

Vård- och omsorgsnämnden

Kallelse

Nämnd	Vård- och omsorgsnämnden
Datum och tid	Onsdag 27 mars 2024, kl.08.00
Plats	SR gröna rummet, kyrkogatan 14, Östhammar
Sekreterare	Josefin Larsson
Ordförande	Sabina Ståhl (KD)

Ärendelista

1. Val av justerare	3
2. Fastställande av föredragningslista	3
3. Information om mötesplatsen Sågdammen kl.08.05-08.25 Pernilla Carlsson, Kristina Pettersson Westerberg	4
4. Information från förvaltningen kl.08.25-08.30 Christina Stenhammar	5
5. Äldreplan kl.08.30-08.35 Christina Stenhammar	6
6. Patientsäkerhetsberättelse 2023 kl.08.35-09.05 Emma Peters	7
7. Svar på skrivelse från anhörigföreningen avseende D-vitamintillskott på kommunens äldreboenden kl.09.05-09.15 Emma Peters	8
8. Rapport från enheten för rehab, hjälpmedel och förebyggande insatser kl.09.15-09.35 Helena Söderström, Sabina Lundin	9
9. Svar på skrivelse från anhörigföreningen angående patientsäkerhetsarbete kl.09.35-09.45 Sabina Lundin	10
10. Svar på skrivelse från FUB angående schemaförändringar inom gruppboende kl.09.45-09.55 Sabina Lundin	11
11. Budgetuppföljning för perioden januari- februari 2024 kl.10.10-10.30 Therese Öström, Sabina Lundin, Lina Häggström	12
12. Uppföljning av hemtjänstens debiteringsgrad kl.10.30-10.45 Lina Häggström, Therese Öström	13
13. Uppföljning av personalkontinuitet inom hemtjänsten kl.10.45-11.00 Lina Häggström	14

Vård- och omsorgsnämnden

- | | |
|--|----|
| 14. Redovisning av sjukstatistik för januari 2023-januari 2024
kl.11.00-11.20 Matilda Stigell, Michaela Thorelius | 15 |
| 15. Rapporter från förtroendevalda | 16 |
| 16. Redovisning av delegationsbeslut | 17 |
| 17. Anmälningssärenden | 18 |

Vård- och omsorgsnämnden

1. Val av justerare

2. Fastställande av föredragningslista

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-10

3. Information om mötesplatsen Sågdammen

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Information om verksamheten:

En mötesplats som är öppen varje torsdag i Österbybruk. Hit är alla välkomna i Östhammars kommun som längtar efter en pratstund och kravlösa aktiviteter. Målet är att alla ska känna sig välkomna och bli sedd för den man är. Personalen har kompetens inom demensvård och psykisk hälsa. Samarbetar med anhörigkonsulent och fungerar som kontaktväg till olika professioner. Sågdammen motverkar ensamhet och stödjer närstående.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-1

4. Information från förvaltningen

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Nämnden tar del av information från förvaltningen, främst från omsorgskontoret. På arbetsutskottet lämnades information om bemanningsfrågor och en utbildningssatsning inom LSS.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-41

5. Äldreplan

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att

- ta fram en ny Äldreplan för perioden 2025-2030, inom ramen för vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.
- arbetet med revidering av nuvarande plan inte fortsätter. Behovet av en plan inom äldreområdet kvarstår således och önskemålet från den politiska majoriteten att inte utgå från tidigare versioner och revidera, utan att skapa en helt ny plan. Detta utifrån möjligheten att formera planen annorlunda men också då underlaget hunnit bli daterat.

Ärendebeskrivning

En äldreplan är ett stöd för politiken att fatta långsiktiga och strategiska beslut om hur verksamheten kan utvecklas, hur lokalförsörjningsbehovet ser ut och hur resurser ska prioriteras över tid. I en äldreplan anges ofta vilket/vilka områden som ska prioriteras och i olika utsträckning även på vilket sätt det ska göras.

Kommunens senaste version av äldreplan, är "Äldreplan 2018-2022, Det goda livet som äldre i Östhammars kommun". En reviderad plan arbetades fram under 2022, på uppdrag av dåvarande socialnämnden, men inget beslut fattades utifrån det nya underlaget. Behovet av en plan inom äldreområdet kvarstår således och önskemålet från den politiska majoriteten att inte utgå från tidigare versioner och revidera, utan att skapa en helt ny plan. Detta utifrån möjligheten att formera planen annorlunda men också då underlaget hunnit bli daterat. Planen föreslås gälla 2025-2028 och ska vara färdigställd senast kvartal 1, 2025.

Ärendets behandling

Ärendet har tidigare behandlats inom socialnämnden. Socialnämnden beslutade 2022-09-07 § 124 att sända ut framtaget förslag på ny Äldreplan "Det goda livet som äldre i Östhammars kommun för 2023-2026 på remiss. Remissperioden sträckte sig fram till den 4 november 2022 (SN-2022-105).

Beslutet skickas till

Socialchef Lina Edlund

Verksamhetschefer Cecilia Wadestig, Lina Häggström, Sabina Lundin

Stabschef Pauliina Lundberg för fördelning av uppdrag

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-38

6. Patientsäkerhetsberättelse 2023

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner 2023-års patientsäkerhetsberättelse (bilaga).

Ärendebeskrivning

Enligt 3 kap 10 § 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.

Ärendets behandling

Patientsäkerhetsberättelse

Beslutet skickas till

Socialchef Lina Edlund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Emma Peters

Medicinskt ansvarig rehabilitering Ursula Worsch-Persson

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-27

7. Svar på skrivelse från anhörigföreningen avseende D-vitamintillskott på kommunens äldreboenden

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämndens antar förvaltningens förslag till svar och överlämnar det till Anhörigföreningen i Östhammar (bilaga).

Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden har 2024-01-23 fått en skrivelse från Anhörigföreningen i Östhammars kommun (bilaga1). Skrivelse till vård- och omsorgsnämnden innehåller förslag om att ge vitamintillskott till de som bor på kommunens äldreboenden under vinterhalvåret. Skrivelsen innehåller även förslag om att kommunen bör se till att rutiner tas fram så att personer över 65 år i kommunens äldreboenden erhåller kosttillskott av D-vitamin under vinterhalvåret.

Beslutsunderlag

Förslag till svar

Bilaga 1 Skrivelse från anhörigföreningen

Beslutet skickas till

Socialchef Lina Edlund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Emma Peters

Verksamhetschef Anneli Wallén

anhorig.osthammar@telia.com

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-39

8. Rapport från enheten för rehab, hjälpmedel och förebyggande insatser

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisning.

Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden önskar få en redovisning som avser kvalitet och ekonomi. Redovisningen innehåller redogörelse för kvalitet och ekonomi för enheten rehab, hjälpmedel och förebyggande. I redovisningen presenteras en kort information om enheten, hur verksamheten arbetar med budget och vilka satsningar som enheten gör.

Beslutsunderlag

Muntlig presentation

Beslutet skickas till

Socialchef Lina Edlund

Verksamhetschef Sabina Lundin

Enhetschef Helena Söderström

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-17

9. Svar på skrivelse från anhörigföreningen angående patientsäkerhetsarbete

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämndens antar förvaltningens förslag till svar och överlämnar det till Anhörigföreningen i Östhammar (bilaga).

Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden har 2024-01-18 fått en skrivelse från Anhörigföreningen i Östhammars kommun. Skrivelsen innehåller synpunkter i hantering av tidigare uppdrag från socialnämnden och arbetet med patientsäkerheten.

Beslutsunderlag

Förslag till svar

Skrivelse från anhörigföreningen

Beslutet skickas till

Socialchef Lina Edlund

Verksamhetschef Sabina Lundin

Verksamhetschef Lina Häggström

anhorig.osthammar@telia.com

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-45

10. Svar på skrivelse från FUB angående schemaförändringar inom gruppbo­städer

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden antar förvaltningens förslag till svar och överlämnar det till FUB Östhammar (bilaga).

Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden har 2024-02-19 fått en skrivelse från För barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning (FUB) i Östhammars kommun. Skrivelsen innehåller synpunkter kring schemaförändringar inom LSS gruppbo­stad.

Beslutsunderlag

Förslag till svar

Skrivelse från FUB

Beslutet skickas till

Socialchef Lina Edlund

Verksamhetschef Sabina Lundin

FUB via birgitta.oregrund@telia.com

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-43

11. Budgetuppföljning för perioden januari- februari 2024

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Ekonomi tillsammans med socialchef informerar nämnden om utfall jämfört med budget för perioden januari till februari 2024.

Östhammars kommun har sedan januari 2021 antagna regler för kommunens budgetuppföljningsprocess (Regler för budgetuppföljningsprocessen, KF § 7/2021) som beskriver grundprinciper för budgetuppföljningen och hur ofta den ska rapporteras till nämnd. Grundprinciperna går ut på att uppföljningen i första hand ska fokusera på avvikelser, och att om prognosen visar på avvikelser så ska det tas fram en åtgärdsplan för att nå beslutade mål.

Verksamheten har ett kontinuerligt ansvar att följa sin ekonomi och sex gånger per år ska rapportering göras till nämnd/styrelse. Per april (tertiar rapport), augusti (delårsbokslut) och december (helårsbokslut) görs en större skriftlig rapportering. Per februari, juni och oktober görs en enklare rapportering. I den skriftliga rapporten ska det ingå en prognos om måluppfyllelse för de satta verksamhetsmålen och budgetföljsamhet.

Vård- och omsorgsnämnden har uppföljning på varje sammanträde.

Beslutsunderlag

Budgetuppföljning feb

Beslutet skickas till

Socialchef Lina Edlund

Ekonomer Therese Öström, Frida Jansson

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2023-107

12. Uppföljning av hemtjänstens debiteringsgrad

Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Förvaltningen har fått i uppdrag av nämnden att rapportera hemtjänstens debiteringsgrad. Redovisning ska göras ortvis och per månad. Redovisningen omfattar:

- Leveranssäkerhet som är ett mått på måluppfyllelse mot enskild brukare alternativt en grupp brukare.
- Debiteringsgrad som är ett mått på relation mellan arbetad tid och fakturerad tid. Målet är en debiteringsgrad om 65 %.
- Resultat per fakturerad timme som är ett mått på efterlevnad av kommunfullmäktiges mål ekonomi i balans inom hemtjänsten.

Informationen är av vikt för nämnden ur ett kvalitetsperspektiv för att följa hur den beviljade tiden för brukare per ort faktiskt blir utförd samt som ett underlag för hemtjänstens ekonomiska resultat då ersättningen grundar sig i den faktiskt utförda tiden.

Beslutsunderlag

Hemtjänsttimmar

Ärendets behandling

Vård- och omsorgsnämnden 2023-12-05 § 147: Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av informationen. Rapportering av debiteringsgrad ska göras per månad och ortvis på varje nämnd. Redovisning till nämnd har gjorts 2023-12-05 § 47 och 2024-02-28 § 9.

Beslutet skickas till

Verksamhetschef Lina Häggström

Ekonom Therese Öström

Kvalitetsutvecklare Johan Steinbrecher

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-29

13. Uppföljning av personalkontinuitet inom hemtjänsten

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Produktion omsorg fick i uppdrag av vård och omsorgsnämnden att stärka kontinuiteten med hemtjänstpersonal hos brukare. Målet är 14 personal på en 14 dagars period under 2024.

Uppstartsmöte genomfördes den 17 januari 2024. Deltagande var enhetschefer, planerare och bemanningsadministratör från varje ort. Arbetsgruppen beslutade att träffas för uppföljning och dialog var 14:e dag för att se över den statistiken för de senaste 14 dagarna, diskutera schemaläggning och lära av varandras goda exempel. Dessa möten startade 5 februari 2024 och har varit ett givande forum för lärande.

För att följa arbetet och fatat beslut om eventuella förändringar i arbetsförfarande så deltar även verksamhetschef i dessa möten från och med mitten av februari.

Utgångspunkten som arbetet utgår ifrån i sitt förbättringsarbete är hämtad från Kolada är 21 personer under en 14 dagarsperiod.

Beslutsunderlag

Underlag med 2024 års statistik

Ärendets behandling

Vård- och omsorgsnämnden 2023-12-05 § 14: Vård- och omsorgsnämnden godkänner rapporten och förvaltningen uppdras att fortsätta arbetet med att förbättra personalkontinuitet inom hemtjänsten. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att måltalet för 2024 är 14 personer. Åtterrapporering ska göras till varje nämnd.

Redovisning till nämnd har gjorts 2024-02-28 § 10.

Beslutet skickas till

Socialchef Lina Edlund

Verksamhetschef Lina Häggström

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-44

14. Redovisning av sjukstatistik för januari 2023-januari 2024

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Redovisning av sjukstatistik avseende 13 månader bakåt i tid. Det möjliggör jämförelse av sjukstatistik samma månad föregående år. Den muntliga redovisningen kommer ske övergripande per område inom verksamheterna och inte fokusera på enhetsnivå.

Beslutsunderlag

Sjukstatistik januari 2023 till januari 2024

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-36

15. 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-2024-35

16. 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.

Följande förteckningar över delegationsbeslut redovisas:

- Arbetsutskottets protokoll från 2024-03-13.
- Ordförandebeslut fr.o.m. 2024-02-01 t.o.m. 2024-02-29. Inga beslut för perioden.
- Övriga delegationsbeslut inom nämndens verksamhetsområde fr.o.m. 2024-01-01 t.o.m. 2024-02-29.

Beslutsunderlag

Listor publiceras i portalen.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-1

17. Anmälningssärenden

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Redovisning av beslut som tagits av andra myndigheter samt annan information som berör nämndens verksamhetsområde.

1. Avtal med bilagor för närvårdsenheten i Östhammar (KS-2024-160).
2. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg 2024-03-11 avseende anmälan enligt lex Maria från Östhammars kommun om allvarlig vårdskada vid Lärkbackens korttidsboende i Östhammar. IVO avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder (VON-2024-16).
3. Beslut om anmälan enligt lex Sarah från Öregrunds hemtjänst till Inspektion för vård och omsorg (VON-2024-23).
4. Lex Sarah rapport från Östhammars hemtjänst norra (VON-2024-6).
5. Redovisning av kultur i vården Östhammars kommun 2023 (VON-2024-46)
6. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg 2024-03-15 avseende anmälan enligt lex Maria om risk för allvarlig vårdskada vid Alunda hemsjukvård. IVO avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder (VON-2023-93).
7. Beslut från kommunfullmäktige 2024-02-13 § 22 Anmälningssärende; rapport från inspektion den 4 april 2023 av Överförmyndarnämnden i Uppsala (KS-2023-903).

Beslutsunderlag

Handlingarna publiceras i portalen.

Patientsäkerhetsberättelse

2023



Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING.....	3
2	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
2.2	En god säkerhetskultur	9
2.3	Adekvat kunskap och kompetens	9
2.4	Patienten som medskapare	12
3	AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
3.1	1. Identifiering	13
3.2	Öka kunskap om inträffade vårdskador	21
3.3	Tillförlitliga och säkra system och processer	22
3.4	Säker vård här och nu	24
3.5	Stärka analys, lärande och utveckling	25
3.6	Öka riskmedvetenhet och beredskap	27
4	MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	28

1 SAMMANFATTNING

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalender år, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år. Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

De nationella kvalitetsregistren arbetas det med i olika uträkning, Palliativ registret och BPSD är väl implementerade och används i det dagliga kvalitetsarbetet. Däremot har målet för Senior alert inte uppfyllts 2023 och ligger därför som ett mål för 2024.

Samverkansmöten har skett kontinuerligt under året med region Uppsala och kommunerna i länet. Östhammars kommun har tillsammans med regionens vårdcentraler gemensamma hemtagningsteam på varje ort. Varje dag samordnas insatser för att säkerställa att patienter får rätt insatser och en trygg hemgång.

I början av 2023 redovisade IVO resultatet från sin granskning som utfördes på Östhammar kommuns 5 äldreboenden och Östhammars kommun fick då upprätta en åtgärdsplan som skickades till IVO. IVO var nöjd med den åtgärdsplan som skickades in och vissa av åtgärderna sträcker sig även under 2024.

En blick framåt

Utöver de mål som är satta för 2024 se punkt 4 i denna berättelse, ser vi att resursfördelningen för HSL organisationen behöver ses över för att möta upp ett ökat behov av hälso-och sjukvårds insatser och en åldrande befolkning i Östhammars kommun. Vi behöver se över att rätt kompetens gör rätt saker och att patienten blir inkluderad i sin egen vård och omsorg.

Det förebyggande arbetet behöver utvecklas för att stärka det skadeförebyggande arbetet och genom detta arbetssätt stärker vi patientsäkerheten.

Teamsamverkan mellan professioner både inom HSL, SOL och LSS bör utvecklas till en övergripande strategi för att arbeta teambaserat och personcentrerat.

Framåt har vi även nya IT-system som ska implementeras och utvecklas så de är anpassade efter Östhammars kommuns behov, bla nytt verksamhetssystem för journalhantering och hjälpmedelshantering.

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 §



För 2023 var målen följande:

Förebygga vårdskador

Aktivitet

Fortsatt samarbete i de lokala tvärprofessionella teamen. Öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning görs enligt kvalitetsregistret och verktyget Senior alert. *Målet ej uppnått.*

God vård vid demenssjukdom

Aktivitet

Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens enligt BPSD. *Målet uppnått*

BPSD-grundutbildning erbjuds till alla professioner i teamen som arbetar med personer med demenssymtom eller demensdiagnos. Två BPSD-administratörsutbildningar ska genomföras. *Målet uppnått.*

Förbättra vårdhygien

Aktivitet

Information om vårdhygien och utbildning för befintliga och nya vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. *Målet nått.*

Upprätta handlingsplaner utifrån vårdhygien på särskilda boenden för att förebygga och agera vid virus/bakterieutbrott. *Målet uppnått.*

God vård i livets slutskede

Aktivitet

Samtliga dödsfall registreras. Vårdkvaliteten på de förväntade dödsfallen ska följas upp utifrån Svenska Palliativ registret. *Målet delvis uppnått.*

Uppföljning Rollatortält

Aktivitet

Personer som fått rollator förskrivna via kommunen kan komma till respektive tätorts Rollatortält för uppföljning och dialog med förskrivare och tekniker. I uppföljningen ingår service eller utbyte av rollator. Detta sker i samverkan med Arbetsmarknadsenheten AME. Det kom totalt 49 personer till kommunens tätorter under vecka 21 som fick stöd och hjälp på plats. *Målet uppnått.*

Kompetensutveckling för personal

Aktivitet

Förflyttningsutbildning för omvårdnadspersonal genom rehab planeras starta under våren 2023. *Målet ej uppnått.*

Säker avvikelshantering

Aktivitet

Utbildning i DF-respons avvikelssystem för berörda verksamheter inom vård och omsorg. *Målet delvis uppnått*

Trygg hemgång

Aktivitet

Utveckling av orternas lokala samverkansgrupper/hemtagningsteam mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för patienten.

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 och rehabiliteringsinsatser. *Målet uppnått.*

Patientsäkerhet för brukare med hörselskada

Aktivitet

Att utbilda hörselombud inom vård och omsorg för att säkerställa bemötande och hantering av hörhjälpmedel. *Målet uppnått.*

2.1.2 Organisation och ansvar

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

Vård och Omsorgsnämnden har som vårdgivare det yttersta ansvaret för patientsäkerheten. Nämnden ansvarar för ledningen av kommunens hälso- och sjukvård samt att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Ansvaret innebär att fastställa övergripande mål samt följa upp dessa. Uppdrag utifrån detta delegeras till ledningen för Omsorgskontoret.

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§.

Socialchef är ytterst ansvarig inom Omsorgskontoret och 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). Inom Östhammars kommun finns även en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har enligt 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvar för nedanstående inom respektive ansvarsområde;

1. Patienter får en säker och ändamålsenlig hälso-och sjukvård av god kvalitet
2. Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordat om
3. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
4. Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
5. Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för; a) Läkemedelshantering (MAS), b) Rapportera enligt 6 kap. § 4 patientsäkerhetslagen, c) Kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd fordrar det (MAS)

MAS och MAR har på uppdrag av vårdgivaren ansvar för att anmäla allvarliga händelser till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, enligt Lex Maria.

MAS ansvarar 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.

MAR ansvarar för att det finns riktlinjer och rutiner för användning och hantering av medicintekniska produkter.

Enhetschef ansvarar för att medarbetare har rätt kompetens, förutsättningar och behörighet för att utföra sina uppdrag på ett säkert. Det ska finnas tydliga mål för patientsäkerhet i verksamheten utifrån vårdgivarens mål.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- Följa riktlinjer och rutiner som styr verksamheten
- Hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet
- Aktivt medverka i och bidra till utvecklingen av det systematiska kvalitetsarbetet
- Arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, där vården så långt det är möjligt

- utföras i samråd med patienten för att främja självbestämmande och delaktighet
- Föra patientjournal för att säkra god vård- och omsorg
 - Genomföra patientsäkra delegeringar utifrån gällande rutin och verktyg till omsorgspersonal

2.1.2.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan mellan olika vårdgivare är viktigt för patientsäkerheten.

Samverkan internt

Verksamheter: Varje verksamhet har ärendeträffar och biståndsmöten där teamsamverkan sker mellan bistånd, HSL, SOL och LSS personal. Samverkan internt finns även på ledningsgruppsmöten där verksamhetschefer är sammankallande och MAS, MAR och enhetschefer deltar.

Medicinskt ansvariga (MAS och MAR): Deltar kontinuerligt i möten med enhetschefer och verksamhetschefer inom vård och omsorg. MAS och MAR ansvarar för de olika forumen med legitimerade där även enhetschefer deltar (MAS-möten, Hjälpmedels- / MAR möten, HSL forum). På dessa möten sker bland annat information och dialog inom HSL-området runt förebyggande arbete, riktlinjer, rutiner, avvikelser/tillbud, identifierade risker och åtgärder, planerade och vidtagna åtgärder.

Samverkan externt

Hemtagningssteam: Representanter från regional och kommunal primärvård, myndigheten för bistånd samt enhetschefer samarbetar dagligen lokalt på varje tätort för trygg och säker utskrivning för patienter från slutenvården. Det får inte gå mer än tre dagar mellan mötena.

Särskilt boende (SÄBO): Sjuksköterskor på SÄBO och Vårdcentralens läkare har planerade ronder där patienternas medicinska behov går igenom.

Avdelningen för specialiserad hemsjukvård (ASH): Drivs av Region Uppsala och utgår ifrån Tierp. ASH och kommunens sjuksköterskor har återkommande samverkans möten för att säkerställa samverkan kring palliativa patienter som är inskrivna i ASH.

Primärvård: Årliga samverkans möten äger rum mellan HSL Östhammars kommun och vårdcentraler där överenskommelser om samverkan skrivs.

Länsövergripande samverkan

Övergripande samverkansorganisationen i Uppsala län: Hälsa, stöd, vård och omsorg - HSVO, är länets övergripande forum för samverkan mellan Regionen och länets kommuner. Samverkan sker på politisk och tjänstemannanivå, där bland annat kommunernas socialchefer och region Uppsalas ledning finns representerade.

HSVO beslutar om de gemensamma dokument *Vård i samverkan - ViS* som styr samverkan mellan länets kommuner och region Uppsala.

Regionens Nära vård och hälsa samt Patientsäkerhetsgrupp: Kommunernas MAS och MAR deltar i dessa forum för samverkan.

Regionala och nationella nätverksmöten: Separata MAS och MAR möten samt gemensamma

MAS/MAR möten sker kontinuerligt.

Utvecklingsgrupper: Arbetar med bland annat utveckling av det elektroniska kommunikationsverktyget Cosmic Link samt med riktlinjer och övergripande samverkansrutiner. Syftet är att patientsäkra in- och utskrivning till och från slutenvården.

Hjälpmedel Uppsala Län (HUL): Samverkansavtal för bland annat hantering av medicintekniska produkter mellan HUL och länets sju kommuner (exklusive Älvkarleby). Hjälpmedelsansvarig/MAR deltar i länsövergripande möten samt nätverksträffar med länets hjälpmedelsansvariga.

2.1.2.2 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 § Informationssäkerhet handlar om att begränsa behörigheter, loggning och kontroll av samtliga system.

SITHS-kort används för inloggning till kvalitetssystem och kommunikationssystem med regionen. Dokumentations- och kommunikationssystem styrs av behörigheter om vad varje profession ska kunna läsa och skriva om patienten utifrån arbetsplats.

