

Socialnämnden

Kallelse

Nämnd	Socialnämnden
Datum och tid	2019-03-13, kl. 10.00
Plats	Gröna rummet, Socialförvaltningen, Östhammar
Sekreterare	Fitim Kunushevcı
Ordförande	Lisa Norén (S)

Ärendelista

1. Tillkommande ärenden	2
2. Redovisning av delegationsbeslut	2
3. Personärenden	3
4. Information och anmälningsärenden februari och mars 2019	3
5. Ekonomisk uppföljning per januari och februari 2019	4
6. Nyckeltal för kvartal 4, 2018	5
7. Statistikrapport av ej verkställda gynnande beslut fjärde kvartalet 2018	6
8. Förteckning över delegationsbeslut i personalfrågor	7
9. Fastställande av internkontrollplan; Internkontroll 2019	8
10. Uppföljning; Systematiskt arbetsmiljöarbete till och med fjärde kvartalet 2018	9
11. KPMG granskning av personalförsörjning och planering av äldreomsorg	10
12. Verksamhetsberättelse VoO 2018	11
13. Patientsäkerhetsberättelse 2018	12
14. Rapporter	14
15. Tillkommande ärenden	14

Socialnämnden

1. Tillkommande ärenden

Dnr SN-2019-34	Dpl 904
Dnr SN-2019-35	Dpl 904
Dnr SN-2019-36	Dpl 904

2. Redovisning av delegationsbeslut

Ärendebeskrivning

Föreligger delegationslistor:

1. Arbetsutskottets protokoll 2019-02-20.
2. Beslut i vård- och omsorgsärenden 2019-02-01 t.o.m. 2019-02-28.
3. Beslut i individ- och familjeomsorgsärenden 2018-02-01 t.o.m. 2019-02-28.
4. Beslut i övriga ärenden registrerade 2019-02-01 t.o.m. 2019-02-28.

Socialnämnden

3. Personärenden

Föredragande: Verksamhetschef Barn- och ungdomssektionen Anna Engqvist och Familjerättssekreterare Ing-Marie Hugg.

Handlingar delas ut på sammanträdet.

Dnr SN-2019-12

Dpl 904

4. Information och anmälningsärenden februari och mars 2019

Arbetsutskottets förslag

Socialnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Ärendet omfattar muntlig information från socialförvaltningens tjänstemän, skriftlig information som nämnden tar del av via sitt digitala arbetsrum och skriftlig information som omfattas av sekretess och som redovisas i pärm.

Ärendets behandling

Muntlig information från socialförvaltningens tjänstemän under arbetsutskottets sammanträde 2019-02-20:

- Inställt sammanträde gemensam nämnd för kunskapsstyrning på grund av att inplanerade beslutsärenden fortfarande är under beredning. Nytt datum kommer meddelas.
- Nytt samverkansavtal med kommunerna som samrådet HSVO har fått i uppdrag att arbeta fram.
- Samverkansträffar mellan barn- och utbildningsförvaltningen, kultur- och fritidsförvaltningen och socialförvaltningen. Första möte inplanerat måndag.
- Fortsatt arbete med lokalförsörjningsplan för socialförvaltningen.
- Möte med länsstyrelsen, där Östhammars kommun har fått beröm gällande framförhållning och probleminsikter i genomförd bostadsförsörjningsenkät.

Socialnämnden

- Fortsatt kvalitetsutvecklingsarbete inom individ- och familjeomsorgen.
- Minskning av utredningstider. Arbete framöver med konsulter. Ny konsult på försörjningsstöd
- Större koordinering inom öppenvården BoU. Uttalat behov av hemterapeut.
- Fortsatt arbete med avveckling av nuvarande HVB-verksamhet i egen regi.
- Förvaltningsövergripande budgetarbete inför 2020.
- Ekonomi i balans för VoO. Omställning av schema och organisation inom VoO.
- Positivt möte med fackorganisationerna och deras fortsatta involvering i det dagliga arbetsmiljöarbetet.
- Möte med Anhörigföreningen Edsvägen. Överenskommelse om att specialstudera avdelning för att bedöma hur det ser ut. Återkoppling i maj till Anhörigföreningen.
- Östhammars återansökan till vård- och omsorgscollege är inlämnad. Olika typer av avtal framtagna i samarbete med barn- och utbildningsförvaltningen.
- Kvinnojouren Freja har lämnat in ansökan om ekonomiska medel för 2019. Verksamhetsberättelse och revisionsberättelse 2018 inskickat. Kommer upp för beslut under socialnämndens sammanträde i april.
- Fortsatt arbete med revidering av dokumenthanteringsplanen. Kontakter har initierats med arkivarie och IFO samt VoO. Planerat att presenteras inför socialnämnden i april.
- Sammanträde mellan kultur- och fritidsnämndens, barn- och utbildningsnämndens och socialnämndens respektive arbetsutskott 4 april.

Dnr SN-2019-43

Dpl 042

5. Ekonomisk uppföljning per januari och februari 2019

Föredragande: Administrativ chef Torbjörn Nyqvist

Arbetsutskottets förslag

Socialnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Redovisas ekonomisk uppföljning per januari och februari 2019.

Handlingar delas ut vid sammanträdet.

Socialnämnden

Dnr SN-2018-129

Dpl 701

6. Nyckeltal för kvartal 4, 2018

Handling A

Föredragande: Individ- familjeomsorgschef Yvonne Wahlbeck och vård och omsorgschef Carina Kumlin.

Arbetsutskottets förslag

Socialnämnden godkänner redovisningen.

Ärendebeskrivning

Föreligger nyckeltal för individ- och familjeomsorgen, handläggning vård och omsorg samt närvårdsenheten, kvartal 4, 2018.

Beslutsunderlag

- Nyckeltalsstatistik för kvartal 4, 2018

Socialnämnden

Dnr SN-2018-130

Dpl 701

7. Statistikrapport av ej verkställda gynnande beslut fjärde kvartalet 2018

Handling B

Föredragande: Individ- och familjeomsorgschef Yvonne Wahlbeck och vård och omsorgschef Carina Kumlin

Arbetsutskottets förslag

Statistikrapporten överlämnas till kommunfullmäktige.

Ärendebeskrivning

Enligt 16 kap § 6 h Socialtjänstlagen (SoL) ska socialnämnden kvartalsvis lämna en statistikrapport till fullmäktige över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden ska vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller och hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut. Samma rapporteringsskyldighet gäller för beslut som inte verkställs på nytt efter avbrott i verkställigheten. Det ska också framgå hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller bistånd till kvinnor respektive män. Enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 28h gäller en motsvarande rapporterings-skyldighet för beslut om insatser enligt 9 § LSS.

Beslutsunderlag

- Statistikrapport av ej verkställda gynnande beslut fjärde kvartalet 2018.

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige

Socialnämnden

Dnr SN-2019-53

Dpl 029

8. Förteckning över delegationsbeslut i personalfrågor

Handling C

Föredragande: Socialchef Håkan Dahlqvist

Arbetsutskottets förslag

Socialnämnden tar del av sammanställningen och överlämnar den till kommunstyrelsen.

Ärendebeskrivning

Enligt kommunallagen ska delegerade beslut återrapporteras. Därför ska en sammanställning över de anställningar som skett överlämnas till kommunstyrelsen. Under perioden 2018-08-01 till 2018-12-31 har 39 personer anställts i Socialförvaltningen.

Beslutsunderlag

- Tillsvidareanställningar under perioden 2018-08-01–2018-12-31

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Socialnämnden

Dnr SN-2019-54

Dpl 701

9. Fastställande av internkontrollplan; Internkontroll 2019

Handling D

Föredragande: Utredare Oskar Johansson

Arbetsutskottets förslag

Socialnämnden fastställer internkontrollplanen för 2019.

Ärendebeskrivning

I kommunallagen anges att nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Socialnämnden antar årligen en internkontrollplan där kontrollområden och kontrollfrekvens anges.

Föreligger förslag till internkontrollplan för 2019.

Beslutsunderlag

- Förslag till internkontrollplan 2019
- Tjänsteutlåtande

Beslutet skickas till

Administrativ chef Torbjörn Nyqvist
Socialförvaltningens ledningsgrupp

Socialnämnden

Dnr SN-2018-128

Dpl 701

10. Uppföljning; Systematiskt arbetsmiljöarbete till och med fjärde kvartalet 2018

Handling E

Föredragande: HR-Generalist Gabriella Westerberg

Arbetsutskottets förslag

Socialnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Föreligger uppföljning av socialförvaltningens arbetsmiljöarbete till och med fjärde kvartalet 2018.

Beslutsunderlag

- Rapport systematiskt arbetsmiljöarbete kvartal 4 2018

Beslutet skickas till

HR-Generalist Gabriella Westerberg
Socialförvaltningens ledningsgrupp

Socialnämnden

Dnr SN-2018-221

Dpl 007

11. KPMG granskning av personalförsörjning och planering av äldreomsorg

Handling F

Föredragande: Vård och omsorgschef Carina Kumlin

Arbetsutskottets förslag

Socialnämnden beslutar att uppdra till socialförvaltningen vidta de åtgärder som kommunrevisionen rekommenderat i uppföljningen.

Ärendebeskrivning

KPMG har på uppdrag av kommunens revisorer genomfört en uppföljning av de revisionsrapporter som genomfördes under revisionsår 2016. Uppdraget ingår i revisionsplanen för 2018.

KPMG:s bedömning är att kommunen arbetat aktivt med rekommendationer som lämnades i samband med tidigare granskningar. Kommunen ska utvärdera dessa åtgärder för att se om de gett önskad effekt, samt säkerställa att ändamålsenliga åtgärder har vidtagits utifrån varje rekommendation.

Beslutsunderlag

- Reviderad revisionsgranskning
- Tjänsteutlåtande

Ärendets behandling

Under arbetsutskottets sammanträde 2018-11-21 kom ärendet upp på dagordningen, men eftersom reviderad revisionsgranskning inte hade inkommit ännu utgick ärendet.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Socialnämnden

Dnr SN-2019-55

Dpl 042

12. Verksamhetsberättelse VoO 2018

Handling G

Föredragande: Vård och omsorgschef Carina Kumlin

Arbetsutskottets förslag

Socialnämnden tar del av verksamhetsberättelsen.

Ärendebeskrivning

Föreligger verksamhetsberättelse för vård och omsorg 2018.

Beslutsunderlag

- Verksamhetsberättelse 2018

Beslutet skickas till

Vård och omsorgschef Carina Kumlin
Områdeschefer vård och omsorg

Socialnämnden

Dnr SN-2019-56

Dpl 738

13. Patientsäkerhetsberättelse 2018

Handling H

Föredragande: Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Anette Frode

Arbetsutskottets förslag

Socialnämnden tar del av patientsäkerhetsberättelsen för 2018.

Ärendebeskrivning

Varje vårdgivare är skyldig att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL 3 kap. 10 §. Patientsäkerhetsberättelsen syftar bland annat till att säkerställa att rutiner finns för att identifiera och analysera och vidta åtgärder mot risker i vården, samt att ge vårdgivaren kontroll över det patientsäkerhetsarbete som pågår i verksamheten. Riktlinjer och rutiner ses över och revideras årligen för att åstadkomma detta.

Föreligger patientsäkerhetsberättelse för 2018.

Beslutsunderlag

- Patientsäkerhetsberättelse 2018

Beslutet skickas till

Vård och omsorgschef Carina Kumlin
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Anette Frode

Socialnämnden

Dnr SN-2019-63

Dpl 709

14. Svar på skrivelse angående oro kring uttalande från ledamot i socialnämnden om muslimer

Handling I

Föredragande: Socialchef Håkan Dahlqvist

Arbetsutskottets förslag

Socialnämnden antar förslag till svar på skrivelse.

Ärendebeskrivning

Ett familjehem under utredning har inkommit med en skrivelse till socialnämnden angående ett uppmärksammat uttalande från en ledamot i socialnämnden om muslimer. I skrivelsen uttrycker familjehemmet oro och obehag för att deras utredning kan komma att påverkas av de värderingar och den människosyn som förmedlades fram från socialnämndsledamotens facebookside.

Föreligger svar på inkommen skrivelse/synpunkt.

Beslutsunderlag

- Inkommen skrivelse/synpunkt
- Socialnämndens svar på inkommen skrivelse/synpunkt

Beslutet skickas till

Person som lämnat skrivelsen
Socialchef Håkan Dahlqvist
Nämndsekreterare/utredare Fitim Kunushevci

Socialnämnden

Dnr SN-2019-7

Dpl 904

15. Rapporter

16. Tillkommande ärenden

Verksamhetens nyckeltal

Socialnämnden, Kvartal 4 2018

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Statistik.....	4

1 Sammanfattning

Utredningstid över fyra månader på BoU fortsätter att minska successivt. Ärenden där det misstänks att barn bevittnat eller utsatts för våld ökar.

Antal barn i HVB har minskat under kvartalet.

Antal placeringar på institutionsvård missbruk är lågt, satsning sker på öppenvård. Antal placeringar inom socialpsykiatri har varit stabil under en längre tid. Boendestöd ökar vilket bland annat beror på förändring i riktlinjer.

Någon markant förändring har inte skett inom äldreomsorgen. Finns ett ökat behov av demensplatser. Omvårdnadsplatser har omvandlats till demensplatser 2018 men fler kommer behövas.

Beläggningsgraden för LSS-boende har ökat. Det finns flera överkända beslut. Ytterligare ett serviceboende och en gruppboende kommer behövas för att täcka behovet. Inga större förändringar vad gäller personlig assistans.

Under år 2018 har det förskrivits mer HUL-hjälpmedel jämfört med samma period 2017. Dock blev kostnaderna 2018 lägre än mot 2017. Detta beror på att mycket HUL-hjälpmedel har skrotats under 2017 och det köptes in mycket nya produkter sista kvartalet 2017.

På närvårdsenheten är det inga större förändringar gällande beläggning, antal vård dagar har ökat något. Ökad bruttokostnad dock har personalkostnaderna minskat under samma period.

2 Statistik

IFO BoU

	Kvartal 4, 2017	Kvartal 1, 2018	Kvartal 2, 2018	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Procentuell förändring/år
Utredningstid >4 mån	64	51	49	47	33	
Antal placeringar vid kvartalets slut:						
Familjehem	13	10	13	14	17	
Konsulentstödda familjehem	9	8	11	8	8	
HVB		4	5	8	4	
Snittkostnad per vård dygn:						
Familjehem		754	654	679	688	
Konsulentstödda familjehem		1 910	1 886	2 425	1 900	
HVB		3 539	5 333	4 555	5 249	

Kommentar

Antalet utredningar längre än fyra månader minskar successivt. Vid periodens slut finns 9 pågående utredningar längre än fyra månader varav en utredning har beslut om förlängd utredningstid. Det bedrivs ett aktivt arbete för att få ner antalet utredningar, inflödet av nya utredningar är fortfarande stort. Ärenden där det misstänks att barn bevittnat eller utsatts för våld ökar. Flera omhändertagande enligt LVU har gjorts under perioden. Antalet barn i HVB har minskat under kvartalet, dygnskostnaden är hög, bl.a. beroende på en placering på SIS-institution. En barn/förälder-placering i konsulentstöttat familjehem har avslutats under perioden vilket medfört att dygnskostnaden har minskat. Under perioden har en genomlysning påbörjas av samtliga placeringar utifrån kostnad, behov och insatsens genomförande.

IFO Ensamkommande barn och unga

	Kvartal 4, 2017	Kvartal 1, 2018	Kvartal 2, 2018	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Procentuell förändring/år
Antal placeringar vid kvartalets slut:						
Familjehem	9	6	7	7	9	
Konsulentstödda familjehem	13	10	6	6	3	
HVB		28	24	19	16	
Snittkostnad per vård dygn:						
Familjehem		856	870	870	760	
Konsulentstödda familjehem		2 076	1 912	1 927	1 875	
HVB		2 078	2 235	2 133	2 844	

Kommentar

Antalet placerade barn fortsätter att minska successivt. Vid periodens slut var det totalt 28 barn. Två HVB-placeringar är externa varav en avser placering enligt LVU. I antalet HVB-placeringar ingår också stödboende. Omställningen från HVB-placeringar i egen regi till stödboende har genomförts.

IFO Vuxen

	Kvartal 4, 2017	Kvartal 1, 2018	Kvartal 2, 2018	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Procentuell förändring/år
Antal placeringar:						
Institutionsvård/Missbruk	0	1	1	1	3	
-Snittkostnad per dygn	0	1 763	1 530	1 530	1 652	
InstitutionsvårdPsykiatri	6	6	5	4	4	
-Snittkostnad per dygn	1 799	1 799	1 742	1 697	1 697	
Familjehem	0	0	0	0	0	
-Snittkostnad per dygn	0	0	0	0	0	
Antal hushåll med ekonomiskt bistånd	110	107	96	96	110	
-Snitt betalt per hushåll under kvartalet	16 136	15 105	14 813	14 344	15 964	
Antal personer med Boendestöd	68	67	64	71	73	

Kommentar

Antalet placeringar på institutionsvård missbruk är lågt då det satsas på öppenvård och att öppenvård tillämpas i första hand. Öppenvård erbjuds i form av 12-stepsprogram, återfallsprevention och individuella samtal. Arbetet med anhörigstöd har kommit igång. Antalet placeringar inom socialpsykiatri har varit stabil under en längre tid. Syftet med vården har i flera fall uppnåtts och dessa personer är nu placerade på grund av att det saknas någon annan boendelösning. Boendestödet ökar, förändring i riktlinjer och samarbetet med vård och omsorg har nu resulterat i att nio personer har fått beslut om boendestöd genom vård och omsorg. Ekonomiskt bistånd har ökat något jämfört med föregående kvartal men har minskat i jämförelse med samma kvartal föregående år. Under perioden konstateras att antalet ärenden med våld i nära relationer ökar vilket är både tidskrävande och kostnadskrävande.

VoO Äldreomsorg

	Kvartal 4, 2017	Kvartal 1, 2018	Kvartal 2, 2018	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Procentuell förändring/år
Antal personer i ordinärt boende med Hemtjänstbeslut	483	494	545	510	505	
Beviljad tid hemtjänst	38 750	36 509	31 997	37 243	36 020	
Utförd tid hemtjänst		17 976	25 159	27 558	27 792	
Beläggingsgrad SäBo, kvartalets slut		97	91	100	97	
Väntetid SäBo, dagar		17	21,5	18	17	

Kommentar

Viss ökning av antal personer med hemtjänst har skett sedan kvartal 4 2017. Den beviljade tiden har minskat sedan kvartal 4 2017. Beläggingsgrad och väntetid till särskilt boende har legat på ungefär samma nivå under 2018. Någon markant förändring har inte skett inom äldreomsorgen. Behovet av demensplatser ökar. Sju omvårdnadsplatser har omvandlats till demensplatser under 2018 men fler kommer att behövas.

VoO Funktionshinder

	Kvartal 4, 2017	Kvartal 1, 2018	Kvartal 2, 2018	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Procentuell förändring/år
Beläggningsgrad, LSS boende, vid kvartalets slut	100	90	100	117	123	
DV, antal brukare		92	98	102	104	
- Egen regi		79	83	89	90	
-LOV		13	13	13	14	
P-ass LSS						
-personer		5	6	8	7	
-timmar		5 723	5 702	6 993	7 087	
P-ass SFB						
Antal ärenden vid kvartalets slut		22	22	22	21	
-varav utförs av egen regi		10	10	10	9	

Kommentar

Beläggningsgraden för LSS-boende har ökat. Vi har flera överställda beslut och kommer att behöva ytterligare ett serviceboende och en gruppbostad för att täcka behovet.

En viss ökning av antalet deltagare i daglig verksamhet har skett. Störst ökning inom egen regi (11 personer).

Inga större förändringar har skett vad gäller personlig assistans. Försäkringskassan har gjort en förändring i sin bedömning av personlig assistans som gjorde att vi förväntade oss att kommunen skulle få fler ärenden. Förändringen har dock inte lett till förväntad effekt.

VoO Hjälpmedel

	Kvartal 4, 2017	Kvartal 1, 2018	Kvartal 2, 2018	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Procentuell förändring/år
Kostnad för A-hjälpmedel	1 125 019	343 881	877 485	661 262	400 458	
-antal föreskrivningar		89	98	112	187	
Kostnad för B-hjälpmedel	424 777	380 790	373 681	311 522	115 942	
-antal föreskrivningar		648	530	372	432	

Kommentar

Hjälpmedelsverksamhetens underskott förväntas bli 1,3 miljoner kronor under år 2018. Enligt senaste rapport från HUL har de ett underskott på 2,3 miljoner kronor vilket kommer att debiteras kommunerna inom HUL-samarbetet. Kommunerna kommer att debiteras utifrån 2018 års fördelningsnyckel, vilket för Östhammars kommun innebär 6,38 % av den totala summan, totalt 187 tkr. Detta har inte räknats med i prognosen för hjälpmedelsverksamheten 2018. Analys från HUL gällande deras underskott beror främst på ett stort sortiment på lagervaror och en ökad sänghantering.

Under år 2018 har det förskrivits 5 % mer HUL-hjälpmedel jämfört med samma period 2017. Inköp av HUL-hjälpmedel 2018 blev dock 637 tkr lägre mot år 2017 vilket beror på att mycket HUL-hjälpmedel har skrotats under 2017 och det köptes in mycket nya produkter sista kvartalet 2017. Nya produkter som köps in och sedan säljs till annan kommun har också ett högre andrahandsvärde vilket innebär att även hjälpmedlen som Östhammar köper på begagnatmarknaden har ett högre inköpspris. Under år 2019 kommer kommunerna se över skrotningsrutinen tillsammans med HUL.

Mer skrotning av HUL-hjälpmedel innebär även högre intäkter, eftersom vi inte bara köper utan också säljer nyare produkter till övriga kommuner. Intäkterna förväntas därmed bli högre än vad vi lagt prognos för. Redan sista september i år uppfyllde verksamheten den prognostiserade intäktsbudgeten, och prognosen för året är intäkter på 1,7 miljoner kronor vilket är ca 400 000 kr mer än förväntat.

