

Socialnämnden

Kallelse

Nämnd	Socialnämnd
Datum och tid	2022-04-06 kl.09.30
Plats	SR Gräsö, kommunhuset, Stångörsgatan 10, Östhammar
Sekreterare	Josefin Larsson
Ordförande	Lisa Norén (S)

Ärendelista

Alla ärenden: Lina Edlund

1. Val av justerare	3
2. Fastställande av föredragningslista	3
3. Patientsäkerhetsberättelse för 2021 kl.09.30-10.30 Anette Frode	4
4. Information om pågående revidering av avfallsplan och dess anknytning till nämndens verksamhet kl.10.45-11.05 Camilla Andersson	5
5. Alternativa lokaler för gruppbofäder kl.11.05-12.00 Marie Berggren	6
6. Ekonomisk uppföljning per februari 2022 kl.13.00-13.40 Mohammad Gharagozlou	7
7. Information om Brandsäker bostad för alla kl.13.40-14.10 Carina Kumlin, Johan Svebrant	8
8. Information om gemensam öppenvård, verksamhet myndighet kl.14.10-14.40 Jonas Karlberg Lindegren, Sofia Strandberg Åkerlöf	9
9. Redovisning av avvikelser och synpunkter fjärde kvartalet 2021 kl.14.55-15.15 Yvonne Wahlbeck, Monika Eriksson	10
10. Redovisning synpunkter helår 2021 kl.15.15-15.45 Yvonne Wahlbeck, Monika Eriksson	11
11. Lägesrapport: Omställningsarbetet för en "Trygg och hållbar äldreomsorg i Östhammars kommun" kl.15.45-15.55 Lina Edlund, Yvonne Wahlbeck	12
12. Information från förvaltningen kl.15.55-16.25 Lina Edlund	14
13. Rapporter	15
14. Redovisning av delegationsbeslut för mars 2022	16

Socialnämnden

15. Anmälningssärenden

17

Socialnämnden

1. Val av justerare

2. Fastställande av föredragningslista

Socialnämnden

Dnr SN-2022-28

3. Patientsäkerhetsberättelse för 2021

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2021.

Ärendebeskrivning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivare skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast 1 mars varje år.

Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelse 2021

Statistik demensdiagnoser

Beslutet skickas till

Sektor omsorgs ledningsgrupp genom Anette Frode

Socialnämnden

Dnr SN-2022-34

Dnr KS-2022-35

4. Information om pågående revidering av avfallsplan och dess anknytning till nämndens verksamhet

Förslag till beslut

Socialnämnden har tagit del av informationen.

Ärendebeskrivning

Enligt 15 kap 41 § Miljöbalken ska varje kommun ha en renhållningsordning som innehåller de föreskrifter om hantering av avfall som gäller för kommunen och en avfallsplan. Avfallsplanen ska enligt Miljöbalken innefatta allt avfall som uppstår i kommunen. Enligt 9 kap 8 § Avfallsförordningen (2020:614) ska avfallsplanen ses över minst vart fjärde år och revideras vid behov.

Nu gällande avfallsplan antogs 2011 och uppdaterades senast 2015. Kommunfullmäktige har vid sammanträde 2021-12-14 givit förvaltningen/verksamhet Växande i uppdrag att fortsätta det arbete som inletts under år 2021 med att revidera kommunens avfallsplan och bereda handlingarna till kommunfullmäktige under 2022.

Under 2021 påbörjades arbetet med att ta fram en uppdaterad avfallsplan. Nuläge beskrevs och underlag samlades in. I november hölls tre workshopar, med tjänstepersoner, förtroendevalda samt med invånare/föreningar och företag, för att ta in behov, synpunkter och förslag. Arbetet fortgår under 2022. Fokus i avfallsplanen ligger på det avfall som ingår inom kommunalt ansvar.

Flera nämnder berörs i större eller mindre omfattning av den nya avfallsplanen. Planen kommer ställas ut och samrådas med kommuninvånare, företag, föreningar och organisationer. Parallellt med detta kommer planen skickas på internremiss till de nämnder som berörs av planens innehåll. Utställningstiden/remisstiden kommer preliminärt vara från juni till slutet av september.

Som ett led i att förbereda nämnderna på internremissen och berätta om avfallsplanens innehåll, informerar verksamhet Växande kommun om pågående arbete och tidplan.

Beslutsunderlag

Presenteras muntligt på sammanträdet

Beslutet och beslutsunderlag skickas till

Ulf Andersson

Marie Berggren

Myran Olsson

Camilla Andersson

Lina Edlund

Socialnämnden

Dnr SN-2022-9

5. Alternativa lokaler för gruppbestäder

Förslag till beslut

Socialnämnden har tagit del av materialet och förordar XXX.

Ärendebeskrivning

Socialnämnden hyr av privat hyresvärd gruppbestäder på fastigheten Östhammar 13:17. Gruppbestäderna är i två plan och består av 5 + 6 lägenheter samt övriga utrymmen. Under en lång period har boende behövt ha evakueringsboende med utgångspunkt i att arbetsmiljöproblematik har gjort att lokalerna inte kunnat användas som varit tänkt.

Med utgångspunkt i att åtgärder nu är vidtagna och ett aktivt lokalförsörjningsarbetet så vill Socialnämnden försäkra sig om vilka alternativ som står till buds innan en återflytt. Då hyrestiden löper tom 30 juni 2023 med 9 månaders uppsägningstid och en förlängning annars sker med 4 år är det också ett skäl till översyn om detta är den lösning som möter framtidens behov.

Socialnämnden har för detta tagit hjälp av sektor samhälle för att se vilka alternativ som kan finnas att tillgå.

Beslutsunderlag

Utkast PM LSS-boende publiceras i arbetsrummet

Ärendets behandling

Socialnämnden gav förvaltningen i uppdrag 2022-02-09 att ta fram underlag för alternativa lösningar för gruppbestäderna Abborren och Klackskär.

Beslutet skickas till

Ulf Andersson

Marie Berggren

Helen Åsbrink

Lina Edlund

Socialnämnden

Dnr SN-2022-21

6. Ekonomisk uppföljning per februari 2022

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Östhammars kommun har sedan januari 2021 antagna regler för kommunens budgetuppföljningsprocess 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 minst varannan månad ska det göras en mer noggrann uppföljning med tillhörande årsprognos.

Beslutsunderlag

Driftrapport jan-februari 2022

Kommentarer till driftrapport

Ärendets behandling

Socialnämnden har fått redovisning av ekonomin: 2021-03-09 § 35.

Beslutet skickas till

Sektorchef Lina Edlund

Verksamhetschef Sara Ersund

Socialnämnden

Dnr SN-2022-5

7. Information om Brandsäker bostad för alla

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Information om verksamhet:

Varje år omkommer cirka 100 personer vid bränder i Sverige. Majoriteten av dessa bränder sker i den drabbades bostad. Det är känt att personer i riskgrupp (äldre, personer med funktionsnedsättning, psykisk sjukdom eller missbruk) är överrepresenterade i dessa bränder. Majoriteten av de som omkommer gör det innan räddningstjänsten är på plats. För att förhindra dödsbränder behövs därför förebyggande åtgärder både för att minska sannolikheten att en brand uppstår men även att lindra konsekvensen. Förebyggande åtgärder gör även att arbetsmiljön blir tryggare för de som möter personerna i deras hemmiljö.

Brandförsvaret och sektor omsorg bildade under 2019 en styrgrupp för arbetet. En projektplan för införande av det förebyggande arbetet för säkra bostäder togs därefter fram. Målgrupp är brukare inom kommunens verksamheter i ordinärt boende.

De kommunala råden involverades vid starten 2019, och en referensgrupp bildades av rådets medlemmar. Utbildningsinsatser för personal, information till brukare och checklistor har tagits fram utifrån MSB:s vägledning, Brandsäker bostad för alla.

Arbetet fortsatte sedan med en pilot vid boendestödets målgrupp och personal. Utvärdering har genomförts, och mycket positiva åsikter har förts fram.

Under 2022-2023 kommer även personal vid servicebostäder och inom hemtjänst få information och utbildning, och därefter kommer arbetet att ingå i den ordinarie verksamheten, enligt föreslagen överenskommelse.

Beslutet skickas till

Johan Svebrant, [REDACTED]

Carina Kumlin

Socialnämnden

Dnr SN-2022-5

8. Information om gemensam öppenvård, verksamhet myndighet

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Information om gemensam öppenvård – vision, process och former.

Beslutsunderlag

Presentation gemensam öppenvård SN 220406

Socialnämnden

Dnr SN-2021-29

**9. Redovisning av avvikelser och synpunkter fjärde kvartalet
2021**

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Föreligger avvikelser och synpunktsstatistik för fjärde kvartalet 2021.

Beslutsunderlag

Rapport analys avvikelser och synpunkter för fjärde kvartalet 2021.

Socialnämnden

Dnr SN-2022-30

10. Redovisning synpunkter helår 2021

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Föreligger synpunktsstatistik för 2021.

Beslutsunderlag

Rapport inkommande synpunkter 2021.

Socialnämnden

Dnr SN-2020-79

11. Lägesrapport: Omställningsarbetet för en "Trygg och hållbar äldreomsorg i Östhammars kommun"

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Syftet med omställningen är att få till en trygg och hållbar äldreomsorg i Östhammars kommun. Omställningen ska finansiera sig självt genom att omfördela resurser från reaktiva och mindre effektiva insatser för målgruppen äldre till tidiga och mer effektiva insatser till samma målgrupp. Omställningen ska också finansiera den demografiutveckling som ligger utöver kommunens skattetillväxt.

Omställningsplanens innehåll innebär följande:

- Uppföljning av samtliga beslut med individuella insatser på de särskilda boendena Olandsgården, Lärkbacken och Tallparksgården ska vara färdiga 31 mars 2021. **Ej klart**
- Insatser på de särskilda boendena Olandsgården, Lärkbacken och Tallparksgården ges som individuella insatser från och med 1 juni 2021. **Ej klart**
- Särskilda boendena Edsvägen 16 och Parkvägen ställs om till enbart demensboenden, från och med 1 april 2021. **Klart**
- Övernattning inom dagverksamhet för demenssjuka personer införs från och med 1 april 2021. **Klart**
- Korttidsenheten vid vårdcentrum avvecklas 31 mars 2021. **Klart**
- Ny korttidsenhet med 7 platser vid Lärkbacken startar 1 april 2021. **Klart**
- Målgruppsbeskrivning för blivande psykiatriboende tas fram till senast 31 januari 2021. **Klart**
- Nytt psykiatriboende med 6 platser för äldre öppnas vid Lärkbacken med start 1 april 2021. **Klart**
- Ny nattorganisation SoL som är gemensam för ordinärt boende, Olandsgården, Lärkbacken och Tallparksgården startar 1 juni 2021. **Klart**
- Ny resurspool startar 1 juni 2021. **Klart**
- Ny hemsjukvårdsorganisation startar 1 april 2021. **Klart**

Baserat på Äldreplanen har en tillämpning utarbetats för att ge vägledning till hur Äldreplanen ska kunna omsättas i praktisk handling. Tillämpningen utgår från syfte och mål med äldreomsorgen och ett genuint tillsammansarbete i nätverk med den äldre i centrum.

Tillämpningen innebär att organisationen förväntas bli mer flexibel och anpassningsbar utifrån de äldres behov men även mer kunskapsdriven och innovativ för att hitta lösningar i den äldres egen miljö. Den förändring som Äldreplanen och tillämpningen beskriver innebär

Socialnämnden

att en ny kultur och nya synsätt kommer ersätta de gamla tankemodellerna om hur en effektiv äldreomsorg ser ut.

Förändringen kommer att genomföras genom att bjuda in till dialog och skapa en gemensam förståelse för hur verkligheten ser ut. Att bjuda in till dialog innebär att visa att det enbart går att få en trygg och hållbar äldreomsorg i Östhammar genom ett genuint och äkta tillsammansarbete och att det arbetet ständigt behöver vara i utveckling. Tillsammansarbetet berör alla de äldre, anhöriga, civilsamhället samt kommunens och regionens medarbetare samt den politiska ledningen.

Ärendet har lagts till som ett löpande informationsärende under 2021 kring arbetet med implementeringen av antagen omställningsplan och arbetet med antagen tillämpning av äldreplanen. Ärendet redovisas muntligt till socialnämnden och dess utskott.

Ärendets behandling

Socialnämnden gav förvaltningen i uppdrag 2020-06-17 att ta fram en handlingsplan och en långsiktig strategi för en trygg och hållbar äldreomsorg i Östhammars kommun.

Socialnämnden antog handlingsplan för en trygg och hållbar äldreomsorg i Östhammars kommun 2020-09-30. Handlingsplanen konkretiserar vad nämnden vill se av omställningen i form av förändrade arbetsätt och verksamheter, samt kompletterar och stödjer Äldreplanen ”Det goda livet som äldre i Östhammars kommun 2018-2022”.

Socialnämnden antog omställningsplan för en trygg och hållbar äldreomsorg i Östhammars kommun 2021-01-20.

Socialnämnden antog Tillämpning av Äldreplanen 2021-05-05.

Lägesrapport har lämnats på socialnämnden 2021-02-10 § 14 och 2021-03-10 § 37 och 2021-04-07 § 57 och 2021-05-05 § 71 och 2021-06-02 § 84, 2021-06-23 § 97, 2021-09-01 § 125, 2021-10-05 § 140 och 2021-11-15 § 164 och 2021-12-15 § 182 och 2022-02-09 § 13.

Socialnämnden

Dnr SN-2022-5

12. Information från förvaltningen

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Information från förvaltningen, främst sektor omsorg. På arbetsutskottet 2022-03-23 lämnades information om coronaläget, vaccination, sommarbemanning, förändringar inom chefsledet, omorganisation inom produktion och pågående arbete utifrån situationen i Ukraina.

Socialnämnden

Dnr SN-2022-17

13. Rapporter

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av rapporterna.

Ärendebeskrivning

Rapporter och information från socialnämndens ledamöter.

Socialnämnden

Dnr SN-2022-16

14. Redovisning av delegationsbeslut för mars 2022

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner redovisning av delegationsbeslut.

Ärendebeskrivning

Föreligger delegationslistor:

- A. Arbetsutskottets protokoll 2022-03-09 och 2022-03-23. Beslut i personärenden från arbetsutskottet framgår i lista C och D.
- B. Ordförandebeslut fr.o.m. 2022-03-01 t.o.m. 2022-03-31. Inga beslut under perioden.
- C. Delegationsbeslut barn och unga samt vuxen inkl. beslut av förordnade ledamöter med kompletterande beslutanderätt fr.o.m. 2022-03-01 t.o.m. 2022-03-31.
- D. Delegationsbeslut äldre och LSS fr.o.m. 2022-03-01 t.o.m. 2022-03-31.
- E. Delegationsbeslut avgifter fr.o.m. fr.o.m. 2022-03-01 t.o.m. 2022-03-31.
- F. Delegationsbeslut färdtjänst och riksfärdtjänst fr.o.m. 2022-03-01 t.o.m. 2022-03-31.
- G. Delegationsbeslut bostadsanpassning fr.o.m. 2022-03-01 t.o.m. 2022-03-31.
- H. Delegationsbeslut parkeringstillstånd fr.o.m. fr.o.m. 2022-03-01 t.o.m. 2022-03-30.
- I. Övriga delegationsbeslut inom sektor omsorg fr.o.m. fr.o.m. 2022-03-01 t.o.m. 2022-03-31.

Beslutsunderlag

Delegationslistor publiceras 2022-04-04 i arbetsrummet under rubrik 4. Delegationsbeslut.

Socialnämnden

Dnr SN-2022-05

15. Anmälningssärenden

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Anmälningssärenden i arbetsrummet:

Fylls på löpande fram till sammanträdet

1. Protokoll sektorsamverkan 2022-02-24
2. Protokoll sektorsamverkan och skyddskommitté 2022-03-24

Anmälningssärenden som omfattas av sekretess och skickas på begäran:

3. Dom från förvaltningsrätten i Uppsala, 2022-03-09 gällande omedelbart omhändertagande enligt LVU. Förvaltningsrätten fastställer Socialnämnden i Östhammars kommuns beslut 2022-02-24 att omedelbart omhänderta enskild. Det omedelbara omhändertagandet ska således bestå.
4. Dom från förvaltningsrätten i Uppsala, 2022-03-10 gällande beredande av vård enligt LVU. Förvaltningsrätten bifaller Socialnämndens i Östhammars kommuns ansökan och beslutar att enskild ska beredas vård med stöd av LVU. Domen gäller omedelbart i denna del.
5. Dom från förvaltningsrätten i Uppsala, 2022-02-28 gällande särskild avgift enligt LSS. Förvaltningsrätten bifaller Inspektionen för vård och omsorgs ansökan och ålägger Östhammars kommun att till staten betala en särskild avgift om 335 005 kr.
6. Dom från förvaltningsrätten i Uppsala, 2022-03-07 gällande kontaktperson enligt LSS. Förvaltningsrätten avslår överklagandet.
7. Dom från förvaltningsrätten i Uppsala, 2022-03-08 gällande särskild avgift enligt LSS. Förvaltningsrätten bifaller Inspektionen för vård och omsorgs ansökan och ålägger Östhammars kommun att till staten betala en särskild avgift om 441 000 kr.
8. Dom från förvaltningsrätten i Uppsala, 2022-03-28 gällande bistånd enligt socialtjänstlagen i form av avlösarservice. Förvaltningsrätten avslår överklagandet.

Beslutsunderlag

Handlingarna publiceras i arbetsrummet under rubrik 3. Information, för dagens sammanträdesdatum.

Anmälningssärenden som omfattas av sekretess publiceras inte utan skickas på begäran.



Patientsäkerhetsberättelse

2021

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledning.....	3
3	Struktur.....	4
3.1	Övergripande mål och strategier	4
3.2	Organisation och ansvar	5
3.3	Samverkan för att förebygga vårdskador	5
3.4	Patienters och närståendes delaktighet	6
3.5	Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
3.6	Klagomål och synpunkter	6
3.7	Egenkontroll.....	7
4	Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
4.1	Risikanalys	11
4.2	Utredning av händelser - vårdskador	11
4.3	Informationssäkerhet	11
5	Resultat och analys	11
5.1	Egenkontroll.....	12
5.2	Avvikelse	19
5.3	Klagomål och synpunkter	23
5.4	Händelser och vårdskador	24
5.5	Risikanalys	24
6	Mål och strategier för kommande år	24

1 Sammanfattning

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

BPSD-registreringar har genomförts kontinuerligt under året, vilket leder till tvärprofessionella vårdåtgärder för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Utbildningar från Vårdhygien har genomförts under året, på grund av den rådande pandemin har utbildningarna skett digitalt. Återrapportering av vårdpreventiva processer har skett från uppgifter tagna från Senior alert och svenska palliativ registret till verksamheten. Ett annat viktigt led i förbättringsarbetet är team-träffar på enheter där man tvärprofessionellt systematiskt analyserar och åtgärdar avvikelser, detta har under 2021 utförts i begränsad omfattning på grund av pandemin.

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

Under hösten 2019 startade ett samverkansprojekt för övergång från kommunikationsverktyg Prator till Cosmic Link som blev uppskjutet på grund av pandemin och planeras nu införas under våren 2022.

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

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

2 Inledning

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

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

3 Struktur

3.1 Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

- Fortsatt arbete i de lokala tvärprofessionella teamen med att förebygga vårdskador genom att öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning görs enligt Senior alert. Det är ett mycket viktigt arbete för att vända trenden med fallavvikelser.
- God vård vid demenssjukdom: Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens enligt BPSD. Utveckla återkoppling och användandet av utdata på kvalitetsmått inom verksamheten.
- Utbildning för omvårdnadspersonal har utförts gällande bemötande vid demenssjukdom.
- BPSD-utbildning - grundutbildning har på grund av pandemin inte varit möjlig att genomföra.
- En administrationsutbildning i BPSD-registret har kunnat genomföras under året.
- Fortsatt egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin som nu ändrats till varje månad. Vårdhygienisk information och utbildning har genomförts kontinuerligt under året för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer.
- Spol-och diskdesinfektorer har installerats under året.
- Ny handlingsplan är skapad under året för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Den omfattar MAS, MAR, sektorchef, verksamhetschef produktion, enhetschefer, vård och omsorgspersonal och legitimerad personal som arbetar inom vård och omsorg.
- På varje särskilt boende finns en handlingsplan för att förebygga utbrott och också för hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa som ska uppdateras årligen.
- Handlingsplan och riskanalys covid-19 med uppföljning har utförts av varje verksamhet och dokumenterats i KIA.
- God vård i livets slutskede – alla dödsfall ska registreras, och vårdkvaliteten på de väntade dödsfallen ska följas upp utifrån Svenska Palliativ registret. Webbutbildning i allmän palliativ vård för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig.
- Validerad smärtskattning ska genomföras kontinuerligt och dokumenteras. Utbildning har utförts under året
- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar. Utveckla arbetet med dokumentations- och loggranskning.
- Utveckling av rutiner kring läkemedelshantering skall ske utifrån de brister som påvisats. Uppföljning genom utvärdering av de lokala granskningsprotokollen från farmaceut för att säkerställa en fortsatt god läkemedelshantering.
- Fortsatt utveckling av orternas lokala samverkansgrupper mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för patienten.

3.2 Organisation och ansvar

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

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

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

Socialchefen har tillsammans med verksamhetscheferna ansvar för att följa upp och analysera verksamheten inom patientsäkerhetsområdet.

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

Enhetschefer ansvarar för att medarbetare har rätt kompetens och rätt befogenheter för att utföra sina uppdrag på ett säkert sätt samt att det skapas operativa mål för patientsäkerhet i verksamheten utifrån vårdgivarens mål.

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

3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

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

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

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

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

3.4 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

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

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

Kvartalsrapporter från avvikelssystemet analyseras och presenteras i nämnd av verksamheten.

Externa avvikelser hanteras i DF respons av MAS och MAR.

3.6 Klagomål och synpunkter

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

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

Kvartalsrapporter på synpunkter analyseras och presenteras i nämnd av verksamheten.

3.7 Egenkontroll

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

Mätning BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

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

Livskvalitet vid demens (Qualid)

Qualid är ett amerikanskt instrument för att mäta livskvalitet vid svår demenssjukdom. Personer med demenssjukdom i sent stadium har ofta svårt att själva berätta hur de mår. Därför görs bedömningen av personal som är väl förtrogen med personens normala beteende och har tillbringat en betydande del av den senaste veckan tillsammans med den sjuke. Testet består av elva frågor om observerbart beteende och om sinnesstämning som skattas efter förekomst under den senaste veckan. Den mätningen görs en vecka varje år på de personer som bor på särskilt boende och har en demensdiagnos.

Senior alert

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

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

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

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

Registrering palliativ vård

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets 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. Sedan använder personalen resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar görs kan man använda resultat från Svenska palliativregistret för uppföljning.

Redovisning egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång/kvartal	Infektionsregistrering Region Uppsala
Hygienronder	var 4:e år	Protokoll från Vårdhygien
Patientsäkerhetsgrupp region & kommuner	Kontinuerligt	Vårdkedjeavvikelser
Avvikelser	4 ggr/år	DF respons
Trycksår	Kontinuerligt	Journal
Patientens klagomål och synpunkter	4 ggr/år	Kommunens synpunktshantering, Journal, Patientnämnden och IVO
Beteendeförändringar vid demens	Löpande under året	BPSD-registret
Livskvalitet vid demenssjukdom	Punktprevalensmätning (PPM) 1 vecka per år	Qualid
Riskbedömning trycksår, fall, nutrition & munhälsa	Löpande under året	Senior Alert
Palliativa registreringar	Löpande under året	Palliativa registret

4 Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

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

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

Under hela 2021 har digital signering skett i Appva MCSS (Medication Care Support System) för att upprätthålla patientsäkerheten. Under året har totalt 1 282 737 insatser som är delegerade/ordinerade utförts.

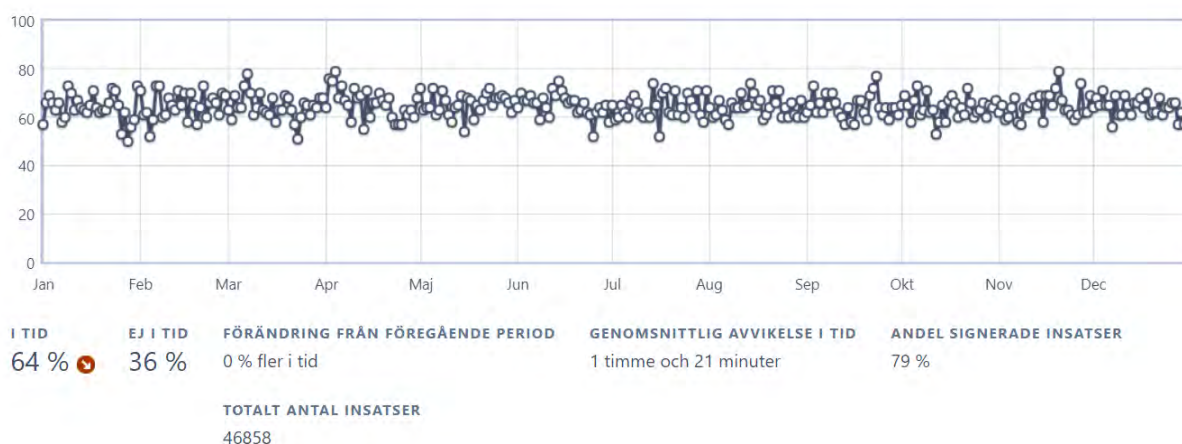
Personal som får delegering av sjuksköterska för läkemedel och insulingivning genomför en

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

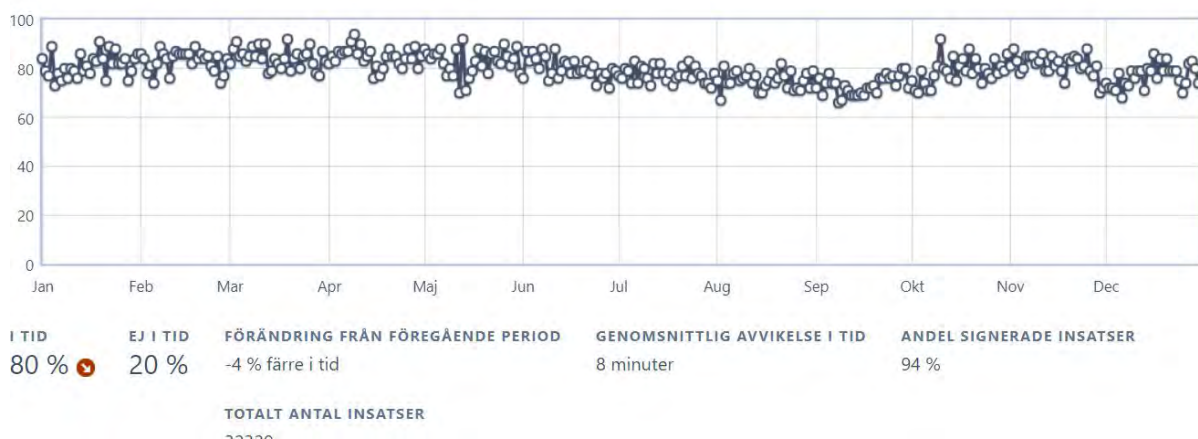
Fortbildningsmöten i digital form mellan hygienombud och avdelningen för mikrobiologi och vårdhygien har skett under året. Fortbildningstillfällen inom området har även hållits för legitimerad personal samt chefer under året. Arbetet med att säkerställa de hygienrutiner som behövs för en patientsäker vårdmiljö har pågått under året. Spol- och diskdesinfektorer är installerade under 2021.

Arbetet med att strukturera avvikelseprocessen på enhets- och verksamhetsnivå har fått stöd genom användandet av DF- respons som är ett digitalt avvikelssystem.

