österbybruk															
	11 370	116 925	9.72	1 793	15.77	10 434	99 939	10.44	1 793	17.19	937	16 987	5.51	0	0.00
Org_Enhet: Säbo Östhammar															
Edsvägen 16 Nere	5 841	69 559	8.40	2 133	36.52	5 533	56 688	9.76	2 133	38.55	308	12 871	2.39	0	0.00
Edsvägen 16 Uppe	5 852	67 685	8.65	1 682	28.75	5 389	59 707	9.03	1 682	31.22	464	7 978	5.81	0	0.00
Summa Org_Enhet: Säbo Östhammar															
	11 693	137 244	8.52	3 816	32.63	10 922	116 394	9.38	3 816	34.94	771	20 849	3.70	0	0.00
Summa Org_Verksamhet: Produktion Äldreomsorg															
	95 659	966 323	9.90	24 353	25.46	81 428	774 048	10.52	22 052	27.08	14 231	192 275	7.40	2 302	16.17
Summa Org_Förvaltning: Sektor Omsorg															
	156 160	1 636 678	9.54	48 277	30.91	137 094	1 358 263	10.09	44 203	32.24	19 066	278 415	6.85	4 074	21.37
Totalsumma:															
	156 160	1 636 678	9.54	48 277	30.91	137 094	1 358 263	10.09	44 203	32.24	19 066	278 415	6.85	4 074	21.37

Sjukfrånvaro Q4 2022 samt helår 2022

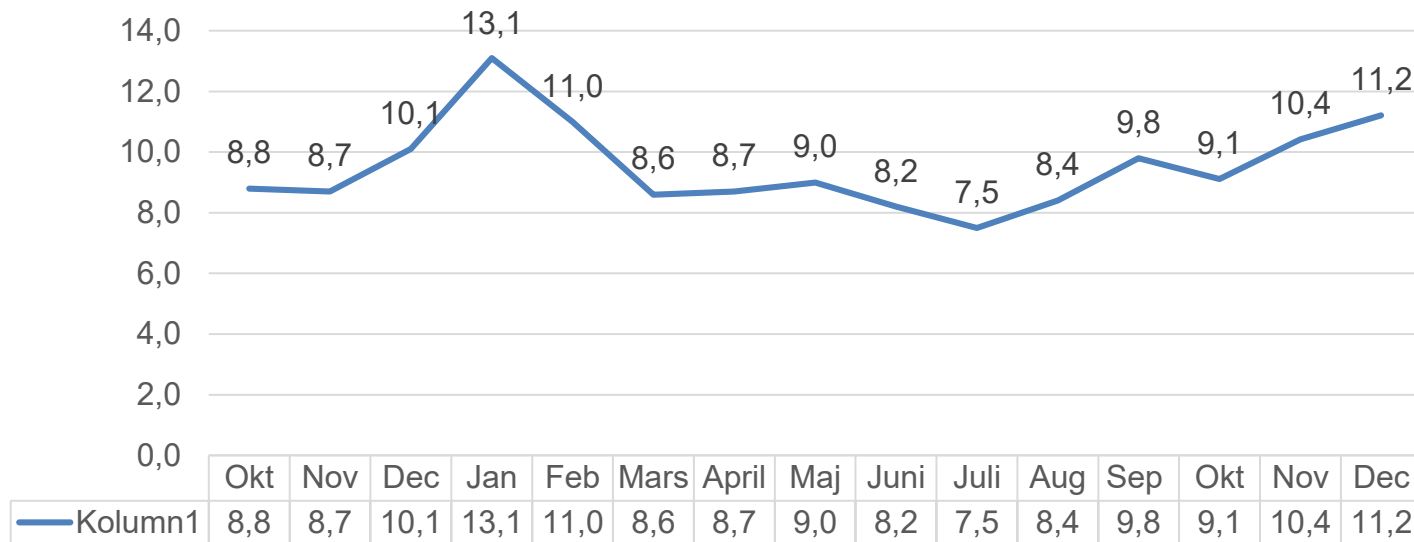


ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

Hur sjukfrånvaro beter sig...



Sektor omsorg 12 månader bakåt..

