



Plats och tid: Brisen / Grynnan Kommunhuset Strömsvik, 2023-01-23, 08:15:00

- Upprop
- Val av protokollsjusterare

Nr	Dnr	Ärende	Föredragande och ca tid
1	Nämnd.2023.2	Information KS-SOU a) Stöd och omsorg b) Aktuellt i sektorn c) Ekonomi - Månadsuppföljning - Statistik d) Övriga ärenden	08:20 Marie Schmid, Louise Skymnevik och Anna-Lena Udenius Marie Schmid Eva Martinsson Marie Schmid
2	KS-SO.2023.2	Patientsäkerhetsberättelse 2022	10:00 MAS Lena Borgman Fred MAR Sofia Johansson
3	KS-SO.2023.3	Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023-2024	MAS Lena Borgman Fred MAR Sofia Johansson
4	KS-SO.2020.8	Motion - Kartläggning av LSS verksamhet	Anna-Lena Udenius
5	KS-SO.2023.4	Årsplanering och kontaktpolitiker 2023	
6	Nämnd.2023.6	Övriga ärenden	

Per Hanö (SD)
Ordförande

Lova Hästö
Sekreterare



(1)

Nämnd.2023.2

Information KS-SOU

a) Stöd och omsorg

b) Aktuellt i sektorn

c) Ekonomi

- Månadsuppföljning
- Statistik

d) Övriga ärenden

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag



(1)

Nämnd.2023.2

Beslutet skickas till

Xxxxx

Akten

Justerare

.....

.....



(2)

KS-SO.2023.2

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten



Skrivelse med beslutsförslag

Tjänsteställe/Handläggare

Sektor stöd och omsorg
Sofia Johansson
Medicinskt ansvarig för rehabilitering
Lena Borgman Fred
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Mottagare

Kommunstyrelsens stöd och
omsorgsutskott

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Förslag till beslut

1. Att Kommunstyrelsen antar upprättad patientsäkerhetsberättelse för 2022.

Ärendebeskrivning

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR och medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS har utifrån patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) upprättat patientsäkerhetsberättelse för hälso-och sjukvården. Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur arbetet genomförts under 2022 med fokus på kvalitet och patientsäkerhet.

Nytta för patienten

Att i patientsäkerhetsberättelsen sammanställa hur det systematiska arbetet har genomförts under 2022 ger en tydlighet om goda resultat som ska upprätthållas samt resultat med förbättringsåtgärder som ska observeras under 2023 inom det egna vårdgivaransvaret och i samverkan med externa parter.

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Medicinskt ansvarig för rehabilitering
Sofia Johansson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Lena Borgman Fred

Beslutet skickas till
Sektorchef
MAR och MAS



Patientsäkerhetsberättelse 2022



Sektor Stöd och omsorg

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Inledning.....	3
3 Grundläggande förutsättningar för säker vård	4
4 Engagerad ledning och styrning	4
4.1 Övergripande mål och strategier 2022.....	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.....	8
7 Patienten som medskapare	9
8 Agera för säker vård.....	9
9 Ökad kunskap om inträffade vårdskador	10
10 Tillförlitliga och säkra system och processer	11
11 Säker vård här och nu	12
11.1 Riskhantering	13
12 Stärka analys, lärande och utveckling.....	14
12.1 Avvikelse.....	15
12.2 Klagomål och synpunkter	15
13 Öka riskmedvetenhet och beredskap	16
14 Mål, strategier och utmaningar för kommande år	16
15 Slutord	17

Bilagor

Bilaga 1: Bilaga resultat PSB 2022

1 Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen för 2022 är framtagen med stöd av socialstyrelsens reviderade mall för patientsäkerhetsberättelse och har en ny layout. Den nya mallen rekommenderas för både kommuner och regioner och har tagits fram i samverkan mellan SKR, Socialstyrelsen och medicinskt ansvariga sjuksköterskors nätverk för att Agera för säker vård.

Hälso- och sjukvården står inför en rad långsiktiga, strukturella och demografiska förändringar. Regeringen beskriver att svensk sjukvård behöver en större kostym och att primärvården behöver byggas ut när den kommunala hälso- och sjukvården integreras inom primärvårdens uppdrag. Det kommer att medföra nya samverkansytor för att fortsatt bygga en sömlös verksamhet.

I patientsäkerhetsberättelsen ses att det övergripande arbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården i flera avseenden är av hög kvalitet, men det finns förbättringsområden att fortsatt utveckla. En sammanställning av årets resultat är samlad i dokumentets bilaga.

Nytt för 2023 är att det finns en separat Handlingsplan för ökad patientsäkerhet för 2023-2024. Handlingsplanen har tagits fram utifrån patientsäkerhetsberättelsens resultat med strategier för ökad patientsäkerhet.

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 framtagna av Socialstyrelsen i en Nationell Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024.

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.

Dessa grundläggande förutsättningar rekommenderas att vara ledord i lokala handlingsplaner och utvecklas i Valdemarsviks kommuns lokala Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023-2024.

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 2022

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.

Verksamheten säkerställer patientsäkerheten genom att:

- Analysera resultat i kvalitetsregistren och därefter återrapportera behov av vårdpreventiva processer och resultat.
- Utföra egenkontroller, internkontroller och kvalitetsgranskningar i den omfattning och frekvens som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

- Inom den kommunala hälso- och sjukvården utföra kvalitetsgranskningar av journaldokumentation.
- Samverka med Region Östergötland och kommunerna i länet för ökad patientsäkerhet.

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. De ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik och följa de riktlinjer och rutiner som finns.

Omvårdnadspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder legitimerad yrkesutövare. Till exempel när de får skriftlig delegering från en legitimerad yrkesutövare att utföra en arbetsuppgift. Omvårdnadspersonal ansvarar för att följa de rutiner och riktlinjer 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

Det är mycket viktigt att ha samverkansparter för att fånga upp så många kontaktytor som möjligt. Dessa har stor betydelse för att minska risker för oönskade händelser och ökar möjligheten att kvalitetssäkra verksamheten samt förebygga vårdskador. Samverkansavtal och överenskommelser finns mellan kommunerna och region Östergötland som beskriver hur samverkan ska ske vid exempelvis Samordnad vård och omsorgsplanering.

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

Medicinskt ansvarigas ledningsgrupp (MALG). I MALG ingår samtliga medicinska ansvariga från länets 13 kommuner. MALG samverkar med LGVO i gemensamma strategiska frågor om vård och omsorg. Denna samverkan minskar även skillnader i arbetssätt, terminologi och synsätt i länet.

