

Plats och tid: Brisen / Grynnan Kommunhuset Strömsvik, 2025-01-27, 08:15:00

- Upprop
- Val av protokollsjusterare

Nr	Dnr	Ärende	Föredragande och ca tid
1	Nämnd.2025.1	Information till KS-SOU Patientsäkerhetsberättelse 2024 Ekonomi Personlig assistans på entreprenad Utredning LSS-boende Bemanningsprojektet nuläge Information från verksamhetsområde Årsplanering & kontaktpolitiker 2025	 Charlie Hallingström & Freddy Wiman kl. 8.15 Jonas Persson kl. 8.45 Linda Andersson kl. 9.15 John Hansson kl. 9.45 Jenny Särnlind Cederlund kl. 10.15 Maria Frisäter
2	KLK.2025.3	Ekonomisk uppföljning	
3	KS-SO.2025.2	Patientsäkerhetsberättelse 2024	
4	KS-SO.2025.4	Strukturella förändringar LSS	
5	KS-SO.2025.3	Årsplanering och kontaktpolitiker stöd- och omsorg 2025	

Per Hanö (SD)
Ordförande

Jasmina Kovacevic
Sekreterare



(1)

Nämnd.2025.1

Information till KS-SOU

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Ekonomi

Personlig assistans på entreprenad

Utredning LSS-boende

Bemanningsprojektet nuläge

Information från verksamhetsområde

Årsplanering & kontaktpolitiker 2025

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Justerare

.....

.....



(1)

Nämnd.2025.1

Beslutet skickas till

Akten

Justerare

.....

.....



(2)

KLK.2025.3

Ekonomisk uppföljning

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutet skickas till

Akten

Justerare

.....

.....



(3)

KS-SO.2025.2

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutet skickas till

Akten

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare
Stöd och omsorg

Freddy Wiman
Medicinskt ansvarig för rehabilitering
Charlie Hallingström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Mottagare
Kommunstyrelsens stöd- och
omsorgsutskott

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Förslag till beslut

Kommunstyrelsen antar Patientsäkerhetsberättelsen för 2024.

Ärendebeskrivning

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR och medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS har utifrån patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) upprättat patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården. Patientberättelsen samt bilaga beskriver resultat och åtgärder inom hälso- och sjukvårdens område samt hur arbetet genomförts under 2024 med fokus på kvalitet och patientsäkerhet.

Nytta för patienten

Att i patientsäkerhetsberättelsen sammanställa hur systematiska analyser, kontroller och kvalitetsgranskningar genomförts under 2024 samt resultaten av dessa, ger en tydlighet i arbetsprocessen för att säkerställa kvalitet och säkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen visar goda resultat som ska upprätthållas och resultat som ska observeras och förbättras under 2025 inom det egna vårdgivaransvaret och i samverkan med externa parter i syftet att uppnå god patientsäkerhet.

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser.

Beslutet skickas till

Socialchef
MAR
MAS
Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman
Kommundirektör

Maria Frisäter
Socialchef



Patientsäkerhetsberättelse 2024



Sektor Stöd och omsorg

Medicinskt ansvariga



Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Inledning.....	3
3 Grundläggande förutsättningar för säker vård	3
4 Engagerad ledning och styrning	4
4.1 Övergripande mål och strategier 2024.....	4
4.2 Organisation och ansvar.....	5
4.3 Samverkan för att förebygga vårdskador	5
4.4 Informationssäkerhet.....	6
5 En god säkerhetskultur	7
6 Adekvat kunskap och kompetens	7
7 Patienten som medskapare	8
8 Agera för säker vård.....	9
9 Ökad kunskap om inträffade vårdskador	9
10 Tillförlitliga och säkra system och processer	10
11 Säker vård här och nu	11
11.1 Riskhantering	11
12 Stärka analys, lärande och utveckling.....	12
12.1 Avvikelse.....	12
12.2 Klagomål och synpunkter	12
13 Öka riskmedvetenhet och beredskap	13
14 Mål, strategier och utmaningar för kommande år	13
15 Slutord	13

Bilagor

Bilaga 1: Bilaga Patientsäkerhetsberättelse 2024

1 Sammanfattning

Arbetet under året har präglats av målen i handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, men också fokus på digitala lösningar för mer effektiv och säker verksamhet.

Valdemarsviks kommun står inför utmaningar med en äldre befolkning och färre i arbetsför ålder. För att möta utmaningen krävs omställning mot nära vård, samt digitala arbetsätt som effektiviserar arbetet utan att försämra patientsäkerheten.

Under året har arbete genomförts med exempelvis implementering av läkemedelsrobotar, digital signering och förenklande åtgärder inom avvikelshantering.

2 Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet och 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. Därmed skapas förutsättningar för det faktabaserade, systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingsarbetet. Varje vårdtagare ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år och ska därefter finnas tillgänglig för den som vill ta del av den.

Patientsäkerhetsberättelsen är utformad enligt lag, föreskrifter och allmänna råd. Hänvisningar till dessa finns i varje avsnitt.



3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

De grundläggande förutsättningarna för säker vård finns beskrivet av Socialstyrelsen i "Agera för säker vård, Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i Hälso- och sjukvård 2020-2024". Dessa fyra grundläggande förutsättningarna är ledord i Valdemarsviks kommuns lokala Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023-2024 som ligger till grund för redovisningen av årets resultat i patientsäkerhetsberättelsen.



Engagerad ledning och tydlig styrning.

En engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården är avgörande för säker vård på alla nivåer – från nationella nivån till beslutsfattare till operativa chefer och ledare i den patientnära verksamheten.

En god säkerhetskultur.

En god säkerhetskultur innebär att alla i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Det innebär även att organisationskulturen skapar en öppen dialog om vilka risker, tillstånd och omständigheter som påverkar patientsäkerheten. Alla ska känna sig trygga med att rapportera, diskutera både negativa och positiva händelser.

Adekvat kunskap och kompetens.

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Kompetenta och engagerade medarbetare som ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet.

Patienten som medskapare.

Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. När patienten är väl informerad, får delta aktivt och ges möjlighet att påverka den utifrån sina önskemål och förutsättningar, kan vården bli ännu säkrare.

4 Engagerad ledning och styrning



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

4.1 Övergripande mål och strategier 2024

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att ingen patient ska drabbas av undvikbara vårdskador. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården.

MAS och MAR har identifierat arbetsprocesserna för att nå målen via kontroller och uppföljningar genom att:

- Följa resultaten i kvalitetsregister och sammanställa resultat med åtgärdsplaner i syftet att förebygga vårdskador.
- Använda utdata från kvalitetsregistren och andra kvalitetsmått för att se verksamhetens resultat och behov av förbättringsåtgärder.
- Digitala lösningar inom verksamhetssystem samt införandet av läkemedelsautomater
- Utfört planerade egenkontroller, internkontroller och kvalitetsgranskning.
- Kontrollerat och reviderat rutiner, riktlinjer och direktiv.
- Kvalitetssäkrat läkemedelshanteringen.



- Utfört mätningar gällande basala hygien- och klädrutiner för att öka kompetens och förebygga smittor i verksamheten.
- Utfört riskanalyser samt upprättat handlingsplaner.
- Utfört journalgranskningar samt uttag av statistik på kommunala vårdåtgärder, KVÅ (kommunala koder som ska rapporteras till socialstyrelsens hälsodataregister).
- Deltagit i interna och externa samverkansgrupper mellan primärvård, slutenvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för att utveckla samverkan. Intentionen är att samverka kring patientens vård och öka patientens säkerhet.

MAR har upprättat en anmälan enligt lex Maria. Ivo meddelade i september 2024 att åtgärderna är adekvata och kommer inte att vidta ytterligare åtgärder. Ärendet är avslutat.

Resultaten för 2024 samt åtgärder presenteras i patientsäkerhetsberättelsen samt bilaga.

4.2 Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1§ och 9§, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2§ p1

Kommunstyrelsen. Det yttersta vårdgivaransvaret för patientsäkerhetsarbetet har kommunstyrelsen, KS. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas, följas upp och utvärderas kontinuerligt.

Verksamhetschefens uppdrag regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och ska säkerställa att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Medicinskt ansvariga, MAS och MAR, analyserar utifrån sitt uppföljningsansvar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls. Det sker genom kvalitetsgranskningar, egenkontroller, internkontroller, samverkansprojekt externt och internt, avvikelser mm. MAS och MAR ansvarar för att ta fram riktlinjer, direktiv, instruktioner och rutiner för verksamheten och har på delegering från vårdgivaren ansvar för att utreda och göra anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria.

Enhetschefen ansvarar för säkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde. Ansvarar för att dokumentera hur kvalitetsarbetet har utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts. Enhetscheferna ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med framtagna processer och rutiner.

Hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik samt följa de direktiv, riktlinjer och rutiner som finns.

Omvårdnadspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder legitimerad yrkesutövare och när de får skriftlig delegering från en legitimerad yrkesutövare att utföra en arbetsuppgift. Omvårdnadspersonal ansvarar för att följa de direktiv, riktlinjer och rutiner som beslutats samt följa upp och återrapportera till legitimerad yrkesutövare och enhetschef.

4.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9, 4 kap 6§, 7 kap. 2§ p3

Samverkan är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att fånga upp så många kontaktytor som möjligt. Genom samverkan minska risker, oönskade händelser och ökar möjligheten att kvalitetssäkra verksamheten samt förebygga vårdskador. Samverkansavtal och överenskommelser finns mellan länets kommuner och region Östergötland för att stödja verksamheternas arbete.

Samverkan på övergripande ledningsnivå. En länsövergripande strategisk ledningsgrupp (LGVO) med länets socialchefer och regionens ledning tar fram länsgemensamma



samverkansavtal och en gemensam färdplan för Östergötlands län.

Medicinskt ansvarigas ledningsgrupp (MALG). I MALG ingår samtliga medicinskt ansvariga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter från länets 13 kommuner. MALG samverkar med LGVO i gemensamma strategiska frågor om vård och omsorg. Denna samverkan främjar synsätt i arbetssätt, terminologi och synsätt i länet.

Samverkan med Valdemarsviks Vårdcentral. Fortsatt samverkan tillsammans med vårdcentralen för omställningen till Nära vård och en sömlös vård och omsorg. Kontinuerlig läkarsamverkan är kvalitetssäkrad under året inom kommunens ansvarsområde. Lokal rutin är reviderad. Den specialiserade hemsjukvården ska vara ett alternativ till sjukhusvård och PAH (primärvårdsansluten hemsjukvård) är en avtalsreglerad samverkan sedan 2002 mellan kommunens hälso- och sjukvårdsenhet, vårdcentralen och LAH på Vrinnevisjukhuset. Målet är att åstadkomma högsta möjliga livskvalitet och trygghet för såväl patient som närstående, samt att skapa ett stärkt medicinskt omhändertagande i hemmet med möjligheten att vistas på närsjukvårdsplats när sjukhusets samlade resurser inte krävs. Under året har förändringar skett på Vrinnevisjukhuset och deras LAH-verksamhet. Översyn och revidering av PAH-avtalet har inletts under slutet av 2024 med syfte att hitta vägar och nya förhållningssätt till förändringarna.