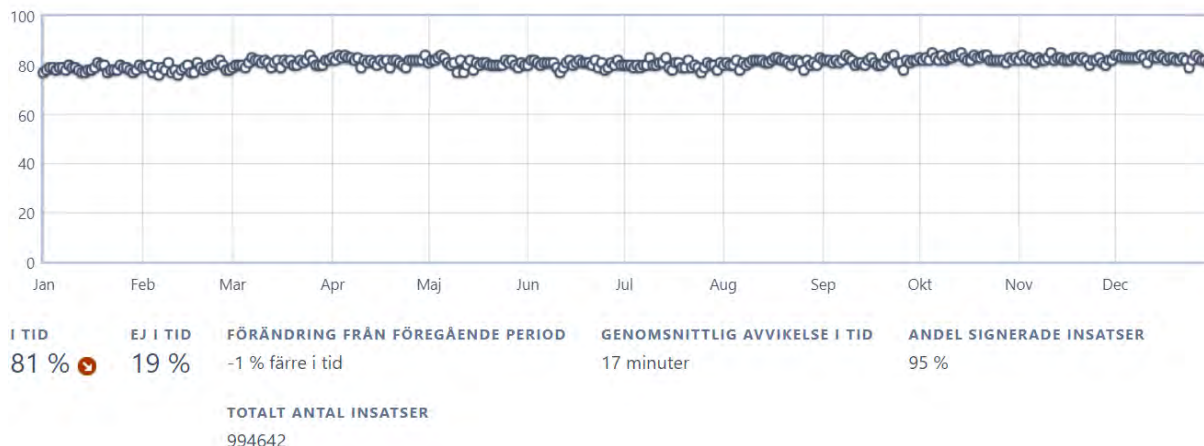
Tabell avser rehabinsatser som exempelvis ståträning ordinerade/delegerade av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 210101-211231.



Tabell avser insulindelegerade insatser ordinerade av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 210101-211231.



Tabell avser delegerade läkemedelsinsatser av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 210101-211231.

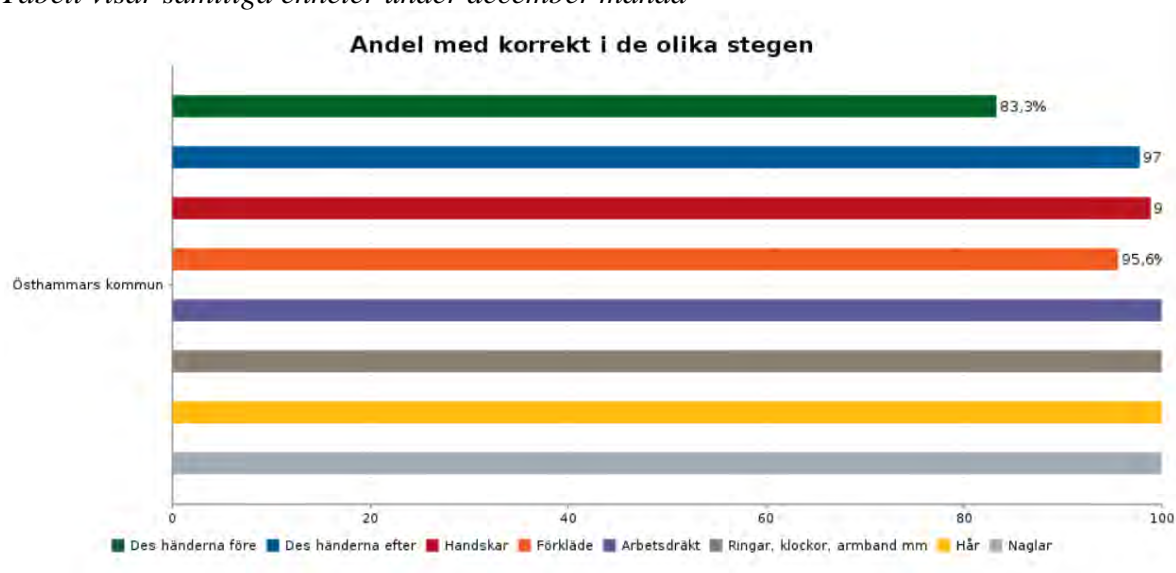


Basala hygienrutiner

För att följa upp och förbättra följsamheten gällande basala hygienrutiner finns en hygienombudsorganisation samt en självskattningsmetod av följsamhet gällande basala hygienrutiner. Under 2021 infördes enhetsspecifika rutiner för självskattning en gång per månad. Utfall av självskattning ska beskrivas i enheternas verksamhetsberättelser. Under året har 2 träffar 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).

Tabell visar samtliga enheter under december månad



Läkemedel

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

4.1 Riskanalys

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

Risker registreras i DF- respons.

4.2 Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

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

4.3 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Journalföring

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

5 Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Hjälpmedel och förebyggande arbete

Förebyggande information har skickats ut istället för fysiska hembesök under året till följd av pandemin. Qigong har utförts för gruppen anhöriga vid 5 tillfällen under året.

Statistik från Kolada visar att under år 2020 var det 46 fallolyckor om ledde till slutenvård, jämfört med 42 st 2019 i Östhammars kommun. Vi i Östhammar har fortfarande ett lågt antal fallskador som leder till slutenvård i jämförelse med övriga kommuner i länet. Detta trots att Östhammars kommun har en hög andel äldre invånare jämfört med riket och äldre är de som drabbas värst av fallolyckor. En analys av detta kan vara att i Östhammars kommun har vi en modell som är förmånlig där patienten lånar hjälpmedel till låg kostnad.

5.1 Egenkontroll

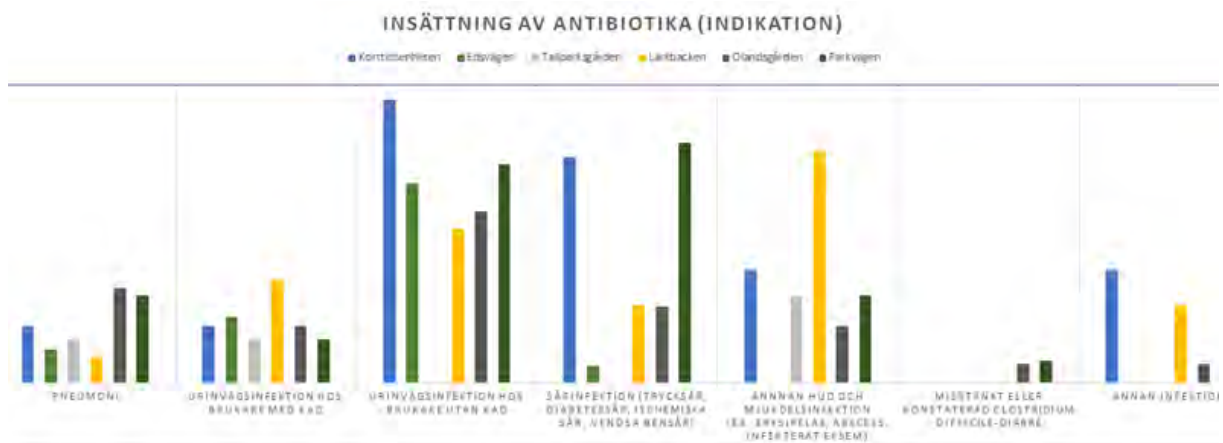
Vårdrelaterade infektioner

Registreringar av infektioner på särskilda boenden och korttidsenheten

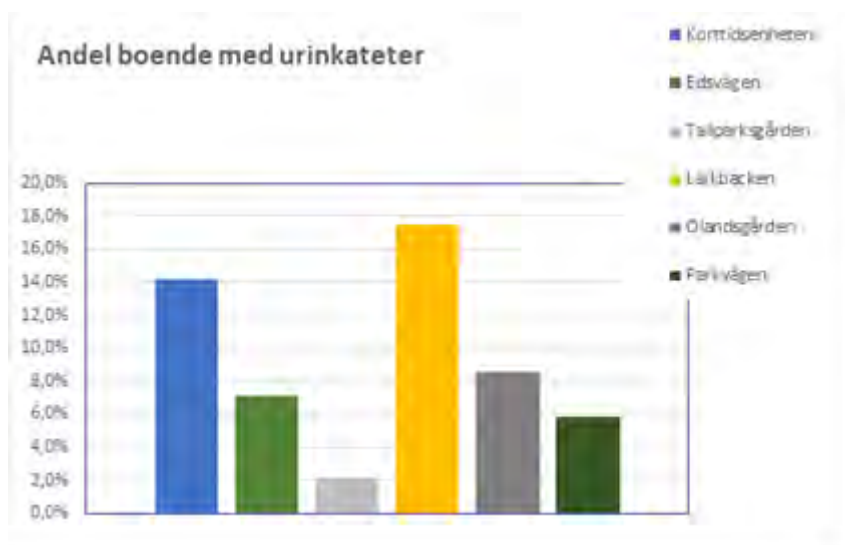
Infektionsregistreringen har gjorts på SÄBO och korttidsenheten. Registreringen har gjorts av ansvarig sjuksköterska. Från korttidsenheten och varje SÄBO har registreringarna sammanfattats av MAS kommunvis den 15:e i månaden efter varje kvartal. Vårdhygien har sammanställt resultatet i form av en helårsrapport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

Lite korta fakta utifrån data:

- Underlaget: 2844 registreringar
- Samtliga SÄBO och korttidsenheten representerade med statistik från alla kvartal.
- Korttidsenheten och Parkvägen avviker då procentuellt fler får antibiotika här för urinvägsinfektion för de utan kvarliggande kateter i urinblåsan.
- Korttidsenheten och Parkvägen avviker också procentuellt för sårinfektioner.
- Lärkbacken avviker procentuellt med att fler får antibiotika för annan hud - och mjukdelsinfektion.



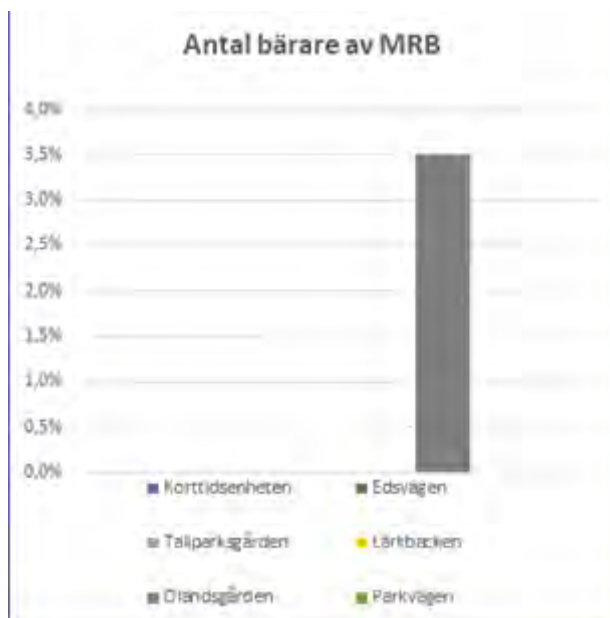
Andel boende med urinkateter har på korttidsenheten minskat från 2020 då 28,6% hade urinkateter mot årets 14%.



Från 2018 finns på varje särskilt boende en handlingsplan för att tidigt kunna sätta in de åtgärder som motverkar risken för utbrott med magsjuka och influensa. En mall för handlingsplan finns framtagen på Vårdhygiens hemsida, varje enhet fyller i handlingsplanen. Syftet är att en i förväg upprättad strategi ska göra verksamheten bättre förberedd att hantera en uppseglade risk för smittspridning. 2020 och 2021 fanns inga registrerade fall av magsjuka och influensa i Östhammars kommun.



Infektionsregistreringen fångar förekomsten av vårdtagare med känt bärarskap av multiresistenta bakterier såsom MRSA, ESBL och VRE. Gällande förekomsten av vårdtagare som bär på multiresistenta bakterier så är mörkertalet sannolikt stort då man inte provtar alla vårdtagare.



COVID-19

Antal registrerade positiva fall av covid 19 hos patienter/brukare under 2021.

Särskilt boende: 10 st

Gruppboende: 2 st

Hemtjänst: 20 st

Personlig assistans: 1 st

Närvårdsenheten: 1 st

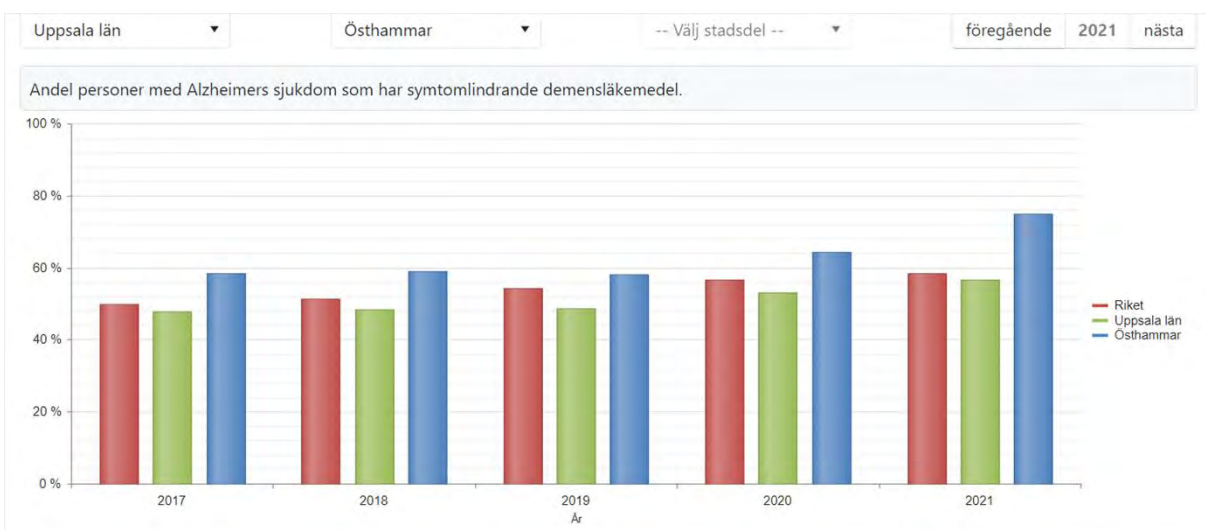
5.1.1 Resultat BPSD

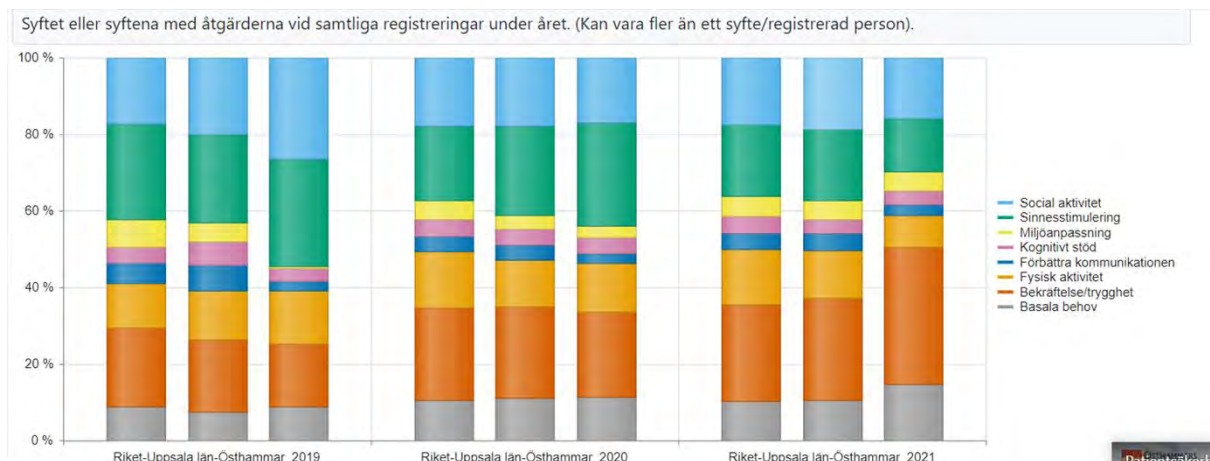
Genom tvärprofessionella vårdåtgärder minskar förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga psykiska symtom vid demens (BPSD). Det leder till ökad livskvalitet för personer med demens.

Att förebygga vårdskador och lidande genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) enligt nationella kvalitetsregistret BPSD. Under 2019 utfördes 177 registreringar, 2020 utfördes 176 registreringar och 2021 utfördes 199 registreringar.

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

Skattning	Första	Andra	Senaste
Riket 36817 personer	21.3 poäng	20.8 poäng	20.7 poäng
Uppsala län 973 personer	23.3 poäng	23.1 poäng	21.6 poäng
Östhammar 199 personer	21.1 poäng	21.5 poäng	19.9 poäng





5.1.2 Resultat Qualid

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

Boende	Antal boende med diagnos	Medeltal	Högsta grad av livskvalitet	Lägsta grad av livskvalitet
Edsvägen 16	55	22	12	37
Tallparksgården	10	20	12	30
Parkvägen 9-11	36	19	13	29
Olandsgården	21	24	14	39
Lärkbacken	16	21	13	33
Totalt	138	21	13	34

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

Tabell. Resultat Qualid-mätning särskilt boende 2021.

5.1.3 Resultat Senior Alert

Alla som flyttar in på särskilt boende och de som bedöms som riskpersoner i ordinärt boende eller har tre eller flera insatser/dygn och trygghetslarm ska erbjudas riskbedömning enligt Senior alert för att trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen ska kunna förebyggas. Jämförelse med riket för att se hur vi i Östhammar ligger till med riskbedömningar med risk, bakomliggande orsaker, åtgärdsplan och utförda åtgärder vid risk procentuellt.

Senior Alert 2021

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Östhammars kommun	189	97% 213 av 220	87% 166 av 213	95% 202 av 213	90% 162 av 181	52 34 personer	67 personer	3 3 personer	54 personer
Trycksår		31% 68 av 220	91% 62 av 68	93% 63 av 68	84% 43 av 51				
Undernäring		83% 182 av 220	91% 166 av 182	98% 170 av 182	93% 142 av 153				
Fall		86% 189 av 220	93% 175 av 189	98% 185 av 189	91% 146 av 161				
Munhälsa		65% 78 av 120	79% 62 av 78	88% 69 av 78	88% 50 av 57				

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Sverige	90839	89% 119 845 av 135 253	79% 94 554 av 119 845	92% 110 309 av 119 845	74% 79 524 av 107 392	12965 9 281 personer	31867 personer	34510 11 305 personer	29491 personer
Trycksår		28% 38 305 av 135 253	81% 30 868 av 38 305	93% 35 748 av 38 305	74% 25 272 av 34 205				
Undernäring		57% 77 359 av 135 253	82% 63 204 av 77 359	94% 72 753 av 77 359	76% 52 728 av 69 454				
Fall		75% 100 824 av 135 253	83% 83 995 av 100 824	95% 95 295 av 100 824	76% 69 087 av 90 421				
Munhälsa		43% 47 917 av 111 606	80% 38 568 av 47 917	91% 43 436 av 47 917	72% 30 351 av 42 218				

5.1.4 Resultat palliativa registret

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

Period 2021-01 - 2021-12



Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	87,1	98	61	70
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	95,7	98	67	70
Ord. inj ångestdämpande vid behov	97,1	98	68	70
Smärtskattats sista levnadsveckan	64,3	100	45	70
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	54,3	90	38	70
Utan trycksår (kategori 2-4)	81,4	90	57	70
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	88,6	90	62	70

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

En satsning under året har gjorts tillsammans med palliativa konsultteamet som har utbildat kommunens palliativa ombud om ca 60 deltagare vilket resulterat i en smärtskattning på 64,3% för 2021 - fortsatt arbete förväntas öka resultatet.

5.1.5 Covid 19

Covid -19

Vaccinering av patienter och medarbetare inom vård och omsorg pågått under hela 2021 - upp till 3 doser har erbjudits samtliga.

5.2 Avvikelser

Resultat (struktur, process, resultat och uppfyllelse)

Sammanställning av avvikelser oavsett lagrum, har gjorts för år 2019, 2020 och 2021. I april 2019 införde kommunen ett nytt system (DF Respons) för att hantera avvikelser. Personalen kan nu på ett enkelt sätt göra rapporteringen digitalt.

Typ av avvikelser

Under året har 3 083 avvikelser rapporterats in inom vård och omsorg. 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 få typ av avvikelse i rätt kategori.

Typ av avvikelse	2019	2020	2021
Fall	826	1325	1285
Läkemedel	458	448	733
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	59	77	91
Händelse med hjälpmedel, teknik och /fysisk miljö	42	38	24
Brist i/utebliven tillsyn	98	306	690
Brist/utebliven personlig hygien	12	28	63
Brist i/uteblivna servicetjänster	15	31	41
Brist i/utebliven fritid/motion	5	1	5

Typ av avvikelse	2019	2020	2021
Brist i/uteblivna sociala aktiviteter	1	7	5
Brist i rehabilitering	0	1	39
Brist i information, kommunikation, samverkan	63	120	134
Brist i/utebliven dokumentation	23	96	80
Brist i trygghet	16	52	64
Brist i handläggning	15	85	67
Hot och våld	10	12	15
Brist i mathållning	8	11	10
Tryckskada/trycksår	5	12	9
Övergrepp/oegentlighet	5	9	5
Ovärdigt bemötande	4	12	15
Bruten sekretess	2	10	6
Själv mord	0	0	0
Övrigt	101	131	122
Summa:	1768	2812	3.503

Tabell. Fördelning inrapporterade avvikelser 2019 och 2020.

Vårdkedjeavvikelser

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

Typ av avvikelse	2019	2020	2021
Vårdkedja till (annan huvudman)	30	47	62
Vårdkedja från (annan huvudman)	7	13	9

Tabell . Fördelning avvikelser i vårdkedjan 2019, 2020 och 2021.

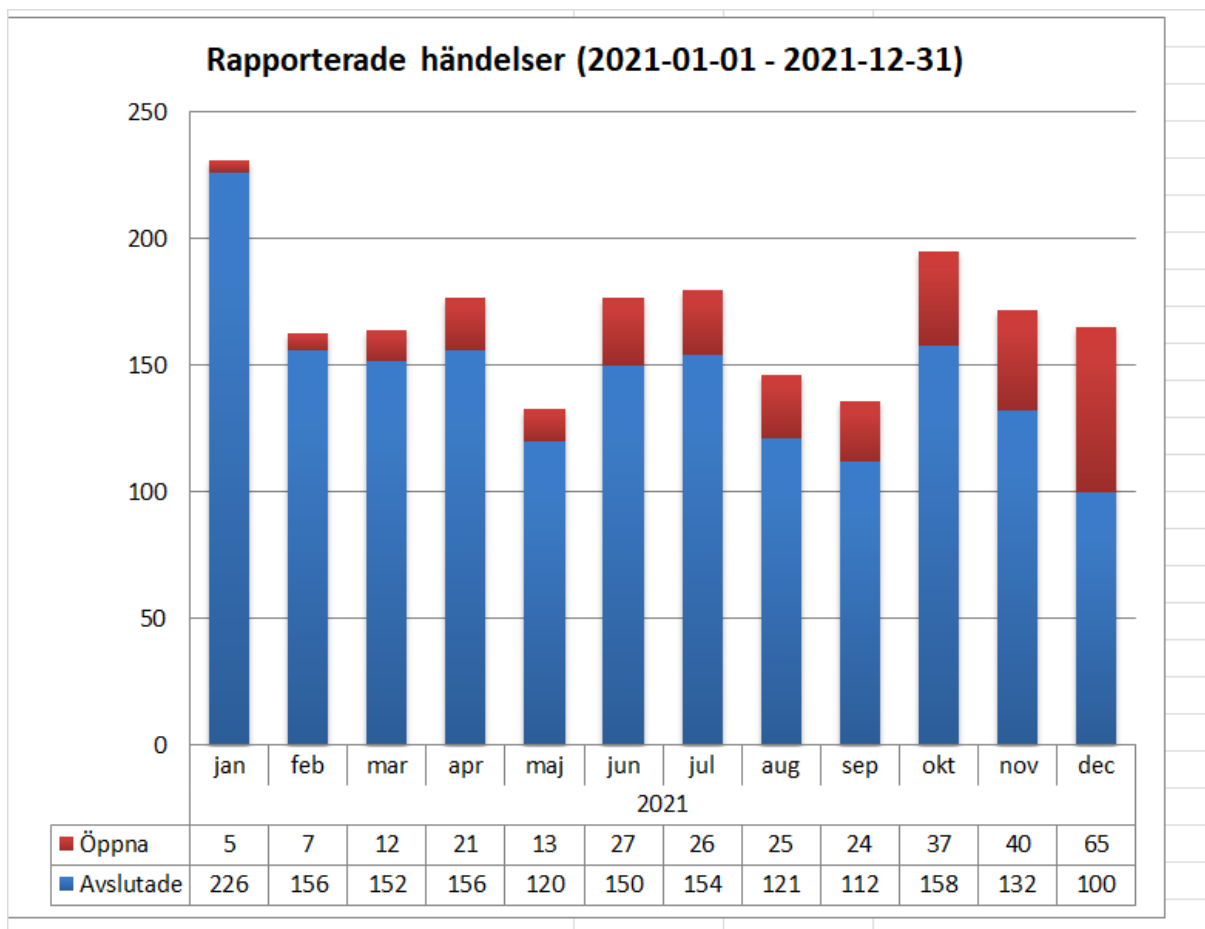
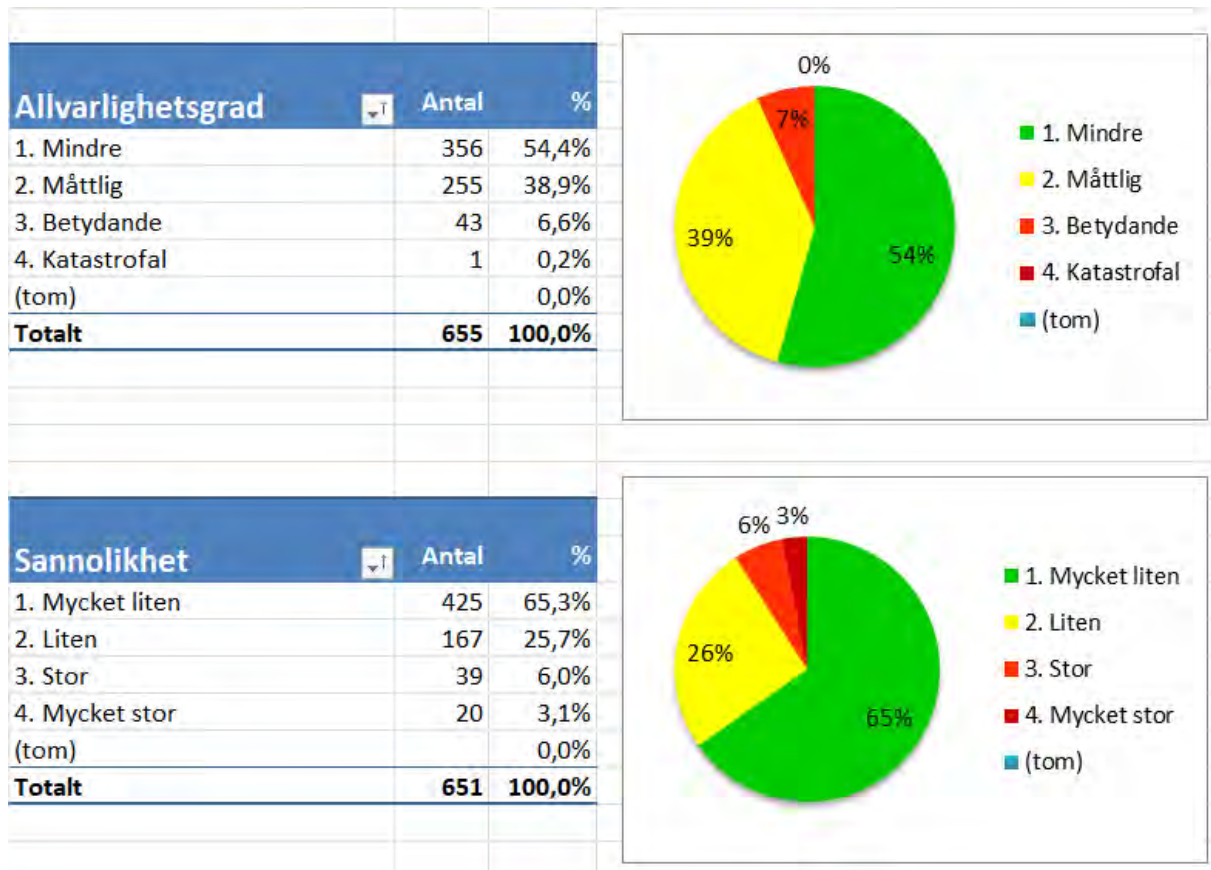


Diagram visar avvikelser läkemedel och fall 210101-211231

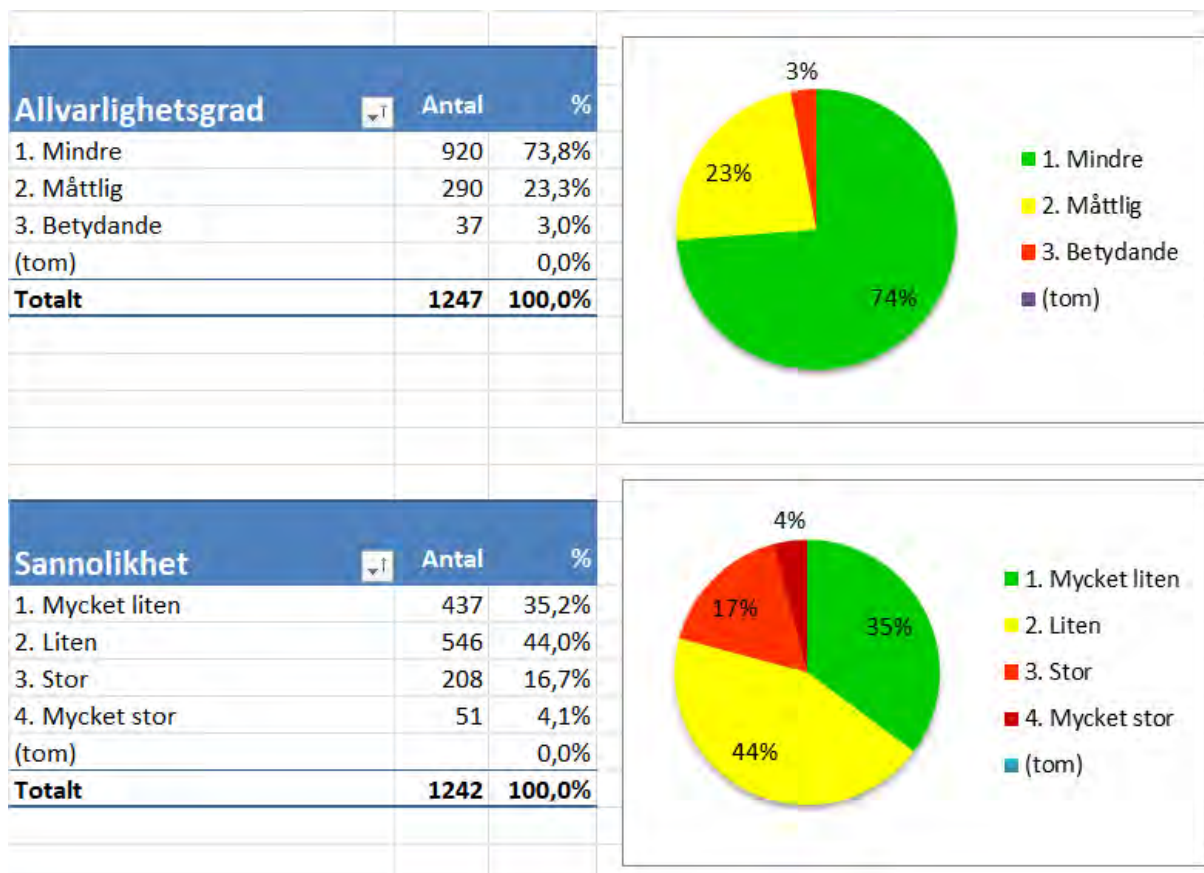
Läkemedelsavvikelser

Antal läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 var 43 st under 2021, varav 27 svinn/stöld. Sammanlagt var det 743 läkemedelsavvikelser, flera av dessa är öppna och inte kategoriserade - därav inte presenterade i cirkeldiagrammet.