Samverkan med vårdcentralen i Valdemarsvik

Valdemarsviks kommun har under 2022 tillsammans med vårdcentralen i Valdemarsvik fortsatt sin samverkan för en Nära vård och för en sömlös vård och omsorg. Arbetet fortsätter med att initiera till förbättrade metoder och arbetssätt tex att tydliggöra kontaktvägarna med varje patients ansvariga läkare och överenskommelser om läkarsamverkan inom kommunala boenden. Den specialiserade hemsjukvården ska vara ett alternativ till sjukhusvård. PAH är en samverkan

mellan kommunens hemsjukvård, vårdcentralen och LAH på Vrinnevisjukhuset. Målet är att åstadkomma högsta möjliga livskvalitet och trygghet för såväl patient som närstående och skapa ett stärkt medicinskt omhändertagande i hemmet och med möjligheten att vistas på närsjukvårdsplats på Vammarhöjden när sjukhusets samlade resurser inte krävs. Utbildningsinsatser har varit prioriterade under året.

MAS och MAR samverkar

MAS, MAR, enhetschefer och leg personal samverkar i patientsäkerhetsdialoger för att kvalitetssäkra vården ex genom att optimera samverkan inom den egna organisationen och bidra till tydliga samverkansytor och kunskapshöjande insatser.

Smittskyddsenheten

Region Östergötland har ledningsansvaret utifrån det smittförebyggande och åtgärdande arbetet. Smittskyddsläkare har med stöd av vårdhygienisk expertis kontinuerliga samverkansmöten med kommunernas medicinskt ansvariga.

MAS deltar i regionens vaccinationsgrupp med planering för vaccination av covid-19 och säsongsinfluensa.

Hjälpmedelsområdet

Medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) möts länsövergripande regelbundet. Representanter från denna grupp deltar i varierande antal arbetsgrupper och samverkansformer såsom hjälpmedelsråd, länsbrukarråd samt samverkan med länets hjälpmedelsleverantör Sodexo. Dialogerna med Sodexo och länets hjälpmedelskonsulter fyller en viktig funktion på flera olika nivåer när det gäller att säkerställa säkerhet, tillgång och kvalitet kopplat till hjälpmedel och hjälpmedelsförsörjning.

Teamsamverkan

Hälsö- och sjukvårdens personal arbetar i team utifrån geografiska områden. För att öka kontinuitet, samverkan och tillgänglighet har samtliga arbetsgrupper inom omsorgen namngiven områdesansvariga sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut som deltar på teamträffen. Samtliga arbetsgrupper inom omsorgen har regelbundna teamträffar i anslutning till APT. Teamträffarna är en mycket viktig grund för den samverkan som finns mellan hälso- och sjukvården, medarbetarna på enheten och deras chef.

4.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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

Medarbetarna ska ha nödvändiga kunskaper om IT-stöd och gällande säkerhetsregler. Säkerhetsaspekter ska beaktas vid utveckling, anskaffning och utbildning ska erbjudas kontinuerligt. Övergripande riskanalyser ska genomföras för att kunna anpassa skydd.

Informationssäkerhet inom hälso- och sjukvårdsorganisationen innebär:

Sekretess: Behörighetstilldelningar till patientjournaler och digitala system för att kunna utföra hälso- och sjukvårdsuppdrag ingår i chefens för hälso- och sjukvårdens ansvar. Ansvarsfördelningar och 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 för att berörd personal ska ha nödvändiga kunskaper inom aktuellt IT-stöd och säkerhetsregler ges kontinuerliga övergripande utbildningsinsatser med genomgång av digitala system för att användarvänlighet och säkerhetsaspekter ska säkerställas. Förankring och medvetenhet hos medarbetarna utgör själva grunden för informationssäkerhetsarbetet.

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.

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

Under 2022 har följande arbetet kring informationssäkerhet utförts:

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

Rutiner finns för utlämnande av journalhandlingar, arkivering och gallring av hälso- och sjukvårdens journaler, behörighetstilldelning, inhämtande av samtycken, loggkontroller samt hur hälso- och sjukvård kan utföras på ett säkert sätt vid händelser som medför att det inte finns åtkomst till digitala patientjournaler.

Loggkontroller har utförts av ansvarig chef som även säkerställt att utbildningar regelbundet har erbjudits till medarbetare. Under året har det främst berört hantering av det nya avvikelssystemet samt det nya journalsystemet Lifecare.

Medicinskt ansvariga utför årligen journalgranskning. Resultatet analyseras och har kommunicerats med hälso- och sjukvårdens chef samt med utbildningsansvariga i verksamheten.

Under året har kommunens informationssäkerhetsansvarig erbjudit samtliga medarbetare i Valdemarsviks kommun utbildning inom informationssäkerhet i form av nano-learning via mail. Informationssäkerhetsansvarig har även under året konsulterats av medicinskt ansvarig för rehabilitering gällande hantering av personuppgifter i samband med införandet av ett nytt molnbaserat rehabiliteringsprogram.

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.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop med varandra. Det är inte ovanligt att avvikelser i hälso- och sjukvården beror på just arbetsmiljö, till exempel hög arbetsbelastning. Det är viktigt att säkerhetskulturen genomsyrar alla delar i vården då det bidrar till öppen kommunikation i det dagliga arbetet. Inom detta område genomförs idag inte någon systematisk utvärdering men regelbundna dialoger förs med enhetschefer. Dessa dialoger är komplement till egenkontroller och kvalitetsgranskningar då det finnas ett värde i att undersöka vilka förutsättningar personalen upplever sig ha för att bedriva säker vård.

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 Hälso- och sjukvårdsenhetens medarbetare

Samverkan på alla nivåer samt utbildningar har varit en viktig punkt under 2022. Pandemin påverkande generellt verksamheternas möjligheter att tillgodose medarbetarnas behov av kunskap och kompetens. De starka restriktioner som rådde gällande fysiska sammankomster och sjukfrånvaro samt arbetsbelastning medförde att utbildningsmöjligheterna påverkades negativt. Situationen krävde en omställning till mer digitala arbetssätt för att tillgodose läkemedelsutbildningar, kvalitetsgranskning av läkemedelshantering, teamträffar och basala hygienutbildningar.

Digitala utbildningar har och kommer fortsättningsvis vara viktiga, men de behöver kompletteras med fysiska utbildningar och möten. Fysiska möten bidrar till en djupare förståelse, övning i praktiska moment, ökad dialog och reflektion.

Under 2022 har utbildningar och föreläsningar i högre grad erbjudits med både fysiska och digitala möjligheter, vilket lett till att fler haft möjlighet att delta. en del av utbildningsmaterialen kan tas del av i efterhand.