Intern samverkan. MAS, MAR, Verksamhetschef, enhetschefer och leg personal samverkar i patientsäkerhetsdialoger med syfte att kvalitetssäkra vården och optimera samverkan inom den egna organisationen. Genom samverkan ökar förståelse och förbättrar arbetssätt för att öka patientsäkerheten.

Vårdhygien. Samverkan med vårdhygien inom Region Östergötland har upparbetats. Genom MALG-nätverket finns möjlighet att delta på regelbundna avstämningar och informationsmöten. Genom denna samverkan kan kommunen omvärldsbevaka och bidra till gemensamma förhållningssätt.

Hjälpmedel och rehabilitering Länets medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) möts regelbundet. Representanter från denna grupp deltar i flera arbetsgrupper och samverkansformer såsom hjälpmedelsråd, länsbrukarråd samt samverkan med länets hjälpmedelsleverantör Sodexo.

Teamsamverkan Hälso- och sjukvårdens personal arbetar i team utifrån geografiska områden. För ökad kontinuitet, samverkan och tillgänglighet har samtliga arbetsgrupper namngiven områdesansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut som deltar på teamträffarna. Multiprofessionella teamträffar har under året setts över då arbetssättet har tappats på vissa enheter.

4.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet omfattar alla medarbetare och syftet är att förebygga och begränsa konsekvenserna av störningar i informationshantering i kommunens verksamheter.

Informationssäkerhet inom hälso- och sjukvårdsorganisationen innebär:

Sekretess: Behörighetstilldelningar till patientjournaler och digitala system ingår i chefen för hälso- och sjukvårdens ansvar så att medarbetaren kan utföra hälso- och sjukvårdsuppdrag. Ansvarsfördelningar, information om behörighetskrav och sekretess skrivs under av medarbetaren till skydd mot obehörig åtkomst. Chefen ansvarar för att loggkontroller genomförs kontinuerligt och dokumenteras.

Riktighet: För att åstadkomma rätt kvalitet på information och att berörd personal har nödvändiga kunskaper inom IT-stöden ges utbildningsinsatser på kommunnivå för att säkerställa användarvänlighet och säkerhet. Utbildningsinsatser sker vid nyanställning samt vid behov. Förankring och medvetenhet hos medarbetarna utgör själva grunden för informationssäkerheten.

Tillgänglighet: Kontinuerliga uppdateringar av kommunala verksamhetssystem genomförs för att



säkra drift och funktionalitet. Påminnelser om uppdateringar och när system åter är i drift meddelas via mail. Reservrutiner är uppdaterade och ses regelbundet över.

Spårbarhet: I digitala system kan sökning göras för att möjliggöra och fastställa vem som gjort vad och att verifiera orsaken till en händelse. Medarbetaren får behörighet till de system som är relevanta för att kunna utföra sitt uppdrag via personligt inlogg och siths-kort.

Under 2024 har följande arbetet kring informationssäkerhet utförts:

Medicinskt ansvariga har säkerställt att rutiner finns inom området och att de har uppdaterats i enlighet med gällande lagar och förordningar.

Medicinskt ansvariga utför journalgranskningar och under 2024 ses att samtliga journaler som innefattats i granskningen innehåller essentiella delar för att upprätthålla god patientsäkerhet. Vidare finns förbättringspotential inom journaldokumentation där arbete kommer fortlöpa.

Dokumentationsutbildningar erbjuds löpande till medarbetare. Under året har arbetet med att upprätthålla kvalitén i dokumentationen skett. Verksamhetssystemet är fortfarande relativt nytt, vilket medför att utbildningsinsatser varit av stor vikt.

5 En god säkerhetskultur



SOSFS 2011:9, 5 kap.1 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur och adekvat kunskap och kompetens. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet samt att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Forum för diskussion finns upprättat. I dessa forum finns utrymme att ta upp frågeställningar som rör det dagliga arbetet. Forumet främjar en öppen kommunikation mellan medarbetare med fokus på att driva verksamheten framåt. Tillfällen kan även användas till reflektion för exempelvis förhållningssätt inom olika områden.

Dessa dialoger är komplement till egenkontroller och kvalitetsgranskningar, då det finns ett värde i att undersöka vilka förutsättningar personalen upplever sig ha för att bedriva säker vård. (Se bilaga sid 1-2)

6 Adekvat kunskap och kompetens



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

Utbildningar för medarbetare inom hälso- och sjukvårdens område digitala utbildningar har varit och kommer fortsättningsvis vara viktiga, men fysiska möten bidrar till en djupare förståelse, övning i praktiska moment, ökad dialog och reflektion. Vissa utbildningar och föreläsningar har erbjudits med både fysiska och digitala möjligheter som bidragit till att fler kunnat delta.

Utbildningsinsatserna har under 2024 varit inriktade på att fånga flera områden i syftet att öka och bredda kompetensen inom hälso- och sjukvårdens område:

- Lifecare HSL digital patientjournal. Fördjupande utbildningsinsatser.
- Intern utbildning inom avvikelshantering.
- Samverkansträffar inom palliativ vård.
- Handledarutbildning för att leda studenter.
- Tandvårdens utbildning för att ge tandvårdsstöd. (Se bilaga sid 5-6)
- Utbildning till förskrivare av inkontinensprodukter.
- Förflyttningsutbildningar.
- Rehabombudsträffar.
- Digitala, fysiska och praktiska läkemedelsutbildningar till omvårdnadspersonal inför delegeringsuppdrag.
- Deltagande vid konferenser och föreläsningar, ex sårvårdsutbildningar.
- I samverkan med regionalt cancercentrum Sydöst (kunskapsorganisation för regionerna inom cancerområdet) erbjuds personal utbildning inom utvalda områden.

7 Patienten som medskapare



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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

Patienten ska få möjlighet till att vara delaktig och få stöd i sin vård. Detta genomförs bland annat till delaktighet i vårdplaneringar och samordnad individuell plan (SIP). Möjlighet för närstående att delta i vårdplaneringar och i samtal när patienten önskar/ samtycker finns.

För att ytterligare stärka journaldokumentationen samt säkerställa patientens delaktighet och önskemål i sin vård och behandling finns möjlighet för ett digitalt, mobilt arbetssätt med journalföring på plats hos patienten. Detta sker med hjälp av bärbar dator, iPad eller telefon för att uppnå en fullständig journaldokumentation från samtalet med patienten.



8 Agera för säker vård

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

Som vårdgivaren ska egenkontroll utövas med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Socialstyrelsens Nationella Handlingsplanen för ökad patientsäkerhet beskriver att Agera för säker vård är att minska risker för skador och beskriver hur resultat kan nås inom fem fokusområden. Dessa fokusområden utgår från de huvudsakliga utmaningarna i patientsäkerhetsarbetet samtidigt som de bildar struktur för nationella åtgärder.

Ökad kunskap om inträffade vårdskador. Genom identifiering, utredning samt mätning av risker och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser. Inträffade vårdskador tas även upp i verksamheten i utbildningssyfte och ligger till grund för förbättringsarbeten.

Tillförlitliga och säkra system och processer. Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Att minska oönskade variationer stärker patientsäkerheten.

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

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

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

9 Ökad kunskap om inträffade vårdskador



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

Inträffade vårdskador utreds och följs upp enligt rutin som är väl känd i verksamheten. Under året har 1132 st rapporter inkommit från verksamheten varav 926 st resulterat i utredning (se bilaga 14-16). Orsaker till att inte alla rapporter resulterar i utredning kan exempelvis vara att händelse inte har inträffat i verksamheten, rapport är skriven inom fel lagrum eller avvikelserna art inte kan resultera i risker. Viss tröghet i flödet med avseende på utredningar har identifierats. Rutin har under året omformulerats för att skapa bättre flöden och ökad genomförbarhet i utredningar och åtgärder.



Många avvikelser kan undvikas genom ett förebyggande arbete inom Hälso- och sjukvården. Arbetet med kvalitetsregister Senior Alert används som instrument för att identifiera risker inom nutrition, fall, trycksår och munhälsa i ett tidigt skede. Genom riskbedömning kan adekvata åtgärder vidtas för att undvika att exempelvis undernäring uppstår.

Under 2023 fanns en projektledare som ledde det förebyggande arbetet, samt utbildade medarbetare i verksamheten inom förebyggande arbete. Resultat från Senior Alert 2023 var goda. Under 2024 har ej en sådan projektledare funnits och resultat visar att riskbedömningar och åtgärder vidtas i lägre utsträckning mot 2023.

10 Tillförlitliga och säkra system och processer



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

Områden som kräver fokus inom organisationen är bland annat hygien- och klädrutiner och läkemedelsgenomgångar för äldre.

Hygien- och klädrutiner: Vid mätning av hygienrutiner ses att medarbetare tenderar svara att de utför korrekt hygien- och klädrutin i mindre utsträckning än vad observationsmätning visar (se bilaga sid 2-3). Genom att ta fram självständigt utbildningsmaterial kan kunskapsnivån höjas i verksamheten.

Läkemedelsgenomgångar: Läkemedelsgenomgångar utförs i verksamheten med hjälp av validerade instrument. Genomförandet kan utvärderas genom journalgranskning. Vid granskning ses att genomgångar genomförs i stor utsträckning, dock inte alltid dokumenteras systematiskt vilket medför svårigheter att ta ut statistik för hur ofta det genomförs (se bilaga sid 1-2).

Egenkontroller, internkontroller och kvalitetsgranskningar

Egenkontroller och internkontroller ska göras med en frekvens och omfattning som krävs för att säkra att verksamheten bedriver en hälso- och sjukvård som uppfyller kraven på god vård

Egenkontroll, internkontroll och kvalitetsgranskning	Frekvens
Extern kvalitetsgranskning läkemedel	1 gång/år
Egenkontroll läkemedelshantering	1 gång/år
Kvalitetsgranskning Hälso- och sjukvård	Var 3:e år - Utförs 2027
Avvikelser/rapporter	Bearbetas fortlöpande och lyfts för diskussion på teamträffarna ca 10 tillfällen/år.
Uttag avvikelser läkemedel och fall	Löpande
Kontroller av basala hygienrutiner, utbildning, chefskontroll av smittförebyggande åtgärder	2 ggr/år
Resultat i palliativregistret	4 ggr/år
Mätning förekomst av trycksår	1 g/år
Internkontroll av lyftselar	2 g/år



Kontroll rena hjälpmedel	1 g/år
--------------------------	--------

11 Säker vård här och nu



Geografisk utmaning

Valdemarsviks kommun har ett stort geografiskt område där hälso- och sjukvård erbjuds i hemmet så väl som särskilt boende. Behov av vård och omsorg kan således vara lokaliserade på utspridda platser i kommunen. Resurser måste då kunna förflyttas snabbt för att tillgodose en trygg och säker vård. Även logistik är en utmaning när hänsyn ska tas till ekonomi och miljö.

