

Socialnämnden

Plats och tid Gröna rummet, Socialförvaltningen, Östhammar, kl. 09.00-15:30

Beslutande Enligt särskild närvarolista

Övriga deltagande Nämndsekreterare Fitim Kunushevcı
§ 17 Seniorrådgivare Freddie Eriksson
§§ 17-22, 24-31 Individ- och familjeomsorgschef Yvonne Wahlbeck
§§ 19-23, 30-33 Tf. socialchef Lisbeth Bodén
§§ 19-28 Administrativ chef Torbjörn Nyqvist
§§ 22-23, 26-28 Verksamhetsområdeschef myndighet VoO Agneta Rönnkvist
§§ 24-28 Utredare Oskar Johansson
§§ 30-31 Medicinskt ansvarig sjuksköterska Anette Frode

Utses att justera Anna-Lena Söderblom (M)
Justeringens plats och tid Socialkontoret, Östhammar, 2020-03-10, kl. 13:40

Paragrafer 17-33

Underskrifter Sekreterare

.....
Fitim Kunushevcı

Ordförande

.....
Lisa Norén (S)

Justerande

.....
Anna-Lena Söderblom (M)

ANSLAG/BEVIS

Justeringen har tillkännagivits genom anslag
Östhammars socialnämnd

Organ

Sammanträdesdatum 2020-03-02
Datum för anslags uppsättande 2020-03-09
Anslags nedtagande 2020-03-31
Förvaringsplats för protokollet Socialkontoret, Östhammar

Underskrift

.....
Fitim Kunushevcı

Utdragsbestyrkande

Ärendelista

§ 17.	Beslut om hur den unges umgänge med vårdnadshavare ska utövas.....	3
§ 18.	Redovisning av delegationsbeslut.....	4
§ 19.	Fastställande av dagordning.....	5
§ 20.	Information och anmälningsärenden februari och mars 2020.....	6
§ 21.	Ekonomisk uppföljning per januari 2020.....	8
§ 22.	Nyckeltal för kvartal 4, 2019	9
§ 23.	Statistikrapport av ej verkställda gynnande beslut kvartal 4, 2019.....	10
§ 24.	Uppföljning av hemtjänst enligt LOV Aktivt Stöd AB 2019	11
§ 25.	Uppföljning av hemtjänst enligt LOV Vallonens hemtjänst AB 2019	12
§ 26.	Förändrade egenavgifter för färdtjänst.....	13
§ 27.	Trafikförsörjningsprogram för färdtjänst och riksfärdtjänst i Östhammars kommun	15
§ 28.	Villkor för kommunal färdtjänst i Östhammars kommun.....	17
§ 29.	Redovisning av synpunktsstatistik 2019	19
§ 30.	Patientsäkerhetsberättelse 2019	20
§ 31.	Riktlinje för läkemedelshantering inom socialförvaltningens verksamheter.....	21
§ 32.	Rapporter.....	22
§ 33.	Uppföljning av systematiskt arbetsmiljöarbete för kvartal 4, samt helår 2019.....	23

§ 17. Beslut om hur den unges umgänge med vårdnadshavare ska utövas

Dnr SN-2020-4	Dpl 904
Dnr SN-2020-5	Dpl 904
Dnr SN-2020-6	Dpl 904

§ 18.Redovisning av delegationsbeslut

Socialnämndens beslut

Redovisning av delegationsbeslut godkännes.

Ärendebeskrivning

Föreligger delegationslistor:

1. Arbetsutskottets protokoll 2020-02-19.
2. Beslut i vård- och omsorgsärenden 2020-01-01 t.o.m. 2019-02-29.
3. Beslut i individ- och familjeomsorgsärenden 2020-01-01 t.o.m. 2020-02-29.
 - Fyra beslut om placering med stöd av 11 § 1 st. Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.
 - Ett beslut om att begära biträde av Polismyndigheten i Uppsala för att genomföra beslut om omhändertagande med stöd av 43 § 2 p. Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.
 - Två beslut om umgängesinskränkning med stöd av 14 § 2 st. 1 p. Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.
4. Beslut i övriga ärenden registrerade 2020-01-01 t.o.m. 2020-02-29.

Beslutsunderlag

- Delegationslistor i delegationsmappen
- Handlingar i sekretessmappen

§ 19. Fastställande av dagordning

Socialnämndens beslut

Socialnämnden fastslår ärendelistan.

Ärendebeskrivning

Följande ärenden läggs till dagordningen:

- Uppföljning av systematiskt arbetsmiljöarbete för kvartal 4, samt helår 2019

Dnr SN-2020-2

Dpl 904

§ 20. Information och anmälningssärenden februari och mars 2020

Socialnämndens beslut

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 2020-02-19:

- Tf. socialchef Lisbeth Bodén informerar om förändring av hemtjänstmodell på Gräsö och Hargshamn.
- Tf. socialchef Lisbeth Bodén informerar om pågående översyn av LSS-beslut.
- Tf. socialchef Lisbeth Bodén informerar om tilltänkt plan att omvandla Solgården till vårdboendeplatser. Senaste genomförda prover visade på svartmögel i lokalerna.
- Tf. socialchef Lisbeth Bodén informerar om att eventuellt omvandla boendeplatser i vårdcentrum samt flytt av daglig verksamhet till Edsvägen 16.
- Tf. socialchef Lisbeth Bodén informerar om förändringar av måltidshanteringen. Innebär att matlådor inte kommer levereras, vilket skulle innebära en besparing cirka 3 miljoner. Leverans av mat kommer ske via matkantiner till de särskilda boendena.
- Tf. socialchef Lisbeth Bodén informerar om tillsatt arbetsgrupp som ska se över policy om heltid som norm. Enkät kommer att skickas ut till berörda och utifrån underlag kommer förslag till inriktning tas fram.
- Tf. socialchef Lisbeth Bodén informerar om pågående granskning från revisorer av brukarinflytandet för individer med funktionsvariationer.

Socialnämnden

Dagens sammanträde

- Tf. socialchef Lisbeth Bodén informerar att Gräsö kommer prioriteras i arbetet med förändrad hemtjänstmodell. Innan en implementering kan ske måste fackförbundet involveras i processen.
- Tf. socialchef Lisbeth Bodén förtydligar att det inte är dagligverksamhet som ska flytta till Edsvägen 16 utan dagverksamhet. Gruppbostad Abborren kommer flytta in till dagverksamhetens nuvarande lokaler.
- Tf. socialchef Lisbeth Bodén redogör lägesbild för spridningen av SARS-COV-2. Medarbetare som är friska ska gå till jobbet. Information och länkar till ansvariga myndigheter om viruset, smittspridning och hanteringen av utbrottet om riktlinjer finns på Ines.

Skriftlig information som nämnden tar del av via sitt digitala arbetsrum:

01. Minnesanteckningar TL HSVÖ 7 februari 2020
02. Mötesanteckningar, Trygg i Östhammars kommun 13 december 2019
03. Minnesanteckningar samverkan och skyddskommitté 30 januari 2020
04. Sjukstatistik kvartal 4 2019 samt helår

Skriftlig information som omfattas av sekretess och som redovisas i pärm:

- Domar från Förvaltningsrätten i Uppsala:
 - o Förvaltningsrätten i Uppsala avslår överklagan om ekonomiskt bistånd enligt Socialtjänstlagen (2001:453) för augusti 2019 i dom meddelad 2020-02-04.
 - o Förvaltningsrätten i Uppsala bifaller överklagandet om ekonomiskt bistånd enligt Socialtjänstlagen (2001:453) för juni 2019 i dom meddelad 2020-01-29.
 - o Förvaltningsrätten i Uppsala avslår överklagan om ekonomiskt bistånd enligt Socialtjänstlagen (2001:453) för april och maj 2019 i dom meddelad 2020-01-29.
 - o Förvaltningsrätten i Uppsala bifaller socialnämndens ansökan och beslutar om vård med stöd av 1 och 2 §§ Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga i dom meddelad 2020-02-13.
 - o Förvaltningsrätten i Uppsala avslår överklagan om ekonomiskt bistånd enligt Socialtjänstlagen (2001:453) för augusti 2019 i dom meddelad 2020-02-04.
 - o Förvaltningsrätten i Uppsala avslår överklagan om institutionsplacering på behandlingshem enligt Socialtjänstlagen (2001:453) för augusti 2019 i dom meddelad 2020-01-21.
 - o Förvaltningsrätten i Uppsala avslår överklagan om ekonomiskt bistånd enligt Socialtjänstlagen (2001:453) för november 2019 i dom meddelad 2020-01-21.

Muntlig föredragning

Tf. socialchef Lisbeth Bodén föredrar ärendet.

Dnr SN-2020-18

Dpl 042

§ 21. Ekonomisk uppföljning per januari 2020

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Redovisas ekonomisk uppföljning per januari 2020.

Beslutsunderlag

- Ekonomisk uppföljning per januari 2020

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Administrativ chef Torbjörn Nyqvist redovisar ekonomiskt utfall per januari 2020.

Dnr SN-2019-94

Dpl 701

§ 22. Nyckeltal för kvartal 4, 2019

Socialnämndens beslut

Socialnämnden godkänner redovisningen.

Ärendebeskrivning

Redovisas nyckeltal för individ- och familjeomsorgen, handläggning vård och omsorg samt närvårdsenheten, kvartal 4, 2019.

Beslutsunderlag

- Nyckeltalsstatistik för kvartal 4, 2019

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Individ- och familjeomsorgschef Yvonne Wahlbeck och verksamhetsområdeschef myndighet VoO Agneta Rönnkvist föredrar nyckeltal för IFO och VoO för kvartal 4 2019.

Dnr SN-2019-114

Dpl 701

§ 23. Statistikrapport av ej verkställda gynnande beslut kvartal 4, 2019

Socialnämndens beslut

Statistikrapporten överlämnas till kommunfullmäktige (Bilaga 1).

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 kvartal 4, 2019

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Verksamhetsområdeschef myndighet VoO Agneta Rönnkvist föredrar ej verkställda beslut för kvartal 4 2019.

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige

Dnr SN-2020-37

Dpl 701

§ 24. Uppföljning av hemtjänst enligt LOV Aktivt Stöd AB 2019

Socialnämndens beslut

Socialnämnden godkänner 2019 års uppföljning av utförare enligt LOV inom hemtjänst som tillhandahålls av Aktivt stöd Uppland AB.

Ärendebeskrivning

Aktivt stöd AB har avtal med Socialförvaltningen för att utföra hemtjänst enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem. Villkoren för verksamheten regleras främst i förfrågningsunderlaget som inom en rad områden ställer krav på utföraren. Som ett led i kontrollen av de utförare som verkar enligt LOV genomför socialförvaltningen en årlig uppföljning av verksamheten som bedrivs av Aktivt stöd.

Redovisas uppföljning daglig verksamhet LOV Aktivt stöd 2019.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Utredare Oskar Johansson föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

Aktivt stöd

Carina Kumlin Chef utveckling vård och omsorg

Torbjörn Nyqvist stabschef

Verksamhetsområdeschef Agneta Rönnkvist

Utredare Oskar Johansson

Dnr SN-2020-40

Dpl 701

§ 25. Uppföljning av hemtjänst enligt LOV Vallonens hemtjänst AB 2019

Socialnämndens beslut

Socialnämnden godkänner 2019 års uppföljning av utförare enligt LOV inom hemtjänst som tillhandahålls av Vallonens hemtjänst AB.

Ärendebeskrivning

Vallonens hemtjänst AB hade ett avtal med Socialförvaltningen för att utföra hemtjänst enligt lagen om valfrihet. Vallonens hemtjänst gick i konkurs under december 2019. De brukare som hade Vallonen som utförare flyttades därför över till hemtjänsten i egenregi under januari 2020. Med anledning av detta är det inte möjligt att ställa frågor till utföraren om hur verksamheten bedrevs.

Villkoren för verksamheten regleras främst i förfrågningsunderlaget som inom en rad områden ställer krav på utföraren. Som ett led i kontrollen av de utförare som verkar enligt LOV genomför socialförvaltningen en årlig uppföljning av verksamheten som bedrivs av Vallonen.

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Utreddare Oskar Johansson föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

Verksamhetsområdeschef myndighet VoO Agneta Rönnqvist

Chef utvecklingsenheten VoO Carina Kumlin

Administrativ chef Torbjörn Nyqvist

Utreddare Oskar Johansson

Dnr SN-2019-212

Dpl 705

§ 26. Förändrade egenavgifter för färdtjänst

Socialnämndens beslut

- Egenavgiften höjs 1 juni 2020 till 40 kr inom kommunen förutsatt att avtal kan ingås med utföraren om att den ökade intäkten tillfaller socialförvaltningen.
- Egenavgiften höjs 1 juni 2021 till 50 kr inom kommunen förutsatt att avtal kan ingås med utföraren om att den ökade intäkten tillfaller socialförvaltningen.
- Egenavgiften höjs 1 juni 2020 till 120 kr inom övriga kommuner dit färdtjänst medges förutsatt att avtal kan ingås med utföraren om att den ökade intäkten tillfaller socialförvaltningen.
- Egenavgiften till Arlanda höjs 1 juni 2020 till 225 kr förutsatt att avtal kan ingås med utföraren om att den ökade intäkten tillfaller socialförvaltningen.
- Den lägsta egenavgiften för resor i andra kommuner höjs 1 juni 2020 till 50 kr.

Ärendebeskrivning

Östhammars kommun tillhandahåller färdtjänst åt de kommuninvånare som beviljats färdtjänsttillstånd. Ett sådant tillstånd fås efter ansökan där det är styrkt att personen har en varaktig funktionsnedsättning som sträcker sig längre än tre månader och där personen har svårigheter att förflytta sig eller att resa med kollektivtrafik.

Den som nyttjar färdtjänst betalar en egenavgift som tillfaller taxibolaget. Egenavgiften uppgår till 30 kr per resa inom Östhammars kommun. Utanför kommunen dit färdtjänst kan nyttjas är avgiften 90 kr med undantag till Arlanda dit avgiften är 150 kr. För resa i annan kommun ersätts den enskilde med ett avdrag av 25 % av taxameterpriset, dock betalar den enskilda alltid lägst 30 kr.

Socialförvaltningen har genomfört en omvärldsbevakning över egenavgifterna i andra kommuner och regioner. Det som undersökts är dels vilka modeller som finns och vilka nivåer som gäller i respektive kommun. Vissa kommuner och regioner tillämpar lägre priser för ungdom men det som tagits med i jämförelsen är pris för vuxen. På vissa platser hanterar regionen färdtjänsten varför jämförelsen både hanterar kommuner och regioner.

Beslutsunderlag

- Förslag till förändrade egenavgifter

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Utredare Oskar Johansson och verksamhetsområdeschef myndighet VoO Agneta Rönnkvist föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige

Stabschef Torbjörn Nyqvist

Verksamhetsområdeschef myndighet Agneta Rönnkvist

Utredare Oskar Johansson

Dnr SN-2019-211

Dpl 003

§ 27. Trafikförsörjningsprogram för färdtjänst och riksfärdtjänst i Östhammars kommun

Socialnämndens beslut

Socialnämnden ställer sig bakom revideringen av trafikförsörjningsprogram för färdtjänst och riksfärdtjänst i Östhammars kommun och skickar ärendet vidare till kommunfullmäktige.

Ärendebeskrivning

Det nuvarande trafikförsörjningsprogrammet för färdtjänst och riksfärdtjänst i Östhammars kommun, fortsatt kallat trafikförsörjningsprogrammet är från 2012. Förändringar har genomförts vilket gör det nödvändigt att revidera dokumentet. Den reviderade versionen innehåller de nya villkor som gäller för färdtjänsten. Texten om glesbygdsfärdtjänsten har tagits bort eftersom att socialnämnden har fattat beslut om att avskaffa tjänsten.