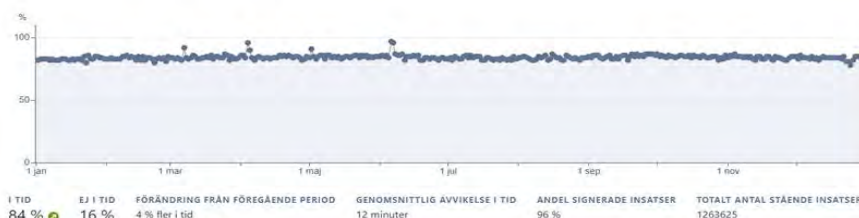
Cosmic Link Digitalt kommunikationsverktyg mellan region och kommun. Loggkontroller ska utföras regelbundet. Säker kommunikationsöverföring mellan huvudmän vid ex utskrivning från slutenvården och inskrivning i den kommunala primärvården.

Journalföring: Kollegial journalgranskning har under året genomförts av superanvändare och objektspecialister inom hemsjukvården. Loggranskning har genomförts en gång per kvartal av legitimerad personal utifrån slumpmässigt utvalda personnummer. Vid dessa kontroller har inget funnits att anmärka på.

Information till anställda: Samtliga nyanställda får information om vad sekretess innebär samt hur personuppgifter ska hanteras på ett säkert sätt inom hälso-och sjukvården.

Digital signering av insatser: Östhammars kommun använder sig av det digitala signeringssystemet MCSS - Medication and Care Support System. I MCSS signeringsapp ser användaren vilka insatser som ska utföras. Vid inloggning och signering kontrolleras behörighet samt aktuell delegering. Även insatser som inte kräver delegering kan signeras i MCSS. Den digitala signeringen säkerställer även följsamhet och att insatsen utförs i rätt tid och av rätt person. Digital signering av läkemedelsinsatser ger en spårbarhet och en säker tilldelning. Under året 2023 har totalt 1 442 121 stående delegerad/ordinerade insatser som är utförts. Motsvarande siffra för 2022 var 1 371 790 delegerade/ordinerade insatser.

Statistik och trender - Stående insatser



Under hela 2023 på SÄBO och ordinärt boende är 84% har de stående insatserna utförts på tid. 16 % av insatserna har ej utförts på tid och den genomsnittliga avvikelsetiden är 12 min.

Digitala läkemedelsskåp: Ökar spårbarheten samt säkerställer läkemedelshanteringen. Logg och behörighetsstyrning regleras inom verksamheten.

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*

Säkerhetskulturen ska kännetecknas av ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador. Det är viktigt med ett öppet arbetsklimat där personalen känner sig trygg att rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. Att lära av både negativa och positiva händelser skapar förutsättning för patientens möjlighet att vara delaktig och kunna arbeta förebyggande. Arbetet med att skapa en god säkerhetskultur behöver prioriteras av ledningen och vara både långsiktig och synlig.

Drabbas en patient av en vårdskada är det viktigt att patient blir väl omhändertagen. Det är även viktigt att den personal som var inblandad i händelsen får det stöd som den behöver.

Östhammars kommun arbetar med erfarenhetsutbyte och lär av händelser som inträffat och tar tillvara på erfarenheter för att använda detta som ett underlag för lärande utveckling och förbättringar. Vi ser att detta arbetssätt minskar risken för att liknande händelser och vårdskador ska uppstå.

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.



Delegering av hälso-och sjukvårds uppgifter: 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. Vi har en utbildningsansvarig sjuksköterska som håller i utbildningar i läkemedelshantering. Denne genomför även ett kunskapsprov på plats för omsorgspersonal som har gått utbildningen.

Diagrammet nedan visar antalet delegerade personal per sjuksköterska:



Bildtext: Det finns 16 stycken sjuksköterskor i kommunen som står på 10 eller färre delegeringar av omsorgspersonal. Det finns 1 sjuksköterska som står på 202 stycken delegeringar av omsorgspersonal.

Fördelningen av delegerade personal behöver ses över och fördelas jämnare över sjuksköterskorna. Detta är ett mål för 2024.

Det finns 1 fysioterapeut som delegerat 19 omsorgspersonal. Det handlar främst om handhavande kring tippbräda. Delegeringar för rehabpersonal ses över både länsövergripande och i Östhammars kommun.

Vårdhygien: 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 för enhetschefer under året.

Demenssjukdom: Två stycken BPSD-administratörutbildningar har utförts under 2023. Dessa utbildningar är två heldagar vid varje tillfälle.

Tre stycken utbildningar i sexualitet och demenssjukdom har genomförts. Dessa utbildningar är på en halvdagsutbildning vid varje tillfälle.

Läkemedelshantering: Utbildning av apotekare har genomförts vid 2 tillfällen under 2023 för alla sjuksköterskor i Östhammars kommun. En halvdags utbildning om Äldre och läkemedel och en halvdags utbildning om diabetes typ 2.

Allmän palliativ vård: Webbutbildning för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig.

Förskrivnings utbildning för **sjuusköterskor gällande inkontinensprodukter**: Under 2023, har 2 sjuusköterskor gått förskrivarutbildning av inkontinens produkter på Uppsala universitet denna utbildning är 5 heldagar. Denna utbildning är ett krav för att sjuusköterskor ska förskriva inkontinensprodukter.

Trycksårsmadrass förskrivarutbildning för sjuusköterskor: 1 halvdags förskrivarutbildning för sjuusköterskor på HUL (Hjälpmedel i Uppsala län) för att förskriva madrasser för att behandla och förebygga trycksador. Hjälpmedelsverksamheten har varit ute på respektive ort och gått igenom samtliga upphandlade madrasser.

SBAR-utbildning: För att säkerställa en säker kommunikation mellan personal har en utbildningssatsning kring SBAR-påbörjats. Utbildningsansvarig personal har utsetts och en plan för att utbilda hela kommunen har tagit fram.

Förflyttningsutbildning: Har inte genomförts under 2023. Det planeras en basal förflyttningsutbildning under 2024.

Förskrivarutbildning: HUL arrangerar kontinuerligt förskrivarutbildningar inom upphandlat hjälpmedelssortiment samt minimässor i samband med nytt sortiment.

Journaldokumentation Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar.

Hjälpmedelsverksamheten har genomfört utbildning i:

- *Grundläggande förskrivningsrätt* för nyanställd legitimerad personal.
- Genomgång med arbetsterapeuter av länsövergripande rutin inför bedömning och förskrivning av elektrisk rullstol.
- Hygiengenomgång i kommunens Hjälpmedelsförråd på Albrektsgatan 14C har utförts med hygienombud och Vårdhygien.
- Tekniker inom Arbetsmarknadsenheten - AME, har fått teknisk utbildning av leverantörer för säker hantering av rollatorer.
- Förskrivare har fått fördjupad teoretisk och praktisk kunskap via leverantörer i hantering av hjälpmedel som till exempel Gripstång, komfortrullstolar.

Klinisk bedömning: Två heldagsutbildningar i klinisk bedömning steg 1 har genomförts för sjuusköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster och undersköterskor inom hemsjukvården.

Syn- och hörselinstruktör: Utbildat hörselombud samt är sakkunnig för vårdpersonal, brukare och anhöriga.

Förebyggande hembesök: Det har skickats hem informationsmapp till samtliga folkbokförda personer som fyllt 80 år. Möjlighet till hembesök har funnits utifrån önskemål. Under 2023 gjordes 10 hembesök.

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 §



Vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd och delaktighet med patienten och närstående. Det är viktigt att patienten har fått en tydlig och anpassad information. Detta för att aktivt kunna delta i sin vård och har möjlighet att påverka utifrån sina önskemål och förutsättningar.

Relationen mellan patient och vårdpersonal genomsyras av ömsesidig respekt och förståelse. Det är viktigt att utgå ifrån patientens behov och önskemål.

Närstående får en förutsättning att vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, i de fall patienten så önskar och samtycker. Information till närstående sker efter överenskommelse och i samråd med patienten.

Vid allvarliga händelser ska alltid den som drabbats och i förekommande fall dennes närstående informeras.

I praktiken innebär det att patienten och /eller närstående deltar i vårdplaneringar, riskbedömningar (Senior Alert), SIP (Samordnad individuell vårdplan), uppföljningar av omvårdnadsinsatser och medicinska behandlingar och rehabilitering.

Synpunkter och klagomål från patient och närstående tas emot enligt rutin. Inkomna synpunkter och klagomål hanteras av berörd enhetschef och i förekommande fall av MAS och MAR.

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

Egenkontroller 2023

Egenkontroll	Omfattning	Vem
Avvikelser	Kontinuerligt under året	Enhetschef, legitimerad personal, MAS och MAR
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	1 ggr/mån	Hygienombud
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen	1 gång/år	Apotekare, MAS och Enhetschef
Hygienronder - Uppföljning Hygienronder	Vart 4:e år - Vid behov	Vårdhygiens och MAS Enhetschef och MAS
Handlingsplan smittsamma sjukdomar	1 gång/år	Enhetschefer och vårdhygien
Journalgranskning Kollegial journalgranskning	1 gång/år 2-4 ggr/år	MAS och MAR Legitimerad personal
Kontroll av Lyftar	1 gång/år	HUL och Roux Health Care
Läkemedelskontroll av narkotika	1 gång/månad	Sjuksköterska
Rapport från BPSD-registret	2 ggr/år	MAS tar ut rapport och förmedlar till enhetschefer
Rapport från Palliativ registret	2 ggr/år	MAS tar ut rapport och förmedlar till enhetschefer
Rapport från Senior Alert	2 ggr/år	MAS tar ut rapport och förmedlar till enhetschefer
Uppföljning elrullstol	1 gång/år	Arbetsterapeut
Uppföljning tippbräda och ståstöd	1 gång/år	Fysioterapeut/sjukgymnast
Uppföljning lyftselar	2 gånger/år	Arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast enhetschef
Uppföljning vårdsängar basutrustning	1 gång vartannat år	Enhetschef
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	1 gång/mån	Sjuksköterska

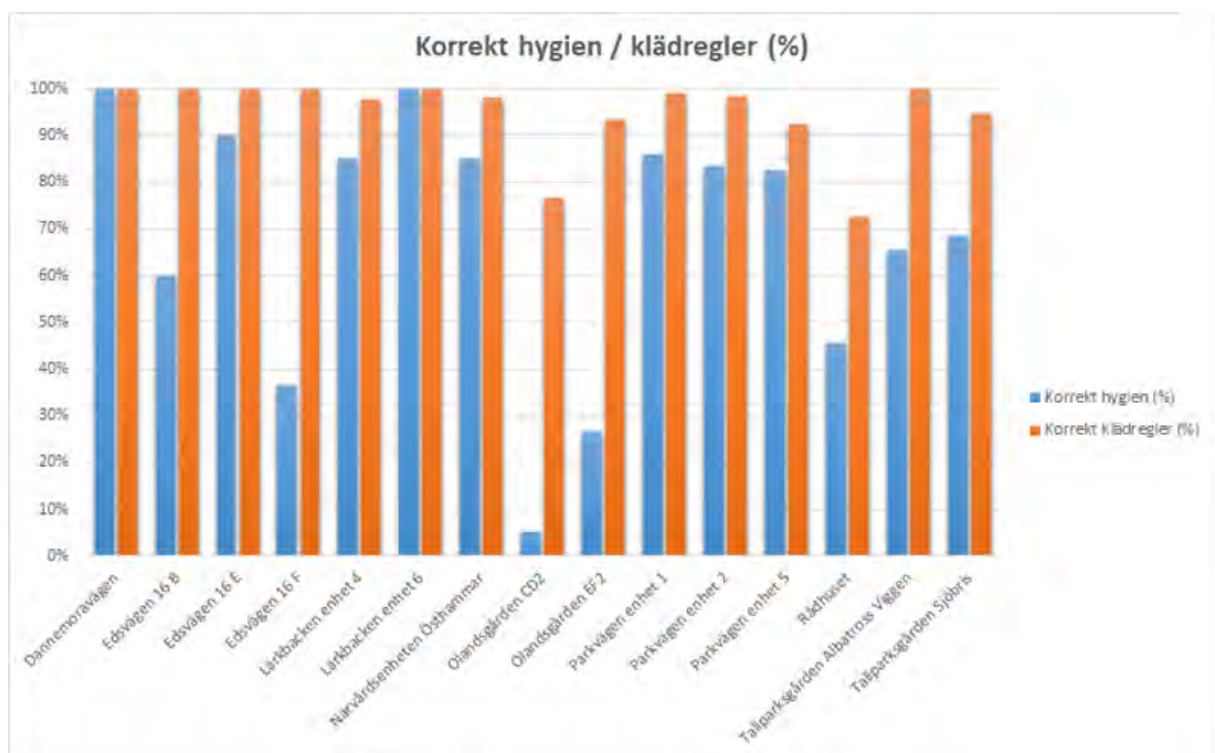
Avvikelser

Avvikelser följs upp löpande under året. Allvarliga avvikelser går alltid till enhetschef samt MAS och MAR för kännedom. Se mer information under kapitlet avvikelser.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

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

På våra särskilda boenden, LSS-gruppboendestäder, korttidsenheten och närvårdsenheten genomförs kollegial granskning varje månad vilket inrapporteras till Sveriges Kommuner och Regioners databas för basala hygien- och klädrutiner (BHK). Databasen på SKR togs bort under december 2023 vilket gjorde att resultatet kan ha blivit påverkat då inte alla hygienombud hann lägga in sina resultat under december.



Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Extern granskning av läkemedelshantering och lokala rutiner inom hemsjukvården har utförts tillsammans med en extern farmaceut. Skriftlig återrapportering i form av en åtgärdsplan och med förbättringsförslag från farmaceut till verksamheterna har skett.

Digitala läkemedelsskåp till patienter med narkotiska preparat i ordinärt boende har köpts in och installation har gjorts under 2023. Inventering och nya inköp av digitala läkemedelsskåp fortsätter under 2024.

Hygienrond- Uppföljning hygienrond

Hygienronder har utförts på säbo av hygiensjuksköterska ifrån vårdhygien, MAS, enhetschef och hygienombud. Hygienrondsprotokoll har upprättats av hygiensjuksköterska på varje säbo för sig. Hygienrondsprotokollet har skickats till enhetschef och hygienombud för att

gemensamt åtgärda de eventuella brister som uppkommit. Det lokala frågor som framkommit som brister i hygienrondsprotokollet har framförts till person ansvarig för lokala frågor. Uppföljning av hygienrondsprotokollen kommer att göras under 2024.

Handlingsplan smittsamma sjukdomar

På varje särskilt boende, ordinärt boende och gruppboende finns en handlingsplan för att tidigt kunna sätta in åtgärder som motverkar risken för utbrott av smittsamma sjukdomar. En mall för handlingsplan finns framtagen på vårdhygiens hemsida, varje enhet fyller i handlingsplanen och skickar en kopia till vårdhygien och MAS. Syftet är att i förväg upprättad en strategi för att minska risken av spridning av smittsamma sjukdomar.

Journalgranskning HSL

Det har gjorts en journalgranskning på hälso-och sjukvårdsjournalen under februari 2023. Dokumentationen följer på det stora hela omvårdnadsprocessens steg enligt ICF. Det går att följa relevant omvårdningsförlopp men det är svårt att överblicka en röd tråd och få en helhetsuppfattning om patienten, detta på grund av journalsystemet.

Kontroll av lyftar

Samtliga individuellt förskrivna lyftar samt lyftar som ingår i basutrustning är kontrollerade via externa serviceavtal.

Kontroll av narkotiska läkemedel

Kontrollräkning av narkotiska läkemedel ska utföras varje månad och svinn ska rapporteras till MAS och enhetschef. Under året har inte sjuksköterskorna utfört egenkontroll av att räkna narkotiska läkemedel varje månad. I vissa fall som uppdragades på den externa kvalitetsgranskningen hade det gått månader mellan kontrollräkningarna.

Rapport från BPSD-registret (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.

Resultat BPSD

BPSD-registret har varit ett nationellt kvalitetsregister sedan den 1 november 2010. Registret syftar till att kvalitetssäkravården av personer med kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar.

Att förebygga vårdskador och lidande genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens(BPSD) enligt nationella kvalitetsregistret BPSD.

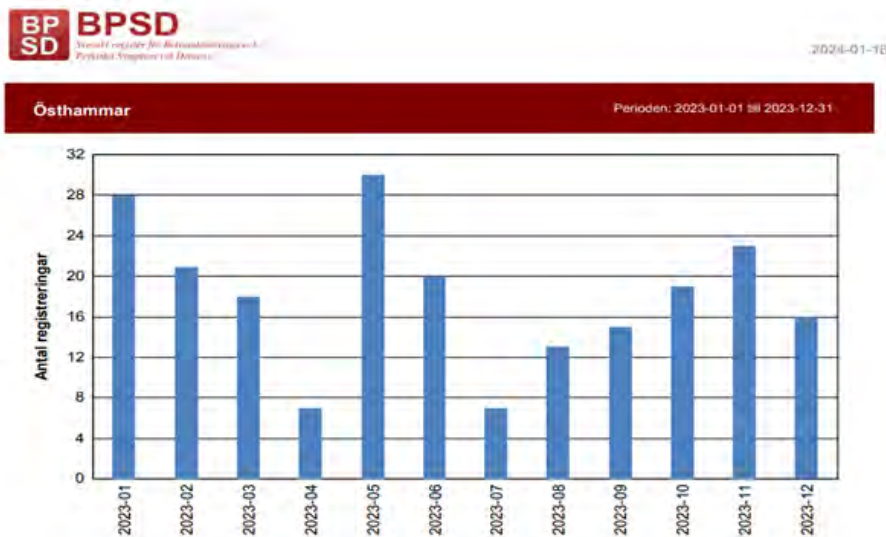
Antal registrerade personer i Östhammars kommun och antal registreringar

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 där igenom få en högre säkerhet och kvalitet i bedömningarna.

I diagrammet visas antalet registrerade personer i Östhammars kommun per månad.



Se tabell för antal registreringar och antal personer. Jämfört med andra kommuner i Uppsala län

	Antal	2023-01	2023-02	2023-03	2023-04	2023-05	2023-06	2023-07	2023-08	2023-09	2023-10	2023-11	2023-12
Antal	1244	84	121	112	104	118	82	41	70	102	164	117	129
Enköping	273	10	34	29	25	20	27	3	5	38	33	23	26
Heby	24	0	0	0	5	6	0	1	3	0	2	3	4
Häbo	115	8	7	6	13	10	4	0	8	14	22	14	9
Knivsta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierp	100	2	9	12	10	6	5	5	12	7	9	16	7
Uppsala	513	35	49	47	44	46	26	25	29	28	79	38	67
Älvkarleby	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Östhammar	217	28	21	18	7	30	20	7	13	15	19	23	16

Rapport från Palliativ registret

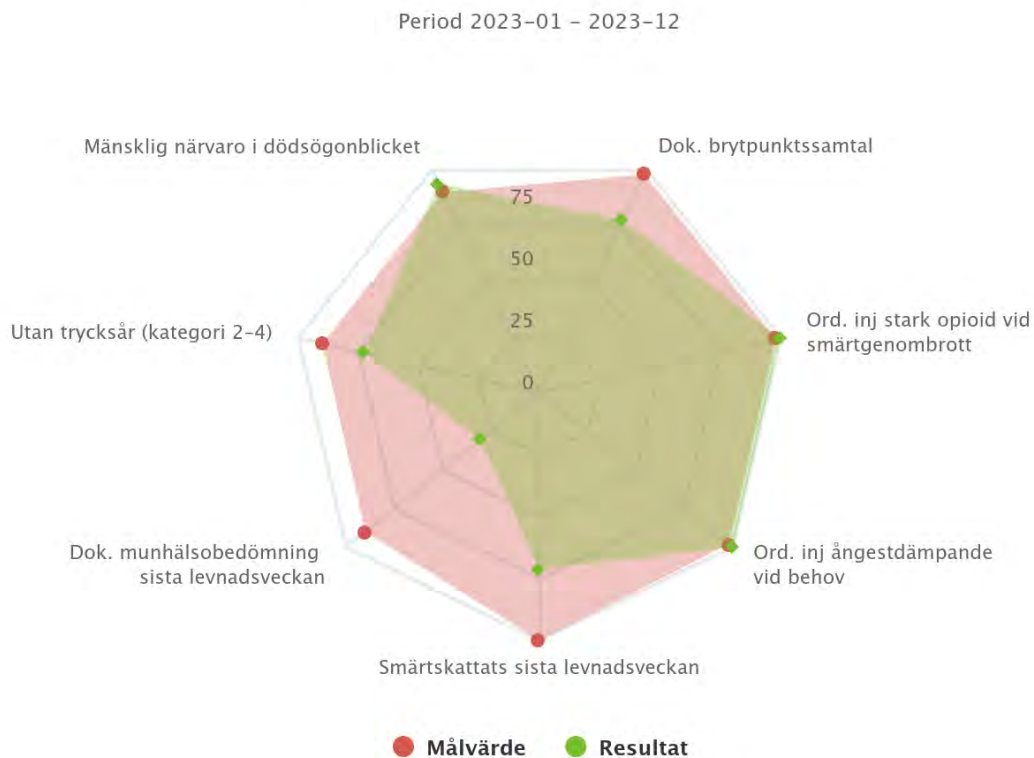
Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Personalen använder sedan resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. En åtgärdsplan och/eller handlingsplan ska upprättas i verksamheten för att tydliggöra vad och hur resultatet ska förbättras. För att följa upp en åtgärdsplan eller handlingsplan kan verksamheten använda resultat från Svenska palliativregistret för uppföljning.

Resultat palliativa registret

Samtliga dödsfall som inträffat där vi har ett vårdgivaransvar 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 2023 hade särskilda boenden och ordinärt boende 66 förväntade dödsfall, resultatet kring dokumenterade munhälsobedömningar låg långt ifrån målvärdet.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

SKAPA E

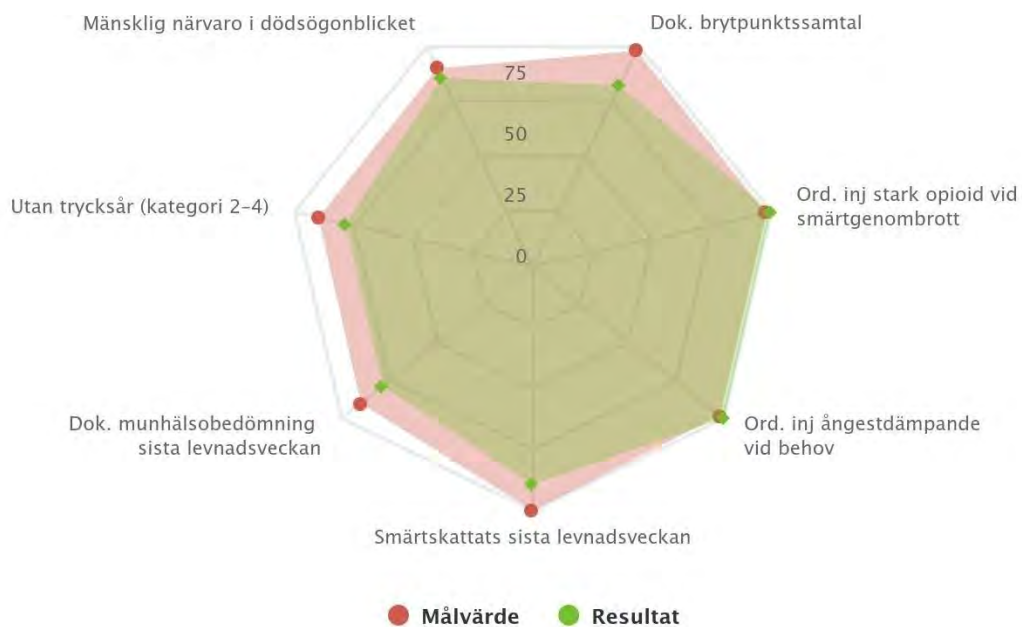
Period 2023-01 - 2023-12

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	77,3	98	51	66
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100,0	98	66	66
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100,0	98	66	66
Smärtskattats sista levnadsveckan	71,2	100	47	66
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	30,3	90	20	66
Utan trycksår (kategori 2-4)	72,7	90	48	66
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	93,9	90	62	66

Närvårdsenheten hade 28 förväntade dödsfall och ett resultat som ligger nära målvärdena från socialstyrelsen.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12

SKAPA EXCEL-FI

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	82,1	98	23	28
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100,0	98	28	28
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100,0	98	28	28
Smärtkattats sista levnadsveckan	89,3	100	25	28
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	78,6	90	22	28
Utan trycksår (kategori 2-4)	78,6	90	22	28
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	85,7	90	24	28

Rapport från 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.