Bemanning

Hälso- och sjukvårdsenheten är en relativt liten grupp medarbetare som blir känslig för korttidsfrånvaro, så väl som långtidsfrånvaro. Prioriteringar måste ständigt ske för att tillgodose behovet hos patienten. Under året har inhyrd personal förekommit i verksamheten vilket har löst bemanningen tillfälligt. Risker kan uppstå när inhyrd personal jobbar kortare perioder, då följsamheten till rutiner kan bli bristfälligt. Flertalet avvikelser har inkommit under året där ovannämnd orsak har varit kärnan i händelsen.

Faktorer utanför vårdgivaransvaret

Det förekommer fortsatt sporadiska restsituationer inom läkemedel. Det medför stora krav på hälso- och sjukvårdspersonal att åtgärda dessa förändringar på kort tid så att inte patientsäkerheten äventyras.

11.1 Riskhantering

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

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

Risکانalyser genomförs då förändringar i verksamheten sker. Riskanalyserna leder till handlingsplaner för på ett systematiskt och strukturerat sätt arbeta med förändringar på ett säkert sätt.

Vid risker som identifieras i avvikelser delges medarbetare på enheterna för att öka medvetenheten om risker som finns. Även händelser där avvikelse inträffat delges och diskuteras hos medarbetare.

12 Stärka analys, lärande och utveckling



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

Genom att utföra egenkontroller, följa upp resultat ur kvalitetsregister och utreda avvikelser kan arbetsområden tas fram där verksamheten är svag. Genom att arbeta med avvikelser i det dagliga arbetet kan förståelsen öka för de brister som finns. Att lyfta resultat från register, egenkontroller och avvikelser gemensamt bidrar till ökad förståelse men också möjlighet till att formulera gemensamma mål.

Under året har områden inom exempelvis in- och utskrivningsprocessen och samverkan lyfts med hjälp av avvikelser. Antalet avvikelser mellan vårdgivare har ökat under 2024 (se bilaga sid 13-14) Genom att lyfta problematik i arbetsgrupp kan också åtgärder formuleras gemensamt som i sin tur ger ökad förståelse och genomslag i verksamheten.

12.1 Avvikelser

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

Avvikelser registreras digitalt inom Valdemarsviks kommuns boendeformer enligt SoL och LSS, dagliga verksamheter och dagverksamhet samt i ordinärt boende. Den största andelen avvikelser berör läkemedel och fall. Ärendegången för avvikelshantering beskrivs i "Rutin för avvikelshantering".

Alla individer som registreras i avvikelsemodulen är inte inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. Dessa personer har endast insatser enligt SoL eller LSS. Utförlig redovisning för enheternas avvikelsestatistik sker inom respektive enhet. Under verksamhetsåret analyseras och bearbetas avvikelser på varje enhet av enhetschef samt legitimerad personal. Vid allvarlig händelse kontaktas medicinskt ansvariga för vidare utredning. Avvikelser kan utöver fall och läkemedel beröra t.ex. brister i larmfunktioner, omvårdnad och tillsyn, dokumentation och hjälpmedel.

Utifrån medicinskt ansvarigas ansvar görs en djupare analys i patientsäkerhetsberättelsen av avvikelser som berör fall och läkemedel (se bilaga sid 14-16)

Under 2024 har en avvikelse anmälts enligt lex Maria.

12.2 Klagomål och synpunkter

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

Bestämmelserna kring synpunkter och klagomål i hälso- och sjukvården (Lag (2017:372) reglerar vårdgivarens, patientnämndens och Inspektionen för vård och omsorgs ansvar. En välfungerande klagomålshantering är en central del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Klagomål hanteras initialt när de inkommer till enheterna. Medicinskt ansvariga kontaktas och deltar vid behov i utredningar eller analyser

Att arbeta för att upprätthålla en god vård och omsorg innebär:



- Att skydda patienter från vårdskada
- Arbetet skall vara patientfokuserat, kunskapsbaserat och organiserat för att skapa förutsättningar för en säker vård
- Vi måste mäta för att få kunskap och data för att förbättra genom att analysera, göra förbättringar och följa upp via systematiskt kvalitetsarbete på alla nivåer
- Vikten av fortlöpande utbildningar ska vara integrerat i verksamhetens kvalitetsarbete.

Under året har det inkommit ett klagomål från IVO.

13 Öka riskmedvetenhet och beredskap



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

När verksamheten ställs inför åtgärder och moment som betraktas som sällankompetens har kommunen ett gott samarbete tillsammans med Region Östergötland. Detta goda samarbete är viktigt då dessa förändringar kan ske snabbt i verksamheten.

Även riskmedvetenhet gällande tillredning av intravenös antibiotikabehandling har lyfts under året. Förekomst av denna hantering sker sporadiskt i verksamheten och medför långsiktiga risker vid exponering. Rutiner berör hanteringen men det är ändå den som tillreder som utsätts för en personlig risk. Genom att lyfta och diskutera riskmoment kan även följsamheten till rutiner öka.

14 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

- Driva arbetet framåt med Hälso- och sjukvårdens avvikelshantering. Arbeta för ett smidigare flöde samt att förebyggande arbete sker på enheterna.
- Öka genomförandet av förebyggande insatser inom kommunen, exempelvis Senior Alert.
- Fortsätta implementera digitala lösningar inom kommunens hälso- och sjukvård. Genom digitala lösningar kan informationsöverföring säkerställas och bidra till patientsäkerhet.
- Analysera resultat av egenkontroller och internkontroller.
- Kontrollera och revidera rutiner, riktlinjer och direktiv.
- Analysera uttag av KVÅ koder.
- Genomföra journalgranskningar för att följa patientens vård och behandling.
- Analysera resultaten av mätningarna av basala hygien- och klädrutiner.
- Utföra riskanalyser samt upprätta handlingsplaner.
- Samverka med Region Östergötland.

15 Slutord

Den hälso- och sjukvård som Sveriges kommuner ansvarar för ökar i betydelse och omfattning och det förväntas att mer avancerad vård kommer att bedrivas i hemmet. Kortare vårdtider på sjukhus



med snabbare utskrivning till primärvård är fortsatt aktuellt och ökar kraven på den kommunala hälso- och sjukvården.

Nära vård kräver god samverkan mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård för att skapa nära samverkansytor och sömlös verksamhet. Samverkan mellan Valdemarsviks kommun och Vårdcentralen i Valdemarsvik finns för en god patientsäkerhet. Fortsatt samverkan bidrar till resan mot Nära vård. Viktigt att fortsätta utveckla arbetet med specialiserad hemsjukvård vilket är ett steg mot nära vård.

Samverkan med länets kommuner bidrar till samsyn. Vid omställning mot nära vård kan kommunerna stötta varandra i arbetet. Länsövergripande samverkan gynnar även regionen, då informationsöverföring sker genom nätverk istället för enskilda kommuner. Det är samverkan som är "nyckeln" till en god vård och omsorg och det finns goda möjligheter till en robust hälso- och sjukvårdsorganisation som klarar en fortsatt förflyttning mot en kommunal primärvårdsorganisation.

Valdemarsvik 2025-01-20.

I tjänsten

Maria Frisäter Socialchef Stöd och omsorg

Freddy Wiman Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Charlie Hallingström Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Resultat från egenkontroller, internkontroller och kvalitetsgranskningar 2024.

Intern läkemedelsgranskning

MAS kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Mål: Att med kvalitetsgranskningar bibehålla eller öka kvalitet och säkerhet inom området.

Resultat: Under året har oanmälda kontroller utförts på kommunens särskilda boenden för äldre. Resultatet visar att generellt sett är hanteringen av läkemedel är god. Vissa brister inom internkontroll för städning och hållbarhetskontroll ses. Resultat har förmedlats till personal på respektive enhet samt enhetschef.

Analys: Brister inom internkontroller sågs främst på Kyrkvägen 4. Orsak till detta kan vara bristande implementering av befintliga rutiner i kommunens verksamheter.

Generellt uppvisar medarbetare god kompetens inom delegeringsansvaret.

Åtgärd: Under året utförs utbildningsinsatser utförts för att rutiner kring läkemedelshantering ska följas. Arbete pågår även att förändra kommunens delegeringsprocess som förväntas leda till ökad kompetens hos utförarpersonal. Arbetet med delegeringsprocessen planeras vara klar till våren 2025.

Uppföljning av åtgärd: Vid kommande kvalitetsgranskning.

Journalgranskning

MAS kontroll av dokumenterade läkemedelsgenomgångar i patientjournal

Bakgrund: Läkemedelsgenomgångar är ett läkaransvar och i samverkan med sjuksköterska, omvårdnadspersonal och delaktig patient används ett validerat symtomskattningsdokument (PHASE-20) för att identifiera orsaker som kan ha samband med läkemedelsbehandling. Detta bidrar till att patienter får korrekt läkemedelsbehandling utifrån dennes hälsotillstånd. Symtomskattning bidrar även till analys av olämpliga läkemedel. För att mäta utförandet används KVÅ-koder

(KVÅ-kod: klassifikation av vårdåtgärder som ska rapporteras till Socialstyrelsens hälsodataregister).

Resultat: Journalgranskningar inom äldreomsorgen och statistikuttag av Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) koder visar att läkemedelsgenomgångar genomförs och dokumenteras. Socialstyrelsens statistikdatabas över KVÅ visar att Valdemarsviks hälso- och sjukvård registrerat 27st koder för läkemedelsgenomgång mellan januari och maj 2024.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Analys: Resultat påvisar att läkemedelsgenomgångar utförs, dock inte i önskad utsträckning. Vid intervju med sjuksköterskor ges bilden att genomgångar utförs i större utsträckning än vad statistik visar. Orsak kan vara att dokumentation sker under bredare KVÅ-koder

Uppföljning: Fortsatta uppföljningar under 2025 med statistikuttag av KVÅ koder samt journalgranskningar. Återkoppling till legitimerad personal planeras att göras i samband med statistikuttag.

Extern läkemedelsgranskning

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs årligen enligt avtal. Apotekare besöker enheter och hela läkemedelskedjan kontrolleras. Genom en extern granskning kan strukturella brister upptäckas men också ge kvitto på att rutiner och arbetssätt är korrekt utformade.

Resultat: Planering av extern läkemedelsgranskning har senarelagts och kommer ske under januari 2025.

Åtgärd: Ansvariga sjuksköterskor uppdaterar lokala åtgärdsplaner och rutiner och MAS kompletterar direktivet för läkemedelshantering.

Uppföljning av åtgärd: Vid årlig kvalitetsgranskning.

Hygienmätningar 2024

Mätningar av basala hygien- och klädrutiner

Mål: Att öka resultat och följsamhet till basala hygien- och klädrutiner.