Utbildningsinsatser har under 2022 varit efterlängtade och högt prioriterade:

- Lifecare HSL, SoL och LSS ny digital avvikelsemodul.
- Lifecare ny digital modul klagomål och synpunkter
- Lifecare HSL ny digital patientjournal
- Utbildning Sjuksköterskans kliniska bedömning
- Utbildning av överläkare på Linnéakliniken Vin om palliativ vård, bemötande, samverkan och läkemedelshantering
- Utbildning med ansvariga läkare från vårdcentralen och överläkare från Vin, palliativ vård, brytpunkt och vårdplaner
- 1 dags-utbildning i rehabiliterande förhållningssätt för rehabiliteringspersonal, biståndshandläggare och äldrepedagoger
- MI (Motiverande samtal) utbildning för rehabiliteringspersonal och biståndshandläggare
- Deltagande i forskningsstudie om törst vid svår sjukdom
- Digitala, fysiska och praktiska läkemedelsutbildningar till omvårdnadspersonal inför delegeringsuppdrag
- Deltagande vid flertalet konferenser och föreläsningar

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.

För att patienten ska kunna vara delaktig och få stöd i sin vård så erbjuds närstående att delta i vårdplaneringar och riskbedömningar i de fall patienten 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 beslut grundar sig på delaktighet.

Det är en naturlig del i arbetet med exempelvis vårdplaner och genomförandeplaner så att patientens förmåga balanseras med personalens stöd i omvårdnaden för att förhindra vårdskador. Individuella planer för vård, behandling samt rehabilitering är grunden till rätt insatser.

Patienter och närstående har möjlighet att lämna klagomål eller synpunkter muntligt eller skriftligt till berörd enhet eller genom kommunens system för synpunkter och klagomål. I första hand ska missförstånd och problem lösas direkt i verksamheten.

I de fall synpunkter eller klagomål berör allvarigare händelser tar ansvarig chef kontakt med medicinskt ansvariga. Ärendets natur avgör vem/vilka som ansvarar för utredning samt att svara anmälaren och närstående.

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 resultat inom fem fokusområden. Dessa fokusområden utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet samtidigt som de bildar en struktur för nationella åtgärder.

Ökad kunskap om inträffade vårdskador.

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

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.

Hälsö- 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 §

Inom kommunal hälso- och sjukvård beskrivs i kvalitetsregistret Senior alert vårdtagarnas riskområden och egenkontroller har genomförts om förekomst av trycksår. Att genomföra dessa mätningar är av stor vikt då trycksår kan ha flera orsaker och påverkas av ex

- nutrition
- förekomst av tryckavlastande hjälpmedel
- aktiviteter i vardagen
- fysiska sjukdomar som medför nedsatt rörlighet
- läkemedelsbiverkan ex yrsel, trötthet

Senior alert fångar även risker för nutrition, fall och ohälsa i munnen.

Under 2022 startades ett projekt för att uppnå ett mer systematiskt och hållbart arbetssätt över tid samt att öka kunskapen om riskförebyggande och proaktivt arbete.

Omvårdnadspersonal inom äldreomsorg integrerades tydligare i arbetet med riskbedömningar och förebyggande arbeten genom praktiska utbildningsinsatser om munhälsa och bedömningar samt webbutbildning.

Att utöka användandet av skattningsskalor för att upptäcka läkemedelsbiverkningar ex trötthet och yrsel kan förhindra risk för trycksår eller fall.

Resultat från trycksårsmätningen 2022 går att ta del av i bilagan sida 6.

Tre kvalitetsregister

I verksamheten används idag 3 kvalitetsregister; Senior alert, Palliativregistret samt BPSD. Beslut har tagits att under 2023 införa ytterligare ett kvalitetsregister, SveDem. Potential finns att i högre

utsträckning använda lokala resultat från kvalitetsregistren som grund för förbättringsarbeten och för att analysera vårdskadeläget.

Idag tas regelbundet lokala resultat ur palliativregistret. De lokala resultaten ser mycket bra ut och redovisas också i bilagan sida 10-13.

Nytt digitalt system för rapport och utredning av avvikelser

Under senare delen av hösten infördes ett nytt digitalt system för rapportering och utredning av avvikelser. I samband med att avvikelsemodulen togs i bruk gavs utbildningsinsatser till alla medarbetare och chefer för att öka kunskapen om rapportering och utredning.

Rutinen för avvikelshantering uppdaterades och den beskriver varje professions ansvar samt att inkomna avvikelser ska mottas skyndsamt och att handläggstiden är inom 60 dagar.

Det nya avvikelssystemet ger verksamheten möjligheter till uttag av statistik på ett enklare sätt och därmed bättre förutsättningar till analys.

Det finns idag få verktyg för att inhämta patient och närståendes upplevelse av den vård de erhåller och behov finns av att utveckla området.

10 Tillförlitliga och säkra system och processer



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

Genom en systematisk uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalitet säkras beslutade processer och rutiner utifrån styrande mål och krav.

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.

Resultaten redovisas i bilaga.

Egenkontroll, internkontroll och kvalitetsgranskning	Frekvens
Extern kvalitetsgranskning läkemedel	1 g/år
Egenkontroll läkemedelshantering	1 g/år
Kvalitetsgranskning Hälso- och sjukvård	Var 3:e år - Utförd 2021
Avvikelser/rapporter	Bearbetas fortlöpande och lyfts för diskussion på teamträffarna ca 10 tillfällen/år.
Uttag avvikelsestatistik	4 ggr/år
Insatser för kontroll av basala hygienrutiner, utbildning och smittförebyggande åtgärder	4 ggr/år
Resultat i palliativa registret	4 ggr/år
Mätning av förekomst av trycksår	1 g/år
Regelbunden internkontroll av lyftselar	2 ggr/år
Rena hjälpmedel	2 ggr/år

Utöver de verksamhetsnära kontrollerna är det av stor vikt att möta de förändringar som sker inom hälso- och sjukvården, inte minst vid omställning till Nära vård, genom att också utveckla uppföljningar med fokus på patientens väg genom vården. Det är begränsade möjligheter att påverka andra vårdgivandes arbete när det gäller patientens väg genom vården, men det är viktigt att säkerställa att processen från kommunens ansvar är säker och ändamålsenlig. En del är att förbättra både strukturer och arbetssättet så att kunskap och medvetenhet om rutinerna för utskrivningsprocessen är väl kända och efterföljs.

11 Säker vård här och nu



Brist på tillgång till läkemedel och medicintekniska produkter

Den restsituation som funnits under 2022 när läkemedelsföretag inte kan leverera läkemedel för att säkerställa att tillgång möter efterfrågan har varit ett återkommande bekymmer. Orsaker beror på problem i tillverkningen, brist på verksamt ämne eller en oväntat hög efterfrågan på läkemedlet. Information om det råder bristande tillgång på vissa läkemedel, restsituation, har kommit från Region Östergötland under året.