Resultat Senior Alert

Riskbedömning enligt Senior alert ska erbjudas till samtliga som flyttar in på särskilt boende, personer i ordinärt boende som bedöms vara i en riskgrupp 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. Vi kan se att Östhammar inte uppnått målet med att riskbedöma enligt Senior alert.

I hemsjukvården har det registrerats 10 st registreringar i Senior Alert under 2023 och samtliga av dessa har registrerats i Öregrund. Dessa finns ej med i tabell form.

Tabellen visar utfall av vårdprevention på särskilda boenden i Östhammars kommun.

Sverige / Kommun / Region: Östhammars kommun
 År: 2023
 Typ av enhet: Vård och omsorg

Uppåt:	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<2	Fall	Munhälsa grad 2	Visa resultat per riskområde
Östhammars kommun	98	99% 100 av 101	54% 54 av 100	63% 63 av 100	11% 2 av 18	23 15 personer	27 personer	10 4 personer	30 personer	
Edsvägen	42	98% 41 av 42	44% 16 av 41	27% 11 av 41	33% 1 av 3	4 3 personer	13 personer	5 2 personer	2 personer	
Lärkbacken Gimo	3	100% 3 av 3	67% 2 av 3	100% 3 av 3	0% 0 av 0	8 5 personer	0 personer	0 0 personer	1 personer	
Olandsgården Alunda	6	100% 6 av 6	17% 1 av 6	83% 5 av 6	0% 0 av 0	4 3 personer	2 personer	4 1 personer	4 personer	
Parkv 7-9 Österbybruk	35	100% 37 av 37	62% 23 av 37	86% 32 av 37	0% 0 av 8	7 4 personer	8 personer	0 0 personer	19 personer	
Öregrund Tallparksgården	12	100% 13 av 13	77% 10 av 13	92% 12 av 13	14% 1 av 7	0 0 personer	4 personer	1 1 personer	4 personer	
Målvården			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					

Tabellen visar utfall av vårdprevention på Korttidsenheten och på Närvårdsenheten i Östhammars kommun.

Sverige / Kommun / Region: Östhammars kommun
 År: 2023
 Typ av enhet: Korttids

Uppåt:	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<2	Fall	Munhälsa grad 2	Visa resultat per riskområde
Östhammars kommun	152	97% 150 av 155	93% 147 av 158	96% 173 av 180	96% 176 av 183	33 25 personer	56 personer	2 2 personer	12 personer	
Korttidsenheten	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0 0 personer	0 personer	0 0 personer	0 0 personer	
Närvårdsenheten	152	97% 150 av 155	93% 147 av 158	96% 173 av 180	96% 176 av 183	33 25 personer	56 personer	2 2 personer	12 personer	
Målvården			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					

Uppföljning elrullstol

Har ej följts upp 2023 på grund av bristande arbetsterapeut resurser. Elrullstolar ska följas upp minst 1 gång/år. I slutet av november 2023 var 51 elektriska rullstolar individuellt förskrivna på brukare.

Uppföljning tippbräda och ståstöd

Uppföljning har gjorts av sjukgymnast/fysioterapeut under 2023. I slutet av 2023 var 7 tippbrädor och 6 ståstöd individuellt förskrivna på brukare.

Uppföljning lyftselar

Har ej följts upp 2023 på grund av bristande rehabresurser. Individuellt förskrivna lyftselar ska följas upp två gånger per år. Rehabpersonalen får i dagsläget "förlita" sig på att omvårdnadspersonalen återkopplar till rehabpersonalen om någon åtgärd behöver göras. Ingen avvikelser har inkommit.

Uppföljning Basutrustning sängar

Besiktning har utförts på samtliga sängar som ingår i basutrustning samt genomgång av madrasser under 2023. Det har köpts in 54 stycken nya vårsängar samt madrasser fördelat på 5 boenden.

Registreringar av vårdrelaterade infektioner

Infektionsregistreringen har gjorts på SÄBO, Närvårdsenheten och Korttidsenheten. Registreringen har gjorts av ansvarig sjuksköterska. Vårdhygien sammanställer en rapport av inrapporterat resultat. Detta görs årligen och rapporten skickas ut till alla kommuner i länet under mars månad. Återkoppling av resultat till enhetschefer och sjuksköterskor ansvarar MAS för.

3.2 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.

3.2.1 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.

3.3 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.

3.3.1 Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system



Vetenskapliga och beprövade metoder och mätinstrument används för att skapa tillförlitliga arbetsprocesser och system. Exempel på metoder och mätinstrument som används är handlingsplan VRI, BHK- mätningar och registreringar, läkemedelsgenomgångar och infektionsregistreringar, Palliativa registret, BPSD registrering och Senior alert.

Det behöver göras en översyn av kvalitetsledningssystemet för legitimerad personal, eftersom det är otydligt och svårigheter att hitta aktuella riktlinjer, rutiner och styrdokument.

Pågående upphandlingar:

- Upphandling av ett nytt journalsystem som startades 2023 och kommer att pågå under 2024.
- Upphandling av nytt verksamhetssystem för individuellt förskrivna hjälpmedel via HUL. Detta startades 2023 och beräknas vara klart 25-01-15.
- Upphandling basutrustning

Intygsskrivning ökat för rehab:

- Myndighet efterfrågar - ADL- bedömning inför bedömning av antal LSS assistanstimmar, anhörigvård, förflyttningsförmåga, möjlighet för personen att bo kvar i ordinärt boende.
- Inför ansökan om bostadsanpassning (tex ramper, trapphiss, spisvakt)
- Kognitiv bedömning: Dörr larm, GPS-klocka

IVO's tillsyn av äldreboenden som utfördes under pandemin

IVO genomförde under pandemin en särskild tillsyn av medicinsk vård och behandling vid landets SÄBO. IVO kunde då slå fast att lägstanivån i äldreomsorgen var alldeles för låg och att kommuner och regioner inte i tillräcklig utsträckning vidtagit åtgärder för att säkerställa en god vård och omsorg av boende på SÄBO. Mot den bakgrunden inledde IVO en fördjupad nationell tillsyn av verksamheter i kommunal regi.

Delar av det resultat som Östhammars kommun fick till sig var liknande som i övriga kommuner i Sverige:

- Det är vanligt förekommande att den personal som gör medicinska bedömningar inte har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften eller behärskar det svenska språket i tillräcklig omfattning.
- Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det saknas ofta en kontinuitet i personalgruppen som skulle ha främjat en god vård.
- Läkemedelshandlingen sker inte på ett patientsäkert sätt.
- Personal som arbetar med patienter i livet slutskede har inte tillgång till information om hur vården ska genomföras. Det är vanligt att brytpunktsamtal inte dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

I början av 2023 redovisade IVO resultatet från sin granskning som utfördes på Östhammar kommuns 5 äldreboenden och Östhammars kommun fick då upprätta en åtgärdsplan som skickades till IVO. IVO har avslutat ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med de åtgärder som vårdgivaren har vidtagit. Vissa åtgärder sträcker sig över 2024 och kommer följas upp av MAS. Nedan följer exempel på vad som gjorts under 2023 och vad som ska göras under 2024.

Under 2023 utfördes följande åtgärder:

Utbildning i SBAR påbörjas, utbildning av språkombud, upphandling av nytt verksamhetssystem, översyn av gällande styrdokument i ledningssystemet, redovisning av resultatet från IVO's beslut har tagits upp på samverkansmöten med regionen, ny riktlinje i läkemedelshandling i Östhammars kommun har tagits i nämnd, utbildning av farmaceut för legitimerade sjuksköterskor i läkemedel och äldre, nytt VIS dokument gällande palliativvård i samverkan.

Under 2024 ska följande åtgärder genomföras:

Utbildning i SBAR fortsätter, fortsättning av översyn gällande styrdokument i ledningssystemet, revidering av riktlinje gällande delegering av hälso-och sjukvårdsuppgifter, fortsatt arbete med riskbedömningar i senior alert och fortsatt arbete kring språkombud och utbildning i vårdsvenska.

3.4 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.

3.4.1 Är vården säker idag



Vårdgivaren har ett ansvar att vara medveten om risker, bedöma och hantera om det skulle uppstå någon störning som kan påverka patientsäkerheten.

Alla har ett personligt ansvar för att bidra till säker vård oavsett vilken roll man har i organisationen som chef eller medarbetare.

Omvärldsanalys: Omställningen till Nära Vård ställer krav på kommunen att kunna bedriva vård och omsorg i patientens hemmiljö. Det ställer krav på kommunen att stärka patientens och närståendes delaktighet och medverkan för ökad patientsäkerhet.

Den kommunala vården ska kunna hantera svårt sjuka patienter vilket kräver resurser och kompetens/kompetensutveckling för bland annat omsorgspersonal, sjuksköterskor och rehabpersonal. Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal med adekvat kompetens kan förändras snabbt men är central, och långsiktig kompetensförsörjning är en förutsättning för en anpassningsbar och säker vård.

3.4.1.1 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. Detta görs kontinuerligt i avvikelse systemet DF-respons.

3.5 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.

3.5.1 I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information



Journalgranskningar utförs kontinuerligt under året för att få ett lärande och utveckling i dokumentationen, vidare analys se 3.11 identifiering.

Östhammars kommun arbetar med kvalitetsregister Senior alert, BPSD och Palliativ registret. Senior alert är ett mål för 2024 att samtliga enheter arbetar upp rutiner och teamet runt patienten, se 4.mål.

Under 2023 har 5 stycken anmälan enligt vårdskada (lex Maria) rapporterats till IVO.

1 anmälan enligt vårdskada handlade om brister i följsamhet gällande ordination av legitimerad personal vilket ledde till ett fall med fraktur. IVO har avslutat ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med de åtgärder som vårdgivaren har vidtagit.

2 anmälningar enligt vårdskada handlade om förväxling av läkemedel av delegerad omsorgspersonal. IVO har avslutat båda ärendena och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med de åtgärder som vårdgivaren har vidtagit.

1 anmälan enligt vårdskada handlade om fördröjd behandling. IVO har begärt in komplettering, ett förtydligande av vårdgivarens planering för sommaren relaterat till sjuksköterskekoordinatorerna. Detta har skickats in till IVO och vårdgivaren väntar på återkoppling.

1 anmälan enligt vårdskada handlade om förväxling av insulinpennor. IVO har avslutat ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder då de var nöjda med de åtgärder som vårdgivaren har vidtagit.

3.5.2 Avvikelser

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

Sammanställning av avvikelser gällande hälso-och sjukvård för år 2021, 2022 och 2023

Typ av avvikelse	2021	2022	2023
Fall	1285	1 221	1293
Läkemedel	733	771	743
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	91	115	89
Händelse med hjälpmedel, teknik och /fysisk miljö	24	34	36
Brist i rehabilitering	39	2	5
Brist i information, kommunikation, samverkan	134	127	90
Brist i/utebliven dokumentation	80	64	43
Tryckskada/trycksår	9	4	9
Bruten sekretess	6	17	1
Övrigt	122	108	55
Summa:	2523	2463	2362

Typ av avvikelser

Under året 2023 har 2362 avvikelser rapporterats inom hälso-och sjukvården. Motsvarande siffra för 2022 var 2463. 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.

Fallavvikelser

Antal fall med allvarlighetsgrad 3 (frakturer, sårskada) var 21 st under 2023.

Läkemedelsavvikelser

Antal läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 var 10 st under 2023. Under 2022 var det 12 stycken läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3.

Händelse med hjälpmedel, teknik och fysisk miljö

Antalet avvikelser med allvarlighetsgrad 3 och 4 var 1 styck under 2023. Övriga 35 avvikelser handlar bland annat om urglidning/fall ur rullstol, felaktig placering och hantering av medicintekniska hjälpmedel hos personal och brukare, produktfel som rapporterats enligt rutin.

Brist i rehabilitering

Avvikelserna handlar bland annat om att ordinerade, rehabiliteringsinsatser har missats och ej planerats in av samordnare, omvårdnadspersonal har missat att signera i det digitala ordinationsverktyget Appva, svårighet för omvårdnadspersonal att motivera brukare till träning.

Tryckskada / trycksår

Avvikelserna handlar bland annat om brist i kommunikation mellan HSL personal och omvårdnadspersonal, brukare med nedsatt insikt och som har svårighet att ta instruktioner.

Vårdkedja till (annan huvudman)

Kategorin vårdkedja avser avvikelser mellan huvudmännen (kommun/region Uppsala) och handlar vanligen om brister i informationsöverföring, läkemedelshantering och hjälpmedelsförskrivning vid utskrivning från slutenvården. Under 2023 har 86 stycken vårdkedjeavvikelser rapporterats från Östhammars kommun till annan huvudman. Främsta orsaken till avvikelse var brister i kommunikation och information.

3.5.3 Klagomål och synpunkter

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

Under året 2023 har 3 ärenden anmälts till patientnämnden, 1 gällande behandling, 1 gällande omvårdnad och 1 gällande miljö och teknik. Ärendet som rapporterades in till patientnämnden gällande miljö och teknik där vill patient inte ha yttrande av kommunen, patientnämnden avslutar ärendet efter samtal med patienten.

Övriga synpunkter och klagomål redovisas tertialsvis till nämnd.

3.6 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.



Under hösten 2023 har arbetet kring kris och beredskap kopplat till hälso- och sjukvården påbörjats. Arbetet kommer fortlöpande pågå under 2024.

Det är viktigt att samverkan sker bland annat inom olika delar av organisationen som hanterar förändrade omvärldsfaktorer, identifierade risker och vilka åtgärder som behöver vidtas.

4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål 1: Arbeta förebyggande med fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen med kvalitetsregistret Senior Alert som stöd. Målet är att 70 % av patienterna i Säbo ska få en riskbedömning och åtgärdsplan under 2024. Målet är att 50 % av patienterna i ordinärt boende som uppfyller kriterierna ska få en riskbedömning och åtgärdsplan under 2024.

Aktiviteter:

- Säkerställa personalens kunskap i arbetet med Senior Alert. Ansvar: Verksamhetschef, Enhetschef
- Genomföra riskbedömningar enligt Senior Alert. Ansvar: Legitimerad personal.

Mål 2: Säkerställa att hjälpmedelsverksamheten och enheternas basutrustning hanteras utifrån MDR.

Aktiviteter:

- Upphandling och implementering av ett digitalt verksamhetssystem.
- Spårbarhet / märkning sker utifrån MDR kraven. Ansvar: Verksamhetschef, enhetschef.

Mål 3: Att förbättra kvalitetsindikatorerna i palliativregistret 2024 gentemot 2023.

Aktiviteter:

- Följa upp kvalitetsindikatorerna var 3 månad på APT för sjuksköterskor
- Involvera de palliativa ombuden i förbättringsområden som rör palliativ vård.
- Ta fram handlingsplaner utifrån varje verksamhets behov

Mål 4: Förflytningsutbildning

Aktiviteter:

- Genomförande av basal förflytningsutbildning för samtlig omvårdnadspersonal inom SOL och LSS. Ansvarig: Enhetschef och rehabpersonal.

Mål 5: Följsamhet till signerade insatser och delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter i MCSS

Aktiviteter:

- Utformning av egenkontroll för signerade insatser fyra gånger per år. Ansvarig: MAS, MAR, enhetschef för sjuksköterskor och enhetschef rehab
- Utformning av egenkontroll för delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter. Ansvariga MAS, MAR och Verksamhetschef HSL

Omsorgskontoret
Emma Peters

Mottagare Anhörigföreningen

Förslag på svar på inkommen skrivelse från Anhörigföreningen i Östhammar kommun.

Beskrivning av ärendet

Anhörigföreningen har den 23 januari 2024 skickat in en skrivelse till vård- och omsorgsnämnden om att ge vitamintillskott till de som bor på kommunens äldreboenden under vinterhalvåret. Anhörigföreningen anser att det finns behov av tillskott av D-vitamin till den äldre befolkningen som bor på de nordligare breddgraderna, och hänvisar till flera studier på området. Skrivelsen innehåller även förslag om att kommunen bör se till att rutiner tas fram så att personer över 65 år i kommunens äldreboenden erhåller kosttillskott av D-vitamin under vinterhalvåret.

Livsmedelsverkets rekommendationer

D-vitaminbehovet kan vara svårt att täcka med vanlig mat, särskilt för den med nedsatt aptit. Dessutom försämras förmågan att bilda D-vitamin i huden med stigande ålder. Därför rekommenderar Livsmedelsverket att alla över 75 år tar tillskott med 20 mikrogram vitamin D per dag. Av Livsmedelsverkets information framgår att för höga doser av vitaminer och mineraler kan vara skadliga för kroppen. Stora mängder D-vitamin är giftigt och kan leda till att man får för höga nivåer av kalcium i blodet, kalciuminlagring i njurarna och njursvikt. Man kan inte få i sig farliga mängder D-vitamin enbart via maten, men om man äter kosttillskott som innehåller D-vitamin kan man få för mycket.

Tekniska kontoret måltid och städ ombesörjer att de måltider som serveras på Östhammars äldreboenden innehåller den rekommenderad mängd D-vitamin som kan erhållas via kosten. De har inte förskrivningsrätt och ansvarar således inte för någon form av kost- eller näringstillskott.

Trots Livsmedelsverkets rekommendation finns det en mängd faktorer att ta i beaktande. Eftersom D-vitamintillskott via läkemedel är vanligt förekommande hos äldre individer bör

Omsorgskontoret
Emma Peters

en individuell bedömning alltid göras av hur det individuella behovet ser ut. Intag av vissa vitaminer kan påverka behandling med vissa läkemedel.

Vård- och omsorgsnämnden anser därför att individuell bedömning alltid bör göras av läkare gällande intag av både D-vitamintillskott och andra vitaminer. Frågan om tillskott av D-vitamin och andra vitaminer bör lyftas i samband med inskrivningssamtal med läkare.

Information kan då även ges om Livsmedelsverkets rekommendationer så att individen själv kan ta ställning till tillskott av D-vitamin med stöd av ansvarig läkare.

Hur ruiner ser ut på läkarnivå gällande diskussioner kring läkemedel och vad som tas upp på ett in skrivningssamtal ligger på ansvarig läkarorganisation att se över och säkerställa.

Mot bakgrund av detta anser vård- och omsorgsnämnden att förslaget gällande vitamintillskott till alla på kommunens särskilda boenden under vinterhalvåret ska avslås.

Förslaget om att kommunen bör se till att rutiner tas fram så att personer över 65 år i kommunens äldreboenden erhåller kosttillskott av D-vitamin under vinterhalvåret ska ses över och kommuniceras med läkare på nära vård och hälsa av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

*Anhörigföreningen
i Östhammars kommun*

ÖSTHAMMARS KOMMUN	
2024 -01- 26!	
Dnr:	Dpl:

2024-01-23

Vård- och omsorgsnämnden
Östhammars kommun

Vitamintillskott till boende på kommunens äldreboenden

För fyra år sedan sände Anhörigföreningen en skrivelse till kommunens socialnämnd med ovanstående titel (bilaga A).

I skrivelsen redogjordes för Livsmedelsverkets rekommendationer om tillskott av D-vitamin för äldre samt de kontakter Anhörigföreningen haft, dels med olika myndigheter, dels inom kommunen.

Svaret från SN blev kort och avvisande (bilaga B).

Anhörigföreningen återkommer nu i samma ärende. Livsmedelsverkets rekommendationer gäller fortfarande. Och möjligheterna för de boende att lagra D-vitaminer under den ljusa årstiden genom daglig utevistelse är inte bara begränsad utan för majoriteten obefintlig.

Personer över 65 år i kommunens äldreboenden bör, med hänsyn tagen till sin eventuella medicinering, erhålla kosttillskott av D-vitamin under vinterhalvåret och särskilt de som är kända för att lida av årstidsbunden depression.

I kontakter med vårdansvariga på säbo hör vi ibland kommentaren "Vi kan ju alla blir lite nedstämda då och då när det är mörka dagar". Kommentaren tyder på att man anser att alla, även personer med demens, har förmåga att reflektera över sin livssituation, vilket vittnar om stor okunskap.

Vi anser att kommunen av respekt och omtanke om våra äldre bör ta fram rutiner för att ge kosttillskott i form av D-vitaminer under vinterhalvåret enligt de gällande rekommendationerna som inte bara är svenska utan även nordiska, dvs utfärdade även av Livsmedelsverkets nordiska motsvarigheter.

För anhörigföreningen i Östhammars kommun.



Ulf Ehlin
Ordförande



Birgitta Johnsen
Sekreterare

Anhörigföreningen
i Östhammars kommun
Edsvägen 16

Bilaga A

2019-12-04

Till Socialnämnden i Östhammars kommun

Vitamintillskott till boende på kommunens äldreboenden

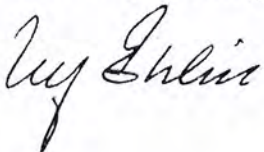
I Livsmedelsverkets skrift "Bra måltider i äldreomsorgen, Råd för ordinära och särskilda boenden – hemtjänst och äldreboenden" påtalas på flera ställen vikten av att de nationella och nordiska rekommendationerna beträffande extra tillskott av D-vitamin till personer över 65 respektive 75 år följs. Skälet är att det är svårt att genom kosten tillgodose behovet av D-vitamin hos äldre människor. Äldre människor vistas numera allt mindre ute så att den naturliga processen med D-vitaminbildning genom solljuset blir mycket begränsad.

Anhörigföreningen har tagit upp frågan med kommunens måltidschef som anger att hon inte förfogar över frågan om extra tillskott. Hon har vidare ifrågasatt om rekommendationerna fortfarande gäller.

Anhörigföreningen har varit i kontakt med Livsmedelsverket och med Socialstyrelsen och från dessa myndigheter fått de svar som återfinns i bilaga 1 och 2. Svaren visar att rekommendationerna gäller.

Mot den bakgrunden föreslår Anhörigföreningen att Socialnämnden beslutar att extra tillskott på D-vitamin ska ges till de boende på kommunens äldreboenden med 10 mikrogram per dag till personer över 65 år och med 20 mikrogram per dag till personer över 75 år och att detta påbörjas snarast. Vårt förslag är även starkt motiverat av att de boende på äldreboendena på grund av den rådande personalbristen har ytterst liten möjlighet till utevistelse.

För Anhörigföreningen



Ulf Ehlin
Ordförande

Mejlsvar från Livsmedelsverket 2019-10-24

Inger från Fråga oss har svarat på:

Extra tillskott av D-vitamin till äldre över 65 respektive 75 år.

Hej Ulf, ber om ursäkt att din fråga blivit liggande, jag har varit på resande fot och missat detta.

Råd är råd och inte lag

Råden som står i *Bra måltider i äldreomsorgen* och nu även i kostråd till äldre står fast. Det är just råd och varje kommun får bestämma hur de vill göra, vad jag förstår så har det lösts på lite olika sätt i landet.

D-vitamin

Anledningen till att Livsmedelsverket ger råd om tillskott med D-vitamin när vi är över 75 år, är för att vi ser att det är svårt annars att nå upp till rekommenderade mängder. D-vitamin upptaget både från solen och genom maten försvåras vid stigande ålder. Kopplingen mellan D-vitamin tillskott och fallolyckor är ifrågasatt av nyare forskning men D-vitamin har många andra funktioner i kroppen och därför ser vi idag ingen anledning att ändra rådet.

I rapporten som ligger till grund för råden direkt till äldre [diskuteras frågan om D-vitamintillskott på sidan 45-46](#).

Hoppas att detta gav svar på din fråga
vänligen

Bilaga 2

Socialstyrelsens mejlsvar 2019-11-14

Fråga 2. I en skrift utgiven av Livsmedelsverket underskriven av Livsmedelsverkets och Socialstyrelsens generaldirektörer kallad "Bra måltider i äldreomsorgen, Råd för ordinära och särskilda boenden – hemtjänst och äldreboenden, framhålls på flera ställen att det finns nationella och nordiska rekommendationer om att extra tillskott av D-vitamin (utöver vad som kan fås genom kosten) ska ges till personer över 65 respektive 75 år. När vi påpekar det för kommunens måltidschef anger hon att Socialstyrelsen nu ändrat inställning beträffande detta och att det inte finns anledning att ge extra tillskott. Vi skulle vilja veta var vi kan hitta detta beslut så att vi vet vad som gäller för närvarande.

Precis som du skriver så finns både nationella och nordiska rekommendationer om tillskott av D-vitamin för äldre personer. Livsmedelsverket tar bland annat upp det i *Bra måltider i äldreomsorgen, Råd för ordinära och särskilda boenden – hemtjänst och äldreboenden* och Socialstyrelsen anger det i *Att förebygga och behandla undernäring - Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Ett tillskott på 20 mikrogram/dag för personer över 75 år rekommenderas, med hänvisning till de Nordiska näringsrekommendationerna, NNR 2012. Ett omfattande arbete med revidering av dessa näringsrekommendationer har just påbörjats men när det är beräknat färdigt är inte sagt. Till dess gäller de nuvarande rekommendationerna.