Bakgrund:

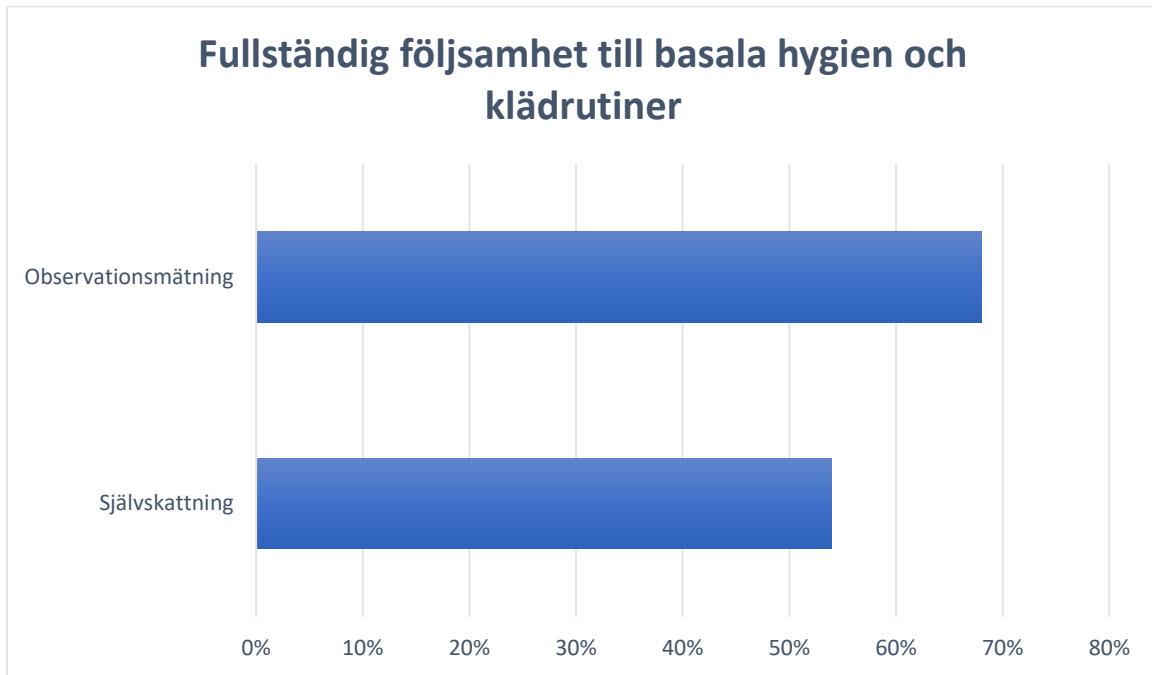
SKR nationella punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till basala hygien- och klädrutiner har avslutats.

I kommunens egenkontroll självskattar varje medarbetare sin följsamhet till ett smittförebyggande arbetssätt genom att analysera hur man agerar i en vårdssituation. Inhämtningen av självskattning har övergått till digitalt förfarande för att öka deltagandet. Därefter genomförs en observationsmätning av utsedd medarbetare på enheten. Tanken är att få en rättvis bild över hur följsamheten till basala hygien- och klädrutiner ser ut i det dagliga arbetet. Resultaten blir grund till förbättringsarbete på enhetsnivå

Resultat:

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Antal deltagare i självskattning	136 st
Antal observerade individer	60 st



I självskattning framkommer det att 96% av respondenterna vet var hygienrutiner finns.

Analys: Genomgång av observationsmätning ses att följsamheten till klädrutiner (Korrekt arbetsklädsel, uppsatt hår, utan smycken samt korta naglar) är 89% vilket bedöms som hög. Hygienrutiner (Handsprit, handtvätt och skyddsmaterial) är följsamheten 57%.

Möjliga orsaker till lägre följsamhet till hygienrutiner kan bero på bristfällig tillgänglighet av material i vårdnära situationer.

Åtgärd: Mätningarna fortsätter under 2025 så att kunskap och följsamhet upprätthålls samt följs upp på ett systematiskt och enhetligt sätt. Åtgärder inför 2025 är följande:

- Genomföra hygienmätningar och eventuellt utöka frekvens av mätningar på enheter där observationsmätning är mycket låg.
- Stärka hygienombudens roll på enheterna.
- Ta fram utbildningsmaterial inom vårdhygien som kan användas på APT:er eller andra sammankomster för att öka kompetens.

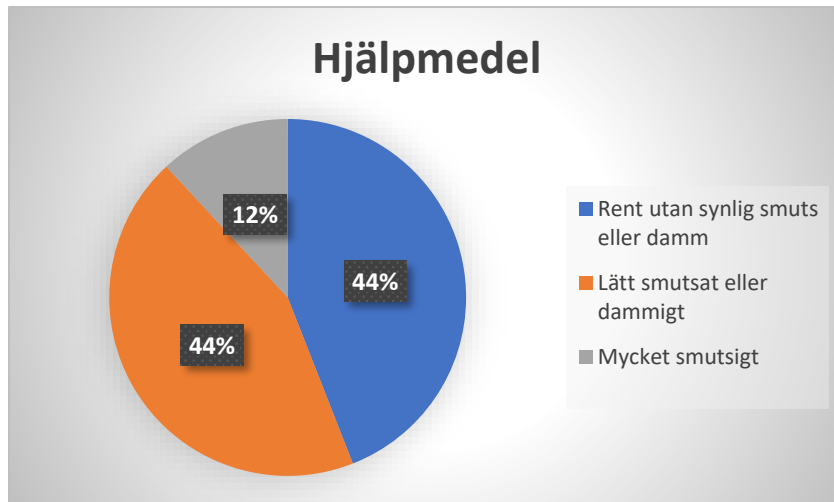
Vårdhygien-hjälpmedel

Mål: Att det inte ska finnas mycket smutsiga hjälpmedel på kommunens boenden.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Hygienmätning på hjälpmedel hösten 2024

Antal kontrollerade hjälpmedel: 84



Smutsiga hjälpmedel kan bidra till slitage på hjälpmedel vilket ökar risken vid användandet av hjälpmedel samt en ökad smittspridning. Trivsel och välmående vid användandet av hjälpmedel ökar för patient såväl som personal. Vid mätning 2024 observerades totalt 84st hjälpmedel. Mätningen i diagrammet ovan visar att andelen Mycket smutsiga hjälpmedel ökat från 6% till 12% från föregående år. Andelen rena hjälpmedel är oförändrad på 44% medan lätt smutsiga eller dammiga hjälpmedel sjunkit från 50% till att nu utgöra 44%.

Analys: Det finns kunskap och dokument som stöd. Det som återstår att arbeta vidare med är att säkerställa att det finns lokala rutiner samt följsamhet till dessa.

Uppföljning av åtgärd:

- Observationsmätningar planerar att fortsätta under 2025.
- Åter lyfta behov av lokala rutiner och följsamhet till dessa.

Mätning av följsamhet till ordinerade rehabiliterande insatser

Mål: Ökad följsamhet till signering av ordinerade rehabiliterande insatser.

Reslutat: Mätningen i november 2022 visade att endast 62% av ordinerade rehabiliteringsinsatser i Valdemarsvik utförts enligt ordination. Någon ny mätning har valts att inte presenteras för 2024 då tvåfaktorsinlogg utöver mobilt bankID ej funnits under större delen av året. Införskaffande av tvåfaktorsinlogg har nu genomförts och under 2025 planeras mätning av följsamhet till rehabiliteringsinsatser att utföras.

Analys: Följsamheten till rehabiliteringsinsatser förväntas vara betydligt högre än tidigare papperssigneringar. Detta har setts i andra kommuner med digital signering.

Åtgärd: Baslinjemätning av digital signering behöver utföras under 2025 för att säkerställa att patienter erhåller samtliga ordinerade rehabiliteringsåtgärder och därmed en god och

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

säker vård.

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska vara fortsatt låg/minska

Resultat: Trycksår mäts en gång per år via punktprevalensmätning. På särskilt boende för äldre hade 2 av 68 patienter trycksår 2024. Detta innebär att 2,9% hade trycksår vid tidpunkten för mätning, räknat på antal / platser. Båda patienterna med trycksår hade pågående åtgärdsplaner. På kommunens SÄBO har andelen med trycksår vid 2024 PPM (2,9%) har minskat gentemot 2023 (4,9%). I övriga Sverige på vård- och omsorgsboende enligt statistik från 2023 låg andelen med trycksår på nästan 6,4%.

Analys: Resultatet visar på att vi arbetar väl med att behandla och förebygga trycksår. De nya upphandlade madrasserna med tryckavlastning upp till sårgrad 4 kan också ha varit bidragande.

Åtgärd: Mätningar planeras att fortsätta under 2025.

Senior Alert och munhälsa

Tandvårdsgruppens presentation i oktober 2024.

Resultat till och med 2024-09-30

Bakgrund: Tandvårdsgruppen inom Region Östergötland ansvarar för att erbjuda munhälsobedömningar till personer som har fått beviljat nödvändig tandvård. Intygen utfärdas av leg. Sjuksköterska eller biståndshandläggare i kommunen. Kommunens medarbetare erbjuds även årlig utbildning av tandhygienist. 2024 gick Valdemarsviks kommun in i nytt avtal med folktandvården gällande uppsökande tandvård.

Resultat: Valdemarsviks andel utförda munhälsobedömningar (mhb) ligger på 52% fram till 240930 inom särskilt boende. År 2023 låg resultatet på 99% inom samma område.

2024 ligger andelen utförda mhb i ordinärt boende på 0% och föregående år 57%

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

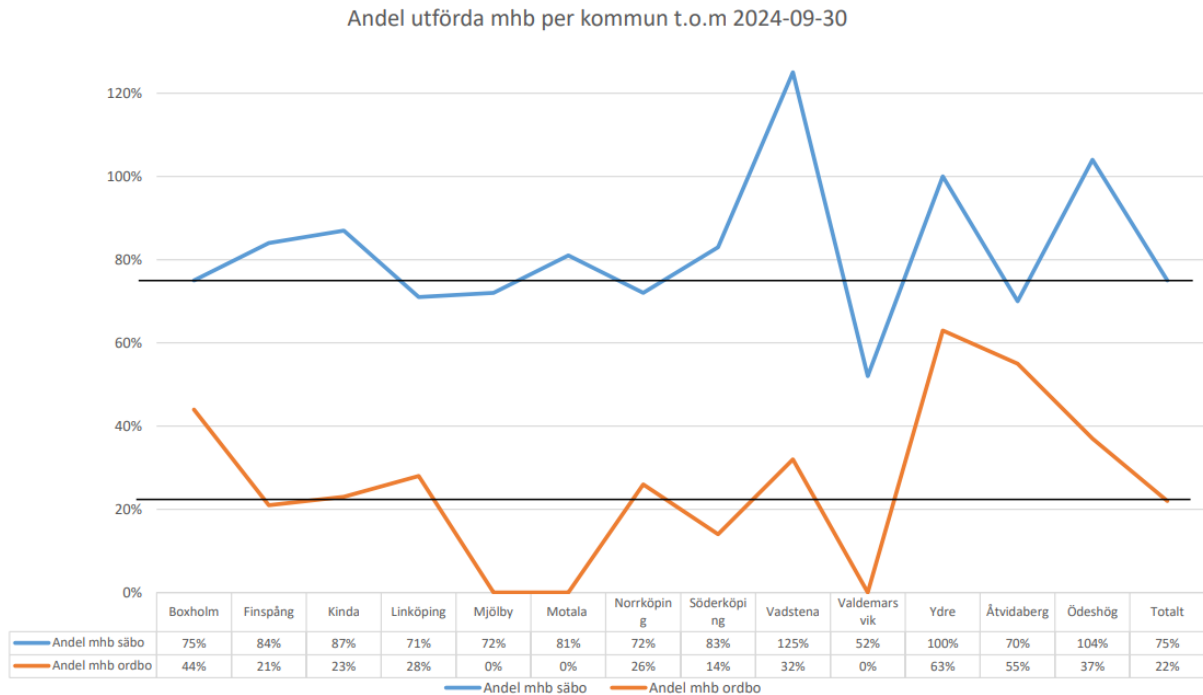


Diagram: Andel utförda munhälsobedömningar, utförda utifrån de personer som är berättigade till nödvändig tandvård samt tackat ja till mhb.