Villkoren för färdtjänst med båt har ändrats och en begräsning om maximalt 2 enkelresor per vecka införs.

De ändringar av egenavgifter som fullmäktige föreslår besluta om (separat ärende) är också inlagda i texten. Detta innebär att de förändrade egenavgifterna måste antas för att det föreslagna trafikförsörjningsprogrammet ska kunna antas med den föreslagna lydelsen. Samma gäller för det föreslagna taket för antalet enkelresor som kan genomföras per år.

Dessa ändringar föreslår Socialnämnden (separat ärende) genom revidering av riktlinjer. Äldre uppgifter som beskriver nyttjandet av färdtjänst och riksfärdtjänst har uppdaterats med nya uppgifter.

Miljökraven har uppdaterats för att överensstämma med det nuvarande avtalet. Det har också skett en språklig omarbetning av delar av texten.

Beslutsunderlag

- Trafikförsörjningsprogram för färdtjänst och riksfärdtjänst i Östhammars kommun (nuvarande version)
- Trafikförsörjningsprogram för färdtjänst och riksfärdtjänst i Östhammars kommun (uppdaterad version)

Socialnämnden

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Utredare Oskar Johansson och verksamhetsområdeschef myndighet VoO Agneta Rönnkvist föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige

Verksamhetsområdeschef myndighet Agneta Rönnkvist

Administrativ chef Torbjörn Nyqvist

Utredare Oskar Johansson

Dnr SN-2019-213

Dpl 709

§ 28. Villkor för kommunal färdtjänst i Östhammars kommun

Socialnämndens beslut

Socialnämnden fastställer riktlinje om villkor för kommunal färdtjänst i Östhammars kommun (Bilaga 2).

Ärendebeskrivning

Riktlinjen Generella föreskrifter och villkor för kommunal färdtjänst i Östhammars kommun fastställdes av socialnämnden 2016-03-23. Socialnämnden ser nu behovet att uppdatera dokumentet. Ändringarna i förslaget på ny riktlinje innehåller ett antal förändrade villkor för att nyttja färdtjänst i kommunen.

Syftet med revideringen är att förtydliga ett antal områden samt att införa ett antal begränsningar i nyttjandet av färdtjänsten. Begränsningarna syftar att inför kommande upphandling av färdtjänst stärka förutsättningarna till att få ett avtal till lägre kostnad än som bedöms möjligt med nuvarande riktlinje. Mer om detta framkommer i tjänsteskrivelsen om förändrade egenavgifter.

I dagsläget är det möjligt att genomföra ett obegränsat antal resor, detta ändras genom att en begränsning på 250 enkelresor/ år införs. För färdtjänst med båt införs en begränsning om maximalt två enkelresor per vecka.

Det sker också en förändring av tidpunkter för när färdtjänsten kan nyttjas. I dagsläget kan färdtjänst nyttjas dygnet runt men en begränsning införs för vilka tider som färdtjänst kan nyttjas. Begränsningen innebär att resor kan genomföras under vardagar från klockan 05:30 till 24:00. Under helger från klockan 07:00 till 02:30. Det införs också en möjlighet att om det finns särskilda skäl bevilja ytterligare färdtjänstresor eller färdtjänstresor på andra tider.

Ett tillägg har förts in för att förtydliga vad som gäller kring tidsbegränsade- eller tills vidare tillstånd.

Beslutsunderlag

- Generella föreskrifter och villkor för kommunal färdtjänst i Östhammars kommun (Nuvarande version)
- Villkor för kommunal färdtjänst i Östhammar kommun (Uppdaterad version)

Socialnämnden

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Utredare Oskar Johansson och verksamhetsområdeschef myndighet VoO Agneta Rönnkvist föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

Administrativ chef Torbjörn Nyqvist

Verksamhetsområdeschef myndighet Agneta Rönnkvist

Utredare Oskar Johansson

Dnr SN-2020-27

Dpl 009

§ 29. Redovisning av synpunktsstatistik 2019

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av informationen och godkänner synpunktsstatistikrapport för 2019 (Bilaga 3).

Socialnämnden uppdrar till förvaltningen att redovisa synpunktsstatistik kvartalsvis.

Socialnämnden uppdrar till förvaltningens verksamheter att redovisa och analysera inkommande synpunkter för 2019 i sina respektive verksamhetsberättelser.

Ärendebeskrivning

Föreligger statistik över de synpunkter som har inkommit till förvaltningen under 2019. Varje år sammanställer socialförvaltningen inkomna synpunkter gällande socialförvaltningens olika verksamheter. Sammanställningen indelas mellan verksamhetsområdena vård och omsorg, individ och familjeomsorg samt administrativ stab och politik.

Analys av synpunktsstatistiken sker i verksamhetsberättelse för vård och omsorg respektive individ- och familjeomsorg.

Beslutsunderlag

- Synpunktsstatistik 2019

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Nämndsekreterare och utredare Fitim Kunushevci föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

Nämndsekreterare/utredare Fitim Kunushevci
Socialförvaltningens ledningsgrupp

Dnr SN-2020-28

Dpl 738

§ 30. Patientsäkerhetsberättelse 2019

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av Patientsäkerhetsberättelsen för 2019 (Bilaga 4).

Socialnämnden uppdrar till förvaltningens verksamheter att redovisa avvikelser i sina respektive verksamhetsberättelser för 2019.

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 2019.

Beslutsunderlag

- Patientsäkerhetsberättelse 2019
- Diagnosfördelning demens totalt alla orter Östhammars kommun inom hemsjukvård 2018 och 2019
- Diagnosfördelning demens ortsvis inom hemsjukvård ordinärt boende och särskilt boende omvårdnad

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Anette Frode föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Anette Frode
Socialförvaltningens ledningsgrupp

Dnr SN-2020-38

Dpl 738

§ 31. Riktlinje för läkemedelshantering inom socialförvaltningens verksamheter

Socialnämndens beslut

Riktlinje för läkemedelshantering inom socialförvaltningens verksamheter antas (Bilaga 5).

Ärendebeskrivning

Syftet med riktlinjen är att säkerställa att läkemedelshantering och administrering av läkemedel ska ske på ett säkert och effektivt sätt och enligt gällande författningar. Personalens ansvar ska vara klart definierat så att var och en är medveten om sina befogenheter och sitt ansvar. Detta ska framgå i den lokala och enhetsspecifika rutinen för läkemedelshantering vid varje enhet. Det ska även finnas betryggande rutiner för dokumentation av läkemedelshanteringen.

Beslutsunderlag

- Förslag till riktlinje

Beslutet skickas till

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Anette Frode
Socialförvaltningens ledningsgrupp

Dnr SN-2020-3

Dpl 904

§ 32. Rapporter

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av rapporter.

Ärendebeskrivning

Rapporter och information från socialnämndens ledamöter.

Lisa Norén (S) rapporterar från HSVO samråd 28 februari 2020. Bland annat diskuterades coronavirusets spridning och utmaningarna som regionen står inför vid ett eventuellt utbrott, överenskommelse god och nära vård, barn och ungas psykiska hälsa, köfri vård till BUP samt WeMind.

Lisa Norén (S) rapporterar från Kommunala pensionärsrådet och rådet för funktionsnedsatta 24 februari 2020. Brukarrevisionsbyrån presenterade sin rapport kring utvärdering av rådets funktion.

Dnr SN-2019-93

Dpl 701

§ 33. Uppföljning av systematiskt arbetsmiljöarbete för kvartal 4, samt helår 2019

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Redovisas uppföljning av socialförvaltningens arbetsmiljöarbete till och med fjärde kvartalet 2019, samt helårsstatistik.

Beslutsunderlag

- Statistikrapport av ej verkställda gynnande beslut kvartal 2 2019.

Muntlig föredragning

Tf. socialchef Lisbeth Bodén föredrar ärendet.

Statistikrapport av ej verkställda beslut

Socialnämnden, Kvartal 4 2019

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 verkställts	Vidtagna åtgärder	Kön
2018-05-15	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, saknar ledig bostad	Verkställd 2019-11-20	Man
2018-07-27	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, saknar ledig bostad		Man

2019-03-13	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, saknar ledig bostad	Bor på HVB i kommunen	Man
Avbrott 2019-09-23	9.4 § Kontaktperson	Brukaren vill avvakta med ny kontaktperson		Kvinna
2019-04-26	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, saknar ledig bostad	Bor i egen lägenhet med boendestöd, kontaktperson, ledsagarservice samt daglig verksamhet	Man
2019-06-18	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, saknar ledig bostad		Kvinna
2018-07-26	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, saknar ledig bostad		Man
2019-08-30	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, saknar ledig bostad		Man
2019-07-03	9.10 § Daglig verksamhet	Förhandsbesked, brukaren har ännu inte flyttat till kommunen		Kvinna
2019-07-03	9.9 § Bostad för vuxna	Förhandsbesked, brukaren har ännu inte flyttat till kommunen		Kvinna
2019-06-14	9.4 § Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställd 2019-10-14	Kvinna
2019-06-14	9.4 § Kontaktperson	Tackat nej till erbjudandet om kontaktperson 2019-09-12		Kvinna
2019-05-31	9.4 § Kontaktperson	Tackat nej till erbjudandet om kontaktperson 2019-09-10		Kvinna
2019-09-13	9.4 § Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare		Man
2019-09-24	9.4 § Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare		Man

SoL Beslut

Beslutsdatum/Avbrott	Beslut	Orsak till att beslutet inte verkställts	Vidtagna åtgärder	Kön
2019-06-05	Kontaktperson (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 2019-11-05	Man
2019-05-10	Kontaktfamilj (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare. Brukaren flyttat från kommunen	Beslutet avslutat 2019-11-14	Kvinna
2019-05-27	Kontaktfamilj (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 2019-10-01	Man
2019-06-05	Kontaktperson (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 2019-10-10	Kvinna
2019-06-13	Kontaktfamilj (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 2019-10-10	Man
2019-06-13	Kontaktfamilj (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 2019-10-10	Man
2019-02-25	Kontaktperson (OF)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 2019-10-14	Man
2019-08-31	Kontaktperson (OF)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare		Kvinna
2019-07-29	Kontaktperson (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare		Man
2019-06-04	Annat bistånd- Trappan i Uppsala (IFO)	Insatsen kan ej verkställas pga att resursen ej finns tillgänglig.	Alternativ insats har erbjudits i form av individuella stödsamtal. Insatsen kommer kunna verkställas under 2020	Kvinna

2019-06-04	Annat bistånd- Trappan i Uppsala(IFO)	Insatsen kan ej verkställas pga att resursen ej finns tillgänglig.	Alternativ insats har erbjudits i för av individuella stödsamtal. Insatsen kommer kunna verkställas under 2020	Man
2019-05-31	Kontaktperson (IFO)	Önskemål från brukaren om att avvakta med rekrytering av ny kontaktperson till efter sommaren		Kvinna
2019-04-11	Permanent bostad (ÄO)	Brukaren har tackat nej till erbjudandet 2019-05-10. Brukaren flyttat från kommunen 2019-09	Beslutet avslutas 2019- 09-26	Man
2019-04-02	Permanent bostad (ÄO)	Brukaren har önskar plats på ett specifikt boende där det inte funnits ledig bostad. Brukaren avliden.	Beslutet avslutas 2019-11-29	Kvinna
2019-07-11	Kontaktperson (ÄO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare		Kvinna
2019-07-17	Permanent bostad (ÄO)	Brukaren har tackat nej till erbjuden plats 2019- 10-15. Önskar plats på specifikt boende		Kvinna
2019-09-12	Korttidsplats med regelbunden vistelse (ÄO)	Brukaren önskar avvakta med insatsen 2019-11-27	Verkställd 2019-12-27	Kvinna
2019-09-27	Permanent bostad (ÄO)	Brukaren har tackat nej till erbjuden plats 2019- 11-08. Önskar plats på specifikt boende		Kvinna

 ÖSTHAMMARS KOMMUN – EN DEL AV ROSLAGEN Socialförvaltningens ledningssystem		Dokumenttyp:	
		Riktlinje	
		Titel:	
		Villkor för kommunal färdtjänst i Östhammars kommun	
Granskad av:	Fastställd av:	Fastställd datum:	Reviderad datum:
Socialförvaltningens ledningsgrupp	Socialnämnden	2016-03-23	2020-03-02

Komplement till Lag om färdtjänst (1997:736) som stöd i bedömning och beslut om tillstånd för kommunal färdtjänst i Östhammars kommun. Dessa villkor i denna riktlinje ska omprövas vid ny upphandling eller vid behov.

Vad är kommunal färdtjänst?

Färdtjänst är en kompletterande kollektiv trafikform, som efter behovsprövning får användas av personer som på grund av funktionsnedsättning, som inte endast är kortvarig, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel. För barn och ungdomar görs samma bedömning som för vuxna personer.

Färdtjänstillståndet omfattar inte resor där annan betalningsansvarig finns, exempelvis sjukresor, skolresor till grundskola och särskola, gruppresor inom anordnade verksamheter. Här ingår även resor till/från arbetslivsinriktad rehabilitering. Sådana resor ska bekostas av respektive verksamhet enligt principen att varje verksamhet ska stå för sina egna kostnader. Färdtjänst får således inte användas för resor som görs i tjänsten. Arbetsgivare ska normalt bekosta dessa resor.

Färdtjänst kan endast beviljas av den kommun där man är folkbokförd.
Färdtjänstens syfte är att transportera personer.

Att utreda och besluta om individuellt tillstånd till färdtjänst innebär myndighetsutövning vilket är delegerat från nämnd till färdtjänsthandläggare. Dokumentationsplikt föreligger enligt förvaltningslagen. Handläggning är sekretesskyddad och hanteras i överensstämmelse med personuppgiftslagen.

Östhammars kommuns villkor för färdtjänst

Funktionsnedsättningens varaktighet

Funktionsnedsättningen ska bedömas vara minst tre månader från ansökningsdagen för att anses vara varaktig enligt färdtjänstlagens mening. Vid tillfällig funktionsnedsättning bedöms man inte vara berättigad till kommunal färdtjänst.

Färdsätt

Färdsätt bedöms och beslutas med billigaste färdmedel med hänsyn till resenärens funktionsnedsättning. Tillstånd till dyrare färdsätt, fordon med rullstolsplats, beviljas när resenär behöver annat färdsätt än ordinarie färdtjänstfordon (personbil) för resans genomförande. Om resenär kan flytta över till säte i personbil beviljas inte dyrare färdsätt. Behov att ta med hjälpmedel som ska användas på resmålet berättigar inte till tillstånd för dyrare färdsätt, för transport av förskrivna hjälpmedel se vidare under rubriken *tilläggstjänster*.

Följande färd sätt kan beviljas:

- ☐ Personbil
- ☐ Fordon med rullstolsplats (specialfordon)
- ☐ Båt

Endast ett fordon får bokas/ användas per resa.

Färdtjänstinnehavare med rätt att åka i fordon med rullstolsplats (specialfordon) är personer som inte kan flytta över i vanligt bilsäte utan måste sitta i sin rullstol under färd.

För att få resa sittande i rullstol måste rullstolen vara godkänd att sitta i under färd. Intyg utfärdas av förskrivaren av rullstolen. Av intyget ska framgå att stolen, av tillverkaren, är godkänd att använda som säte vid färdtjänstresa.

Ledsagare

För resenär som på grund av funktionsnedsättning har behov av personlig assistans under själva resan, beviljas ledsagare. Behov av ledsagare ska vara knutet till själva resan, enbart behov av hjälp på resmålet berättigar inte till ledsagare. Ledsagare ska kunna ge den hjälp och service som resenären har behov av för att genomföra resa.