Nedan finns länk till Socialstyrelsens kunskapsstöd, indikatorer och SOSFS 2014:10

Att förebygga och behandla undernäring - Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2019-5-6.pdf>

Bilaga med indikatorer <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-5-6-indikatorer.pdf> och Föreskrifter och allmänna rådet om förebyggande av och behandling vid undernäring SOSFS 2014:10

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201410-om-forebyggande-av-och-behandling-vid-undernaring/>

Mer om D-vitamin finns att läsa på Livsmedelsverkets hemsida

https://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/naringsamne/vitaminer-och-antioxidanter/d-vitamin/? t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d& t_q=d-vitamin& t_tags=language%3asv%2csiteid%3a67f9c486-281d-4765-ba72-ba3914739e3b& t_ip=192.137.162.100& t_hit.id=Livs Common Model PageTypes ArticlePage/ 6e8c4ecb-1d2c-4853-a94a-dcb4bef937a0 sv& t_hit.pos=2

Länk till NNR2012

<http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf>

Socialförvaltningen
Carina Kumlin

Anhörigföreningen i Östhammars kommun

Svar på inkomna skrivelser från Anhörigföreningen i Östhammar kommun angående utvärderingskriterier och nyckeltal, vitamintillskott till boende på kommunens äldreboenden samt Vård och omsorgs verksamhetsberättelse 2018 och verksamhetsplan 2019

Socialnämnden har mottagit inkomna skrivelser från Anhörigföreningen i Östhammars kommun.

Socialnämnden tackar Anhörigföreningen i Östhammars kommun för era synpunkter och föreningens stora engagemang för verksamheten.

Utvärderingskriterier och nyckeltal

Det är av stor vikt att verksamheten styrs utifrån relevant information och mätbara styrtalet, samt att tillförlitligt underlag som presenteras utgår från socialnämndens antagna mål.

Verksamheterna dokumenterar och utvärderar mål och styrtalet i systemet Stratsys. Allt arbete utgår efter Socialnämndens fastställda styrdokument.

Socialnämnden följer förvaltningens arbete via årsredovisning, internkontroll,

patientssäkerhetsberättelse, verksamhetsberättelse, statistikrapporter av verkställda och ej verkställda beslut, synpunktshantering, uppföljning av personalförsörjningsplan och andra beslutade planer. Mot bakgrund av detta mottar Socialnämnden löpande rapporter och dragningar inom utvalda verksamhetsområden från förvaltningen.

Förslag av utvärderingskriterier och nyckeltal kommer att överlämnas till förvaltningen för vidare analys av innehållet.

Socialförvaltningen
Carina Kumlin

Vitamintillskott till boende på kommunens äldreboenden

Måltidsenheten ansvarar för all mathållning på särskilt boende. När måltidsenheten planerar måltider följs de kostrekommendationer som Livsmedelsverket rekommenderar med bl.a. högre andel D-vitamin. Extra vitamintillskott betraktas som medicin och ges till den boende enligt förskrivning av läkare. Det finns möjlighet att själv inhandla ytterligare extra tillskott av D-vitamin, men då rekommenderas kontakt med läkare innan för att säkerställa att annan förskriven medicinerings inte påverkas.

Kontaktmannens ansvar, genomförandeplaner och sekretess

Legitimerad personal ansvarar för planering så att de boende tillförsäkras en god och säker vård. Planeringen utgår från den enskildes behov. Socialförvaltningen har därutöver satsat på att samtlig omvårdnadspersonal ska ha tillgång till en egen handbok i syfte att säkra dokumentation och rapportering. Arbetet följs upp av de kvalitetsregister som finns för området, exempelvis Senior Alert och BPSD-registrering.

När någon ansökt och fått beviljat beslut om inflyttning till särskilt boende, utses en kontaktman som har en speciell uppgift att ge stöd till den enskilde. Det finns en särskild rutin för detta i förvaltningens ledningssystem.

Kontaktmannen på boendet upprättar en individuell genomförandeplan tillsammans med den enskilde inom 14 dagar efter inflyttning till ett särskilt boende. Där dokumenteras vilken överenskommelse som den enskilde har gjort med vårdpersonalen. Det kan exempelvis gälla individens matpreferenser, behov av aktiviteter och personlig omvårdnad. Biståndshandläggaren följer upp så att genomförandeplanen är upprättad tillsammans med den enskilde

Genomförandeplanen tillhör den enskilde och det är den enskilde själv som bestämmer om den ska delges anhörig eller någon annan.

Kompetensutveckling och språkombud

Verksamhetsområdeschef ansvarar tillsammans med enhetschef och Medicinskt ansvarig sjuksköterska för planering och genomförande av utbildningsinsatser riktade till vårdpersonal

Socialförvaltningen
Carina Kumlin

och legitimerad personal. Ansvarig enhetschef och legitimerad personal planerar tillsammans för en bemanning som täcker de boendes behov utifrån rådande förhållande. Samtliga chefer har utbildning i äldrevård och demensvård.

Socialnämnden har fattat beslut om personalförsörjningsplan. I planen beskrivs vilken kompetensutveckling som planeras. Nämnden får via Patientsäkerhetsberättelsen redovisat vilka utbildningar som genomförts för vårdpersonal. För närvarande har exempelvis omkring 300 medarbetare genomgått BPSD-utbildning. Medarbetare erbjuds också olika utbildningar via Vård och omsorgscollege. Därutöver pagar även utbildning till Silviasyster under 2020.

Ett av kriterierna som förvaltningen åtagit sig att genomföra är att det ska finnas utbildade språkbud. Förvaltningen har förstärkt detta ytterligare genom att utbilda cirka 30 undersköterskor till språkstödjare (inkluderingshandledare). Dessa finns på varje arbetsplats och ger stöd vid omvårdnadsarbetet och dokumentation.

Vård och omsorgs Verksamhetsberättelse för 2018 och Verksamhetsplan för 2019

De synpunkter som Anhörigföreningen har tagit upp har diskuterats vid ett flertal möten mellan föreningen och förvaltningen. Vård och omsorg har lämnat statistikuppgifter och svarat på föreningens frågor om larm, nattfasta mm. Representanter för förvaltningen och socialnämnden har också varit inbjudna till flera av Anhörigföreningens möten där frågor rörande medarbetarundersökningar, medarbetarskap och ambitionsnivån kring måltal.

I Verksamhetsberättelsen för 2018 har förvaltningen beskrivit det som varit positivt under året, men också det som förvaltningen behöver arbeta vidare med under kommande år. Inom vissa områden har inte måltal uppnåtts, exempelvis när det gäller sjukfrånvaron under attraktiv arbetsgivare. Inom andra områden som exempelvis bemötande inom vård och omsorg kan man från öppna jämförelser utläsa goda resultat. Detta arbete planeras och beskrivs i Verksamhetsplan för 2019 och i Patientsäkerhetsberättelsen som lämnas till Socialnämnden. Vård och omsorg har ett ständigt pågående förbättringsarbete med de mål som nämnden har fastställt.

Socialförvaltningen
Carina Kumlin

De brukarundersökningar som Socialstyrelsen genomför här, som Anhörigtörelsen uppmärksammat, en låg svarsfrekvens från brukare. Vård och omsorg har vid boende- och anhörigmöten uppmanat boende och deras anhöriga att svara på frågorna, men det är fortfarande en låg svarsfrekvens, cirka 50-60 %, från de som bor på särskilt boende. Därför kommer vård och omsorg att ta fram egna brukarundersökningar, som verksamheterna kan använda sig av och snabbare utvärdera och genomföra förbättringar inom verksamheten.

För socialnämnden

Lisa Norén

Ordförande, Socialnämnden

*Anhörigföreningen
i Östhammars kommun*



2024-01-17

Till Kommunstyrelsen
Östhammars kommun

Angående äldreomsorgen i Östhammars kommun

Begäran

Anhörigföreningen önskar få ett sammanträffande med kommunstyrelsen för en diskussion om äldreomsorgen i Östhammars kommun. Vid ett sådant möte bör den nedan beskrivna frågan om patientsäkerhet vara central samt kompletteras med ytterligare aktuella missförhållanden som vi har konkreta exempel på.

Under det senaste året har brister i Östhammars äldreomsorg uppmärksammats av Inspektionen för vård och omsorg, IVO, som skarpt kritiserat kommunen och i en ranking av landets kommunala hemtjänster, gjord av Svenska Pensionärsförbundet SPF, hamnade Östhammar på plats 253, dvs bland de kommuner som har den sämsta hemtjänsten. Det är således fler än Anhörigföreningen som anser att kommunen behöver ta krafttag för att förbättra patientsäkerheten och höja äldreomsorgens kvalitet.

Vi har noterat att Vård- och omsorgsnämnden på senare tid tagit ett steg för att förbättra hemtjänsten. Det är positivt men ännu otillräckligt.

Bakgrund

Anhörigföreningen i Östhammars kommun är en opolitisk förening med syftet att bidra till bästa möjliga vård och omsorg för vårdtagare inom kommunen och bästa möjliga arbetsmiljö för vårdpersonalen. Vid årsskiftet hade föreningen 314 medlemmar, de flesta skattebetalare till Östhammars kommun. Patientsäkerhet är ett av föreningens prioriterade intresseområden.

Aktuell situation

År 2020 utgav Socialstyrelsen en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020 – 2024 ”**Agera för säker vård**”. Ur planens förord citeras: ”Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommuner och regioner som genom egna handlingsplaner kan etablera

principer, prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete. Mottagare för den nationella handlingsplanen är därför huvudmännens beslutsfattare.”

Handlingsplanen ledde till att dåvarande Socialnämnden i Östhammar 2022-05-04 gav kommunens förvaltning **”i uppdrag att arbeta med stärkt patientsäkerhetsarbete under 2022 - 2023”**.

Uppdraget är väl preciserat i nämndprotokollet och citeras här i sin helhet:

” Vision: God och säker vård – överallt och alltid

Övergripande mål: Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada

Sektor omsorg och produktion kommer att använda ett genomförandestöd som

Sveriges kommuner och regioner (SKR) tagit fram. Arbetet startar med en

nulägesanalys utifrån de fokusområden och grundläggande förutsättningar som beskrivs i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

- Öka kunskap om inträffade vårdsador

- Tillförlitliga och säkra system och processer

- Säker vård här och nu

- Stärka analys, lärande och utveckling

- Öka riskmedvetenhet och beredskap

- Grundläggande förutsättningar:

- Engagerad ledning och tydlig styrning

- En god säkerhetskultur

- Adekvat kunskap och kompetens

- Patienten som medskapare

För att definiera effektiva insatser och åtgärder som behövs för att möta våra utmaningar krävs en förankring, samverkan och samsyn både inom kommunen och med aktörer utanför kommunen. Arbetsgruppen kommer därför att bestå av representanter från olika verksamheter och professioner. Patienter och anhöriga kommer inte att ingå i arbetsgruppen, dessa kommer att intervjuas utifrån frågeställningar som tas fram utifrån de fokusområden som finns i verktyget.

När sammanställningen av nuläget är klar så har vi en tydlig bild av våra identifierade styrkor, utmaningar och teman där det saknas tillräcklig information. Nästa steg är identifiering och prioritering av möjliga insatser, där ingår uppskattning av resursåtgång och förväntad effekt på patientsäkerheten för de identifierade insatserna.

Arbetet kommer att ledas av vårdutvecklare och medicinskt ansvarig sjuksköterska, sektor omsorgs hälso- och sjukvårdsledning kommer att vara referensgrupp.

Att socialnämnden beslutar om att ge sektor omsorg produktion i uppdrag att arbeta med stärkt patientsäkerhetsarbete ger en tyngd och en tydlighet som visar att Östhammars kommun prioriterar patientsäkerhet.”

Vid den nuvarande Vård- och Omsorgsnämndens (VONs) möte 2023-11-08 fanns på dagordningen punkt ” **8. Stärkt patientsäkerhetsarbete inom äldreomsorgen – slutrapport.**” Ärendebeskrivningen är detaljerad med ett antal rubriker som

- Ökad kunskap om avvikelser i vården
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

I protokollet från VONs möte § **132 Stärkt patientsäkerhetsarbete inom äldreomsorg och omsorg – slutrapport** finns följande beslut.

”Vård och omsorgsnämnden godkänner slutrapporten. Godkännandet innebär inte att förvaltningen inte jobbar med patientsäkerhetsfrågor det är ett pågående arbete som ska genomsyra hela verksamheten.”

Anhörigföreningen begärde att få en kopia av slutrapporten då det av det kortfattade protokollet inte fanns några detaljer om uppdragets resultat. Vi fick beskedet att det inte finns någon skriftlig rapport utan att det var en muntlig rapport som gjorts vid nämndsammanträdet. Då begärde föreningen att få ta del av underlaget till slutrapporten och fick även här beskedet att det inte finns något underlag. Då vi inte kunde tänka oss att förvaltningen arbetat ca ett och ett halvt år med de i ärendebeskrivningen nämnda frågorna, utan att det finns något underlag till den slutrapport som VON godkänt, upprepade vi vårt önskemål att få ta del av underlaget till rapporten. Vi fick då följande svar från den tjänsteman som var föredragande på nämndsammanträdet.

” Arbetet med patientsäkerheten hann aldrig påbörjas därför finns det inga fler dokument. Vi arbetar ständigt med patientsäkerheten och behöver därför inget uppdrag för att arbetet ska fortsätta med patientsäkerheten.”

Detta innebär sammanfattningsvis att Sektor Vård och Omsorg

- inte har följt Socialnämndens beslut
- att inte en enda av de punkter som noggrant beskrivs i uppdraget blivit utförd

- har gjort en ärendebeskrivning inför VONs beslut som ger sken av att mycket arbete genomförts
- VON godkänt en slutrapport som inte finns och inte ens ett underlag till en sådan

Vad är syftet med att handlägga dessa, för kommunens äldre befolkning så viktiga frågor, på detta sätt?

För Anhörigföreningen förefaller det som om Sektor Omsorg och VON vill dölja för anhöriga och övriga skattebetalare i kommunen att inga av de av Socialnämnden beslutade arbetsuppgifterna för Vård och Omsorg rörande patientsäkerhet har genomförts. Dessutom visar uttalandet av den i ärendet föredragande tjänstemannen en okunnig inställning till hur kommunal verksamhet ska styras.

För Anhörigföreningen i Östhammars kommun



Ulf Ehlin
Ordförande



Birgitta Johnsen
Sekreterare

Omsorgskontoret
Sabina Lundin

Svar till Anhörigföreningen

Vård- och omsorgsnämnden har 2024-01-18 fått en skrivelse från Anhörigföreningen i Östhammars kommun. Skrivelsen innehåller begäran om sammanträde. Skrivelsen innehåller även bakgrund om Anhörigföreningen och aktuell situation från socialstyrelsen ”agera för säker vård” samt fråga. Svaren skrivs i punktform som besvaras nedan.

1. Anhörigföreningen önskar sammanträde med kommunstyrelsen

Sammanträde bokades in och utfördes 2024-02-05 där ordförande från Vård- och omsorgsnämnden deltog samt verksamhetschefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska från Omsorgskontoret tillsammans med styrelse medlemmar från Anhörigföreningen.

2. Brister i Östhammars äldreomsorg har uppmärksammats av Inspektion för vård och omsorg (IVO). I en rankning av svenska pensionärsförbundet (SPF) hamnade Östhammars hemtjänst på plats 253, dvs bland de sämsta. Anhörigföreningen anser att kommunen behöver ta ett krafttag.

Östhammars kommun har påbörjat arbetet med åtgärder utifrån de brister som IVO uppmärksammat. Rutiner har setts över som har lett till upprättande av nya rutiner samt revidering av gamla. Flera utbildningssatsningar har påbörjats så som rapporteringsstöd SBAR, avvikelshantering, lyftteknik och apotekets utbildningar för sjuksköterskor inom läkemedelshantering. Förvaltningen har även påbörjat en upphandling av nytt journalsystem samt

påbörjat ett nytt arbetssätt kring socialjournal och genomförandeplaner. Ett stort arbete i personalkontinuiteten i hemtjänsten är pågående. De senaste två åren har förvaltningen arbetat i tvärprofessionellt team som arbetar med utskrivningar från slutenvård så kallad "hemtagningsteam". Dessa team arbetar för att skapa trygga hemgångar samt arbetar förebyggande för återinläggningar. Här ligger Östhammar i framkant.

3 År 2020 utgav socialstyrelsen en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 "Agera för säker vård". Dåvarande Socialnämnd i Östhammar gav kommunensförvaltning i uppdrag 2022-05-04 att arbeta med stärkt patientsäkert arbete under 2022-2023. Arbetet med patientsäkerheten hann aldrig påbörjas därför finns inga dokument att tillgå. Vad är syftet med att handlägga dessa, för kommunens äldre befolkning så viktiga frågor, på detta sätt? För anhörigföreningen förefaller det som att omsorgskontoret vill dölja något.

Uppdraget gavs inte av nuvarande Vård- och omsorgsnämnden. Det finns lagar och föreskrifter som styr arbetet med patientsäkerheten. Arbetet med att förbättra patientsäkerheten kommer att fortlöpa men inte som projektform och uppdrag utan det ska genomsyra vårt dagliga arbete. Se punkt 2 för några av de åtgärder som har införts för att förbättra patientsäkerheten. Vård- och omsorgsnämnden vill vara transparenta och tar till sig kritiken hur tjutet har utformats.

Med vänliga hälsningar,

Vård- och omsorgsnämnden

Omsorgskontoret

[Klicka här för att ange brödtext.](#)

Svar till FUB

Vård- och omsorgsnämnden har 2024-02-19 fått en skrivelse från föreningen FUB i Östhammars kommun. Skrivelsen innehåller att det har kommit till deras kännedom om neddragningar av personal på LSS gruppboväder. Den innehåller även information om deras aktiviteter och vikten av att det finns tillgänglig personal vid dessa tillfällen. Brevet besvaras i punktform nedan

1. De flesta av våra medlemmar som bor på gruppboväder behöver ha personal med sig för hjälp och stöd på aktiviteter och medlemsmöten

De schema förändringar som planeras har inte för avsikt att påverka brukarnas aktiviteter. Det kommer inte tas bort personal när brukarna är i behov av personalen.

2. Risk att det blir för få som deltar på aktiviteter om brukarna ej kan delta pga neddragningar av personal.

Eftersom att det inte handlar om att ta bort personalresurser när brukaren är i behov av dessa så ser vi inte dessa risker.

Med vänliga hälsningar,

Vård- och omsorgsnämnden



Östhammar 2024-02-04

Till socialnämnden

Vår förening FUB Östhammar har fått kännedom om att det ska göras ytterligare nedskärningar av personal på LSS-gruppbostäder i Östhammars kommun. De flesta av våra medlemmar som bor på gruppboendena behöver ha personal med sig för hjälp och stöd på aktiviteter och medlemsmöten som vi i föreningen anordnar. Föreningen ordnar danser, innebandy en gång i veckan, caféträffar en gång i månaden, 2 lägerdagar på Näsudden på sommaren och även utflykter med buss. Aktiviteterna är på kvällar och helger. Om det blir mer neddragningar av personal och svårigheter med att få in vikarier kommer det att påverka våra medlemmars fritidsaktiviteter. Även för oss som förening blir det svårt att ordna aktiviteter för våra medlemmar då det är risk för att det blir för få som kan delta.

Styrelsen i FUB Östhammar

Birgitta Johansson, Karin Amnell, Kerstin Johansson, Katarina Uf Backlund, Ann-Louise Johansson, Mikael Ahlström, Karin Johansson och Birgitta Edin Ronnermark

Budgetuppföljning

Februari

Vård- och omsorgsnämnden



Övergripande

- Utfallet fram till februari är ett överskott om ca 1,9mnkr. Detta är primärt på grund utav de överskott som återfinns inom staben samt underskotten inom hemtjänsten.
- Årsprognosen är lika med budget
- Justerat resultat är ett underskott om ca 6,5 mnkr

Budget Ack	Utfall Ack	AvvikelseAck	BudgetÅR	PrognosÅR	AvvikelseÅr
-23 140	-21 237	1 902	-153 421	-153 421	0

Enhet: Omsorg, stab

Ansvar: nämnd och politik, stab, stimulansmedel, admin.chef

Enheten har positiv avvikelse om ca 9,6mnkr.

+10,5mnkr kan härledas till att omsorgskontoret inte har debiterats någon hyra för årets första två månader. Hyran debiteras retroaktivt från maj. Höjd har även tagit i budgeten för licenskostnader, där utfallet är lägre än de budgeterade. Kostnaden förväntas öka när man implementerar omsorgs nya verksamhetssystem.

Stimulansmedel (bl a säkerställa en god vård och omsorg av äldre) är ännu inte utbetalde vilket påverkar avvikelsen negativ med ca 2mnkr

Budget Ack	Utfall Ack	Avvikelse Ack	Budget ÅR	Prognos ÅR	Avvikelse ÅR
-8 257	1 335	9 592	-49 690	-49 690	0

Enhet: Produktion, stab

Ansvar: gemensam VHT område1, gemensam VHT- produktion, resurspoolen, boendestöd

En avvikelse om ca -279tkr. Detta kan hänföras till att resurspoolen saknar intäkter samt att lön har gått mot fel ansvar.

Budget Ack	Utfall Ack	Avvikelse Ack	Budget ÅR	Prognos ÅR	Avvikelse År
-1 438	-1 718	-279	-8 678	-8 678	0

Särskilt boende

- Avvikelsen beror på att intäkterna är något lägre än budget. I budgeterad intäkt ligger äldreomsorgslyftet med om 229tkr för perioden som ännu inte har betalats ut.
- Personalen avviker med 1 877tkr

Boende	Budget Ack	Utfall Ack	Avvikelse Ack	Budget ÅR	Prognos ÅR
Olandsgården	131	-70	-201	0	0
Parkvägen	133	-796	-930	0	0
Parkvägen	15	160	145	0	0
Edsvägen 16	-107	-628	-521	-1 133	-1 133
Edsvägen 16	81	-11	-92	0	0
Tallparksgården	61	-305	-367	0	0
Lärkbacken	83	-31	-114	0	0
Psykiatri	11	13	2	0	0
Total	409	-1 669	-2 077	-1 133	-1 133

Enhet: Ordinärt boende

Ansvar: Hemtjänst, korttidsenheten, närvården, rehab, demensstöd, nattpatrull, larmenheten.

Hemtjänsten avvikelser består av för låg intäkt bot budget. Avviker med -2 201 mot budgeterad intäkt.

Personalkostnaderna avviker med -2,8mnkr

Ansvar	Budget Ack	Utfall Ack	Avvikelse Ack	Budget ÅR	Prognos ÅR
Hemtj Alunda	100	-850	-950	0	0
Hemtj Österby	106	-1 190	-1 296	0	0
Hemtj Östhammar södra	178	-1 272	-1 450	0	0
Hemt Östhammar norra	161	-486	-647	0	0
Hemtj Öregrund	134	-1 164	-1 298	0	0
Hemtj Gimo	-17	-596	-579	0	0
Total	661	-5 559	-6 220	0	0

Enhet: Ordinärt boende

Ansvar: Hemtjänst, korttidsenheten, närvården, rehab, demensstöd, nattorganisationen, larmenheten.

Resterande ansvar under enheten ordinärt boende har på totalen en positiv avvikelse om 369tkr.

Nattorganisationsen har fått mer budgetmedel i budget 2024.

Ansvar	Budget Ack	Utfall Ack	Avvikelse Ack	Budget ÅR	Prognos ÅR
Korttidsenheten	22	0	-23	0	0
Närvården	-1 637	-1 359	278	-10 735	-10 735
Chef Rehab	-1 508	-1 474	35	-9 847	-9 847
Nattorganisation	-2 090	-2 107	-17	-13 277	-13 277
Larmenheten	-761	-665	95	-4 590	-4 590
Total	-5 974	-5 605	369	-38 449	-38 449

Enhet: HSL

Ansvar: SSK, natthemsjukvård

Har en positiv avvikelse om 441tkr mot budget.

Bör ligga med ett överskott inför sommaren då personalkostnaderna tenderar öka.