Andel utbildad omvårdnadspersonal i Valdemarsviks kommun t.o.m 240930 är 0%. År 2023 låg resultatet på 41%

Analys: Resultat lägre än föregående år. Orsak kan vara att nytt avtal inletts och att folktandvården ej kunnat tillgodose kravspecifikationen som angivits i avtalet.

Åtgärd:

- Fortsatt samverkan med tandvårdsenheten.

Palliativregistret

Bakgrund: Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister för registrering av vård i livets slutskede. Syftet är att förbättra vården oberoende av diagnos, vem som utför vården samt att använda resultaten för att mäta, förbättra och följa upp kvalitet i vården.

Sedan 2011 används kvalitetsregistret och kommunens sjuksköterskor dokumenterar vård i livets slut för alla personer som avlider på SoL och LSS boenden, har hemsjukvård i ordinärt boende eller är anslutna till PAH, primärvårdsansluten hemsjukvård.

Registerdata granskas regelbundet.

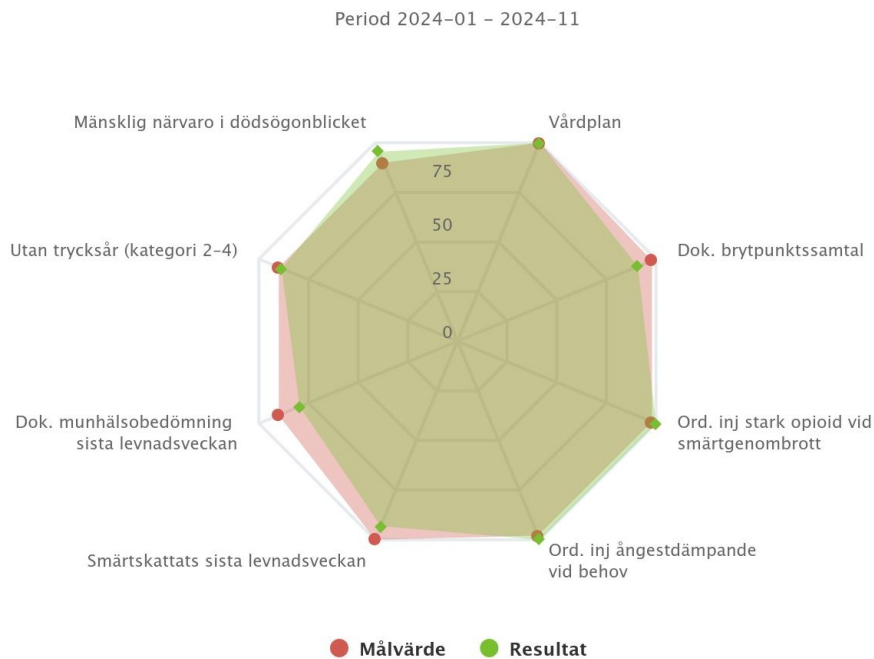
Mål: Uppnå respektive målvärde i palliativregistret.

Resultat 2024 Valdemarsviks kommun

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Antal registrerade dödsfall 44 st.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



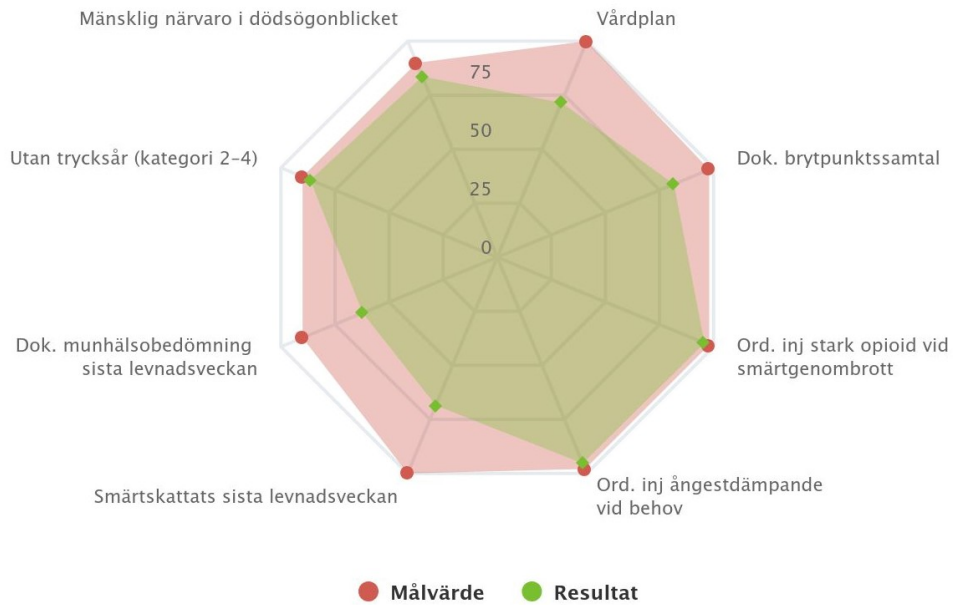
<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Vårdplan	100,0	100,0
Dok. brytpunktssamtal	98,0	91,5
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	91,5
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	76,6
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	85,1
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	93,6

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Resultat 2024 Riket

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 – 2024-11



<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Vårdplan	100,0	71,6
Dok. brytpunktssamtal	98,0	81,7
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,8
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	95,4
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	68,5
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	62,2
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	86,4
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	83,6

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Analys: Resultat likvärdigt från föregående år. Fortsatt lågt på dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan. Vid intervju med sjuksköterskor utförs munhälsobedömningar i stor utsträckning, dock dokumenteras inte detta alltid av legitimerad personal. Under året har arbetet med palliativa ombud ökat vilket på sikt bidrar till kompetensökning hos omvårdnadspersonal. Samverkan med östra länsdelen har skett under året för att arbeta mer systematiskt inom exempelvis dokumentation inom palliativ vård.

Vid jämförelse mot riket ligger Valdemarsviks kommun högre inom majoriteten av områden.

Åtgärd:

Fortsatt samverkan med andra kommuner för att utveckla det palliativa arbetet.

Fortsatt arbete med palliativa ombud på varje enhet för att säkerställa kompetens.

Implementera modul i verksamhetssystem som standardiserar dokumentation och ger förslag på åtgärder som ska utföras i palliativ vård. Detta medför att exempelvis munhälsobedömningar och smärtskattningar kan planeras in vid uppstart av hälsoplan.

Uppföljning av åtgärd: Analys av resultat i palliativregistret ska följas kontinuerligt under 2025.

Senior alert

Bakgrund Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att stödja vårdprevention inom områdena: risk för fall, risk för trycksår, risk för undernäring och risk för ohälsa i munnen. Hälsoplaner upprättas för att åtgärda, eliminera, reducera eller förebygga vårdskada.

Mål: Säkerställa att vårdpreventivt arbete utförs inom områden fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Att arbetet sker multiprofessionellt.

Resultat 2023

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	
	Valdemarsviks kommun	82	95% 113 av 119	89% 101 av 113	96% 109 av 113	67% 95 av 142
	Trycksår	33% 39 av 119	100% 39 av 39	100% 39 av 39	68% 39 av 57	
	Undernäring	61% 72 av 119	94% 68 av 72	100% 72 av 72	71% 70 av 98	
	Fall	90% 107 av 119	93% 99 av 107	98% 105 av 107	73% 93 av 127	
	Munhälsa	56% 53 av 94	89% 47 av 53	96% 51 av 53	66% 49 av 74	

Resultat 2024

	Vårdprevention				
	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Kommunövergripande	89	91% ↓ 117 av 128	86% ↓ 101 av 117	97% ↑ 113 av 117	73% ↑ 88 av 93
Enhetsnivå	33	93% ↑ 43 av 46	79% ↑ 34 av 43	95% ↑ 41 av 43	73% ↑ 22 av 30
	17	75% ↓ 24 av 32	96% ↓ 23 av 24	100% ↔ 24 av 24	96% ↑ 25 av 26
	24	100% ↑ 27 av 27	81% ↔ 22 av 27	96% ↑ 26 av 27	20% ↓ 2 av 10
	15	100% ↔ 22 av 22	100% ↑ 22 av 22	100% ↑ 22 av 22	70% ↑ 19 av 27

Resultat: Andelen med risk presenteras för respektive område, se ovan. Under 2023 fanns en projektgrupp gällande Senior Alert i syfte att förbättra det vårdpreventiva arbetet. 2023 visade ett bra resultat och en tydlig förbättring gentemot 2022. Under 2024 har ingen projektgrupp funnits. Resultaten från 2024 visar på sin helhet bra resultat men stora skillnader på enhetsnivå.

Analys: Följsamheten och det systematiska arbetssättet har i stora drag fortlöpt över de flesta enheter men fallit bort på enstaka enheter. Tänkbara orsaker till att det inte fungerat är sannolikt personalkontinuitet där personer har slutat, inhyrd personal har ersatt samt att man inte vidtagit någon konkret åtgärdsplan.

Åtgärd: Hitta arbetssätt med kvalitetsregister som är hållbara över tid. På så vis kan man uppnå ett systematiskt arbetssätt som är preventivt, kvalitetssäkrande och utvecklande.