En annan anledning till ökade hjälpmedelskostnader är att under år 2017 och 2018 har nya upphandlingar inom de flesta produktområden skett, se bilaga 1. Utbudet av hjälpmedel inom vissa produktområden har även utvidgats för att kunna tillgodose fler individers behov. Även uppfylla Patientlagen (2014:821) som säger att den enskilde ska ges möjlighet att välja det alternativ den enskilde föredrar, om det finns flera alternativ tillgängliga som fyller den enskildes behov och kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat. Nytt sortiment, speciellt av HUL-hjälpmedel, innebär även ökade kostnader av tillbehör och reservdelar. När det gäller K-hjälpmedel så har vi jämfört antalet nyinköp av rollatorer (nytt avtal fr.o.m. 1/9 2017) och dynor (nytt avtal fr.o.m. 1/7 2017) vilka förmodas vara produktområden som kan föranleda ökade kostnader. Under år 2018 ökade kostnaderna för K-hjälpmedel med cirka

100 000 kr per kvartal jämfört med 2017. Kvartal 4 har dock betydligt lägre kostnader för K-hjälpmedel i jmf med kvartal 4 2017 då det efter skrotning av hjälpmedel fanns behov av nyinköp.

En aktivitet för 2019 är att se över lagret i hjälpmedelsförrådet (K-hjälpmedel) i syfte att minska antalet lagervaror och istället öka antalet beställningsvaror. Det för att minska förrådets lagersaldo. Lagervärde för K-hjälpmedel: 474.658 kr och lagervärde för HUL-hjälpmedel: 631.214 kr, totalt lagervärde 1.105.872 kr.

Tyvärr är statistik för antal förskrivna K-hjälpmedel fortfarande inte fullt tillförlitlig även om det blivit mycket bättre de senaste åren. Vi kan därför inte utifrån statistiken utläsa om antalet förskrivna K-hjälpmedel har ökat vilket skulle kunna vara en anledning till ökade kostnader. I Uppsala har man t.ex. sett en trend av att antalet förskrivningar av rollatorer och dynor ökat för varje år. Under år 2019 kommer vi tillsammans med förskrivarna fortsätta arbeta med målet att samtliga förskrivna hjälpmedel ska registreras i Förskrivarportalen vilket skulle innebära bättre underlag för statistik.

Nya upphandlingar sker via HUL var fjärde år, se tabell nedan. Under år 2017 och 2018 har det genomförts nya upphandlingar inom nästan alla hjälpmedelskategorier. Genom att planera budget efter kommande upphandlingar framöver kan vi lägga bättre prognoser för hjälpmedelsverksamheten. Även genom att planera efter aktuell skrotningsrutin. T.ex. skrotas manuella rullstolar efter tio år och aktivrullstolar efter 7 år (enligt nuvarande skrotningsrutin). Detta infördes under 2017 vilket innebär att vi bör kunna förvänta oss ökade kostnader av manuella rullstolar igen år 2027 och aktiva rullstolar år 2024. Även ökade intäkter åren därefter.

Närvårdsenheten

Närvårdsenheten	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Kvartal 4, 2017
Bruttokostnad tkr	5 377	5 719	4 756
Personalkostnad tkr	4 480	3 970	3 719
Beläggning, procent	88	80	85
Totalt antal personer	132	142	153
SoL	10	0	24
HSL	122	142	129
Totalt antal vård dagar	1 104	1 328	1 245
SoL	259	0	481
HSL	845	1 328	764
Kostnad per vård dag	4 188	4 306	3 820
Medelvärde vård dag	8,4	9	8,1
SoL	25,9	0	20
HSL	6,9	9	6
Median vård dagar	6	7	6
SoL	20	0	19
HSL	6	7	5
Antal inskrivningar	122	126	153
Från eget boende	122	126	135
via husläkare	60	72	56
via akutmottagning	51	54	67
via SAH	1	0	2
via biståndsbeslut	8	0	10
Från sjukhus	2	0	13
Från SäBo	0	0	3
Inom enheten	0	0	2
från SoL till HSL	0	0	-
från HSL till SoL	0	0	2

Antal utskrivna	116	136	150
till eget boende	80	102	88
till sjukhus	11	10	20
till SäBo	11	9	21
till kommunens korttidsenhet	3	5	7
Inom enheten	11	10	3
från SoL till HSL	1	0	1
från HSL till SoL	0	0	2
Avliden	10	10	8

Kommentar

Jämfört med kvartal 3 2018 är det inga större förändringar gällande beläggning i %, antal vård dagar ökat något.

Bruttokostnaden ökat jämfört med kvartal 3, personalkostnaderna minskat under samma period. Svårigheter att rekrytera sjuksköterska främst till natten, har under hösten haft en vakant nattjänst.

Har under hösten hyrt in sjuksköterska från bemanningsföretag för att klara av att bemanna natten med sjuksköterska.

Enligt nya avtalet som trädde i kraft den 1 juli 2018 har biståndshandläggaren inte rätten att besluta om inläggning enligt SoL-beslut. Beslut om inläggning fattas av närvårdenhetens läkare, primärvårdens läkare eller mobila närvårdsteam, verksamheten har idag endast HSL-platser.

Arbetet med att ta fram nya nyckeltal påbörjats och kommer att kunna redovisas från och med kvartal 2 2019.



Statistikrapport av ej verkställda beslut

Socialnämnden, Kvartal 4 2018

Innehållsförteckning

1	Statistikrapport av ej verkställda beslut	3
---	---	---

1 Statistikrapport av ej verkställda beslut

Socialförvaltningens förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår socialnämnden besluta att överlämna redovisningen till fullmäktige

Beslutsfattare/delegat: Socialnämnden

Bakgrund

Enligt 16 kap § 6 h Socialtjänstlagen (SoL) skall socialnämnden kvartalsvis lämna en statistikrapport till fullmäktige över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden skall vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut. Samma rapporteringsskyldighet gäller för beslut som inte verkställs på nytt efter avbrott i verkställigheten. Det skall också framgå hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller bistånd till kvinnor respektive män.

Enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 28h gäller en motsvarande rapporteringsskyldighet för beslut om insatser enligt 9 § LSS.

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige

LSS Beslut

Beslutsdatum/Avbrott	Beslut	Orsak till att beslutet inte verkstälts	Vidtagna åtgärder	Kön
2016-05-03	9.9 § Bostad för vuxna	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet	Erbjudet 180828 och 181010	Man
2018-05-03	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, t ex saknar ledig bostad		Man
2018-06-27	9.3 § Ledsagarservice	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Frånsagt sig beviljad insats, avslutat 181210	Kvinna
2018-04-24	9.9 § Bostad för vuxna	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet	Erbjudet 180613	Man
2018-04-24	9.10 § Daglig verksamhet	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet	Erbjudet 180613	Man
2018-05-28	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, t ex saknar ledig bostad		Man
2018-05-15	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, t ex saknar ledig bostad		Man
2018-07-26	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, t ex saknar ledig bostad		Man
2018-06-19	9.4 § Kontaktperson	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet	Erbjudet 180619 och 181106	Man
2018-05-03	9.4 § Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare		Man

SoL Beslut

Beslutsdatum/Avbrott	Beslut	Orsak till att beslutet inte verkställts	Vidtagna åtgärder	Kön
2018-05-31	Kontaktperson (OF)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 181101	Kvinna
2018-06-19	Kontaktperson (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 181106	Man
2017-11-14	Kontaktperson (OF)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 181001	Kvinna
2017-12-08	Kontaktperson (OF)	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet	Erbjudet 180924	Man
2018-09-04	Kontaktfamilj (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare		Man
2018-09-04	Kontaktfamilj (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare		Man
2018-07-13	Kontaktperson (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 181026	Man
2018-07-01	Kontaktperson (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 181105	Kvinna
2018-06-28	Kontaktperson (OF)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare		Man
2018-04-11	Kontaktperson (OF)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 181115	Kvinna
2018-05-08	Kontaktperson (OF)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 180901	Man

Socialnämnden

Internkontrollplan 2019

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden fastställer internkontrollplanen för 2019.

Bakgrund

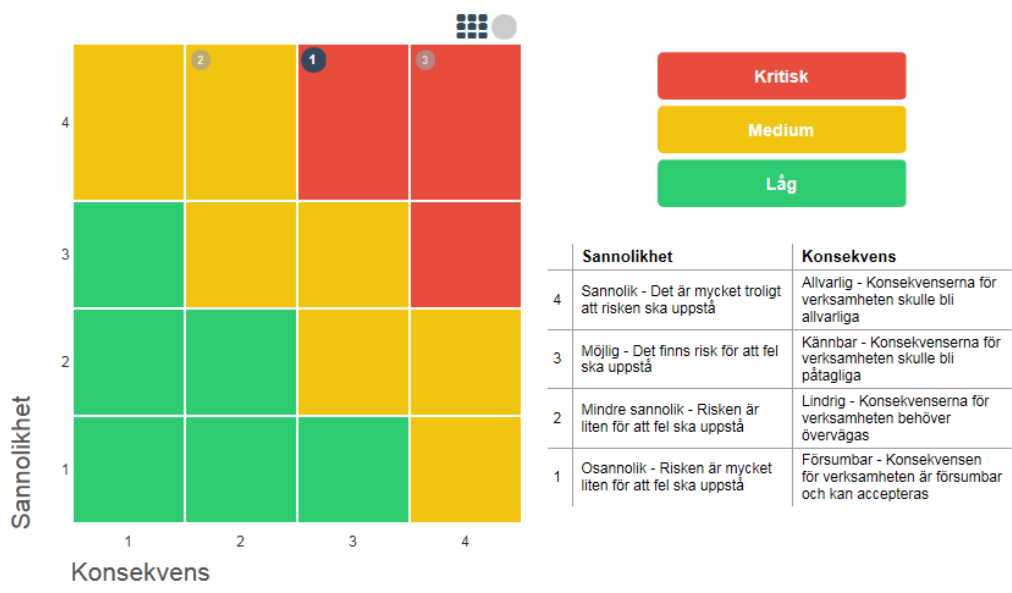
I kommunallagen anges att nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt. Socialnämnden fattar årligen beslut om en internkontrollplan för att fastställa områdena som ska kontrolleras i årets internkontroller.

Sammanfattning av ärendet

Urvalsarbetet har utgått från sannolikhet och konsekvens samt socialnämndens mål och befintliga nyckeltal. Kommunfullmäktiges reglemente och socialnämndens reglemente för internkontroller har varit vägledande i arbetet med utformandet av internkontrollplanen vilket innebär att principen rimlig grad av säkerhet har varit rådande. De övergripande utgångspunkterna har varit:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheterna
- Efterlevnad av tillämpliga lagar och föreskrifter

Modellen nedan har använts för att skatta riskerna. För varje kontrollområde tilldelas ett siffervärde för sannolikhet respektive konsekvens. Dessa värden multipliceras med varandra för att erhålla ett riskvärde. Med hjälp av modellen placeras riskvärdena in i en av tre kategorier, kritisk medium eller låg. I bedömningen som gjorts har samtliga kontrollområden som valts fått ett riskvärde som klassats som medium eller kritisk.



Beslutet skickas till

Socialchef, Håkan Dahlqvist
Administrativ chef, Eva Gryding
Utredare, Oskar Johansson

Process (rutin/system)	Risk	Ansvarig för genomförande av åtgärder	Frekvens	Metod	Rapportering till	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Riskbedömning
Uppföljning av familjehem	Att uppföljning inte sker enligt riktlinjer	IFO chef	1 ggr/år	Stickprov	Förvaltningschef	3	4	12	Sannolikheten bedöms vara medel mot bakgrund av hög personalomsättning. Konsekvensen bedöms hög då det gäller barnärenden.
Kontroll av att användarna i Combine endast gör det de har rätt att göra	Att data otilbörligt hämtas	IFO chef, VoO chef, administrativ chef	2 ggr/år	Stickprov	Administrativ chef	2	4	8	Då Combine är tätt integrerat med våra kringsystem för bland annat insatsplanering, personalplanering och tidsrapportering, så finns det en risk att personal har högre behörigheter i Combine än de egentligen skall ha. Detta då arbetet att godkänna tidsrapportering delegeras ut vilket medför att, personal som blir delegerad arbetsuppgiften, måste ha högre behörighet i Combine till följd av hur integrationen ser ut för närvarande.
Säkerställande av samtal med barn i utredningsprocessen	Att samtal inte hålls med barnet	IFO chef	1ggr/år	Stickprov	Förvaltningschef	4	4	16	Sannolikheten bedöms vara hög med bakgrund av bristerna som framkom under 2018 års internkontroll. Konsekvensen bedöms hög eftersom samtalen är avgörande för utredandet av barn i utsatta situationer.
Rehabiliteringsprocessen	Att riktlinjer angående dokumentation inte följs	IFO chef, VoO chef, administrativ chef	1ggr/år	Stickprov	Förvaltningschef	3	3	9	Sannolikheten bedöms vara hög med anledning av de brister som framkommit under 2017 och 2018 års internkontroller. Konsekvensen bedöms vara medel eftersom det är avgörande för att säkerställa att rehabilitering genomförs.
Antalet godkända samverkansdokument kopplat till öppna jämförelser	Att antalet godkända samverkansdokument sjunkit eller stagnerat sedan 2018	IFO chef, VoO chef, administrativ chef	1 ggr/år	Stickprov	Förvaltningschef	2	3	6	Med anledning av att uppföljning inte tidigare har gjorts är det svårt att skatta risken.
Social dokumentation i enlighet med SOSFS 2014:5 inom VoO	Att dokumentationen i genomförandeplaner inom VoO inte lever upp till kraven i SOSFS 2014:5	VoO chef	1 ggr/år	Stickprov	Förvaltningschef	4	3	12	Med nytt verksamhetssystem bedöms risken till hög att delar i dokumentationen brister. Konsekvensen bedöms till medel.

Socialförvaltningens arbetsmiljöarbete



Sjukstatistik, Socialförvaltningen

Total sjukfrånvaro (i procent), inkl. sjukersättning och rehabilitering, i förhållande till ordinarie arbetstid									
	160101-161231			170101-171231			180101-181231		
	alla	män	kvinnor	alla	män	kvinnor	alla	män	kvinnor
Total sjukfrånvaro	8,3	5,3	8,6	8,6	5,4	8,9	9,6	9,7	9,6
Ålder									
< 29 år	6,6	7,4	6,5	6,4	4,7	6,7	9,8	12,7	9,1
30 - 49 år	8,2	6,3	8,4	7,9	4,3	8,5	8,8	8,3	8,9
> 50 år	8,9	2	9,3	9,8	9,2	9,9	10,2	9,1	10,3
Långtidsfrånvaro >59 dgr i i relation till total sjukfrånvaro	49,6	1,7	47,9	47,9	1,6	46,3	52,1	6,5	45,6



Kommentarer till statistiken

Statistiken visar socialförvaltningens totala sjukfrånvaro under perioderna 160101–161231, 170101–171231 och 180101–181231.

Den totala sjukfrånvaron varierar kraftigt mellan enheterna, vilket även innebär att frånvaron är relativt låg på vissa enheter.

Sjukstatistik, Vård och omsorg

Total sjukfrånvaro (i procent), inkl. sjukersättning och rehabilitering, i förhållande till ordinarie arbetstid

	160101-161231			170101-171231			180101-181231		
	alla	män	kvinnor	alla	män	kvinnor	alla	män	kvinnor
Total sjukfrånvaro	8,7	7,2	8,8	8,7	5,4	8,9	10,0	11,5	9,9
Ålder									
< 29 år	6,8	7,7	6,7	6,6	5,2	6,8	10,6	14,5	9,7
30 - 49 år	8,2	9,5	8,1	8,2	5,6	8,4	9,1	8,3	9,2
> 50 år	9,8	0,9	10,0	9,9	5,2	10,0	10,7	14,8	10,6
Långtidsfrånvaro >59 dgr i relation till total sjukfrånvaro	50,4	1,5	48,9	46,9	0,4	46,5	52,8	6,3	46,5

Kommentarer till statistiken

Statistiken visar socialförvaltningens totala sjukfrånvaro under perioderna 160101–161231, 170101–171231 och 180101–181231.

Orsaker till sjukfrånvaro är bland annat psykisk ohälsa och smärta i leder.

Sjukstatistik, Individ- och familjeomsorg

Total sjukfrånvaro (i procent), inkl. sjukersättning och rehabilitering, i förhållande till ordinarie arbetstid

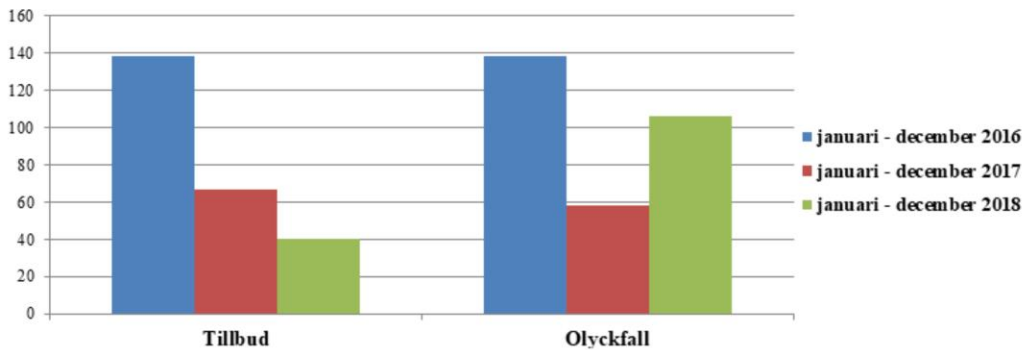
	160101-1612301			170101-171231			180101-181231		
	alla	män	kvinnor	alla	män	kvinnor	alla	män	kvinnor
Total sjukfrånvaro	6,4	3,2	7,5	8,4	5,3	9,5	7,8	8,7	7,6
Ålder									
< 29 år	5,2	5,3	5,2	4,9	2,9	5,8	4,3	6,0	3,9
30 - 49 år	9,0	3,9	11,8	7,8	3,8	9,7	8,6	14,9	7,0
> 50 år	4,0	1,6	4,6	10,0	9,2	10,1	7,9	2,4	8,7
Långtidsfrånvaro >59 dgr i i relation till total sjukfrånvaro	45,8	3,7	42,1	53,8	5,9	47,9	47,5	8,8	38,7

Kommentarer till statistiken

Statistiken visar socialförvaltningens totala sjukfrånvaro under perioderna 160101–161231, 170101–171231 och 180101–181231.

Orsaker till sjukfrånvaron är bland annat operationer och psykisk ohälsa.

Rapporterade tillbud och olycksfall januari - december



Kommentarer till statistiken

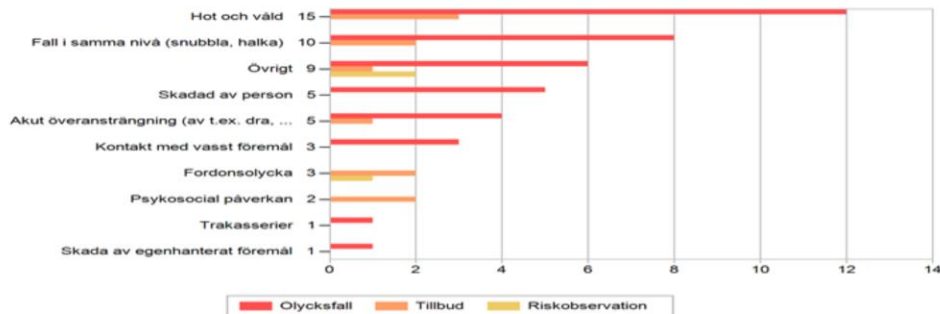
Statistiken visar de anmälningar som skett i KIA (kommunernas informationssystem om arbetsmiljö) under januari-december år 2016, år 2017 och år 2018.

Att antalet olyckor nu är fler än antalet tillbud tyder på att fler lärt sig känna skillnad på de två begreppen.

De vanligaste skadeorsakerna/riskerna 2018

Skadeorsak/risk

Diagrammet visar de vanligast förekommande. Antal händelser där det inte är angivet: 103



Kommentarer till statistiken

Statistiken visar de tio vanligaste skadeorsakerna/riskerna till att man har valt att göra en anmälan i KIA. I 103 av de anmälda fallen är detta ej angivet.

Vanligast är att händelserna har inträffat på särskilt boende där rivningar, slag och bespottningar är vanligt förekommande. Smärta och/eller rivsår är följden i flera av ärendena.

Arbetsmiljöarbetet 2018

Förvaltningsövergripande

- Ledningsgruppens ansvar för chefers arbetsmiljö
- Chefsfrukost en gång per kvartal
- Utbildning ”Trygg på jobbet” – hantera konflikter, hot och våld



Kommentarer

- Vid arbetsmiljöverkets besök 2018 uppmärksammades chefers arbetsmiljö. Förvaltningen, främst genom ledningen, behöver systematiskt arbeta med frågan.
- Med syfte att knyta förvaltningens verksamheter och chefer närmre varandra och förbättra chefernas arbetsmiljö, ska förvaltningen en gång per kvartal anordna med s.k. chefsfrukostar. Vid dessa frukostar ska bland annat chefernas arbetsmiljö diskuteras.
- Utbildningen ”Trygg på jobbet” har anordnats för biståndshandläggare och medarbetare inom individ- och familjeomsorgen.