Fallavvikelser

Antal fall med allvarlighetsgrad 3 (frakturer, sårskada) var 37 st under 2021.



5.3 Klagomål och synpunkter

Under året har tre ärenden anmälts till patientnämnden.

I ett av ärendena har närstående synpunkt på att det brister i journaldokumentation, bedömningar och omvårdnad.

I det andra ärendet har närstående synpunkt på en personals bemötande.

Det tredje ärendet visste inte patienten vart hon skulle få hjälp med sin kvarliggande KAD och blev hänvisad till vårdcentral.

Övriga synpunkter redovisas kvartalsvis till nämnd.

5.4 Händelser och vårdskador

Två lex Maria anmälningar gällande:

Läkemedelsordination från specialist där IVO har lämnat utredningsansvar till kommunen. Ärendet har lett till förändrad läkemedelsordination från specialistvården.

Tillsyn av förutsättningar för att ge medicinsk vård och behandling vid covid-19. Ärendet har lett till att utredning ska genomföras på ca 150 patientjournaler som har skickats in till IVO för granskning.

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

5.5 Riskanalys

Utifrån identifierade brister i Combine utfördes en hälsoanalys av leverantören tillsammans med förvaltningsledare, objektspecialister MAS och MAR under första kvartalet 2020. En handlingsplan har tagits fram. Arbetet har intensifieras under senare delen av 2021 och fortsätter under 2022.

6 Mål och strategier för kommande år

- Fortsatt arbete i de lokala tvärprofessionella teamen med att förebygga vårdskador genom att öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning görs enligt Senior alert.
- God vård vid demenssjukdom: Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens enligt BPSD. Utveckla återkoppling och användandet av utdata på kvalitetsmått inom verksamheten. BPSD-grundutbildning erbjuds till alla professioner i teamen som arbetar med personer som har demenssymtom eller demensdiagnos. Genomförs på alla orter. Två BPSD-administratörsutbildningar .
- Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. Upprättade handlingsplaner för särskilda boenden för att förebygga utbrott och också för hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa uppdateras och hålls aktuella enligt anvisning från vårdhygien.
- Handlingsplan och riskanalys inom verksamheterna blir en naturlig del av processen i samband med smittspridning covid-19.
- God vård i livets slutskede – alla dödsfall registreras, och vårdkvaliteten på de väntade dödsfallen ska följas upp utifrån Svenska Palliativ registret. Webbutbildning i allmän palliativ vård för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig.

- Arbetet med palliativa ombud fortsätter att utvecklas. Utbildning sker kontinuerligt via palliativa konsultteamet, region Uppsala.
- Implementering av validerad smärtskattning genomförs kontinuerligt.
- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journalldokumentation genom superanvändarträffar. Utveckla arbetet med dokumentations- och loggranskning.
- Utveckling av rutiner kring läkemedelshantering ska ske utifrån de brister som påvisats. Uppföljning genom utvärdering av de lokala granskningsprotokollen från farmaceut för att säkerställa en fortsatt god läkemedelshantering.
- Uppföljning sker kontinuerligt att beslutsstödet VISAM enligt rutin efterföljs.
- Fortsatt arbete med utbildningsplan för personal inom vård och omsorg.
- Hjälpmedelsenheten bjuder in alla rollatoranvändare i kommunen till rollatorcafé. Syftet är att minska risken för att trasiga och slitna rollatorer används och därmed minska risken för skada.
- Utbildning i DF-respons avvikelseprogram till alla verksamheter inom vård och omsorg.
- Utveckling av orternas lokala samverkansgrupper/hemtagningsteam mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för patienten. Kommunikationsverktyget Prator kommer att bytas ut till Cosmic Link under årets första kvartal.
- Arbetsgruppen vuxna och äldre är ett samarbetsforum mellan primärvård, öppenvård psykiatri, SAH och kommunen. Fortsatt samarbete är viktigt för att patienten ska få en trygg och säker vård vid gemensamma vårdinsatser och vårdövergångar. Medicinska vårdplaneringar med läkemedelsgenomgångar fortsatt gemensamt arbete för att öka i antal.
- Patientsäkerhetsarbetet för prioriterade patient/brukargrupper har legat till grund för hela vårdomställningen Effektiv och nära vård 2030. I det fortsatta arbetet med effektiv och nära vård 2030 och dess samtliga delprojekt kommer Östhammars kommun representeras av verksamhetsnära aktuell profession med syfte att se till individens behov. Prioriterat är det pågående projektet vårdcentrum Östhammar.

Årlig uppföljning av demensdiagnostiserade individer per tätort/hemsjukvårdsområde
Enhetschefen för hemsjukvården ansvarar för att enkäten fylls i och skickas åter till MAS
för sammanställning före

Ort:.....Dag då mätningen utförs:.....

Demensteam

Antal ärenden/remisser? _____

Antal personer **med demensdiagnos** inskrivna i hemsjukvården

Särskilt boende (ej demensboende)

1900-1910 _____

1911-1920 -

1921-1930

1931-1940 -

1941-1950 _____

1951-1960 _____

Ordinärt boende

1900-1910 _____

1911-1920 _____

1921-1930 -

1931-1940 _____

1941-1950 _____

1951-1960 _____



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

*Antal **ej demensdiagnostiserade** personer med minst 2 demensliknande symtom
(ej orienterad till person, tid och rum) med varaktighet längre än 6 månader*

Särskilt boende (ej demensboende)

1900-1910 _____

1911-1920 _____

1921-1930 _____

1931-1940 _____

1941-1950 _____

1951-1960 _____

Ordinärt boende

1900-1910 _____

1911-1920 _____

1921-1930 _____

1931-1940 _____

1941-1950 _____

1951-1960 _____

Har alla demensdiagnos på demensboendet

Ja _____

Nej _____

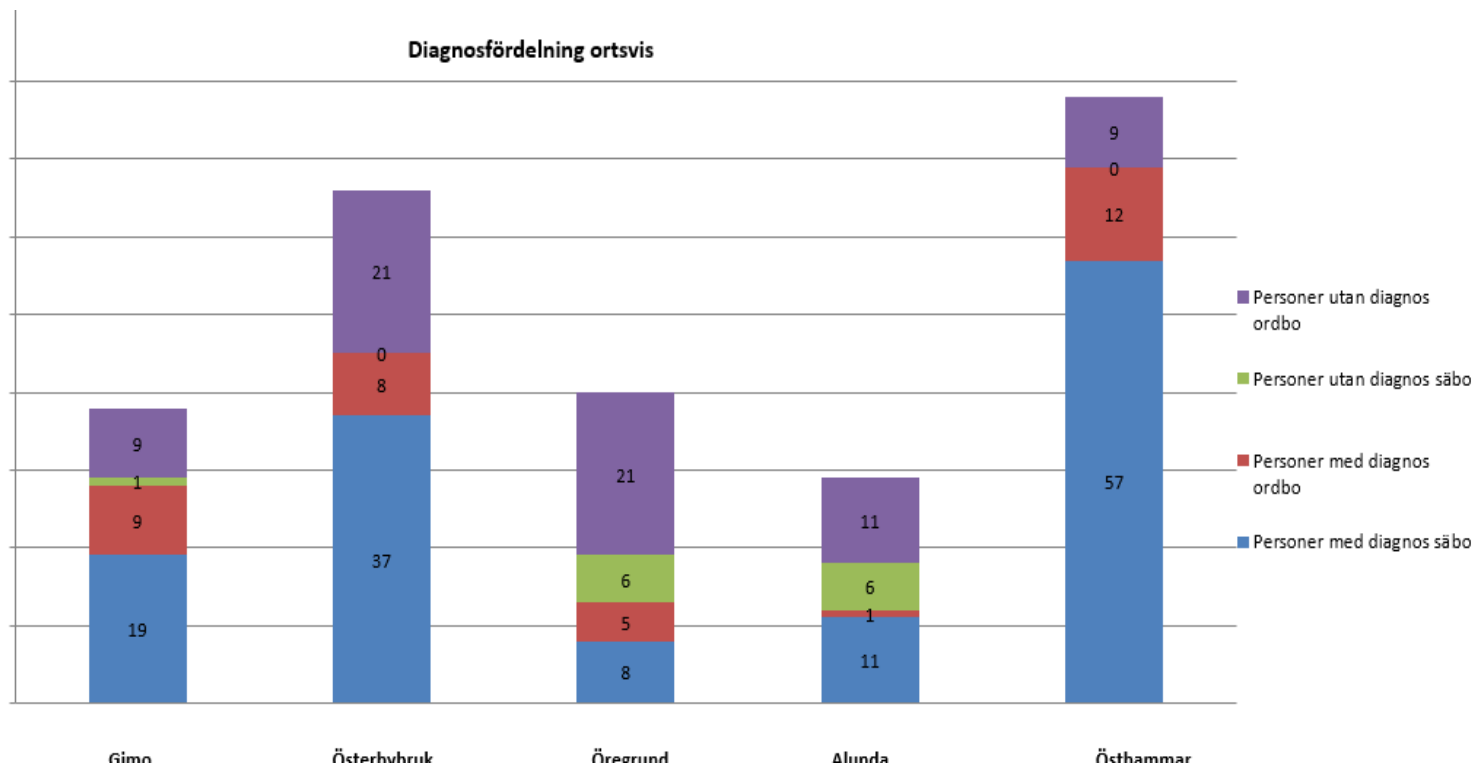
Om nej, i vilken omfattning/hur många? _____



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

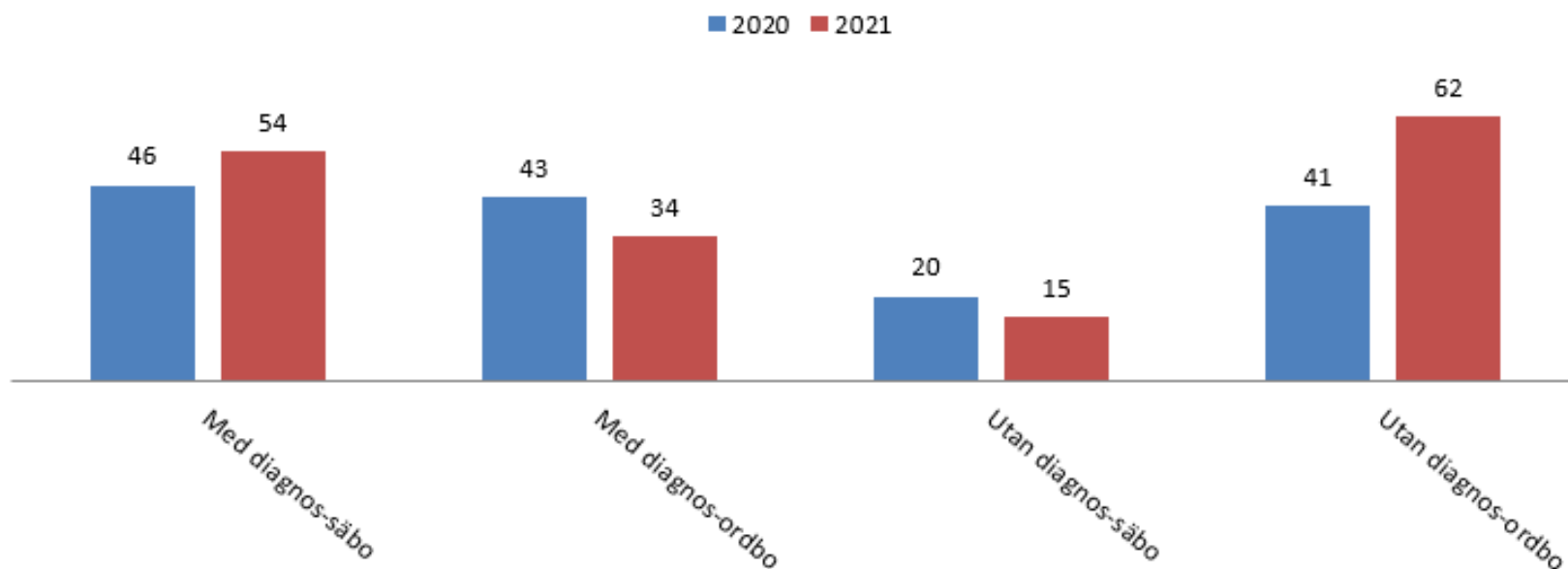
2021

Diagnosfördelning ortsvis



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

Diagnosfördelning inom hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende (ej demensboende)



Period 2022-02
ANSV 7*

FUNKT	ENHET	BUDGET År	Budget Ack	UTFALL Ack	UTFALL Per	Avvikelse	Avvikelse %	PROGNOS	ÖVERSKOTT(+)/ UNDERSKOTT(-)
700 OMSORG, STAB	7000 OMSORG, STAB	33 594,0	5 585,0	-2 422,2	-1 249,5	8 007,2	-43,4%	26 594,0	7 000,0
BERÄKNADE HYRESKOSTNADER FÖR PERIODEN JAN-FEB (ENLIGT BUDGET)				8 981,0					
Summa 700		33 594,0	5 585,0	6 558,8	-1 249,5	-973,8	117,4%	26 594,0	7 000,0
711 MYNDIGHET OMSORG	7110 MYNDIGHET, STAB	4 169,0	682,7	140,9	-302,2	541,8	20,6%	4 169,0	0,0
711 MYNDIGHET OMSORG	7112 BARN- OCH UNGDOM, ÖPPENVÅRD	9 056,0	1 502,4	1 189,2	698,3	313,2	79,2%	9 056,0	0,0
711 MYNDIGHET OMSORG	7113 BARN- OCH UNGDOM, MYNDIGHET	29 455,0	4 913,9	4 591,3	1 969,7	322,6	93,4%	29 455,0	0,0
711 MYNDIGHET OMSORG	7114 VUXEN, MYNDIGHET	23 601,0	3 910,9	3 433,1	1 507,7	477,7	87,8%	23 601,0	0,0
711 MYNDIGHET OMSORG	7115 SJÄLVSTÄNDIGT BOENDE OCH LIV	5 855,0	958,2	792,1	385,8	166,1	82,7%	5 855,0	0,0
711 MYNDIGHET OMSORG	7116 ÄLDRE OCH LSS, MYNDIGHET	331 926,0	55 281,1	52 199,8	25 159,6	3 081,2	94,4%	334 626,0	-2 700,0
BERÄKNADE MATKOSTNADER FÖR PERIODEN JAN-FEB (ENLIGT BUDGET)				2 807,7					
Summa 711		404 062,0	67 249,2	65 154,1	29 418,8	2 095,0	96,9%	406 762,0	-2 700,0
721 PRODUKTION OMSORG	7210 PRODUKTION, STAB	16 018,0	2 654,6	2 082,3	806,5	572,3	78,4%	15 217,9	800,1
721 PRODUKTION OMSORG	7212 SÄRSKILT BOENDE, ÄLDRE	727,0	-747,4	941,7	923,8	-1 689,1	-126,0%	4 327,0	-3 600,0
721 PRODUKTION OMSORG	7213 ORDINÄRT BOENDE	33 491,0	4 394,1	7 727,4	4 088,7	-3 333,3	175,9%	45 891,0	-12 400,0
721 PRODUKTION OMSORG	7214 HSL	25 329,0	4 137,2	4 449,4	2 514,6	-312,2	107,5%	28 128,7	-2 799,7
721 PRODUKTION OMSORG	7215 ENH FÖR HJÄLPM O FÖREBY.INS	11 648,0	1 930,1	1 642,7	687,4	287,4	85,1%	11 548,0	100,0
721 PRODUKTION OMSORG	7216 FUNKTIONSVARIATION	7 713,0	754,2	1 925,9	770,0	-1 171,7	255,3%	10 113,0	-2 400,0
Summa 721		94 926,0	13 122,7	18 769,4	9 791,0	-5 646,7	143,0%	115 225,7	-20 299,7
		532 582,0	85 956,8	90 482,4	37 960,4	-4 525,5	105,3%	548 581,7	-15 999,7

Sektorsövergripande

- Statsbidrag

Produktion

- Hemtjänst – Debiteringsgraden har sjunkit med 1 procentenhet den senaste tiden vilket ger lägre utförd tid med bibehållna personalkostnader
- Gruppbovärdar – Ökade personalkostnader jämfört med 2021
- Nattorganisation – Fortsatt höga personalkostnader jämfört med budget
- SÄBO – Höga personalkostnader på vissa områden
- Personlig assistans – Bortfall av brukare och fortsatt höga personalkostnader
- HSL – Fortsatt behov av hyrpersonal under en viss period i väntan på att anställda SSK ska börja samt att behovet av hemsjukvård har ökat

Myndighet

- DV Egen regi
- Inkomna viten

Sektor omsorg myndighet

Gemensam Öppenvård



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

Ledningsgruppens (verksamhet myndighet) **vision**

- Förenklad och förtydligad organisation med tydliga roller
- Frisk organisation och arbetsplats
- Gemensam öppenvård med förebyggande arbete
- Evidensbaserat och metodiskt arbete
- Rättssäker hantering
- Samverkan utifrån ärende – och verksamhetsbehov

...från samverkan till samarbete

Samverkan är något som sker inom och mellan olika enheter, myndigheter och samhällsaktörer. Det kan till exempel handla om aktivt utbyte av information eller att planera gemensamma aktiviteter.

Samarbete är ett gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift.

Arbetsprocess och delaktighet

Samtal med enhetschefer myndighet

Arbetsgrupp med medarbetare från de olika enheterna

Omvärldskoll hos Tierp och Lindesberg

Redovisa och avstämna med **ledningsgruppen**

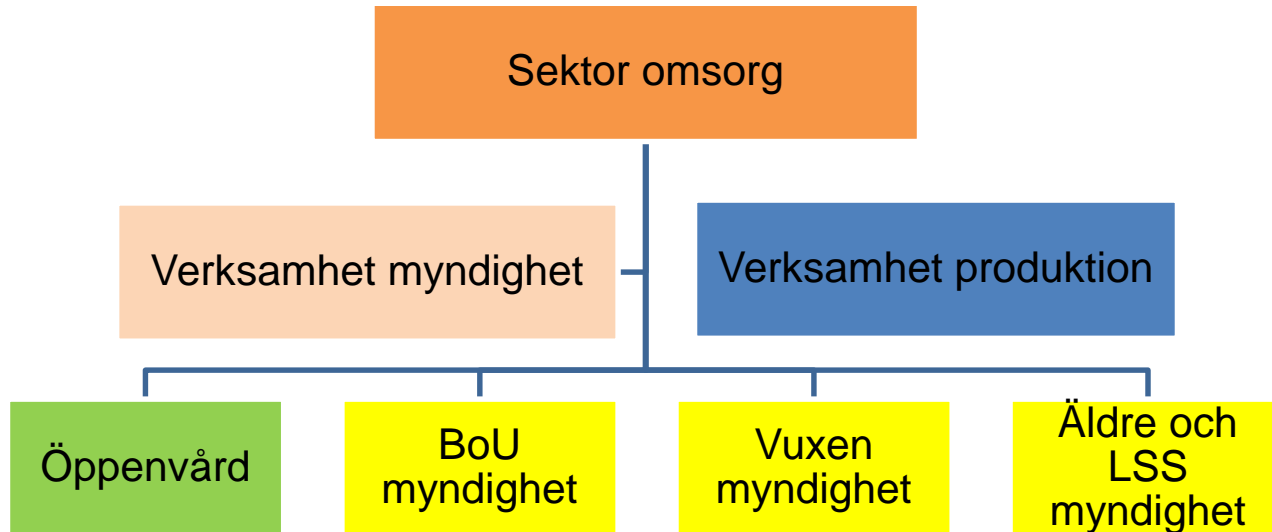
Redovisa med **arbetsgruppen och skyddsombud**

Risakanalys

Myndighetschef fastslår organisationen öppenvård i samverkan och MBL

Samma medarbetare och
samma arbetsuppgifter!

Organisationsskiss verksamhet myndighet



Nuläge				Enheterna öppenvård och BoU myndighet			
Enhet	Insats	Antal	Myndighet / öppen	Grupp	Insats	Antal	Myndighet / öppen
SLB	vuxenpedagog	6 (7)	öppen	Boendestöd	vuxenpedagog	7	öppen
	ungdomspedagog	2 (3)	öppen	Råd och stöd	ungdomspedagog	3	öppen
Öppenvård BoU	familjebehandlare	7	öppen		familjebehandlare	7	öppen
	hemterapeut	1	öppen		hemterapeut	1	öppen
	familjehemssekr	2	öppen		missbruksbehandlare	2	öppen
	kontaktpersonssekr	1	öppen	Familjerätt och uppdragstagare	familjerättssekreterare	2	Myndighet
	familjerättssekr	2	öppen		familjehemssekreterare	2	Myndighet
	adm	1	öppen		kontaktpersonssekreterare	2	Myndighet
Vuxen myndighet	missbruksbehandlare	2	myndighet		administratör	1	Myndighet
LSS (50/50)	kontaktpersonssekr	1	myndighet				
		25 (27)				20	



Argumenten till förändringarna;

- (Missbruks)behandlare är utförare och behöver vara i en arbetsgrupp med ärendediskussioner, handledning mm.
- Familjerätt är (egen) myndighetsutövning. Kunskapen behövs mer hos BoU myndighet än öppenvården.
- Familjehems beslut är kopplade till BoU myndighets ekonomi och placeringsbeslut (SN/AU mm). Kunskapen behövs mer hos BoU myndighet än öppenvården.
- ADM tillhör arbetsgruppen FR, FH, KP och följer därför med dessa.

Detta är kvar att göra;

- Flytt / överlämning chef – chef. Överflytt sker succesivt, ingen förändring före MBL och samverkan.
- Ändringar i verksamhetssystem (PersonecP, Combine, Stratsys, HR mfl).
- Budget, omfördelning av ramar.

Det här ska vi uppnå;

I och med att alla öppenvårdsresurser finns inom samma enhet så kommer samarbeten och kollegial kunskapsnyttjande skapa ett bredare resursanvändande som leder till bättre stöd och behandling för medborgaren/brukaren genom synergieffekter.