BPSD- Resultat 2024 inom området demens

Bakgrund: BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom utifrån de nationella riktlinjerna för demens. Arbetet med BPSD förutsätter ett tvärprofessionellt teamarbete. Framtagna handlingsplaner bidrar till en minskning av beteendemässiga och psykiska symtom som kan uppkomma vid demenssjukdom. Genom att använda ett systematiskt arbetssätt bidrar verksamheten till att uppnå en god och säker vård och därmed en ökad livskvalitet.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

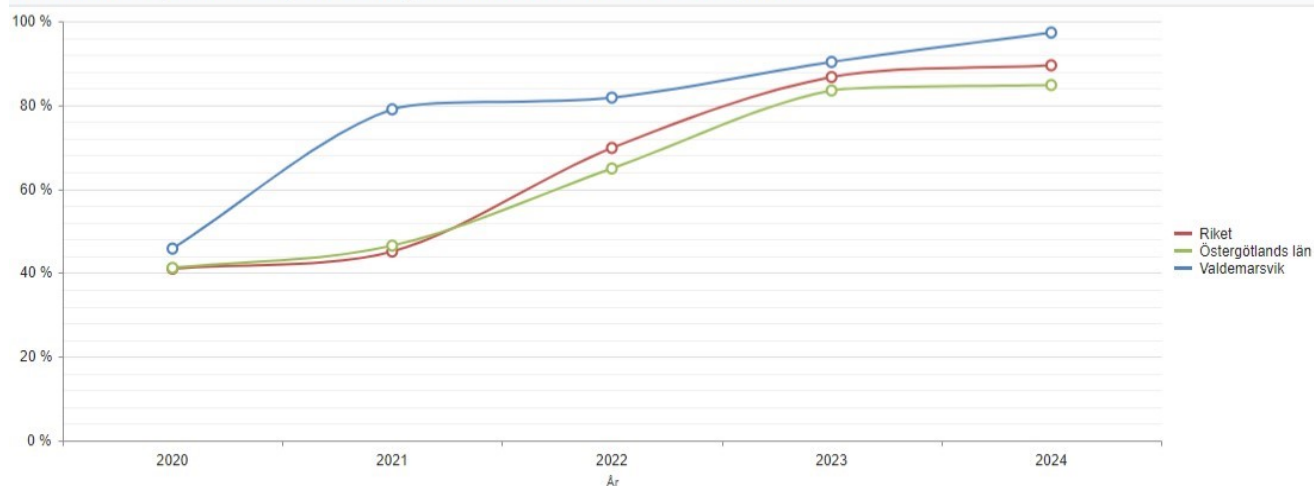
Mål: Att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet samt öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom.

Resultat: Statistik presenterat nedan är inhämtat 2025-01-02

År	Antal personer	Antal registreringar	*NPI-Poäng
2020	26	26	
2021	35	39	23,78
2022	48	67	20,47
2023	51	65	21.2
2024	52	73	~28

* Neuropsychiatric Inventory (NPI) skala utvecklad för att mäta beteendesymptom (BPSD), låga poäng eftersträvas. (Maxpoäng 144). Genomsnitt på senaste registreringen.

Registreringar där ett multiprofessionellt team (minst en person från SOL och en person från HSL) deltagit i hela processen vid BPSD-registreringen. (Observation av symtomen, analys av bakomliggande orsaker, varit med att ta fram åtgärder).

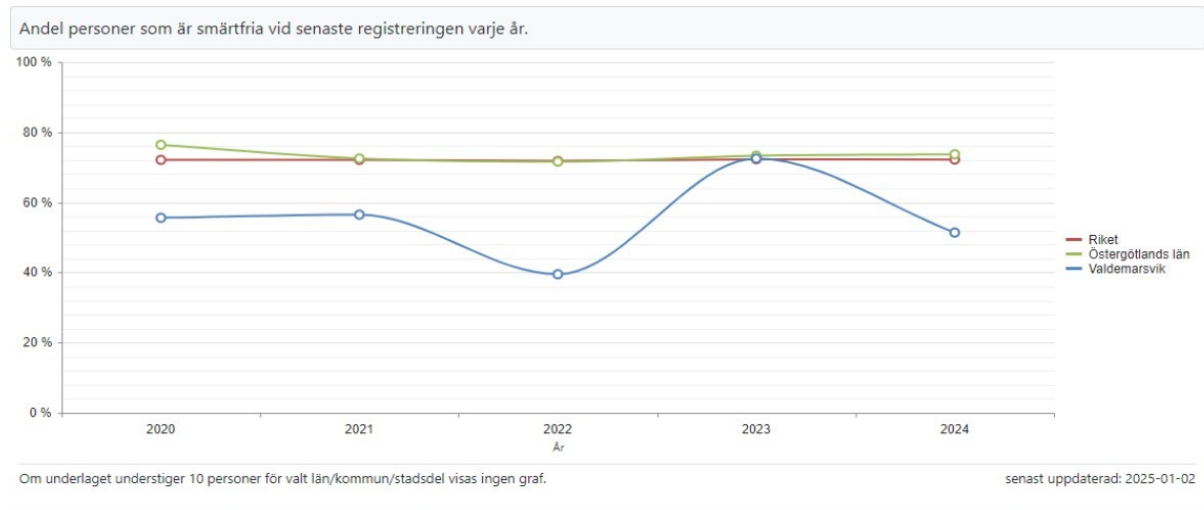


Om underlaget understiger 5 personer för valt län/kommun/stadsdel visas ingen graf.

senast uppdaterad: 2025-01-02

Resultatet ovan visar att Valdemarsvik fortsätter att förbättra det multiprofessionella arbetssättet med skattning av bakomliggande faktorer samt att ta fram åtgärder. 71 av 73 registreringar dvs 97,3% har bestått av ett multiprofessionellt team 2024. Detta kan jämföras med 2023 då strax över 80% registrerades multiprofessionellt. Snittet i Östergötlands län och riket uppgick 2024 till 84,8% respektive 89,5%.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024



Under 2024 skattades 51,4% som smärtfria mot cirka 75% smärtfria 2023. Resultatet är en försämring mot föregående år och ligger cirka 20-25% under snittet för riket och Östergötlands län.

Svedem

Bakgrund: SveDem är ett nationellt kvalitetsregister som syftar i att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom. För att stödja verksamhetsutveckling lägger SveDem särskild vikt vid att följa kvalitetsindikatorerna i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för demensvård och omsorg.

Resultat:

2023	2024	Socialstyrelsen målvärde
Antal uppföljningsregistreringar utförda: 30st	Antal uppföljningsregistreringar utförda: 10st	
Andel levnadsberättelse 83,3%	Andel levnadsberättelse 70%	över 98%
Andel miljöanpassningar 70%	Andel miljöanpassningar 90%	över 98%
Andel strategier för bemötande 96,7%	Andel Strategier för bemötande 100%	över 98%
Andel tillgång till personcentrerade aktiviteter 83,3%	Andel tillgång till personcentrerade aktiviteter 100%	över 98%

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Andel med antipsykosläkemedel 6,7%	Andel med antipsykosläkemedel 20%	Under 5%
Läkemedelsgenomgång inom 12 mån 100%	Läkemedelsgenomgång inom 12 mån 100%	

Resultat: Det finns påbörjade uppföljningsregistreringar som ej slutförts och därmed ej syns i årets resultat. Omvårdnadspersonal har ej haft SITHS-kort för att själv kunna slutföra registreringarna.

Analys: Då endast 10 uppföljningar har utförts så är det svårt att dra några slutsatser. Resultaten är inte nödvändigtvis representativt för alla kommunens SÄBO. Resultaten visar även på stora förändringar, positivt som negativt mot föregående år vilket sannolikt har att göra med antalet uppföljningsregistreringar.

Åtgärd:

Sträva efter att SveDem fortsätter användas och att uppföljningsregistreringarna ökar samt att Valdemarsviks kommun närmar sig Socialstyrelsens målvärde.

Samverkan mellan Valdemarsviks kommun och Region Östergötland Avvikelse mellan vårdgivare samt förbättringsåtgärder för ökad patientsäkerhet

Mål: Att fortsatt skicka och återkoppla avvikelser vid brister i egen eller extern verksamhet. Att utveckla samverkan mellan vårdgivare så att avvikelser inte upprepas.

Resultat:

Avvikelse mellan vårdgivare: Valdemarsviks kommun och Region Östergötland slutenvård och öppenvård.

År	Skickade avvikelser	Inkomna avvikelser
2021	19	17
2022	28	3
2023	10	7
2024	25	9

Analys av resultat:

Majoriteten av avvikelser som skickas mellan vårdgivare är i samband med in- och utskrivningsprocessen. Utskrivning från sjukhus och förflyttning av patienter mellan vårdgivare är ett riskmoment och ofta brister uppstår. Exempel kan vara bristande

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

överslaggning.

Åtgärd:

Fortsätta uppmärksamma och synliggöra brister som uppstår mellan vårdgivare.

Avvikelse inom det egna vårdgivaransvaret.

Avvikelse Läkemedel och Fall

Utifrån medicinskt ansvarigas ansvar görs en djupare analys i patientsäkerhetsberättelsen av avvikelser som berör läkemedel och fall.

Läkemedelsavvikelse 2024

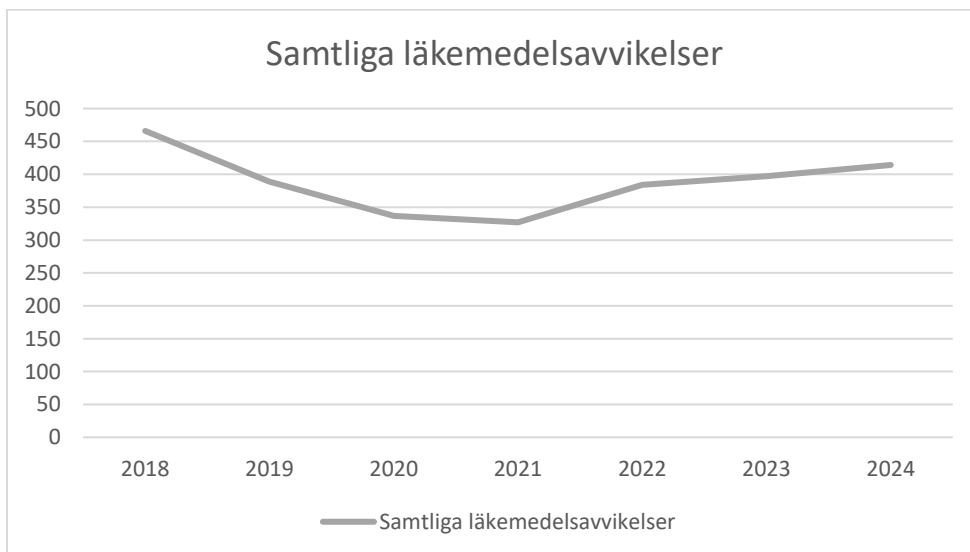
Mål:

- Minska antalet avvikelser som är relaterade till läkemedelshantering.
- Alla enheter identifierar avvikelsernas brister och kvalitetssäkrar orsaken till avvikelserna.

Resultat:

Avvikelse läkemedel

Läkemedel	Antal avvikelser	Förändring mot föregående år	% förändring mot föregående år
2022	384	+ 57 avvikelser	+ 17.4%
2023	397	+ 13 avvikelser	+ 3,4%
2024	414	+ 17 avvikelser	+ 4,1%



Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Analys: Den största andelen läkemedelsavvikelser berör glömda doser. Under 2024 utgör andelen glömda doser 48,6% av samtliga inkomna avvikelser. Detta är en ökning från föregående år.