Arbetsmiljöarbetet 2018

Vård och omsorg

- Ny organisation med tydligare ledningsstruktur
- Möjlighet till reflektion
- Personaldagar - dialog med medarbetare
- Ny planering inom hemtjänsten med syfte att minska medarbetarnas stress och öka kontinuiteten för brukaren



Kommentarer

- Ny organisation där respektive enhetschef ska ansvara för antingen hemtjänst, eller för särskildt boende/LSS. Tre enhetschefer ska ansvara för HSL (sjuksköterskor, arbetsterapeuter, samt sjukgymnaster/ fysioterapeuter). Detta innebär en tydligare ledning och en tydligare organisationsstruktur.
- Cheferna inom vård och omsorg har idag tid för reflektion tillsammans. Nu tas det fram rutiner för hur samtliga medarbetare ska ha möjlighet till reflektionstid.
- Inom vård och omsorg anordnas s.k. personaldagar på de olika enheterna. Syftet med dessa dagar är att medarbetarna skulle få chansen att diskutera frågor, lämna anonyma synpunkter och förslag men framförallt känna sig uppmärksammade. Det erbjuds även tävlingar, lotterier, fika och små presentpåsar.
- Hemtjänsten ska organiseras om från många korta till fler långa besök. Nytt planeringssystem ska ge möjlighet.

Arbetsmiljöarbetet 2018

Individ- och familjeomsorgen

- Tydligare ledningsstruktur
- Genomförda exitsamtal på barn- och ungdomssektionen
- Arbetsmiljökartläggning, barn- och ungdomssektionen
- Prioriteringslistor och arbetstyngdsmätning (Göteborgsmodellen)



Kommentarer

- Med syfte att skapa en tydlig ledningsstruktur har barn- och ungdomssektionen delats upp i "myndighetsutövning" och "öppenvård". Respektive del leds av en chef. Totalt har barn- och ungdomssektionen således två chefer.
- De senaste åren har det varit stor personalomsättning inom barn- och ungdomssektionen och på grund av detta har förvaltningen HR-generalist kontaktat medarbetare som slutat år 2016-2018. 10 av 12 kontaktade valde att delta i samtal som utgick från 24 frågor. En rapport är skriven.
- Under hösten 2018 genomförde företagshälsovården Länshälsan en kartläggning gällande arbetsklimatet inom barn- och ungdomssektionens arbetsgrupp "myndighet".
- Göteborgsmodellen är en metod för att mäta socialsekreterares arbetstyngd. Metoden mäter mängden arbete och inte kvaliteten på utfört arbete. Syftet med metoden och skapande av prioriteringslistor är att förbättra arbetsmiljön.

Pågående arbete

- Påbörjat fastställande av mål för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (OSA-mål)
- Pågående kartläggning gällande orsakerna till sjukfrånvaro
- Återansökan till Vård- och omsorgscollege
- Arbetsmiljöverket inspekterar att de förtroendevalda följer upp



Kommentarer

- Mål ska, i enlighet med AFS 2015:4, sättas upp för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Arbetet är påbörjat men målen är ej fastställda ännu.
- En kartläggning gällande orsaker till sjukfrånvaro genomförs på samtliga enheter under januari – mars 2019. Syftet med detta är att öka möjligheterna att vidta rätt åtgärder för att minska sjukfrånvaron.
- Östhammars kommun ingår i Vård- och omsorgscollege, vilket innebär att vi har kvalitetsstämpel som ställer krav på arbetsliv och utbildning. Återansökningar behöver göras regelbundet och den lokala, respektive den regionala återansökningen för år 2019-2024 är inskickade. Certifieringsbesöket genomförs den 10 april.
- Arbetsmiljöverkets tillsyn av kommuner och regioner kommer framöver att fokusera på hur förtroendevalda följer upp det systematiska arbetsmiljöarbetet. Fokus kommer bland annat att vara på hur politiken arbetar med den årliga uppföljningen. Arbetsmiljöverket ska inom ramen för strategin informera politiker för att göra de förtroendevalda medvetna om deras ansvar i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Socialnämnden

Uppföljning av 2016 års revisionsrapporter

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att uppdra till socialförvaltningen vidta de åtgärder som kommunrevisionen rekommenderat i uppföljningen

Beslutsfattare: Socialnämnden

Bakgrund

KPMG har på uppdrag av kommunens revisorer genomfört en uppföljning av de revisionsrapporter som genomfördes under revisionsår 2016. Uppdraget ingår i revisionsplanen för 2018.

Sammanfattning av ärendet

KPMG:s bedömning är att kommunen arbetat aktivt med rekommendationer som lämnades i samband med tidigare granskningar. Kommunen ska utvärdera dessa åtgärder för att se om de gett önskad effekt, samt säkerställa att ändamålsenliga åtgärder har vidtagits utifrån varje rekommendation.

För socialnämnden har granskning av personalförsörjning och planering inom äldreomsorg ingått i uppföljningen. Uppföljningen har visat att kommunen arbetat aktivt med att minimera antalet medarbetare som brukaren möter, men att mer kan göras för att öka kontinuiteten.

Socialnämnden kommer att följa rekommendation att förändra arbetssätt och vid schemaläggning säkerställa antalet medarbetare som brukare möter vid kritiska tidpunkter. Socialnämnden kommer också följa KPMG:s bedömning gällande riskbedömningar och utvärdering av risker inför varje planerad omorganisation, innan beslut fattas.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen
Socialförvaltningen

Dnr		Sid	
ÖSTHAMMARS KOMMUN		1 (1)	
Kommunstyrelsen			
2018 -12- 13			
Dnr:		Dpt:	

Kommunstyrelsen
Barn- och utbildningsnämnden
Socialnämnden

För kännedom:
Kommunfullmäktiges presidium

Uppföljning av 2016 års revisionsrapporter

KPMG har av Östhammars kommuns revisorer fått i uppdrag att genomföra en uppföljning av de revisionsrapporter som genomfördes under revisionsår 2016. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2018.

Utifrån genomförd uppföljning är vår sammanfattande bedömning att kommunen övergripande har arbetat aktivt med de rekommendationer som lämnades i samband med tidigare granskningar. Vi vill här belysa vikten av att kommunen utvärderar dessa åtgärder framöver för att se om de fått önskad effekt. Vi kan dock konstatera att det förefaller finnas mer att göra för att säkerställa att ändamålsenliga åtgärder vidtagits utifrån varje rekommendation. Uppföljningen belyser även andra områden som kommunen bör arbeta vidare med i syfte att vidareutveckla organisation och verksamhet.

Kommunrevisionen översänder härmed granskningsrapport och missiv till Kommunstyrelsen, Socialnämnden samt Barn- och utbildningsnämnden för yttrande. Svar önskas senast den 30 april 2019.

Enligt uppdrag



Sten Lindholm
Ordförande



Uppföljning av revisionsprojekt

Rapport
Östhammars kommun

KPMG AB

2018-10-26

Antal sidor 12

Antal bilagor 1



Östhammars kommun
Uppföljning av 2016 års revisionsrapporter

2018-10-26

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
1.1	Syfte, revisionsfråga och avgränsning	2
1.2	Revisionskriterier	2
1.3	Ansvarig nämnd	2
1.4	Projektorganisation/granskningsansvarig	2
1.5	Metod	3
2	Resultat av granskningen	3
2.1	Granskning av ombyggnaden och renoveringen av kommunhuset	3
2.2	Granskning av styrning, ledning och beslutsprocessen avseende viktigare kommunfullmäktigebeslut	4
2.3	Granskning av personalförsörjning och planering inom äldreomsorg	6
2.4	Granskning av planeringsperspektivet inom barnomsorg och grundskola	8
2.5	Sammanfattande bedömning	11
	Bilaga 1 Metod	12

1 Sammanfattning

Vi har på uppdrag av Östhammars kommuns revisorer genomfört en uppföljning av 2016 års revisionsrapporter. Detta i syfte att säkerställa att de granskningsinsatser som genomförts har lett till att verksamheterna utvecklats och brister åtgärdats. De granskningar som ingått i uppföljningen är:

- Granskning av ombyggnaden och renoveringen av kommunhuset,
- Granskning av styrning, ledning och beslutsprocessen avseende viktigare kommunfullmäktigebeslut,
- Granskning av personalförsörjning och planering inom äldreomsorg samt,
- Granskning av planeringsperspektivet inom barnomsorg och grundskola.

Utifrån genomförd uppföljning är vår sammanfattande bedömning att kommunen övergripande har arbetat aktivt med de rekommendationer som lämnades i samband med tidigare granskningar. Vi kan dock konstatera att det förefaller finnas mer att göra för att säkerställa att ändamålsenliga åtgärder vidtagits utifrån varje rekommendation. Uppföljningen belyser även andra områden som kommunen bör arbeta vidare med i syfte att vidareutveckla organisation och verksamhet.

1.1 Syfte, revisionsfråga och avgränsning

Syftet med uppföljningen har varit att studera och bedöma de åtgärder som vidtagits med anledning av revisionens rekommendationer i respektive granskningsrapport nedan:

- Granskning av ombyggnaden och renoveringen av kommunhuset
- Granskning av styrning, ledning och beslutsprocessen avseende viktigare kommunfullmäktigebeslut
- Granskning av personalförsörjning och planering inom äldreomsorg
- Granskning av planeringsperspektivet inom barnomsorg och grundskola

1.2 Revisionskriterier

Vi har bedömt om rutinerna uppfyller:

- Kommunallagen 6 kap. 6 §
- Tillämpbara interna regelverk, policys och beslut

1.3 Ansvarig nämnd

Ansvarig nämnd/styrelse framgår av respektive uppföljning.

1.4 Projektorganisation/granskningsansvarig

Granskningen har utförts av Sofie Wiessner, revisor, under ledning av Anders Petersson, certifierad kommunal yrkesrevisor.

1.5 Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer och kontakter med ansvariga tjänstemän/politiker inom berörda förvaltningar samt dokumentation kring eventuella åtgärder, rutiner och kontrollmoment (se bilaga 1).

Samtliga intervjuade har erbjudits möjlighet att faktagranska rapporten.

2 Resultat av granskningen

2.1 Granskning av ombyggnaden och renoveringen av kommunhuset

Granskningen av ombyggnaden och renoveringen av kommunhuset syftade till att bedöma den interna kontrollen i processen avseende ombyggnaden/renoveringen av kommunhuset. Granskningen avsåg i dessa delar såväl den praktiska hanteringen, uppföljnings- och återrapporteringsrutiner samt ekonomisk uppföljning/avstämning. I granskningens sammanfattning konstaterades att det hade varit svårt att följa den dokumenterade processen av projektet och att majoriteten av tjänstemannabesluten var bristfälligt dokumenterade och bevarade. Detta berodde till viss del på att det saknades en tydlig projektmall eller detaljerad delegationsordning med tydlig fördelning av tjänstemännens roller. Vidare visade granskningen på brister i samordningen och budgetplanering av projektet vilket ledde till ökade kostnader i form av ändrings- och tilläggsarbeten (ÄTA).

2.1.1 Rekommendationer och åtgärder

Nedan presenteras granskningens rekommendationer samt vilka åtgärder Östhammars kommun har vidtagit med anledning av dessa.

Rekommendation

Göra beslut i projekt spårbara och begripliga.

Åtgärd

Kommunen har upphandlat ett nytt projektledningssystem där alla olika delar i ett projekt kommer att dokumenteras och således bli spårbara. I dagsläget arbetar förvaltningen med att implementera systemet.

Rekommendation

Göra en tydlig rollfördelning med tillhörande mandat för projekt.

Åtgärd

I intervjun med den tekniska chefen framkommer att det via det nya projektsystemet är möjligt att skapa en tydligare rollfördelning med tidsatta avstämnings- och beslutpunkter kopplat till varje projekt. Vidare framkommer i intervjun att det finns en ny projektorganisation inom förvaltningen med uppdrag att bl.a. checka av att interna rutiner följs i samband med att nya projekt startas.

Rekommendation

Förbättra kalkylerna till investeringsprojekt så att dessa omfattar alla tänkbara kostnader (ändrad användning av arbetsytor, tidigarelagt planerat underhåll, utrymningslokaler etc.)

Åtgärd

Förvaltningen har fört diskussioner kring detta med ekonomikontoret och ansvaret för att se över kalkylerna åligger ekonomikontoret. Den tekniska chefen uppger i intervjun att förvaltningen i framtiden ska genomföra en risk- och konsekvensanalys innan ett projekt startas för att bedöma vilka risker som finns kopplade till varje enskilt projekt.

Rekommendation

Upprätta en schablon för kostnaden att störa produktionen som jämförelse mot kostnaden för ÄTA.

Åtgärd

Enligt kommunen finns i dagsläget ingen sådan schablon. Målsättningen är att förvaltningen tillsammans med lednings- och verksamhetsstöd ska ta fram en sådan schablon under första kvartalet 2019.

2.1.2 Bedömning

Utifrån uppföljningen är vår bedömning att kommunen har vidtagit ändamålsenliga åtgärder men att det kvarstår en del arbete för att alla brister ska bedömas vara åtgärdade. Vi rekommenderar därför kommunstyrelsen återigen att:

- Förbättra kalkylerna till investeringsprojekt så att dessa omfattar alla tänkbara kostnader (ändrad användning av arbetsytor, tidigarelagt planerat underhåll, utrymningslokaler etc.),
- Upprätta en schablon för kostnaden att störa produktionen som jämförelse mot kostnaden för ÄTA.

2.2 Granskning av styrning, ledning och beslutsprocessen avseende viktigare kommunfullmäktigebeslut

Syftet med projektet var att bedöma om kommunen hade ett tillförlitligt system för verkställighet av beslut från kommunfullmäktige. Granskningen omfattade en uppföljning av tre slumpmässigt utvalda beslut med uppdrag från kommunfullmäktige till kommunstyrelsen samt en uppföljning av en motion och ett medborgarförslag för att se om de hade beretts och beslutats i kommunfullmäktige inom ett år. Efter genomförd granskning var den övergripande revisionella bedömningen att det fanns rutiner för hantering av ärenden från kommunfullmäktige och kommunstyrelsen. Granskningen visade även att det fanns ett system som möjliggjorde expediering av fullmäktiges beslut och detta bedömdes som ändamålsenligt och tillförlitligt. Avseende återrapportering till kommunfullmäktige så konstaterades att samtliga ärenden hade återrapporterats.

2.2.1 Rekommendationer och åtgärder

Nedan återges de rekommendationer som lämnades i samband med granskningen samt vilka åtgärder Östhammars kommun har vidtagit med anledning av rekommendationerna.

Rekommendation

Att en dokumenterad rutin för hur ett ärende bereds i ärendehanteringssystemet tas fram.

Åtgärd

Den nya kommunsekreteraren har för avsikt ta fram rutiner för hur vissa ärenden behandlas och diarieförs samt att genomföra en översyn av ärendeprocesserna. I intervjun med kommunsekreteraren framkommer att vissa delar av ett ärende fortfarande bereds utanför ärendehanteringssystemet, exempelvis i Word. Detta innebär att rutinen måste omfatta mer än bara hur ett ärende bereds i själva systemet för att fånga hela ärendehanteringsprocessen. Kommunsekreteraren ser dock att det finns fördelar med att hantera hela ärendet i systemet. Om det går att skapa anpassningar i systemet som uppfyller verksamhetens krav kommer mycket fler ärenden framöver hanteras i ärendehanteringssystemet. Målet på sikt är att samtliga ärenden kommer att hanteras i ärendehanteringssystemet uppger kommunsekreteraren. Exempel på undantag är ärenden som hanteras i uppföljningssystem.

Rekommendation

Att internkontrollplanen kompletteras med hur "beslut i KS och KF" ska följas upp och när uppföljning ska ske.

Åtgärd

I kommunstyrelsens internkontrollplan för 2018 ingår inte "beslut i KS och KF", dock inkluderas en uppföljning av delegationsbeslut. Uppföljningen sker via en digital enkätundersökning som riktas till delegaterna två gånger per år.

Rekommendation

Att man inför krav på återrapporteringstid avseende ärenden/uppdrag för kommunfullmäktige.

Åtgärd

Kommunsekreteraren eftersträvar att sätta krav på återrapporteringstid på alla uppdrag och ärenden till kommunfullmäktige i de fall då det är möjligt. Kommunsekreteraren uppger i intervjun att det framförallt är svårt att sätta tid för återrapportering på ärenden som sträcker sig över en längre tidsperiod. Vidare sätts inte krav på återrapportering på ärenden som ska följas upp i samband med verksamhetsberättelsen då det redan finns fasta tider för när verksamhetsberättelsen ska behandlas.

2.2.2 Bedömning

Vår bedömning är att kommunen vidtagit ändamålsenliga åtgärder med anledning av rekommendationerna.

2.3 Granskning av personalförsörjning och planering inom äldreomsorg

Syftet med granskningen var att bedöma om socialnämnden hade en ändamålsenlig styrning och uppföljning avseende personalförsörjningen inom äldreomsorgen. Efter genomförd granskning gjordes den övergripande bedömningen att socialnämnden hade en ändamålsenlig styrning och uppföljning. Bedömningen grundade sig på att kommunen hade tagit initiativ till ett omfattande arbete på området i form av mål, uppdrag och direktiv.

2.3.1 Rekommendationer och åtgärder

Nedan presenteras de i granskningen angivna rekommendationerna samt vilka åtgärder Östhammars kommun har vidtagit med anledning av dessa.

Rekommendation

I granskningen gjordes bedömningen att det inte fanns ett ändamålsenligt stöd för planering av tid. Frågan om vikariehanteringen var svårare att värdera, men i granskningen framkom att det fanns ett system och rutiner för hur detta skulle hanteras, däremot noterades att det fanns delar kvar att arbeta med när det gäller legitimiteten och nyttjandet av denna resurs. Utifrån detta gjordes bedömningen att bemanningsenheten borde undersöka missnöjet och misstron från verksamheterna för att bättre kunna möta deras behov och att kravet på verksamheterna att följa rutiner och processer borde vara tydligt.

Åtgärd

I intervju med vård- och omsorgschefen framkommer att bemanningsenheten lades ned hösten 2017 och ansvaret för rekrytering övergick till verksamhetscheferna. Vikarierna, även kallade resurspersonerna, som arbetade på bemanningsenheten gick då över till att arbeta i verksamheterna på heltid. Vård- och omsorgschefen framför att beslutet att lägga ned bemanningsenheten låg i linje med nämndens mål om att öka antalet heltidstjänster i kommunen. Vård- och omsorgschefen uppger att det inte gjordes någon risk- och konsekvensanalys av att lägga ned bemanningsenheten innan beslutet fattades.

Kommunens uppföljning visar på att cheferna upplever att de fått mer kontroll över rekryteringarna. Dock framkommer i intervjun med vård- och omsorgschefen att verksamheterna fick ett överskott på personal i samband med att vikarierna gick över till att arbeta heltid i kommunen. När verksamhetscheferna inte kunde schemalägga all personal resulterade detta i ökade kostnader för verksamheterna. Enligt vård- och omsorgschefen är cheferna frustrerade över situationen och uppger att de fortfarande kämpar med att hålla budget. Trots detta har kommunen ett behov av att anställa fler vikarier då det är svårt att bemanna kvällar och helger.

Vård- och omsorgschefen uppger att förvaltningen under året arbetat med att få en budget i balans. Enligt socialförvaltningens lägesrapport för oktober 2018 uppgår det ekonomiska underskottet till 42 mnkr för år 2018 enligt prognosen i augusti. Lägesrapporten redogör även för orsakerna till det ekonomiska läget där nedläggningen av bemanningsenheten omnämns som en bidragande faktor till att socialnämndens verksamheter har fått ökade kostnader. Tjänsteutlåtandet från

socialförvaltningen gällande arbetet med åtgärder och aktiviteter för att nå ekonomi i balans ska upp för beslut i socialnämnden.

Rekommendation

I granskningen framkom att det saknades rutiner för att säkerställa antalet medarbetare som brukaren möter. Detta ansågs till viss del vara en normativ fråga vilket också framgick i projektplanen. Dock så gjordes bedömningen att alla KPMG talat med såg nyttan av ett minimerande av antalet medarbetare/brukare vilket talade för att frågan förhoppningsvis skulle tas i beaktande vid olika former av beslut.

Åtgärd

Kommunen uppger att flera åtgärder vidtagits för att minimera antalet medarbetare som brukaren möter, bl.a. att IBIC¹ införts i många delar av kommunen. I samband med införande av IBIC går biståndshandläggarna från att fatta detaljerade beslut till att göra mer samlade beställningar per brukare. Detta möjliggör för brukarens kontaktperson, som utför insatserna, att planera insatserna tillsammans med brukaren i dennes hem. Vad brukaren och kontaktpersonen kommer överens om skrivs sedan ned i genomförandeplanen. Tanken är att brukarens kontaktperson ska utföra så många insatser som möjligt under samma besök, vilket resulterar i en ökad kontinuitet. Även om detta uppges ha minimerat antalet medarbetare som brukaren möter kvarstår problemet på kvällar och helger menar vård- och omsorgschefen.

Det sker även en satsning inom hemtjänsten för att få fram statistik över antal beslutade timmar, antal arbetade timmar, samt antal verkställda timmar per brukare. Enligt vård- och omsorgschefen är kommunens ambition att statistiken ska användas för att följa kontinuiteten i omvårdnadsinsatserna för varje enskild brukare men även för att följa utvecklingen på aggregerad nivå. Systemet har varit implementerat i kommunen sedan våren 2017 men vård- och omsorgschefen uppger att dessa typer av analyser ännu inte har genomförts, detta på grund av att verksamheten ännu ej fått tillgång till de beställda rapporter som ingick i upphandlingen.

Vidare framkommer i vår uppföljning att de brukare som har insatser fyra till fem gånger per dag fortfarande möter ett stort antal personer. Detta beror delvis på att servicetjänsterna (städ- och tvättinsatser m.m.) levereras av en extern leverantör och omvårdnadsinsatserna levereras av kommunen. Den externa leverantören har även olika grupper som utför olika tjänster, exempelvis inköp, tvätt- och städinsatser vilket resulterar i att en brukare som har flera olika insatser träffar fler medarbetare. Till skillnad från Östhammars kommun så är det vanligt förekommande att kommuner själva utför servicetjänsterna i samband med att omvårdnadsuppdraget utförs. I intervjun med vård- och omsorgschefen framkommer att avtalet med den externa leverantören inte reglerar antalet medarbetare som brukaren möter.