Ledsagare:

- ☐ ska stiga på och av på samma adress som resenär
- ☐ åker med avgiftsfritt.

Resenär ansvarar själv för att ordna ledsagare inför resa, att ledsagare ska medfölja måste uppges vid resebeställningen.

Antal resor

Färdtjänstillstånd berättigar till maximalt 250 enkelresor/år. För färdtjänstresor med båt beviljas två enkelresor/vecka. Om särskilda skäl finns kan ytterligare resor beviljas.

Avstånd (geografisk begränsning)

Lag om färdtjänst anger att färdtjänst ska anordnas inom kommunen och, om det finns särskilda skäl, mellan kommunen och en annan kommun.

Östhammars kommun har valt att ge möjlighet till alla färdtjänstinnehavare att kunna resa till vissa delar av angränsande kommuner enligt karta i ”Information för dig som har färdtjänst”. Färdtjänstresa börjar eller slutar alltid i Östhammar kommun.

Tidpunkt

Färdtjänstresa kan under vardagar genomföras från klockan 05:30 till 24:00. Under helger från klockan 07:00 till 02:30. Om särskilda skäl finns kan resor beviljas andra tider.

Beställningstid

Beställning av färdtjänstresa kan ske alla dagar mellan kl. 08.00 och 17.00, senast dagen innan avresedag.

Samordning

Så långt det är möjligt ska samåkning eftersträvas, d.v.s. att flera färdtjänstresenärer åker i samma fordon. För att samplanera resorna kan entreprenören styra avresetiden till 60 min senare eller 60 min tidigare utifrån önskad avresetid. Din totala restid kan som mest fördubblas på grund av samordning men kan aldrig förlängs med mer än 60 minuter.

Bagage

Två kassar eller väskor kan medföras.

Taxiföretagets åtagande vid färdtjänstresa

Chauffören ska iaktta respekt för den resandes integritet, vilket bland annat innebär:

- ☐ ett artigt uppträdande.
- ☐ personlig hjälp i och ur fordonet liksom hjälp med i- och urlastning av hjälpmedel och övrigt bagage.
- ☐ att utifrån den resandes behov ge hjälp till och från resstart/resmål (exempelvis från bostad till taxi/från taxi till butiksdörr).
- ☐ att resan utförs på ett komfortabelt och trafiksäkert sätt.

Om hinder förekommer så att fordonet inte kan köra fram till porten kan annan mötesplats bli aktuell.

Uppehåll

Inget uppehåll under färdtjänstresa medges.

Assistanshund (servicehund, signalhund, alarmerande hund, ledarhund)

Färdtjänstberättigad har rätt att medföra legitimerad assistanshund. Medföljande assistanshund måste uppges vid resebeställning.

Djur får inte färdas lösa i färdtjänstfordon. All last ska vara säkert förankrad, inklusive medföljande djur. Exempelvis kan transport av hund ske i bur som går att förankra alternativt med så kallat hundbälte. Resenär som har medföljande assistanshund (djur) ansvarar att medföra nödvändig utrustning. Resenär kan kontakta beställningscentral angående gällande trafiksäkerhetsregelverk.

Husdjur

Husdjur får inte medfölja i färdtjänstfordon.

Arbetsresor

Beslut om arbetsresor kan innefattas i beslut om färdtjänst. För arbetsresor har du rätt till garanterad ankomsttid. Arbetsresor gäller inte för andra resor, exempelvis:

- ☐ resor till arbetspraktik, praktikplats eller ideellt arbete
- ☐ resor för studier eller för resor under yrkesutbildning

Tidsbegränsade tillstånd

Tillstånd för färdtjänst meddelas för viss tid och ska innehålla datum för när beslutet upphör, om beslutet ska omprövas eller upphör utan omprövning. I det fall beslutet ska omprövas av färdtjänsthandläggare ska det framgå ifall ett nytt läkarutlåtande krävs. Samtliga beslut ska dock förenas med en reservation för att beslutet kan omprövas om den enskildes förutsättningar förändras sedan beslutet fattats, om det sker lagändringar eller förändringar av kommunens riktlinjer för färdtjänst.

Resa inom en annan kommun

Färdtjänstinnehavare som besöker en annan kommun har möjlighet att använda färdtjänsten i kommunen som besöks. Anmälan om resa i annan kommun ska göras till ansvarig färdtjänsthandläggare senast en vecka innan avresa. Resan beställs och betalas i kommunen som besöks. Den genomförda resan ersätts av Östhammars kommun med ett avdrag på 25 % av taxameterbeloppet (lägst 50 kr), mot insändande av taxameterkvitto, namn, adress och uppgifter om konto där pengarna ska sättas in.

Resa inom annan kommun räknas in i de resor som maximalt kan genomföras under ett år.

Återkallelse av tillstånd

Ett tillstånd kan återkallas om villkor för tillståndet inte längre uppfylls, exempelvis om den färdtjänstberättigade har:

- ☐ förbättrats i sitt hälsotillstånd
- ☐ flyttat från kommunen
- ☐ medverkat till att annan person rest på sitt färdtjänstillstånd
- ☐ genomfört färdtjänstresor i strid mot begränsningar i tillståndet
- ☐ genomfört färdtjänstresor för besök hos vårdgivare/för vårdgivande behandling

Alternativt om kollektivtrafiken har blivit mer tillgänglig.

Tilläggstjänster

Tilläggstjänster omfattas inte av Lag om färdtjänst men tillhandahålls utifrån politisk ambitionsnivå. I Östhammars kommun tillhandahålls de två tilläggstjänsterna, hjälpmedel och medresenär.

Hjälpmedel

Färdtjänstinnehavare med rätt att åka i färdtjänstfordon (taxi) och har möjlighet att medföra hopfällbar rollator eller hopfällbar manuell rullstol.

Om färdtjänstinnehavare har en elrullstol, promenadscooter eller liknande rullande förflyttningshjälpmedel ger Östhammars kommun möjlighet att ta med sådant hjälpmedel vid färdtjänstresa. Ansökan om att transportera förflyttningshjälpmedel enligt ovan ställs till färdtjänsthandläggare som efter beslut meddelar kommunens entreprenör för färdtjänst.

En förutsättning är att hjälpmedlet går att förankra på ett trafiksäkert sätt eller är hopfällbart, vilket avgörs av entreprenör/förare.

Medresenär

Färdtjänst innehavare har möjlighet till medföljande medresenär:

- ☐ Medresenär ska stiga på och av på samma adress som resenären.
- ☐ Medresenär betalar avgift enligt gällande taxa för färdtjänstresa fastställd av kommunfullmäktige.
- ☐ Samtliga egna minderåriga barn ska alltid beredas plats att åka med.
- ☐ En medresenär har alltid rätt att åka med, men i mån av plats kan fler än en medresenär åka med i bilen.
- ☐ Antal medresenärer ska uppges vid resebeställning och begränsas till det antal som ryms i samma färdtjänstfordon som resenär beviljats att resa med.

Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

Synpunktsstatistik 2019

Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

Innehåll

1 Inledning.....	1
1.1 Synpunktstyper.....	1
1.2 Positiv, negativ eller neutral synpunkt.....	2
1.3 Del av verksamheten	2
1.4 Synpunktslämnare	2
2 Individ- och familjeomsorg.....	3
2.1 Synpunktstyper.....	3
2.2 Positiv, negativ eller neutral synpunkt.....	4
2.3 Del av verksamheten	5
2.4 Synpunktslämnare	6
2.5 Åtgärder, svar och utredningar.....	7
3 Vård och omsorg.....	7
3.1 Synpunktstyper.....	8
3.2 Positiv, negativ eller neutral synpunkt.....	8
3.3 Del av verksamheten	9
3.4 Synpunktslämnare	12
3.5 Åtgärder, svar och utredningar.....	12
4 Stab/centrala funktioner eller politik.....	13
4.1 Åtgärder, svar och utredningar.....	13
5 Analys av synpunktsstatistik 2019	13

Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

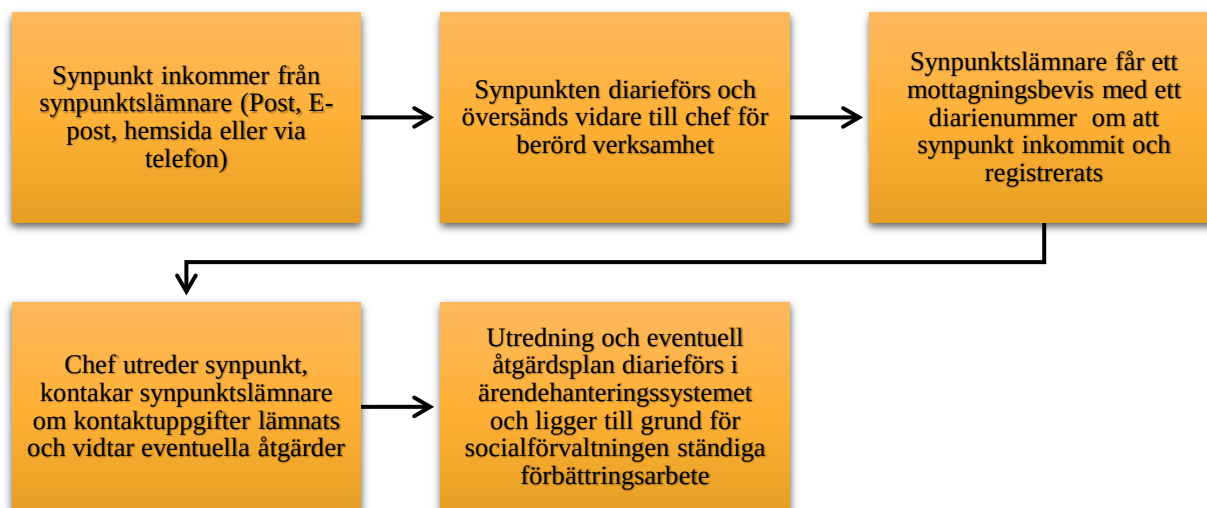
1 Inledning

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

Synpunkterna som lämnas till förvaltningen diarieförs i samlingsärenden för respektive verksamhet (VoO, IFO och Politik/Stab) och lämnas till ansvarig chef som handlägger synpunkten. Chefen upprättar handlingsplan med eventuella åtgärder och tar kontakt med synpunktslämnaren, under förutsättning att synpunktslämnaren vill bli kontaktad. Både utredning och eventuella åtgärder diarieförs under separata samlingsärenden som sammankopplas med synpunkt.

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

Process för synpunktshanteringen



1.1 Synpunktstyper

Synpunkterna kategoriseras efter:

- Organisation/System (förutsättningar för arbetet t.ex. organisation, IT, övrigt stöd)
- Bemötande (hur interaktionen upplevts för synpunktslämnaren)
- Genomförande (hur arbetsuppgift utförts jämfört med förväntning på utförande)

Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

- Kontakt (möjlighet att nå personal via telefon, e-post, brev, etc.)

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

1.2 Positiv, negativ eller neutral synpunkt

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

1.3 Del av verksamheten

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

För individ- och familjeomsorgen kategoriseras synpunkterna utifrån följande verksamheter:

- Barn- och ungdomssektionen
- Vuxen
- Boendestöd
- Övrigt

För vård och omsorg kategoriseras synpunkterna utifrån följande verksamheter:

- Hemtjänst
- Särskilt boende/ LSS gruppboende
- Myndighet
- Färdtjänst
- Måltidshantering
- Städ och tvätt Samhall
- Övrigt

För den administrativa staben kategoriseras synpunkterna utefter verksamheterna administration och IT. Därutöver tillkommer politiken som en egen kategori.

1.4 Synpunktslämnare

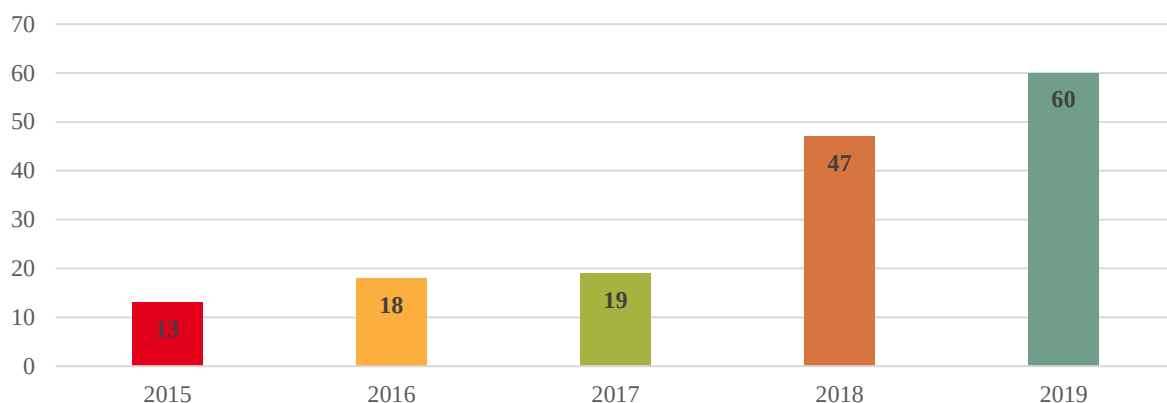
Vem som har lämnat synpunkten kategoriseras efter brukare, närstående (kan t.ex. vara familj, släkt eller vän), personal eller annan (kan t.ex. vara någon ur allmänheten, god man eller annan myndighet). Personal som lämnar synpunkter klassas efter om synpunkten lämnas å brukares vägnar eller om synpunkten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

Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

2 Individ- och familjeomsorg

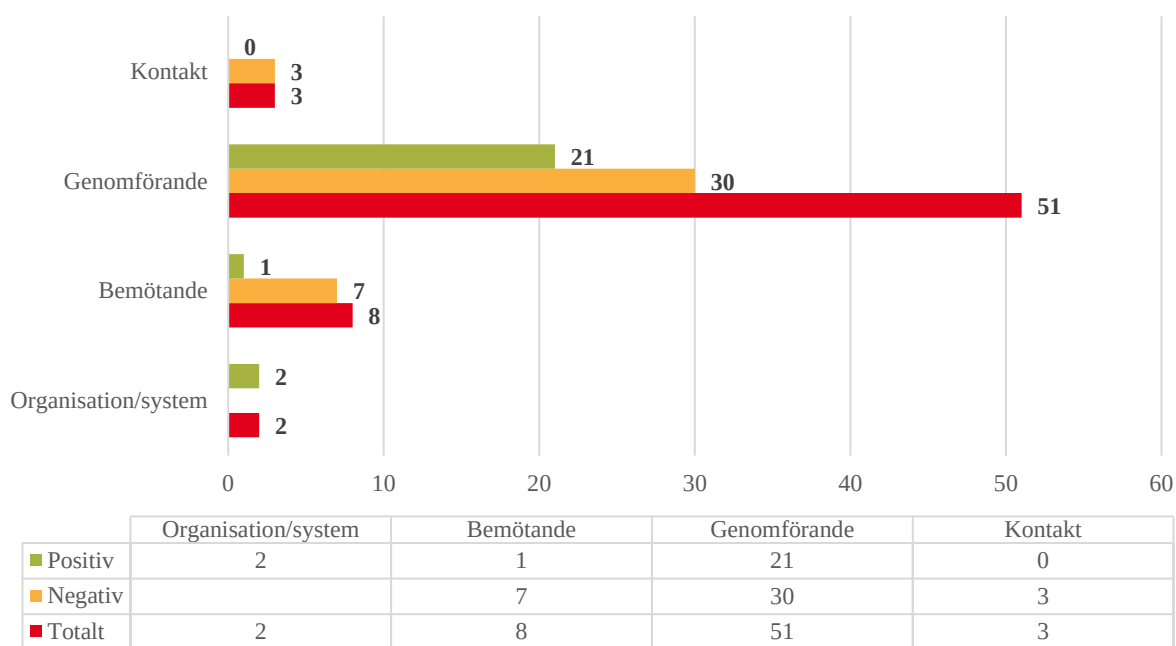
Under 2019 har det inkommit totalt 60 synpunkter om individ- och familjeomsorgen. Detta är en ökning jämfört med 2018, då det inkom totalt 47 stycken synpunkter. I samlingsärendet för synpunkter IFO fanns 59 diarieförda synpunktstyper, men vid en inventering tillkom ytterligare en som har diarieförts under fel samlingsärende.