De enheter som arbetar med digital signering minskar antalet glömda doser. Ett exempel är korttidsboende där glömda doser 2023 var 35 st. 2024 har 9 st glömda doser registrerats.

Många enheter inom kommunen har förutsättning för digitalt arbetssätt gällande läkemedel men är ännu inte ett formellt arbetssätt. Detta på grund av bristfällig implementering samt avsaknad av lösningar för autentisering. Kommunal lösning av autentisering finns sedan hösten, och implementering pågår i verksamheterna. De enheter som använder digitalt arbetssätt har längre antal glömda doser kontra de enheter där användningen är låg.

Ytterligare digitalt stöd vid läkemedelshantering är läkemedelsautomater. Under hösten 2024 har implementering påbörjats. Läkemedelsautomater bidrar till ökad självständighet hos användaren, samtidigt som delar inom läkemedelshanteringen kan säkerställas.

Antal avvikelser kopplat till antal patienter och antal tillfällen när läkemedel ges

Det faktiska antalet avvikelser som registreras i verksamhetssystemet är ett sätt att mäta ökning och minskning, men det är viktigt att även belysa antalet läkemedelsavvikelser utifrån antalet patienter som fått hjälp med sina läkemedel och hur många gånger läkemedel ges under ett år. Redovisningen nedan visar antal administreringstillfällen under ett år. Redovisningen är beräknad på antal boendeplatser (SoL och LSS), dag/daglig verksamhet samt antal personer som har stöd med läkemedelshantering i ordinärt boende.

Avvikelser läkemedel	År	Antal patienter som har hjälp med läkemedel	Antal ggr/dag som läkemedel lämnas till patienter (i genomsnitt)	Antal ggr/år som läkemedel lämnas till patienter (i genomsnitt)	Antal läkemedelsavvikelser/dag
	2020	185	555	202 575	0.92
	2021	190	570	208 050	0.89
	2022	221	663	241 995	1.05
	2023	250	750	273 750	1.08
	2024	253	759	277 035	1.13

Åtgärd:

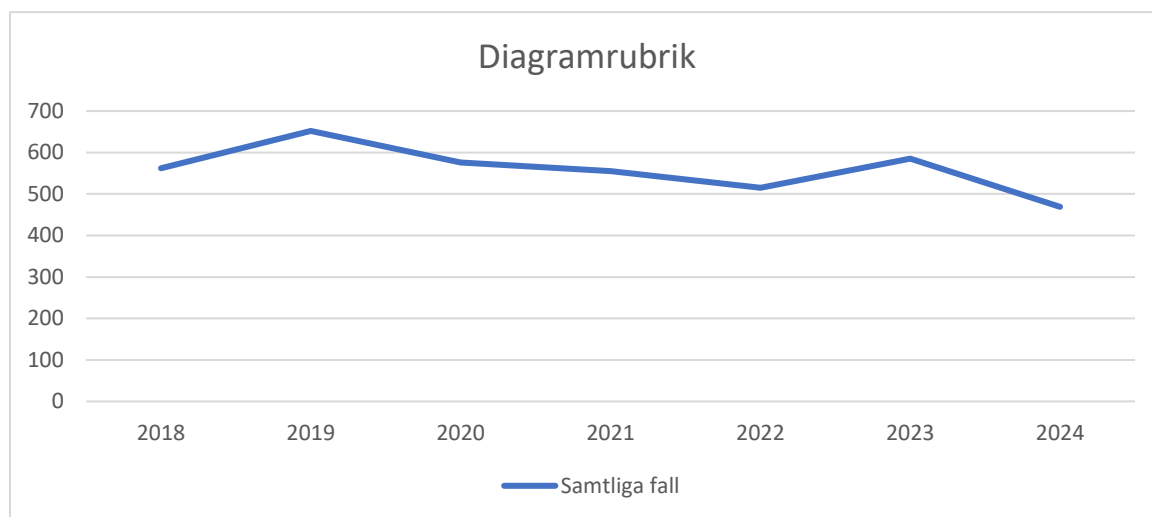
- Införa digital signering som formellt arbetssätt inom kommunens verksamhet. Arbetet är långsiktigt och kommer kräva tid för att säkerställa patientsäkerheten under införandet.
- Enhetschefer säkerställer korrekta arbetsscheman, så att det finns delegerad personal på varje hembesök där läkemedel ska ges.

Fallavvikelser 2024

Ett fall definieras som en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffat eller inte. Detta skall leda till att en avvikelse skrivs.

Mål: Att fortsätta arbeta aktivt med fallförebyggande åtgärder samt minska risk för vårdskada i samband med fall.

Resultat: Fallriskbedömning är tänkt att genomföras via Senior alert regelbundet 6:e månad på särskilt boende. Senior Alertbedömning erbjuds även personer inom LSS samt på korttidsboendet. I ordinärt boende är målet att fall för första gången ska leda till ett kostnadsfritt fallpreventivt hembesök och att övriga fall utreds av legitimerad personal. En annan del av det fallförebyggande arbetet är uppsökande verksamhet. Det innebär att samtliga personer som ansöker om trygghetslarm skall erbjudas ett fallpreventivt hembesök. I och med detta finns det möjlighet att i ett tidigt skede kunna komma i kontakt med personer med ökad fallrisk och tidigt kunna erbjuda fallförebyggande insatser.



Fall	Antal avvikelser	Förändring mot föregående år	% förändring mot föregående år
2020	576		
2021	555	-21 avvikelser	-3.65%
2022	515	-40 avvikelser	-7.21%
2023	585	+70 avvikelser	+12%
2024	469	-116 avvikelser	-19,8%

Åtgärd: Fortsätta erbjuda fallpreventiva hembesök i ordinärt boende.



(4)

KS-SO.2025.4

Strukturella förändringar LSS

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutet skickas till

Akten

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Verksamhetsområde stöd och omsorg

John Hansson

Utvecklingspedagog

Tel: 0123-191 00

E-post: john.hansson@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens stöd- och
omsorgsutskott

Strukturella förändringar LSS

Förslag till beslut i kommunstyrelsen

Förvaltningen får i uppdrag att omedelbart genomföra processen för att avveckla de tre satellitlägenheterna på Storgatan 33.

Ärendebeskrivning

Enligt den genomförda översynen av boenden enligt LSS framgår att behovet av gruppboendestäder förväntas minska framöver. Ett eventuellt tillskott av nya brukare kommer i allt större utsträckning att kräva serviceboenden. De nuvarande boende på Övre och Nedre Norrbacka blir äldre och kommer på sikt att behöva mer anpassade och tillgängliga boendemiljöer. Enligt rapporten från PwC:s genomlysning är en av orsakerna till den ekonomiska situationen att kommunen har små boenden enligt LSS.

För tre individer som idag bor på Storgatan 33 är en flytt möjlig, då uppsägningstiden är tre månader och lediga platser finns på andra enheter. Risk- och konsekvensanalyser ska genomföras för att säkerställa att flytten sker på ett tryggt och säkert sätt. De övriga fyra individerna kan bo kvar på Storgatan 33 fram till att hyresavtalet löper ut den 31 december 2026. Fram till dess kommer förvaltningen att få en tydligare bild av behovet av gruppboendestäder i framtiden. Beslut om eventuell avveckling av Storgatan 33 bordläggs till 2026.

Beslutet skickas till

Socialchef

Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman
Kommundirektör

Maria Frisäter
Socialchef

Strukturella förändringar LSS

Boendialternativ för vuxna enligt LSS

Insatsen bostad med särskild service för vuxna enligt LSS kan utformas som en gruppboende eller serviceboende. Det finns även en boendeform som heter annan särskilt anpassad bostad. En bostad för vuxna enligt LSS, kan vara utformad på olika sätt. I huvudsak beskrivs tre former av bostäder i förarbetena till lagstiftningen:

- gruppboende
- serviceboende
- annan särskilt anpassad bostad

I gruppboende och serviceboende ingår fast bemanning och omvårdnad, vilket däremot inte ingår i boendeformen annan särskilt anpassad bostad. Alla dessa typer av bostäder är den enskildes hem.

Verksamheter enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagen. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Därför är det också viktigt att bostaden ligger i en miljö som ger de boende förutsättningar att delta aktivt i samhällslivet.

Liten grupp personer i bostaden

I förarbetena till LSS framhålls att antalet boende i en gruppboende bör vara litet. För vissa personer med omfattande funktionsnedsättning är det särskilt viktigt att antalet kontakter i den närmaste miljön är begränsat. I förarbetena framhålls också att ett positivt socialt samspel med andra är ett nödvändigt inslag för ett gott liv i en gruppboende. För att stärka och utveckla samspelet i gruppboenden krävs att gruppen som delar gemensamma utrymmen inte är för stor. Den bör inte vara större än att den enskilde kan få en social roll i gruppen, knyta vänskapsband och kunna förstå och förutsäga de andras reaktioner.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd finns rekommendationer om antal boende i gruppboende respektive serviceboende. Där anges att i regel endast tre till fem personer bör bo i en gruppboende. Ytterligare någon boende bör kunna accepteras, men endast under förutsättning att samtliga personer som bor i gruppboenden tillförsäkras goda levnadsvillkor.

Antalet boende i en serviceboende bör vara så begränsat att serviceboendet integreras i bostadsområdet och en institutionell boendemiljö undviks.

Utformning av bostaden

En bostad med särskild service är personens hem och det ställer särskilda krav på bostadsstandarden. I förarbetena till LSS uttalas att huvudregeln bör vara att de generella byggbestämmelser som gäller för bostäder i allmänhet, också ska gälla för lägenheter i en gruppboende. I förarbetena till LSS framgår att gruppboende bör ligga i vanliga bostadsområden. För att undvika en institutionell miljö bör en bostad med särskild service för vuxna enligt LSS inte ligga i nära anslutning till en annan sådan bostad, eller andra bostäder som inte är ordinära så som till exempel korttidshem eller särskilda boendeformer för äldre personer. Som regel bör en bostad med särskild service för vuxna inte heller samlokaliseras med lokaler för daglig verksamhet.

Tillgång till gemensamhetslokaler

Bostadens utformning kan skilja sig åt mellan en gruppboende och en serviceboende. I förarbetena till LSS anges angående gruppboende att de gemensamma utrymmena bör placeras så att de kan fungera som den samlande punkten för de boende. Ytorna bör vara dimensionerade så att alla som bor i gruppboenden kan delta samtidigt i olika aktiviteter.

Gruppboendens gemensamhetslokaler bör

- ligga i nära eller direkt anslutning till de enskilda lägenheterna
- vara lätta att nå
- vara till för dem som bor i gruppboenden och tjänstgörande personal
- endast kunna nyttjas av andra på de boendes villkor.

Den som bor i en gruppboende bör kunna komma till gemensamma utrymmen utanför sin dörr. Gemensamhetsutrymmet delas med övriga personer som bor i gruppboenden och där ges möjlighet att äta tillsammans med de övriga för den som vill.