Analys avvikelser och synpunkter kvartal 4

Sektor omsorg

Innehållsförteckning

1	Avvikelser	3
1.1	Antal rapporterade händelser	3
1.2	Typ av avvikelse	5
1.3	Fördelning per lagrum	7
1.4	När inträffar avvikelserna?	9
1.5	Allvarlighetsgrad	11
1.6	Konsekvenser av händelsen	12
1.7	Orsak till att avvikelsen inträffade.....	14
1.8	Åtgärder som vidtagits	15
2	Synpunkter	16
2.1	Myndighet	16
2.2	Produktion.....	23

1 Avvikelser

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

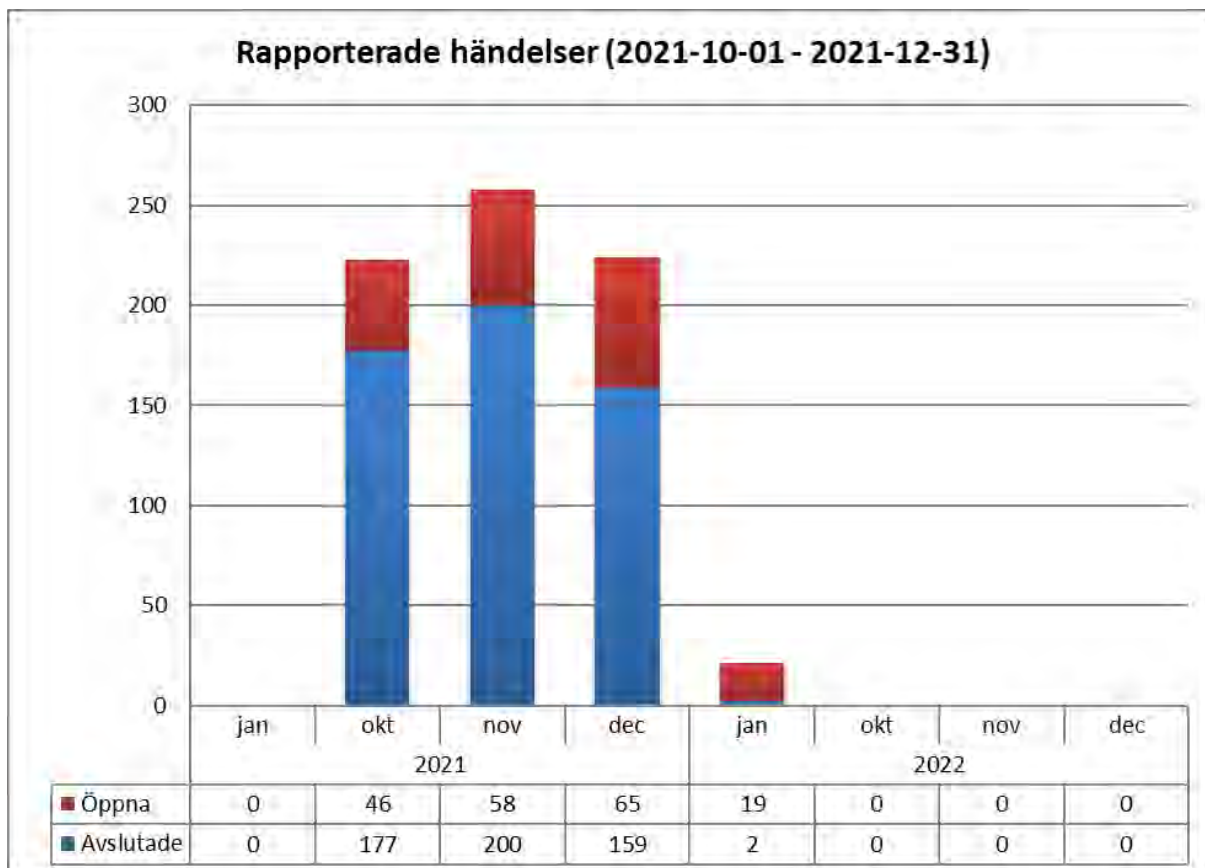
Genom att analysera avvikelser, dra slutsatser och ändra arbetssätt kan tidigare uppkomna typer av avvikelser minska eller försvinna. Avvikelser uppträder inte utan orsak. Bakom händelserna ligger ofta brister i rutiner eller i arbetssätt.

Definition

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

1.1 Antal rapporterade händelser

Totalt har det rapporterats 726 avvikelser under perioden kvartal 4:



I rapporterade händelser kommer januari 2022 med på grund av att avvikelserna har inträffat i kvartal 4 men avvikelserna är sedan registrerad i januari 2022.

Fördelning per verksamhetsområde och enhet för kvartal 4

De inrapporterade avvikelserna är fördelade enligt nedan per enhet och verksamhetsområde:

Enhet	Antal	Fördelning
Akademiska sjukhuset	6	0,8%
Underenhet finns inte	6	0,8%
Individ- och familjeomsorgen	10	1,4%
Barn och Unga	10	1,4%
Primärvård	7	1,0%
Underenhet finns inte	7	1,0%
Psykatri/BUP	1	0,1%
Underenhet finns inte	1	0,1%
Vård och Omsorg	697	96,0%
Aktivt Stöd	29	4,0%
Biståndsenheten	10	1,4%
Enheten för hjälpmedel och förebyggande verksamhet	1	0,1%
Hemsjukvård Rehab	2	0,3%
Hemtjänst	226	31,1%
LSS Gruppboende	21	2,9%
LSS Personlig Assistans	3	0,4%
LSS Serviceboende	2	0,3%
Nattpatrullen	170	23,4%
Närvårdsenheten	18	2,5%
Särskilt boende	215	29,6%
Övrig extern part	3	0,4%
Underenhet finns inte	3	0,4%
(tom)	2	0,3%
Underenhet finns inte	2	0,3%
Totalt	726	100,0%

Analys av öppna avvikelser från oktober-december 2021:

I urvalet nedan framgår att verksamheten fortfarande har 188 avvikelser som fortfarande ligger som "öppna" i systemet för avvikelshantering. Notera att detta inte behöver vara synonymt med att avvikelsen inte är hanterad. En avvikelse bör hanteras inom en månad från incidenten för att fylla kraven på att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (jmf Socialtjänstlagen kap 2 kap 1§ och 3 kap §3).

Kommentar:

De öppna avvikelserna fördelar sig enligt nedan per verksamhetsområde & enhet:

Enhet	Antal	Fördelning
Akademiska sjukhuset	5	2,7%
Underenhet finns inte	5	2,7%
Individ- och familjeomsorgen	1	0,5%
Barn och Unga	1	0,5%
Primärvård	2	1,1%
Underenhet finns inte	2	1,1%
Vård och Omsorg	178	94,7%
Aktivt Stöd	23	12,2%
Biståndsenheten	6	3,2%
Enheten för hjälpmedel och förebyggande verksamhet	1	0,5%
Hemsjukvård Rehab	2	1,1%
Hemtjänst	82	43,6%
LSS Gruppboende	21	11,2%
LSS Personlig Assistans	3	1,6%
Nattpatrullen	1	0,5%
Särskilt boende	39	20,7%
Övrig extern part	1	0,5%
Underenhet finns inte	1	0,5%
(tom)	1	0,5%
Underenhet finns inte	1	0,5%
Totalt	188	100,0%

Fördelning av öppna avvikelser för oktober-december 2021 vid kontroll den 4 mars 2022.

1.2 Typ av avvikelse

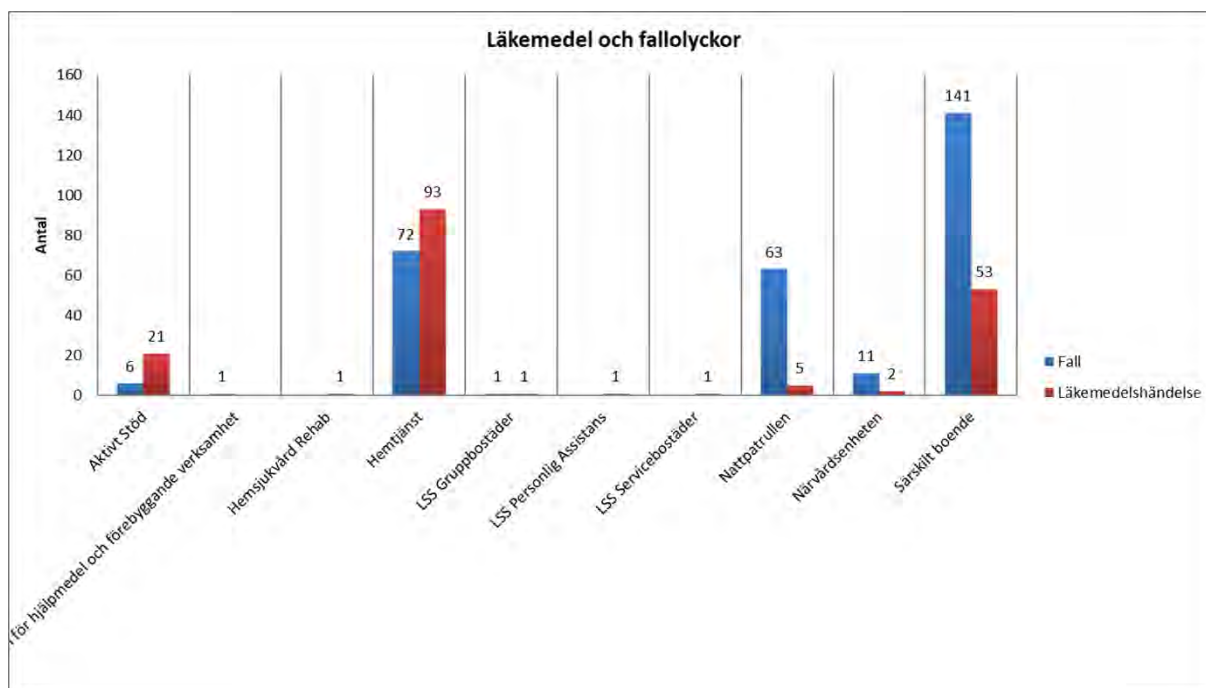
Notera att en avvikelse kan kategoriseras som flera "typer", därav högre totalsumma än antalet rapporterade avvikelser som var 726 stycken för perioden.

Typ	Antal	Fördelning
Fall	295	34,3%
Läkemedelshändelse	180	20,9%
Brist i/utebliven tillsyn	90	10,5%
Brist i information, kommunikation, samverkan	50	5,8%
Brist i trygghet	33	3,8%
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	28	3,3%
Brist i/utebliven personlig hygien	28	3,3%
Övrigt	27	3,1%
Brist i handläggning	24	2,8%
Brist i/utebliven dokumentation	23	2,7%
Brist i/utebliven rehabilitering	20	2,3%
Brist i/uteblivna servicetjänster	16	1,9%
Brist i/utebliven fritid/motion	11	1,3%
Brist i/uteblivna sociala aktiviteter	10	1,2%
Händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö	8	0,9%
Ovärdigt bemötande	6	0,7%
Brist i mathållning	3	0,3%
Bruten sekretess	2	0,2%
Övergrepp/oegentlighet	2	0,2%
Självskadebeteende	2	0,2%
Hot och våld	1	0,1%
Tryckskada/trycksår	1	0,1%
Totalt	860	100,0%

1.2.1 Analys typ av avvikelse

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

Vad gäller fall och läkemedel är de fördelade enligt nedan per verksamhetsområde:



Här nedan kommenteras de övriga områdena där det är fler än 20 avvikelser inrapporterat:

- ***Brist i/utebliven tillsyn***
Av 90 ärenden rör 8 hemtjänst, 76 nattpatrull, 2 särskilt boende
- ***Brist i information, kommunikation, samverkan***
Av 50 avvikelser rör 14 hemtjänsten, Barn och unga 8, 7 nattpatrull, 7 särskilt boende
- ***Brist i trygghet***
Av 33 avvikelser rör 4 hemtjänst, 15 LSS grupp- och servicebostad, 7 nattpatrull och 3 särskilt boende
- ***Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)***
Av 28 avvikelser rör 9 hemtjänst, 5 aktivt stöd, 8 nattpatrull och 2 särskilt boende
- ***Brist i/utebliven personlig hygien***
Av 28 avvikelser rör 12 hemtjänst och 12 nattpatrull
- ***Övrigt***
Av 27 avvikelser rör 7 hemtjänst och 4 särskilt boende
- ***Brist i handläggning***
Av 24 avvikelser rör 7 hemtjänst, 3 aktivt stöd, 4 barn och unga, 5 biståndsenheten och 3 särskilt boende
- ***Brist i/utebliven dokumentation***
Av 23 avvikelser rör 15 hemtjänsten, 3 Aktivt stöd, 2 biståndsenheten

Kommentar:

1.3 Fördelning per lagrum

Visar fördelning per lagrum ('#' står för antal).

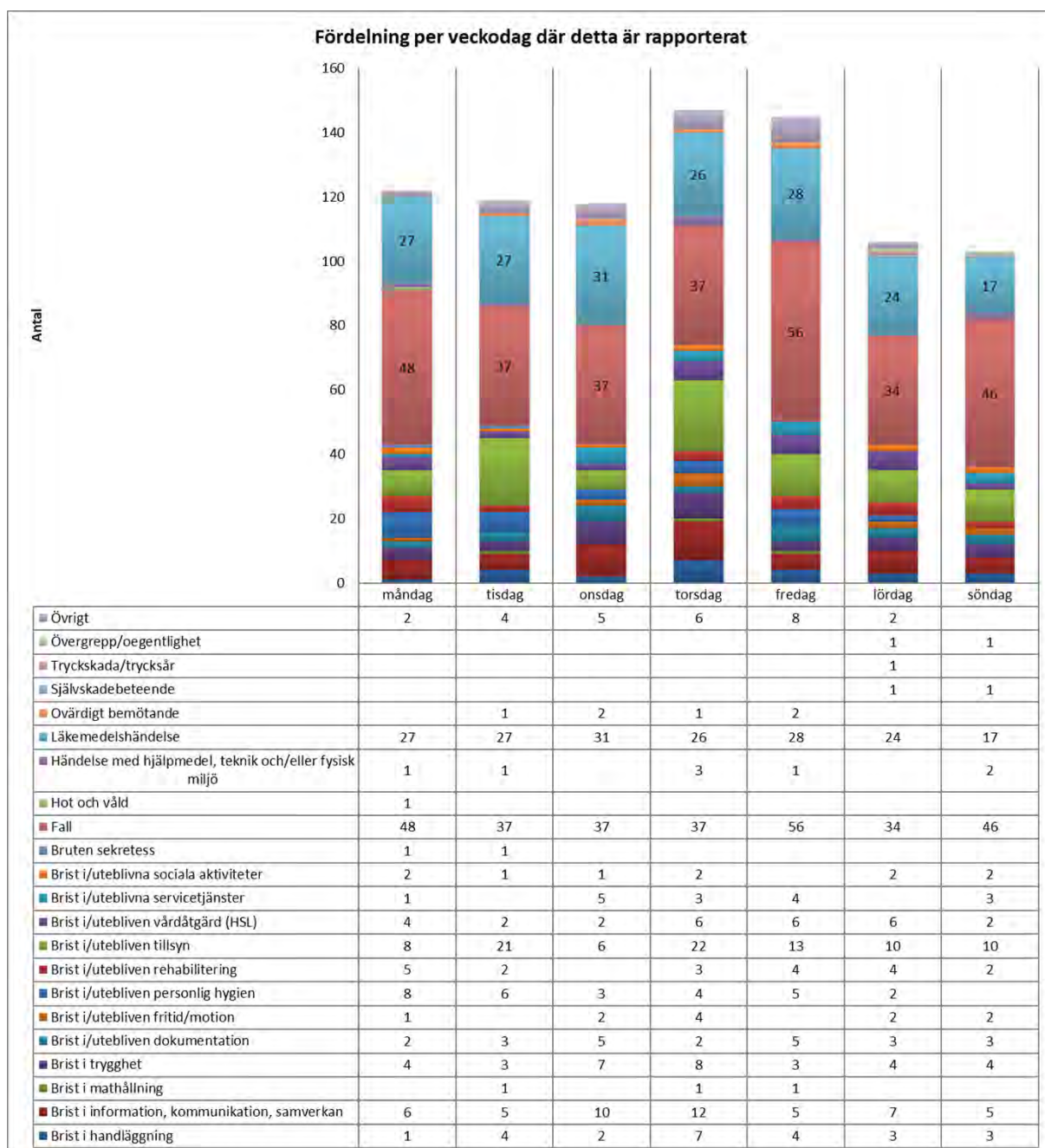
Enhet	HSL		LSS		SoL		Totalt #	Totalt %
	#	%	#	%	#	%		
Akademiska sjukhuset	2	0,4%		0,0%	4	2,6%	6	0,8%
Individ- och familjeomsorgen	1	0,2%		0,0%	9	5,8%	10	1,4%
Primärvård	5	0,9%	1	4,5%	1	0,6%	7	1,0%
Psykatri/BUP		0,0%	1	4,5%		0,0%	1	0,1%
Vård och Omsorg	538	98,4%	20	90,9%	139	89,7%	697	96,3%
Övrig extern part	1	0,2%		0,0%	2	1,3%	3	0,4%
Totalt	547	100,0%	22	100,0%	155	100,0%	724	100,0%

1.3.1 Analys fördelning av lagrum

Som nämndes i föregående kapitel är fördelningen normal sett till hur det ser ut i Sverige.

1.4 När inträffar avvikelserna?

1.4.1 Vilken veckodag inträffar flest avvikelser?



Analys

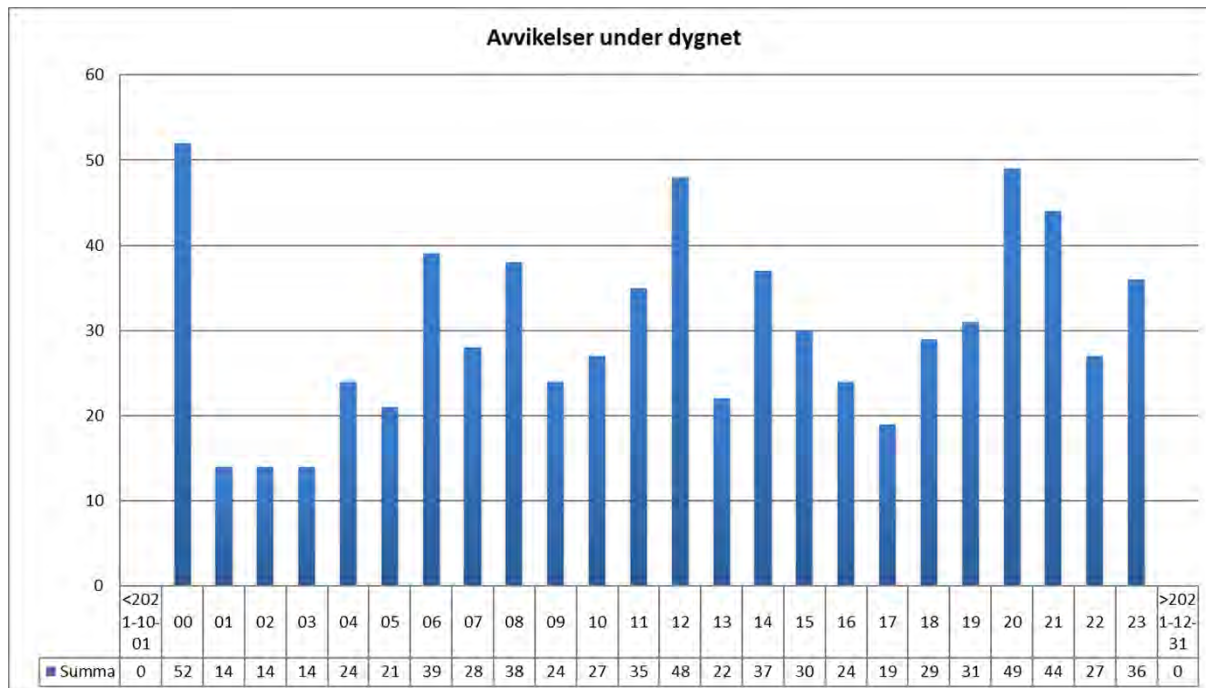
Totalt sett i perioden har flest avvikelser inträffat på torsdagar och fredagar (147, 145).

I ovanstående tabell går det att se avvikelser rörande fall är relativt jämnt fördelade över dagarna.

Flest läkemedelshändelser (180) har ägt rum på onsdagar (31) och inom hemtjänsten (93) och

Aktivt stöd (21).

1.4.2 Vilken tidpunkt på dagen inträffar flest avvikelser?



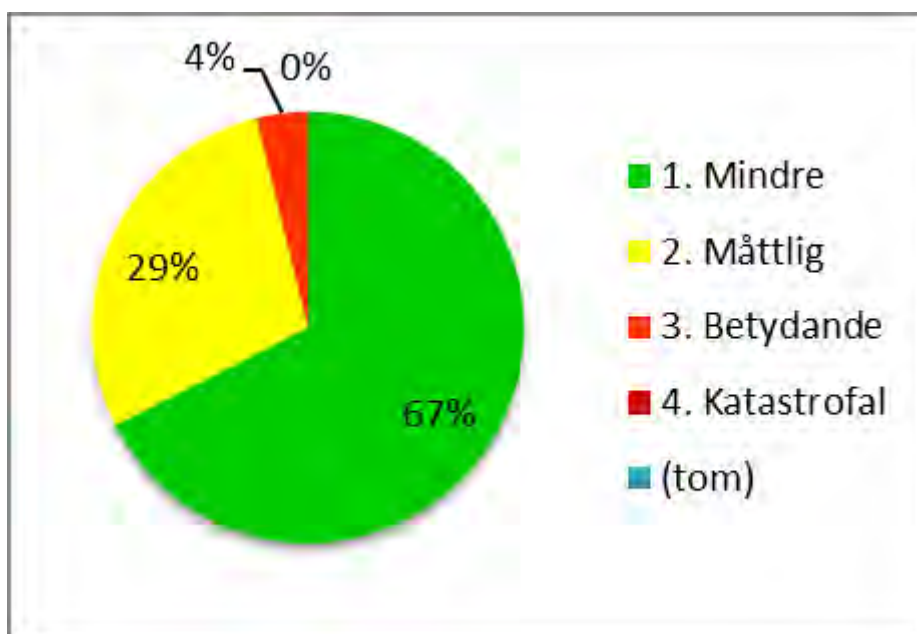
Analys

I grafen ovan går det att se att flest avvikelser verkar inträffa kl 6, kl 8, kl 12 och kl 20.

- **Klockan 06**
39 händelser som bland annat fördelar sig i 18 fall och 15 brist i/ utebliven tillsyn. Möjlig förklaring till antalet fall är att brukarna vaknar och ska ta sig ur sängen på ostadiga ben vilket resulterar i ett fall.
- **Klockan 08**
38 händelser som bland annat fördelar sig i 16 fall och 16 läkemedelshändelser.
- **Klockan 12**
48 händelser som bland annat fördelar sig i 14 läkemedelshändelser och 17 fall.
- **Klockan 20**
49 händelser som bland annat fördelar sig i 28 läkemedelshändelser och 11 fall.
- **Klockan 00**
52 händelser varv 33 saknar klockslag. Det troliga är att rapportören har missat att fylla i detta. Avser bland annat verksamheterna nattpatrullen (7), hemtjänsten (9) och särskilt boende (9).

1.5 Allvarlighetsgrad

622 avvikelser är bedömda vad gäller allvarlighetsgrad och de fördelar sig enligt nedan:



Allvarlighetsgrad	Antal	%
1. Mindre	420	67,5%
2. Måttlig	178	28,6%
3. Betydande	23	3,7%
4. Katastrofal	1	0,2%
(tom)		0,0%
Totalt	622	100,0%

1.5.1 Analys allvarlighetsgrad

1 händelse är klassade som "*Katastrofal*".

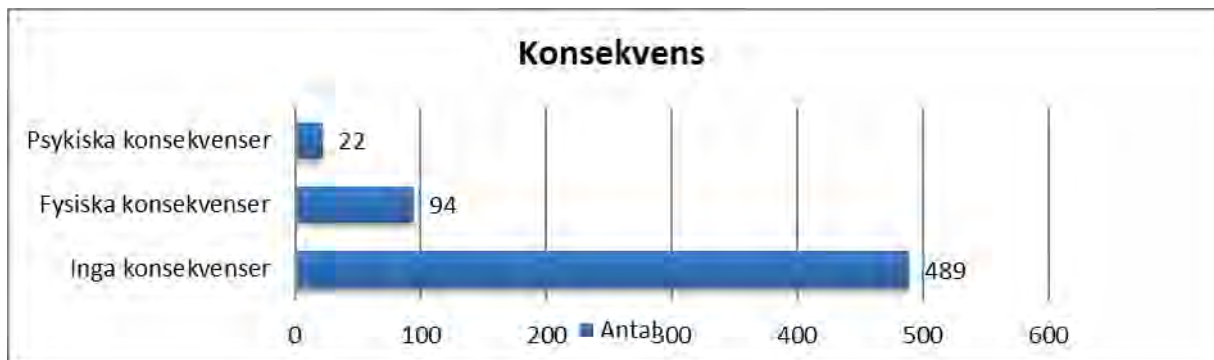
- Har ej haft någon konsekvens för den enskilde
- Avser läkemedelshändelse inom hemtjänst

23 händelser är klassade som "*Betydande*".

- Fysiska konsekvenser för brukaren (10), inga konsekvenser (11), ej uppgett (2)
- 10 händelser hemtjänst, 11 händelser på särskilt boende.
- Sannolikheten för att det ska hända igen är i 16 fall angett som mycket liten risk (och liten) och i 7 fall bedöms sannolikhet som stor (och mycket stor).
- Bakomliggande orsaker har bland annat angetts vara att den enskilde överskattat sin förmåga eller att enskild glömt att använda hjälpmedel (10), man har ej följt gällande rutin (7) eller omgivningsfaktorer/övrigt (5).

Kommentar:

1.6 Konsekvenser av händelsen





1.6.1 Analys konsekvenser

22 händelser med psykiska konsekvenser har handlat om fall, brister i trygghet samt brist i handläggning och kommunikation.

94 händelser med fysiska konsekvenserna med bland annat sårskada, blåmärke och smärta handlar om att brukaren har fallit (73). I majoriteten av händelserna har individen överskattat sin fysiska förmåga och/eller glömt att använda sitt hjälpmedel.

7 händelser med fysiska konsekvenser handlar om läkemedelshändelse utebliven dos, fel dos och bristfällig märkning. Bakomliggande orsak är framför allt att man ej följt gällande rutin. I fem av sju fall är sjuksköterska/chef kontaktad och man har i alla fall utom ett haft samtal med personal enskilt och i grupp.

1.7 Orsak till att avvikelsen inträffade

Orsak	Antal	Fördelning
Den enskilde överskattar sin fysiska förmåga	231	27,0%
[Orsak ännu inte fastställd]	122	14,3%
Övrigt	121	14,1%
Ej följt gällande rutin	114	13,3%
Omgivningsfaktor	69	8,1%
Planering (schemaläggning etc)	37	4,3%
Otillräckliga resurser	35	4,1%
Den enskilde glömde att använda rekommenderade gånghjälpmedel	17	2,0%
Brist i information internt	14	1,6%
Bristfällig dokumentation	11	1,3%
Brist i samverkan/rapportering	11	1,3%
Oklar ansvarsfördelning	9	1,1%
Gällande rutin har följts men fungerar inte	9	1,1%
Personalbrist	8	0,9%
Brist i delegeringsgenomförande	8	0,9%
Handhavandefel avseende hjälpmedel eller larm.	8	0,9%
Den enskilde använder läkemedel som påverkar balans/gångförmåga	7	0,8%
Otillräckliga kunskaper	7	0,8%
Bristfälliga hjälpmedel	5	0,6%
Feldelat i dosett eller brist i annat iordningsställande	5	0,6%
Brist i information externt	4	0,5%
Felmärkt signeringslista	2	0,2%
Inte följt gällande omvårdnads-/rehab-ordinationer enligt fastställt plan	2	0,2%
Totalt	856	100,0%

1.7.1 Analys av orsak

122 av händelserna saknar orsak varav 99 fortfarande är öppna. De öppna händelserna utan orsak angiven är fördelade enligt nedan:

Hemtjänst: 53 (22 Gimo, 22 Östhammar)

16 händelser avser brister i utebliven dokumentation, information, kommunikation och handläggning. 27 händelser avser fall eller läkemedelshändelse.

Aktivt stöd: 16

13 händelser avser fall och läkemedelshändelse.

Särskilt boende: 13 (5 Gimo, 5 Öregrund)

7 händelser avser fall och läkemedelshändelse. 3 händelser avser brist i information, kommunikation och handläggning.

1.8 Åtgärder som vidtagits

Notera att flera åtgärder kan vidtas, därav högre totalsumma än antalet rapporterade avvikelser som var 726 för perioden.