2.3.2 Bedömning

Vår uppföljning visar att kommunen arbetar aktivt med att minimera antalet medarbetare som brukaren möter. Det förefaller dock finnas mer att göra för att öka kontinuiteten på kvällar och helger. Utifrån detta rekommenderar vi socialnämnden att

¹ Individens behov i centrum, IBIC, är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt för de personer som arbetar med vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning utifrån socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

upprätta en rutin för att säkerställa antalet medarbetare som brukaren möter vid kritiska tidpunkter såsom kvällar och helger.

Uppföljningen visar även att granskningens första rekommendation inte längre är relevant då bemanningsenheten lagts ned. Utifrån vad som framkommit i granskningen ställer vi oss dock kritiska till beslutsprocessen i sig och det faktum att kommunen inte utvärderar riskerna kopplade till större omorganisationer innan beslut fattas.

2.4 Granskning av planeringsperspektivet inom barnomsorg och grundskola

Granskningen som genomfördes 2016 syftade till att bedöma om kommunens planeringsperspektiv var ändamålsenligt så att barnomsorg och grundskoleutbildning kan erbjudas i enlighet med gällande författningar och kommunens egna beslut. Granskningen visade bl.a. att barn- och utbildningsnämnden inte hade fastställt några mål för utbud av platser inom barnomsorg och grundskola eller i någon högre grad utvärderat arbetet med placering av barnomsorg och skola.

2.4.1 Rekommendationer och åtgärder

Nedan presenteras de rekommendationer som lämnades i samband med granskningen samt vilka åtgärder Östhammars kommun har vidtagit med anledning av rekommendationerna.

Rekommendation

Nämnden skulle kunna tydliggöra inriktningen för arbetet med planering av förskola och grundskola genom att fastställa mål för till exempel integration. På detta sätt skulle styrningen av planeringsarbetet bli mycket tydligare.

Åtgärd

Barn- och utbildningsnämnden har tagit fram en lokalförsörjningsplan som revideras årligen inför kommande periods budgetarbete. Enligt planen ska tre övergripande områden särskilt beaktas vid planering, ombyggnation eller renovering av skollokaler;

- Trygga miljöer,
- Förskola och skola i permanenta lokaler samt,
- Pedagogiska miljöer i framkant verksamhets- och utseendemässigt för bästa skolresultat; miljön spelar roll.

Nämnden har även beslutat om principer för en bra förskola och skola utifrån kommunfullmäktiges prioriterade mål om att Östhammars kommun ska vara en kommun som ger barn och unga goda förutsättningar att möta framtidens utmaningar.

Nämnden uppger även att funktionsprogram för förskolor och grundskolor har utarbetats. Funktionsprogrammen syftar till att säkerställa att nya miljöer håller hög och ändamålsenlig kvalitet och tas fram av barn- och utbildningsförvaltningen i samarbete med tekniska förvaltningen.

Nämnden har inte tagit fram några specifika mål för integration men lyfter i principer för en bra förskola och skola att skolmiljöerna ska stimulera till att fler möten sker över de kulturella gränserna.

Rekommendation

Organisationen för planering av barnomsorg och grundskola är ändamålsenlig. Det finns förutsättningar att ytterligare stärka arbetet genom att kontrollern, i egenskap av samordnare för planeringsfrågorna, ges en mer framträdande roll i ledningsarbetet.

Åtgärd

Förvaltningschefen och nämnden erhåller rapportering vid behov kring pågående ny- och ombyggnationer samt hur behovet av lokaler ser ut på kort och lång sikt av verksamhetskontrollern. Under hösten 2018 fattade nämnden beslut om att pågående projekt ska vara en stående punkt på nämndens alla sammanträden.

Verksamhetschefen ingår även i förvaltningens centrala ledningsgrupp och så var även fallet när den ursprungliga granskningen genomfördes. I intervjun med ordförande i barn- och utbildningsnämnden framkommer att verksamhetskontrollern inte fått något nytt uppdrag kopplat till ledningsarbetet och att det ytterst är verksamhetschefen som beslutar om verksamhetskontrollern ska få ett större ansvar.

Rekommendation

Det finns en påtaglig risk för att beslut om dimensionering av nybyggda skolor blir felaktiga och därmed mycket kostsamma för kommunen om hänsyn inte tas till alla skolenheters förmåga att erbjuda undervisning med likvärdig kvalitet i enlighet med skollagens krav.

Åtgärd

Nämnden uppger att en översyn över alla tillgängliga lokaler och deras kapacitet gjordes i samband med att lokalförsörjningsplanen togs fram och i samband med att den uppdateras. När nya projekt initieras så genomförs även barn- och elevprognoser och risk- och konsekvensanalyser av barn- och utbildningsförvaltningen och tekniska förvaltningen. Syftet med detta är att säkerställa likvärdighet, kvalitet och ekonomi i nya och befintliga enheter och säkerställa att besluten som fattas av nämnden är välgrundade.

Den 19 november 2015 fattade nämnden även ett beslut att införa en strukturersättning som innebär att de minsta skolenheterna får ett utökat finansiellt stöd. Syftet med strukturersättningen är att säkerställa kvaliteten även vid kommunens minsta skolenheter.

Vidare tar nämnden del av kvalitetsrapporter från skolenheterna två gånger per år. Ordförande i barn- och utbildningsnämnden uppger i intervjun att nämnden erhåller kvalitetsuppföljning från verksamhetschefen och verksamhetskontrollern. Kvalitetsaspekten beaktas i dessa rapporter utifrån ett kortsiktigt perspektiv på 1-1,5 år.

Rekommendation

Nämnden har viss beredskap för snabba och oförutsedda händelser, dock inte i samma grad som före den stora invandringen 2015. Nämnden bör därför i sitt planeringsperspektiv beakta scenariot om snabba och oförutsedda händelser i form av till exempel många nya kommunmedborgare.

Åtgärd

I lokalförsörjningsplanen ingår förslag på åtgärder som kan genomföras på kort och lång sikt vid ett förändrat barn- och elevantal. Barn- och utbildningsförvaltningen gör barn- och elevprognoser minst en gång per kvartal och verksamhetscontrollern lyfter eventuella förändringar av större vikt till nämnden. Vid akuta behov kan tillfälliga paviljonglösningar bli aktuella och nämnden uppger att de har budgeterat för detta.

Rekommendation

Det är angeläget att nämnden har en struktur för uppföljning och utvärdering av den långsiktiga planeringen av verksamheten så att nämnden kan försäkra sig om att organisation och arbetssätt är tillförlitliga och ändamålsenliga.

Åtgärd

Det har i vår uppföljning inte framkommit att nämnden har utformat en struktur för uppföljning och utvärdering. Ordförande i barn- och utbildningsnämnden uppger att nämnden får kontinuerlig rapportering kring planeringen av verksamheten. Resultatet analyseras dock inte och enligt ordförande i barn- och utbildningsnämnden fattar nämnden sällan eller aldrig något beslut med anledning av rapporteringarna.

2.4.2 Bedömning

Uppföljningen visar på att kommunen på olika sätt arbetat med att åtgärda bristerna som framkom i den tidigare granskningen. Flera åtgärder har vidtagits för att tydliggöra styrningen och inriktningen för arbetet med planering av förskola och grundskola men uppföljningen visar att det fortfarande saknas konkreta mål för arbetet. Utifrån uppföljningen kan det konstateras att verksamhetscontrollern är delaktig i arbetet men inte fått ett utökat mandat sedan den tidigare granskningen genomfördes. Nämnden saknar även en struktur för uppföljning och utvärdering av den långsiktiga planeringen.

Utifrån genomförd uppföljning rekommenderar vi barn- och utbildningsnämnden att:

- Tydliggöra inriktningen för arbetet med planering av förskola och grundskola genom att fastställa mål för till exempel integration.
- Verksamhetscontrollern ges en mer framträdande roll i ledningsarbetet.
- Utforma en struktur för uppföljning och utvärdering av den långsiktiga planeringen av verksamheten så att nämnden kan försäkra sig om att organisation och arbetssätt är tillförlitliga och ändamålsenliga.

2.5 Sammanfattande bedömning

Vår sammanfattade bedömning är att kommunen på en övergripande nivå har arbetat med att åtgärda de brister som framkom i de tidigare granskningarna. Vi vill här belysa vikten av att kommunen utvärderar dessa åtgärder framöver för att se om de fått önskad effekt. Vi kan även utifrån uppföljningen konstatera att det fortfarande är en del arbete kvar för att säkerställa att samtliga brister åtgärdas på ett ändamålsenligt sätt.

2018-11-13

KPMG AB

Anders Petersson
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Sofie Wiessner
Revisor

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument.

Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

Bilaga 1 Metod

Metod

Vår metod består av följande delar:

- Studie av rapporter, missiv, yttranden
- Telefonintervjuer med ansvariga tjänstemän/politiker inom berörda förvaltningar samt
- Dokumentgranskning

Telefonintervju har skett med:

- Teknisk chef
- Kommunsekreterare
- Vård- och omsorgschef
- Ordförande i Barn- och utbildningsnämnden



Verksamhetsberättelse 2018

Vård och omsorg, 2018

Innehållsförteckning

1 Förvaltningsberättelse	3
2 Inledning.....	3
3 Måluppfyllelse utifrån de strategiska inriktningsområdena	4
3.1 Nämndmålen	4
3.2 Måluppfyllelse mål	6

1 Förvaltningsberättelse

Vård och omsorg har under året arbetat med fokus på ekonomi i balans. Schemaförändringar, som inneburit att personal arbetar med delade turer, har påverkat arbetstider för personal, men det har också inneburit möjlighet till att behålla tjänstgöringsgrader.

Viss negativ publicering i sociala medier om förändringar i verksamheten ledde till att både personal och anhöriga hade många tankar och funderingar i samband med detta. Händelserna har emellertid lett till en bättre sammanhållning och attityd, ökad tydlighet och positivare stämning i grupperna.

En ny organisation för vård och omsorg har arbetats fram, för att öka tydlighet i ansvar och roller, samt att kunna arbeta mer aktivt med ekonomi i balans.

Satsningar har gjorts på fortbildningar riktade mot demens, psykisk ohälsa, palliativ vård och andra utbildningar som getts för att ge god och säker vård.

Samarbetet med region Uppsala (fd landstinget) har fortsatt, och gett god effekt för att bli säkra en trygg hemgång från slutenvård.

Under året har en ny servicebostad enligt LSS startats i Östhammar, vilket upplevts mycket positivt för dem som väntat på ett boende.

Vård och omsorgscollege har under året skapat större förutsättningar för en regional och lokal samverkan mellan arbetsgivare, utbildningssamordnare fackliga företrädare och arbetsförmedling. Målet har varit att öka anställningsbarhet, att elever på vård och omsorgsprogrammet blir tryggare i sitt karriärval, samt att höja status på yrken inom vård och omsorg.

2018 utsåg Vård och omsorgscollege Uppsala län, en av vård och omsorgs undersköterskor till årets handledare, vilket förstås uppmärksammades och firades.

2 Inledning

Verksamhetsområdet Vård och omsorg omfattar myndighetsutövning inom äldreomsorgen och för personer med funktionshinder samt verksamheterna hemtjänst, särskilt boende, gruppboendestäder, personlig assistans, kontaktpersoner, dagverksamhet och korttidsplatser.

Vård och omsorg beslutar om och tillgodoser behov av insatser enligt SoL (socialtjänstlagen) och LSS (lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade) samt tillhandahåller hemsjukvårds- och rehabiliteringsinsatser enligt HSL (hälso- och sjukvårdslagen). Även beslut vad gäller färdtjänst, glesbygdsfärdtjänst och riksfärdtjänst handläggs här.

Inom vård och omsorg arbetar bland annat arbetsterapeuter, biståndshandläggare, sjukgymnaster/fysioterapeuter, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Inom det förebyggande arbetet finns anhörigstöd, syn- och hörselinstruktör samt hjälpmedelsenheten.

3 Måluppfyllelse utifrån de strategiska inriktningsområdena

3.1 Nämndmålen

Strategiskt inriktningsområde	Nämndmål	Mål
En attraktiv och växande kommun	Vara en attraktiv arbetsgivare som kännetecknas av ett gott ledarskap, uppmuntran av medarbetares engagemang samt en god arbetsmiljö.	Minska sjukfrånvaro, öka sysselsättningsgrader och medarbetarnas nöjdhet 
	Tillhandahålla tjänster av god kvalitet som ger trygghet, delaktighet, inflytande och valfrihet.	Vård och omsorg verkar aktivt för ökad valfrihet vid val av utförare 
		Vård och omsorg tillhandahåller tjänster i samverkan med brukaren i enlighet med vår värdegrund 
		Vård och omsorg har en säkrad och väl fungerande avvikelshantering 
		Vård och omsorg arbetar aktivt för att det ska finnas ett individanpassat utbud av anhörigstöd 
	Fortsätta utveckla samarbetet med sociala företag, för att leverera värde inom socialnämndens ansvarsområde.	

En hållbar kommun	Verksamhet ska bedrivas kostnadseffektivt med största möjliga nytta för kommuninvånare	Inom vård och omsorg arbetar vi förebyggande 
		Inom vård och omsorg verkställer och handlägger vi ärenden i enlighet med vår värdegrund 
		Vård och omsorg är proaktiva i planeringen av boenden för att möta kommande behov 
	Insatser ska stärka individen till ett mer självständigt liv	
	Miljökonsekvenser ska alltid beaktas och negativa miljökonsekvenser ska förebyggas	
En lärande kommun	Aktivt samverka med andra vårdgivare, huvudmän och civilsamhället	Vård och omsorg samverkar med andra vårdgivare, huvudmän och civilsamhället. 
		Vård och omsorg arbetar aktivt för att öka personalkontinuiteten i hemtjänsten 
	Genom en aktiv omvärldsbevakning skapa en innovativ och förebyggande socialtjänst som kännetecknas av ständig utveckling	Vård och omsorg arbetar aktivt för att införa ny teknik i verksamheten 

En öppen kommun	Socialnämnden ska främja delaktighet, öppenhet och allas lika värde	Vård och omsorg arbetar aktivt med att utveckla och integrera kultur i vården	
		Vård och omsorg ska tillhandahålla mötesplatser	
	Socialnämnden ska ge god service, bra bemötande och en tydlig och förståelig myndighetsutövning.	Inom vård och omsorg arbetar vi aktivt med bemötande och brukarnöjdhet i enlighet med vår värdegrund	
		Inom vård och omsorg arbetar vi aktivt med boende, måltidsmiljö och aktivering på särskilt boende i enlighet med vår värdegrund	
		Inom vård och omsorg arbetar vi aktivt med trygghetsskapande i enlighet med vår värdegrund	

3.2 Måluppfyllelse mål

3.2.1 En attraktiv och växande kommun

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel nöjda medarbetare.	72 %				
Kommentar Inga värden kan anges då ingen mätning är gjord under 2018.					
Andel anställda män.		13,7%			
Andel heltidsanställda	86 %	34 %			
Brukarundersökning Funktionshinder, helhet	90 %				
Kommentar Inget resultat finns att tillgå på den här frågan 2018 med anledning av för få svarande.					

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Brukarundersökning SÄBo, helhet	92 %	76 %	74 %	81 %	
Kommentar Östhammar tappade rejält på total brukarnöjdhet vad gäller våra särskilda boenden. Både Edsvägen och Parkvägen har låga resultat runt ca 65 % på totalen. Edsvägen har tappat ca 30 % på ett år. Motsvarande minskning på Lärkbacken är ca 10 % och på Olandsgården endast 2 %. Tallparksgården har glädjande nog en positiv utveckling i år (+ 10 %) och ligger i år på 100 %. De områden där Östhammar minskat i årets mätning är: • möjlighet påverka tider (-17 %) • måltidsmiljön (-16 %) • hänsyn till åsikter (-14 %) • möjlighet att komma utomhus (-10 %), • maten smakar bra (-10 %) • information om förändringar (-9 %) • bemötande (- 8 %), • sociala aktiviteter (-7 %), • rörlighet inomhus (-6 %) • tillräckligt med tid (-6 %) • trivsamma gemensamma utrymmen (-5 %) • få kontakt med personal (-5 %), • tillgång till sjuksköterska (-3 %)					
Brukarundersökning Hemtjänst, helhet	90%	91%	92%	89%	
Kommentar Östhammar ligger kvar runt 90 % i total brukarnöjdhet vad gäller hemtjänsten. Efter en fallande trend i två år vände nu brukarnas totala betyg. Östhammar ligger därmed 3 % över riksnittet på 88 % och delad fyra i länet. Nöjdast är brukarna som har Vallonens hemtjänst och de som har hemtjänsten i Gimo. I Gimo har trenden vänt och nöjdheten har nu ökat med ca 12 % från förra året. Även hemtjänsten i Östhammar har brukare som är mer nöjda i år (ökning 8 %). I Alunda ökar man med 3 %. Öregrund och Österbybruk tappar dessvärre med ca 7 % vardera. Nöjdheten hos brukarna som har Aktivt Stöd har minskat med 19 % medan den har ökat med 12 % hos Vallonens hemtjänst.					

3.2.1.1 Minska sjukfrånvaro, öka sysselsättningsgrader och medarbetarnas nöjdhet

Analys



Inom gruppbestäderna ser vi ett engagemang hos personalen som även arbetar aktivt utifrån värdeorden i Östhammars kommun. Målet är uppfyllt att arbeta teambaserat mellan alla LSS-områden. Övrigt som är positivt ur medarbetarperspektivet är:

- Samordnare i teamet.
- Gemensamma APT:n för gruppbestäder Östhammar
- Resurstjänster samt flyttbar resurstid, inneburit fler heltidstjänster
- Utökat samarbete mellan gruppbestäderna
- Utbildning inom LSS
- Alla gruppbestäder följer samma metodinriktning och schemalägningsprocess

I Österbybruk har man under hösten haft handledarutbildning (språkombud och inkluderingshandledarutbildningen). Man har även anordnat dokumentationsutbildning i nya verksamhetssystemet internt till all personal. Här har man tagit till vara på den interna kompetensen, genom objektspecialist- och superanvändare. Personal har varit deltagare i sårvårdsutbildning samt att en sjuksköterska har fått möjlighet att delta på en hjärtsviktsutbildning vid Uppsala universitet.

I Österbybruk har cheferna effektiviserat APT-mötena genom att, liknande som man i Alunda gjort en längre tid, varje månad skriva månadsbrev till personalen, för att kunna arbeta med verksamhetsnära frågor- och utveckling. Cheferna har tillsammans med personalen arbetat fram och gjort klart nya lönekriterier, som är sammanställda i ett dokument för hemtjänsten, särskilt boende och hemsjukvård. Under sommaren har man endast behövt sätta in bemanningssjuksköterska två pass inom hemsjukvården i Österbybruk. Man har även genomfört en lyckad nyrekrytering av arbetsterapeut efter att tidigare arbetsterapeut valt att sluta på grund av flytt. Man kan fortfarande se hög sjukfrånvaro bland personalen. Dock arbetar cheferna aktivt med uppföljning men känner att det är svårt att påverka de ärenden de har.

Inom nattpatrullen har man haft en bra bemanning och det är en trygg personalgrupp. Dock är arbetsbelastningen hög och vi kan se att larmstatistiken ökar varje månad.

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel minskad sjukfrånvaro	8,6 %	9,9 %			

3.2.1.2 Vård och omsorg verkar aktivt för ökad valfrihet vid val av utförare

Beskrivning

Förvaltningen ska aktivt verka för ökad valfrihet vid val av utförare

Analys



LoV-företagen har uppgett ett kapacitetstak och ska informera om när taket är nått, dvs när de inte kan ta emot nya brukare. Det har varit svårt för biståndshandläggare att veta när utförarna är valbara. Informationen har ofta kommit i samband med ett aktuellt ärende. Det har lett till en osäkerhet hos biståndshandläggare som kan ha påverkat informationen till brukarna. En större tydlighet avseende kapacitetstaket och en ”kölista” för de brukare som inte har kunnat välja utförare vid nytt beslut skulle kunna öka känslan av att ha fått välja.

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel brukare ORDBO som anser de fick välja hemtjänst	40 %	46 %	44 %	49 %	
Kommentar Här har Östhammar ökat med 7 %. Vi ligger ändå 11 % under riket och i mitten i länet. Ökningen kan till största del härledas till svar från Gimo där ökningen är ca 10 %. I Öregrund ser vi en fallande trend. Där har brukarna heller inte möjlighet att välja annan utförare än kommunens egna. Anmärkningsvärt är att brukarna som har Aktivt Stöd (privat regi) har backat på den här frågan. De har ju valt den aktören för sin hemtjänst.					
Andel brukare som anser de fick välja SÄBO	90 %	92 %	96 %	85 %	
Kommentar En ytterst liten ökning på 2 %. Dock viktigt att poängtera att Östhammar ligger över rikssnittet på 87 % samt att vi är topp fyra i länet. Även här har Gimo gjort en stark ökning med ca 20 %. Även Östhammar har ökat med ca 10 %. Brukarna i Österbybruk (eller deras anhöriga) är mer missnöjda än övriga orter (64 %).					

3.2.1.3 Vård och omsorg tillhandahåller tjänster i samverkan med brukaren i enlighet med vår värdegrund

Beskrivning

Vård och omsorg ska bedömas, planeras och genomföras i samverkan med brukaren. Olika insatser ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt, så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks.

Analys



Verksamheten har haft svårt att komma igång med t ex genomförandeplaner i våra nya verksamhetssystem. Det har "stoppat" upp arbetet något då osäkerhet har funnits kring hur man rent tekniskt ska skriva en plan.