Jämförelse med tidigare år av andelen inkomna synpunkter



2.1 Synpunktstyper

Den absoluta majoriteten av synpunkterna kategoriserades till synpunktstypen genomförande, både kopplat till negativ och positiv karaktär. I jämförelse med 2018 var det inga större skillnader kring hur fördelningen av synpunktstyper har sett ut procentuellt på totalen.



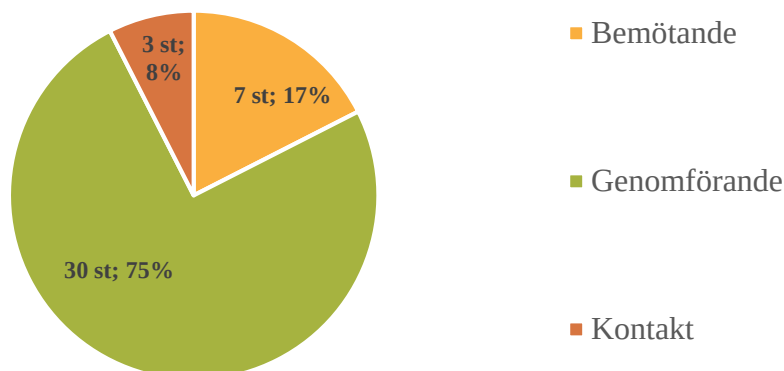
Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

En anledning till att synpunktstypen genomförande utgör den absoluta majoriteten av synpunkterna kan ha att göra med att okunskap vid själva kategoriseringen av synpunktstypen och diarieföringen av synpunkten. Vid inventeringen identifierades flera fall där synpunkter var diarieförda under fel synpunktstyp eller att synpunktstypen kunde kategoriseras på flera synpunktstyper utifrån innehållet.

De negativa synpunktstyperna är uteslutande kategoriserade under genomförande. Totalt har 30 stycken eller 75 % av synpunkterna kategoriserats under denna synpunktstyp. De vanligaste orsakerna som identifieras under denna synpunktstyp är att synpunktslämnare känner sig missnöjda med hur handläggningen har genomförts, att felaktiga uppgifter i dokumentation förekommit och en upplevelse av informationsbrist.

I kontrast till 2018 har andelen negativa synpunktstyper avseende bemötande ökat. Klienter upplever att de inte får hjälp av handläggare i ärendet, nonchaleras kring personliga förhållanden och att handläggare är otrevliga i sin ton vid samtal och möten. Tre synpunktslämnare upplever att de inte får sina beslut i tid och att handläggare inte kan nås.

Synpunktstyper fördelade utefter negativa synpunkter



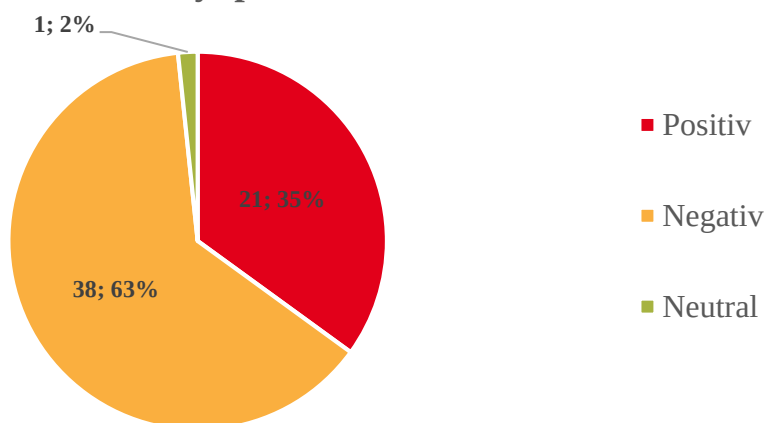
2.2 Positiv, negativ eller neutral synpunkt

Majoriteten av synpunkterna har sorterats som negativa och berör uteslutande Vuxensektionen och Barn- och ungdomssektionen.

Andelen positiva synpunkter har mer än fördubblats i jämförelse med 2018 rent antalsmässigt. Av de positiva synpunkterna är det totalt 16 stycken som berör verksamheten Boendestöd. Klienterna upplever att boendestöd bidrar med hjälp inom olika områden och att insatserna skapar en meningsfull fritid. Vidare berömmar klienterna kontaktpersoner, handläggare och boendestödjare som är hjälpsamma gentemot deras krav och frågor. De återstående fem återfinns hos Vuxensektionen och berör organisationen samt möjligheterna som finns med att få hjälp med missbruksproblematik, kontaktpersoner samt budget och skuldrådgivning.

Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

Positiv, negativ eller neutral synpunkt totalt IFO

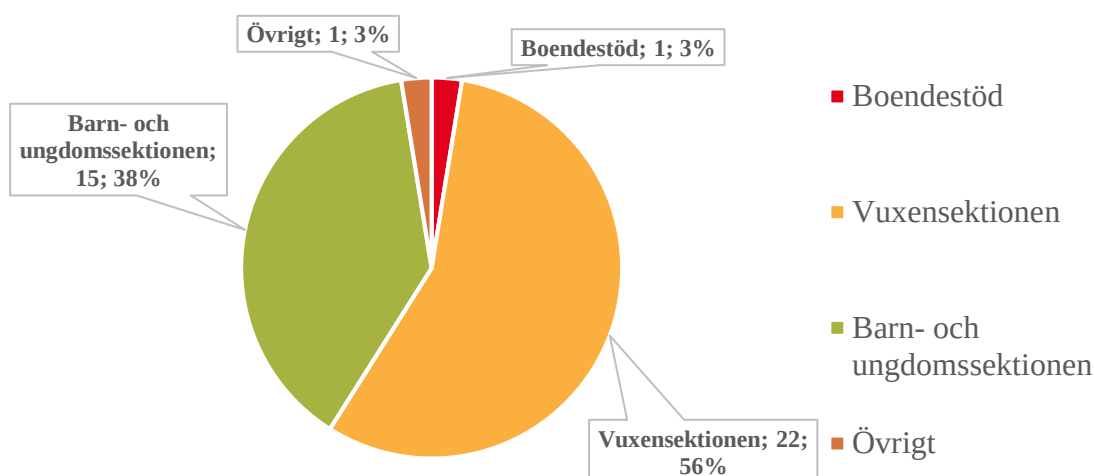


2.3 Del av verksamheten

Cirkeldiagrammet nedan redovisar de negativa synpunkterna fördelade per verksamhet. Stapeldiagrammet visar att Barn- och ungdomssektionen (BoU) under 2019 fått in 15 synpunkter, vilket motsvarar 38% av den totala andelen synpunkter. I jämförelse till föregående år är detta en minskning med 68 %, då verksamheten var den största mottagaren inom IFO.

Bland de inkommande negativa synpunkterna upplever klienter kommunikationsbrister med handläggare, dåligt bemötande, felaktig handläggning av deras ärenden och förslag till beslut som har motiverats på felaktiga grunder. Av den totala andelen negativa synpunkter för BoU har 8 av synpunkterna inkommit via Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) för utredning. Klienter upplever en misstro till att socialförvaltningen inte tar deras synpunkter på allvar och därför valt att skicka till IVO.

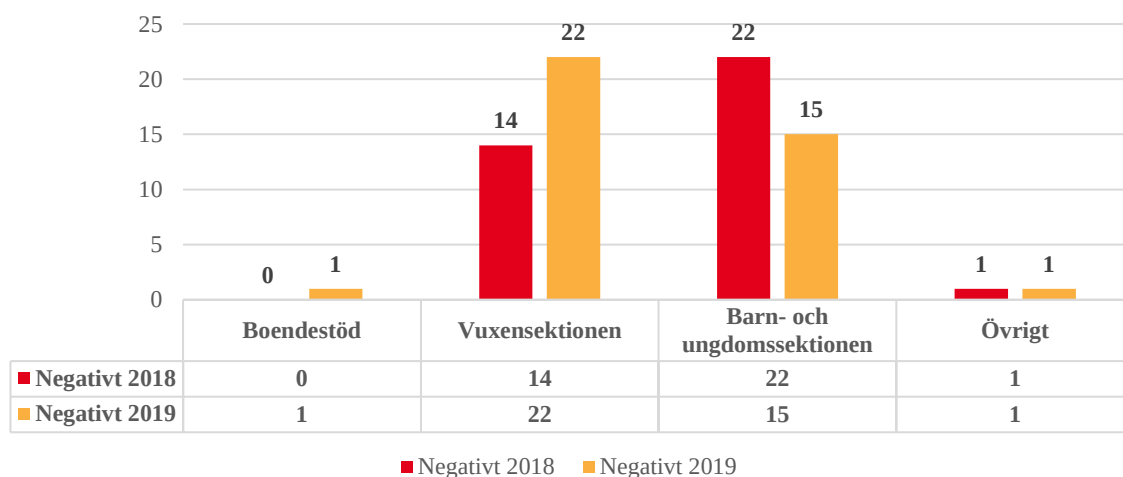
Andel negativa synpunkter per verksamhet



Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

Vuxensektionen har 2019 fått in 22 stycken synpunkter som är klassificerade som negativa, vilket utgör majoriteten av de inkommande negativa synpunkterna. I jämförelse till 2018 är detta en ökning med 63 %. Den återkommande anledningen i innehållet för de negativa synpunkterna är en missnöjdhet med handläggningen av synpunktlämnarens ärenden och långa utredningstider. Klienter upplever dessutom att det är svårt att få kontakt med handläggare. Vidare upplever vissa synpunktlämnare bristande bemötande och misstro från handläggarnas sida, att utbetalningar av ekonomiskt bistånd sker försent eller inte utbetalas överhuvudtaget. En synpunkt har inkommit via Ivo, där klienten är missnöjd med handläggning och avslag i ärende om ekonomiskt bistånd.

Negativa synpunkter i jämförelse till 2018



2.4 Synpunktslämnare

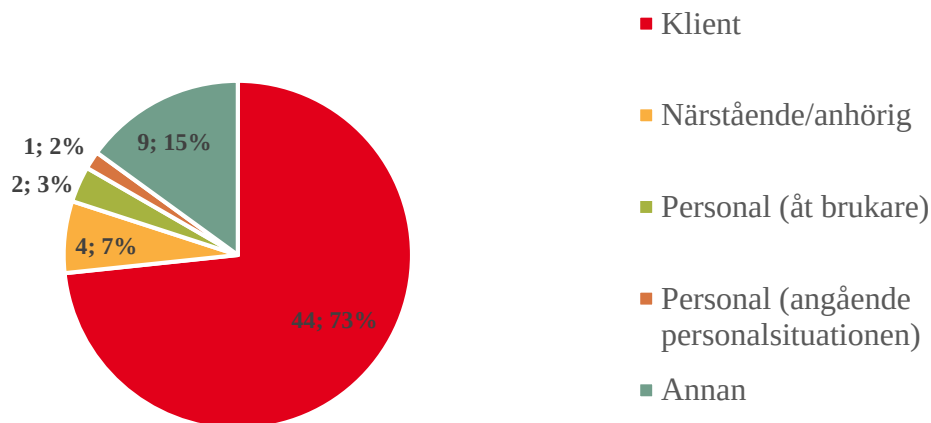
Klienterna själva utgör den största kategorin för inkommande synpunkter. Av totalt 60 synpunkter som inkommit är synpunktslämnaren klienten själv i 44 ärenden (73 %). Klienterna är mer negativt inställda för verksamheter rörande BoU och Vuxensektionen, medan klienter tenderar att vara mer positivt inställda till insatser som genomförs av verksamheten Boendestöd.

Under kategorin annan synpunktslämnare har det inkommit 9 synpunkter (15 %), vilket är den andra största gruppen synpunktslämnare. En neutral synpunkt återfinns under denna kategori från medborgare som anser att socialtjänsten ska bistå polisen med material/uppgifter som eventuellt finns i arkivet. Denna kategori av synpunktslämnare tenderar tillsammans med gruppen närstående/anhöriga 4 (7 %) att vara mer negativt inställda till insatser. Synpunktslämnare upplever brister och attacker på demokratin och att ärenden hanteras fel.

Synpunktslämnare under kategorin personal som lämnat synpunkt å brukares vägnar (2 st, 3%) har skrivit ner synpunkter som berör utredningstid och icke gynnande beslut. Den enda inkommande synpunkten som berör personalsituationen rör en tidigare anställd som upplever att sig ha blivit behandlat på ett otrevligt och hotfullt sätt av IFO-chef.

Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

Synpunktslämnare



2.5 Åtgärder, svar och utredningar

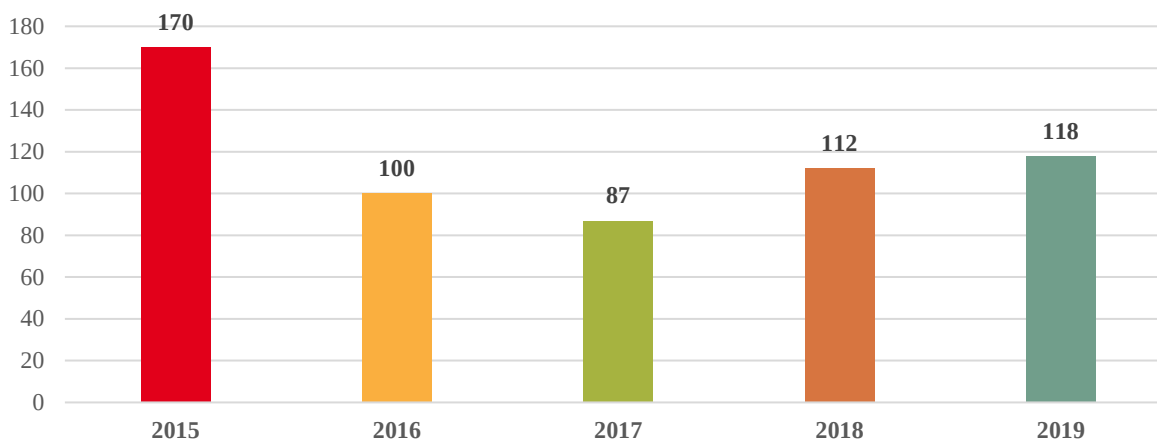
Av totalt 60 synpunktslämnare har 21 önskat att få återkoppling för deras synpunkter.

I samlingsärendet finns elva diarieförda svar, åtgärdsrapporter eller utredningar. Därutöver identifieras att kontakt upprättats via mail eller telefon i tre ärenden.

3 Vård och omsorg

Under 2019 har Vård och omsorg fått in 118 synpunkter. Detta är en knapp ökning i jämförelse till 2018.