Åtgärd	Antal	Fördelning
Kontakt med berörd sjuksköterska	293	33,8%
Annan åtgärd	151	17,4%
[Ingen åtgärd vidtagen]	136	15,7%
Gruppsamtal med personal	85	9,8%
Enskilt samtal med personal	59	6,8%
Extra tillsyn	55	6,3%
Kontakt med berörd fysioterapeut	19	2,2%
Förtydligat/ändrat i befintlig rutin	18	2,1%
Kontakt med berörd Arbetsterapeut	16	1,8%
Kontakt med berörd läkare	9	1,0%
Polisanmälan	9	1,0%
Ändring i bemanning/schema	7	0,8%
Skapat ny rutin	6	0,7%
Hjälpmedel utbytt	2	0,2%
Utbildning	2	0,2%
Totalt	867	100,0%

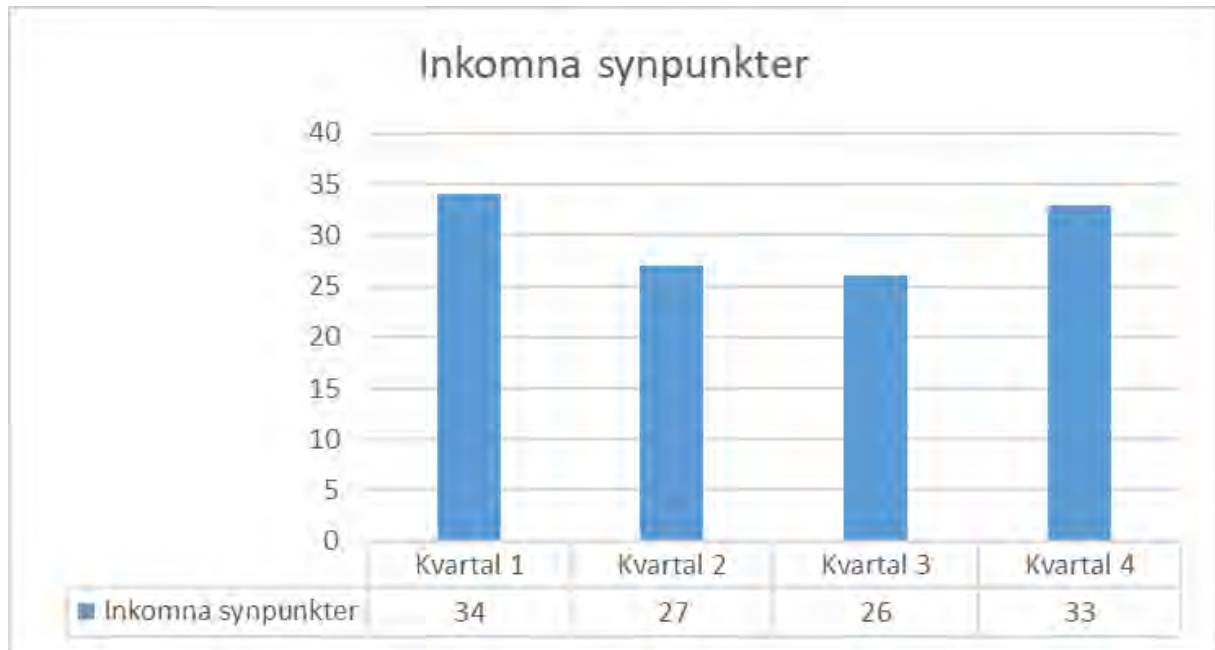
1.8.1 Analys av åtgärder

I 136 av händelserna är ingen åtgärd vidtagen. 113 av dessa händelser är fortfarande öppna alltså kan åtgärder fortfarande tillkomma. 23 händelser är avslutade utan åtgärd, 7 av dessa avser hemtjänst, särskilt boende och nattpatrull. 6 händelser avser Barn och Unga och 9 av händelserna avser Akademiska sjukhuset, Primärvården och Psykiatri/BUP samt övrigt extern part.

2 Synpunkter

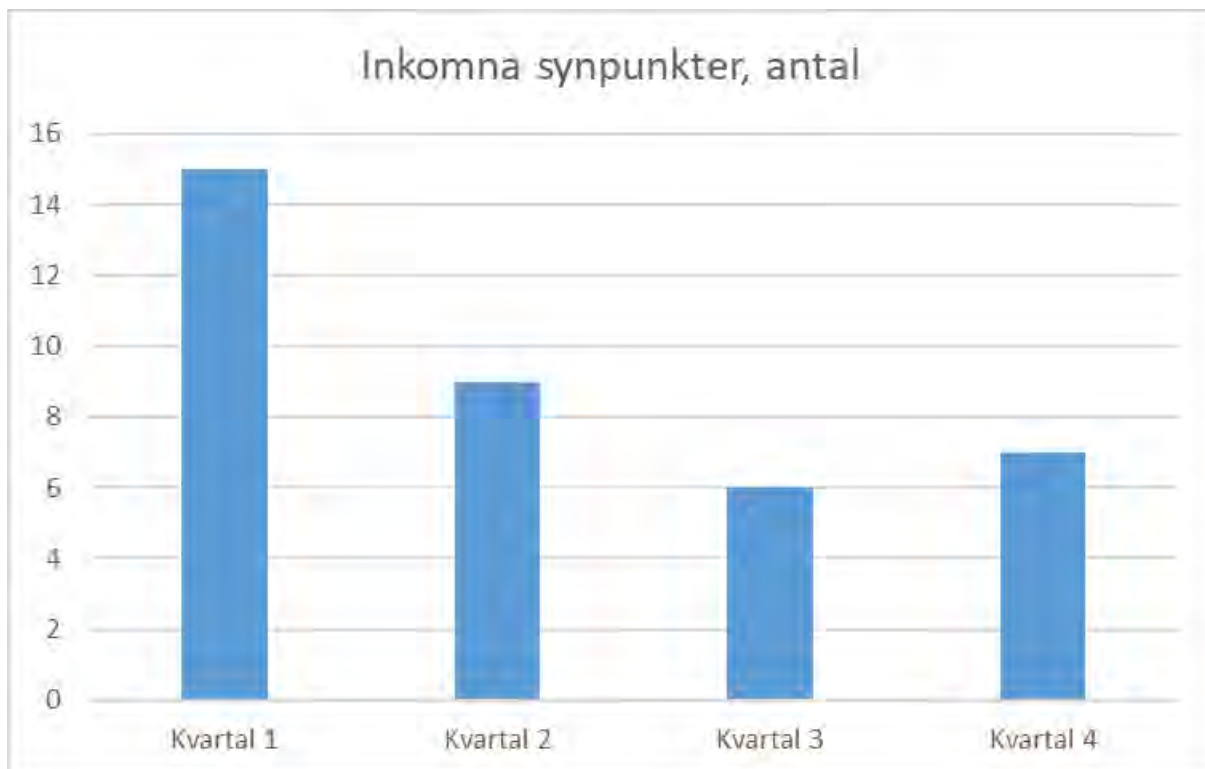
Synpunkter är åsikter eller förslag till förbättringar från bland annat brukaren om våra tjänster. Dessa kan vara positiva eller negativa. Syftet med att utreda synpunkter är för att se systematiska brister och möjliga förbättringar.

Totalt har det inkommit 33 synpunkter inom socialnämndens verksamhetsområden under fjärde kvartalet 2021.



2.1 Myndighet

Sju synpunkter har inkommit inom myndighets verksamheter under fjärde kvartalet 2021.

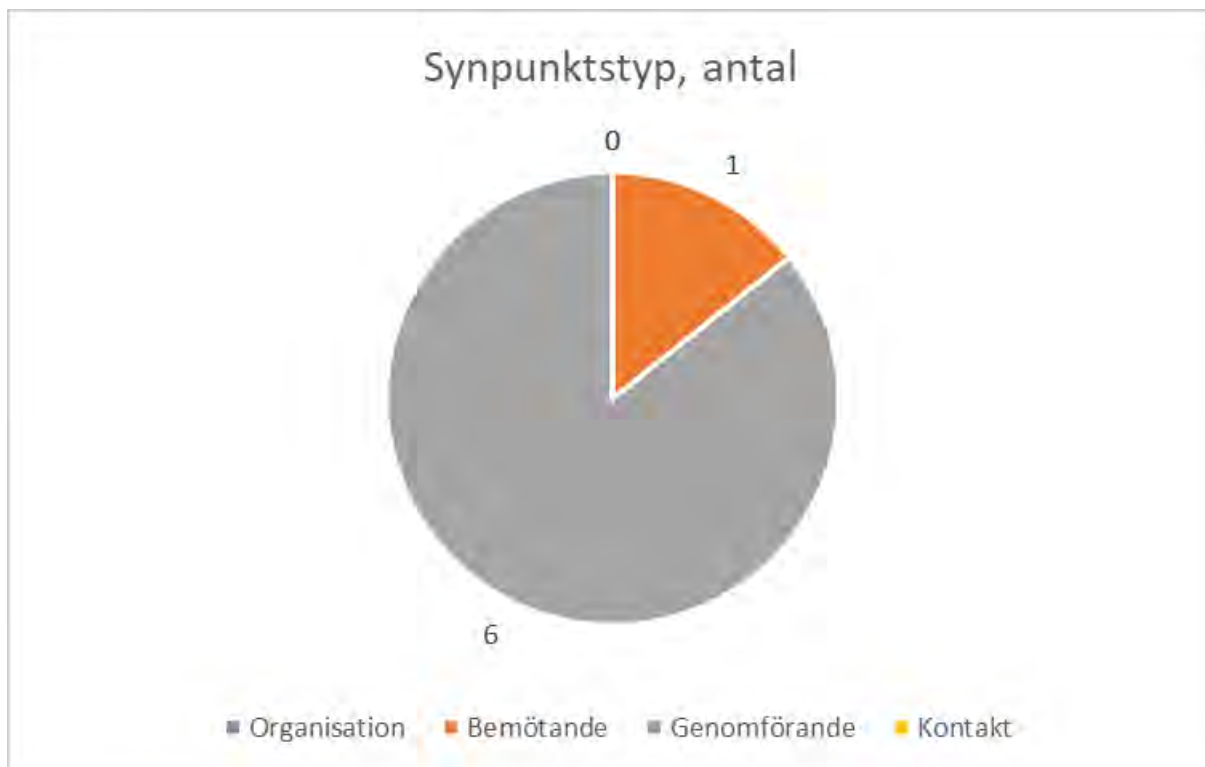


2.1.1 Fördelning synpunktstyper

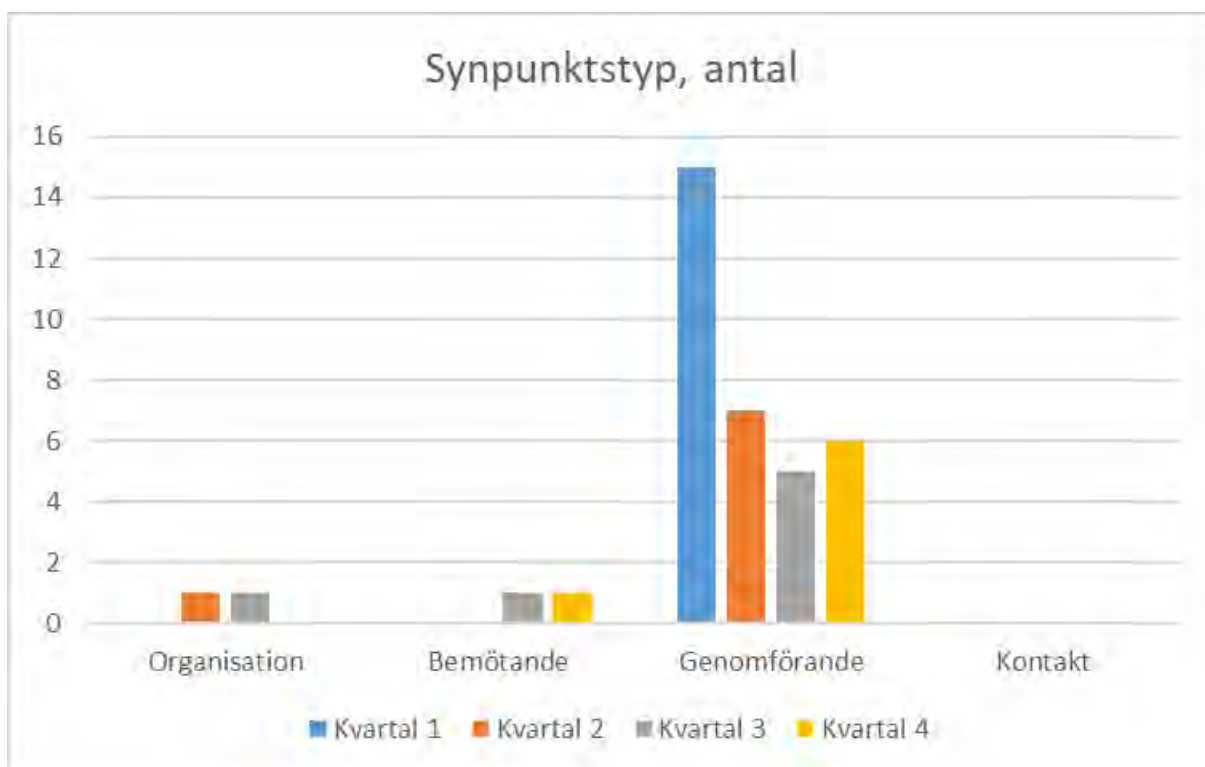
Synpunkter kategoriseras enligt positiv (nöjd med insats), negativ (ofta klagomål på verksamhet) eller neutral (förslag till förbättring) samt utifrån:

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

Inkomna synpunkter avser genomförande (6 st) och bemötande (1 st).



Synpunkter avseende genomförandet är vanligast.



2.1.2 Positiv, negativ eller neutral

Sex av de åtta synpunkterna som berör myndighet är negativa och en är neutral.

2.1.3 Synpunkter per verksamhet

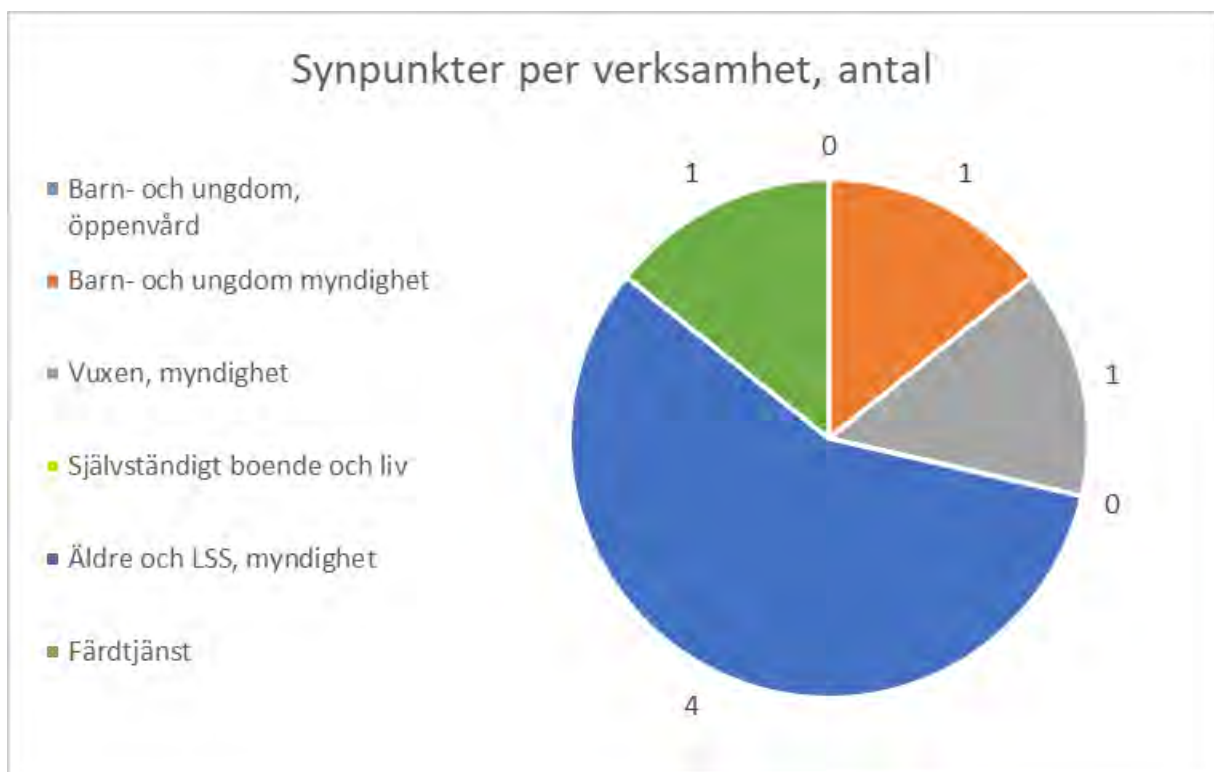
Synpunkterna som har inkommit under fjärde kvartalet är fördelade på vuxen myndighet, barn och ungdom myndighet, äldre och LSS myndighet och färdtjänst

Synpunkten för färdtjänst gällande missnöje kring att man inte får ta med sig djur i färdtjänstfordonet.

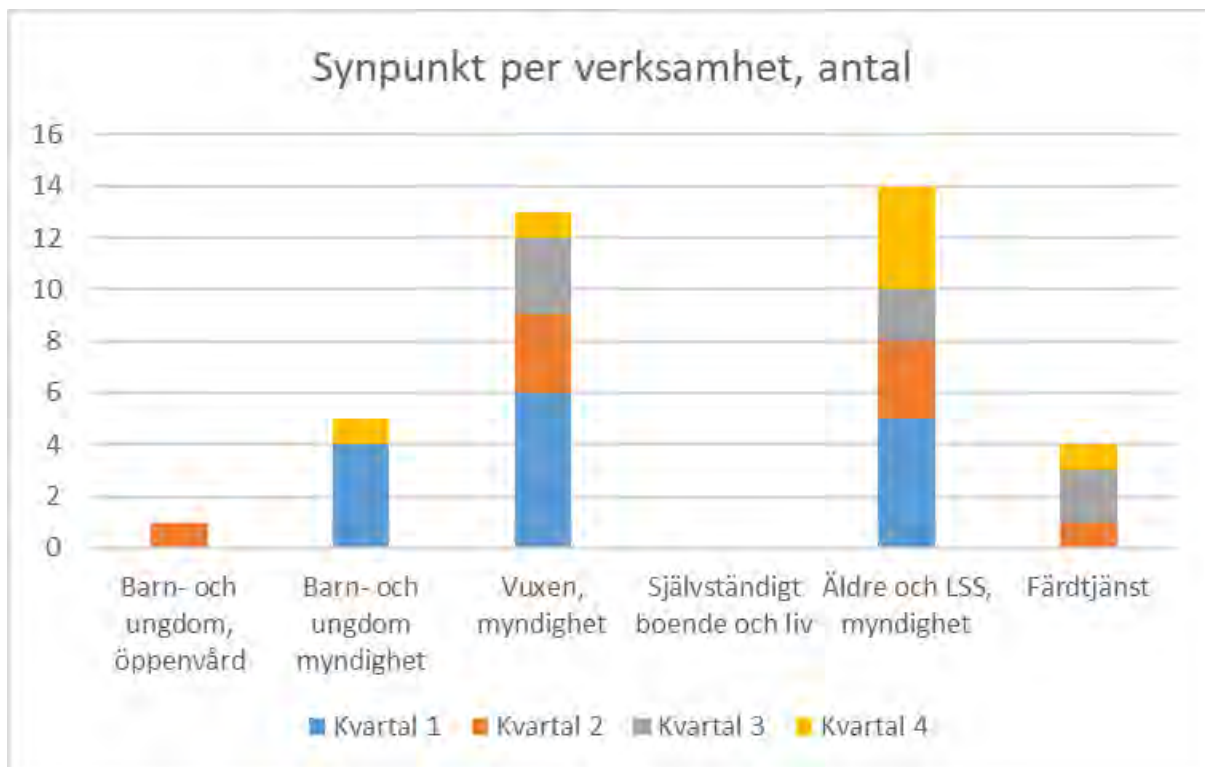
Synpunkterna rörande barn-och ungdom myndighet avser dåligt bemötande från handläggare.

Synpunkten för vuxen, myndighet avser negativt bemötande från handläggare.

Synpunkterna gällande äldre och LSS, myndighet handlar om bristande förståelse hos biståndsbedömare för hur hemtjänstpersonalen jobbar, samt missnöje med beslut. En synpunkt är neutral och rör hur man fyller i blanketten om insats enligt socialtjänstlagen.



Flest synpunkter har inkommit för enheterna för myndighetsutövning.

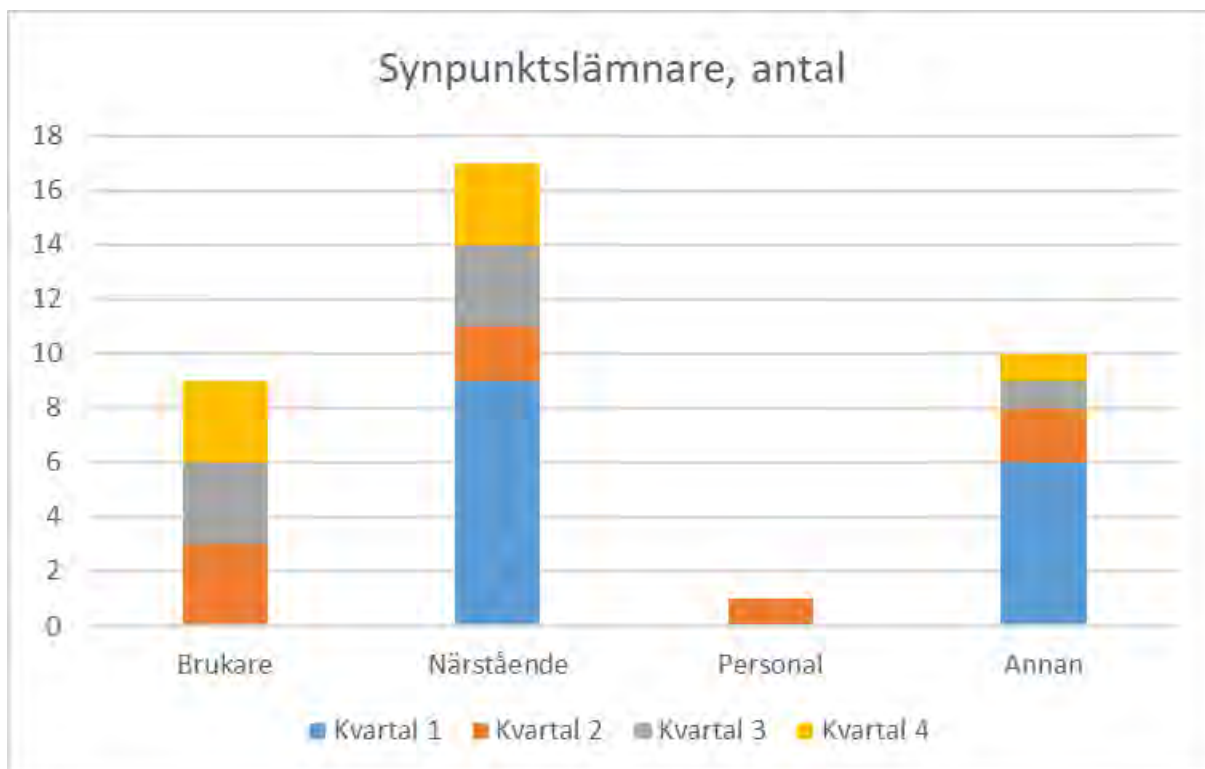


2.1.4 Synpunktslämnare

Under fjärde kvartalet har synpunkterna lämnats av brukare (3 st), närstående (1 st) och annan (3 st). Inga synpunkter har lämnats av personal. Till kategori annan räknas bland annat företrädare som god man eller förvaltare eller om synpunktslämnare inte uppgivit relation.



Tabellen nedan beskriver fördelningen av synpunktslämnare under perioden januari-december. Största gruppen av synpunktslämnare är närstående.



2.1.5 Åtgärder, svar & utredningar

Fem synpunktslämnare har uppgett att de önskar återkoppling avseende sin synpunkt. Två synpunktslämnare har inte uppgett om de vill bli kontaktade och en har uppgett att hen inte vill bli kontaktad.

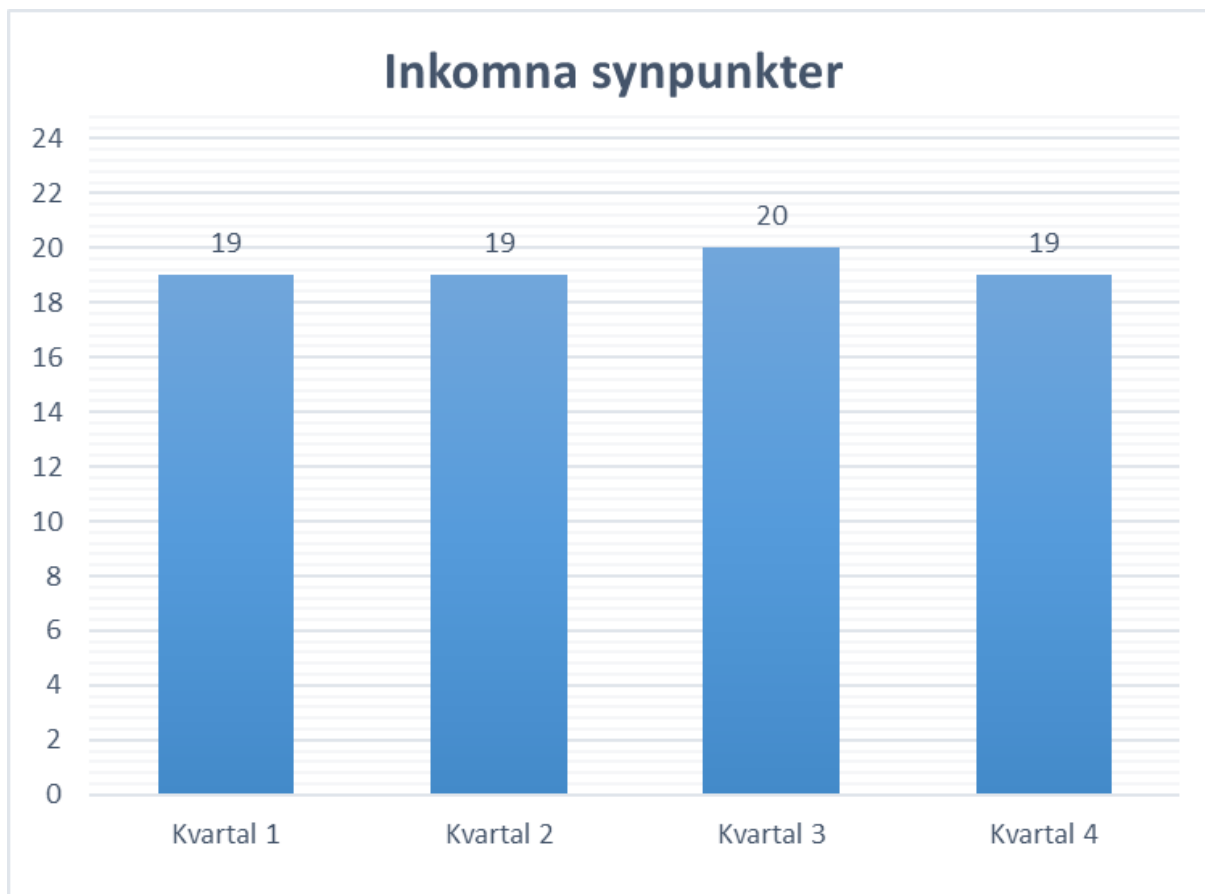


Av de synpunktslämnare som har önskat återkoppling har svar lämnats i fyra ärenden. Gällande synpunkterna som kategoriserats som ej besvarade så har synpunktslämnaren i ett ärende inte velat bli kontaktad och i två ärenden har synpunktslämnaren inte uppgett om hen vill bli kontaktad.



2.2 Produktion

Totalt inkom det 19 synpunkter som berörde olika verksamheter inom produktion.