I Österbybruk har man dock genomfört gott arbete med genomförandeplaner inom det särskilda boendet då endast 14 % (7 st) saknar aktuell genomförandeplan. Stor del av det beror på att de har haft stor omsättning bland de boende, främst på omvårdnadsenheterna, med kort "boendetid".

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel brukare ORDBO som anser beslut anpassat efter behov	76 %	76 %	75 %	78 %	
Andel brukare som har en upprättad genomförandeplan senast 2 veckor efter verkställighet	100 %	70 %			
Kommentar Inga tillförlitliga siffror finns att tillgå vid årsmätningen 2018. Vid en kontroll i verksamhetssystemet är antalet inlagda genomförandeplan väldigt få. Därmed inte sagt att verksamheterna inte gjort sina genomförandeplaner. I internkontrollplanen för 2018 beslutades att en kontroll av den sociala dokumentationen skulle genomföras. Syftet är att tillförsäkra att dokumentationen lever upp till kraven i SOSFS 2014:5. Som material har genomförandeplaner från särskilda boenden används. Det konstaterades att genomförandeplanerna har relativt stora brister och inte uppfyller flera av de allmänna råden i SOSFS 2014:5. Åtgärder inför 2019 blir att genomföra utbildningsinsatser i det nya systemet, så att samtliga genomförandeplaner registreras där. Ett utbildningsmaterial kommer även tas fram som ger stöd till <i>hur</i> en genomförandeplan ska skrivas samt dess <i>syfte</i> . Egenkontroll kommer även genomföras där genomförandeplaner kommer kvalitetsgranskas.					

Andel brukare ORDBO som anser de kan påverka tid för hjälp	63 %	56 %	54 %	59 %	
Kommentar Östhammar har minskat med 5 % och ligger strax under rikssnittet på 60 %. Vi är även tredje sämst i länet där Håby ligger bäst till på 78 % och Heby sämst på 53 %. Alunda å sin sida har ökat med 18 % och är med sina 68 % snart i kapp Österbybruk som ligger på 75 %. Östhammar och Gimo ligger bäge runt 56 %. Öregrund har tappat 45 % och ligger i årets mätning på 15 %. Aktivt Stöd har tappat 30 % och ligger nu på ca 70 %.					
Andel brukare SÄBO som anser de kan påverka tid för hjälp	65 %	48 %	54 %	39 %	
Kommentar Östhammar har tappat 17 % från föregående år. Vi ligger sist i länet och 13 % efter rikssnittet. Bäst i länet är Heby på 75 %. Edsvägen har tappat ca 40 % ner till 23 % och Olandsgården har tappat ca 25 % och ligger nu på 50 %. På Lärkbacken kan vi se en svag ökning.					
Andel brukare i ORDBO som får info om tillfälliga ändringar	68 %	60 %	61 %	58 %	
Kommentar Resultatet har minskat med 6 % från föregående år och vi ligger nu 7 enheter under rikssnittet. Östhammar är även tredje sämst i länet där Håbo ligger bäst till på 81 %. Tierp och Uppsala delar sista platsen på 58 %. Samtliga områden har tappat på den här frågan förutom Östhammar och Vallonens hemtjänst. De största minskningarna ser vi i Öregrund (minus ca 30 % ner till 21 %) och Alunda (minus ca 16 % ner till 47 %).					
Andel brukare i SÄBO som får info om tillfälliga ändringar	59 %	49 %	49 %	48 %	
Kommentar Östhammar har tappat 9 % från föregående år och är nära rikssnittet på 48 %. Resultatet placerar oss också som tredje sämst i länet på den här frågan. Heby leder på 62 % och Älvkarleby ligger sämst på 39 %. Positivt är att Lärkbacken ökat ca 20 % och ligger nu på 76 %. Olandsgården och Parkvägen håller sig ovanför rikssnittet med Edsvägen dessvärre backar i årets mätning. Här har man tappat ca 25 % och ligger nu på 14 %.					

Andel brukare i ORDBO som anser personal tar hänsyn till åsikter	87 %	89 %	88 %	90 %	
Kommentar Östhammars kommun ligger nu strax ovanför rikssnittet på 86 % och vi är tredje bäst i länet. Håbo ligger bäst till på 94 % och Heby ligger sämst till på 84 %. Det är dock små skillnader i den procentuella fördelningen mellan kommunerna på den här frågan. Hemtjänsten i Östhammar har ökat med ca 10 % och ligger nu på 92 %. Hemtjänsten i Österbybruk har ökat med 5 % och ligger nu på 100 %. Gimo, Alunda och Öregrund ligger alla under både kommunens och rikets genomsnitt. Dessutom kan vi se små minskningar både i Alunda och Öregrund vilket de bör vara varse om. Även Vallonens hemtjänst har stadigt minskat på den här frågan och ligger nu nere på 82 %.					
Andel brukare i SÄBO som anser personal tar hänsyn till åsikter	92 %	78 %	81 %	72 %	
Kommentar Vid förra årets mätning hamnade Östhammar exceptionellt högt upp jämfört med åren innan det. Årets resultat är mer lika som kommunen brukar hamna och stämmer väl överens med rikssnittet på 79 % och motsvarande kommuner inom landet. Med 78 % hamnade vi tredje sämst i länet där Tierp var bäst med 85 % och Uppsala sämst med 77 %. Den absolut största minskningen kan vi härleda till Edsvägen där resultatet minskat med 37 % och ligger nu på 63 %. Men även Olandsgården (minus 14 %) och Lärkbacken (minus 7 %) har minskat.					

3.2.1.4 Vård och omsorg har en säkrad och väl fungerande avvikelshantering

Beskrivning

En översyn görs av hur vård och omsorg rapporterar avvikelser i syfte att förbättra kunskapen om varför, hur och så vidare.

Analys



Under första delen av 2018 genomförde kvalitetsutvecklaren och verksamhetsutvecklaren en nulägesanalys av vård och omsorgs avvikelshantering. En av utgångspunkterna var brister i avvikelser enligt socialtjänstlagen, en brist som också IVO lyfte fram när de genomförde en granskning av sju svenska kommuner. Dels handlade bristerna om definition av en avvikelse, formulering av avvikelse samt hur en avvikelse följs upp och leder till förbättringsåtgärder. Det är tydligt att det till exempel förekommer brister i bemötande som aldrig leder till en avvikelse. Det är inte förrän det föreligger anmälan enligt Lex Sarah som dessa händelser/avvikelser blir noterade. En välfungerande avvikelshantering skulle således kunna förebygga allvarligare händelser och teoretiskt skulle Lex Sarah- anmälningar kunna minska.

Efter sammanställd analys har även ett utbildningsförslag tagits fram. Underlaget är presenterat för vård och omsorgs ledningsgrupp.

Under året har verksamheterna kommit igång med att rapportera avvikelser i det nya verksamhetssystemet. Dock är det stora brister vad gäller att kunna få ut statistik etc från systemet. Under senhösten har arbete genomförts för att få en ny avvikelsemodul på plats. Det har gått bra och intentionen är att rapportering från och med 2019 sker via det verktyget. Fokus blir därefter att arbeta mer med analyser av avvikelser på en aggregerad nivå.

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Status
Förbättrad avvikelserapportering inom vård och omsorg	Startdatum 2018-07-01	Slutdatum 2018-12-31	✓ Genomförd
Under januari och februari 2018 genomfördes en nulägesanalys av statusen på avvikelserapporteringen inom HSL och LSS/SoL. Det framkom en mängd åtgärder som på sikt kan komma att leda till en kvalitetshöjning på avvikelserapporteringen inom vård och omsorg.			
Kommentar Ny avvikelsemodul i verksamhetssystemet är på gång att implementeras och vara i full drift 2019. Modulen förenklar det avsevärt att rapportera in avvikelser samt att få bra statistik från datat. I samband med implementeringen kommer även stödmaterial och lathundar att distribueras i organisationen med målsättningen att det ska höja kvaliteten på hur avvikelserna rapporteras in.			

3.2.1.5 Vård och omsorg arbetar aktivt för att det ska finnas ett individanpassat utbud av anhörigstöd

Beskrivning

Vård och omsorg arbetar aktivt för att det ska finnas ett individanpassat utbud av stöd för dem som vårdar anhöriga och närstående

Analys



En ny anhörigkonsulent anställdes i december 2017 på halvtid. Det innebär att det nu finns två anhörigkonsulenter som båda arbetar halvtid. De arbetar i olika geografiska områden och till större delen olika tider. De har kunnat delta i flera olika nätverk och har på så vis kunnat fånga upp nya anhörigkontakter.

Under 2018 har förljande aktiviteter arrangerats på Anhörigcentrum:

- Anhöriggrupp Vuxna barn (demens) och anhöriggrupp Demens.
- Herrfrukost
- Pinngympa (Neuroförbundet)
- Nostalgiträff med dagverksamheten (60-tals) i februari.
- Nostalgiträff 70-tal 25 oktober med dagverksamheten och övriga.
- Kalle Jularbo-dagen med Dagverksamheten.
- Balansera mera – veckan

3.2.2 En hållbar kommun

3.2.2.1 Inom vård och omsorg arbetar vi förebyggande

Beskrivning

Den öppna och förebyggande verksamheten ska utökas i förhållande till myndighetsutövandet.

Analys



En genomlysning av enheten för hjälpmedel och förebyggande insatser har genomförts med stöd av verksamhetsutvecklare. Tanken är ta fram en långsiktig plan för verksamheten. Genomlysningen har visat att vi har en väl fungerande enhet med rätt kompetenser och med ambitioner att ytterligare utveckla verksamheterna.

Anhörigkonsulenter har aktivt arbetat med informationsinsatser under året för att nå ut till fler anhöriga. T.ex. har de besökt kommunens mötesplatser under våren. De har också besökt flera hemtjänstgrupper. Ett kontaktformulär har utvecklats för att underlätta kontakt med anhörigkonsulenter via hemsidan.

Syn- och hörselinstruktör har under hösten varit ute i personalgrupper på alla särskilda boende vid 3 tillfällen per boende i syfte att utbilda personal och hjälpa i syn- och hörselärenden på boendena.

Hjälpmedelsmöten har införts vilket innebär att verksamheten träffar förskrivarna oftare och har bättre förutsättningar att samverka t.ex. runt rutiner och riktlinjer.

Ett beslutsstöd för hjälpmedelsförskrivning har utformats tillsammans med övriga kommuner i länet.

Under året har Östhammar Direkt varit behjälplig med att ta kontakt med målgruppen som ska erbjudas hembesök. En av anhörigkonsulenter har även arbetat extra 20 % under hösten med att genomföra förebyggande hembesök. Det har lett till att alla som hittills ska ha blivit erbjudna hembesök har fått det under året och verksamheten ligger i fas.

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel medborgare över 80 som fått erbjudande om ett förebyggande hembesök	100 %	100 %	50 %	50 %	
Kommentar					
Statistik Förebyggande hembesök personer födda 1937 och 1938					
- Antal personer som erbjudits hembesök: 323 stycken (100 %) - Antal personer som tackat ja till hembesök: 110 stycken (34 %)					

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Målupp- fyllelse
		• Antal personer som fått hembesök och som har haft med en nära anhörig eller vän: Antal 45 stycken (41 %) • Antal kvinnor: 55 Antal män: 55 • Antal personer som tackat ja till att få en informationsmapp utskickad: 25 stycken. Antal mappar som delats ut i samband med information i andra sammanhang vg se nedan: 70 stycken. • Förebyggande information muntligt och erbjudan om mappar har givits i samband med inbjudan till: • 180319 Ekumeniakyrkan - träff för daglediga: Antal 20 personer. • Golfklubben för seniorer 180726: Antal 45 personer. • SPF Gimo: Antal 60 personer.			

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Status
Genomgång förebyggande verksamheten	Startdatum 2018-01-15	Slutdatum 2018-08-31	✓ Genomförd
En genomgång av den förebyggande verksamheten ska göras för att beskriva nuläget och ta fram ett nästaläge.			
Kommentar			
Genomgång av den förebyggande verksamheten är genomförd och åtgärdslistan godkändes den 8 juni. Rapport är överlämnad till enhetschef, områdeschef samt chef vård och omsorg.			
Räknesnurra på hemsidan	Startdatum 2018-01-01	Slutdatum 2019-02-28	▶ Pågående
För att göra det enklare för våra kommuninvånare att göra preliminär beräkning av vad det kommer att kosta att ha olika insatser.			
Kommentar			
Ny information från vår kontakt på kommunikationsenheten säger att vi fortfarande väntar på status från leverantör. Det drar ut på tiden och slutdatum förlängs.			

3.2.2.2 Inom vård och omsorg verkställer och handlägger vi ärenden i enlighet med vår värdegrund

Beskrivning

Handläggning av enskilt ärende ska genomföras på ett rättssäkert sätt utifrån gällande lagar och föreskrifter samt riktlinjer.

Analys



Ett omfattande arbete med nytt verksamhetssystem har pågått under året 2018 samtidigt som arbetsmetoden IBIC har införts och finns integrerat i verksamhetssystemet. Från flera enheter är signalerna att implementering av system inte har fungerat tillfredsställande. Det är fortsatt mycket problem både i hantering och system.

Inom nattpatrullen har man en positiv inställning till tekniken och användandet av telefoner. Det finns dock mycket att utveckla och säkerställa när det gäller dokumentation.

Verksamhetssystemet upplevs som mindre användarvänlig för hemtjänstpersonal då tiden sällan räcker till för att sätta sig vid en dator och göra t ex avvikelserapportering eller journalföring. Önskan är att allt ska kunna hanteras i telefonen. Larmenheten har fått in ett bra flyt i sitt verkställande, installationer av larm och kameror rullar på i jämn takt. Man vill även utöka samarbetet med handläggargruppen. Detta så att rutiner och flödet tydliggörs för t ex vem som ska beviljas GPS-larm eller kameratillsyn.

Biståndsenheten har arbetat fram en ny blankett för ansökan för att stämma bättre överens med IBIC.

För att säkra att alla brukare får samma service har teamarbetet utvecklats. Östhammar-Öregrund är ett team, Alunda-Gimo-Österbybruk är ett team och LSS är ett team. Varje team gör en gemensam planering för nästkommande vecka och fördelar ärenden utifrån arbetsbelastning.

Det första likabedömningsseminariet genomfördes den 16 april 2018. Handläggarna har fått ett antal fall att först bedöma på egen hand, varefter man gått genom fallen gemensamt under ett seminarium. ”Facit” har lämnas ut i efterhand med hänvisning till riktlinjer och aktuella domar.

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel inkomna ansökningar vars utredning är påbörjad inom 7 dagar	100 %	79 %			
Andel beslut dagverksamhet verkställda inom 1	100 %	92 %			

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
månad					
Andel beslut särskilt boende verkställda inom 2 månad	100 %	85 %			
Andel kontaktperson verkställda inom 3 månad	100 %	90 %			
Andel personlig assistans verkställda inom 3 månad	100 %	100 %			
Andel ledsagning verkställda inom 3 månad	100 %	95 %			
Andel larm som är installerade inom 7 dagar	100 %	92 %			
Andel utredningar som understiger 14 dagar		 Delvis uppfyllt			

3.2.2.3 Vård och omsorg är proaktiva i planeringen av boenden för att möta kommande behov

Analys



Arbetet med att kartlägga behoven fortlöper enligt plan.

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Status
LSS - Översyn LSS och behovet av boende	Startdatum 2018-01-01	Slutdatum 2018-12-31	 Genomförd
Kommentar Aktivitet ingår i arbetet med kommunens lokalförsörjningsplan och överförs till det samverkansområdet från och med årsskiftet.			

3.2.3 En lärande kommun

3.2.3.1 *Vård och omsorg samverkar med andra vårdgivare, huvudmän och civilsamhället.*

Beskrivning

Vård och omsorg ska aktivt samverka med andra vårdgivare, huvudmän och civilsamhället.

Analys



Biståndsenheten har under 2018 varit arrangör för juridisk handledning med KommunLex. Fyra tillfällen har genomförts och övriga deltagande kommuner har varit Heby, Älvkarleby och Tierp.

En utökad samverkan med enheten för hjälpmedel och förebyggande insatser har inletts. En gemensam handlingsplan har tagits fram utifrån kommunens strategiska inriktningsområden och socialnämndens mål. Gemensamma APT har genomförts vid fyra tillfällen under året. Syftet är att uppmärksamma gemensamma ärenden och att bistå varandra i utvecklingsarbete som gäller verksamheterna.

I Österbybruk bjöds Linus Westin in från bruksgymnasiet för att prata kring ämnet kommunikation. Det avslutades med gruppdiskussioner kring kommunikation- och samarbete/arbetsmiljö. Det var uppskattat och givande.

Ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har införts från 1 januari 2018. Det har inneburit nya former för samverkan. Tidigare vårdplaneringsteam har upphört och ansvaret har lyfts över på biståndshandläggare på respektive ort. Varje handläggare ingår i ett team med legitimerad personal från kommunen och öppenvården. Teamet har ett telefonmöte varje morgon för att bevaka utskrivningar och planera eventuellt mottagande i hemmet eller på korttidsplats. En workshop för samtliga samverkanspartners genomfördes den 16 april 2018. En uppföljning gjordes den 13 november då Kerstin Suber från Region Uppsala deltog.

Stärkt samverkan kultur- och fritid

Kultur- och fritidsförvaltningen har sökt och erhållit pengar från Kulturrådet för att inrätta en projektjänst, bibliotekarie med social inriktning. Kvalitetsutvecklaren har som representant för vård och omsorg deltagit i ansökningsprocessen för att formulera behov och förutsättningar utifrån målgrupperna äldre och personer med funktionsvariation. Tjänsten är tillsatt och en målsättning är att göra litteraturen och biblioteken mer tillgängliga för ovan nämnda målgrupper. Projektet är tänkt att löpa över tre års tid och förhoppningen är att göra tjänsten permanent. Via studieförbundet Vuxenskolan kan medarbetare inom vård och omsorg gå läsombudsutbildningar och det finns en uttalad ambition att arbeta mer med läsfrämjande i hela kommunen. Det har skett en inventering av läsombud i vård och omsorgs verksamheter samt erbjudits utbildning. Att arbeta med högläsning i verksamheterna är av erfarenhet en viktig del i att skapa meningsfullhet och god livskvalité.

Utöver ny bibliotekarietjänst så har god samverkan mellan kultur- och fritidsförvaltningen och vård och omsorg varit en avgörande faktor för att definiera behov och utforma fritids- och kulturaktiviteter inom vård och omsorgs verksamheter men även ute i samhället.

Det har även genomförts en dag på Storbrunn som syftade till att informera om vikten av samverkan mellan offentlig och ideell sektor, ett initiativ som berör hela kommunen men som specifikt belyste kommande utmaningar inom vård och omsorg.

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Status
Aktiv hemgång	Startdatum 2018-01-01	Slutdatum 2018-12-31	✓ Genomförd
Hemrehabilitering ska fungera på varje ort. Det måste bevakas att det fungerar. Sjuksköterskor och arbetsterapeuter ska rekryteras till varje ort.			
Kommentar Arbetet rullar på bra i verksamheten och aktiviteten avslutas i och med det.			

3.2.3.2 Vård och omsorg arbetar aktivt för att öka personalkontinuiteten i hemtjänsten

Beskrivning

Verksamheten ska arbeta för att öka personalkontinuiteten.

Analys



Årets resultat visar på att vi klarade personalkontinuiteten med råge. Dessvärre vet vi om att resultatet kan vara missvisande på grund av svårigheter att få ut information ur våra verksamhetssystem. Vi ser det ändå som mycket positivt och samtliga verksamheter kommer under 2019 fortsätta att arbeta aktivt med planering av arbetspass, genomförandeplaner och ett förbättrat kontaktmannaskap.

I Österbybruk har man sett positiva trender inom hemtjänsten under hösten där debiteringsgraden har höjts till i genomsnitt 67-68%. Många i personalgruppen arbetar flexibelt mellan särskilt boende och hemtjänst vilket är positivt.

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Minska antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dgr	18	15	15	15	

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Status
Se över personalplanering, scheman och strukturen gällande hemtjänstområden	Startdatum 2018-05-01	Slutdatum 2018-12-31	✓ Genomförd
Frågor rörande tillgänglig personal och personalplanering ska genomföras. På sikt förväntas det förbättra personalkontinuitet och tillgänglighet inom hemtjänsten. I det arbetet kommer även se över tids- och tillhandahållande kontinuiteten. God tids- och tillhandahållande kontinuiteten kommer minska eventuella upplevda brister i personalkontinuiteten. Brukaren ska veta vem som kommer.			
Kommentar Alla områden har nu kommit igång med att ha koll på detaljerna mellan utförd tid och planerad tid. Nya rapporter är beställda från systemen och förväntas vara på plats i början på nästa år. Under 2019 kommer även nya mätetal följas vad gäller personaltid hos brukaren.			

3.2.3.3 Vård och omsorg arbetar aktivt för att införa ny teknik i verksamheten

Analys



I Österbybruk har nytt larmsystem implementerats och i anslutning till det har utbildning av larmombud skett under året.

Inom larmenheten ser man positivt på processen att få en nyckelfri hemtjänst. Det är en bra satsning som initialt kommer att belasta arbetsmängden men man känner sig redo att genomföra det.

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Status
Nyckelfria lås införs hos hemtjänstbrukare på landsbygd	Startdatum 2018-03-01	Slutdatum 2019-06-30	▶ Pågående
Kommentar Projektet nyckelfri hemtjänst har en bra process. Man har samlat in fakta och landat i ett underlag som de nu har fått ett OK på att sätta igång.			
Dosdispension	Startdatum 2018-11-01	Slutdatum 2019-06-26	▶ Pågående
Ett pilotprojekt genomförs inom Uppsala kommun kvartal 3 2018. Därefter kommer Östhammars kommun att påbörja vår test tidigast kvartal 4.			
Kommentar Pilotprojektet i Uppsala kommun är inte klart kvartal 4 2018 så vi avvaktar			

3.2.4 En öppen kommun

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Utredningstid (dagar), LSS	28	100			
Kommentar Handläggare för LSS har haft en hög arbetsbelastning under perioden. LSS ärenden har en stor komplexitet vilket gör att handläggningstiden har mycket individuella variationer.					
Utredningstid (dagar), Äldreomsorg	14	8			
Kommentar Det är en osäker mätning eftersom handläggarna använder verksamhetssystemet på olika sätt. Ett arbete pågår för att ensa processen vilket förväntas klart under 2019.					