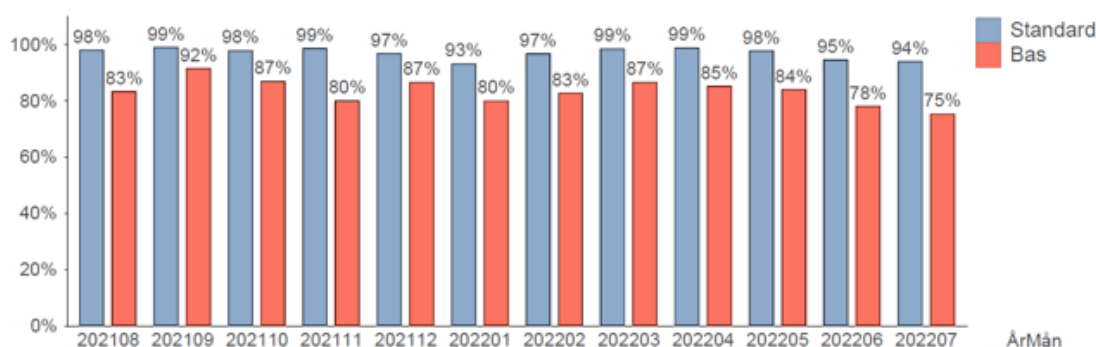
Det har medfört behov av läkarkontakter för de patienter som är ordinerade restnoterade läkemedel. Det ses att restnoterade läkemedel har medfört behov av nya läkarordinationer med kort varsel.

Problematik kring tillverkningen och brist på råvaruämnen berör inte endast läkemedelsbranschen, utan liknande svårigheter kan ses inom området medicintekniska hjälpmedel. Detta kan gälla olika typer av aggregat, slangar som leder till svårigheter att använda utrustning, men även olika typer av hjälpmedel berörs, ex förflyttningshjälpmedel och trycksårshjälpmedel.

Leveranssäkerheten har under 2022 försämrats något i jämförelse med 2021 enligt den statistiskt som Sodexo tillhandahåller gällande leveranssäkerhet för hjälpmedel.

Under 2022 har dialoger om tillgång och prioritering förts med MAR, hjälpmedelskonsulter och hjälpmedelsleverantören för att säkerställa att dessa förseningar i minsta möjliga mån ska påverka medborgarna.

Leveranssäkerhet per sortiment



Behov av vårdpreventiva satsningar

Ett arbete har genomförts under 2022 som berör riskbedömningar i Senior alert. Syftet var att omvårdnadspersonal på samtliga äldreboenden i ökad grad ska kunna genomföra riskbedömningar självständigt. I projektet har utbildningsinsatser integreras ex instruktioner för en god munhälsa med genomgång av riskbedömningsinstrument. Den ökade kunskapen har bidragit till att omvårdnadspersonalen upplevs mer riskmedvetna.

Digitala utmaningar

Det har varit flera utmaningar under året med att införa digitala satsningar. Produkternas användarvänlighet har inte varit tillfredsställande och det har medfört förseningar och krävt djupare analyser om orsaker till att det digitala systemet inte levererar som överenskommet med produktägarna.

Produktägarna har även senarelagt införandet av moduler som bidragit till förseningar.

Tilläggsmoduler krävs i större utsträckning för att systemen ska kunna leverera all data. Dessa brister är kostnadsdrivande, påverkar tidsaspekterna för införandet och har medfört förseningar.

In- och utskrivning från sjukhus

Varje dag samordnas insatser för att patienter ska få rätt insatser och en trygg hemgång från sjukhus. Det är ett pågående arbete som har förbättringspotential i hela länet för att exempelvis undvika brister i samordnade individuella planer, tydliga samverkanskontakter och läkar- till läkarkontakter inför hemgångar.

Dessa förbättringsområden kommer att kräva tydligare arbetsstruktur och följsamhet till gemensamma rutiner och som stöd har en länsgemensam grupp startat.

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.

Under 2022 har övergripande riskanalyser berört verksamhetens kvalitetsarbete vid införandet av ny digital hälso- och sjukvårdsjournal och införande av ny avvikelsemodul för hälso- och sjukvården samt riskanalyser som är kopplade till ett smittförebyggande arbete som lett fram till handlingsplaner.

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.

Dessa uppföljningsområden som beskrivs nedan är stöd inom hälso- och sjukvårdens område för att kunna styra, leda och kontrollera och kommer att ligga till grund för en Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023-2024.

Socialstyrelsen Öppna jämförelser kommunal hälso- och sjukvård

Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter på olika nivåer.

Ramverk för styrning med mål och nyckeltal

EU-kommissionen har finansierat ett projekt inom ramen för God och nära vård med syftet att ta fram ett ramverk för styrning med mål och nyckeltal. Ramverket har tagits fram som en metod för att ge stöd till kommunen som huvudman. Initiativtagare till projektet är Partnerskapet för kunskapsstyrning inom socialtjänsten som består av Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt Regional samverkan och stödstruktur (RSS).

God och nära vård handlar bland annat om att vården ska bli mer tillgänglig för patienterna och att vården ska samordnas bättre. En viktig del av omställningen är därför stöd till utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården samt dess samverkan med regional primärvård och specialistvård.

Egenkontroller och internkontroller

Egenkontroller visar om verksamheten följer riktlinjer, rutiner och processer och internkontrollerna analyserar om fastställda mål är uppnådda.

Kvalitetsgranskningar

Målen för kvalitetsgranskningar är

- att enhetschef och legitimerad personal utifrån enhetens resultat planerar, leder och kontrollerar verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls eller förbättras, samt
 - att kvalitetsuppföljningarna stimulerar verksamheten till ständig förbättring och vidareutveckling.
- I den övergripande kvalitetsgranskningen analyseras både egenkontroller och internkontroller

Journalgranskning

Kvalitén på dokumentationen är överlag god men det saknas ibland fullständiga vårdplaner och det finns sökord som används mer flitigt, vilket medför att kvalitén av journaldokumentationen varierar. Det är inte möjligt att fortsatt utveckla nuvarande verksamhetssystem för journaler och kompatibiliteten med andra nya system är inte tillfredsställande. Arbeten pågår med att ersätta

nuvarande verksamhetssystem med Lifecare HSL-journal.

Kvalitetsregister

Nationella Kvalitetsregister möjliggör lärande, utveckling och ständigt förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Registret är också ett viktigt stöd för att uppnå en kunskapsbaserad och jämlik hälsa samt en resurseffektiv vård och omsorg.

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 dagverksamheter samt i ordinärt boende. Den största andelen avvikelser berör läkemedel och fall. Ärendegången beskrivs i dokumentet "Rutin för avvikelshantering". Utförlig redovisning för enheternas avvikelsestatistik sker på respektive enhets årsrapport. Alla brukare som registreras i avvikelsemodulen är inte inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. Dessa personer har endast insatser enligt SoL eller LSS.