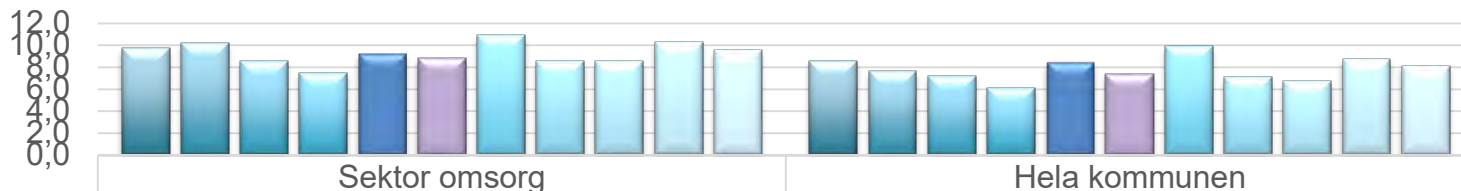


Q4 2022: 10,3%
Q4 2021: 9,2%
Q4 2020: 9,6%



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

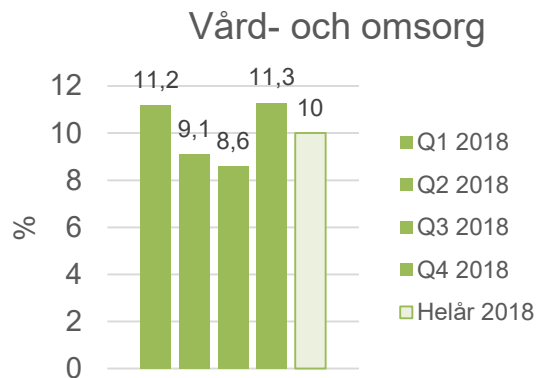
Sektorn i förhållande till kommunen



	Sektor omsorg	Hela kommunen
■ Helår 2020	9,7	8,6
■ Q1 2021	10,2	7,6
■ Q2 2021	8,5	7,2
■ Q3 2021	7,5	6,1
■ Q4 2021	9,2	8,4
■ Helår 2021	8,8	7,4
■ Q1 2022	10,9	9,9
■ Q2 2022	8,5	7,1
■ Q3 2022	8,5	6,7
■ Q4 2022	10,3	8,7
■ Helår 2022	9,5	8,1

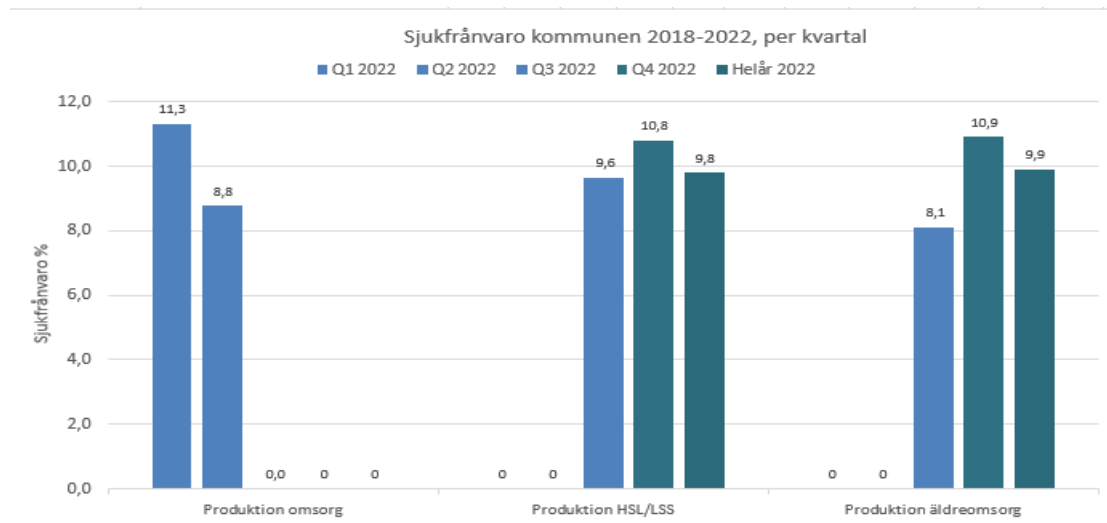
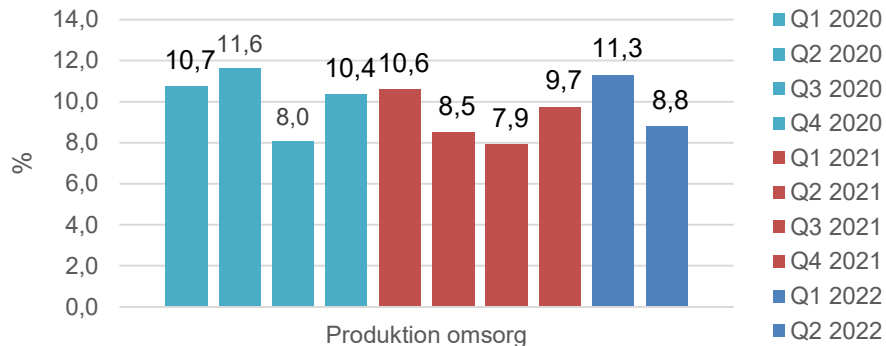
■ Helår 2020 ■ Q1 2021 ■ Q2 2021 ■ Q3 2021 ■ Q4 2021 ■ Helår 2021
 ■ Q1 2022 ■ Q2 2022 ■ Q3 2022 ■ Q4 2022 ■ Helår 2022