Jämförelse med tidigare år



Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

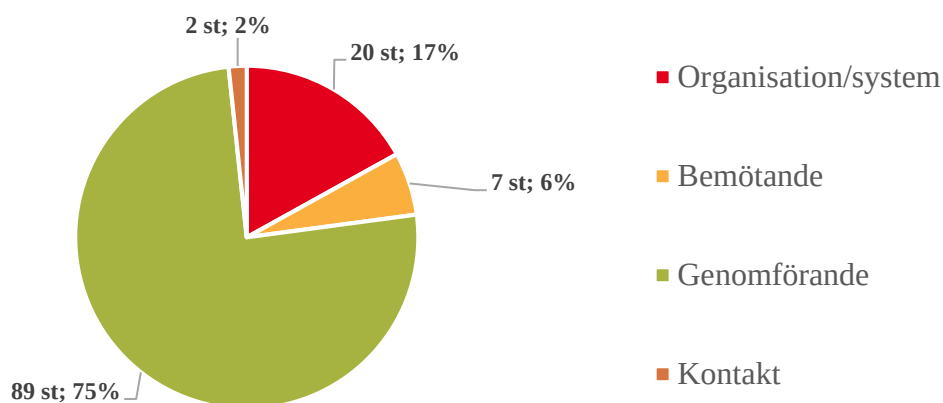
3.1 Synpunktstyper

Den vanligaste kategoriserade synpunktstypen är genomförande. Totalt inkom 89 stycken (75 %) synpunkter som diariefördes under denna kategori, vilket är en ökning med 10 % från föregående år. De mest återkommande orsakerna som identifierats under denna synpunktstyp är bristande rutiner, struktur och innehåll inom verksamheterna, uteblivna besök samt informationsbrist.

Under kategorin organisation/system diariefördes 20 stycken synpunkter (17 %), vilket är en minskning från föregående år. Uteslutande upplevs arbetsmiljösituationen, personalbristen, hanteringen av sekretess och matleveransen som negativa.

Slutligen återfinns sju (6 %) registrerade synpunkter under bemötande och två (2 %) under kontakt.

Synpunktstyper



3.2 Positiv, negativ eller neutral synpunkt

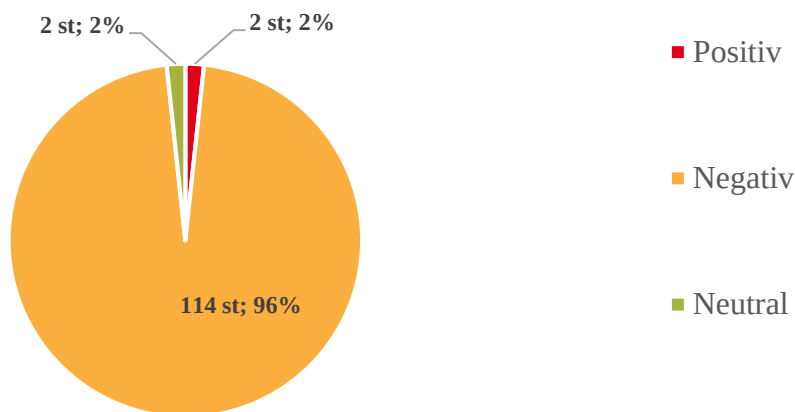
Av totalt 118 synpunkter är 114 negativa. Generellt är trenden samma som föregående år. Fördelningen av negativa synpunkter redovisas i kommande underrubrik.

De neutrala synpunkterna är två till antalet och berör förslag till förbättring av organisationen. Det ena förslaget från kund handlar om att kommunen bör dela ut halkskydd till alla kommuninvånare i Östhammars kommun. Den andra neutrala synpunkten rör en fråga gällande priset för städning.

De positiva synpunkterna rör en brukare som berömmar syn- och hörselinstruktör efter oanmält besök med att boka tid hos audionomen. Den andra synpunkten handlar om en brukare som är mycket nöjd med information och kontakter som förmedlas av Östhammar Direkt gällande hemtjänsten.

Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

Positiv, negativ eller neutral synpunkt



3.3 Del av verksamheten

Majoriteten av de negativa synpunkterna återfinns inom verksamheterna hemtjänst och särskilt boende/LSS gruppboende. Dessa behandlas under respektive rubrik/stapeldiagram.

Gällande måltidshantering har totalt 11 stycken (9,5 %) synpunkter inkommit och de berör hanteringen av matleveranser, matkvaliteten och dåliga kylmöjligheter.

Lika många negativa synpunkter från synpunktslämnare har inkommit gällande socialförvaltningens färdtjänsthantering. Två synpunktslämnare upplever otrevlig attityd och bemötande från färdtjänstleverantören. Därutöver är andra synpunktslämnare missnöjda med nya färdtjänstbeslut, avslag, samt missade, försenade och felaktiga beställningar av färdtjänsttaxi.

Verksamhetsområdet Myndighet VoO har fått in nio negativa synpunkter (8 %), vilket är en liten ökning från föregående år. Därutöver upplever brukare att det är svårt att få kontakt med handläggare och att utredningstiden är för lång.

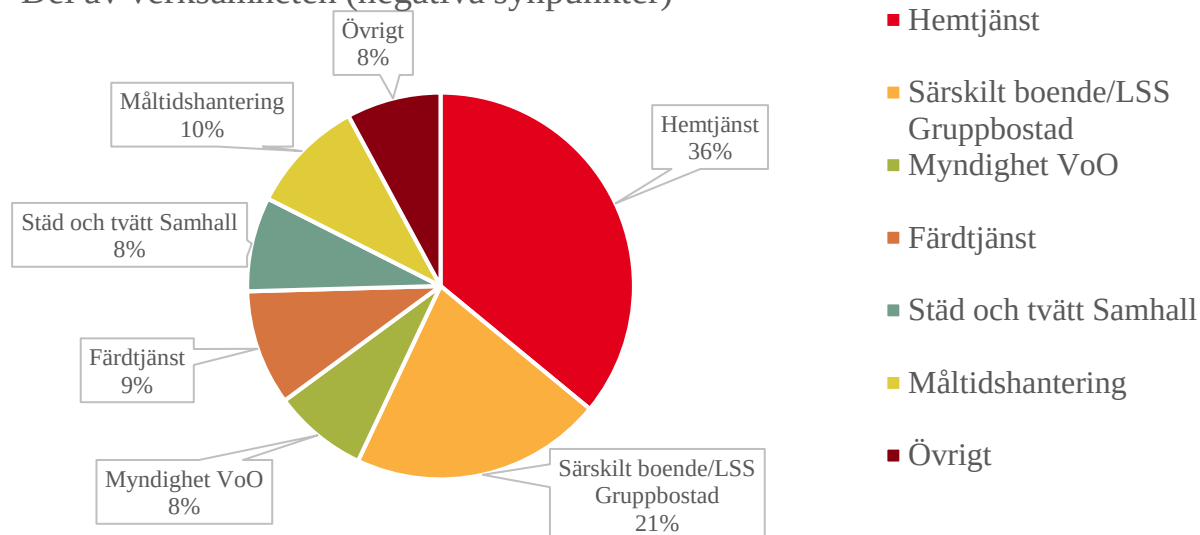
Lika många negativa synpunkter har inkommit för verksamhet som utförs av Samhall. Brukare och personal klagar på utförd städ tvätt. I en av synpunkterna upplever närstående till brukare att personal från Samhall uppträtt hotfullt när denne meddelat att de vill avsluta sin städtjänst via leverantören.

Inom kategorin övrigt återfinns lika många negativa synpunkter som i föregående kategorier. Brukare upplever att fakturor skickas ut med för kort marginal i tre av synpunkterna och att man får för lite tid på sig för att betala fakturorna. I två av synpunkterna upplever medborgare att tjänstebilar kör i för hög fart och att de felparkeras utanför äldreboendena. I en synpunkt framförs att brukare är missnöjd med städ från Aktivt Stöd. Resterande synpunkter handlar om stängda toaletter, förebyggande insatser samt lokalbrister.

Hemtjänsten har fått in totalt 41 negativa synpunkter (41 %), vilket är en ökning med 13 % från föregående år. Detta verksamhetsområde har fått den största andelen negativa synpunkter. I många av fallen är innehållet i synpunkterna av ytterst allvarlig karaktär.

Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

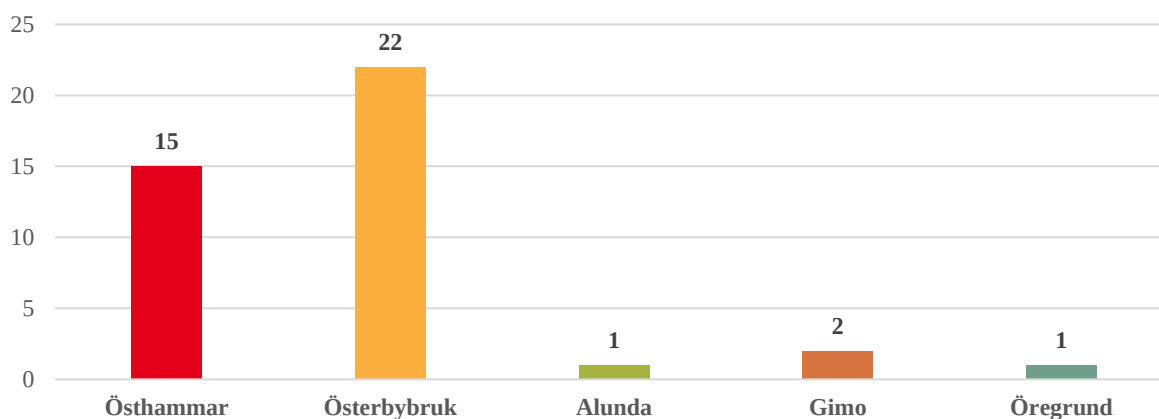
Del av verksamheten (negativa synpunkter)



Österbybruk har fått 22 stycken synpunkter och är den enhet som har fått in flest negativa synpunkter inom hemtjänsten. Återkommande synpunkter handlar om uteblivna introduktioner om när brukarna ska få hemtjänst, uteblivna nattbesök och ledsagning, dålig planering, samt hög personalomsättning, I flera fall uppger synpunktslämnare att hemtjänsten missat att ge medicin som ska ges på exakt klockslag. Andra synpunktslämnare upplever dåligt bemötande, missade matleveranser av hemtjänstpersonal och otrygghet.

Östhammar har fått 15 negativa synpunkter. Flera synpunktslämnare uppger att hemtjänsten inte upprättar kontakt när brukare blir inlagda på sjukhus. Synpunkter har inkommit gällande hög personalomsättning och otrygghet, där en synpunktslämnare beskriver att 23 olika personer har besökt de under de senaste 17 dagarna. Andra synpunktslämnare uppger att hemtjänstbilar parkeras på olämpliga platser, brist på information och rutiner, svårigheter att beställa inkontinenshjälpmedel och felaktig medicinutdelning. En av synpunkterna har översänts från IVO, där synpunktslämnare uppger att en brukare har vanvårdats av hemtjänsten.

Andel negativa synpunkter per hemtjänstområde

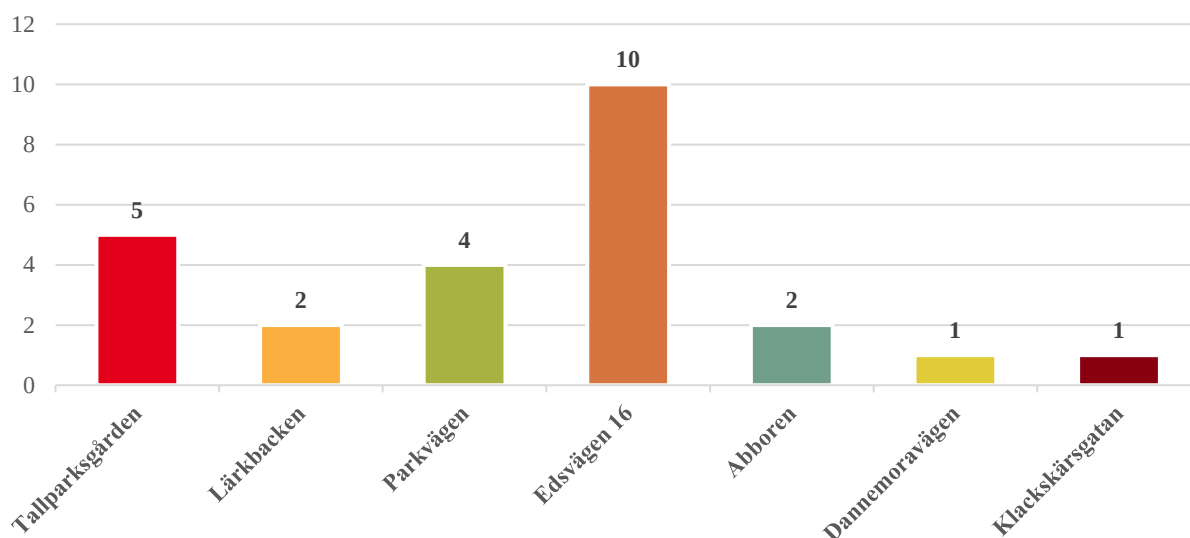


Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

I jämförelse med föregående år har den största minskningen av negativa synpunkter skett inom området Särskilt boende/LSS gruppbostad. Totalt inkom det 24 synpunkter (21 %) under 2019. Föregående år var den siffran 51 stycken synpunkter (48 %) och verksamhetsområdet hade då den största andelen inkommande negativa synpunkter. En av de diarieförda synpunkterna rörde två olika gruppbostäder och har därför i statistiken matats in på respektive gruppbostad.

Edsvägen 16 är precis som föregående år det boende med den största andelen inkommande synpunkter. Jämfört med förra året har det dock skett en minskning från 19 stycken föregående år till 10 stycken för 2019. Vidare har det skett en minskning av synpunkter som inkommit från personal gällande personalsituationen, men andra synpunktslämnare upplever fortfarande personalsituationen som kaotisk. Majoriteten av de missnöjda synpunktslämnarna upplever en otrygghet och att vården inte är tillräcklig, att behoven åsidosätts samt att personal inte kommer när brukare larmar.

Andel negativa synpunkter särskilt boende/LSS gruppbostad



Två av synpunktslämnarna från Parkvägen framför att värdesaker har försvunnit, bland annat ett guldhalsband och pengar. En av synpunkterna har inkommit från IVO. Synpunktslämnare klagar vidare på för lång nattfasta, dålig medicinhantering och långa väntetider när brukare larmar.

Tallparksgården fick in totalt fem synpunkter. Synpunkterna bör snarare klassificeras som önskemål, där två brukare önskar ett större utbud av böcker, asfaltering av grusväg och titthål i dörrarna.

Synpunktslämnare som rör negativa synpunkter från gruppbostäderna framförde klagomål om underbemanning, påstådda rykten om flytt av gruppbostäder, utebliven information och att ledsagartimmar inte har utförts.

Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

3.4 Synpunktslämnare

Närstående/anhöriga som lämnat in synpunkter är den största gruppen av synpunktslämnare och totalt inkom 47 synpunkter (40 %). Synpunkternas innehåll skiljer sig åt men vanligaste orsakerna är att genomförande av insats inte uppfattas ha gått rätt till.

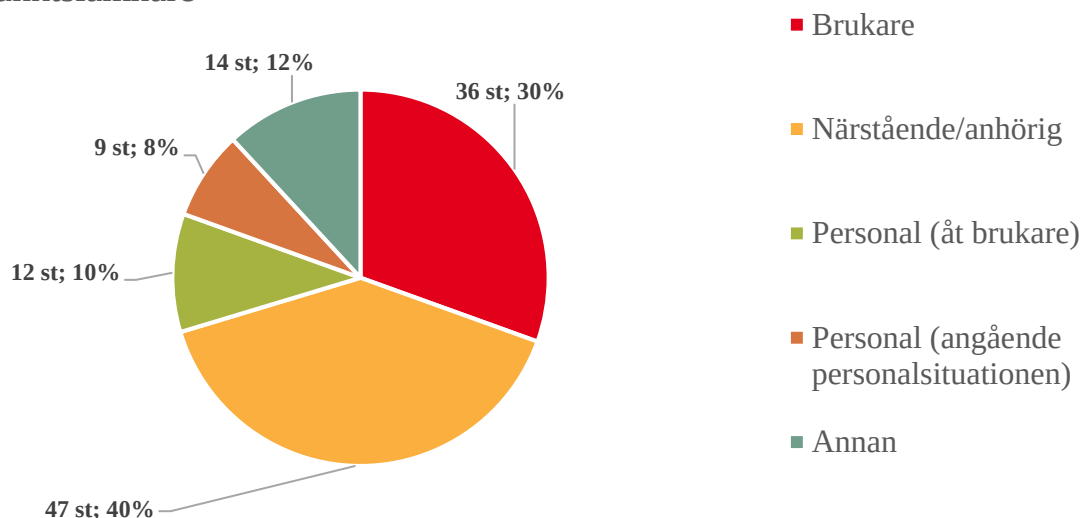
Brukarna själva är den nästa största gruppen av synpunktslämnare med 36 synpunkter (30 %). Oftast är brukarnas synpunkter kopplade till genomförande, bemötande och kontakt.