3.2.4.1 Vård och omsorg arbetar aktivt med att utveckla och integrera kultur i vården

Beskrivning

Kultur i vården är ett viktigt område som även står omnämnt som uppgift i kommunens äldreplan.

Analys



Ett övergripande mål har varit att stärka strukturen för hur arbetet med det sociala innehållet och kultur i vården bedrivs i verksamheterna. Utgångspunkten för strukturen ur ett brukarperspektiv har varit välbefinnande, meningsfullhet, självbestämmande och livskvalitet. Det är direkt avhängigt arbetssätt och rutiner för medarbetare där samarbete, respekt, motivation och ansvar har varit avgörande perspektiv. Att arbeta mer med medarbetarinvolvering har varit ett sätt att stärka motivation och samarbete i verksamheterna.

Samverkan kulturombud - Under året har två *samverkan kulturombud* genomförts med medarbetare från alla vård och omsorgs verksamheter. Syftet är att ge fortbildning inom området kultur och hälsa och kultur i vården. Deltagarna får ta del av aktuell nationell och internationell forskning. De får delta i workshops och övningar samt reflektera och diskutera olika ämnen i mindre och större grupper. I oktober bjöd region Uppsala in till sin inspirationsdag på Wiks slott, en dag då kulturombud runt om i landet får träffas och få fortbildning inom kultur och hälsa och kultur i vården. Under året har det tillkommit kulturombud inom vård och omsorg vilket tyder på ett ökat intresse och ett större fokus på dessa frågor i verksamheterna.

Besöks- och terapihund - Birgitta Ronnemark har genomfört en studiecirkel med sin besöks-

och terapihund Klas på Edsvägen 16. Studiecirkeln har genomförts i Vuxenskolans regi. Initiativet har varit mycket uppskattat av medarbetare och brukare.

Målargruppen på Olandsgården har haft en konstutställning på Alunda bibliotek där deltagarna har fått visat alster i blandade tekniker. Målargruppen hålls varje vecka på Olandsgården under ledning av demensvårdsutvecklare och kulturombud Anna-Lena Hamnestrand.

Konsertturné - Med stöd från region Uppsala har en konsertturné genomförts med spelemannagruppen Folkbus på kommunens särskilda boenden. Boendena rekommenderades att bjuda in förskolebarnen till föreställningen som en gemensam aktivitet.

Danskompani - I samverkan med kultur- och fritidsförvaltningen har danskompaniet Spinn haft en föreställning under kulturveckorna på Storbrunn. Spinn arbetar med normbrytande dans och har både dansare med och utan funktionsvariation i kompaniet.

Demensdag Anhörigföreningen Edsvägen 16 har i samverkan med kommunen genomfört en demensdag på Storbrunn där ett av ämnena var *Kulturen betydelse för personer med demenssjukdom*. Där presenterades också projektet *Sinnen i rörelse*.

Kvalitetspris 2018 - Mycket glädjande blev aktivitetsansvarige i Österbybruk nominerad till kvalitetspriset 2018 vilket hon sedermera även vann. Hon har genomfört ett mycket fint arbete med ett stort engagemang för vården och omsorgen.

3.2.4.2 Vård och omsorg ska tillhandahålla mötesplatser

Beskrivning

Kommunens särskilda boenden inom vård och omsorg erbjuder social gemenskap och aktiviteter i form av mötesplatser. Mötesplatsverksamheten syftar till att utveckla social gemenskap och sociala kontakter för att förebygga ensamhet och isolering. Målet är att ha ett varierat utbud av sociala aktiviteter och att utbudet utgår från besökarnas delaktighet och inflytande.

Analys



Mötesplatsrutinen har reviderats som ett steg i att förbättra och förenkla för verksamheterna. Resultatet av revideringen har blivit en mer lättförståelig rutin som kan vara ett bra stöd för fortsatt verksamhet och utveckling av kommunens mötesplatser. Den reviderade versionen poängterar samverkan som en värdeskapande faktor.

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Mötesplatser har arrangerats kontinuerligt på samtliga säbon		♦ Delvis uppfyllt			♦

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Målupp- fyllelse
Kommentar Under året har det varit vissa problem att få till mötesplatser i t ex Öregrund. Anledning är bland annat chefsbyte på orten där frågan om mötesplatser hamnat mellan stolarna.					

3.2.4.3 *Inom vård och omsorg arbetar vi aktivt med bemötande och brukarnöjdhet i enlighet med vår värdegrund*

Beskrivning

Kommuninvånare som har kontakt med vård- och omsorgsverksamheten ska få ett professionellt bemötande av personalen. Eventuella synpunkter och klagomål ska utredas tillsammans med brukare och/eller anhörig.

Analys



Analys inkomna synpunkter

Under 2018 inkom 112 synpunkter vilket är en betydande ökning jämfört med 2017. Dock kan vi se att svaren som inkommit via brukarundersökningen pekar på att brukare och anhöriga inte riktigt vet vart man ska lämna in synpunkter om man har några. Det tar vi med oss till 2019 och avser arbeta vidare med att förtydliga i hur man lämnar in synpunkter på vår verksamhet. T ex via brukarråd och via anhörigmöte.

Färdtjänst

Synpunkter på färdtjänstverksamheten har minskat jämfört med 2017 då färdtjänstverksamheten var den verksamhet med högst antal inkomna negativa synpunkter. I år inkom totalt 23 negativa synpunkter som främst handlar om kraftigt försenade och felaktiga beställningar av taxi, dålig tillgänglighet och långa väntetider, små bilar, dålig service och färdtjänstförare som kör fort. Detta är frågor som kontinuerligt hanteras i dialog med leverantören.

Hemtjänst

Andelen negativa synpunkter för hemtjänsten var 24 stycken vilket är en ökning med 10 stycken jämfört med 2017. Synpunkterna rör bristande städning, bristande information vid hembesök och dålig följsamhet av beslut. Även här hanteras synpunkterna löpande under året i samverkan med eventuella underleverantörer.

Särskilt boende

Under 2018 inkom totalt 27 negativa synpunkter fördelade mellan tre särskilda boenden. Edsvägen i Östhammar fick in 19 stycken negativa synpunkter, Parkvägen i Österbybruk hade fått in 6 och Olandsgården i Alunda fick in 2. De negativa synpunkterna rörde bemötande, bristande rutiner för uthämtning och utlämning av medicin, informationsbrist till anhöriga, dålig bemanning och personalbrist. Vad gäller till exempel Edsvägen (som står för en större

del av synpunkterna) är en organisationsöversyn genomförd där en ny, förstärkt, ledningsorganisation nu är på plats. Utöver det kommer 2019 innebära att samtliga enheter inom vård och omsorg ska arbeta fokuserat med genomförandeplaner vilket vi är övertygade om kommer leda till en ökad känsla av delaktighet hos samtliga parter.

Gruppbostäder LSS

Åtta negativa synpunkter där 5 av synpunkterna handlade om brist på ordinarie personal. Övriga tre synpunkter gällde ledsagarservice samt bemötande. Samtliga frågor är hanterade och framöver kommer enhetschef att rapportera synpunkter och avvikelser för respektive arbetsgrupp på deras utvecklingsmöten där även biståndshandläggare deltar.

Övrigt

Under kategorin övrigt registrerades 11 negativa synpunkter som framför allt rörde missnöje över kvaliteten på städningen från Samhall och mötesplats Öregrund. Under 2018 inkom 8 synpunkter om matdistribution och matkvaliteten där det i huvudsak rörde förändringarna med matlådor. I och med att matlådorna produceras av annan enhet inom kommunen är möte inbokat i början av 2019 för att hantera det här närmare. Även Samhalls insatser hanteras vid uppföljningsmöten.

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel brukare ORDBO som anser personal bemöter bra	100 %	98 %	99 %	97 %	
Kommentar Med 98 % ligger Östhammar bäst i länet på den här frågan. Dock är det tätt mellan nivåerna och Heby som ligger sämst till har 95 %. Hemtjänsterna i Öregrund, Östhammar, Österbybruk och Vallonen får alla 100 %. Alunda och Gimo samt Aktivt Stöd tappar dessvärre några procentenheter.					
Andel brukare SÄBO som anser personal bemöter bra	100 %	92 %	93 %	91 %	
Kommentar Östhammar hamnar näst sist i länet och strax under rikssnittet på 93 %. Samtliga boenden har minskat förutom Tallparksgården som ligger kvar på 100 %. Lärkbacken har tappat 2 % och Olandsgården 6 % men bägge ligger fortfarande ovanför Östhammars genomsnitt som Edsvägen tangerar. Parkvägen däremot hamnar lågt på 79 %.					
Andel brukare ORDBO som anser hemtjänst kommer på avtalad tid	86 %	85 %	86 %	82 %	

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel brukare ORDBO som anser hemtjänst har tillräckligt med tid	85 %	86 %	86 %	86 %	
Kommentar Resultatet på frågan har ökat med 4 % och vi ligger femma i länet med det. Bäst ligger Älvkarleby och Håbo på 90 %. Sämst ligger Tierp på 79 %. Samtliga hemtjänster har ökat på den här frågan förutom Österbybruk och Aktivt Stöd som bägge ändå ligger bäst till i kommunen. Övriga visar positiv utveckling så det är bara att fortsätta arbeta på i samma spår.					
Andel brukare SÄBO som anser personalen har tillräckligt med tid	78 %	72 %	71 %	73 %	
Andel brukare ORDBO som anser hemtjänst utför sitt arbete bra	90 %	89 %	91 %	86 %	
Kommentar Östhammar ligger på en delad tredje plats i länet och tre procent över rikssnittet. Knivsta ligger bäst till på 94 % och Uppsala sämst på 84 %. Alunda, Gimo och Vallonen visar positiv trend medan övriga går något nedåt i årets mätning. Aktivt stöd tappar dock så mycket som 18 %.					
Andel brukare ORDBO som vet vart man vänder sig med synpunkter	65 %	54 %	51 %	59 %	
Kommentar Östhammars kommun har under flera år legat runt 60 % på den här frågan. I år tappar vi däremot ner till 54 % vilket är sämst i länet och 9 % under rikssnittet. Bäst i länet är Håbo på 75 %. Samtliga hemtjänster förutom Österbybruk och Vallonen har tappat på den här frågan. Hemtjänsten i Östhammar och Aktivt Stöd ligger fortfarande över kommunens snitt men bör vara varse om sina minskningar. Gimo och Öregrund ligger på mindre än 45 %. Samtliga hemtjänster bör göra riktad insats på det här området för att informera brukarna om hur man kan lämna synpunkter.					

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel brukare SÄBO som vet vart man vänder sig med synpunkter	55 %	51 %	51 %	50 %	
Kommentar Anmärkningsvärt att vi inom våra särskilda boenden är topp tre i länet på den här frågan när vi är i botten på motsvarande område för hemtjänsten. Bäst i länet är Knivsta på 66 % och sämst är Heby på 44 %. Med 51 % ligger Östhammar trea och 4 % över rikssnittet. Bäst i kommunen är Parkvägen som får 80 %. Övriga boenden ligger under kommunens genomsnitt och bör kolla över hur de informerar om möjligheten att lämna synpunkter.					

3.2.4.4 *Inom vård och omsorg arbetar vi aktivt med boende, måltidsmiljö och aktivering på särskilt boende i enlighet med vår värdegrund*

Beskrivning

Värdegrund - boende, måltidsmiljö och aktivering särskilt boende

Analys



Gimo verksamhetsområde fick bra resultat i brukarundersökningen och de arbetar vidare med fokus på ännu bättre resultat kommande år. De fortsätter med stolthet arbetet med aktiviteter och kafeteriaverksamhet 3 gånger i veckan samt olika andra aktiviteter dagligen på avdelningarna.

I Österbybruk har det under året bjudits in till bo-råd där mat, inflytande, trivsel, aktiviteter, bemötande och trygghet var några av de viktiga punkterna som diskuterades. Även anhörigträff har genomförts med fokus på kost- och måltidsmiljö.

Måltider

Rutinen för måltidssituation är under uppföljning och beräknas vara klar innan årsskiftet. I årets öppna jämförelser kunde man se att siffrorna för måltid och måltidssituation har sjunkit något i vissa verksamheter. Rutinen fastställdes i februari 2017 och den pågående uppföljningen är en del av verksamheternas förbättringsarbete men också underlag för revidering.

Utevistelse

Utevistelse är en del av öppna jämförelser där man tittar på hur möjligheterna är att få komma ut för äldre personer. Aktuella öppna jämförelser visade på en lägre siffra (än tidigare) på Parkvägen, varpå verksamheten fick förslag på att arbeta mer fokuserat med utevistelse under en längre period. Under april månad gick information ut till alla medarbetare. Kvalitetsutvecklaren besökte alla arbetsplatsträffar och höll en föreläsning om utevistelse och

aktuell forskning kring fördelar med att få komma ut ur ett vårdperspektiv men också utifrån perspektivet livskvalité. I dialog fick medarbetarna själva komma fram till hur de bäst skulle genomföra projektet, hur de skulle hantera hinder och problem. De gjorde en gemensam överenskommelse där alla ansåg att utevistelse var värdefullt att arbeta mer med. Medarbetarna fick ge feedback på dokumentationsmallar och checklistor. De fick även ta del av rutinen för utevistelse som var en utgångspunkt för arbetet. Projektet genomfördes under drygt fem månader. En målsättning var att ge så många brukare som möjligt chansen att få komma ut om de så önskade.

Projektet avslutades med en utvärdering där enhetscheferna fick svara på ett antal frågor. Det genomfördes även en slumpvis utfrågning av medarbetare där de fick svara på frågor anonymt. Allt material sammanställdes i en rapport. Ett resultat av projektet var att brukarna var gladare, lugnare och sov bättre. Även medarbetarna upplevde att deras arbetsmiljö påverkades positivt av att få komma ut i dagsljuset och få frisk luft. Det främjade även relationer och den sociala gemenskapen.

Under hösten fick Parkvägen också möjlighet att låna en specialanpassad elcykel från *Cykling utan ålder* i Uppsala. Cykeln är anpassad för att kunna skjutsa rullstolar vilket gjorde det möjligt att ta turer runt om i Österbybruk som det normalt sätt är svårt att ta sig till för många äldre.

Sinnen i rörelse

Under våren 2018 gick region Uppsala ut med information om att det fanns möjlighet att söka pengar för kulturprojekt riktat till äldre. Kultur- och fritidsförvaltningen och vård och omsorg kontaktade koreograf Sara Lindström (Upp till dans!) och i dialog med Sara sammanställdes en projektbeskrivning som skulle främja rörelse och dans för äldre med demenssjukdom och demensproblematik. Projektansökan fick bifall och vid ett upprop ville Olandsgården i Alunda vara med i projektet. Upplägget i korthet har varit att Sara har arbetat med en grupp (ca 10-12 stycken) på Olandsgården utifrån rörelse, dans och rörelseinstrument under hösten 2018. Som stöd har demensvårdsutvecklare Anna-Lena Hamnestrand deltagit med tid och kompetens. Kvalitetsutvecklaren har deltagit och sammanställer en rapport på arbetsprocessen. I stora drag visar rapporten på tydliga förbättringar hos gruppen gällande minne, motorik och vakenhet. Redovisning sker till region Uppsala och ett syfte med att sammanställa en rapport är att förvalta och sprida kunskap kring vikten av kultur som omvårdnadsinsats för personer med demenssjukdom.

Anledningen till att projektet vill belysa demenssjukdom är den utmaning som samhället står inför med en påtaglig ökning av personer som insjuknar. Projektet vill också utmana rådande schablonbilder och bryta de stigman som omger äldre med demenssjukdom. Projektet är också viktigt ur ett personalperspektiv då det ger kunskap och förståelse för personer med demenssjukdom utifrån ett annat perspektiv än vårdperspektivet.

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel som trivs med rum/lght på SÄBO	74 %	72 %	76 %	66 %	

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel som tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmena	70 %	65 %	69 %	57 %	
Kommentar Kommunen tappar 5 procent på den här frågan och ligger i nivå med rikssnittet. Vi ligger i mitten bland länets kommuner där Knivsta har bäst med 79 % och Uppsala sämst med 57 %. Olandsgården har ökat med ca 8 % och ligger på 93 % medan övriga boenden har minskat. Lägst ligger man på Lärkbacken med 50 %.					
Andel som tycker maten smakar bra	82 %	71 %	75 %	65 %	
Kommentar Kommunen har sedan 2012 legat mellan 75 och 80 procent på den här frågan. I år tappade man dessvärre 10 procent och ligger tre under rikssnittet samt tredje sämst i länet. Knivsta ligger bäst till på 94 % och Älvkarleby sämst på 55 %. Samtliga boenden har en nedåtgående trend förutom Tallparksgården där man i år ökade från 90 till 100 procent. Edsvägen minskade med 19 % och ligger nu på 56 %. Parkvägen ligger på 69 %.					
Andel som anser måltid trevlig stund	80 %	62 %	69 %	50 %	
Kommentar Kommunen har under flera år legat stabilt runt ca 68-70 % på den här frågan. Förra året hade vi en topp på 78 procent som dessvärre gör glappet till år än större då vi nu hamnat på 62 %. Det är det lägsta sen 2012, sex enheter under rikssnittet och tredje sämst i länet. Heby ligger bäst på 85 % och Älvkarleby sämst på 52 %. Olandsgården har minskat 20 %, Lärkbacken ca 8 % och Edsvägen ca 26 %. Samtliga boenden bör tänka över måltidssituationen.					
Andel nöjd med aktiviteter på sitt äldreboende	72 %	63 %	69 %	52 %	
Kommentar Tidigare år har Östhammars kommun legat runt 60 % på den här frågan. Förra året fick vi en topp på 70 % som mest troligt kan härledas till bra svar från Öregrund. I år är kommunen åter nere på resultat runt 60 % på den här frågan. Det placerar oss bland de tre sämsta i länet där Enköping ligger bäst till på 81 % och Älvkarleby sämst på 44 %. I Alunda och Gimo är trenden positiv. I Österbybruk är siffran oroväckande låg på 36 %. På Edsvägen tappar man 12 % i årets mätning och i Öregrund är det för få svar.					

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel brukare SÄBO som upplever möjlighet komma utomhus är bra	60 %	47 %	41 %	58 %	
Kommentar Från att under flera år haft en positiv trend vände det i årets mätning och vi tappade 10 %. Vi är 10 enheter under rikssnittet och näst sämst i länet. Knivsta ligger bäst med 71 % och Älvkarleby sämst på 40 %. Samtliga orter har en negativ trend där Edsvägen ligger sämst till med 33 % och är också de som tappat mest sedan förra mätningen (minus 22 %).					
Andel brukare SÄBO som upplever utomhusmiljön som trivsamt	66 %	65 %	72 %	55 %	

Aktivitet	Startdatum	Slutdatum	Status
Stärka och gå igenom rutinen för utevistelse	Startdatum 2018-02-01	Slutdatum 2018-12-31	 Genomförd
Vid granskning av kvalitetsmål för vård och omsorg, särskilt boende ska rutin för utevistelse tillämpas i alla verksamheter och brukare ska bli tillfrågade varje vecka om utevistelse. Utevistelse har inte specifikt dokumenterats och rutinen har inte följts upp. I öppna jämförelser kan man se att det finns brister i möjligheten att komma utomhus. Det finns också ett uttryckt behov hos brukare att få komma ut mer. En utmaning är att få in det som en rutin samt att skapa praktiska och tidsmässiga förutsättningar för utevistelse. Målet är att det finns information om varje individs preferenser när det gäller utevistelse (t ex i genomförandeplan) och att verksamheterna under 2018 kan arbeta med det som ett fokusområde. Ett mål är då att arbeta mer aktivt med genomförandeplaner och att uppmana chefer att tänka på utevistelse när de lägger schema (resurstid).			
Kommentar Projektet är avslutat och rapporterat. Alla medarbetare har tagit del av resultatet och enheten har planerat för att fortsätta arbeta med utevistelse. Resultatet visar på positiva effekter på brukarnas välmående och personalens arbetsmiljö. Förslag har givits till enheten att sprida resultatet till övriga enheter via gemensamt forum.			
Uppföljning av rutin måltidssituation särskilt boende	Startdatum 2018-10-01	Slutdatum 2019-01-18	 Genomförd
Uppföljning görs genom två enkäter (en till chefer och en till medarbetare)			
Kommentar Uppföljningen är inte färdig då underlag från enheterna inte kommit in i tid. Uppföljningen beräknas vara klar under första halvan av januari 2019 och presenteras då för enheterna och ledningsgrupp.			

3.2.4.5 Inom vård och omsorg arbetar vi aktivt med trygghetsskapande i enlighet med vår värdegrund

Beskrivning

Vid kontakt med vård och omsorg skapas tillit och förtroende genom ett professionellt förhållningssätt.

Analys



I Österbybruk har man löpande veckovisa ärendeträffar där Senior alert är en del. De tog tillvara på möjligheten att delta på nollvisionsdagen i Stockholm med omvårdnadsledare och administratörer för BPSD-registret. Under året har en i personalen tagit examen som Silviasyster och de har genom hennes kompetens lyckats få till ett bra arbete med handlingsplaner i BPSD både för boenden på Parkvägen och kunder i hemtjänsten.

Nattpatrull märker av en hög nöjdhet hos brukare där ett flertal ofta påtalar att de känner sig trygga på natten.