Produktion omsorg



2019
10,9%

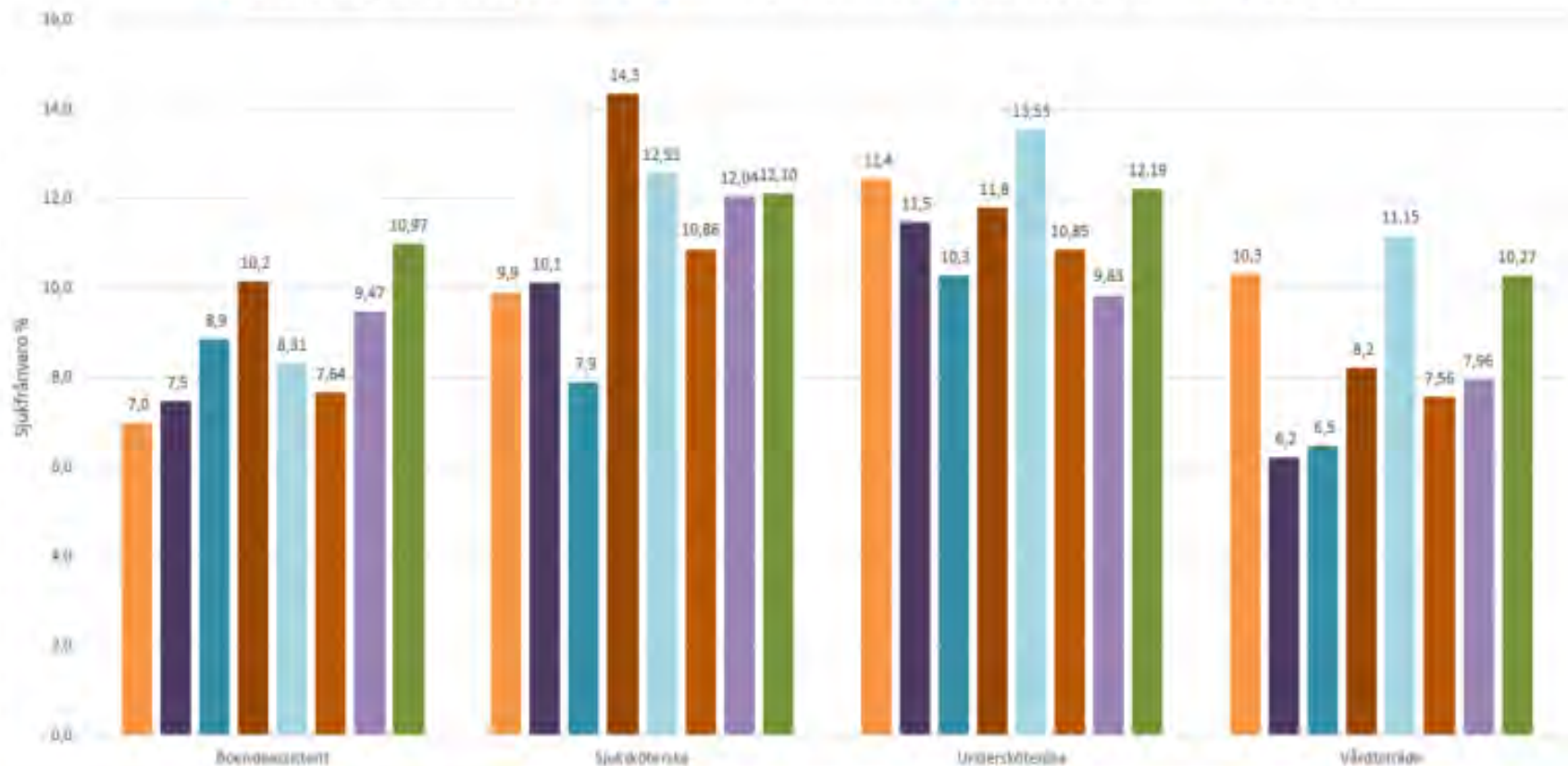
Produktion omsorg



Sjukfrånvaro över 60 dagar 2022	
Sektor omsorg	
Myndighet	37 %
Produktion äldreomsorg	36 %
HSL/LSS	22,4 %

Sjukfrånvaro, stora yrkesgrupper (år)

Q1 2021 sjuk % Q2 2021 sjuk % Q3 2021 sjuk % Q4 2021 sjuk % Q1 2022 sjuk % Q2 2022 sjuk % Q3 2022 sjuk % Q4 2022 sjuk %



Hur sänker vi sjukfrånvaron?