Totalt 12 synpunkter har (10 %) kommit in från personal som lämnat synpunkt åt brukare och gällde långa handläggningstider och begränsningar av insatser på grund av personalbrist samt brister kring beställning av färdtjänst.

Personal har lämnat in nio synpunkter (6 %) gällande personalsituationen. Dessa synpunkter kommer från personal på särskilt boende på Edsvägen och gruppbostad Abborren och handlar om organisation/system.

Totalt 14 synpunkter (12 %) inkom från andra synpunktslämnare benämnda som annan. Fyra av synpunkterna är antingen positiva eller neutrala medan resterande är negativa.

Synpunktslämnare



3.5 Åtgärder, svar och utredningar

52 av totalt 118 synpunktslämnare önskade återkoppling av deras synpunkter. Resterande synpunktslämnare har inte uppgett att de vill bli kontaktade eller lämnat några kontaktuppgifter i formuläret.

I samlingsärendet finns sju diarieförda svar, åtgärdsrapporter eller utredningar. Därutöver identifieras att kontakt upprättats via telefon i fyra andra ärenden.

Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

4 Stab/centrala funktioner eller politik

Totalt diariefördes sex synpunkter under denna akt i arkivet. Alla synpunkterna är negativa och de berör olika verksamheter. Dessa tre synpunkter rör:

- Närstående/anhörig som lämnat synpunkt gällande faktura gällande korttidsvård som skickats för sent.
- Tre stycken synpunkter från annan synpunktslämnare om uttalande av ledamot samt skrivelse från tjänstemän på barn- och ungdomssektionen.
- Personal som lämnat synpunkt om IT-systemet Combine. Påtalar otydligheter till vem man ska vända sig när problem med systemet uppstår vid helg, kväll och natt, vilket äventyrar patientsäkerheten.
- Brukare uppger att förra månadens ansökan om ekonomiskt bistånd, samt kvitton har tappats bort i receptionen. Fick inte den ersättning som synpunktslämnaren var berättigad till.

4.1 Åtgärder, svar och utredningar

Fem av totalt sex synpunktslämnare önskade återkoppling för deras synpunkter.

I samlingsärendet finns två diarieförda svar, åtgärdsrapporter eller utredningar. Därutöver identifieras att kontakt upprättats via mail eller svar till skrivelser i två ärenden.

5 Analys och slutsatser av synpunktsstatistik för 2019

I flertalet av synpunkternas innehåll framkommer allvarliga brister som bedöms vara av så allvarlig karaktär att de bör klassificeras som vårdavvikelse eller lex Sarah-rapporter. Majoriteten återfinns bland synpunkterna som inkommit inom vård och omsorgs verksamheter, men detta är en utmaning som återfinns inom alla tre av socialförvaltningens samlingsärenden för synpunkter. Synpunkter ska behandla klagomål, förbättringsförslag samt negativa eller positiva åsikter om socialförvaltningens verksamheter. Det krävs därför en tydlighet i bedömningen av vad som ska definieras som en synpunkt och vad som ska bedömas som en avvikelse eller lex Sarah-rapport. Nuvarande rutiner och processkarta för synpunktshantering behöver förtydligas. Klara instruktioner ska finnas tillgängliga för den som gör bedömningen om innehållet av en inkommande synpunkt ska diarieföras som en synpunkt, avvikelse eller lex Sarah-rapport.

Ett stort problem som är förvaltningsövergripande och reflekteras i resultaten är andelen rapporterade och diarieförda åtgärder, svar och utredningar. Informationskedjan brister, vilket resulterat till en bristfällig och diffus återkopplingsrutin. Verksamheterna måste medvetandegöras om vikten av att dokumentera svar, åtgärdsrapporter och utredningar för de olika synpunkterna. En möjlig lösning för detta är att antingen skapa en ny tilläggsmodul inom ett existerande system som används av socialförvaltningen eller att utöka användandet av existerande ärendehanteringssystem för synpunkter bland chefer som ska utreda och följa upp synpunkter. Detta skulle möjliggöra att ärenden inte glöms bort samt att man får en tydlig

Socialförvaltningen
Fitim Kunushevci

processhantering och ansvarsfördelning från när en synpunkt inkommer och rapporteras till när den följs upp och avslutas.

När en synpunkt diarieförs identifieras ett behov av en tydligare och precisare kategorisering utefter innehållet i synpunkterna. Det är av stor betydelse för statistikens validitet att en synpunkt diarieförs rätt. Därför behöver de som har denna uppgift informeras att det finns existerande rutiner för vad man ska leta efter i innehållet när en synpunkt diarieförs. Fel klassificering, olikartad metodik och utelämnandet av uppgifter i diarieföringen skapar ett stort merarbete vid synpunktssammanställningen i existerande ärendehanteringssystem.

Ett behov identifieras av att skapa en egen modul för synpunkter för personal som lämnar synpunkter om personalsituationen. För tillfället diarieförs dessa synpunkter i samma samlingsärenden som synpunkter från medborgare. En distinktion bör göras här och en uppdelning av synpunkter från personal skulle underlätta kvalitets och förbättringsarbetet. Ett alternativ är att synpunkter för personal flyttas över till HR eller att det upprättas en ny processkarta för inkommande synpunkter från personal samt att ett samlingsärende i ärendehanteringssystemet för synpunkter som inkommer från personal diarieförs

Patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden, 2019

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledning.....	3
3	Struktur.....	4
3.1	Övergripande mål och strategier	4
3.2	Organisation och ansvar	4
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.....	6
4	Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
4.1	Risikanalys	9
4.2	Utredning av händelser - vårdskador	9
4.3	Informationssäkerhet	10
5	Resultat och analys	10
5.1	Egenkontroll.....	11
5.2	Avvikelser	21
5.3	Klagomål och synpunkter	23
5.4	Händelser och vårdskador	23
5.5	Risikanalys	24
6	Mål och strategier för kommande år	24

1 Sammanfattning

Uppföljning har under året skett genom granskning av journaldokumentation på superanvändarträffar. Granskning av läkemedelsförråd och läkemedelshantering har gjorts av extern farmaceut. Nytt från och med 2019 är att delegerad personal både på särskilt boende och ordinärt boende fick svara på ett antal frågor i en enkät som sedan sammanställdes och genomgång av svaren var en del av granskningen. Riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen har genomförts i nationella kvalitetsregistret, Senior alert. Regionens samordnare för inkontinensfrågor utbildade kommunens sjuksköterskor i inkontinenshjälpmedel och katetervård under mars månad.

BPSD-registreringar har genomförts kontinuerligt under året, vilket leder till tvärprofessionella vårdåtgärder för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Utbildningar från Vårdhygien har genomförts under året. 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.

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

Under hösten 2019 startade ett samverkansprojekt för övergång från kommunikationsverktyg Prator till Cosmic Link som planeras införas under 4:e kvartalet 2020. Kommunernas MAS/MAR tillsammans med närvårdsstrateg fick i uppdrag att ta fram och analysera återinskrivningar till slutenvård inom 30 dagar utifrån fasta frågeställningar i samverkan med den vårdcentral där patienten var listad.

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 har Combine kompletterats med ett nytt avvikelssystem DF-respons och ett digitalt signeringssystem i Appva MCSS.

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. Riktlinjen är nu konverterad till en rutin.
- 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 inte kunnat signera läkemedel direkt i telefonen. Under sista kvartalet 2019 infördes digital signering i MCSS Appva.
- 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 har tillsammans med verksamhetscheferna ansvar för att följa upp och analysera verksamheten inom patientsäkerhetsområdet.

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

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

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

3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Den övergripande samverkansorganisationen i Uppsala län, tjänstemannaberedningen inom hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO), där bland annat kommunernas socialchefer 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 återspeglas 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 2020 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, oavsett om personen bor på särskilt boende eller ordinärt boende.

Analyser av återinskrivningar till slutenvård inom 30 dagar har genomförts av MAS/MAR tillsammans med närvårdsstrateg. Detta har gjorts genom fasta frågeställningar och i samverkan med aktuell vårdcentral.

3.4 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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

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

3.6 Klagomål och synpunkter

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

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

3.7 Egenkontroll

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

Mätning BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

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

Livskvalitet vid demens (Qualid)

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

Senior alert

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

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

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

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

Registrering palliativ vård

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

Redovisning egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång/kvartal	Infektionsregistrering Region Uppsala.
Hygienronder	Var 4:e år	Protokoll från Vårdhygien
Patientsäkerhetsgrupp region & kommuner	Kontinuerligt	Vårdkedjeavvikelser
Avvikelser	4 ggr/år	DF respons
Trycksår	1 ggr/år	Combine
Patientens klagomål och synpunkter	2 ggr/år	Kommunens synpunktshantering, Combin, 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	Löpanade under åter	Senior Alert
Palliativa registreringar	Löpande under året	Palliativa registret

4 Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

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

Granskning av läkemedelshantering och lokala rutiner inom hemsjukvården har utförts med hjälp av extern farmaceut. Delegerad omvårdnadspersonal deltog och fick inför granskningen svara på ett antal frågor i en enkät. Svaren sammanställdes inför granskningstillfället och tillsammans analyserades inkomna svar. Skriftlig återrapportering med synpunkter och förbättringsförslag från farmaceut till enhetschefer, läkemedelsförrådsansvariga sjuksköterskor och MAS har skett. Farmaceutens rapporter delges även verksamhetschefer. Läkemedelsrutinen och blanketter ska revideras för att säkerställa läkemedelshanteringen. För att minska risken med förväxling av läkemedel till patienter, ska läkemedel förvaras i hemmet. I de ärenden där det inte är möjligt att patient eller närstående kan införskaffa eget låsbart medicinskåp har möjligheten funnits att låna ett portabelt låsbart medicinskåp från varje hemtjänstområde. Under året har digital signering i Appva MCSS (Medication Care Support System) införts för att stärka patientsäkerheten.

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. Arbetet med att säkerställa de hygienrutiner som behövs för en patientsäker vårdmiljö har fortsatt 2019 med inköp av spol- och diskdesinfektorer, leverans fram till kvartal 2, 2020.

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

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 självskattning 4 gånger per år finns vid varje enhet. Utfall av självskattning 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 vart fjärde år och har genomförts under 2019.

Läkemedel

Kontrollräkning av narkotika ska utföras regelbundet och svinn ska rapporteras till MAS. Vid kontrollräkning av narkotika har en stöld ur läkemedelsskåp på särskilt boende påvisats. Det finns ingen misstanke om att enskilda patienter blivit utan läkemedel. Stölden har polisanmälts, utredning och åtgärder vidtagits för att minska risk för att liknande händelse ska inträffa igen.

4.1 Riskanalys

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

Risker registreras i DF- respons.

4.2 Utredning av händelser - vårdskador

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

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

Alla avvikelser rapporterades i DF respons från 2019, en ny modul som är mer användarvänlig för personal. Avvikelsesystemet omfattar både avvikelser och risker oavsett lagrum.

4.3 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Journalföring

En grupp av superanvändare och objektspecialister inom hemsjukvården har träffats under året. 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 loggranskning har genomförts. Ett utbildningstillfälle i dokumentation för legitimerad personal har erbjudits.

Ett fortsatt omfattande arbete pågår för att få alla delar att fungera i journalsystemet Combine. Under hösten har man kunnat få behörighet mellan SOL och HSL att fungera i vissa delar, arbetet fortsätter kommande år. Under året har digital signering i Appva genomförts framgångsrikt.

5 Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Hjälpmedel

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.

Statistik från Kolada visar att i Östhammars kommun under år 2018 var det 44 fallolyckor som ledde till slutenvård, jämfört med 40 st 2017. Vi i Östhammar har dock fortfarande lägst antal fall i länet som leder till slutenvård. Detta trots att Östhammars kommun har en hög andel äldre invånare jämfört med riket och äldre är de som drabbas värst av fallolyckor. En analys av detta kan vara att i Östhammars kommun har vi en modell som är förmånlig där patienten lånar hjälpmedel till låg kostnad.

Återinskrivningar slutenvård

Resultat av återinskrivningar inom 30 dagar visar att i Östhammars kommun återinskrevs 24 personer under februari mars varv 17 personer till närvårdsenheten. Det betyder att 7 personer återinskrevs till slutenvård. I augusti och september återinskrevs 14 personer, varav 9 till närvårdsenheten vilket betyder att 5 personer återinskrevs till slutenvården.

Totalt återinskrevs 38 personer inom 30 dagar undersökningstiden, varav 26 personer till närvårdsenhet.

I länet återinskrevs totalt under perioden februari-mars 70 personer men för perioden augusti-september är resultatet för hela länet inte fullständigt och något säkert resultat kan därför inte redovisas

5.1 Egenkontroll

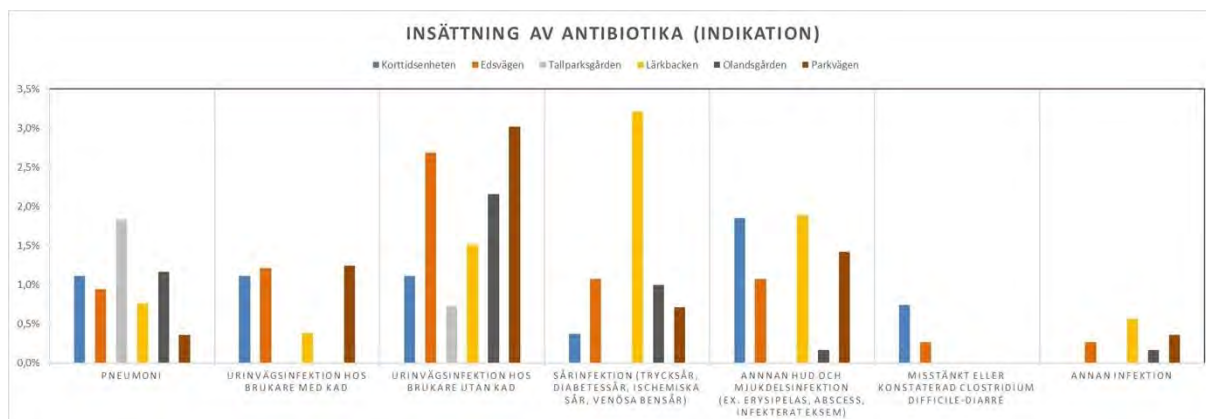
Vårdrelaterade infektioner

Registreringar av infektioner på särskilda boenden och korttidsenheten

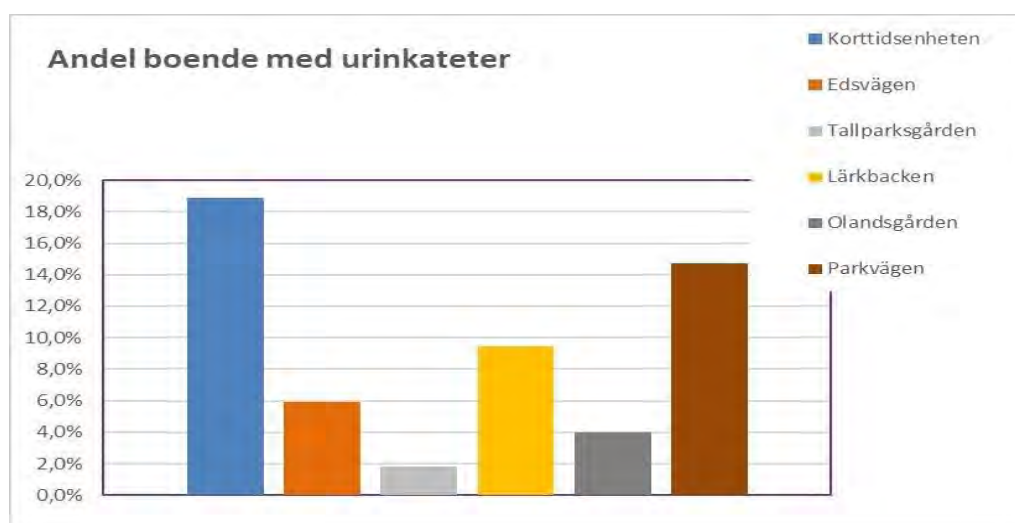
Infektionsregistreringen har gjorts på SÄBO och korttidsenheten. Registreringen har gjorts av ansvarig sjuksköterska. Från korttidsenheten och varje SÄBO har registreringarna sammanfattats av MAS kommunvis den 15:e månaden efter varje kvartal. Vårdhygien har sammanställt resultatet i form av en helårsrapport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