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel brukare ORDBO som inte har besvär av ängslan, oro	55 %	54 %	49 %	63 %	
Andel brukare SÄBO som inte har besvär av ängslan, oro	40 %	42 %	35 %	55 %	
Andel brukare ORDBO som inte har besvär av ensamhet	46 %	47 %	49 %	42 %	
Andel brukare SÄBO som inte har besvär av ensamhet	35 %	35 %	31 %	41 %	

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel brukare ORDBO som anser känns tryggt att bo hemma med stöd från HTJ	88 %	83 %	85 %	80 %	
Kommentar Med andelen 83 % ligger Östhammar bland de tre sämsta i länet och två enheter under rikssnittet. I Håbo, som är bäst, anger 94 % att de känner sig trygga och i Tierp, som är sämst, är motsvarande siffra 81 %. I Östhammar ser vi den största minskningen hos Vallonens brukare (minus 13 %) och Öregrund (minus 12 %). I Östhammar och Alunda minskar man ca 5 %. I Gimo och Österbybruk ökar man med ca 4 % vardera.					
Andel brukare SÄBO som anser känns tryggt att bo där	91 %	89 %	89 %	90 %	
Andel brukare ORDBO som anger god rörlighet inomhus	30 %	30 %	30 %	30 %	
Andel brukare SÄBO som anger god rörlighet inomhus	20 %	14 %	19 %	6 %	
Kommentar Utifrån brukarnas (eller anhörigas) bedömning är rörligheten försämrad i år. I Alunda är resultatet försämrat med 9 % från 29 till 20. I Gimo oförändrat på ca 22 %. På Parkvägen hamnar svaren på ca 7 % och på Edsvägen ser vi en ökning från noll till fyra procent.					
Andel brukare ORDBO som känner förtroende för personal som kommer hem	95 %	92 %	94 %	89 %	
Kommentar Östhammar ligger topp tre i länet på den här frågan och resultatet är samma som de senaste tre åren. Knivsta ligger bäst till på 96 % medan Uppsala ligger sämst på 87 %. Rikssnittet är 90 %. I kommunen har Öregrund (85 %) och Alunda (87 %) de sämsta resultaten. Vallonen och hemtjänsten Östhammar ligger bäst på 100 respektive 98 procent. Öregrund, Alunda, Österbybruk och Aktivt Stöd bör dessutom vara varse om att de har en negativ trend i årets mätning där t ex Österby tappat 10 procent. Gimo, Östhammar och Vallonen har alla en positiv trend.					

Styrtal	Måltal	Utfall	Utfall kvinna	Utfall man	Måluppfyllelse
Andel brukare SÄBO som känner förtroende för personalen	95 %	90 %	88 %	94 %	
Andel brukare ORDBO som känner lätt få kontakt med hemtjänsten	80 %	80 %	81 %	78 %	
Andel brukare SÄBO som känner lätt få kontakt med personalen	84 %	77 %	80 %	70 %	
Kommentar Årets resultat placerar Östhammar på sämsta plats i länet samt 6 procent under rikssnittet på 83 procent. Knivsta är bäst i länet på 93 %. Tallparksgården, Öregrund, får 100 % och Lärkbacken, Gimo får 88 %. Övriga boenden ligger däremot under Östhammars genomsnitt. Samtliga, men framför allt Parkvägen och Edsvägen, bör fundera på hur de kan upplevas mer tillgängliga för brukare och anhöriga (som svarat i de flesta fall).					
Andel brukare SÄBO som känner lätt få kontakt med sjuksköterska	76 %	71 %	76 %	59 %	
Kommentar Med resultatet 71 % placerar sig Östhammar näst sist i länet. Älvkarleby placerar sig sämre på 67 procent och Heby är bäst kommun med 84 procent. Rikssnittet är 75 procent. Svaren indikerar att det är sämst på Parkvägen med 46 % medan man på Tallparksgården är 100 % nöjd. Även på Lärkbacken, Gimo, får man ett bra resultat med 81 procent. Både i Alunda (62 %) och i Östhammar (71 %) har man en negativ trend.					
Andel brukare SÄBO som känner lätt få kontakt med läkare	58 %	57 %	63 %	46 %	



Patientsäkerhetsberättelse

Vård och omsorg, 2018

Författat av:

Anette Frode, MAS

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	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
3.6	Klagomål och synpunkter	6
3.7	Egenkontroll.....	7
4	Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
4.1	Utredning av händelser - vårdskador	10
4.2	Informationssäkerhet	10
5	Resultat och analys	11
5.1	Egenkontroll.....	11
5.2	Avvikelser	18
5.3	Klagomål och synpunkter	20
5.4	Händelser och vårdskador	20
5.5	Risikanalys	20
6	Mål och strategier för kommande år	20

1 Sammanfattning

Fortbildning och uppföljning har under året skett genom granskning av journaldokumentation på superanvändarträffar. Granskning av läkemedelsförråd och läkemedelshantering har gjorts av extern farmaceut. Nytt från och med 2018 är att delegerad personal 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. Utbildning i munhälsovård för omvårdnadspersonal och utbildning för sjuksköterskor och undersköterskor i sårvård genomfördes under året.

BPSD-registreringar som leder till tvärprofessionella vårdåtgärder för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Vårdhygienutbildningar har genomförts varje termin. 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 teamträffar på enheter där man tvärprofessionellt systematiskt analyserar och åtgärdar avvikelser. I år har verksamheterna på samtliga orter kommit igång med tvärprofessionella teamträffar.

Samverkansmöten har skett kontinuerligt under året med region Uppsala och kommunerna i länet. Länsgemensamma samverkansrutiner har arbetats fram för utskrivningsprocessen från slutenvården, med anledning av den nya lagen, samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård (2017:612) som började gälla från 1 januari 2018. Östhammars kommun har, tillsammans med regionens vårdcentraler, gemensamt startat upp hemtagningsteam på varje ort. Varje dag samordnas insatser så att de patienter som behöver insatser, får rätt insatser och en trygg hemgång. Tillsammans har vi uppnått målet att få en bra organisation. Nu fortsätter arbetet framåt i en flerårig plan då den ständigt behöver utvecklas och förbättras.

Arbetet med att utbilda och få säkerhet i det nya dokumentationssystem Combine har pågått under året. Det kommer att vara ett arbete som hela tiden måste finnas med för att utveckling och säkerhet ska hållas aktuellt. För att få en ökad patientsäkerhet framåt så kommer Combine att kompletteras med ett nytt avvikelssystem DF-respons och ett digitalt signeringssystem i Appva.

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. BPSD-utbildning erbjuds till alla professioner i teamen som arbetar med personer som har demenssymtom eller demensdiagnos. Två utbildningstillfällen ordnas under året.
- Fortsatt egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin. Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. Uppföljning att spol-och diskdesinfektorer köps in enligt handlingsplan. På varje särskilt boende ska en handlingsplan för att förebygga utbrott och också för hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa finnas.
- 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.
- Implementering av validerad smärtskattning genomförs kontinuerligt.
- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar. Utveckla arbetet med dokumentations- och loggranskning. Färdigställa riktlinjen.
- 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.
- Analysera faktorer bakom avvikelser framförallt gällande uteblivna läkemedelsdoser och falltillbud. I Combine har omvårdnadspersonalen under 2018 inte kunnat signera läkemedel direkt i telefonen som det var planerat. Leverantören har ännu inte klarat att leverera detta, från 2019 kommer digital signering att ske via Appva, för en säker överföring av signering för utförda ordinationer för exempel läkemedel mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal.
- 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.
- Fortsatt utveckling av orternas lokala samverkansgrupper mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för patienten. Äldreprocessgruppen 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.

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 och vård- och omsorgschefen 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.

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

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 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.

Utvecklingsgrupper arbetar med bland annat utveckling av det elektroniska kommunikationsverktyget Prator 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.

I Östhammar kommun har den partsammansatta politiska styrgruppen beslutat om en handlingsplan 2019 för det fortsatta närvårdsarbetet. Exempel från några områden som prioriteras är bland annat utbildning av instruktörer för satsningen "Första hjälpen i psykisk hälsa" och grundutbildning i BPSD (beteendepsykiska demenssymtom).

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.

Mobila närvårdsteam erbjuder hembesök hos äldre personer med omfattande behov och personer med svår funktionsnedsättning. Under hösten har de utökat med att de gör lika insatser för de som bor på särskilda boenden som till de som bor i ordinärt boende.

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 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 Combine. Rapporten skickas sedan vidare till chef.

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 alternativt verksamhetschef för rådgörande/granskning. Detta avgör också vem/vilka som ansvarar för utredning samt svar till anmälaren.

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. 170 registreringar har genomförts under året.

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. 124 personer var med i årets mätning.

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. Antal riskbedömningar under året som genomförts är 246 st. Rutinen har reviderats och ska nu ut till alla enheter för implementering under nästa år.

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. Antal registrerade dödsfall är 60 st.

Redovisning egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per kvartal	Infektionsregistrering Region Uppsala
Hygienronder	Vart 4:e år	Protokoll från Vårdhygien
Patientsäkerhetsgrupp region & kommuner	kontinuerligt	vårdkedjeavvikelser
Avvikelser	4 ggr/år	Combine
Trycksår	1 ggr/år	Combine
Patientens klagomål och synpunkter	2 ggr/år	Kommunens synpunktshantering, Combine, Patientnämnden, 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

Granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvården samt lokala rutiner har utförts med hjälp av farmaceut. Delegerad omvårdnadspersonal deltog och fick inför granskningen svara på ett antal frågor i en enkät som sammanställdes och genomgång av inkomna svar från enkäterna skedde vid granskningstillfället gemensamt. Skriftlig återrapporering med synpunkter och förbättringsförslag från farmaceut till enhetschefer, läkemedelsförrådsansvariga sjuksköterskor och MAS har skett. Farmaceutens rapporter delges även verksamhetschefer. Läkemedelsrutinen och blanketter har reviderats 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 har möjligheten att låna ett portabelt låsbart medicinskåp från varje hemtjänstområde fungerat bra.

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 lokalt anpassad information av sjuksköterska på hemsjukvårdsområdet.

Fortbildningsmöten mellan hygienombud och avdelningen för mikrobiologi och vårdhygien har skett vid fyra tillfällen under året. Fortbildningstillfällen inom området har även hållits för legitimerad personal samt chefer under året. MAS tillsammans med hygiensjuksköterskan från vårdhygien sammankallade områdeschefer och enhetschefer för särskilt boende för genomgång av vilka åtgärder som inte genomförts 2017 utifrån resultat från hygienronderna. Arbetet med att säkerställa de hygienrutiner som behövs för en patientsäker vårdmiljö har påbörjats och kommer att fortsätta 2018 med inköp av spol- och diskdesinfektorer.

Arbetet för en fortsatt utveckling av avvikelshantering har pågått under hela året. Vissa enheter har precis kommit igång med teamträffar. Därför kommer arbetet att fortsätta med att strukturera avvikelseprocessen på enhets- och verksamhetsnivå.

Basala hygienrutiner

För att följa upp och förbättra följsamheten gällande basala hygienrutiner finns en hygienombudsorganisation samt en självskattningsmetod av följsamhet gällande basala hygienrutiner. Enhetsspecifika rutiner för självskattnings 4 gånger per år finns vid varje enhet. Utfall av självskattnings ska beskrivas i enheternas verksamhetsberättelser. Under året har 4 träffar genomförts med hygienombud, MAS och Vårdhygiens sjuksköterska från region Uppsala.

Hygienronder med hjälp av vårdhygienisk expertis och MAS ska ske kontinuerligt vid särskilt boende, dock minst var fjärde år.

Läkemedel

Kontrollräkning av narkotika ska utföras regelbundet och svinn ska rapporteras till MAS. Vid kontrollräkning av narkotika har en stöld ur läkemedelsförråd påvisats. Det finns ingen misstanke om att enskilda patienter blivit utan läkemedel. Stölden har polisanmälts och utredning med loggkontroller av passage till läkemedelsförråden har genomförts.

4.1 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 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 specifik modul i dokumentationssystemet Combine. Avvikelsesystemet omfattar både avvikelser och risker oavsett lagrum. De rapporter som går att ta ut ur systemet har inte kunnat redovisa allvarlighetsgrad och av den anledningen så är resultaten i tabellerna en beskrivning av antal och var någonstans händelsen inträffade. Ny modul kommer att användas från 2019 som då blir mer användarvänlig för personal.

4.2 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Journalföring

En grupp av superanvändare och objektspecialister inom hemsjukvården har träffats under året. Ny granskningsmall för hälso- och sjukvårdsjournal i Combine har under året tagits fram i gruppen. Gruppen består av legitimerad personal som tillsammans med förvaltningsledare (förvaltningsledare avser en roll inom kommunens IT-styrmodell) och MAS tar fram och följer upp rutiner och förslag på utbildning för förbättrad journalföring. Journal- och logggranskning ingår i det kvalitetsarbetet. Det som varit ett problem under året är att granskning och loggkontroller har fått genomföras i samband med att det förekommit en hel del fel i överföringar, svårt att hitta och fokus har då varit att åtgärda dessa och rapportera vidare. Tre utbildningstillfällen i dokumentation för legitimerad personal har erbjudits.

Dessutom har en arbetsgrupp med representanter från legitimerad personal tillsammans med medicinsk ansvarig arbetat med HSL-omvårdnadsjournal i Combine. Ett omfattande arbete pågår för att få alla delar att fungera i journalsystemet Combine. Fortfarande har vi inte lyckats få behörigheter mellan SOL och HSL att fungera. Vi har inte nått målet få en säker avvikelserapportering, digital signering och säkerhet med dokumentation där vi kan läsa det som är viktigt från SOL och HSL dokumentationen för en säker vård via digital journal. Dokumentation måste fortfarande ske på papper, det innebär att det blir dubbel dokumentation både på papper och i digital journal till stor del, vilket inte är acceptabelt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Därför är åtgärder för att säkerställa dokumentationen med bland annat behörigheter prioriterade.

Händelse- och riskanalys har sammanställts och åtgärder är påbörjade för att komma till rätta med problemen.

5 Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Hjälpmedel

Hjälpmedelsheten har samordnat rollatorcaféer på varje tätort, 28 besökare deltog. Sjukgymnaster/arbetsterapeuter tillsammans med personal från kommunservice har erbjudit rollatoranvändare tips, råd och service på plats.

Under socialstyrelsens kampanjvecka Balansera mera har flera enheter och organisationer deltagit och tillsammans har vi på olika sätt spridit information och kunskap om hur en fallolycka kan förebyggas. Veckan arrangerades i samverkan med Socialstyrelsen, Region Uppsala, Frivillighandtaget, Studieförbundet Vuxenskolan, Svenska kyrkan, en skoaffär, Sandras Piruettklubb, Öregrunds gymnastikförening, SRF Östhammar, Friskis och Svettis, Neuroförbundet, RSMH och Öregrunds vårdcentral. Statistik från Kolada visar att Östhammars kommun under år 2017 hade lägst antal fallolyckor som leder till slutenvård i länet (40 st), och sjuätte lägst antal i landet. Detta trots att Östhammars kommun har en hög andel äldre invånare jämfört med riket, vilka är de som drabbas värst av fallolyckor.

5.1 Egenkontroll

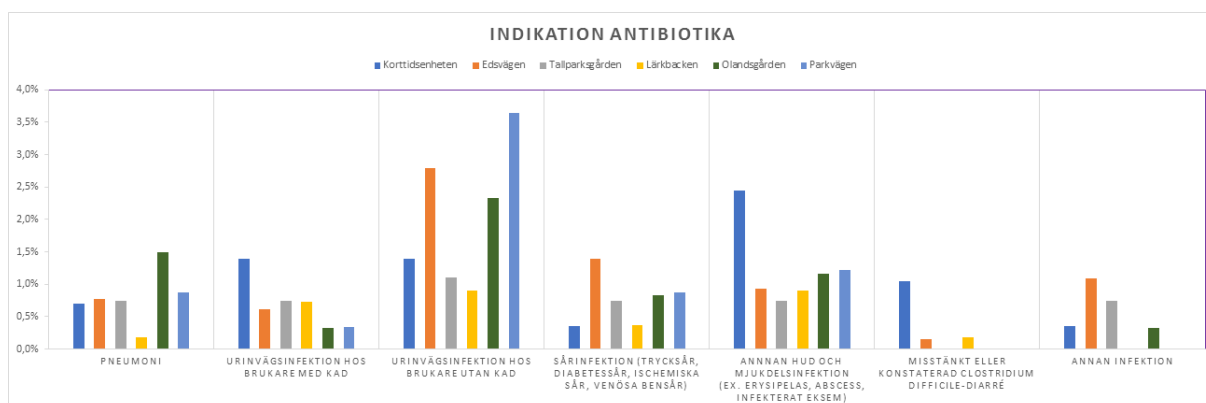
Vårdrelaterade infektioner

Registreringar av infektioner på särskilda boenden och korttidsenheten

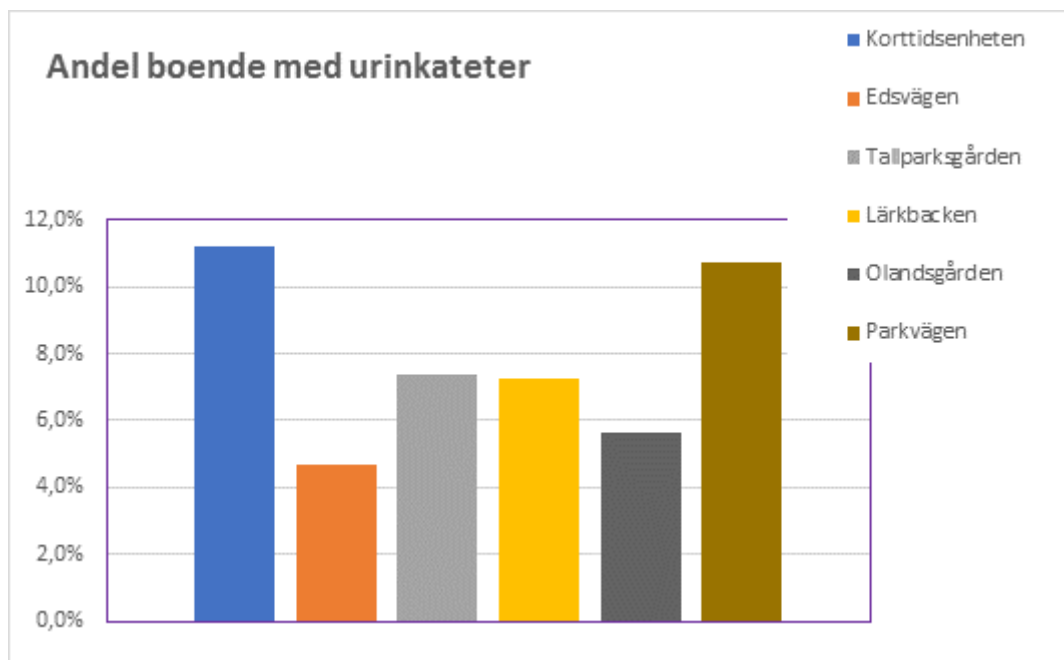
Infektionsregistreringen har gjorts på SÄBO och korttidsenheten. Registreringen har gjorts av ansvarig sjuksköterska. Från korttidsenheten och varje SÄBO har registreringarna sammanfattats av MAS kommunvis den 15:e månaden efter varje kvartal. Vårdhygien har sammanställt resultatet i form av en helårsrapport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

Lite korta fakta utifrån data:

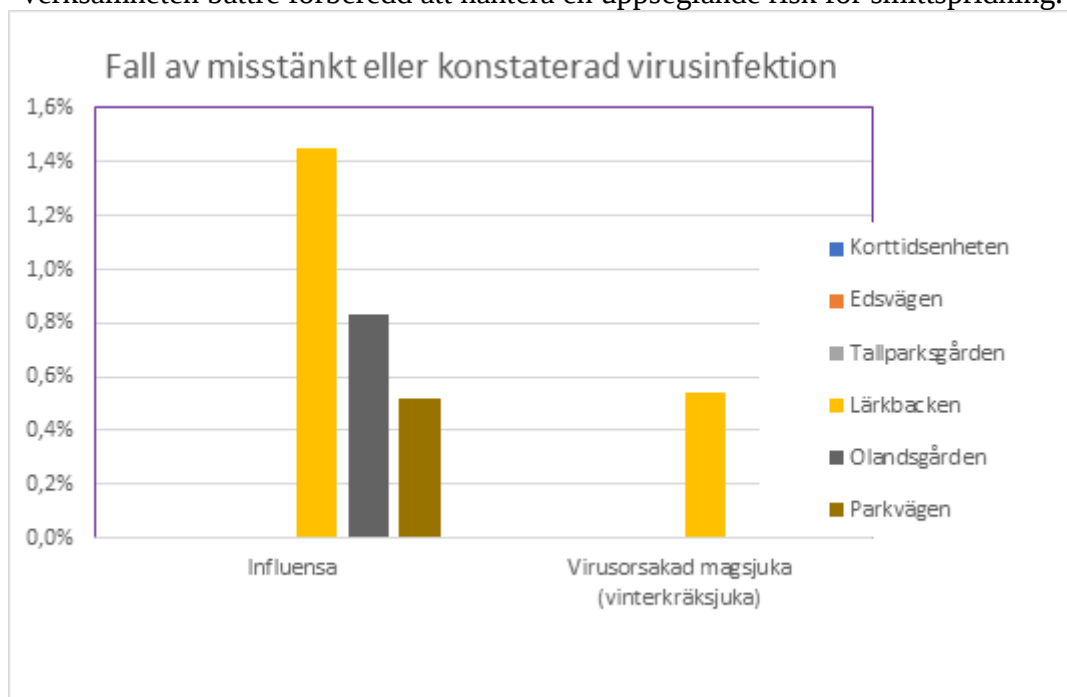
- Underlaget: 2929 registreringar
- Samtliga SÄBO och korttidsenheten representerade med statistik från alla kvartal.
- Parkvägen, Edsvägen och Olandsgården avviker då procentuellt fler får antibiotika här för urinvägsinfektion för de utan kvarliggande kateter i urinblåsan.