Även serviceboende har gemensamma utrymmen för service och gemenskap. Den som bor i serviceboende kan behöva gå en kort sträcka för att komma till gemensamhetsutrymmen.

Gemensamhetslokalerna kan ses som ett komplement till de egna lägenheterna och kan erbjuda möjligheter till samvaro och aktiviteter utifrån önskemål och intressen.

Referenser:

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

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

www.kunskapsguiden.se

Kartläggning av de enskildas boendestandard i relation till behov

Inledningsvis av denna översyn har en kartläggning gjorts för att på individnivå bedöma huruvida varje enskild person idag bor på ett sätt som är lämpligt utifrån behov av fysisk tillgänglighet och nära tillgång till personal. Denna kartläggning har påvisat att det idag finns flera individer som skulle behöva ett mer fysiskt tillgängligt boende än vad de har idag. Det har framkommit att det finns individer som idag bor i serviceboende men som egentligen har behov av en närmare tillgång till personal. Det finns också något omvänt exempel där någon individ idag bor i gruppboende men där behovet egentligen kunde vara bostad i serviceboende.

Nuvarande boenden i Valdemarsviks kommun

Övre Norrbacka (socialpsykiatri)

Övre Norrbacka är ett serviceboende där det idag är 7 personer som får insatser genom serviceboendet. Här finns också gemensamhetsutrymmen i en lägenhet på samma område.

Den gemensamma lägenheten fungerar idag också som en samlingsplats (Träffpunkten) till några andra, av verksamheten kända, individer som bor i ordinarie boende och kanske har insatsen boendestöd. Den lösningen är inte optimal eftersom serviceboendets gemensamma lokal ska finnas enbart för de som bor inom ramen för serviceboendet. Det pågår just nu en översyn i hur utformningen av framtidens Träffpunkt ska se ut i Valdemarsviks kommun där bland annat åsikter från brukare inhämtats.

I servicebostaden så finns det 4 enskilda som har behov av ett mer tillgängligt boende vad gäller såväl fysisk tillgänglighet som närmare tillgång till personal. Övriga 3 har en boendeform väl anpassat efter deras behov.

Nedre Norrbacka

Nedre Norrbacka är ett serviceboende där det idag är 7 personer som får insatser genom serviceboendet. Här finns gemensamhetsutrymmen i en lägenhet på samma område. Idag bedöms denna verksamhet vara tillräckligt ändamålsenlig för de behov som finns.

Båda verksamheterna på Norrbacka är förlagda i den äldre delen av Norrbacka och hyrs av extern fastighetsägare. En fördel med att ha just dessa verksamheter här är tillgången till lediga lägenheter, vilket gör att tid mellan beslut och verkställighet kan vara kort.

Gamla Landsvägen

Gamla Landsvägen är en gruppboende med 5 lägenheter. I dagsläget så är samtliga 5 lägenheter bebodda. Av dessa 5 individer så skulle en individ kunna bo på ett serviceboende.

Fastigheten är byggd på 90-talet med den standard som rådde då. Det är kommunens fastighet. Lokalerna har i grunden goda förutsättningar för att bedriva verksamhet i men skulle behöva ses över utifrån dagens krav på tillgänglighet och behov av personalutrymmen.

Storgatan 33

Storgatan 33 är en gruppboende med 4 lägenheter + 3 lägenheter som ligger i samma trapphus.

Av de fyra individer som bor på gruppboendet så har en ett behov som skulle kunna tillgodoses på ett serviceboende. Övriga tre individer har en boendeform som är väl anpassat efter deras behov.

Två av de individer som bor i servicelägenheter har behov av en gruppboende med bättre närhet till personal. Den tredje personen har en boendeform som är anpassat efter hans behov

Verksamhetens lokaler hyrs av extern fastighetsägare. Kommunens kontrakt med hyresvärden för själva gruppboendet upphör den 31 december 2026. Uppsägningstiden är 9 månader. Övriga lägenheter har tre månaders uppsägningstid.

Brogatan

Brogatan är en gruppboende med 5 lägenheter. I dagsläget så bor endast 3 individer där vilket innebär att vi har 2 tomma platser. Fastigheten är byggd på 90-talet med den standard som rådde då. Det är kommunens fastighet. Lokalerna har i grunden goda förutsättningar för att bedriva verksamhet i men skulle behöva ses över utifrån dagens krav på tillgänglighet och behov av personalutrymmen. Idag har Brogatan en inriktning för äldreboende.

Framtida behov av boenden

Förvaltningens bedömning är att antalet personer (netto) med behov av LSS-boende inte kommer att öka framöver. Målgruppen som idag bor i bostad med särskild service har en hög medelålder vilket gör att behovet av antal boenden kan förändras under kort tid.

Under 2022 gjordes en översyn av framtida behov av boende, vilken uppdaterades med aktuella siffror för 2024.

Översynen visade att det fanns 5 - 10 individer som är unga vuxna eller i övre tonåren och som kan komma att ansöka och få beslut om bostad med särskild service enligt LSS inom de närmaste åren. Det finns idag också några individer som har boendestöd men som, om de skulle ansöka om bostad enligt LSS, troligen skulle få det. Dessa individer har i så fall ett behov av serviceboende.

Något konkret antal är omöjligt att veta och svårt att uppskatta. Förutsättningar att beräkna och prognostisera behov hos personer med funktionsnedsättning är lite svårare än inom till exempel äldreomsorgen. Personer med funktionsnedsättning bor till exempel ofta kvar i föräldrahemmet längre än andra unga vuxna.

Även PwC anger i rapporten att en ökning inte är trolig, dock påpekar de att deras bedömning endast görs utifrån den demografiska utvecklingen.

Önskat framtida läge utifrån olika scenarier

Behovet är ändamålsenliga boenden i lämplig storlek och utformning som kan tillgodose målgruppens behov och medarbetarnas arbetsmiljö samt rätt antal lägenheter för att möta aktuella behov. Viss överbyggnad i antal lägenheter är önskvärt då risken att de inte nyttjas är låg samt att nivån på vite för ej verkställda beslut är hög. Bristen på boenden enligt LSS är hög i många kommuner vilket gör att boenden skulle kunna erbjudas till annan kommun.

Avveckla både gruppboenden och serviceboenden på Storgatan 33

I rapporten från PwC anger de att kommunens boenden är för små med tanke på att få en ekonomi i balans. En tanke kan vara att utveckla boendet på Brogatan och Gamla Landsvägen med ytterligare en lägenhet så att där skulle finnas 6 lägenheter på respektive plats samt avveckla Storgatan 33. Rekommendationen för att gruppboenden enligt LSS ska vara små (3 - 5 lägenheter) finns men när enskilda aktörer söker tillstånd hos IVO för att driva sådan verksamhet är det 6 lägenheter som är högsta norm. Hyrorna är dyra på Storgatan 33 i jämförelse med övriga LSS boenden i kommunen.

I takt med att fler och fler individer på Brogatan och på Gamla Landsvägen blir äldre så kommer vi att på sikt få lediga platser på dessa enheter. Det är dock svårt att veta exakt tidsintervall.

Behovet av gruppbestäder beräknas minska i framtiden. När fler platser uppstår på kommunens gruppbestäder Gamla Landsvägen och Brogatan bör dessa platser fyllas av individer från Storgatan 33.

Hela Storgatan 33 bör därmed fasas ut och på sikt avvecklas.

Avveckla servicebestäderna på Storgatan 33 men behålla gruppbestaden

På Storgatan 33 så bor i dagsläget 7 individer. Två av de individer som bor utanför gruppbestaden i egna lägenheter har behov av att bo i en gruppbestad där närheten till personal är betydligt närmare än vad de har i dagsläget. Då det finns två platser tomma på Brogatan så skulle dessa bägge individer ganska omgående flytta in där.

Den tredje individen som bor utanför gruppbestaden har behov som kan tillgodoses i en lägenhet på något av våra boenden på Norrbacka. Då det finns ganska många tomma lägenheter som kommunen kan hyra där så kan även den flytten ske snart. Uppsägningstiden för servicelägenheterna är 3 månader.

Individerna som bor på gruppbestaden på Storgatan 33 har ett komplext omvårdnadsbehov och en eventuell flytt därifrån kräver noggrann planering och förberedelser.

Individerna på Övre och Nedre Norrbacka blir äldre och på sikt har även de ett behov av ett mer anpassat och tillgängligt boende.

Avtalet med hyresvärden gäller till den 31 december 2026 med 9 månaders uppsägningstid. Under denna period så kommer förvaltningen få en klarare bild över hur behovet av antalet platser på gruppbestäder ser ut.

Maria Frisäter

Socialchef



(5)

KS-SO.2025.3

Årsplanering och kontaktpolitiker stöd- och omsorg 2025

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutet skickas till

Akten

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare
Stöd- och omsorg

Mottagare
Kommunstyrelsens stöd- och
omsorgsutskott

Årsplanering och kontaktpolitiker stöd- och omsorg 2025

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

1. Årsplanering 2025 för kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott antas.
2. Kontaktpolitiker för 2025 gäller enligt listan nedan:

Datum	Område	Chef	Kontaktpolitiker
2025-02-24	Hälsa- och sjukvård	Ingela Unnerbäck	
2025-03-24	Kyrkvägen	Annelie Skoglund	
2025-04-28	IFO myndighet	Sandra Gullberg / Maria Feltborn	
2025-05-26	IFO centrala resurser	Sandra Gullberg / Maria Feltborn	
2025-06-17	SF (LSS boende)	John Hansson / Stefan Baciritzis	
2025-08-25	SF (Boendestöd, daglig verksamhet, pers. ass mfl)	John Hansson / Stefan Baciritzis	
2025-09-22	Vammarhöjden / Åldersro	Jan Druidh / Petra Battel	
2025-10-27	Hemtjänst	Petra Schlichting / Leane Högberg	
2025-11-24			
2025-12-15			

Sammanfattning

Ärendebeskrivning

Ovan anges när respektive enhetschef inom stöd- och omsorg kommer till utskottet för att presentera sin verksamhet och svara på frågor från utskottet. Innan enhetschefen besöker utskottet förväntas kontaktpolitikerna besöka verksamheten. Besök i verksamheten planeras med enhetschef. Kontaktpuppgifter till respektive enhetschef tillhandahålls av kansliet.

Innehåll

Enhetschef ska vid besök hos utskottet redovisa:

- Fotografier på verksamhetslokaler och var verksamheten är lokaliserad



- Personalläge; nuläge, sjuktal, täthet och framtid
- Hur vikariesituationen ser ut
- Aktuella frågor i verksamheten
- Ekonomi
- Resultatuppföljning, åtaganden och verksamhetsmål
- Trender och tendenser inom verksamheten
- Redovisning av värdegrundsarbetet på enheten

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser.

Beslutet skickas till

Kontaktpolitiker stöd- och omsorg
Enhetschefer stöd- och omsorg
Socialchef
Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman
Kommundirektör

Maria Frisäter
Socialchef