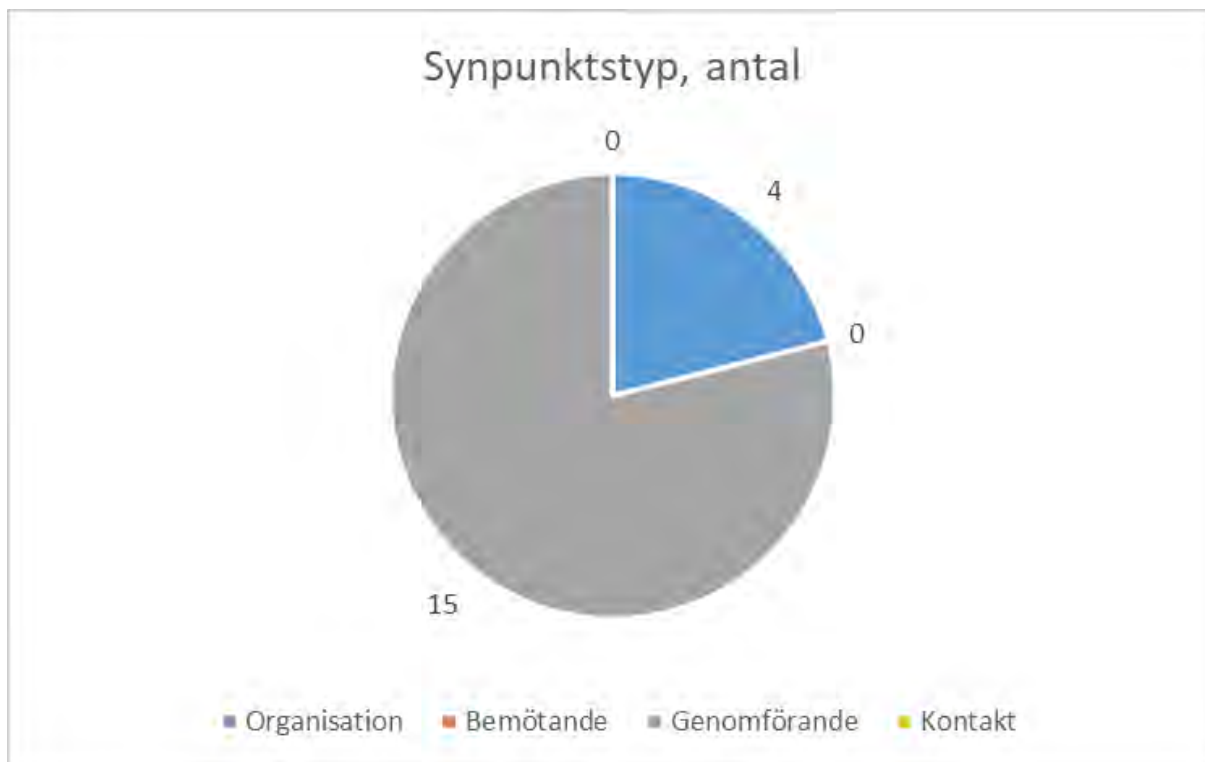


2.2.1 Fördelning synpunktstyper

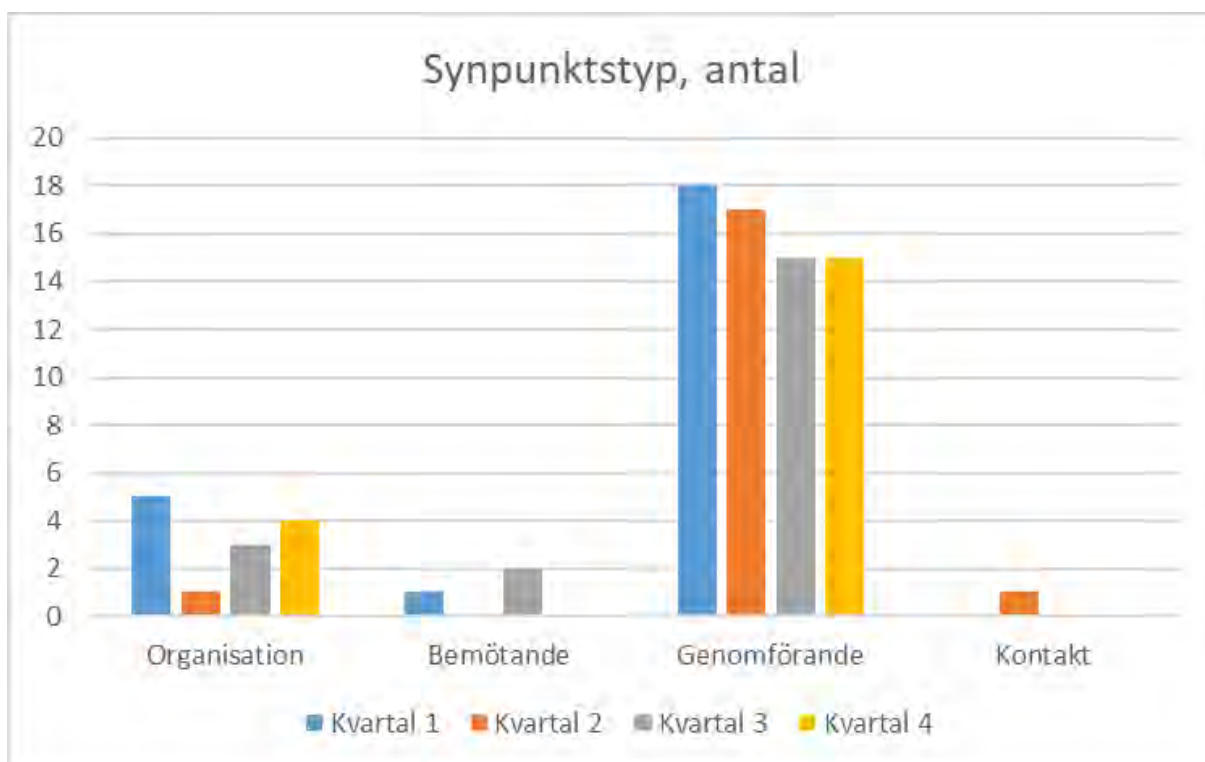
Synpunkter kategoriseras enligt positiv (nöjd med insats), negativ (ofta klagomål på verksamhet) eller neutral (förslag till förbättring) följt av någon av följande kategorier:

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

Majoriteten av synpunkterna under fjärde kvartalet berör genomförandet av insatser (15 st), och fyra synpunkter avser organisation.

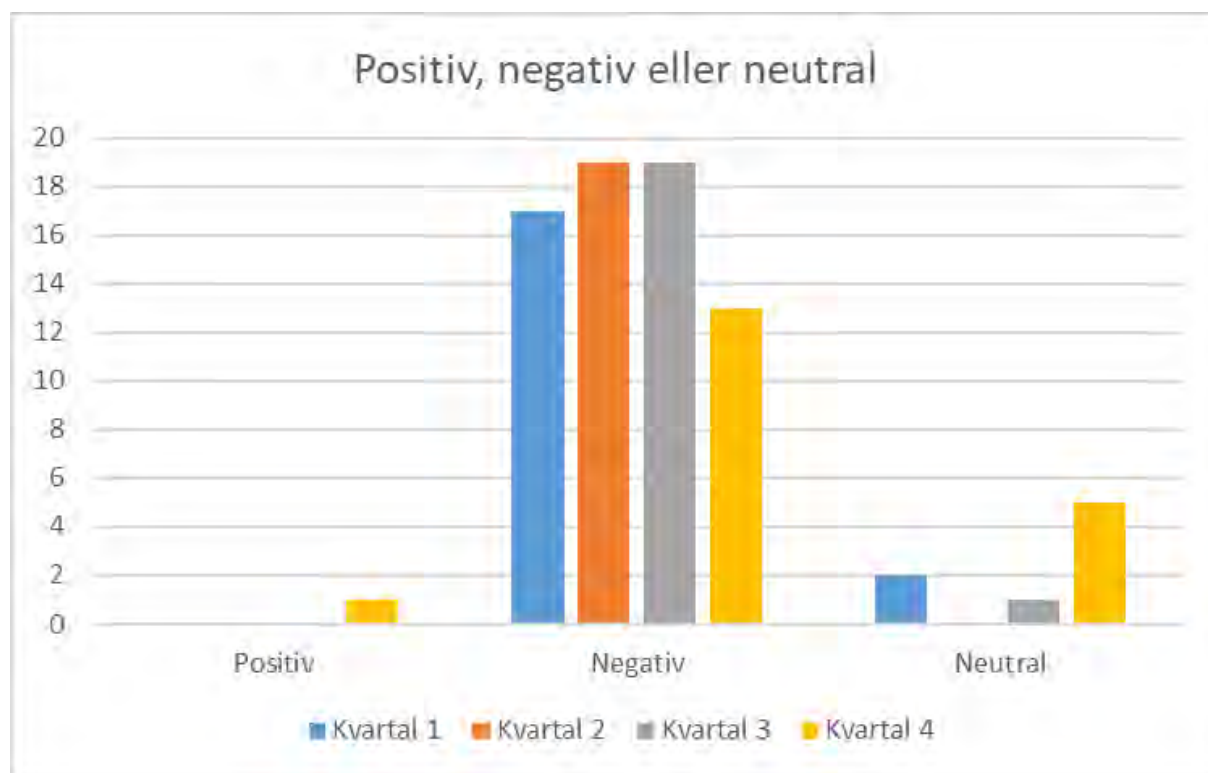


Synpunkter på genomförandet är den vanligaste kategorin för alla fyra kvartalen.



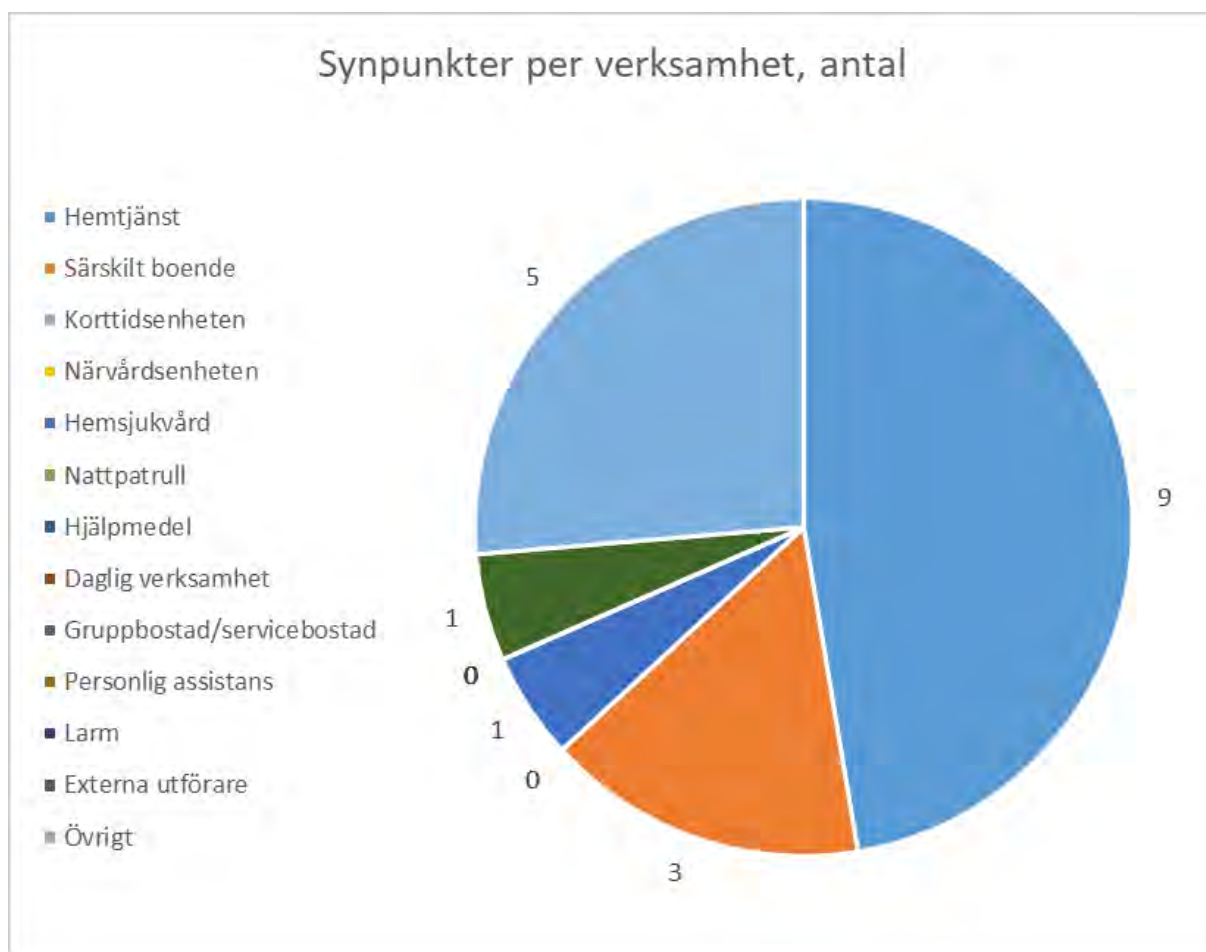
2.2.2 Positiv, negativ eller neutral

Under fjärde kvartalet har det inkommit 13 negativa synpunkter, fem neutral synpunkt, och en positiv.

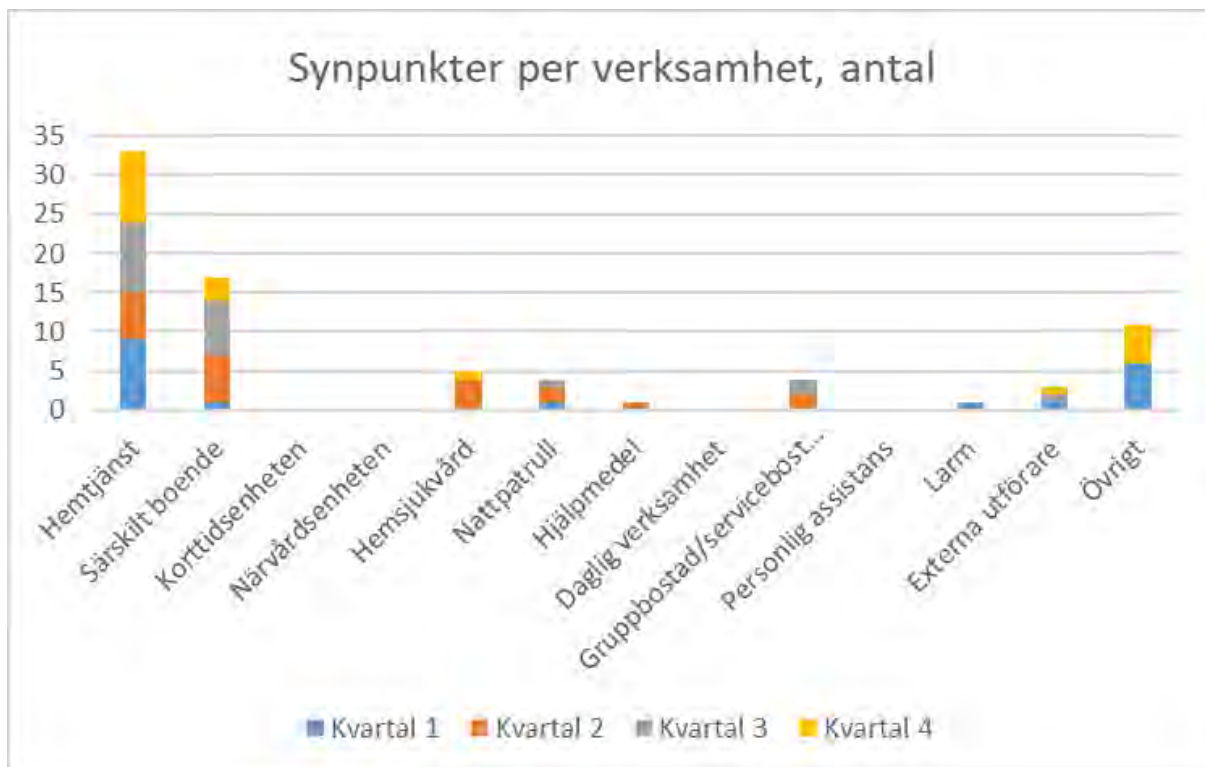


2.2.3 Synpunkter per verksamhet

Under fjärde kvartalet har nio st synpunkter inkommit inom hemtjänst, övrigt fem st, tre st avseende särskilt boende, en avseende hemsjukvård samt en gällande externa utövare.



Under hela året har flest synpunkter inkommit inom hemtjänst.

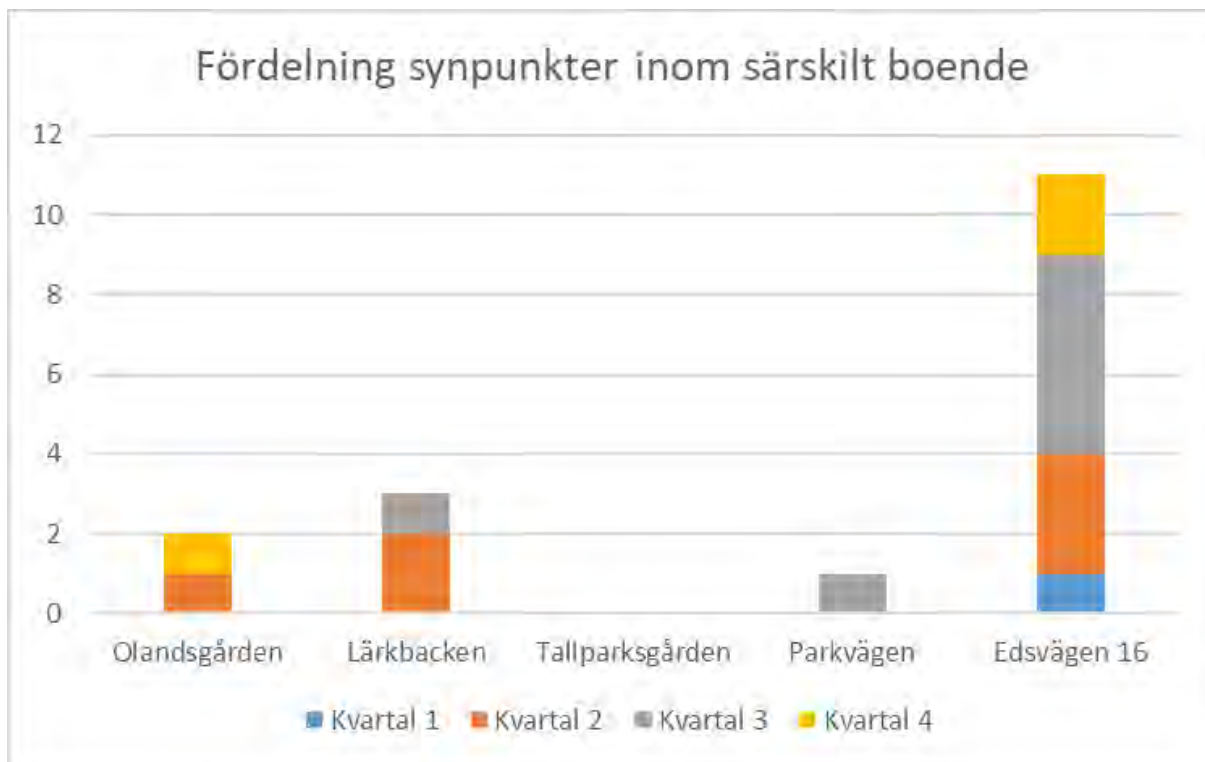


Nedan redovisas fördelning av synpunkter inom respektive särskilt boende.

De negativa synpunkterna handlar om att anhöriga upplever att det är dåligt bemannat, samt brister i hur vården utförs.

Neutral synpunkt som handlar om förslag till ändring i schemat för personalen.

Positiv synpunkt där synpunktslämnaren vill lyfta fram personalen och tycker de gör ett fantastiskt jobb.

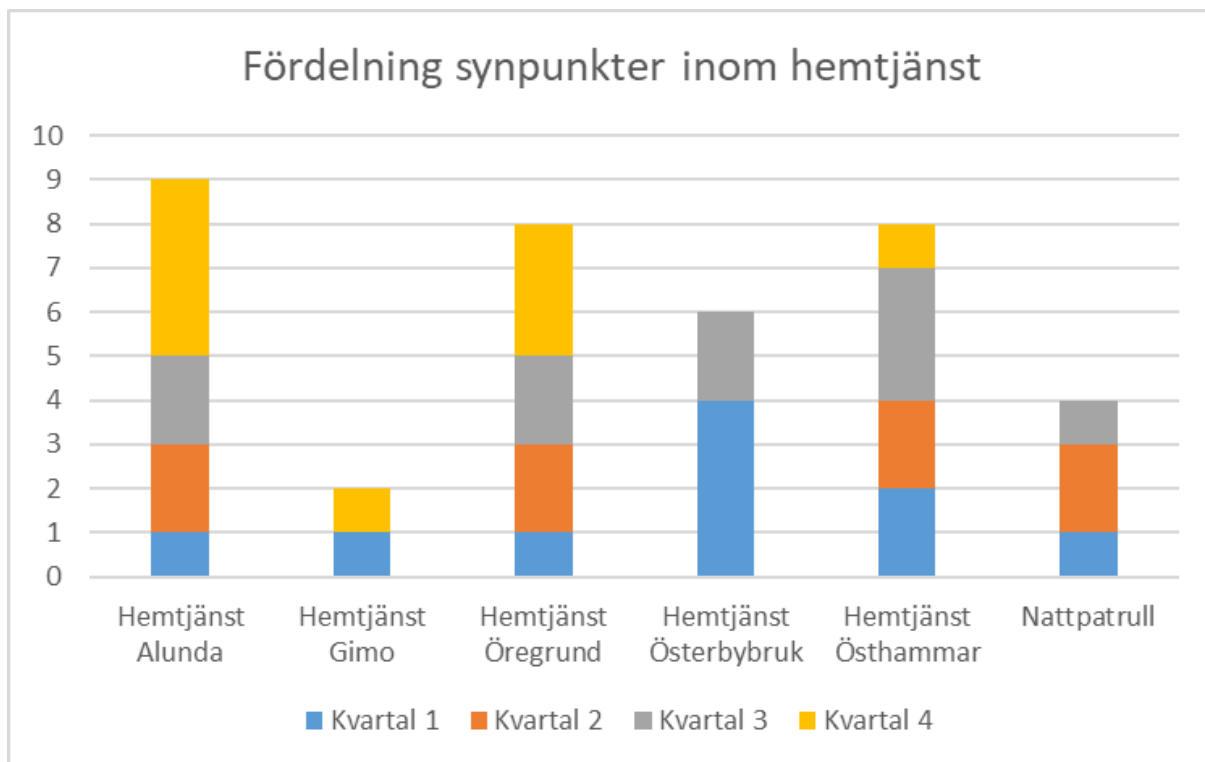


Nedan redovisas fördelning av synpunkter per hemtjänstområde.

De negativa synpunkterna handlar om att hemtjänstpersonalen kör för fort. Inte kommer hem till brukaren på utsatt tid, städar inte enligt önskemål, och att det slarvats med användandet av munskydd och visir under pandemin.

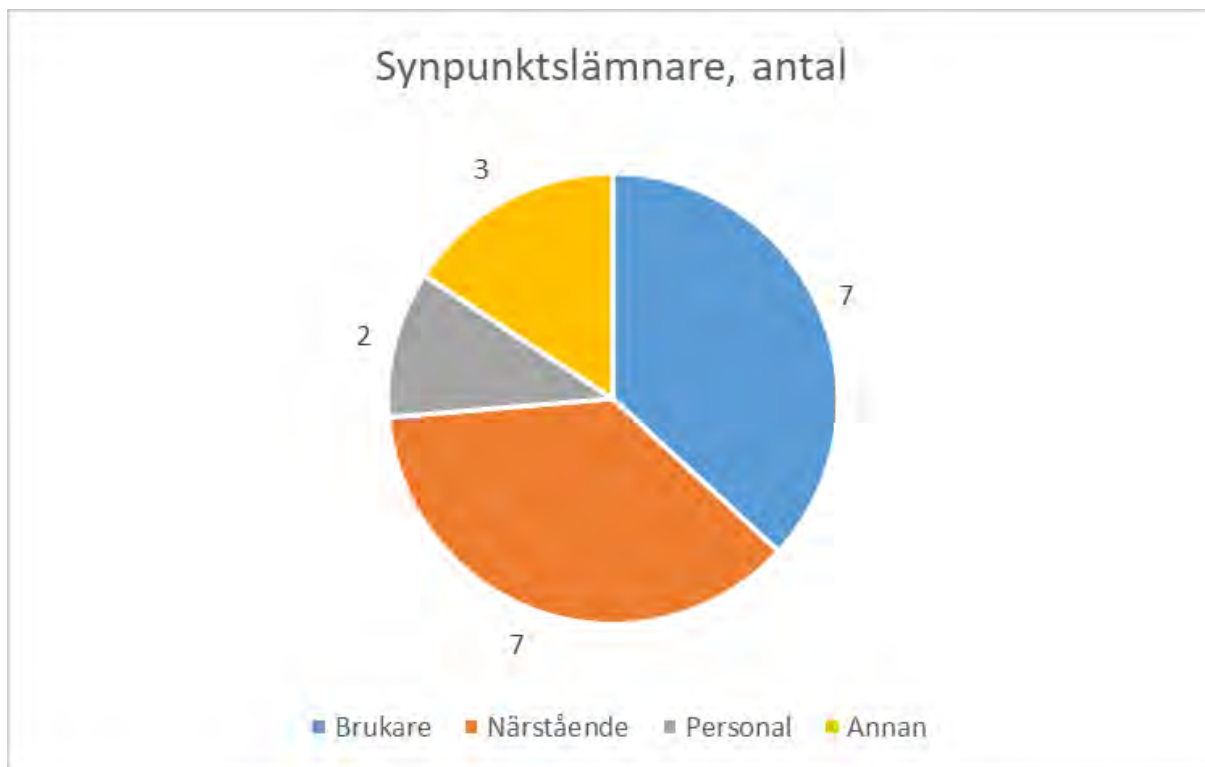
De neutrala synpunkterna handlar om önskemål om att kommunen anställer fler sjukgymnaster.

Att personalen får ta del av HLR-utbildning en gång per år, samt att chefer uppmuntrar sin personal att lämna synpunkter på verksamheten

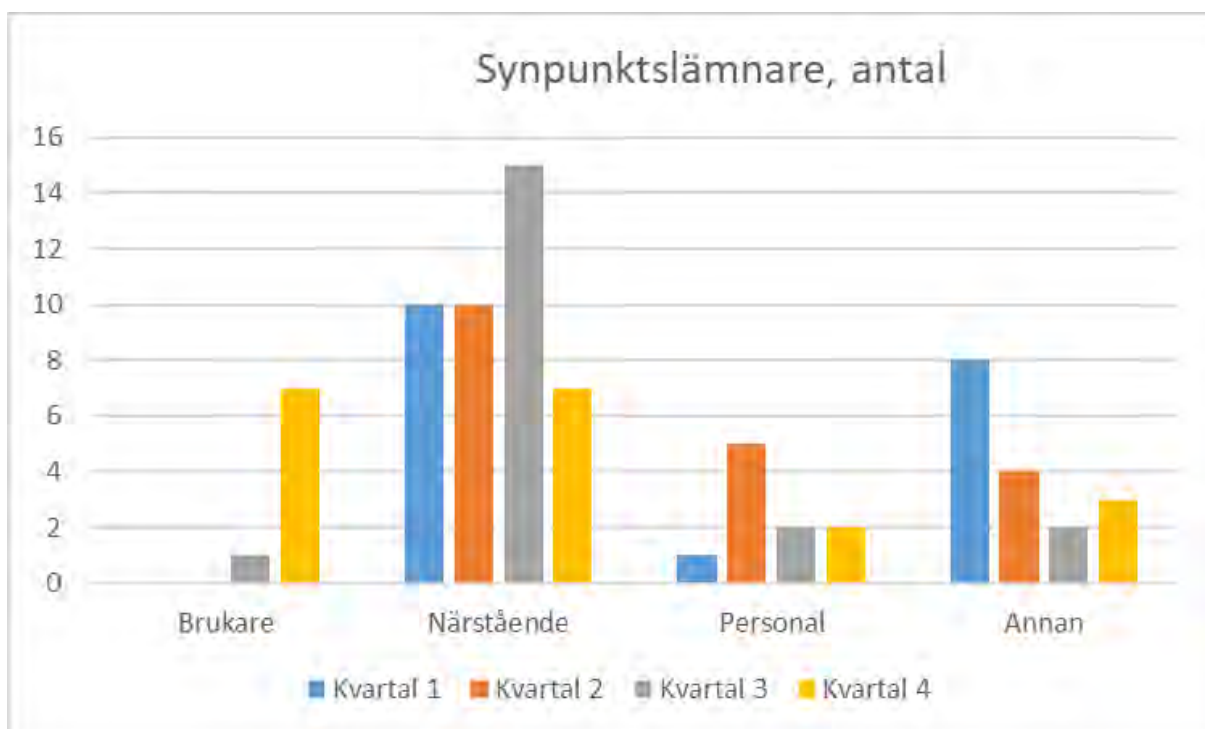


2.2.4 Synpunktslämnare

Majoriteten av synpunkterna inkommer från närstående samt brukare



Under hela året har flest synpunkter lämnats av närstående och brukare.