Under verksamhetsåret analyseras och bearbetas avvikelser på varje enhet av enhetschef samt legitimerad personal. Vid allvarig 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, sida 14.

Under 2022 har det inte inkommit några avvikelser, klagomål eller synpunkter som efter utredning lett till anmälan 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.

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

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.

Resiliens innebär att en organisations säkerhet är beroende av förmågan att ligga steget före och möta förändringar och påfrestningar genom tidiga analyser av risker och anpassningar. På så sätt kan verksamheten skötas på ett säkert sätt, trots de nya förutsättningarna.

Resiliens behöver finnas på alla nivåer i verksamheten – oavsett om det gäller en individ eller inom ett team. För teamet skulle det kunna handla om att ligga steget före och förutse konsekvenser av alternativa lösningar och därmed agera effektivt för att undvika risker.

Inom hemsjukvården samlas dagens team för att gå igenom dagens uppdrag och de aktiviteter som är planerade, uppmärksamma störningar eller förändrade förutsättningar så som sjukfrånvaro eller förändrade hälsotillstånd och hembesök som behöver prioriteras så att detta kan planera tillsammans och att situationer kan lösas.

Kompetensstärkande insatser i form av träning och simulering ges vid behov ex i hanteringen av medicintekniska produkter för läkemedelshantering för att säkerställa kvalitet och säkerhet samt utbildning för provtagningar och vaccination. I år har tex förflytningsutbildningar erbjudits vid 2 gånger under hösten för att säkerställa att omvårdnadspersonalen kunskap kring säkra förflyttningar men detta förebygger även risk för arbetsskador.

Risikanalyser är också en viktig del i det riskförebyggande arbetet som samtidigt identifierar risker som kan leda till allvarliga händelser.

Generella kompetensförstärkande utbildningar varit ett prioriterat område för hälso- och sjukvårdsenheten 2022 (se Adekvat kunskap och kompetens).

14 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Under 2023 kommer medicinskt ansvariga:

- Fortsätta följa arbete i de lokala tvärprofessionella teamen med att förebygga vårdskador via kvalitetsregistren.
- Utveckla återkoppling och användandet av utdata från kvalitetsregistren och andra kvalitetsmått inom verksamheten.
- Utföra planerade egenkontroller.
- Fortsatt bevaka utvecklingen av covid-19 och samverkan med smittskyddsenheten.
- Utföra riskanalyser samt upprätta handlingsplaner vid behov
- Utföra journalgranskningar
- Fortsatt lokala samverkansgrupper mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för patienten.

Det finns behov att fortsatt observera patientens väg mellan vårdgivare och arbeta för en väl planerad och säker hemgång med tydliga ansvar mellan vårdgivarna med en delaktig patient.

Det rehabiliterande synsättet har stor betydelse för patientens förmåga till självständighet. Det finns ett behov av att förändra och införliva arbetssätt inom området rehabilitering. Ytterligare kunskap behövs för att öka förståelsen/vikten av följsamhet till ordinationer så att de värderas på samma sätt som övriga ordinationer. Patienten ska vara delaktig i sin rehabilitering.

Införandet av nya moderna och digitala verksamhetssystem har varit en god säkerhetsfaktor som också inför kommande år bidrar till en användarvänlighet som stärker att dokumentation av avvikelser och patientens vård och behandling genomförs med ökad patientsäkerhet.

En Handlungsplan för ökad patientsäkerhet har tagits fram inför 2023-2024.

Handlingsplanen ska stärka det systematiska arbetet och bidra till ökad kunskap och riskmedvetenhet inom området patientsäkerhet. Ett led i detta är att utveckla samverkan med enhetschefer genom att skapa stärkta möjligheter till ökad dialog med fokus på att Agera för säker vård med stöd av SKRs analysverktyg.

15 Slutord

Resan mot Nära vård 2030.

Alla beslutsfattare och medarbetare i vårdrelaterade yrken står inför flera frågor att lösa. Statliga utredningar beskriver att det krävs en omställning i hela vårdkedjan alltifrån sjukhusvård till kommunal vård och omsorg. Omställningen innebär att alla behöver arbeta mera personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande och att ny teknik och mobila tjänster är viktiga pusselbitar i arbetet.

I Valdemarsvik finns pågående aktiviteter inom flera områden som bidrar till en meningsfull vardag för brukare, underlättar arbetsdagen för medarbetare och ger säker åtkomst till den information som behövs för en god vård och omvårdnad, men fler aktiviteter behövs.

Engagerade ledare och medarbetare är viktiga för att leda förbättringsarbeten och analysera resultat och risker. Det leder till att alla arbetar med rätt saker och samverkar på alla nivåer så att medarbetarna får goda förutsättningar att utföra ett patientsäkert arbete.

Patientens egna upplevelse av sin hälsa är kopplat till vårdens resultat och kan synliggöras på ett bra sätt när verksamheten arbetar med Teamsamverkan

– Alla yrkesgrupper är viktiga och tillsammans kan vi göra skillnad.

Valdemarsvik 2023-01-10.

I tjänsten

Marie Schmid *Chef sektor stöd och omsorg*

Lena Borgman Fred *Medicinskt ansvarig sjuksköterska*

Sofia Johansson *Medicinskt ansvarig för rehabilitering*

Resultaten från egenkontroller, internkontroller och kvalitetsgranskningar 2022.

Intern läkemedelsgranskning

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

MAS kontroll av läkemedelshantering på LSS boenden

Resultat: Egenkontroll och tillsyn av läkemedelshantering har under året genomförts på LSS boenden. Resultaten efter egenkontrollerna har bidragit till åtgärdsplaner med uppdateringar i lokala rutiner, patientetiketter till pärm, byten av signaturlistor samt förtydliganden vid apodoshantering.

Analys av resultat: Sammantaget är läkemedelshanteringen god.

Medarbetare har genomgått den fullständiga delegeringsprocessen för läkemedelshantering och känner sig trygga med att få läkemedelsdelegering. Antalet läkemedelsavvikelser är låga och man är mycket nöjd med samverkan med ansvarig sjuksköterska.

Åtgärd: Förbättringsområden är beskrivna i enheternas åtgärdsplaner.

Uppföljning av åtgärd: Genomförs vid nästa egenkontroll.

MAS kontroll av dokumentation i patientjournal

Resultat: Dokumentationen i kommunens patientjournaler har inte tydligt beskrivit att läkemedelsgenomgångar genomförts.

Det har inte varit ett kontinuerligt arbetssätt att dokumentera läkemedelsgenomgångar i den kommunala patientjournalen samt att använda skattningsdokument. Det sker alltid muntliga dialoger och analyser mellan läkare och sjuksköterska inför läkarbeslutet om läkemedelsbehandling/ordinationer.