Budget Ack	Utfall Ack	Avvikelse Ack	Budget ÅR	Prognos ÅR
-5 760	-5 319	441	-35 489	-35 489

Enhet: Hjälpmedel och förebyggande insatser

Ansvar: Hjälpmedelsenheten, syn och hörselinstruktör, uppsökande verksamhet, anhörigkonsulent.

Positiv avvikelse om 396tkr.

Inköp av hjälpmedel är lägre än budgeterat.

Budget Ack	Utfall Ack	AvvikelseAck	BudgetÅR	PrognosÅR
-1 458	-1 062	396	-8 820	-8 820

Enhet: Funktionshinder-

Ansvar: Daglig verksamhet, gruppboväder, serviceboväder, bojen, personlig assistans, Avlösarcervice/Ledsagarservice

Avviker från budget med -305tkr.

Bojen avviker 100tkr. Vilket kan härledas till en avvikelse om -73tkr mot budgeterad intäkt. Prognosen är att detta hämtas ikapp utifrån att Bojen har flera placeringar nu i början på året mot vad de brukar ha.

Gruppboväderna avviker med -221tkr. Avvikelsen består av personalkostnader.

Budget Ack	Utfall Ack	Avvikelse Ack	Budget ÅR	Prognos ÅR
-1 246	-1 551	-305	-10 703	-10 703

Nedan presenteras utfall för respektive verksamhetsområde och löneart i tkr

Verksamhet	Utfall- löner till timanställda januari	Utfall- löner till timanställda februari	Utfall- Ersättning övertid tim och månadslön januari	Utfall- Ersättning övertid tim och månadslön februari
Hemtjänst	1 044	966	417	567
Särskilt boende	848	833	351	391
HSL	215	248	53	64
LSS	661	658	205	142
Total	2 768	2 705	1 026	1 092

Verksamhet	Utfall-Sjuklön januari	Utfall-Sjuklön februari
Hemtjänst	271	217
Särskilt boende	269	162
HSL	25	33
LSS	161	92
Total	726	504

Total avvikelse för hela nämnden mot budget avseende personalkostnader är -4 760tkr

Redovisning av hemtjänstens resultat per månad och ort

Hemtjänst

Redovisning av hemtjänstens resultat per månad och ort avseende:

- Leveranssäkerhet
- Debiteringsgrad (tom april)
- Resultat per fakturerad timme (enbart p-kostnad)

Uppgifter för arbetad tid saknas from maj

Leveranssäkerhet

Leveranssäkerhet är ett mått på måluppfyllelse mot enskild brukare alternativt en grupp brukare.

Beviljad tid SoL/Utfördtid SoL= Leveranssäkerhet i %

Källdata:

Beviljad tid **Pulsen**

Utförd tid **phoniro**

Debiteringsgrad

Debiteringsgrad är ett mått på relation mellan arbetad tid och fakturerad tid.

Arbetad tid/Utfördtid (SoL och Del HSL) = Debiteringsgrad i %

Källdata:

Arbetad tid Lönesystemet

Utförd tid phoniro

Resultat per fakturerad timme

Resultat per fakturerad timme är ett mått på efterlevda av KFs mål, ekonomi i balans inom hemtjänsten.

Total p-kostnad (exkl övrig kost)/utfördtid (fakturerad tid SoL/del HSL) – Ersättning per timme = resultat per timme + eller -

Källdata:

Total kostnad Raindanc

Utförd tid phoniro/ excel fil på G

Ersättning per timme nämndbeslut LOV hemtjänst

Resultat per fakturerad timme

Hög avvikelse på resultat per timme indikerar

Låg debiteringsgrad

Ineffektiv planerad debiteringsgrad

Stor andel övertidskostnad

Höga kostnader för olika frånvaro med lön

Hög kostnad för överbyggnad i relation till utförd tid

Bra värde per timme indikerar

Hög debiteringsgrad

Bra planerad debiteringsgrad

Lägre värde på ovanstående (övertid, frånvaro, överbyggnad)

Mindre restid inom orten (färre bilar)

Större volym som kan bära kostnad för överbyggnad

Hög densitet per brukare dvs högt genomsnittsbehov (biståndsbedömd)

Möjliga åtgärder för att sänka kostnaden/förbättra resultat per timme

schema översyn, p-tid mot brukar tid

genomgång av dagliguppföljning, effektivtets höjning

Sänka sjuktalen

Förbättrad planering, sänka kostnaden för överbyggnad

De som omfattas i denna statistik är:

- Avser alla personer 65 år eller äldre, som är beviljade daglig hemtjänst med två eller fler besök 7 dagar i veckan.
- Mätningen avser endast klockan 07.00-22.00 eller till den tid då nattpatrullen avlöser.
- Avser personal som kommer in i den äldres hem. Personer som t.ex. bara lämnar mat vid dörren räknas inte. Personal som utför insatsen tillsyn ska däremot inkluderas.

Parametrar i rapporten på per 14 dagars period

Kompanion, planerade kontinuitet

Medel= Medelvärde av planerad kontinuitet dvs

Median= Medianvärde av planeradkontinuitet dvs

Fler än 20 personer, andel (%)=

Antal brukare

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14 januari				
Enhet	Planerad kontinuitet			Antal brukare Kompanion
	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	
Alunda	20	20	50	32
Gimo	18	18	29	42
Österbybruk	24	25	70	56
Öregrund	18	18	27	45
Östhammar S	20	18	44	48
Östhammar N	12	13	0	38

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
20	20	57	30
18	18	31	39
25	25	73	51
18	17	28	39
20	18	41	41
13	13	0	39

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28 januari				
Enhet	Planerad kontinuitet			Antal brukare Kompanion
	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	
Alunda	20	20	47	32
Gimo	18	17	29	42
Österbybruk	23	24	64	56
Öregrund	17	17	17	47
Östhammar S	17	17	28	46
Östhammar N	13	11	5	43

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
20	22	58	26
18	17	27	41
23	24	66	50
17	18	23	43
18	18	34	41
14	13	5	38

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 31 januari				
Enhet	Planerad kontinuitet			Antal brukare Kompanion
	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	
Alunda	29	30	77	31
Gimo	36	25	87	38
Österbybruk	34	36	94	52
Öregrund	26	27	76	41
Östhammar S	26	26	81	43
Östhammar N	18	18	33	36

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14				
Enhet	Planerad kontinuitet			
	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	19	20	47	30
Gimo	17	16	22	45
Österbybruk	22	23	63	54
Öregrund	17	17	24	55
Östhammar S	15	14	19	48
Östhammar N	11	11	0	44

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
20	21	50	28
17	18	29	42
23	24	63	52
18	19	35	46
16	15	21	42
13	12	5	41

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28				
Enhet	Planerad kontinuitet			
	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	19	20	47	30
Gimo	17	17	33	45
Österbybruk	22	23	61	56
Öregrund	17	18	27	51
Östhammar S	14	13	12	50
Östhammar N	12	12	0	45

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare
21	22	56	27
18	17	33	43
23	24	65	49
17	17	26	46
15	14	13	48
14	13	2	41

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 29				
Enhet	Planerad kontinuitet			
	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda	27	28	73	26
Gimo	24	25	64	44
Österbybruk	31	32	87	52
Öregrund	25	26	73	52
Östhammar S	21	20	43	44
Östhammar N	18	17	17	42

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14

Enhet	Planerad kontinuitet			
	Medel	Median	personer,	Antal brukare
Alunda				
Gimo				
Österbybruk				
Öregrund				
Östhammar S				
Östhammar N				

Enhet	Utförd kontinuitet			
	Medel	Median	personer,	Antal brukare
Alunda				
Gimo				
Österbybruk				
Öregrund				
Östhammar S				
Östhammar N				

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28

Enhet	Planerad kontinuitet			
	Medel	Median	personer,	Antal brukare
Alunda				
Gimo				
Österbybruk				
Öregrund				
Östhammar S				
Östhammar N				

Enhet	Utförd kontinuitet			
	Medel	Median	personer,	Antal brukare
Alunda				
Gimo				
Österbybruk				
Öregrund				
Östhammar S				
Östhammar N				

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 31

Enhet	Planerad kontinuitet			
	Medel	Median	personer,	Antal brukare
Alunda				
Gimo				
Österbybruk				
Öregrund				
Östhammar S				
Östhammar N				

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14

Enhet	Planerad kontinuitet			
	Medel	Median	personer,	Antal brukare
Alunda				
Gimo				
Österbybruk				
Öregrund				
Östhammar S				
Östhammar N				

Enhet	Utförd kontinuitet			
	Medel	Median	personer,	Antal brukare
Alunda				
Gimo				
Österbybruk				
Öregrund				
Östhammar S				
Östhammar N				

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28

Enhet	Planerad kontinuitet			
	Medel	Median	personer,	Antal brukare
Alunda				
Gimo				
Österbybruk				
Öregrund				
Östhammar S				
Östhammar N				

Enhet	Utförd kontinuitet			
	Medel	Median	personer,	Antal brukare
Alunda				
Gimo				
Österbybruk				
Öregrund				
Östhammar S				
Östhammar N				

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 31

Enhet	Planerad kontinuitet			
	Medel	Median	personer,	Antal brukare
Alunda				
Gimo				
Österbybruk				
Öregrund				
Östhammar S				
Östhammar N				

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 14				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda				
Gimo				
Österbybruk				
Öregrund				
Östhammar S				
Östhammar N				

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare

Personalkontinuitet Mätperiod 15- 28				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda				
Gimo				
Österbybruk				
Öregrund				
Östhammar S				
Östhammar N				

Utförd kontinuitet			
Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare

Personalkontinuitet Mätperiod 1- 31				
Planerad kontinuitet				
Enhet	Medel	Median	Fler än 20 personer, andel (%)	Antal brukare Kompanion
Alunda				
Gimo				
Österbybruk				
Öregrund				
Östhammar S				
Östhammar N				

Sjukstatistik jan -23 till jan -24

Månadsuppföljning VON



Bra att veta om sjukstatistik

- Säsongsberoende
- Könsskillnader
- Sjukfrånvaro för enheter med få medarbetare ska hanteras och tolkas försiktigt
- Tendenser *över tid*

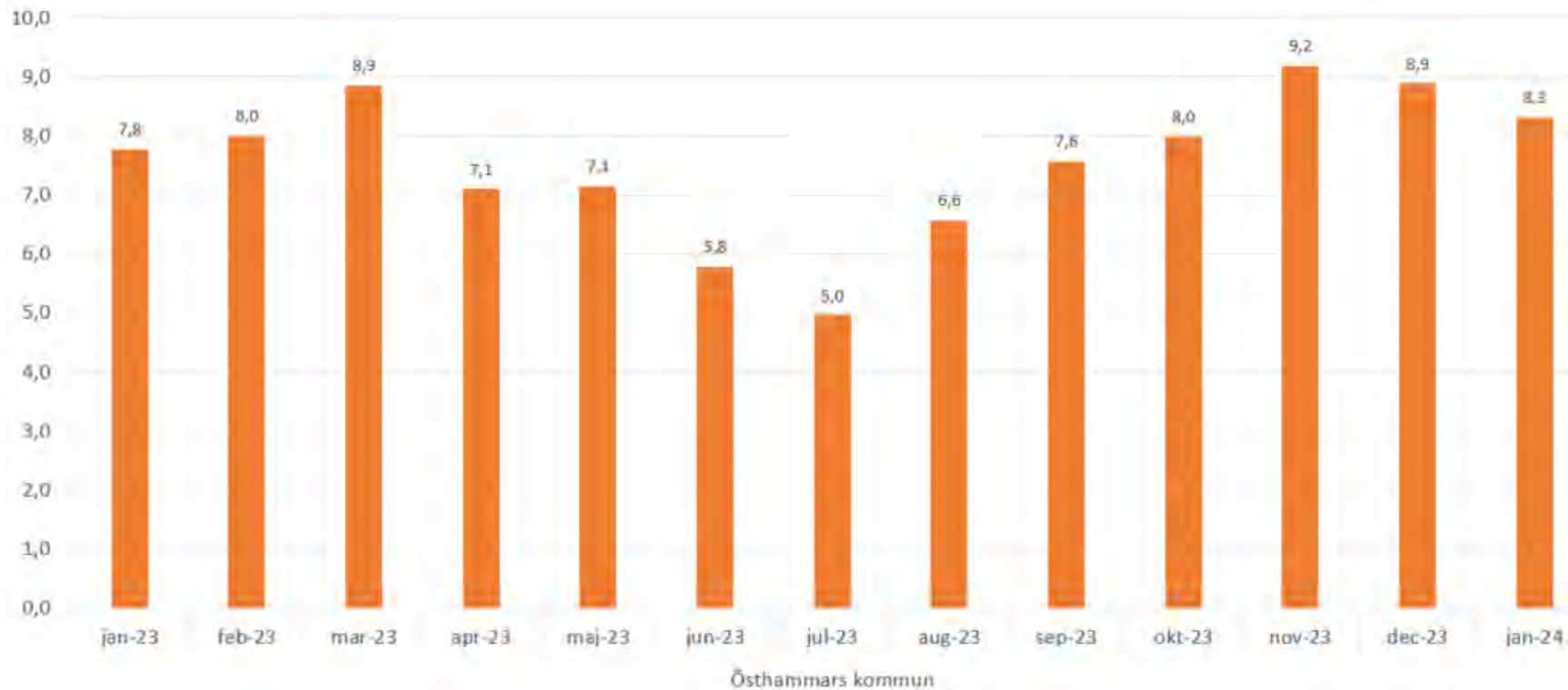
Medelvärdet är för 12 mån
Februari -23 – januari -24

Östhammars kommun

Sjukfrånvaro totalt %

Medelvärde sjuk total:

7,5 %



Sektor Omsorg/Omsorgskontoret

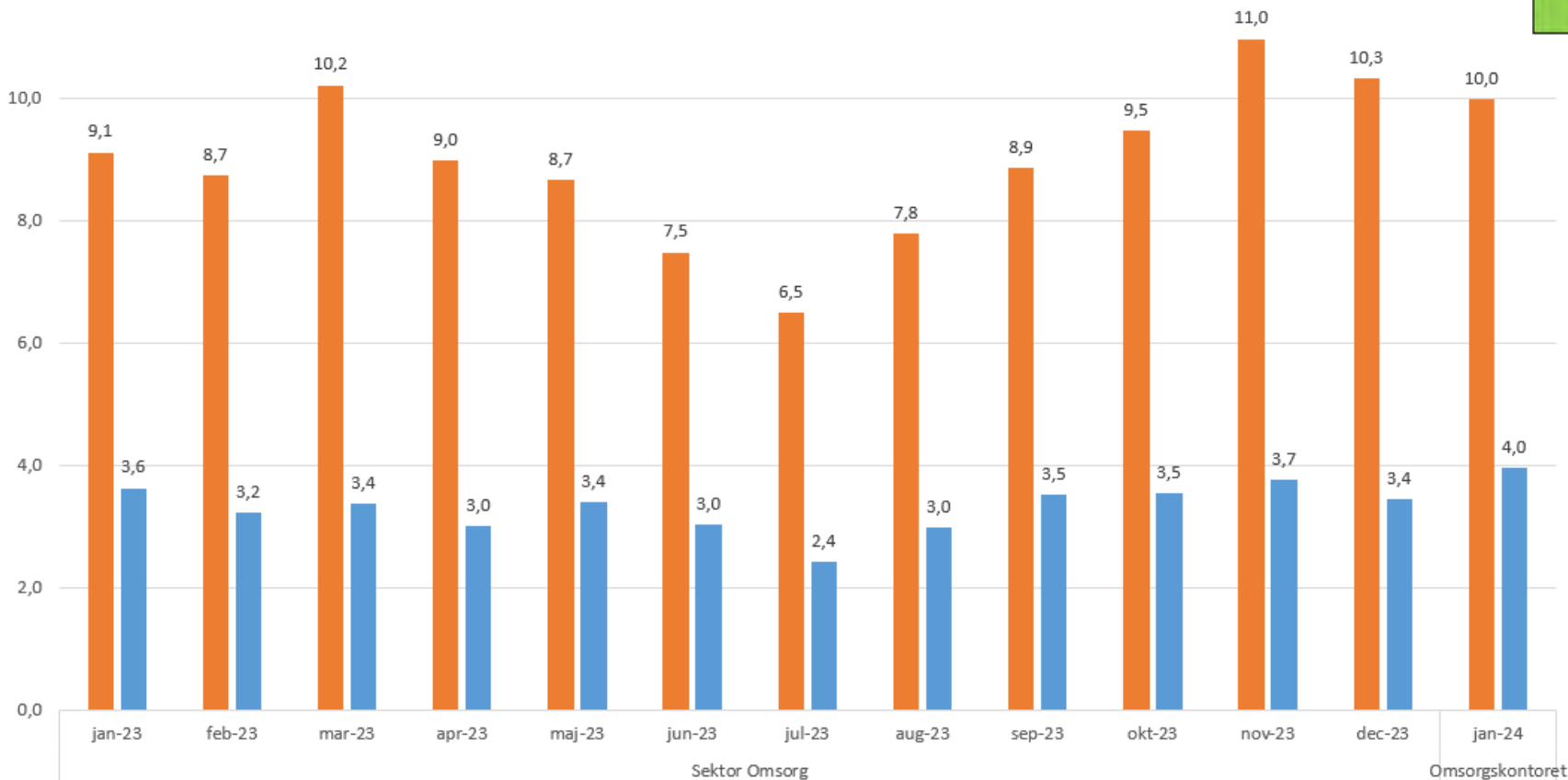
Medelvärde sjuk total:

9,0 %

Medelvärde sjuk lång:

3,3 %

12,0 Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %



Produktion Äldre

Hemtjänst och Säbo

Hemtjänst

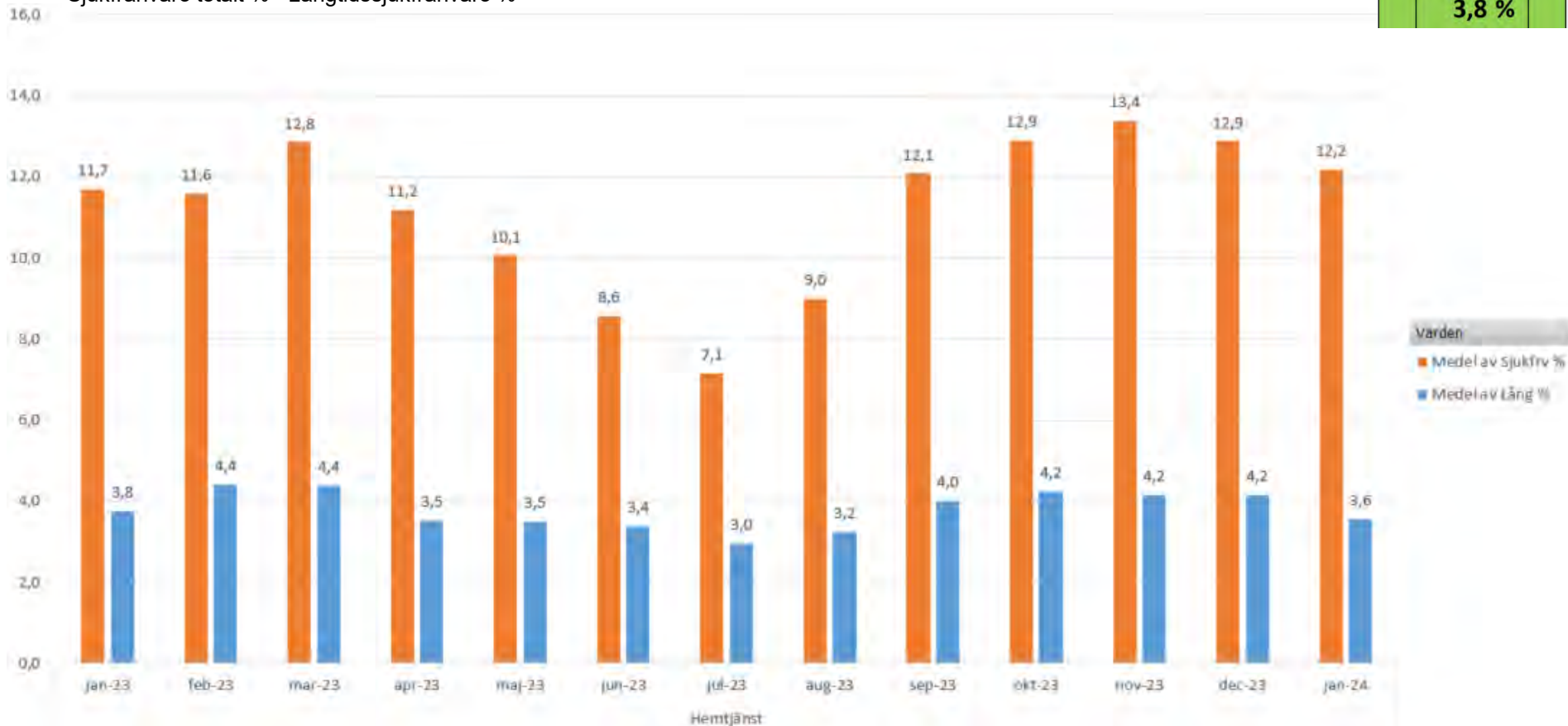
Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total:

11,1 %

Medelvärde sjuk lång:

3,8 %



Medelvärde sjuk total:

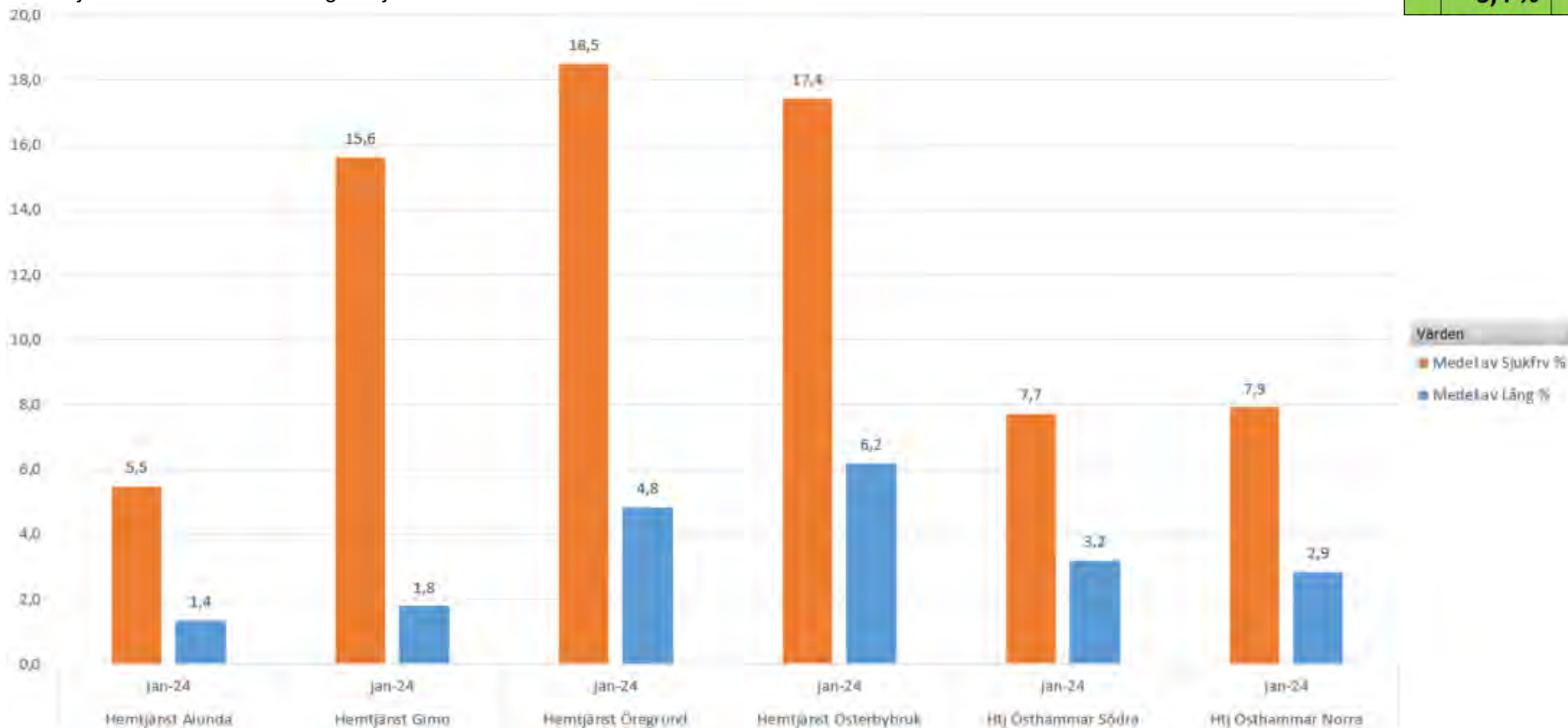
12,1 %

Medelvärde sjuk lång:

3,4 %

Hemtjänst januari 2024

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %



Medelvärde sjuk total:

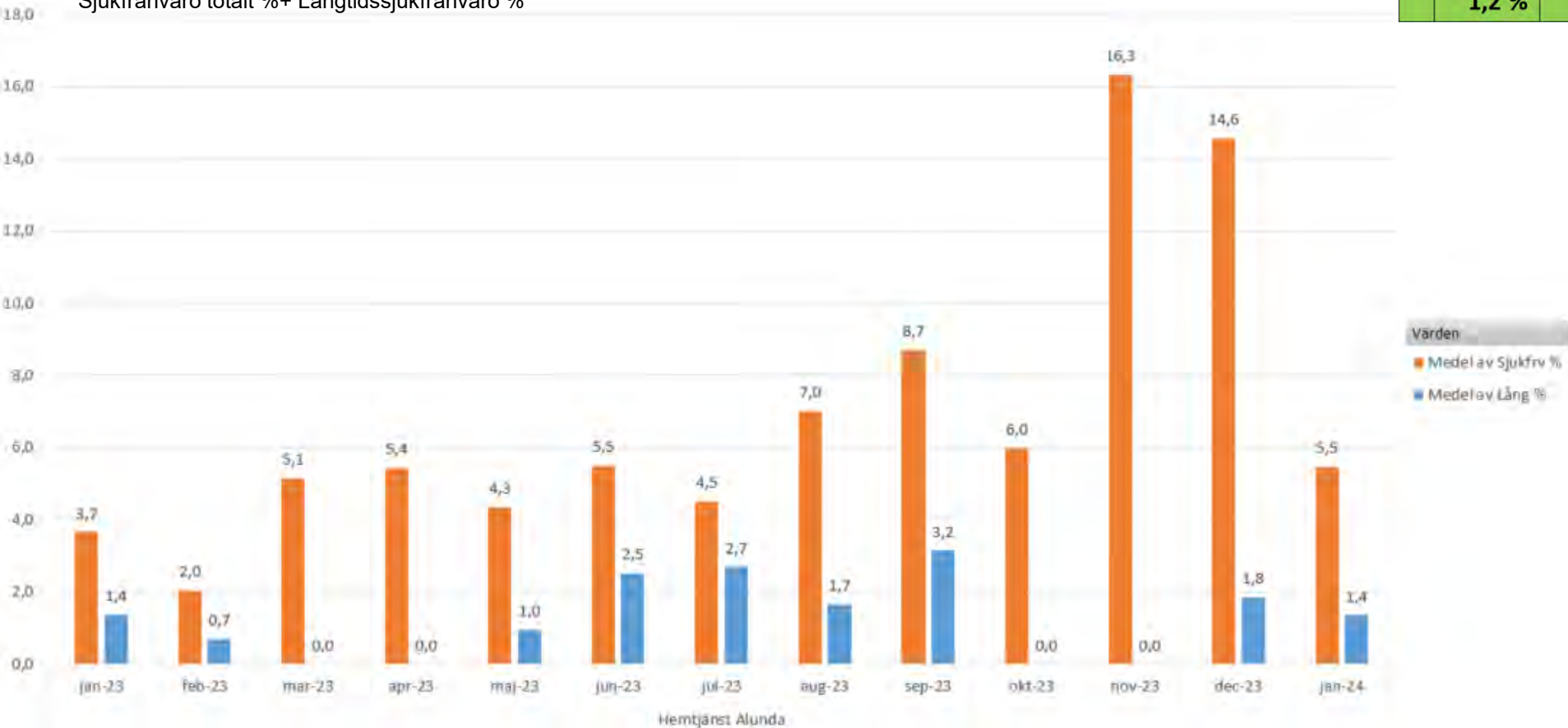
7,1 %

Medelvärde sjuk läng:

1,2 %

Hemtjänst Alunda

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %



Hemtjänst Gimo

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total:

13,0 %

Medelvärde sjuk lång:

4,1 %

25,0

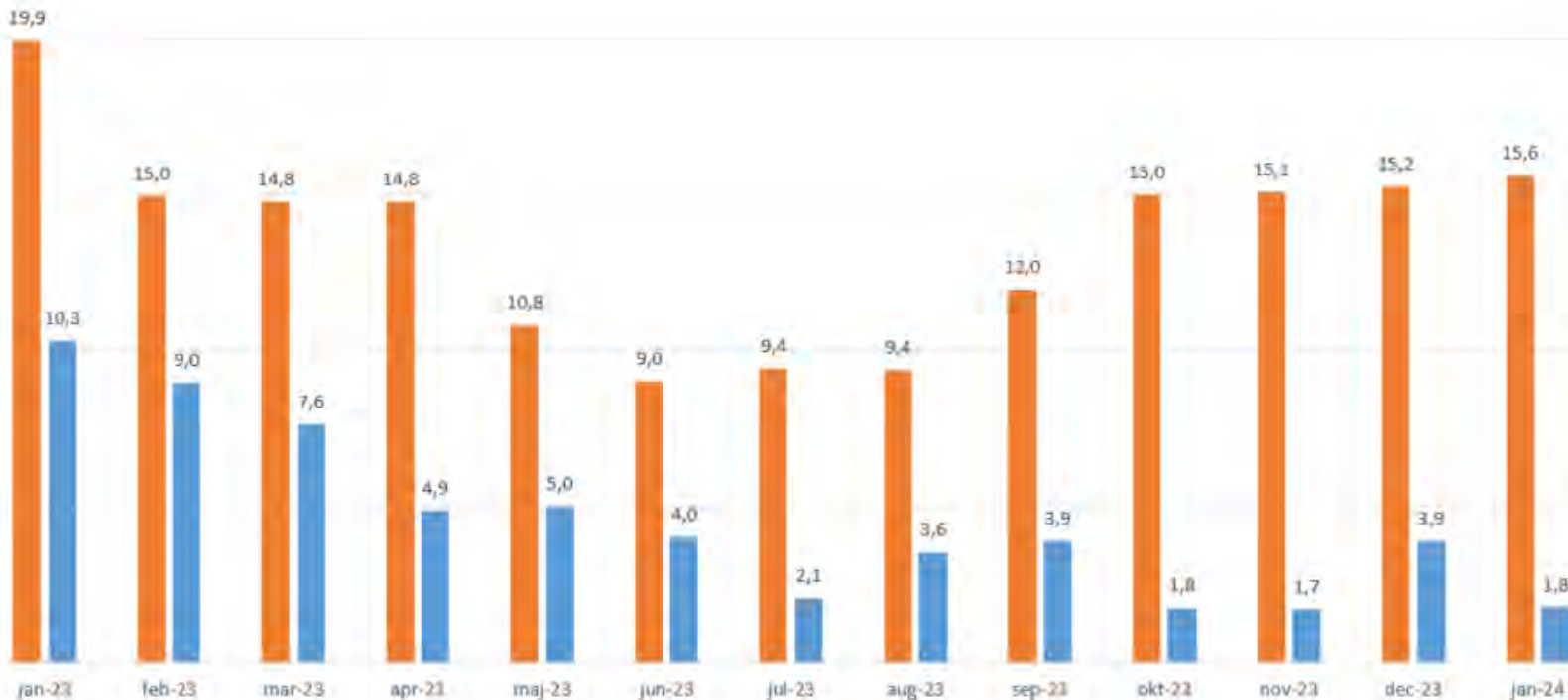
20,0

15,0

10,0

5,0

0,0



Värden

Medel av Sjukfrv %

Medel av Lång %

Hemtjänst Öregrund

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total:

13,1 %

Medelvärde sjuk lång:

3,6 %

20,0

18,0

16,0

14,0

12,0

10,0

8,0

6,0

4,0

2,0

0,0

jan-23

feb-23

mar-23

apr-23

maj-23

jun-23

jul-23

aug-23

sep-23

okt-23

nov-23

dec-23

jan-24

Hemtjänst Öregrund

Värden

Medel av Sjukfrv %

Medel av Lång %

14,3

4,2

13,2

6,1

13,5

4,6

10,0

2,8

10,2

2,7

8,8

1,7

8,3

2,5

6,6

2,3

14,7

2,1

18,6

4,0

15,5

5,1

18,7

4,0

18,5

4,8

Medelvärde sjuk total:

16,8 %

Medelvärde sjuk lång:

7,1 %

Hemtjänst Österbybruk

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

25,0

20,0

15,0

10,0

5,0

0,0

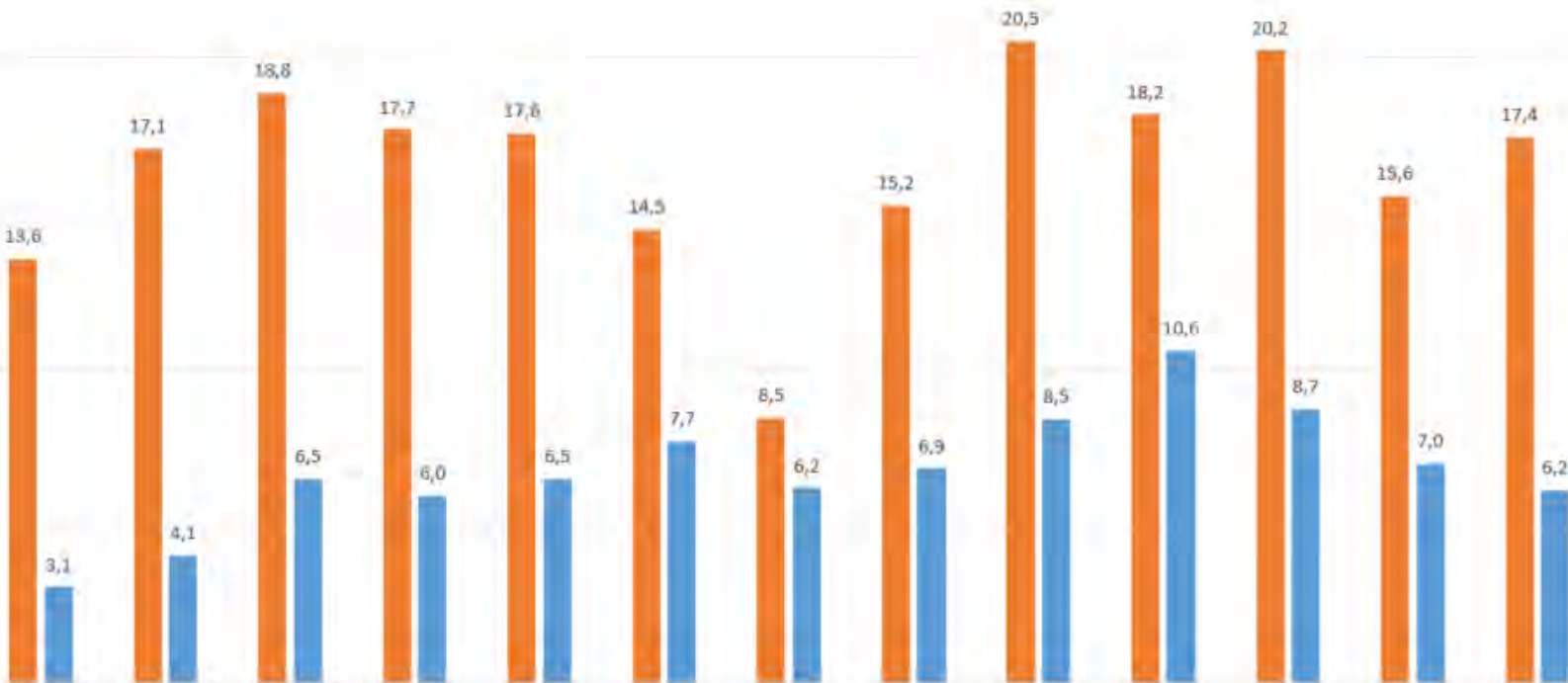
jan-23 feb-23 mar-23 apr-23 maj-23 jun-23 jul-23 aug-23 sep-23 okt-23 nov-23 dec-23 jan-24

Hemtjänst Österbybruk

Värden

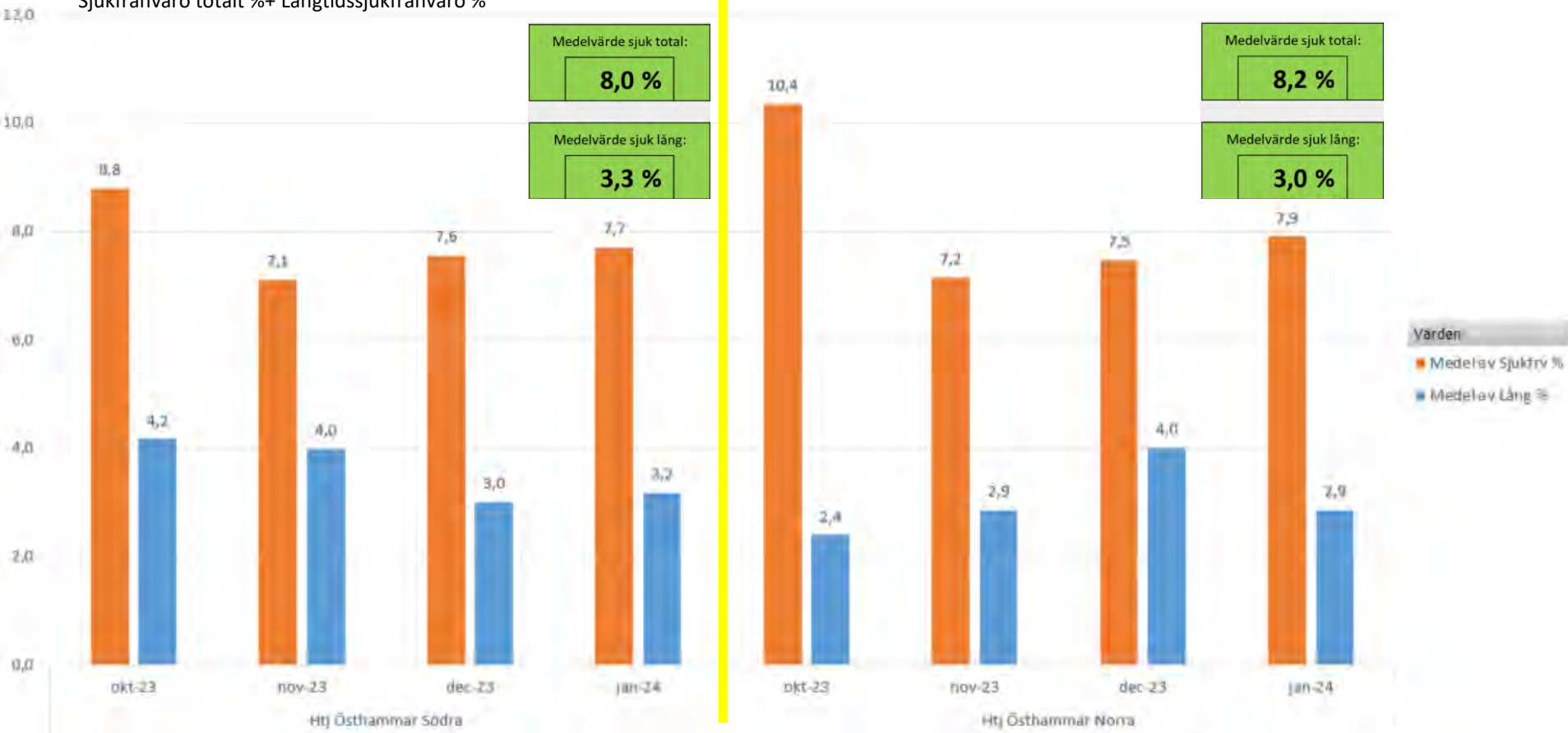
Medelvärde Sjukfriv %

Medelvärde Lång %



Hemtjänst Östhammar

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %



Säbo

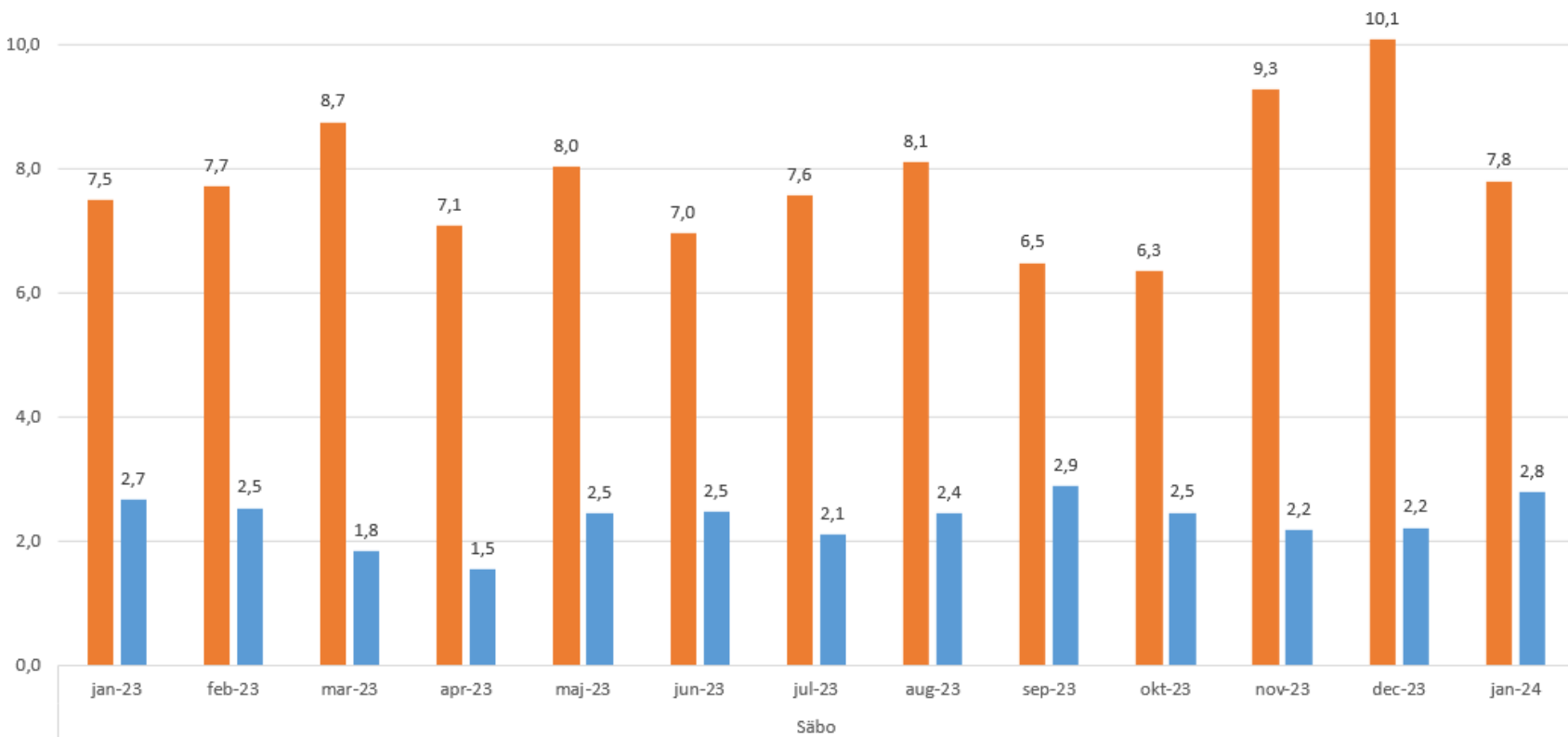
Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total:

7,8 %

Medelvärde sjuk lång:

2,3 %



Säbo januari 2024

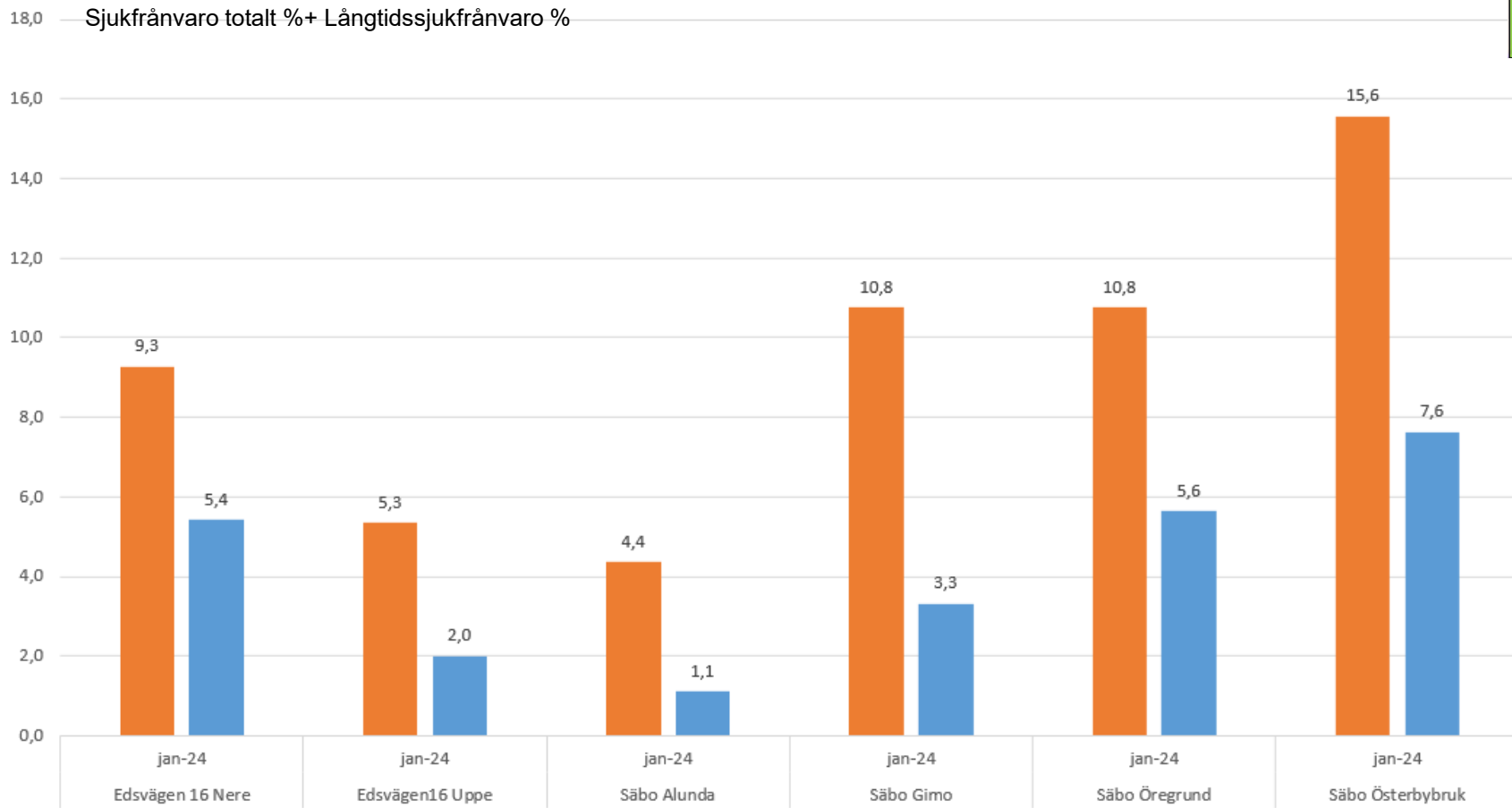
Medelvärde sjuk total:

9,3 %

Medelvärde sjuk lång:

4,2 %

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %



Värden

Medel av Sjukfrv %

Medel av Lång %

Säbo Alunda

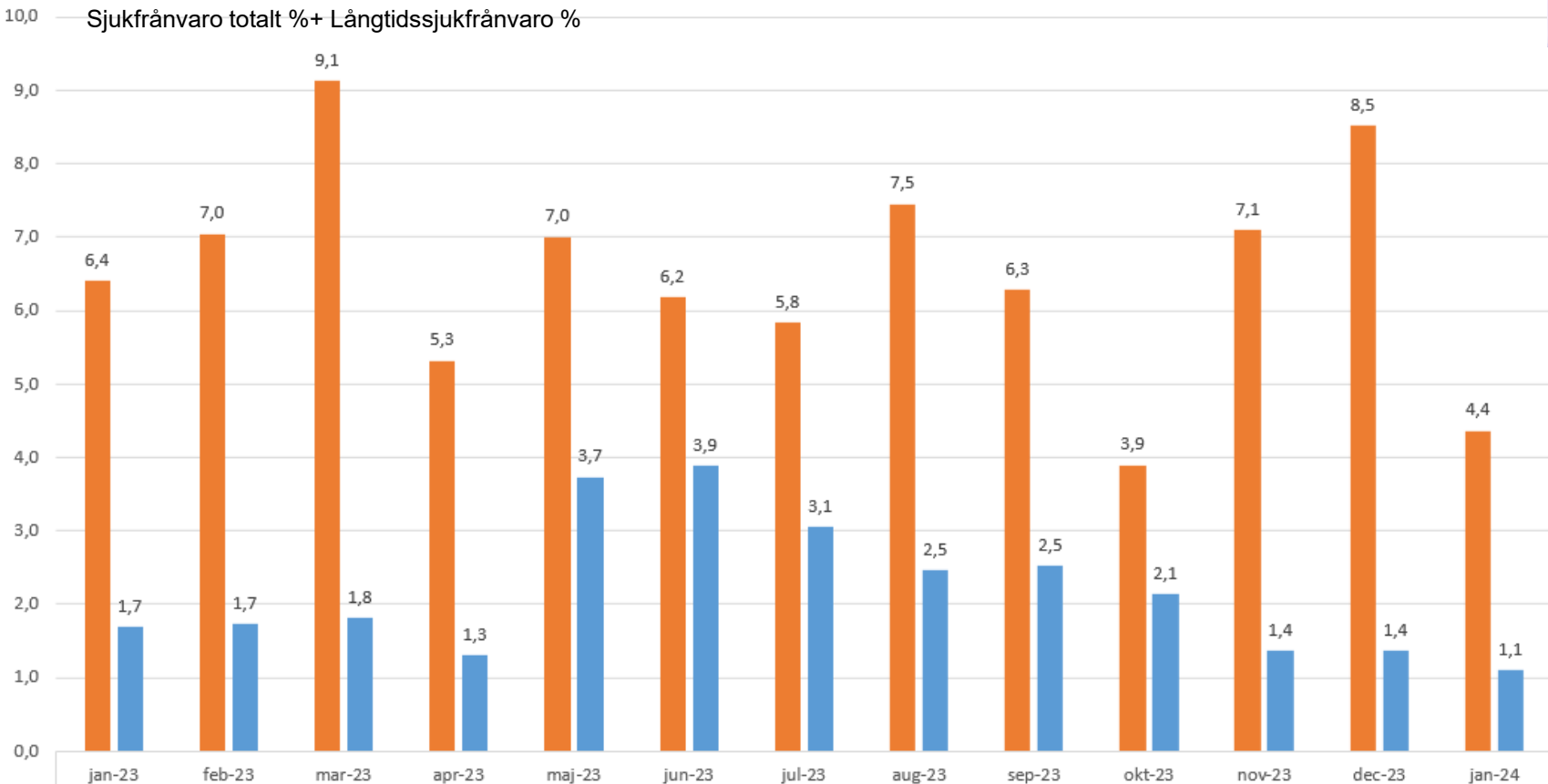
Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total:

6,5 %

Medelvärde sjuk lång:

2,2 %



Värden

Medel av Sjukfrv %

Medel av Lång %

Säbo Gimo

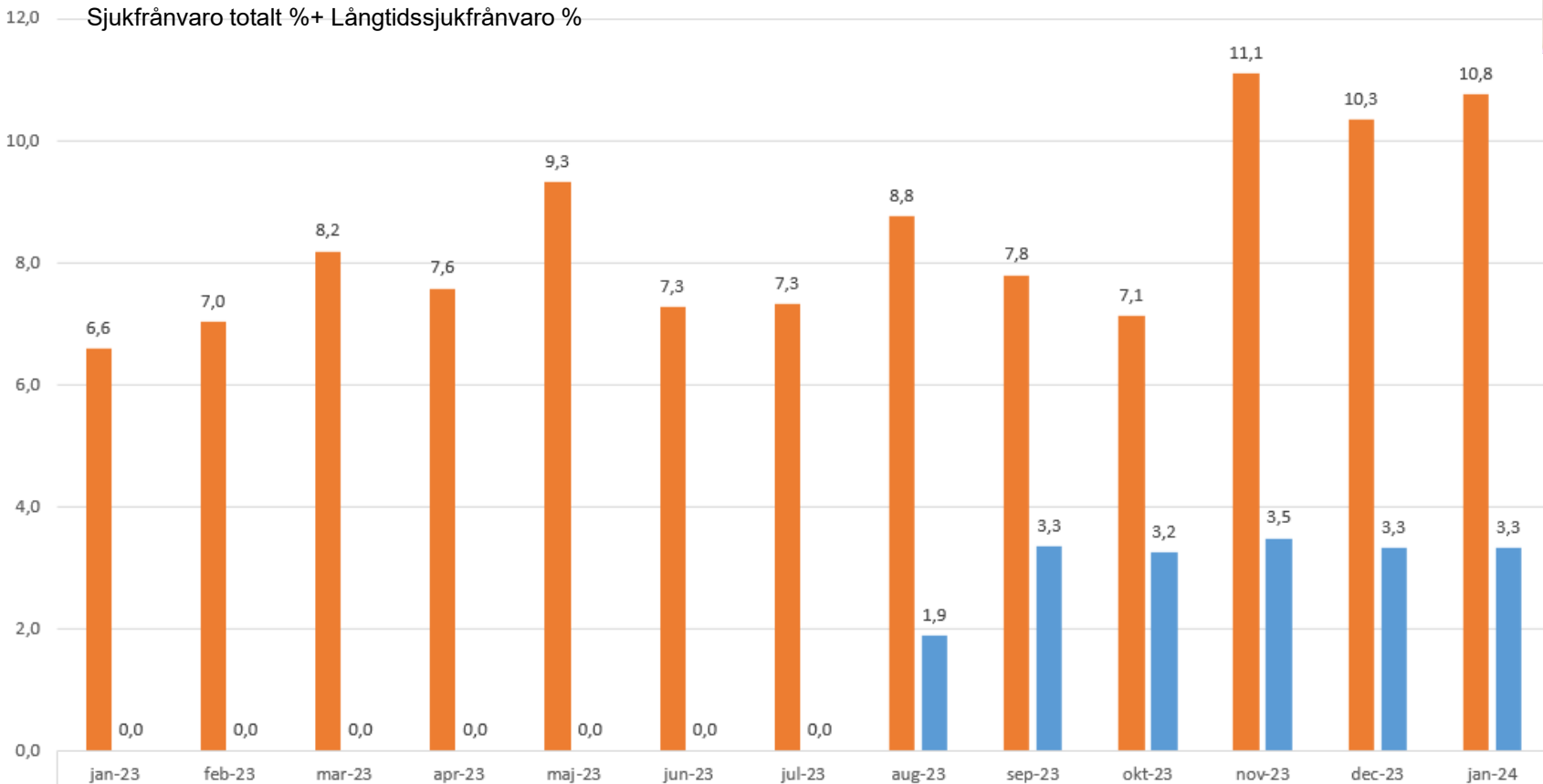
Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total:

8,5 %

Medelvärde sjuk lång:

1,6 %



Säbo Gimo

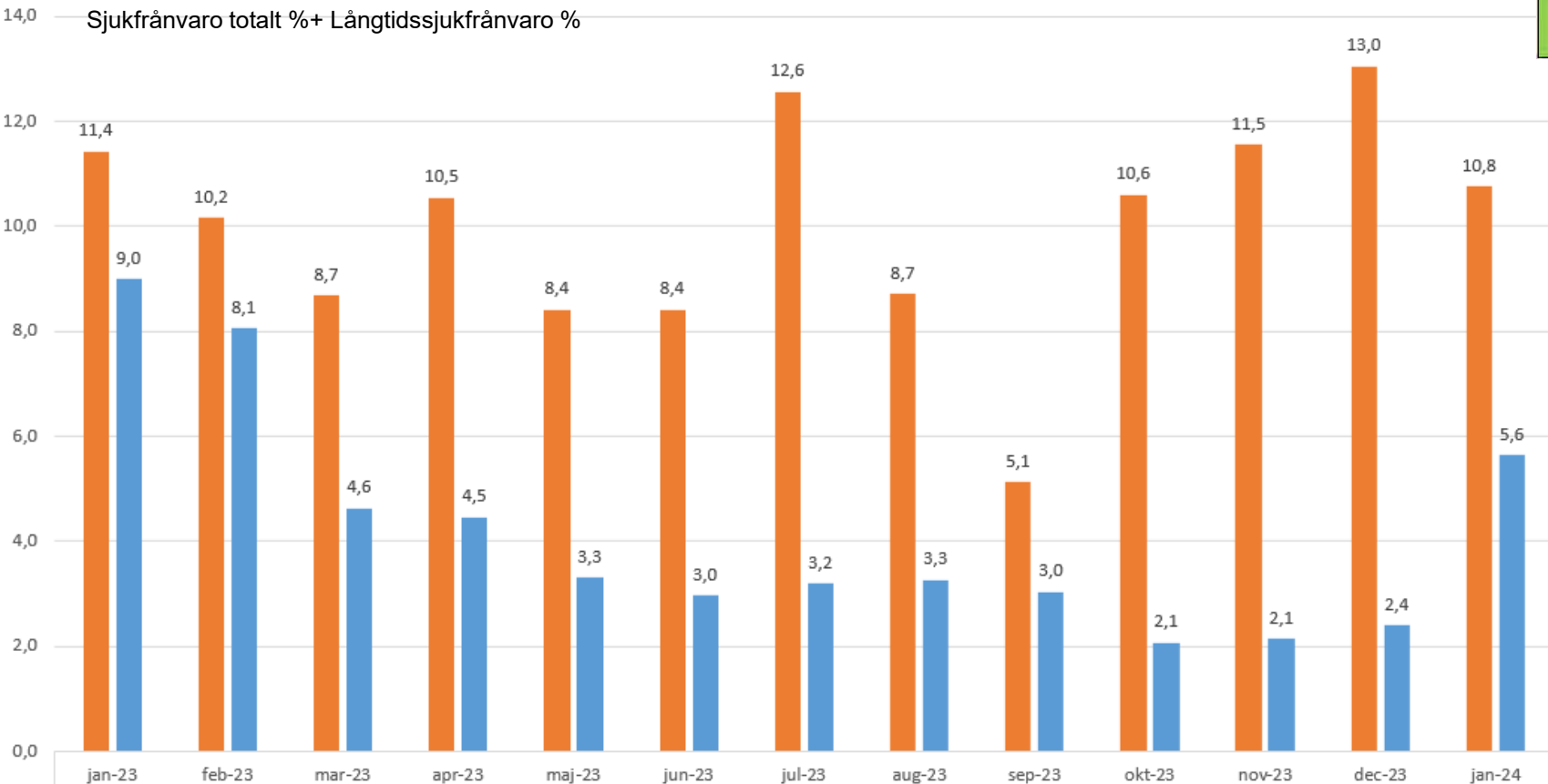
Värden

Medel av Sjukfrv %

Medel av Lång %

Säbo Öregrund

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %



Medelvärde sjuk totalt:

9,9 %

Medelvärde sjuk lång:

3,8 %

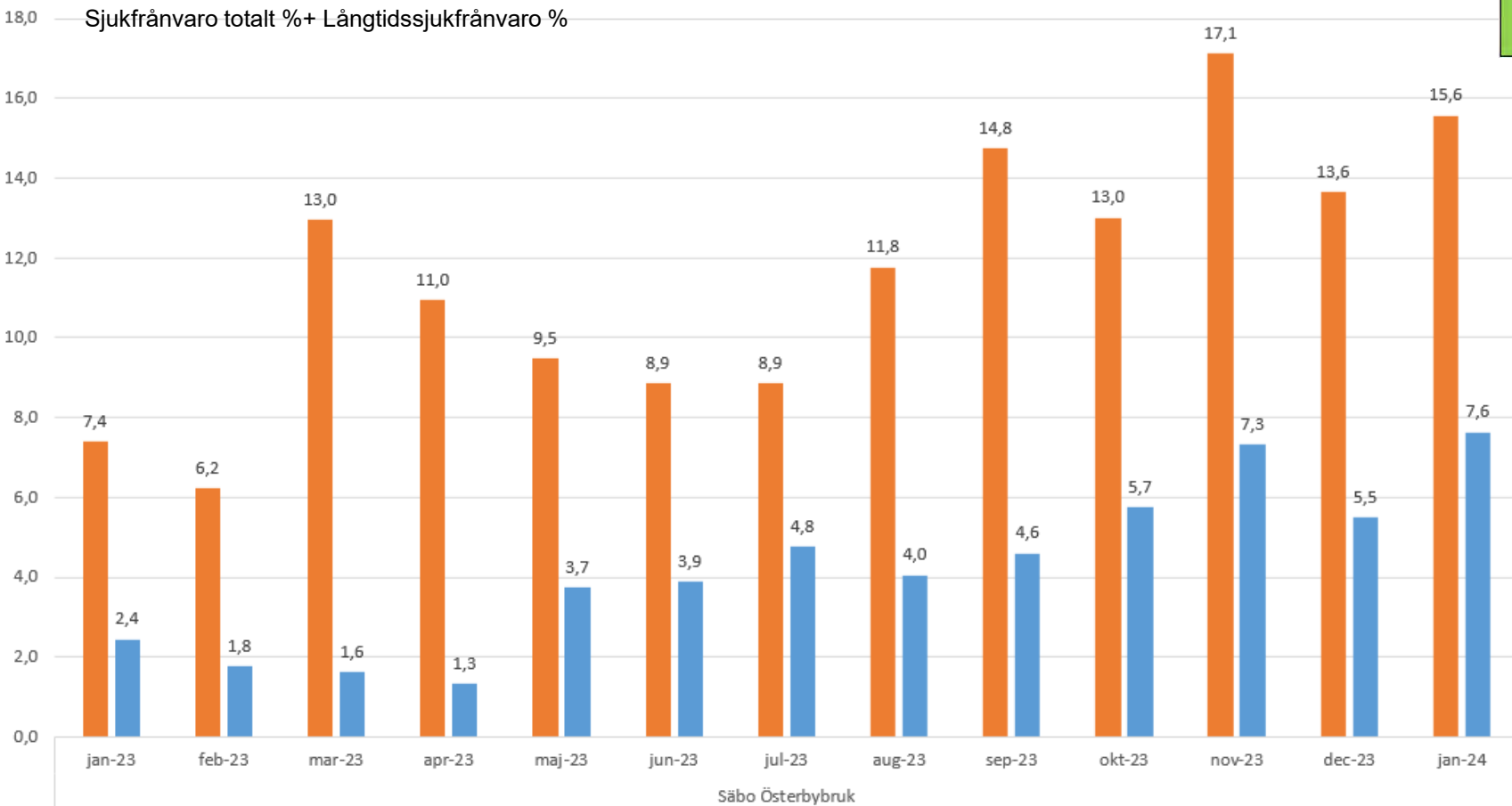
Värden

Medel av Sjukfrv %

Medel av Lång %

Säbo Österbybruk

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %



Medelvärde sjuk total:

11,9 %

Medelvärde sjuk lång:

4,3 %

Värden

Medel av Sjukfrv %

Medel av Lång %

Säbo Östhammar, Edsvägen 16 Nere

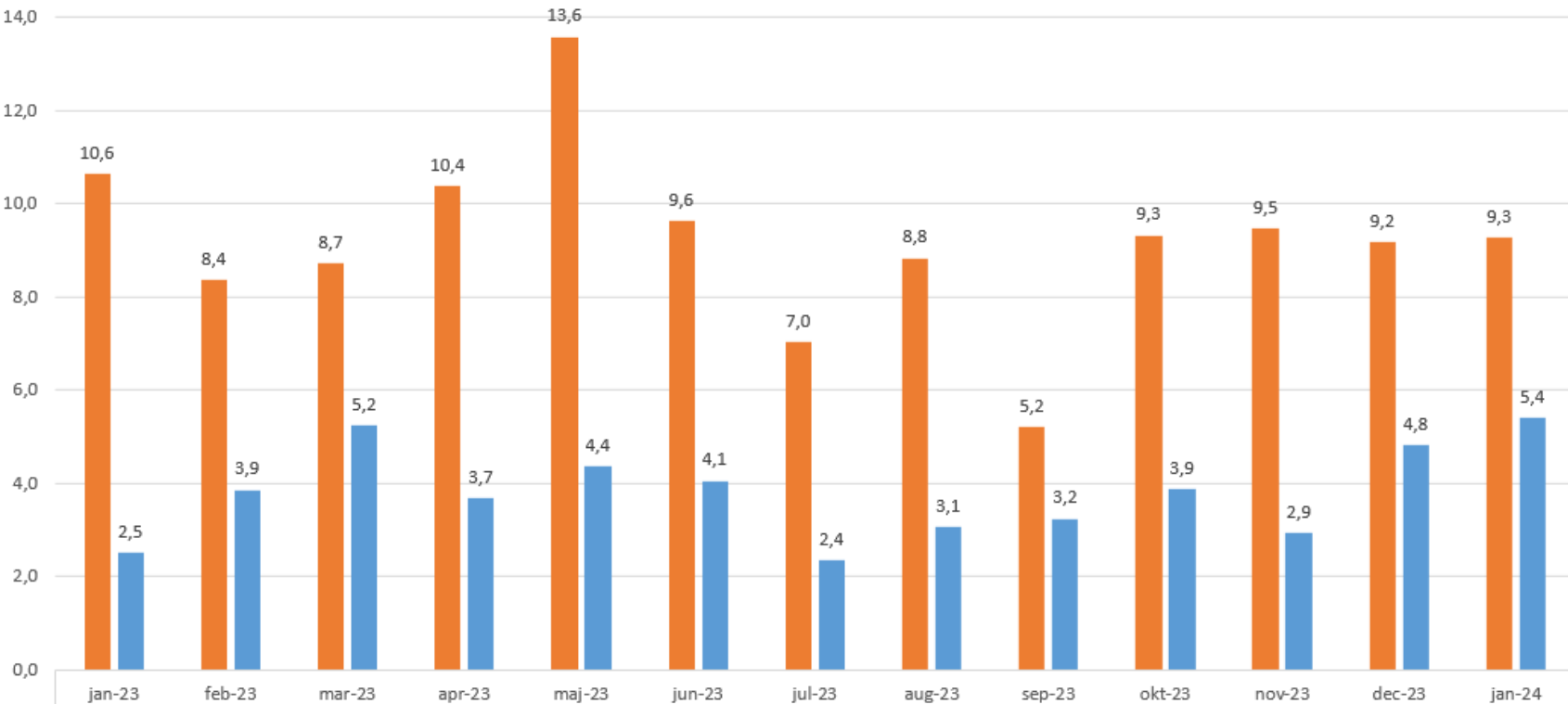
Medelvärde sjuk total:

9,1 %

Medelvärde sjuk lång:

3,9 %

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %



Edsvägen 16 Nere

Värden

Medel av Sjukfrv %

Medel av Lång %

Säbo Östhammar, Edsvägen 16 Uppe

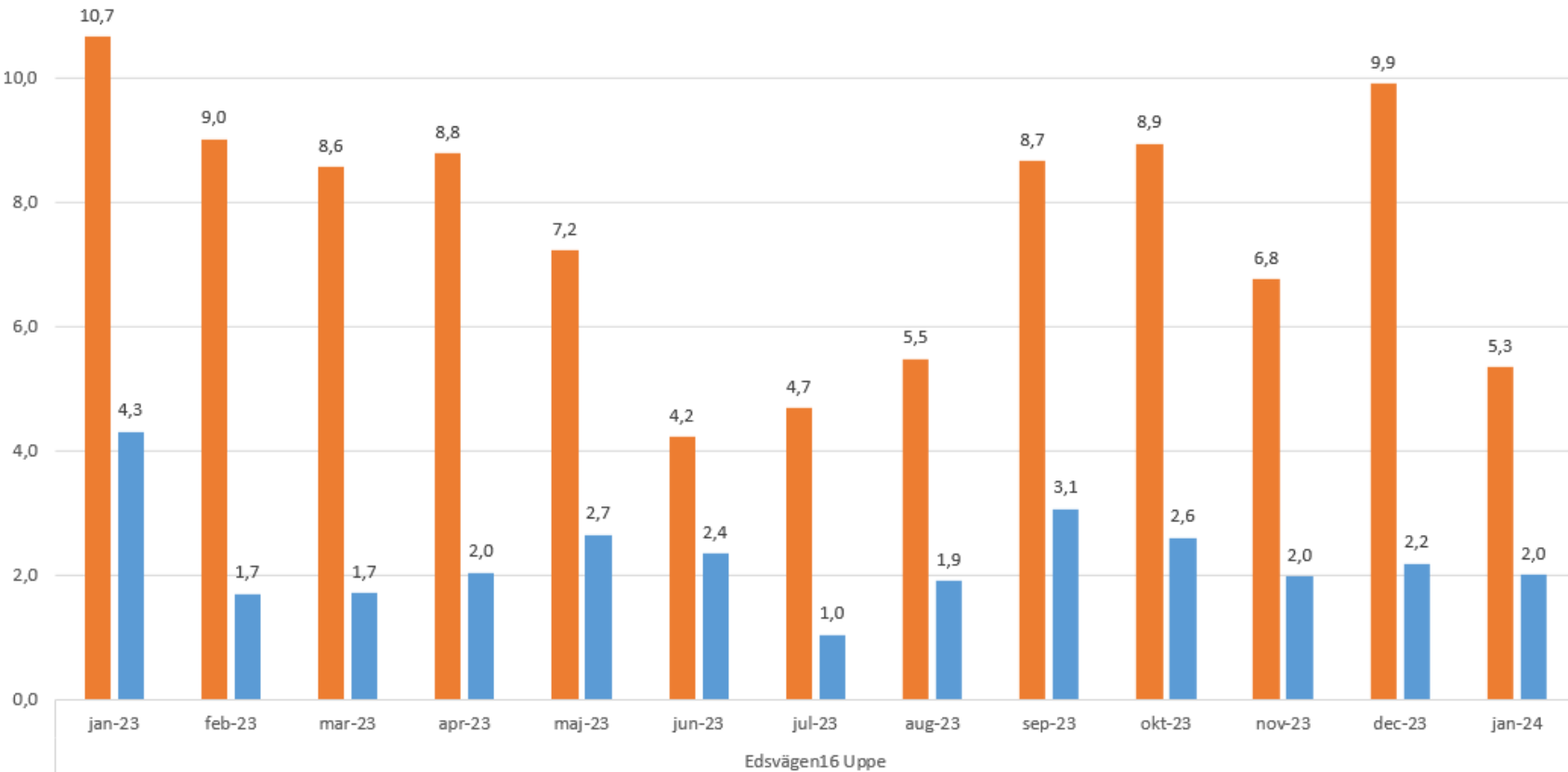
Medelvärde sjuk total:

7,3 %

Medelvärde sjuk lång:

2,1 %

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %



Nattorganisationen

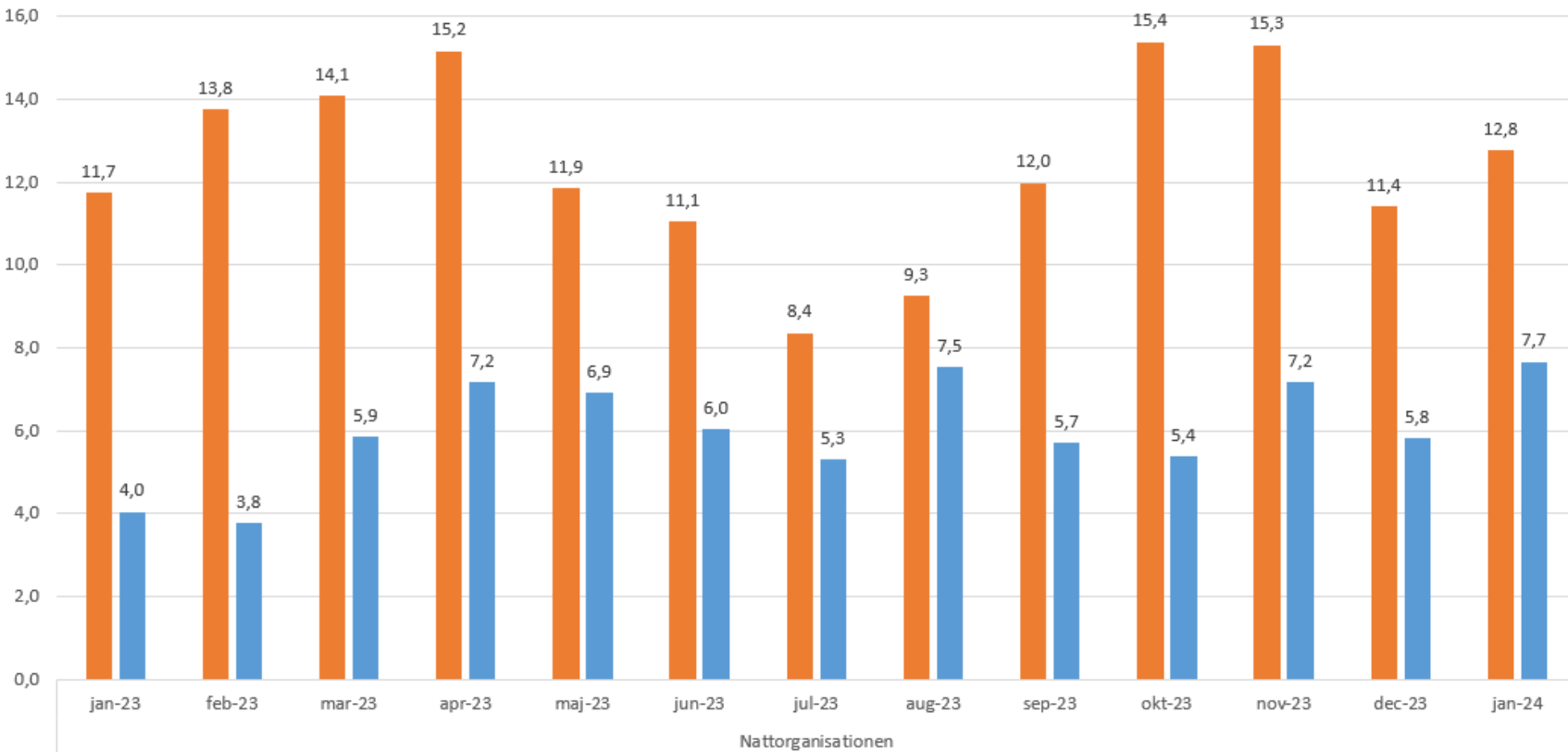
Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total:

12,5 %

Medelvärde sjuk lång:

6,2 %



Produktion HSL/LSS

HSL/LSS

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total:

8,5 %

Medelvärde sjuk lång:

3,7 %

12,0

10,0

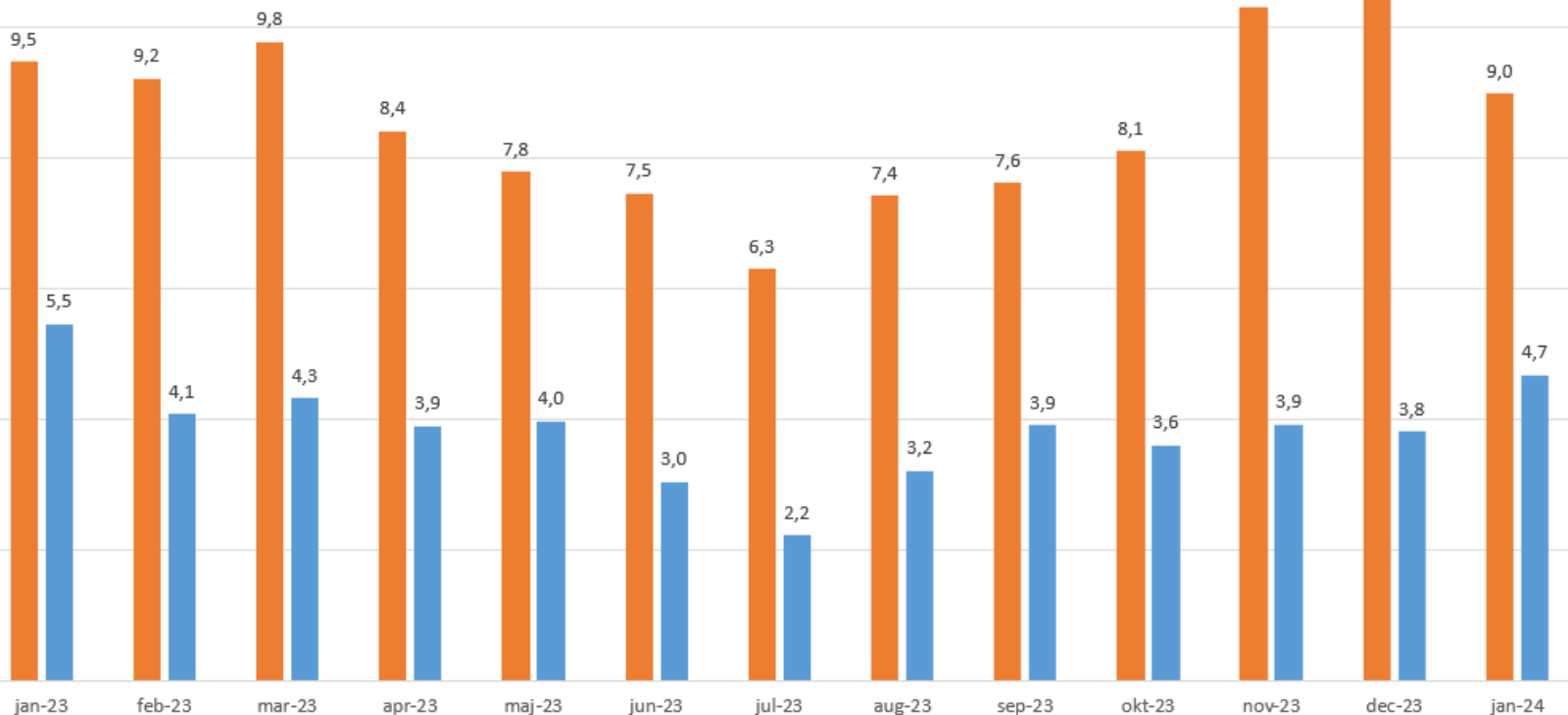
8,0

6,0

4,0

2,0

0,0



Värden

Medel av Sjukfrv %

Medel av Lång %

Produktion HSL/LSS

Gruppbestäder

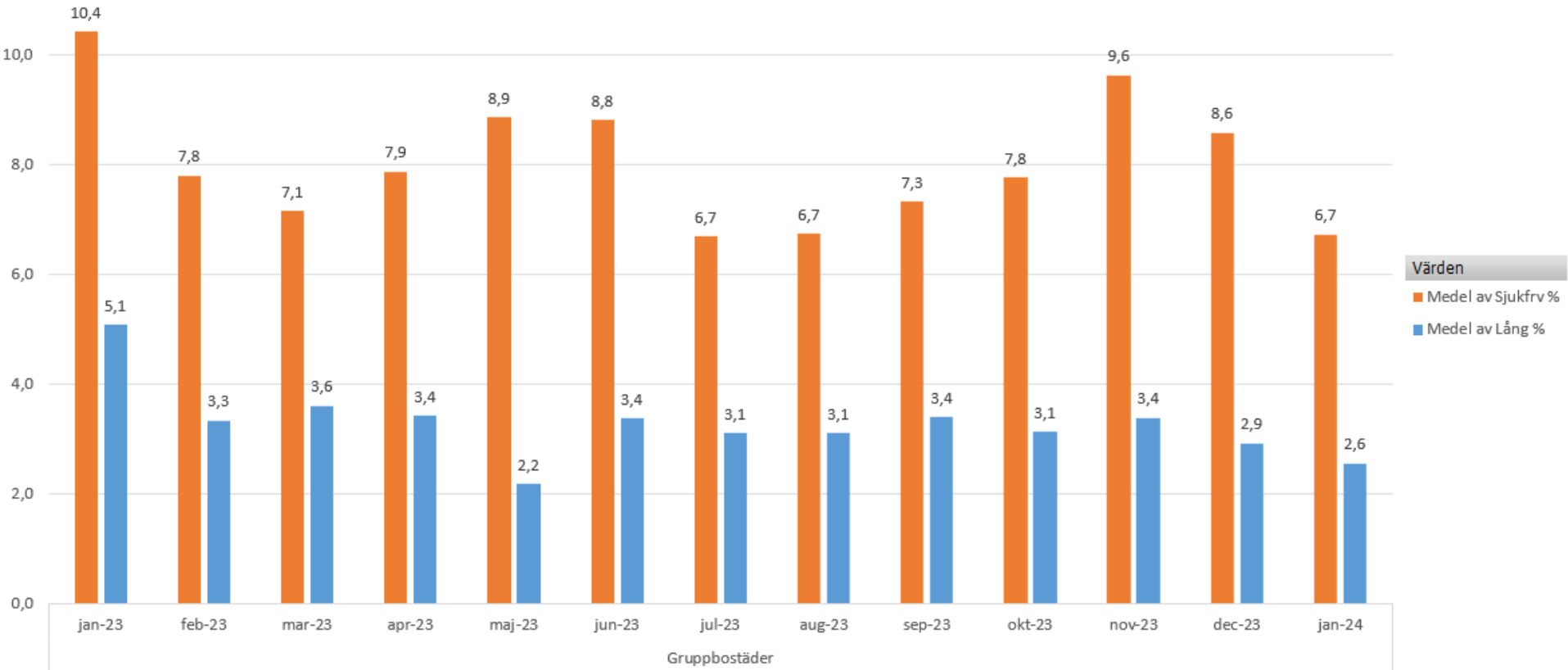
Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total:

7,8 %

Medelvärde sjuk lång:

3,1 %



Servicebostäder

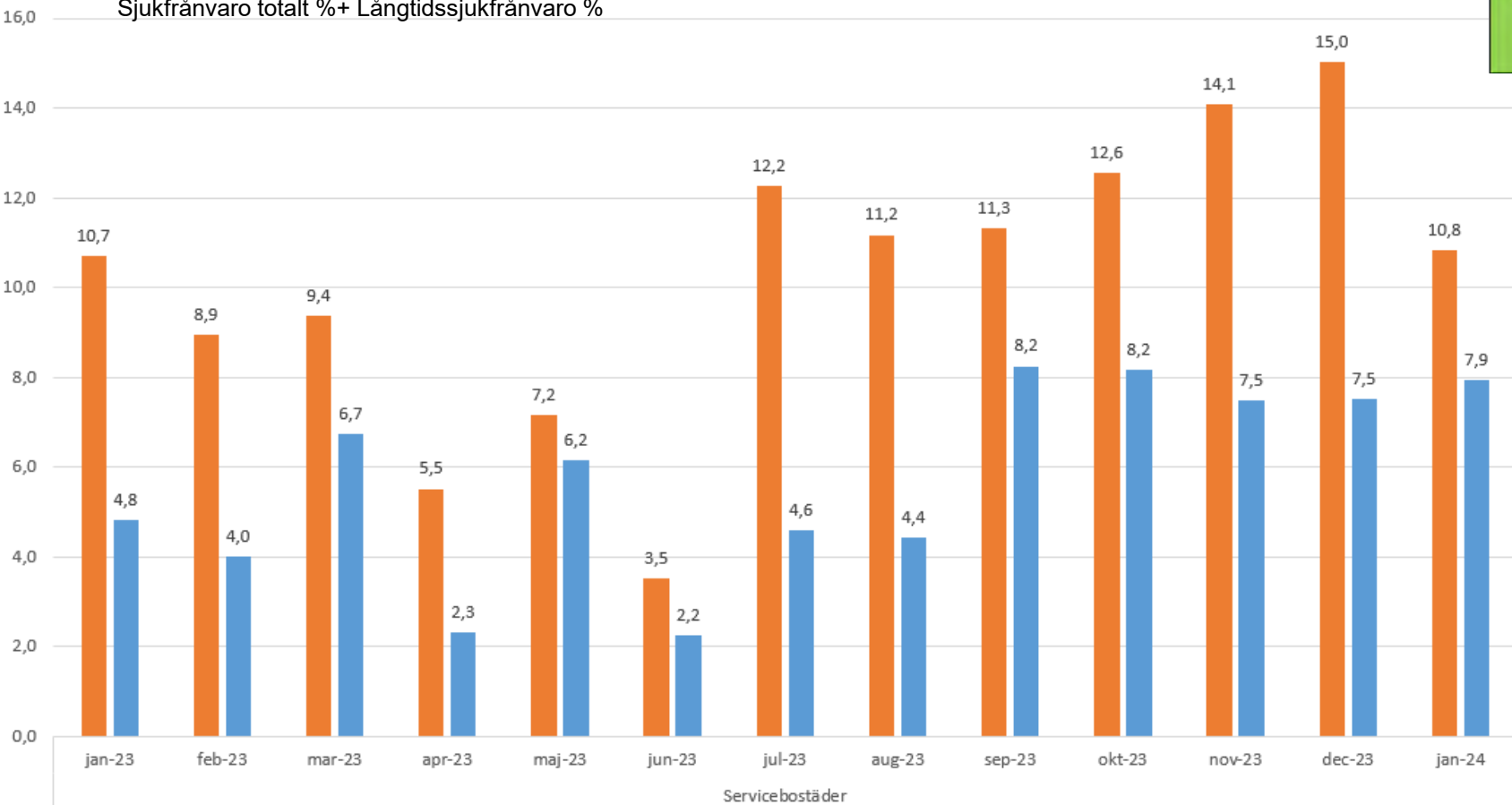
Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total:

10,1 %

Medelvärde sjuk lång:

5,8 %



Värden

Medel av Sjukfrv %

Medel av Lång %

SSK Västra

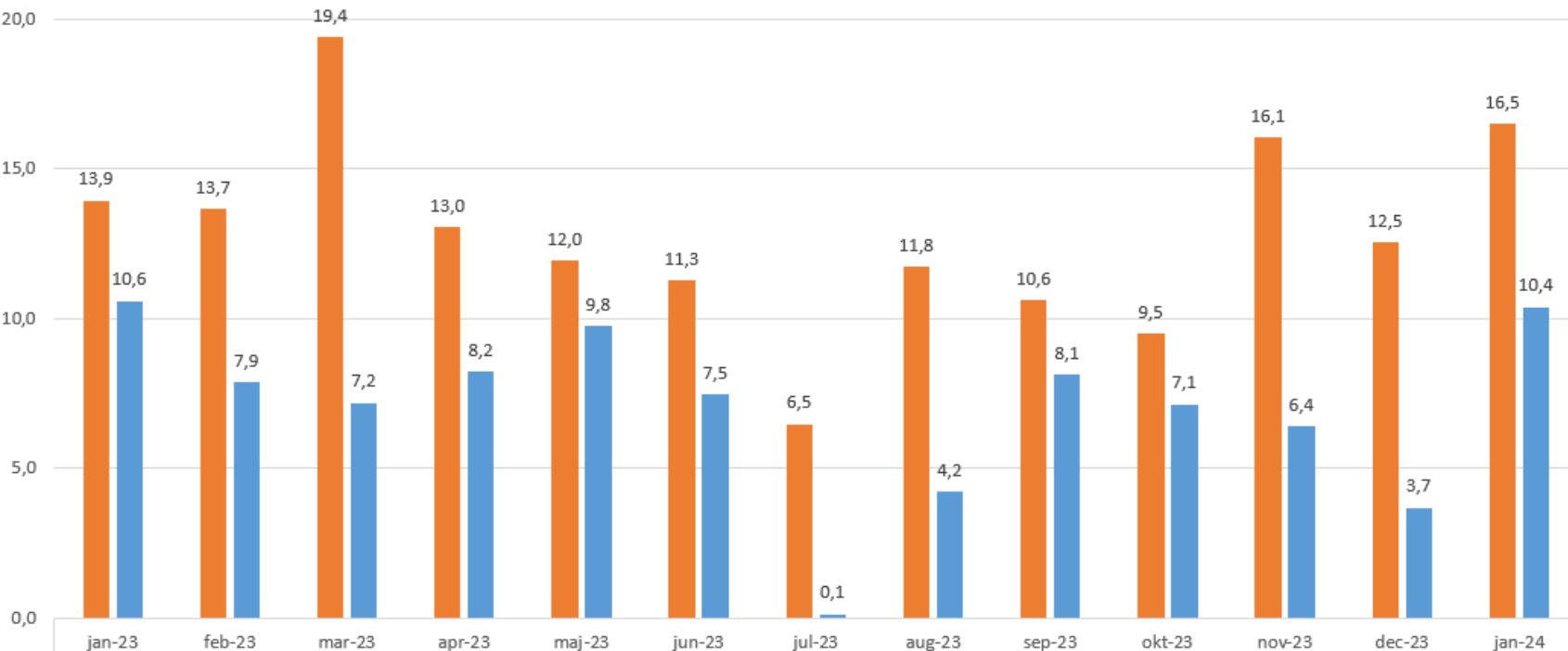
Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total:

12,7 %

Medelvärde sjuk lång:

6,7 %



SSK Västra

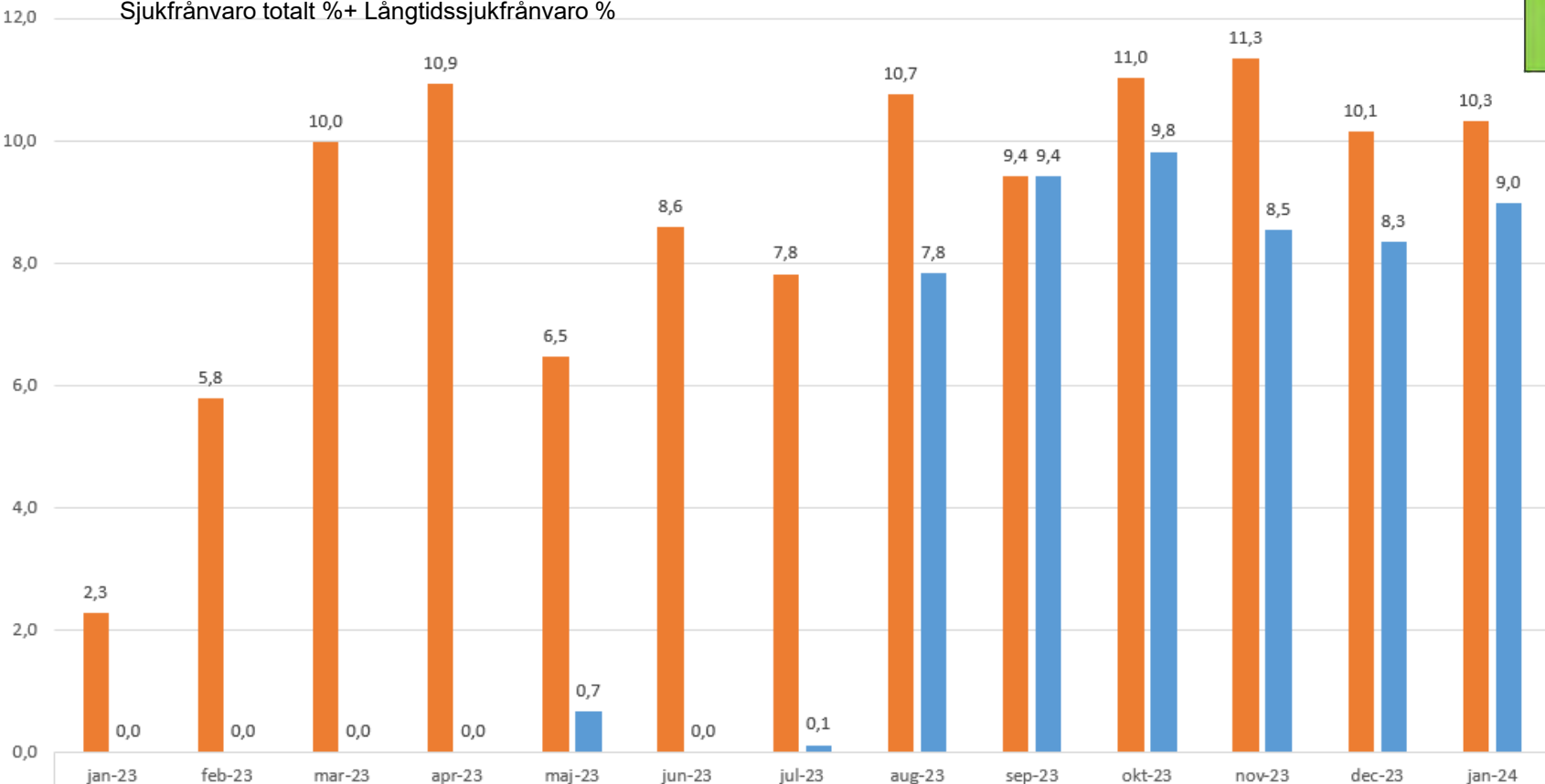
Värden

Medel av Sjukfrv %

Medel av Lång %

SSK Östra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %



Medelvärde sjuk total:

9,4 %

Medelvärde sjuk lång:

4,5 %

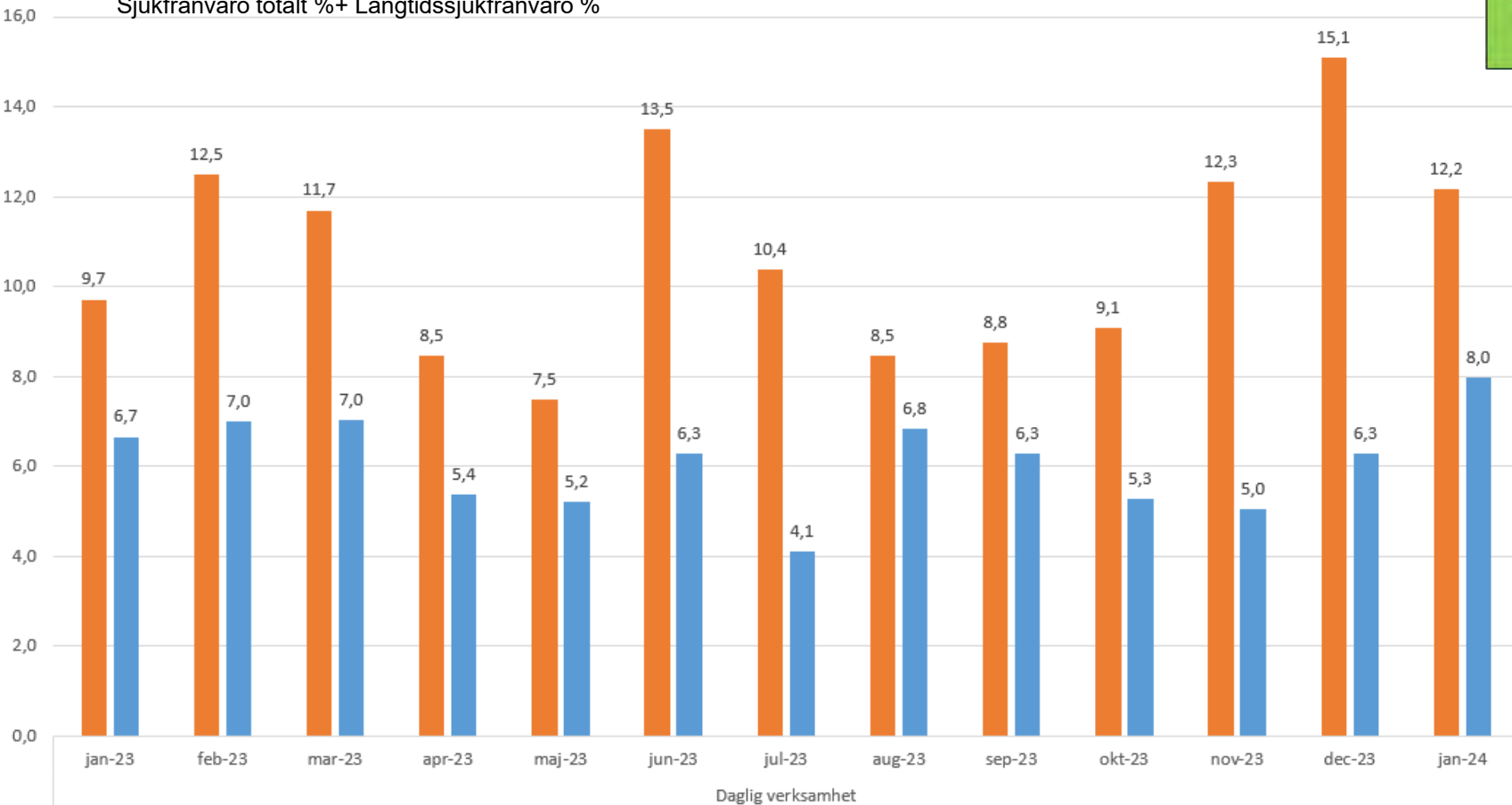
Värden

Medel av Sjukfrv %

Medel av Lång %

Daglig verksamhet

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %



Medelvärde sjuk total:

10,8 %

Medelvärde sjuk lång:

6,1 %

Värden

Medel av Sjukfrv %

Medel av Lång %