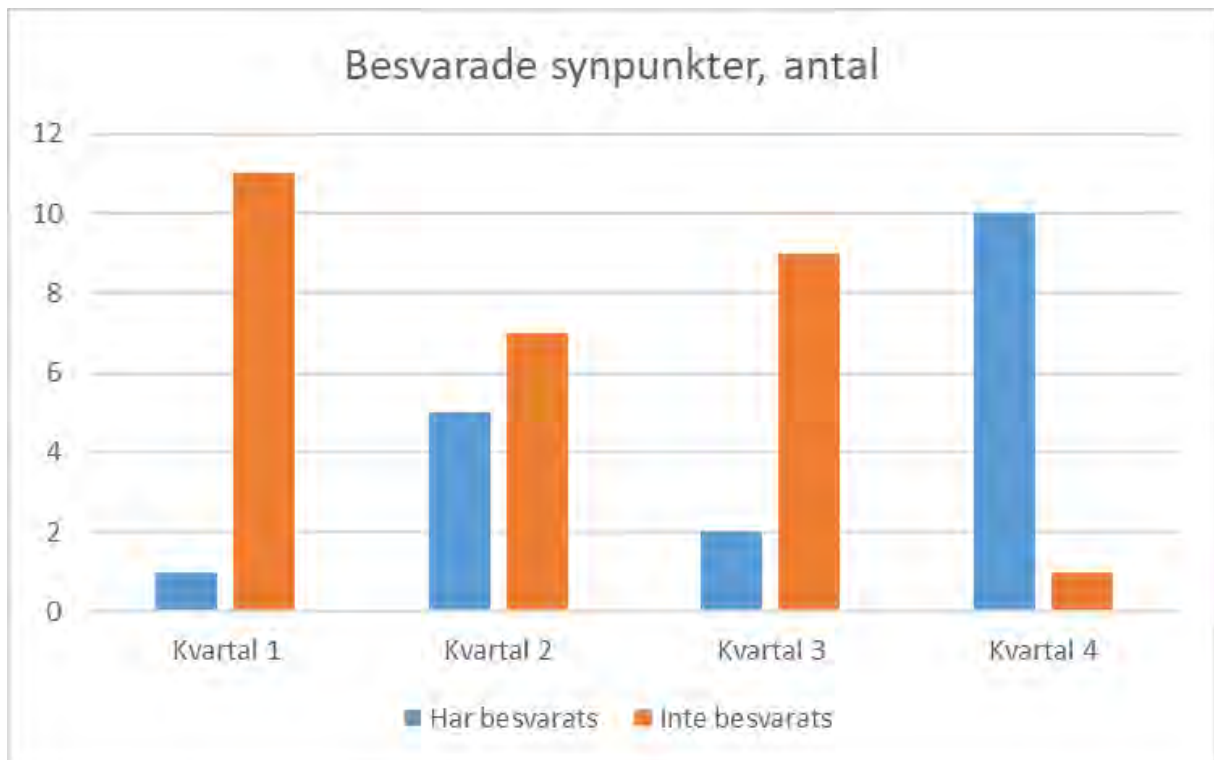


2.2.5 Åtgärder, svar & utredningar


11 synpunktslämnare har uppgivit att de önskar återkoppling. Fem personer har uppgett att de inte vill bli kontaktad och fyra personer har inte uppgivit om återkoppling önskas.



Antal besvarade synpunkter för hela året



Avseende Q3- Återkoppling har lämnats och diarieförts i två ärenden där synpunktslämnare har begärt det. Sex ärenden är besvarade per telefon, en är besvarad via mail och en är besvarad muntligt/fysiskt varför svaren ej är diarieförda. En av synpunkterna har registrerats som att svar önskas - i fält för återkoppling anger uppgiftslämnaren att hen kan kontaktas om mer information önskas. Resultatet visar att återkoppling har skett till alla synpunktslämnare som önskar ett svar och att återkoppling har skett på olika sätt.



Rapport över inkommande synpunkter för sektor omsorg 2021

Innehållsförteckning

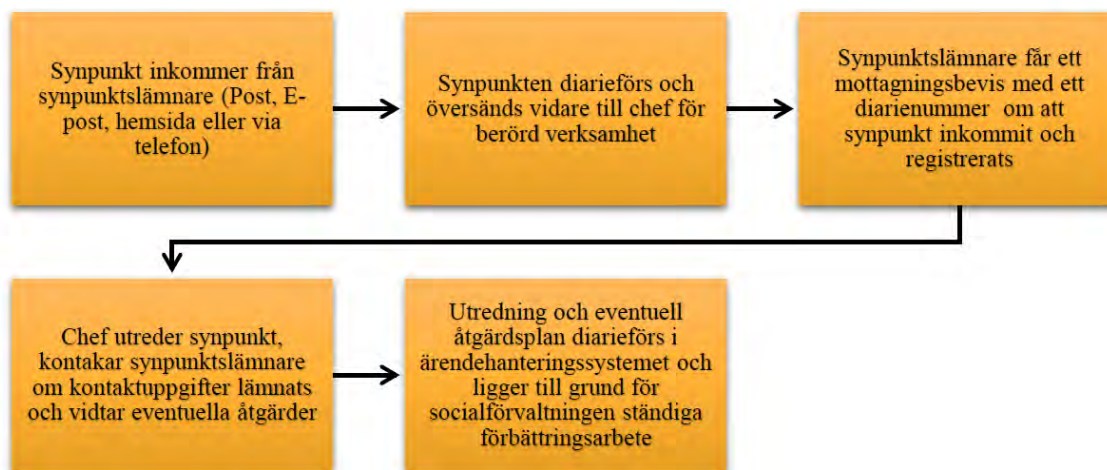
1	Bakgrund.....	3
1.1	Jämförelse tidigare år.....	5
1.2	Produktion.....	7
1.3	Myndighet	14
1.4	Analys och slutsatser	17

1 Bakgrund

I diagrammen anges både den totala andelen synpunkter inom respektive verksamhetsområde och andelen synpunkter för respektive enhet/sektion. Alla synpunkter kontrolleras och behandlas innan de sammanställs.

Synpunkterna som lämnas till sektor omsorg diarieförs i samlingsärenden för respektive verksamhet, och lämnas till ansvarig chef som handlägger synpunkten. Chefen upprättar handlingsplan med eventuella åtgärder och tar kontakt med synpunktslämnaren, under förutsättning att synpunktslämnaren vill bli kontaktad. Både utredning och eventuella åtgärder diarieförs under separata samlingsärenden som sammankopplas med synpunkt.

Förvaltningen ska uppmuntra och underlätta för brukarna att lämna synpunkter, klagomål och förbättringsförslag på vår verksamhet. Utmaningen ligger i att hantera synpunkter och klagomål på ett konstruktivt sätt. Ett klagomål som hanteras rätt, kan förändra en negativ inställning hos brukaren till en positiv. En professionell hantering av synpunkter och klagomål har två syften, dels att snabbt rätta till problem som uppstått, dels att vara ett verktyg för lärande och förbättring av kvaliteten i verksamheten.



Process för synpunktshantering

Synpunkterna kategoriseras efter:

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

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

Positiv, negativ eller neutral synpunkt

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

Del av verksamheten

Synpunkterna kategoriseras utifrån verksamheter. Alla negativa synpunkter jämförs utefter verksamhet. Positiva synpunkter redovisas separat utan redovisning i diagram.

För Myndighet kategoriseras synpunkterna utifrån följande verksamheter:

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

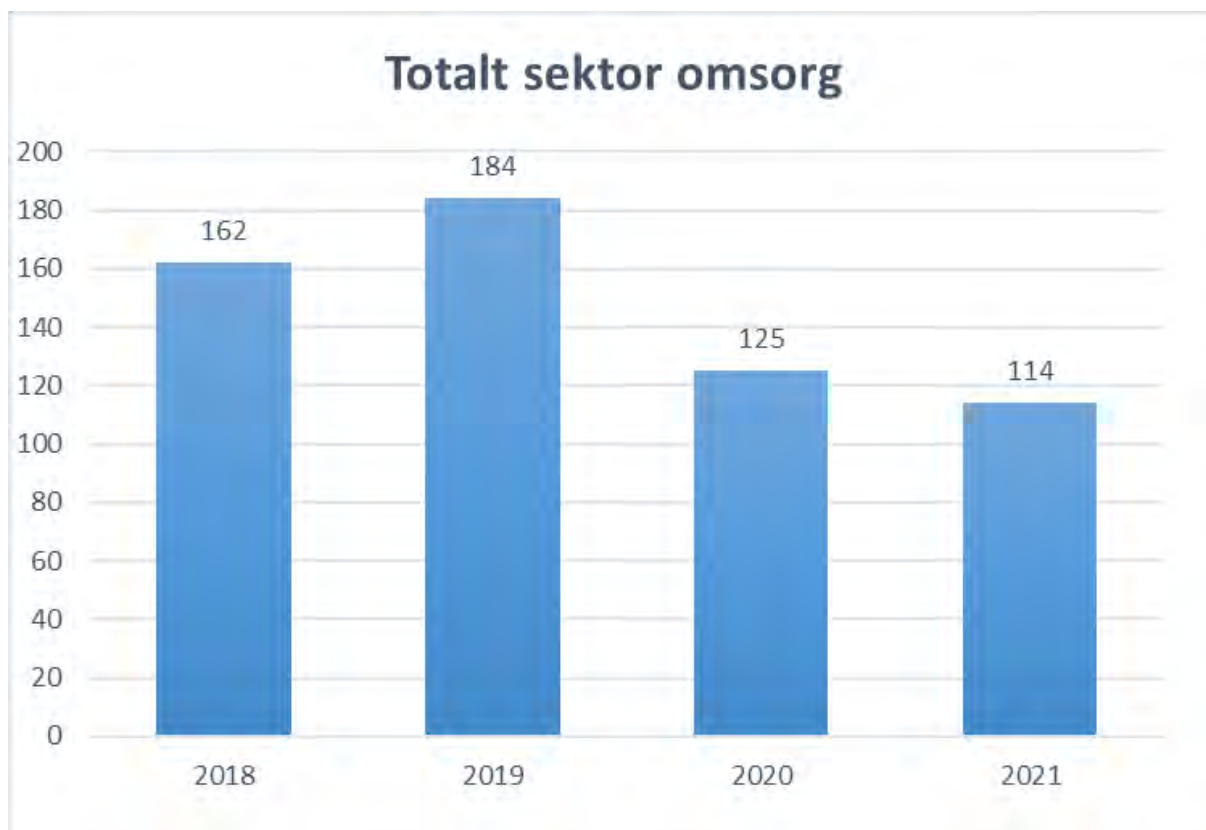
För Produktion kategoriseras synpunkterna utifrån följande verksamheter:

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

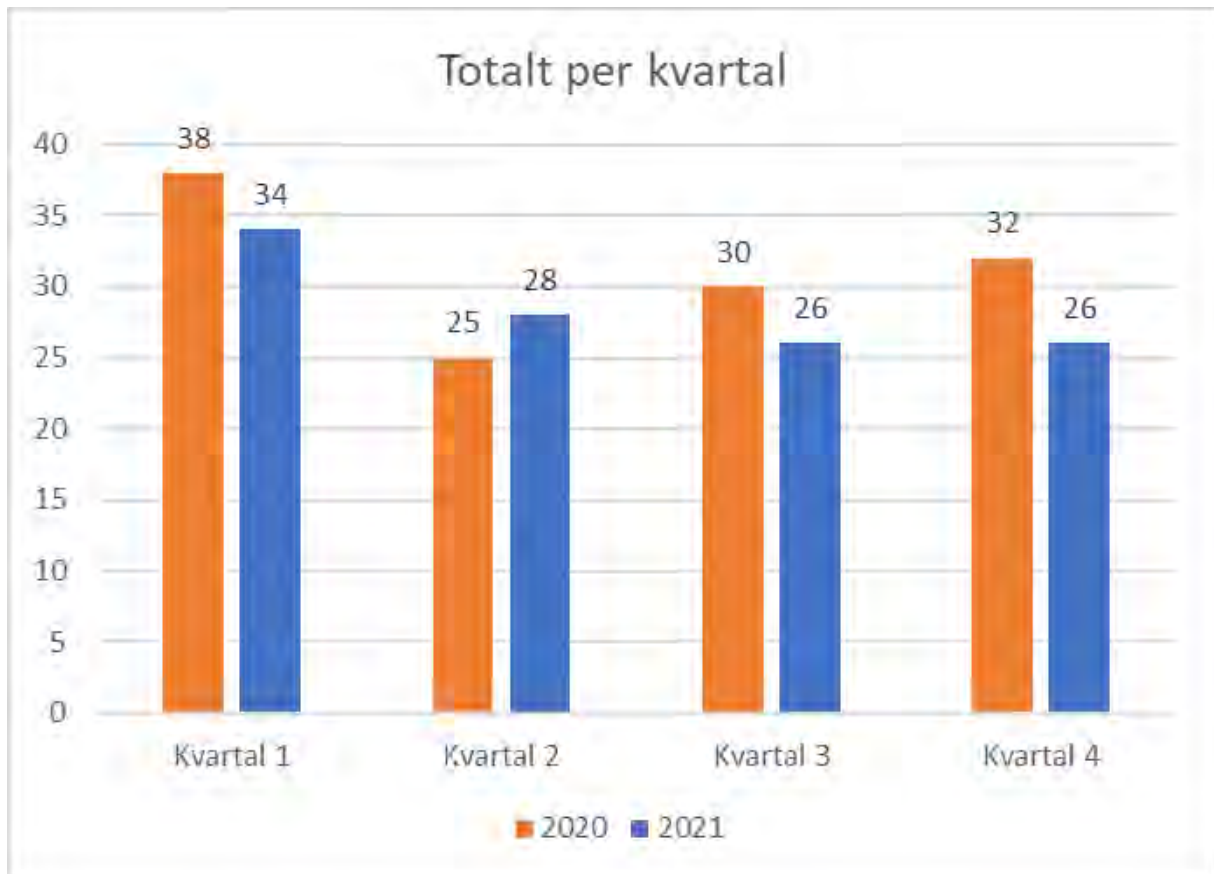
Synpunktslämnare

Vem som har lämnat synpunkten kategoriseras efter brukare, närstående (kan t.ex. vara familj, släkt eller vän), personal eller annan (kan t.ex. vara någon ur allmänheten, god man eller annan myndighet). Personal som lämnar synpunkter klassas efter om synpunkten lämnas för brukares räkning, eller om synpunkten handlar om personalens situation.

1.1 Jämförelse tidigare år



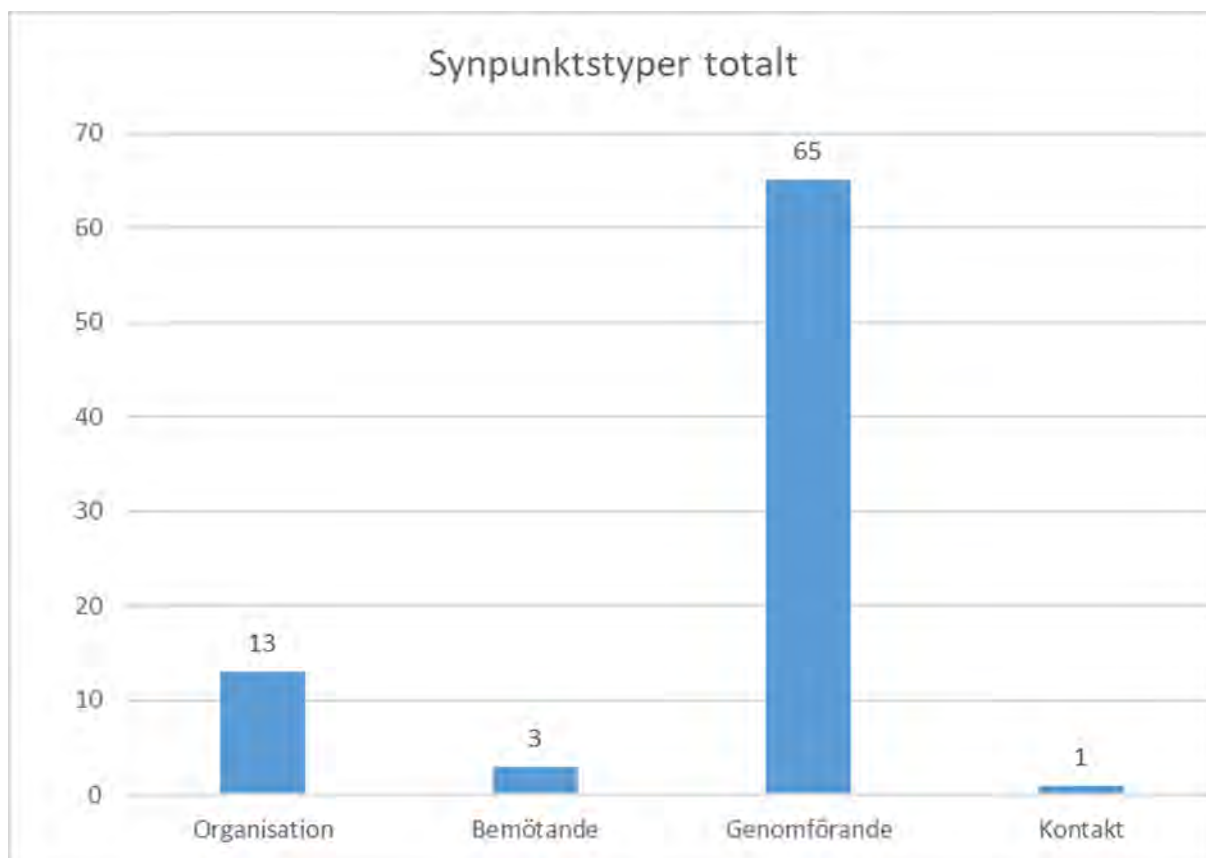
Det noteras en betydande minskning av inkommande synpunkter för 2021 i jämförelse med 2018 och 2019, och en liten minskning mot 2020.



Jämförelse per kvartal.

1.2 Produktion

Under 2021 har produktion fått 82 st synpunkter på verksamheten. Från och med 2021 registreras synpunkterna på ett annat sätt utifrån den nya organisationen. Därför blir det svårt att göra en övergripande jämförelse med tidigare år.

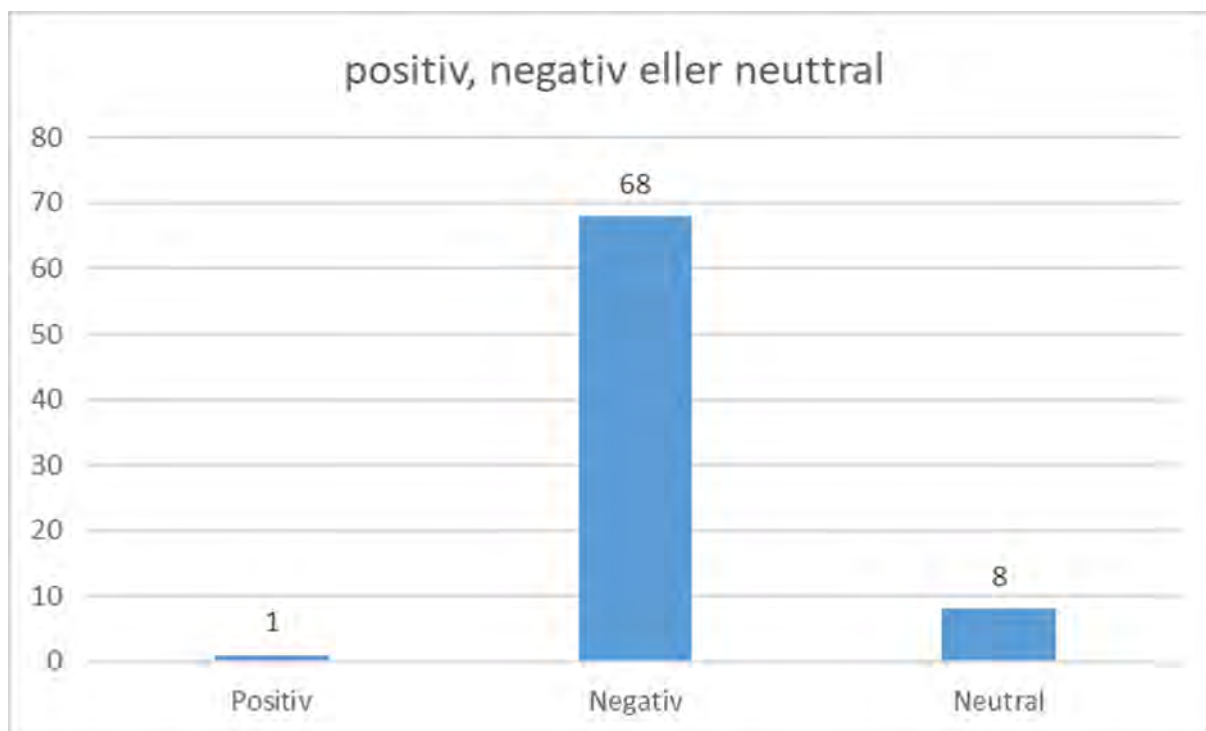


Majoriteten av synpunkterna har kategoriserats under synpunktstypen genomförande. Totalt 65 stycken synpunkter hade genomförande som synpunktstyp. Förra året kategoriserades 62 stycken under genomförande. Återkommande orsakerna som identifierats under denna synpunktstyp är upplevelse av dålig städning, överskridande av hastighetsgränser, att det slarvas med skyddsutrustning (visir och munskydd).

Under kategorin organisation diariefördes 13st. Föregående år diariefördes 17st. Uteslutande upplevs arbetsmiljösituationen, personalbristen, personalomsättningen som negativa.

3st synpunkter har registrerats under kategorin bemötande. Orsaken till synpunkterna är att man upplever personalen som otrevlig.

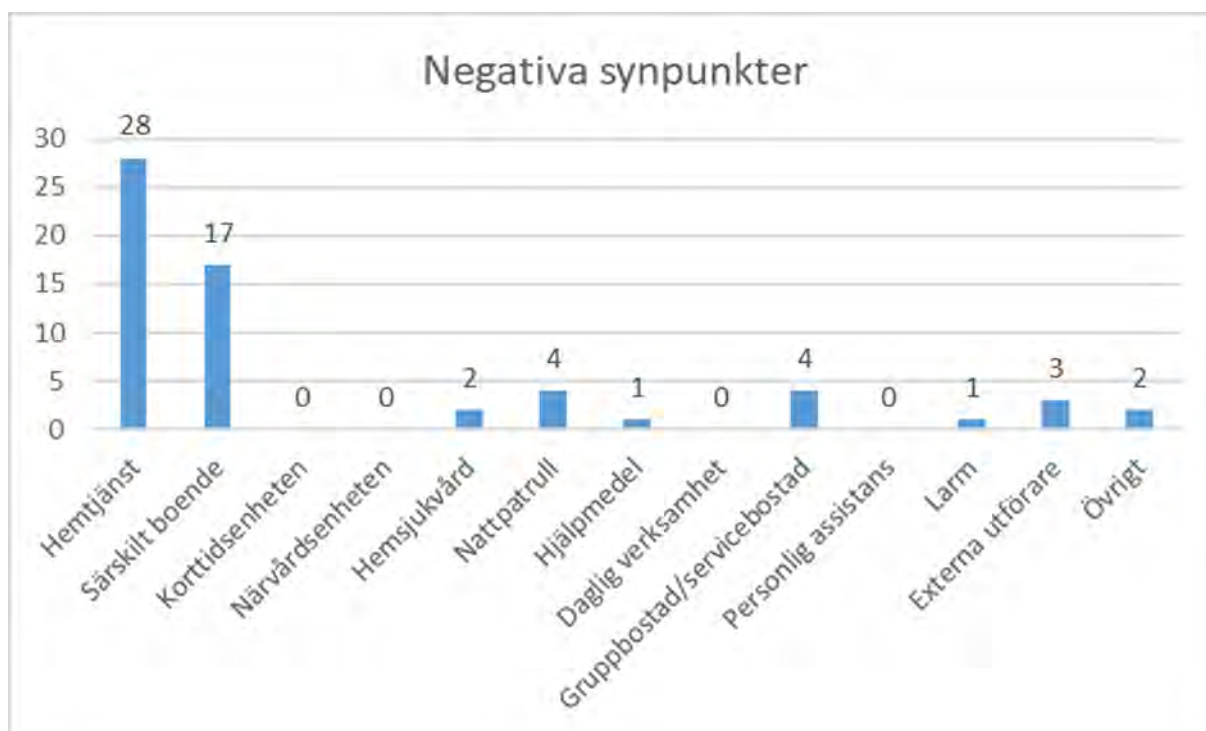
Under kategorin kontakt återfinns för året 2021 en synpunkt, jämfört med förra årets 14 är detta en markant minskning.



Av totalt 77 synpunkter är 68 negativa, 8 är neutrala och en är positiv.

Den positiva synpunkten återfinns inom särskilt boende Edsvägen 16.

Fördelningen av negativa synpunkter redovisas i kommande underrubriker.



Majoriteten av de negativa synpunkterna återfinns precis som föregående år inom hemtjänsten och särskilt boende.

Det noteras en liten minskning för hemtjänsten med 1%, och en ökning med 1% för särskilt boende.

Hemsjukvården har två synpunkter som handlar om personal som upplevde en försämrad arbetssituation när en medarbetare avslutade sin tjänst, samt brist i kommunikation mellan vikarie och ordinarie personal.

Nattpatrullen har fyra negativa synpunkter som handlar om vårdslös körning, att personalen upplever att bilarna de kör i tjänsten inte är säkra, samt upplevelse av att insatser inte har utförts enligt önskemål.