Analys av resultat: Det är ett förbättringsområde att kontinuerligt dokumentera läkemedelsgenomgångar och skattningsinstrument i den kommunala patientjournalen. Det är ett samverkansområde mellan läkare och sjuksköterska. Läkare ansvarar för att läkemedelsgenomgångar utförs och sjuksköterska deltar i utvärderingar med patienten och omvårdnadspersonal.

Det saknas tydliga strukturer i den digitala patientjournalen för att korrekt kunna dokumentera läkemedelsgenomgångar, ex finns brister i sökord samt att KVÅ-koder inte kommit fram så att sjuksköterska korrekt kan koppla insatsen att läkemedelsgenomgångar är utförda. Det har bidragit till att dokumentationen inte strukturellt finns beskriven och att statistik på åtgärder saknas.

Åtgärd: Övergång till ny digital patientjournal pågår som stödjer dokumentationen med sökord, KVÅ-koder och anpassad journalstruktur. Förbättringsåtgärder är framtagna och införda om strukturerade läkemedelsgenomgångar.

Uppföljning av åtgärd: Statistikuttag ur journaler samt muntliga dialoger.

Extern läkemedelsgranskning

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs årligen enligt avtal. Apotekare besöker verksamheten och hela läkemedelskedjan kontrolleras.

Resultat: Resultatet efter kvalitetsgranskningen med apotekaren var att fortsatt årligen uppdatera rutinerna för delegeringsutbildningen samt att ansvariga sjuksköterskor gör lokala anpassningar för läkemedelshantering. Narkotikahanteringen är genomlyst och fungerar väl.

Åtgärd: Lokala åtgärdsplaner tas fram för att optimera en god läkemedelshantering. Ansvariga sjuksköterskor uppdaterar lokala och övergripande rutiner.

Uppföljning av åtgärd: Vid kommande kvalitetsgranskning

Hygienmätningar

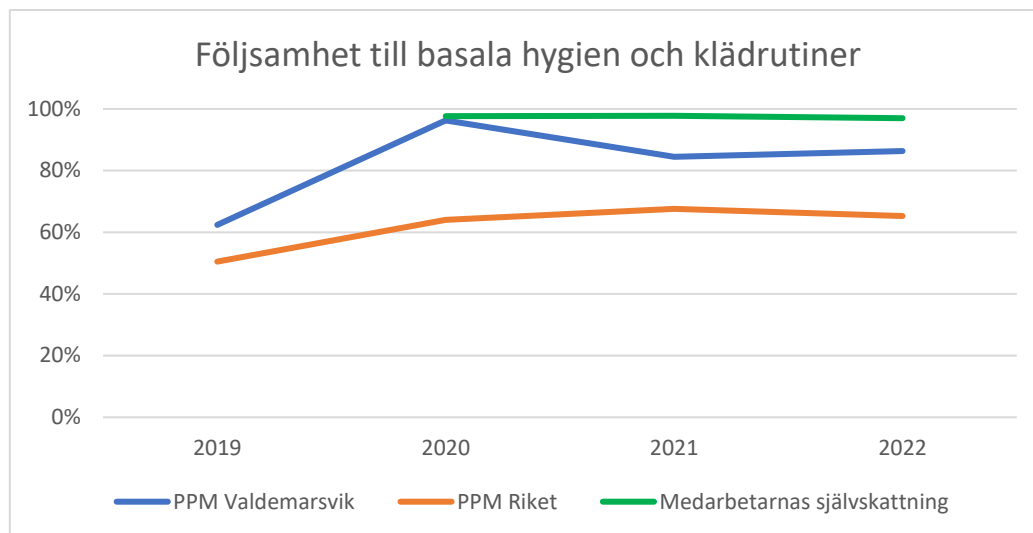
Övergripande mål: Att öka följsamhet till basala hygienrutiner.

Mätningar av basala hygien- och klädrutiner

SKRs PPM mätning av följsamhet till basala hygien- och klädrutiner kontrollerar hela det smittförebyggande arbetet.

Att i kommunens egna egenkontroll skatta sin egen följsamhet till ett smittförebyggande arbete för att se hur man agerar i en vårdssituation är mycket värdefullt. Medarbetaren bedömer sitt arbetssätt och analyserar när man har korrekt arbetssätt för att förhindra smittspridning, samt vilka personliga förbättringsåtgärder som ska göras.

Resultat: Följsamheten till basala hygien- och klädrutiner och medarbetares självskattning av sin egen följsamhet i omvårdnadssituationer är god, men det är ett område att fortsatt arbeta för högre resultat. Lokal mätning av självskattning av följsamhet till basala hygien- och klädrutiner, se nästa sida.



Analys av båda resultaten: Valdemarsviks kommun har ökat sitt resultat något i SKR:s PPMmätning i jämförelse med föregående år och ligger högre i jämförelse med rikets resultat. Att genom självskattning analysera sitt eget arbetssätt när man använder skyddsutrustning eller har ett smittförebyggande arbetssätt har varit uppskattat. Resultaten är stadigt höga och visar att man har ett smittförebyggande arbetssätt när man observerar sig själv.

Det kan finnas risk för att följsamheten till basala hygien och klädrutiner minskar när samhället har fått lättnader i restriktioner och covid-19 inte längre klassas som en pandemi. Covid-19 och influensafallen har ökat i Sverige under december 2022 och samtidigt avslutades provtagning för vårdens medarbetare med hänvisning till att flera virusvarianter sprids i samhället och att alla ska vara hemma vid symtom.

Åtgärd: Att fortsätta båda kontrollerna för vårdens medarbetare för att se indikatorer om minskad följsamhet är grundläggande för en god säkerhet och beredskap. Att också fortsatt tydliggöra att alla anställda ska vara hemma vid förkylningssymtom tills man är frisk och kan återgå till arbetet

Uppföljning av åtgärd: Mätningar av följsamhet till basala hygien- och klädregler samt självskattningar fortsätter att genomföras enligt rutin för att i ett tidigt skede se indikatorer om ökad smitta.

Vårdhygien- hjälpmedel

Mål: Att det inte ska finnas mycket smutsiga hjälpmedel i verksamheterna.