Lite korta fakta utifrån data:

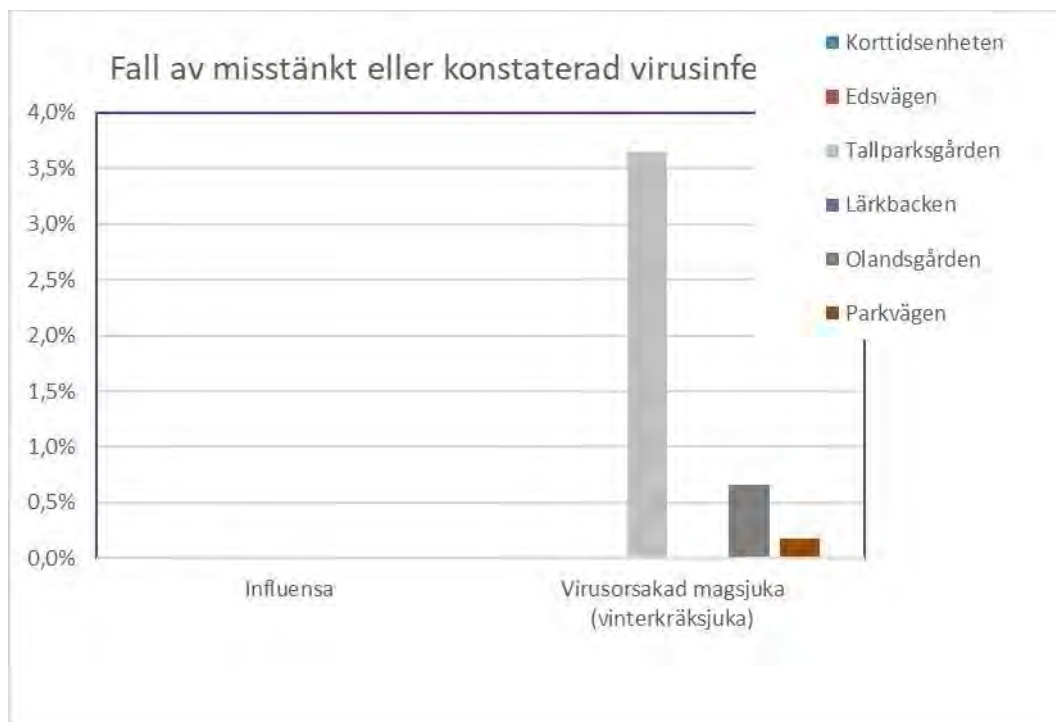
- Underlaget: 2981 registreringar
- Samtliga SÄBO och korttidsenheten representerade med statistik från alla kvartal.
- Parkvägen och Edsvägen avviker då procentuellt fler får antibiotika här för urinvägsinfektion för de utan kvarliggande kateter i urinblåsan.
- Lärkbacken avviker procentuellt med att fler får antibiotika för sårinfektioner.



Andel boende med urinkateter har på korttidsenheten ökat från 2018 då 11 % hade urinkateter mot årets 19%.



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 Smittskyddsläkaren. Syftet är att en i förväg upprättad strategi ska göra verksamheten bättre förberedd att hantera en uppsegrande risk för smittspridning.



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



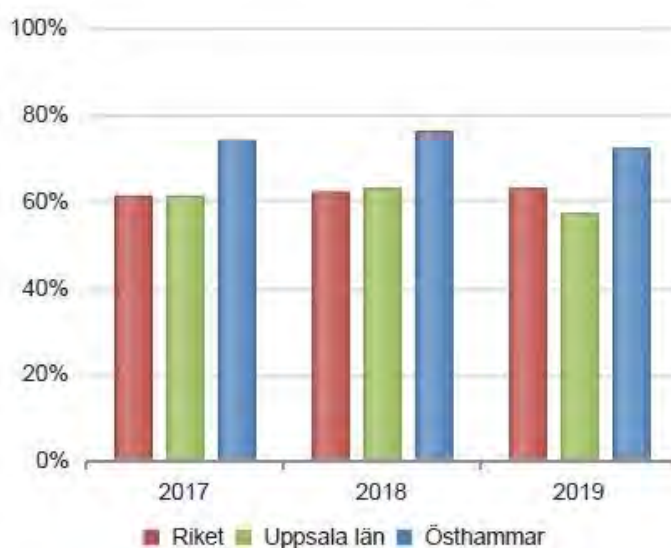
5.1.1 Resultat BPSD

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

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, 2018 utfördes 170 registreringar och 2019 utfördes 177 registreringar. 2018 infördes grundutbildning i BPSD för samtliga professioner och även demenssjuksköterskor från vårdcentralerna erbjuds att delta. ca 230 personal deltog. Utbildningen har sammanställts av en specialistsjuksköterska som är certifierad utbildare i BPSD registret och en silviasyster som också är kursledare, båda från vår egen verksamhet.

Andelen personer med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande demensläkemedel

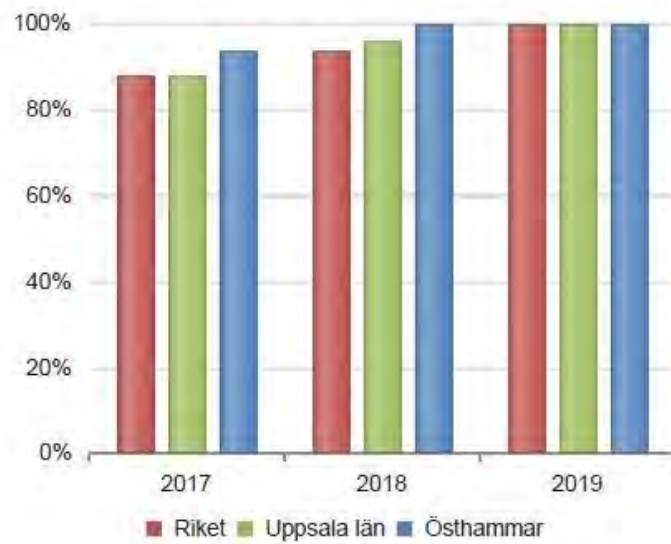
Andel i procent av de personer i registret med Alzheimers sjukdom som har kolinesterashämmare och/eller memantin.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2017	61% (4551 av 7408)	61% (145 av 239)	74% (37 av 50)
2018	62% (4922 av 7913)	63% (150 av 237)	76% (37 av 49)
2019	63% (5490 av 8655)	57% (165 av 289)	72% (42 av 58)

Andelen personer som har bemötandeplan

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



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2017	88% (19373 av 21888)	88% (498 av 561)	94% (130 av 137)
2018	94% (21017 av 22321)	96% (469 av 487)	100% (108 av 108)
2019	100% (23728 av 23728)	100% (623 av 623)	100% (131 av 131)

Andelen personer som har olämpliga läkemedel

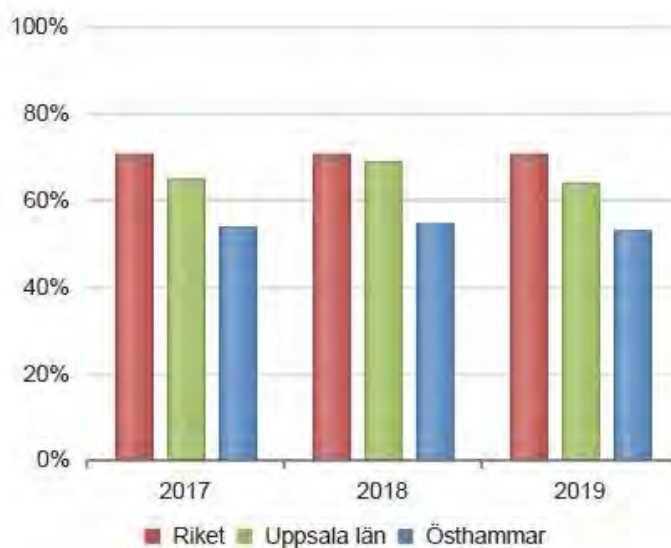
Andel i procent av de personer i registret som har neuroleptika och/eller lugnande läkemedel.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2017	42% (9147 av 21888)	41% (228 av 561)	34% (46 av 137)
2018	40% (8999 av 22321)	36% (174 av 487)	31% (33 av 108)
2019	38% (9123 av 23728)	40% (248 av 623)	34% (45 av 131)

Andelen personer som verkar smärtfria

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



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2017	71% (15731 av 21888)	65% (368 av 561)	54% (75 av 137)
2018	71% (16003 av 22321)	69% (338 av 487)	55% (60 av 108)
2019	71% (17019 av 23728)	64% (401 av 623)	53% (70 av 131)

Andelen personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd

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



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2017	86% (19020 av 21888)	85% (482 av 561)	73% (101 av 137)
2018	88% (19709 av 22321)	86% (422 av 487)	74% (80 av 108)
2019	89% (21265 av 23728)	89% (558 av 623)	87% (114 av 131)

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	44	20,4	14,2	29,2
Tallparksgården	15	18,9	13	27,6
Parkvägen 9-11	28	20,2	14,2	34,2
Olandsgården	25	23	13	36
Lärkbacken	19	18,5	12	33
Totalt	131	20,4	13,3	32
11 poäng=Högsta grad av livskvalitet				
55 poäng= Lägsta grad av livskvalitet				

Tabell. Resultat Qualid-mätning särskilt boende 2019.

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. Nytt för i år är jämförelse med Riket för att se hur vi i Östhammar ligger till med riskbedömningar med risk, bakomliggande orsaker, åtgärdsplan och utförda åtgärder vid risk procentuellt.

	<u>Östhammar</u> <u>2017</u>	<u>Östhammar</u> <u>2018</u>	<u>Östhammar</u> <u>2019</u>	<u>Riket</u> <u>2019</u>
Unika personer	250	246	213	112 241
Riskbedömningar med risk	95%	98%	96%	86%
Bakomliggande orsaker vid risk	79%	92%	86%	72%
Åtgärdsplan vid risk	96%	95%	94%	92%
Utförda åtgärder vid risk	73%	85%	88%	74%
Trycksår	52	64	52	22 583
BMI < 22	94	82	86	36 960
Fall	18	8	6	44 519
Munhälsa grad 2	44	72	77	33 477

Tabell Resultat Senior Alert jämförelse år 2017, 2018 och 2019.

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.

Under 2019 hade vi 61 st väntade dödsfall.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	72,1
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,1
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	95,1
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	52,5
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	75,4
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	72,1
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	88,5

Tabell Resultat palliativa registret år 2019.

5.2 Avvikelser

Resultat (struktur, process, resultat och uppfyllelse)

Sammanställning av avvikelser oavsett lagrum, har gjorts för år 2017, 2018 och 2019. I april 2019 införde kommunen ett nytt system (DF Respons) för att hantera avvikelser. Det har fungerat bra och personalen kan nu på ett enkelt sätt göra rapporteringen digitalt.

Typ av avvikelser

Under året har 1 620 avvikelser rapporterats in. En avvikelse kan kategoriseras under flera typer därför är totalen högre än det faktiska antalet rapporter. Det vi ser är att genomgång med användare av systemet behöver göras kontinuerligt för att få typ av avvikelse i rätt kategori.

Typ av avvikelse	2019	2018	2017
Fall	826	628	1132
Läkemedelshändelse	458	351	431
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	59	10	24
Händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö	42	7	2
Bristande omsorg/ej utförd insats	131	167	346
<i>Brist i/utebliven tillsyn</i>	98		
<i>Brist i/utebliven personlig hygien</i>	12		
<i>Brist i/uteblivna servicejänster</i>	15		
<i>Brist i/utebliven fritid/motion</i>	5		
<i>Brist i/uteblivna sociala aktiviteter</i>	1		
Brist i information, kommunikation, samverkan	63	17	9
Brist i/utebliven dokumentation	23	3	14
Brist i trygghet	16		
Brist i handläggning	15		
Hot och våld	10		
Brist i mathållning	8	0	0
Tryckskada/trycksår	5	0	5
Övergrepp/oegentlighet	5	0	5
Ovärdigt bemötande	4		
Bruten sekretess	2		
Övrigt	101	0	12
Själv mord	0	0	0
Totalt	1768	1183	1980

Tabell. Fördelning inrapporterade avvikelser 2017, 2018 och 2019.

Vårdkedjeavvikelser

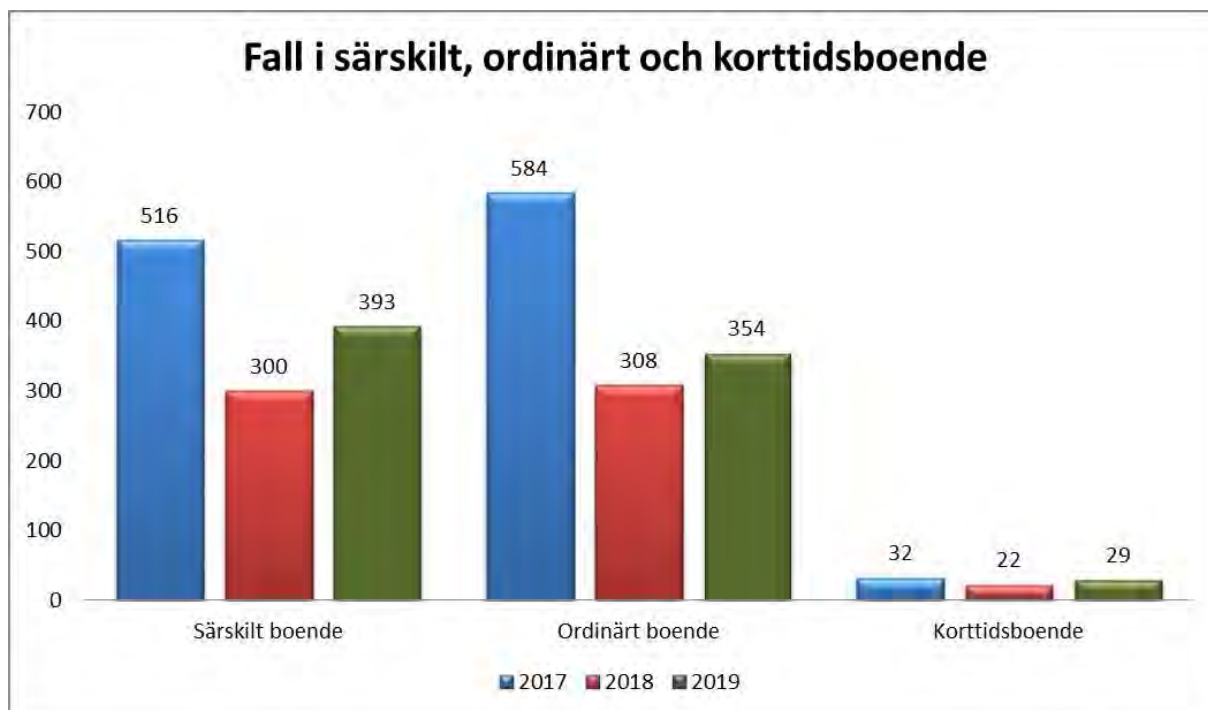
Kategorin vårdkedja avser avvikelser mellan huvudmännen (kommun/region Uppsala) och handlar vanligen om brister i informationsöverföring, läkemedelshantering och hjälpmedelsförskrivning vid utskrivning från slutenvården. Avvikelser från annan huvudman bestod i huvudsak av brist i informationsöverföringen.