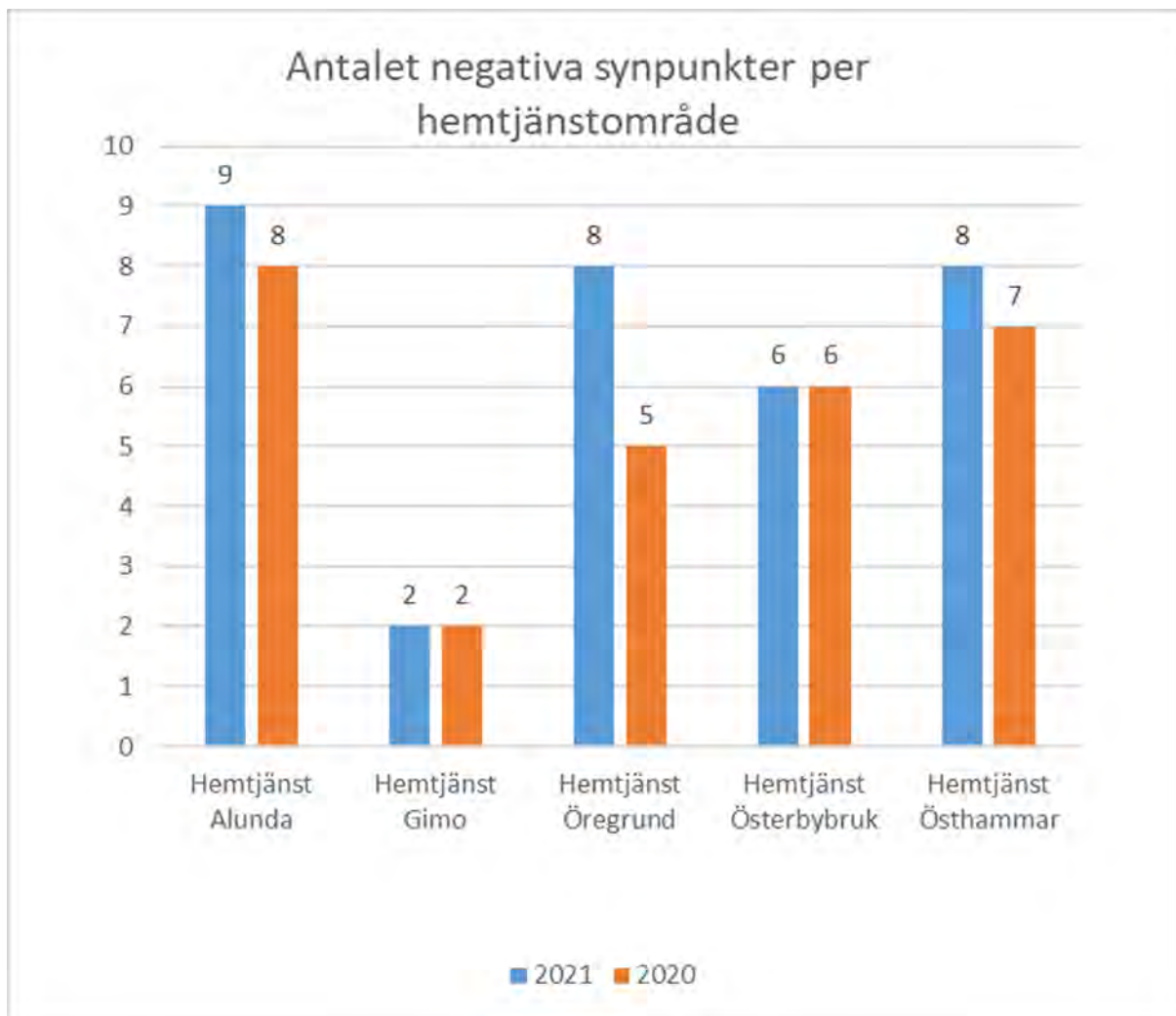
Hjälpmedel har fått in en synpunkt, som handlar om att brukare har upplevt att hen inte fick hjälp med utprovningen av sitt hjälpmedel.

Gruppboende/serviceboende har fyra synpunkter som handlar om att personalen upplever att deras tjänstetelefoner är trötta och långsamma, en brukare har inte fått hjälp med de insatser hen är beviljad.

Larmenheten har fått en synpunkt avseende att larm inte aktiverats när brukare har larmat.

Externa utövare handlar synpunkterna om bristande städinsatser.

Under övrigt har det registrerats två negativa synpunkter- Brukare som tycker att man inte ska behöva åka till Uppsala för att få hörselvård, samt en undran kring vaccinationen för Covid-19, varför de ges till äldre.



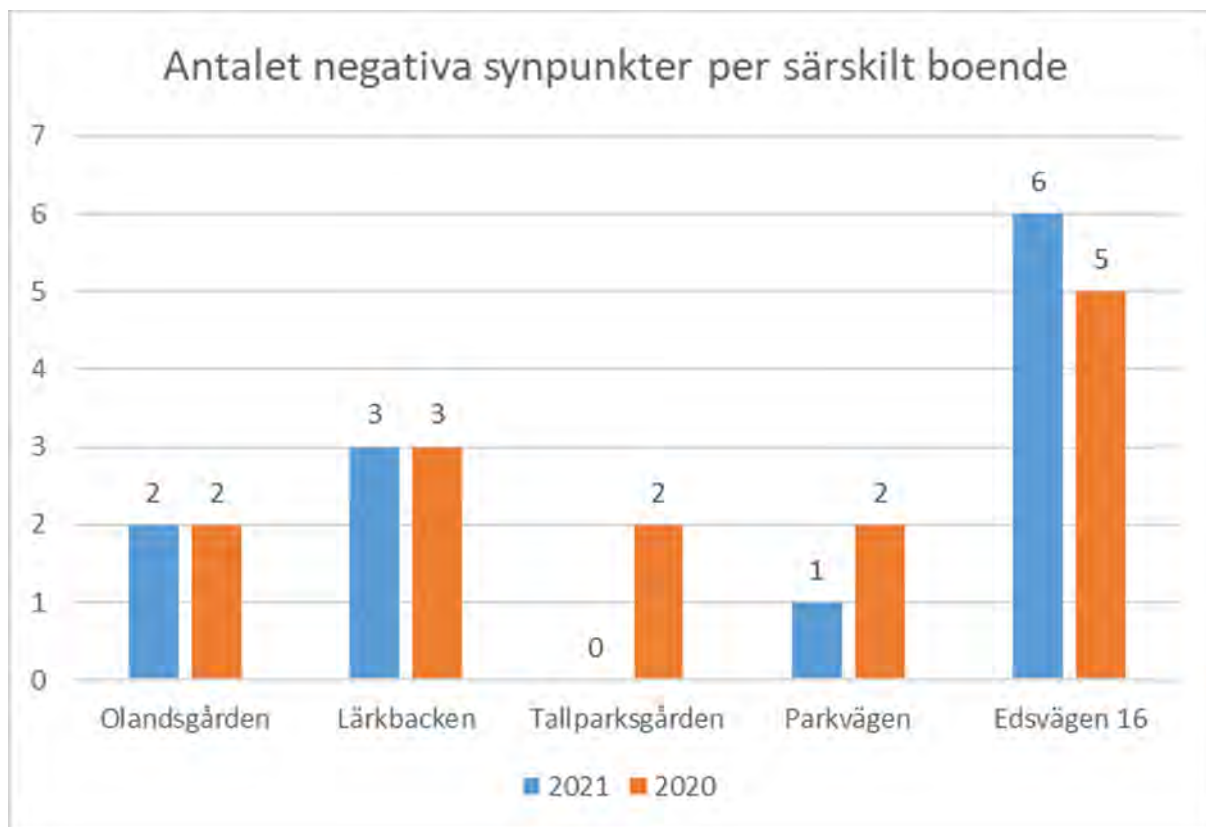
I synpunkterna avseende hemtjänsteområde Alunda som haft det högsta antalet inkomna synpunkter under 2021. Alunda hade även för 2020 det högsta antalet negativa synpunkter. Synpunkterna rör brister i informationsöverlämningen mellan dag och nattpersonal, att man inte fått den hemtjänst som är biståndsbedömd, att personalen slarvar med insatsen städ. Personal som bryter mot bestämmelser om att man ska var två när förflyttning sker med returner, och att personal utan delegering delar ut medicin.

synpunkterna avseende hemtjänsteområde Gimo handlar om brister i hur beviljade insatser utförs, samt brist i kommunikation mellan personal och anhörig när brukare lades in på sjukhus.

I synpunkterna avseende hemtjänsteområde Öregrund upplever synpunktslämnarna att personalen kör vårdslöst, samt missnöje med genomförandet av insatser, och att personalen inte kommer på utsatt tid.

För synpunkterna gällande hemtjänsteområde Österbybruk upplever synpunktslämnare att personalen brister i användandet av visir och munskydd. Bristande hygienrutiner och att insatser som städ utförs på ett otillfredsställande sätt. Personal misstänks för att ha tagit tabletter ur brukares dosett. Samt att personalen kör vårdslöst.

Synpunkterna som inkommit för hemtjänstområdet Östhammar handlar- bristande språkkunskap hos personal, dålig personalkontinuitet, att hemtjänsten kör för fort och skräpar ner. Brister i hur insatser utförs.



Edsvägen 16 är det boendet som fått flest negativa synpunkter. Synpunkterna rör boendets bemanning- att man upplever boendet som underbemannat, att personalen inte hinner med sina arbetsuppgifter, samt bristande språkförståelse hos delar av personalen. Personalen har lämnat synpunkt på brister i städningen av deras omklädningsrum.

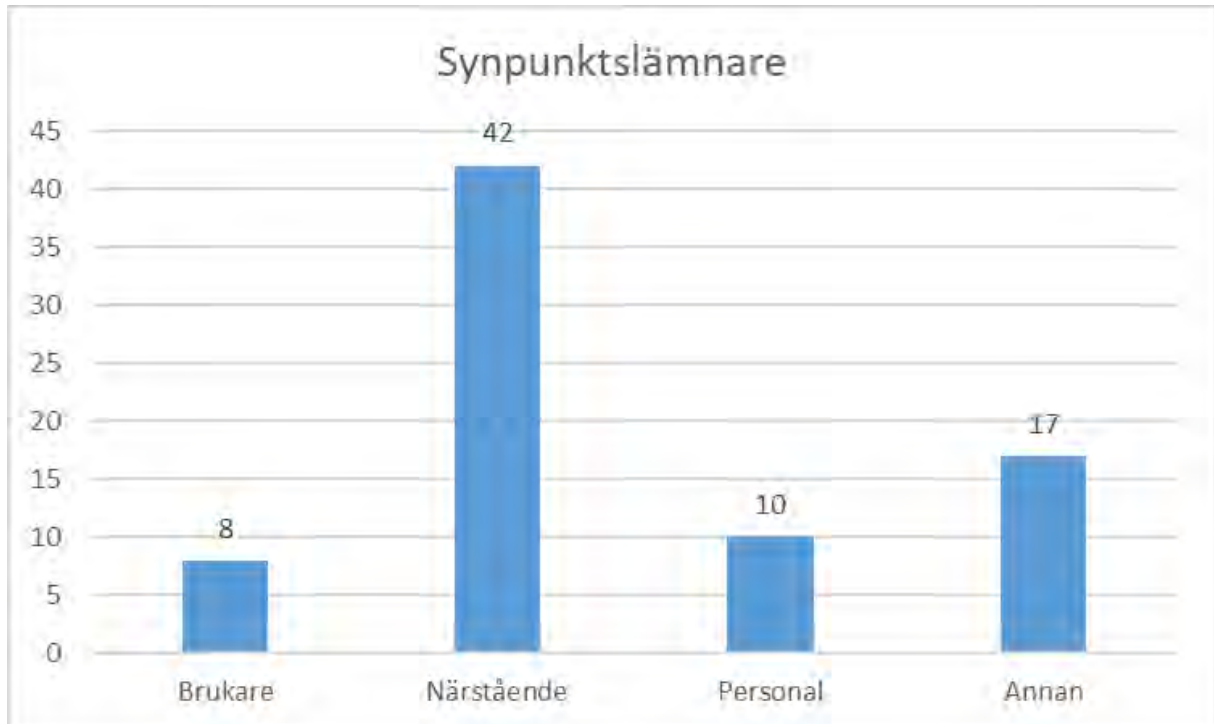
Olandsgården har fått in en negativ synpunkt som handlar om upplevelse om brister i hur vården utförs, och en synpunkt har diarieförts felaktigt under produktion och har flyttats till myndighet.

Lärkbackens synpunkter rör brister i information gällande flytt av brukare, samt missnöje med städ av lägenhet när hen skulle flytta in.

Parkvägen har fått en synpunkt som handlar om missnöje att brukare behövde flytta när delar av parkvägen gjordes om till demensboende.

Tallparksgården har inte fått in någon negativ synpunkt för 2021

1.2.1 Synpunktslämnare



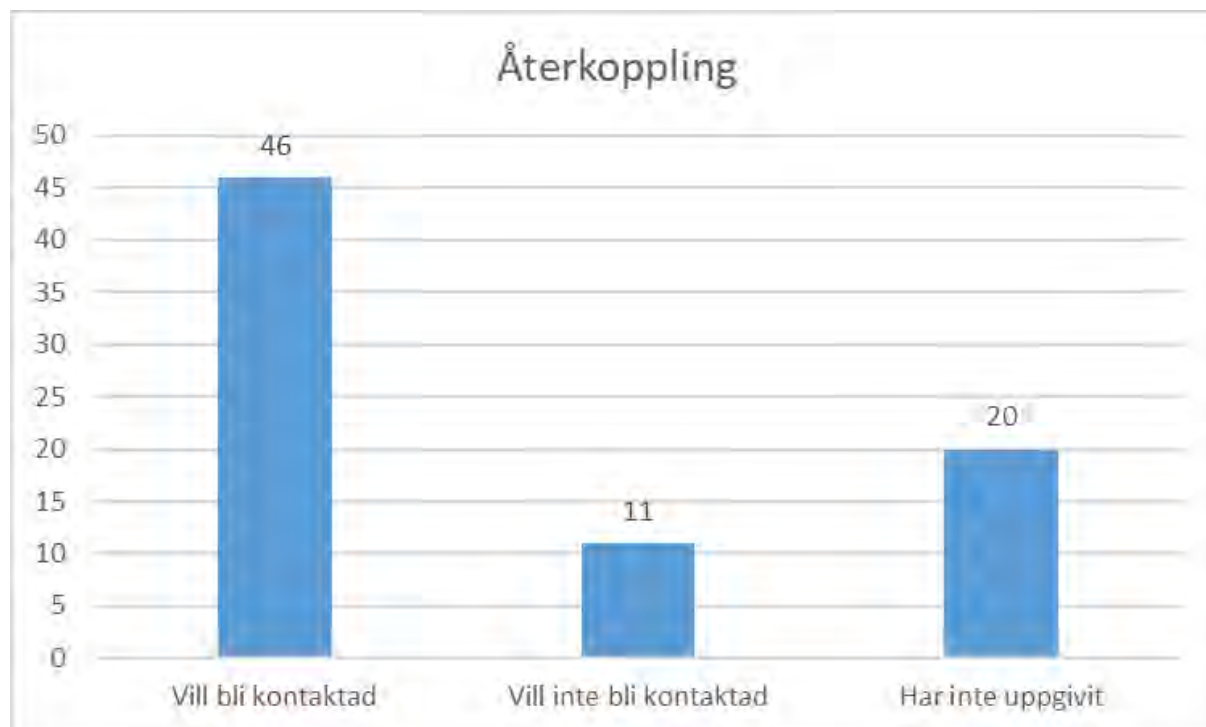
Majoriteten av synpunkterna återfinns bland närstående/anhöriga där de totalt inkommit med 42 stycken. Synpunkternas innehåll varierar men i flertalet är den vanligaste orsakerna att antingen närstående/anhöriga upplever att individen inte får den vård som hen har rätt till eller att information inte kommuniceras ut till synpunktslämnarna om brukaren.

Den nästa största gruppen av synpunktslämnare är gruppen annan. Orsakerna handlar i flera fall om att hemtjänstpersonal kör för fort i tjänsten, samt upplevelse av negativt bemötande.

Personal utgör den tredje störst gruppen synpunktslämnare. Vanligaste orsakerna är dålig arbetsmiljö, förslag till förbättringar, samt önskemål om utbildningar.

Brukarna själva utgör den fjärde gruppen och som tidigare år upplever brukarna i synpunkterna att insatserna är undermåliga.

1.2.1.1 Återkoppling



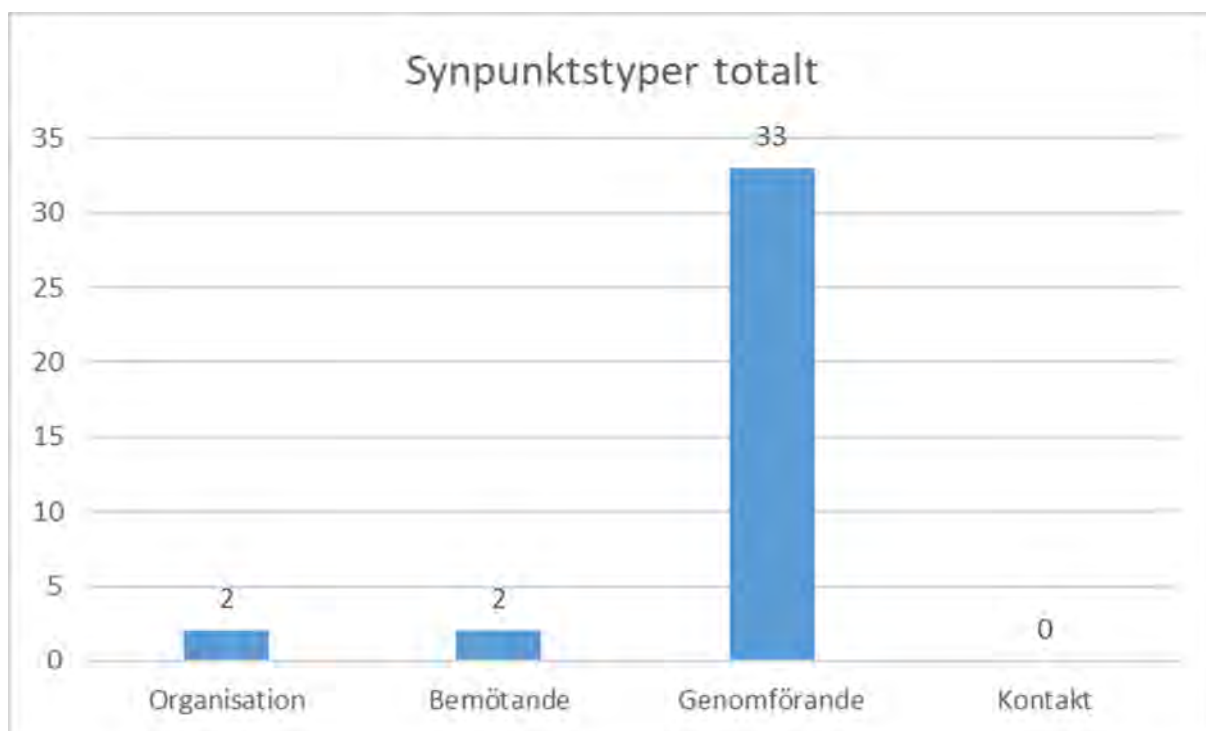
Totalt 46 synpunktslämnare önskade få återkoppling, 20 synpunktslämnare har inte uppgivit om återkoppling önskas och 11 synpunktslämnare uppger att de inte vill ha återkoppling.

Återkoppling som lämnats finns dokumenterade i EDP Vision för majoriteten av synpunkterna. Att inte alla svar är dokumenterade är på grund av det rådande läget med pandemin, då det försenat handläggningen av synpunkterna.

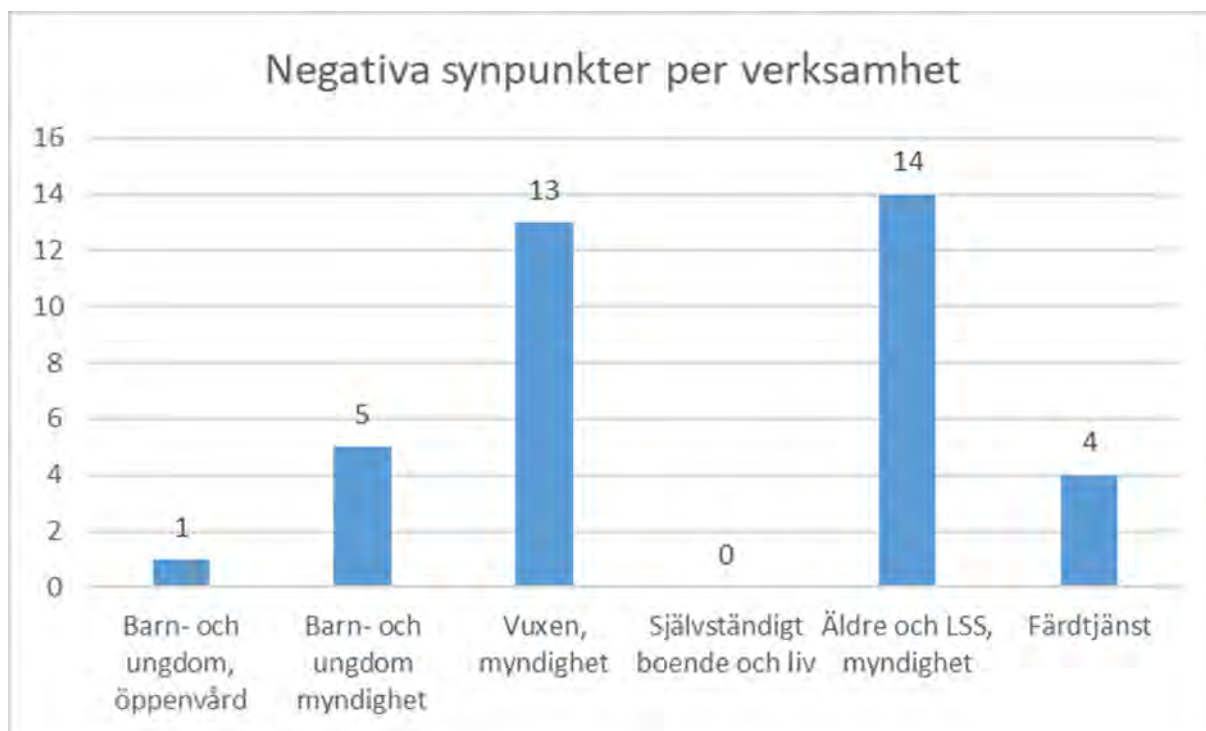
1.3 Myndighet

Totalt för myndighet har det inkommit 37st synpunkter.

Från och med 2021 registreras synpunkterna på ett annat sätt utifrån den nya organisationen. Därför blir det svårt i vissa delar att göra en jämförelse med tidigare år.



Majoriteten av synpunkterna kategoriserades under synpunktstypen genomförande, totalt 36 negativa och en neutral. De vanligaste orsakerna som identifieras under denna synpunktstyp är att synpunktslämnare känner sig missnöjda med hur handläggningen har genomförts av ens eget eller närståendes ärende, att synpunktslämnare motsätter sig placering, hur den genomförts eller att den uteblivit.



Högsta antalet negativa synpunkter har vuxen myndighet och Äldre och LSS myndighet fått.

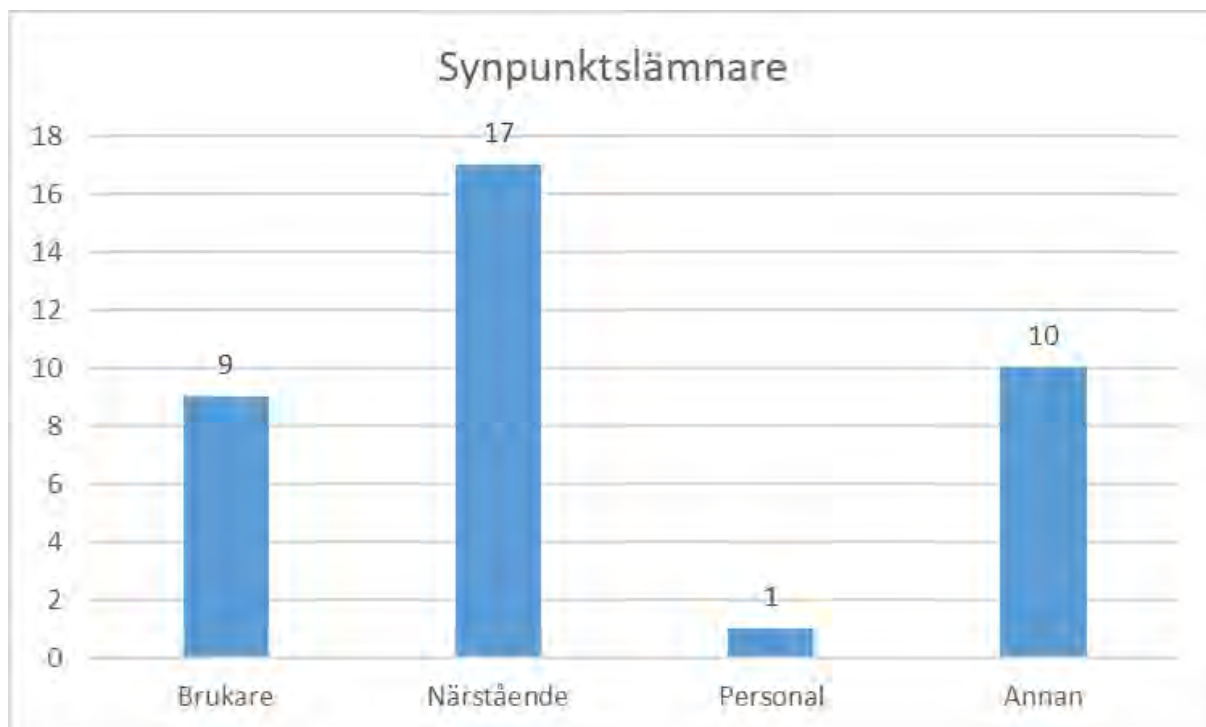
Synpunkterna för Vuxen myndighet avser upplevelse av dåligt bemötande från handläggare, långsam handläggning samt missnöje med beslut.

Synpunkterna för Äldre och LSS myndighet avser missnöje kring beslut, långa handläggningstider samt dåligt bemötande från handläggare.

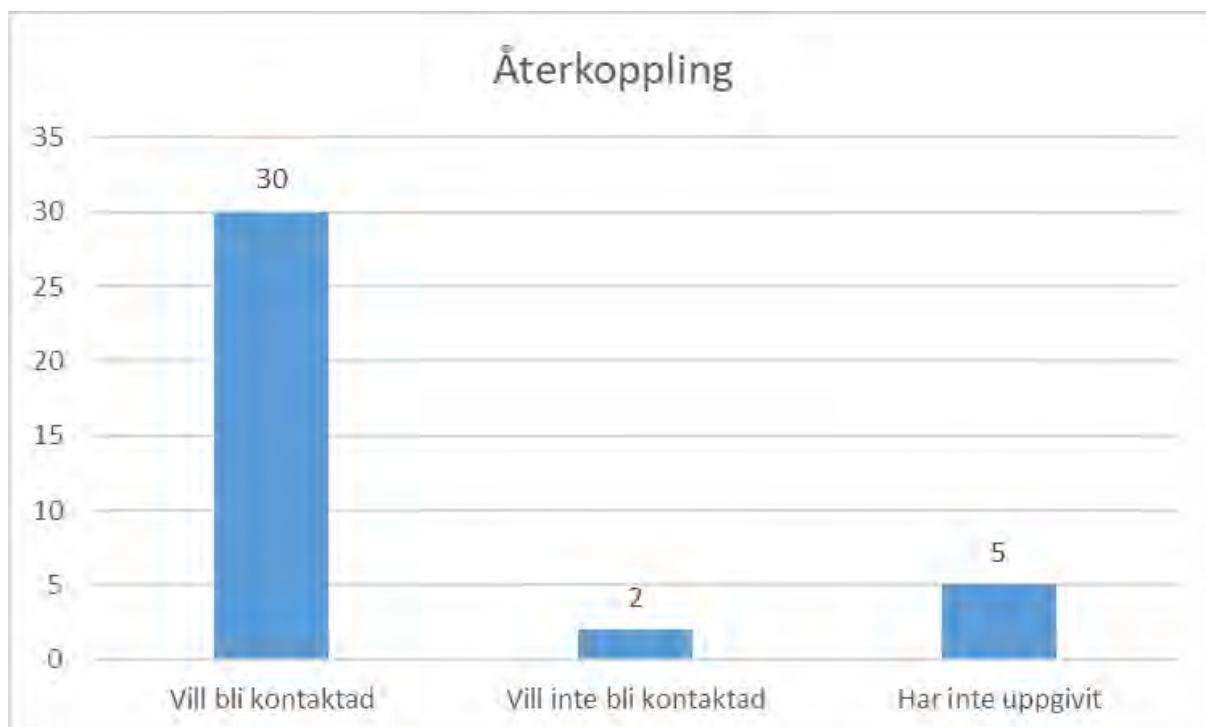
Synpunkterna för barn och ungdom myndighet avser dåligt bemötande från handläggare, samt missnöje med processen av placering av barn.

Synpunkterna för färdtjänst avser att man inte har blivit hämtad på utsatt tid, samt att man inte får ta med sig husdjur i färdtjänstfordonet.

1.3.1 Synpunktslämnare



Närstående och anhöriga utgör den största andelen av synpunktslämnare.



Återkoppling som lämnats finns dokumenterade i EDP Vision för majoriteten av

synpunkterna. Att inte alla svar är dokumenterade är på grund av det rådande läget med pandemin, då det försenat handläggningen av synpunkterna.

1.4 Analys och slutsatser

Presenteras muntligt