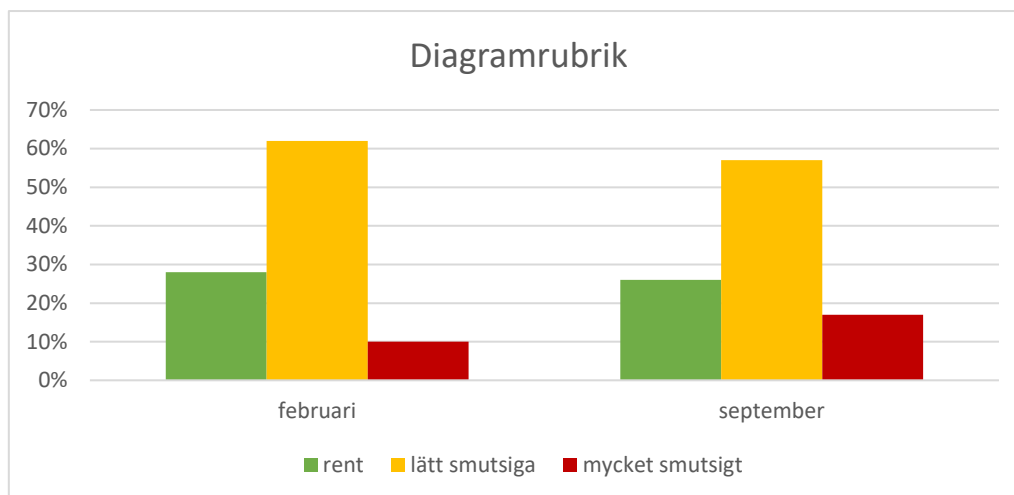
Smutsiga hjälpmedel kan bidra till smittspridning, ökat slitage på hjälpmedlen och det bidrar inte heller till trevnad eller välmående för de personer som ska använda hjälpmedlet. För att få en bild av hur rena hjälpmedlen är i Valdemarsviks kommun har observationsmätningar genomförts på samtliga vård och omsorgboenden. Liknande mätningar har utförts av andra kommuner i länet.

I februari och september 2022 utförde rehabiliteringspersonal punktprevalensmätning på

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

samtliga boende. Hjälpmedel på 2 rum/per avdelning granskades och skattades på en 3-gradig skala om rent, lätt smutsigt eller dammigt och mycket smutsigt.

Resultat: Första mätningen inkluderade 61 hjälpmedel. Endast 26% av hjälpmedlen kunde betraktas som rena. 10% av hjälpmedlen ansågs mycket smutsiga, vilket övervägande var rullstolar. Vårt lokala resultat visade sig vid dialog i MAR-nätverket inte skilja sig nämnvärt från andra kommuners resultat, men utifrån ovannämnda anledningar ska dock kommunens mål vara att det inte förekommer mycket smutsiga hjälpmedel i verksamheterna.



Åtgärd: Utifrån resultatet vidtogs åtgärder såsom uppdatering av Hygiendirektiv för hjälpmedel, information till chefer och medarbetare och samtliga verksamheter uppmanades att se över sina lokala rutiner. Rehabiliteringspersonalen visade och diskuterade resultatet för berörda verksamheter på teamträffarna samt lyfte rengöring av hjälpmedel på rehabombudsträffar. Vid den uppföljande mätningen i september 2022 observerades 67 hjälpmedel. Tyvärr visade den uppföljande mätningen att de vidtagna åtgärderna inte gav önskad effekt.

Genom rehabombudsträffar väcktes en diskussion om hur stöd med rengöring av hjälpmedel bör/kan ges till personer i ordinärt boende. Utifrån att verksamheten inte alltid har ansvar för rengöring av hjälpmedlen i ordinärt boende så kommer liknande mätning inte utföras inom hemtjänsten. Dialog har istället förts mellan MAR, hemtjänstchefer, biståndshandläggare och äldrepedagogerna om hur behovet kan tillgodoses på ett bra sätt för personer i ordinärt boende som har behov av stöd.

Analys av resultat: 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:

- Fortsätta utföra observationsmätningarna vår och höst.
- Åter lyfta behov av lokala rutiner och följsamhet till dessa
- Ta fram skriftlig information som beskriver ansvarsfördelning gällande rengöring av hjälpmedel i ordinärt boende.

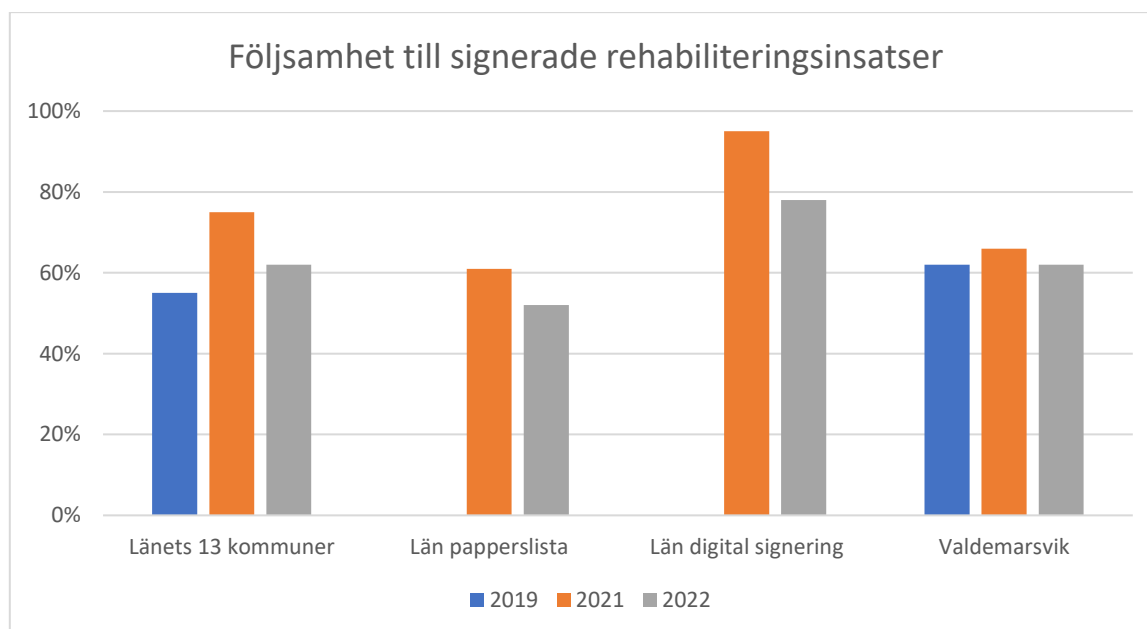
Mätning av följsamhet till ordinerade rehabiliterande insatser

Länets medicinskt ansvariga för rehabilitering har fortsatt analyserat följsamhet till signering av ordinerade rehabiliterande insatser. Motsvarande enkätundersökningar har genomförts 2019 och 2021.

Mål: Ökad följsamhet till signering av ordinerade rehabiliterande insatser

Resultat: Följsamheten har minskat något jämfört med våren 2021 både i länet och lokalt. Mätningen i november 2022 visade att endast 62% av ordinerade rehabiliteringsinsatser i Valdemarsvik utförts enligt ordination. Valdemarsvik har i jämförelse med övriga län, där man inte använder sig av digital signering, har en lite stabilare och bättre följsamhet generellt sett.