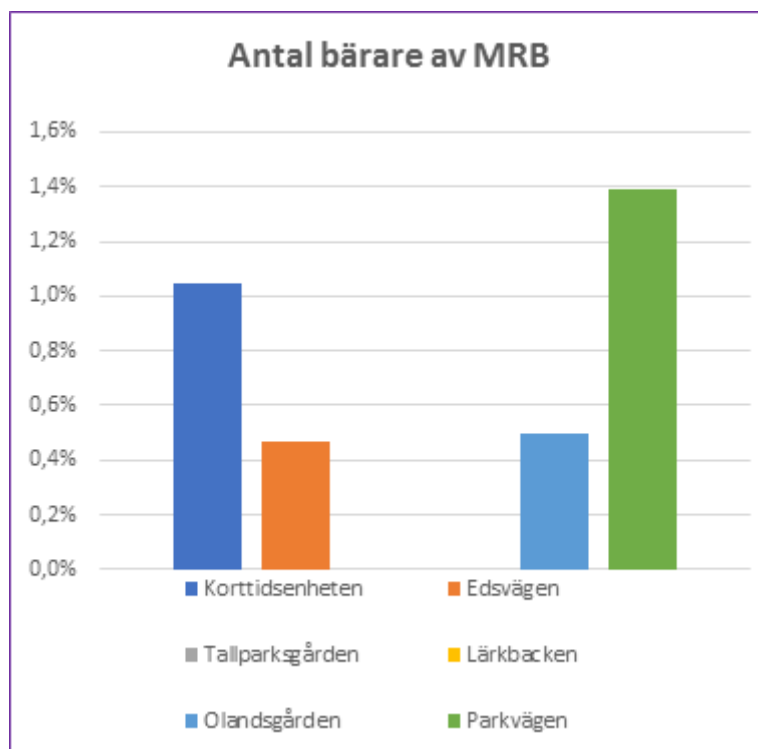
Andel boende med urinkateter har på korttidsenheten minskat från 2017 då 26 % hade urinkateter mot årets 11 %.



Från 2018 finns på varje särskilt boende en handlingsplan för att tidigt kunna sätta in de åtgärder som motverkar risken för utbrott med magsjuka och influensa. En mall för handlingsplan finns framtagna på Vårdhygiens hemsida. En kopia på handlingsplanen skickades till Smittskyddsläkar-n. Syftet var att en i förväg upprättad strategi skulle göra verksamheten bättre förberedd att hantera en uppseglade risk för smittspridning.



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



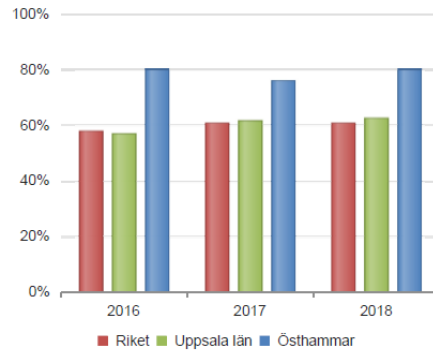
5.1.1 Resultat BPSD

Genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga psykiska symtom vid demens (BPSD). Det leder till ökad livskvalitet för personer med demens. Utbildning av BPSD-administratörer (är ett krav att ha för att göra registreringar i BPSD registret) vid två tillfällen under 2018 då utbildades ca 15 st.

Att förebygga vårdskador och lidande genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) enligt nationella kvalitetsregistret BPSD. Under 2017 utfördes 206 registreringar i registret och 2018 utfördes 170 registreringar. Nytt from i år är grundutbildning i BPSD för samtliga professioner och även demenssjuksköterskor från vårdcentralerna erbjuds att delta. ca 70 personal deltog. Den utbildningen har sammanställts av en specialistsjuksköterska som är certifierad utbildare i BPSD registret och en silviasyster som också är kursledare ifrån vår egen verksamhet.

Andelen personer med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande demensläkemedel

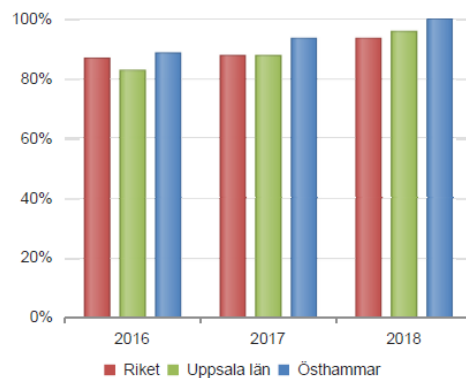
Andel i procent av de personer i registret med Alzheimers sjukdom som har kolinesterashämmare och/eller memantin.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	58% (4027 av 6940)	57% (154 av 271)	80% (33 av 41)
2017	61% (4592 av 7545)	62% (152 av 247)	76% (38 av 50)
2018	61% (4931 av 8076)	63% (150 av 237)	80% (39 av 49)

Andelen personer som har bemötandeplan

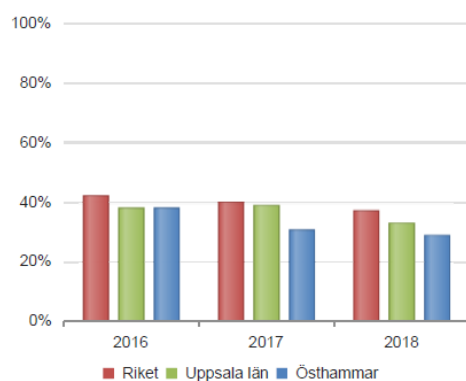
Andel i procent av de personer i registret som har en upprättad bemötandeplan.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	87% (17531 av 20067)	83% (487 av 580)	89% (91 av 102)
2017	88% (19700 av 22271)	88% (507 av 571)	94% (130 av 137)
2018	94% (21433 av 22789)	96% (469 av 487)	100% (108 av 108)

Andelen personer som har olämpliga läkemedel

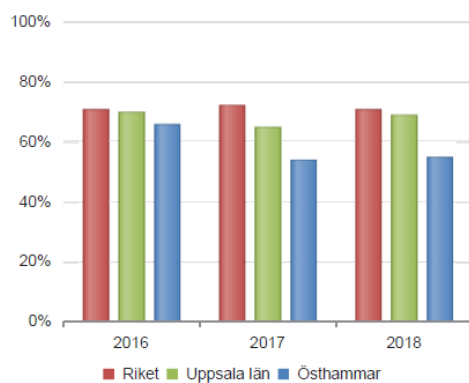
Andel i procent av de personer i registret som har neuroleptika och/eller lugnande läkemedel.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	42% (8376 av 20067)	38% (223 av 580)	38% (39 av 102)
2017	40% (8943 av 22271)	39% (221 av 571)	31% (43 av 137)
2018	37% (8491 av 22789)	33% (159 av 487)	29% (31 av 108)

Andelen personer som verkar smärtfria

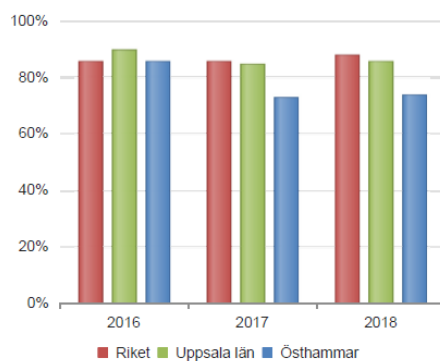
Andel i procent av de personer i registret som uppvisar smärtfrihet.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	71% (14257 av 20067)	70% (408 av 580)	66% (68 av 102)
2017	72% (16037 av 22271)	65% (376 av 571)	54% (75 av 137)
2018	71% (16340 av 22789)	69% (339 av 487)	55% (60 av 108)

Andelen personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd

Andel i procent av de personer i registret som årligen fått en läkemedelsöversyn.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	86% (17423 av 20067)	90% (524 av 580)	86% (88 av 102)
2017	86% (19350 av 22271)	85% (491 av 571)	73% (101 av 137)
2018	88% (20131 av 22789)	86% (422 av 487)	74% (80 av 108)

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	41	25,2	19,8	35,8
Tallparksgården	9	23,4	15,3	32,6
Parkvägen 9-11	28	20,5	14,5	31,8
Olandsgården	27	23,5	13	36
Lärkbacken	19	22	11	37
Totalt:	124	22,9	14,72	34,64
11 poäng = Högsta grad av livskvalitet 55 poäng = Lägsta grad av livskvalitet				

Tabell Resultat Qualid-mätning särskilt boende 2018

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 kan förebyggas.

Utvecklingsgrupp för HSL har tillkommit och startat sitt arbete under hösten. Första området som påbörjades att se över var, hur rutinen för riskbedömning av fall, undernäring, trycksår och munhälsa i Senior alerts kvalitetsregister har genomförts. Vi har inte uppnått målet med att alla som bor på särskilt boende och de som har tre eller fler insatser och larm i ordinärt boende ska erbjudas riskbedömning i Senior alert. Rutinen reviderades därför med förtydliganden som nu ska implementeras i alla verksamheter.

	År 2017	År 2018
Unika personer	250	246
Riskbedömningar med risk	95%	98%
Bakomliggande orsaker vid risk	79%	92%
Åtgärdsplan vid risk	96%	95%
Utförda åtgärder vid risk	73%	85%
Trycksår	52	64
BMI < 22	94	82
Fall	18	8
Munhälsa grad 2	44	72

Tabell Resultat Senior Alert jämförelse år 2017 med 2018.

Utbildning till omvårdnadspersonal i munhälsovård har erbjudits från folktandvården i Östhammar och från särskilda boenden deltog 117 st. av omvårdnadspersonalen vid 10 utbildningstillfällen och från hemtjänsten deltog 51 st omvårdnadspersonal vid 5 tillfällen det är en stor kompetenshöjning med att 168 st fick utbildning 2018 mot 0 st 2017.

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. För att få en förbättring i det arbetet har tre tillfällen med representanter från Region Uppsalas palliativa konsultteam varit med på nätverksträffar för chefer och legitimerad personal.

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	81,7	98	49	60
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100	98	60	60
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100	98	60	60
Smärtskattats sista levnadsveckan	55	100	33	60
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	50	90	30	60
Utan trycksår (grad 2–4)	80	90	48	60
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	88,3	90	53	60

Tabell Resultat palliativa registret år 2018.

5.2 Avvikelser

Sammanställning avvikelser

Sammanställning av avvikelser oavsett lagrum, har gjorts för år 2017 och 2018. Det som kan konstateras är att antal avvikelser har minskat. Antal fall med nästan 500 det behöver analyseras närmare med teamen på orterna.

Vårdkedjeavvikelser

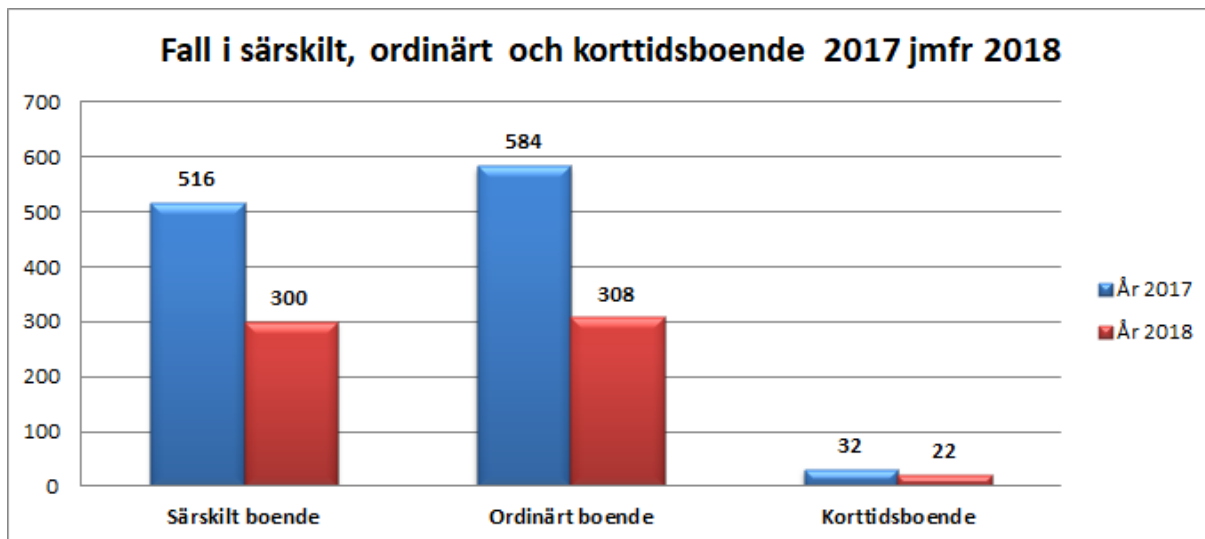
Kategorin vårdkedja avser avvikelser mellan huvudmännen (kommun/region Uppsala) och handlar vanligen om brister i informationsöverföring, läkemedelshantering och hjälpmedelsförskrivning vid utskrivning från slutenvården. Avvikelser från annan huvudman bestod i huvudsak av brist i informationsöverföringen.

Typ av avvikelse	2017	2018
Fall	1132	628
Läkemedel	431	351
Informationsbrist	9	17
Hjälpmedel	2	7
Tryckskada	5	
Bristande dokumentation	14	3
Utebliven ordination	24	10
Självmod/självmodsförsök	0	0
Kost/Nutrition	0	0
Våld/Övergrepp	5	
Bristande omsorg/ej utförd insats	346	167
Annan	12	0
Summa:	1980	1206
Vårdkedja till (annan huvudman)	21	28
Vårdkedja från (annan huvudman)	8	10

Tabell . Fördelning inrapporterade avvikelser 2017 och 2018.

Avvikelser kring fall

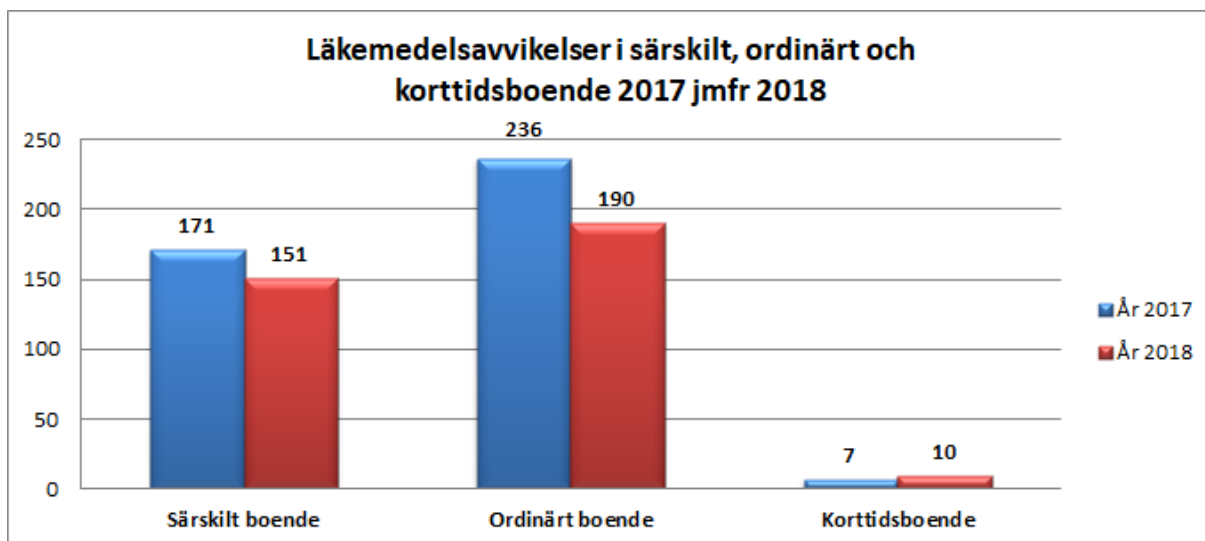
fall med allvarlighetsgrad 3 (frakturer, sårskada) var 2017 24 st totalt och 2018 17 st totalt.



Tabell . Fördelning inrapporterade fallavvikelser 2017 och 2018.

Läkemedelsavvikelser

läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 var 2017 19 st totalt och största delen av dessa avvikelser var utebliven dos waran och 2018 4 st totalt de var utebliven insulindos och förväxling av läkemedel.



Tabell . Fördelning inrapporterade läkemedelsavvikelser 2017 och 2018.

5.3 Klagomål och synpunkter

Under året har tre ärenden anmälts till patientnämnden. Ett ärende har kommit från IVO.

Fyra synpunkter från närstående där möten med chef, brukare, närstående och aktuell personal samt MAS för att nå fram till ett så bra resultat som möjligt för brukaren. 2 lex Maria ärenden.

5.4 Händelser och vårdskador

Ett Lex Maria-ärende inkom 2018 där dokumentationen varit bristfällig. En ny mall togs fram som används vid kollegial granskning av legitimerads personal dokumentation. Det beslutades och genomfördes dokumentationsutbildning vid tre tillfällen för legitimerad personal.

5.5 Riskanalys

Riskanalys i samband med en synpunkt inkommit. Vid utredning framkom att beställning kunde läggas på en enhet som inte hade någon mottagare i Combine. Fler risker på grund av brister i verksamheten identifierades och detta har resulterat i att rutiner tagits fram för att säkra att behov av bedömda och beställda insatser genomförs. En hälso- och sjukvårdsinsats som är ordinerad får inte tas bort utan att det återrapporteras anledning och bedömning i journal.

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 .
- Fortsatt egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin. Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. Uppföljning att spol-och diskdesinfektorer köps in enligt handlingsplan. Upprättade handlingsplaner för särskilda boenden för att förebygga utbrott och också för hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa uppdaters och hålls aktuella enligt anvisning från vårdhygien..
- 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.
- Palliativa ombudsrollen utvecklas.
- Implementering av validerad smärtskattning genomförs kontinuerligt.

- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar. Utveckla arbetet med dokumentations- och loggranskning. Färdigställa riktlinjen.
- 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.
- Införa skriftlig rutin på samtliga särskilda boenden om nyckelhanteringen till de läkemedelsskåp som finns i lägenheterna på särskilda boende.
- Analysera faktorer bakom avvikelser framförallt gällande uteblivna läkemedelsdoser och falltillbud. Digitalisering av att kunna signera läkemedel direkt i telefonen. Sjuksköterskan, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut kan se att delegerad uppgift och instruktion är utförd. Inte klart ännu, därför behövs fortsatt utveckling så en säker överföring av signering för utförda ordinationer för exempel läkemedel mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal snarast löses, för att patientsäkerhet i dokumentationen ska uppnås i det nu gällande journalsystemet Combine.
- VISAM beslutsstöd är ett bra stöd anser sjuksköterskorna att använda vid bedömningar till vilken vårdnivå patienten ska. Uppföljning kontinuerligt att beslutsstödet enligt rutin efterföljs.
- Framtagande av en utbildningsplan för vårdpersonal
- 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.
- Utveckling av orternas lokala samverkansgrupper/hemtagningsteam mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för Patienten.
- Äldreprocessgruppen 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.

Synpunkt till socialförvaltningen - hjälp oss att bli bättre

Datum

2019-02-21

I fältet nedan ska plats lämnas för förvaltningens
noteringar: ankomststämpel och diarienummer.

Namn (ej obligatorisk uppgift)

[Redacted]

Telefonnummer (ej obligatorisk uppgift)

[Redacted]

Vilken verksamhet gäller synpunkten?

[Redacted]

e-postadress (ej obligatorisk uppgift)

[Redacted]

Vill du bli kontaktad?

Ja

Adress inklusive postadress (ej obligatorisk uppgift)

[Redacted]

Är du:

- ☐ brukare inom vård och omsorg
- ☐ brukare inom individ- och familjeomsorg
- ☐ närstående
- ☐ personal
- ☐ annan: [Redacted]

Beskriv vad du tycker är bra eller dåligt, eller om du har ett förslag till förbättring:

Hej,
Med tanke på Anna-Lena Söderbloms (andra vice ordförande socialnämnden) uttalanden och förtydliganden (i Upsala Nya Tidning 2019-02-20) av sina åsikter, värdering och syn på muslimer och islams tro, är vi oroad och besvärade över utredningen av vår familj som familjehem. Eftersom delar av vår familj är av muslimsk härkomst. Jag vill förtydliga att vi, tidigare, inte har känt denna oro eller obehag i vår kontakt med socialtjänsten i Östhammar. Men vi är nu väldigt besvärade och oroad över att vår utredning som familjehem, påverkas av de värderingar och syn, som speglar andra vice ordförande, är förankrad, delas och därav låter påverka vår utredning. Vi är fast övertygade om att Anna-Lena Söderbloms värdering och tro att muslimer ingår i en elak sekt, som uppfostrar sina barn ("avkomma", för att förtydliga sitt avståndstagande och avhumanisera oss muslimer) till antisemiter och mördare. Hon påvisar, än en gång att hon vill avhumanisera oss muslimer, genom att dra en liknelse mellan uppfostring av barn, hundar och muslimer och dessa tre "gruppers" oförmåga av att sätta gränser. Som familjehem under utredning känner vi ett starkt obehag av hennes uttalanden, inte minst mot bakgrund av den beslutandemakten hon faktiskt har. Vi är ett hem, där vi lär våra ungdomar respekt och alla personers lika värde och hennes uttalanden går stick i stäv med detta. Dessutom så känner vi att hennes ställningstagande starkt påverkar hennes opartiskhet, och vi har svårt att se att någon som känner så starkt mot en gruppering (muslimer) kommer kunna sätta ett barn eller ungdom i ett sådant hem.
Som andra vice ordförande i socialnämnden har man en stor påverkan på hur både besluten fattas och hur arbetet bedrivs i den "vardagliga" verksamheten. Vi förstår inte hur man skall kunna utreda oss som familjehem, med dessa åsikter, värderingar och förutfattade meningar om en grupp som vi enligt henne skulle ingå i.