Typ av avvikelse	2019	2018	2017
Vårdkedja (till annan huvudman)	30	28	21
Vårdkedja (från annan huvudman)	7	10	8

Tabell . Fördelning avvikelser i vårdkedjan 2017,2018 och 2019.

Avvikelser kring fall

Antal fall med allvarlighetsgrad 3 (frakturer, sårskada) var 22 stycken under 2019 vilket är en ökning med 5 stycken från år 2018 men något lägre än 2017 (= 24 st).



Tabell . Fördelning inrapporterade fallavvikelser 2017, 2018 och 2019.

Läkemedelsavvikelser

Antal läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 var 28 st under 2019. Att jämföra med 4 st under 2018 och 19 st under 2017.

Största delen av dessa avvikelser var utebliven dos blodförtunnande.



Tabell . Fördelning inrapporterade läkemedelsavvikelser 2017, 2018 och 2019.

5.3 Klagomål och synpunkter

Under året har fyra ärenden anmälts till patientnämnden.

Fyra synpunkter från närstående har inkommit där möten med chef, brukare, närstående och aktuell personal samt MAS/MAR har deltagit för att nå fram till ett så bra resultat som möjligt för brukaren.

5.4 Händelser och vårdskador

Besök av inspektörer från IVO för uppföljning av ärende som anmälde 2018.

2 lex Maria ärenden har anmälts till IVO. Ärendena har lett till översyn samt förändring av rutiner och utbildning för personal inom de specifika områdena. Ett ärende gällande dokumentation i combine. Några punkter har åtgärdats, HSL-nattpatrull är borttagen då kategorin inte finns. Behörighet mellan SoL och HSL i systemet är löst så långt att man kan se varandras dokumentation, dock har signering av delegerade insatser som till exempel läkemedel inte kunnat åtgärdas i systemet. Digital signering av delegerade insatser infördes i Appva MCSS i november. Till följd av det som framkommit i utredningen gällande combine startades under året ett mer intensivt arbete med att åtgärda de brister som finns.

5.5 Riskanalys

Utifrån identifierade brister i combine kommer en hälsoanalys att utföras av leverantören under första kvartalet 2020. En handlingsplan utifrån resultat kommer att tas fram och arbetas med.

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. Egenkontroll på särskilda boenden, korttidsenhet och närvårdsenheten görs från och med januari 2020 genom kollegial granskning.
- Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. Upprättade handlingsplaner för särskilda boenden för att förebygga utbrott och också för hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa uppdateras och hålls aktuella enligt anvisning från vårdhygien.
- 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.
- Utveckling av rutiner kring läkemedelshantering ska ske utifrån de brister som påvisats. Uppföljning genom utvärdering av de lokala granskningsprotokollen från farmaceut för att säkerställa en fortsatt god läkemedelshantering.
- Uppföljning sker kontinuerligt att beslutsstödet VISAM enligt rutin efterföljs.
- Fortsatt arbete med utbildningsplan för personal inom vård och omsorg.
- Hjälpmedelsenheten bjuder in alla rollatoranvändare i kommunen till rollatorcafé. Syftet är att minska risken för att trasiga och slitna rollatorer används och därmed minska risken för skada.

- Utveckling av orternas lokala samverkansgrupper/hemtagningsteam mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för Patienten. Kommunikationsverktyget Prator kommer att bytas ut till Cosmic Link under årets sista kvartal.
- 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.

 ÖSTHAMMARS KOMMUN - EN DEL AV ROSLAGEN Socialförvaltningens ledningssystem		Dokumenttyp:	
		Riktlinje	
		Titel:	
		Läkemedelshantering inom Socialförvaltningens verksamheter	
Granskad av:	Fastställd av:	Fastställd datum:	Reviderad datum:
Socialförvaltningens ledningsgrupp	Socialnämnden	2013-06-01	2020-03-02

Innehåll

1	SYFTE.....	2
2	KRAV OCH REGLER.....	2
3	OMFATTNING OCH ANSVAR.....	2
3.1	VÄRDGIVAREN (SOCIALNÄMNDEN).....	2
3.2	MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA (MAS)	2
3.3	VERKSAMHETSCHEF	3
3.4	ENHETSCHEF	3
3.5	LÄKEMEDELSFÖRRÅDSANSVARIG SJUKSKÖTERSKA	3
3.6	SJUKSKÖTERSKA	3
3.7	DELEGERAD PERSONAL	3
4	EGENVÅRD	4
5	FÖRSKRIVNINGSRÄTT	4
6	VACCINATION	4
7	KONTROLLRÄKNING AV NARKOTIKA	5
8	LÄKEMEDELSGENOMGÅNG	5
9	ALTERNATIV MEDICIN OCH NATURLÄKEMEDEL	5
10	LOKAL RUTIN	6
11	UPPFÖLJNING	6

1 Syfte

Syftet med riktlinjen är att säkerställa att läkemedelshantering och administrering av läkemedel ska ske på ett säkert och effektivt sätt och enligt gällande författningar. Personalens ansvar ska vara klart definierat så att var och en är medveten om sina befogenheter och sitt ansvar. Detta ska framgå i den lokala och enhetsspecifika rutinen för läkemedelshantering vid varje enhet. Det ska även finnas betryggande rutiner för dokumentation av läkemedelshantering.

2 Krav och regler

Riktlinjen och de lokala rutinerna grundar sig på:

- Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 (HSL)
- Patientsäkerhetslag 2010:695 (PSL)
- Patientdatalagen 2008:355 (PDL)
- Patientsäkerhetsförordningen 2010:1369
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination av läkemedel i hälso- och sjukvård HSLFS 2017:37
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård SOSFS 1997:14
- ViS ämnesindelade dokument

3 Omfattning och ansvar

3.1 Vårdgivaren (socialnämnden)

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att varje vårdgivare ansvarar för att det i ledningssystemet ska finnas beskrivet de processer och rutiner som behövs för att säkerställa patientsäkerhet. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvård (HSLFS 2017:37) framgår att vårdgivaren bör som ett led i egenkontrollen se till att läkemedelshantering genomgår en kvalitetsgranskning minst en gång om året.

3.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar MAS för att utforma och fastställa ändamålsenliga rutiner och anvisningar för läkemedelshantering.

MAS utser i samråd med enhetschefen skriftligen en sjuksköterska som ska förestå det lokala läkemedelsförrådet samt ansvara för att den lokala/enhetsspecifika läkemedelsrutinen blir skriven, känd och efterföljs.

MAS ansvarar för att farmaceut från Apoteket/motsvarande kvalitetsgranskar läkemedelsförråd och rutiner 1 gång/år. Protokoll från granskningen sänds till MAS som vidarebefordrar information samt eventuella anmärkningar till verksamhetschef, enhetschef

och sjuksköterska ansvarig för läkemedelsförråden så att åtgärder kan vidtas. Brister ska vara åtgärdade inom 3 månader från kvalitetsgranskningstillfället. Kvalitetsgranskningen rapporteras årligen i patientsäkerhetsberättelsen.

3.3 Verksamhetschef

Verksamhetschefen ansvarar för att:

- det finns förutsättningar för verksamheten att följa de riktlinjer och rutiner som MAS anger
- möjliggöra för kontinuerlig tillsyn av MAS
- bistå enhetscheferna i de eventuella åtgärder som framkommer vid sådan tillsyn

3.4 Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att den legitimerade personalen har den kompetens som krävs för verksamheten. Chefen ska informera personalen tillsammans med läkemedelsförrådsansvarig sjuksköterska och MAS om gällande rutiner och ansvara för att de följs.

Enhetschefen ansvarar för att omvårdnadspersonalen har den kompetens som krävs för att möjliggöra en god och säker vård och omsorg. Sjuksköterskan och enhetschefen samarbetar genom att kontinuerligt kommunicera om enhetens förutsättningar och skapa rutiner så att det finns möjlighet till en säker läkemedelsdelegering/hantering.

3.5 Läkemedelsförrådsansvarig sjuksköterska

Förutsättningen för att kommunala verksamheter ska få ansvara för läkemedelsförråd överlätna av Regionen är att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) säkerställer att en sjuksköterska med särskilt ansvar för förrådet utses. MAS utser i samråd med enhetschef för hemsjukvården en sjuksköterska som har huvudansvar för läkemedelsförråd och rekvisition av läkemedel samt dokumenterar det enligt rutin.

Läkemedelsförrådet omfattar läkemedel som primärvården överlåter till kommunens hälso- och sjukvård enligt generella direktiv samt läkemedel för akuta ordinationer av läkare. Särskild riktlinje och listor med anvisning om innehåll och beställning finns på [Läkemedelskommitténs hemsida](#).

3.6 Sjuksköterska

Sjuksköterskan ansvarar för att patienten får de läkemedel som läkaren ordinerat, samt att läkare kontaktas vid behov.

Sjuksköterskan kan efter egen bedömning endast överlämna läkemedel som är ordinerade enligt "generella direktiv", samt ordinerade vid behov, utan att kontakta läkare.

3.7 Delegerad personal

Omvårdnadspersonalen definieras som hälso- och sjukvårdspersonal då de utför enstaka hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegering som till exempel att överlämna en läkemedelsdos.

Delegerad personal ska rapportera till sjuksköterskan:

- Om det förekommer/upptäcks brister/avvikelser i läkemedelshanteringen.
- Om patientens hälsotillstånd förändras eller patienten inte vill/kan ta sina läkemedel.
- Vid misstanke om läkemedelsbiverkningar.
- Bistå sjuksköterskan med uppgifter till kartläggning inför en läkemedelsgenomgång.

4 Egenvård

Bedömningen om vad som kan gälla som egenvård och vad det innebär kan inte anges generellt utan är beroende av omständigheter och riskbedömning i varje enskilt fall. Det är den som förskriver läkemedlet som är ansvarig för att en egenvårdsbedömning görs. Den egenvård som den enskilde utför själv, eller med hjälp av någon annan räknas inte som hälso- och sjukvård och omfattas därför inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Däremot är hälso- och sjukvårdens bedömning, planering och uppföljning att betrakta som hälso- och sjukvård.

Om en patient/brukare behöver hjälp med att genomföra sin egenvård så får hen ansöka om bistånd för insatsen hos socialtjänsten. Den som ansvarar för ordination och bedömning om att insatsen kan utföras som egenvård bistår individen med ett beslutsunderlag för egenvård.

5 Förskrivningsrätt

I Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:71) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel finns beskrivet vilken kompetens samt vilka preparat en kommunalt anställd sjuksköterska får förskriva. Sjuksköterskan sänder en begäran om förskrivningsrätt till Socialstyrelsen och bifogar handlingar som styrker att kraven enligt HSLF-FS 2017:71 är uppfyllda. Då förskrivningsrätten är införd i Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal får sjuksköterskan en skriftlig förskrivarkod av Socialstyrelsen.

Verksamhetschef och MAS avgör inom vilket område sjuksköterskan ska använda sin förskrivningsrätt.

6 Vaccination

En sjuksköterska som antingen har genomgått specialistutbildning till distriktssköterska eller specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar är behörig att ordinera läkemedel för vaccination i enlighet med de vaccinationsprogram som finns i § 4 HSLF-FS 2017:71.

Distriktssköterska är behörig att vaccinera inom eget ansvarsområde. I annat fall sker ordinationen av respektive läkare. Samtycke inhämtas från patient, alternativt informeras närstående/god man för stöd till beslut. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska går tillsammans med ansvarig läkare igenom vilka som ska erbjudas vaccinering i boendet/hemmet. Vaccinet beställs från närliggande vårdcentral enligt för året fastställt förfaringssätt.

7 Kontrollräkning av narkotika

Narkotikan i depå och basförråd ska kontrolleras en gång per månad av 2 sjuksköterskor.

8 Läkemedelsgenomgång

Enligt läkemedelsföreskriften HSLF-FS 2017:37 ska de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång vid:

1. besök hos läkare i öppen vård,
2. inskrivning i slutenvård,
3. påbörjad hemsjukvård och
4. inflyttning i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

En beskrivning av vad läkemedelsgenomgångar vid Primärvården i Uppsala län innebär finns på [Regionens hemsida](#).

Det är sjuksköterskan i den kommunala hemsjukvården som ansvarar för att erbjuda patienten läkemedelsgenomgång enligt föreskriftens anvisning och efter samtycke med patienten vidarebefordra till läkare så att bokning av tid för läkemedelsgenomgång sker.

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården (såväl offentlig som privat) ska till Läkemedelsverket snarast rapportera samtliga allvarliga biverkningar, samtliga oförutsedda biverkningar samt sådana biverkningar som synes öka i frekvens.

Uppgiftsskyldigheten gäller för alla som är ansvariga för verksamhet inom den regionala och lokala hälso- och sjukvården såsom landsting, kommuner och privata vårdgivare.

Vid rapportering av biverkningar ska [Läkemedelsverkets biverkningsblankett](#) användas.

9 Alternativ medicin och naturläkemedel

Om en patient vill inta alternativläkemedel står det patienten fritt att göra så. Det är dock klokt att föreslå att patienten först rådgör med läkare eftersom många alternativläkemedel kan påverka effekten av traditionella läkemedel. Personalen är inte skyldig att medverka till alternativmedicinsk behandling. Om en patient begär att bli behandlad med alternativ medicin har personal rätt att vägra detta. Det framgår av patientsäkerhetslagen att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Om annan än personal - t.ex. patienten själv eller närstående ombesörjer att patienten tar alternativläkemedel har personalen inget ansvar för behandling eller eventuella biverkningar. Om det är känt att en patient använder alternativläkemedel bör det dock antecknas i journalen liksom om läkare tillfrågats och vad denne har för synpunkter på detta. En patient som använder alternativläkemedel ansvarar själv för förvaring av dessa produkter i sin lägenhet. Mer information om godkända naturläkemedel för egenvård samt information om innehåll och risk finns på [Läkemedelsverkets hemsida](#).

10 Lokal rutin

Den sjuksköterska som ansvarar för läkemedelsförrådet i varje hemsjukvårdsområde ska i den lokala rutinen för läkemedelshantering beskriva de enhetsspecifika rutinerna enligt anvisning.

Den lokala/enhetsspecifika rutinen ska i samråd med MAS revideras efter den årligen återkommande kvalitetsgranskningen samt vid behov.

11 Uppföljning

Uppföljningen av läkemedelshanteringen sker genom kontinuerliga träffar med läkemedelsförrådsansvariga sjuksköterskor ca 2 ggr/termin samt genom lokal, slumpmässig tillsyn vid behov.