I de kommuner där man använder digital signering har man fortfarande en bättre följsamhet men det finns även där en tydlig nedgång 2022. Vad som orsakat denna tillbakagång kan inte besvaras än då någon länsgemensam analys och sammanställning av resultatet från november 2022 inte hunnit genomföras.



Analys av resultat: När ordinerade insatser inte utförs ska en avvikelse skrivas. Utifrån att 38% av signeringarna saknades så borde det genererat 90 avvikelser för utebliven åtgärd/vård och behandling. Avvikelser för utebliven rehabilitering har ej registrerats under mätperioden. Både följsamhet till ordination och rapportering av utebliven rehabilitering behöver förbättras. Det fortsatta låga följsamheten till signering av ordinerade rehabiliteringsinsatser ses allvarligt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Det kan påverka patienternas förutsättningar att återfå alternativt bibehålla sina funktions- och aktivitetsförmågor. Länets medicinskt ansvariga kommer fortsätta att följa detta område.

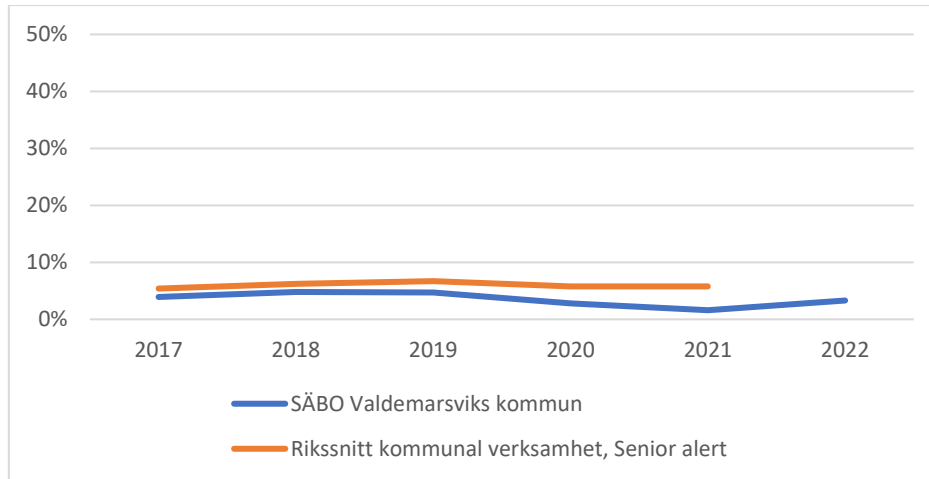
Åtgärd: Ett arbete behöver genomföras under 2023 för att säkerställa att patienter erhåller samtliga ordinerade rehabiliteringsåtgärder samt att uteblivna ordinationer rapporteras in

Uppföljning av åtgärd: Genom avvikelsestatistik samt egenkontroll.

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska vara fortsatt låg/minska

Resultat: Trycksår mäts en gång per år via punktprevalensmätning v 46. På särskilt boende för äldre hade 2 av 60 (3,3%) patienterna tryckskador. I riket låg motsvarande siffra på 5,8% procent 2021. Resultatet för 2022 finns inte publicerat än från Senior alert.



Analys av resultat: Resultatet visar att teamsamverkan som arbetssätt ger goda resultat och att arbetssätt gällande trycksår är väl fungerande. Trycksårskick, frekvens och åtgärder följs upp och diskuteras via senior alert samt på enheternas teamträffar.

Åtgärd: Mätningar fortsätter. Inga ytterligare åtgärder kommer vidtas.

Palliativregistret

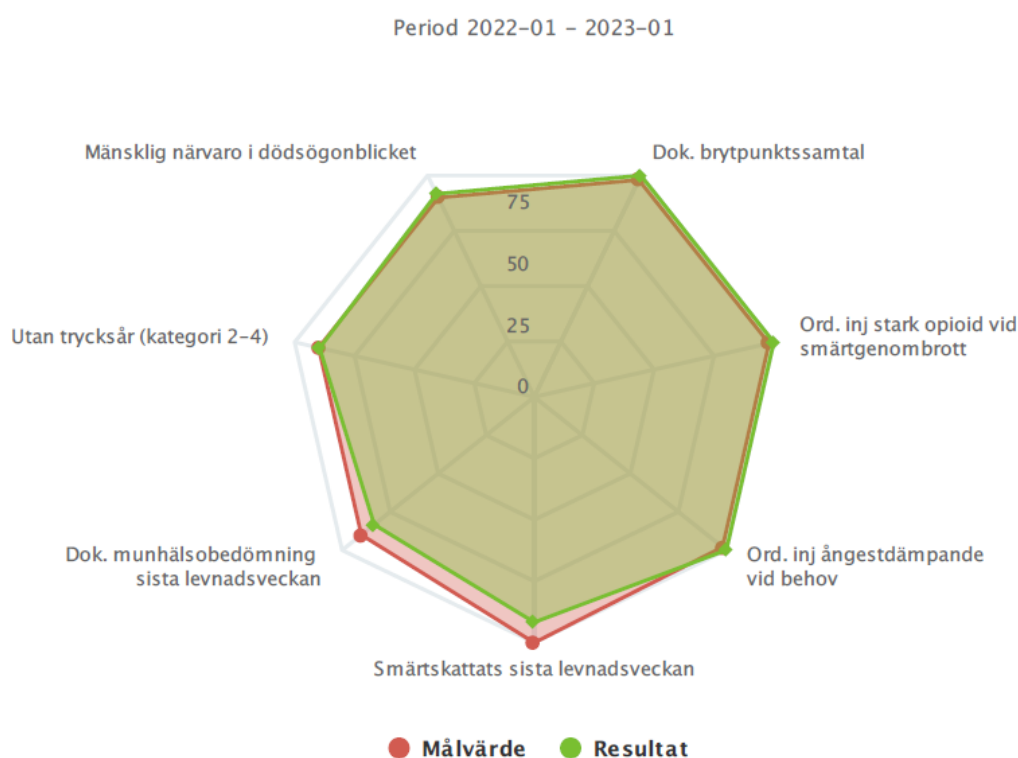
Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister med registrering av vård i livets slutskede. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården och resultaten används för att mäta, förbättra och följa upp kvaliteten i vården.

Sedan 2011 används kvalitetsregistret och kommunens sjuksköterskor dokumenterar alla personer som avlider på SoL och LSS boenden, personer som har hemsjukvård i ordinärt boende eller är anslutna till PAH, primärvårdsanaluten hemsjukvård. Registerdata granskas regelbundet av medicinskt ansvariga och lokal palliativ samverkansgrupp.

Mål: Uppnå respektive målvärde i palliativregistret.

Resultat 2022 Valdemarsviks kommun Period 2022-01 - 2023-01 48 personer är avlidna

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Dok. brytpunktssamtal	98,0	100,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	91,7
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	83,3
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	89,6
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	91,7

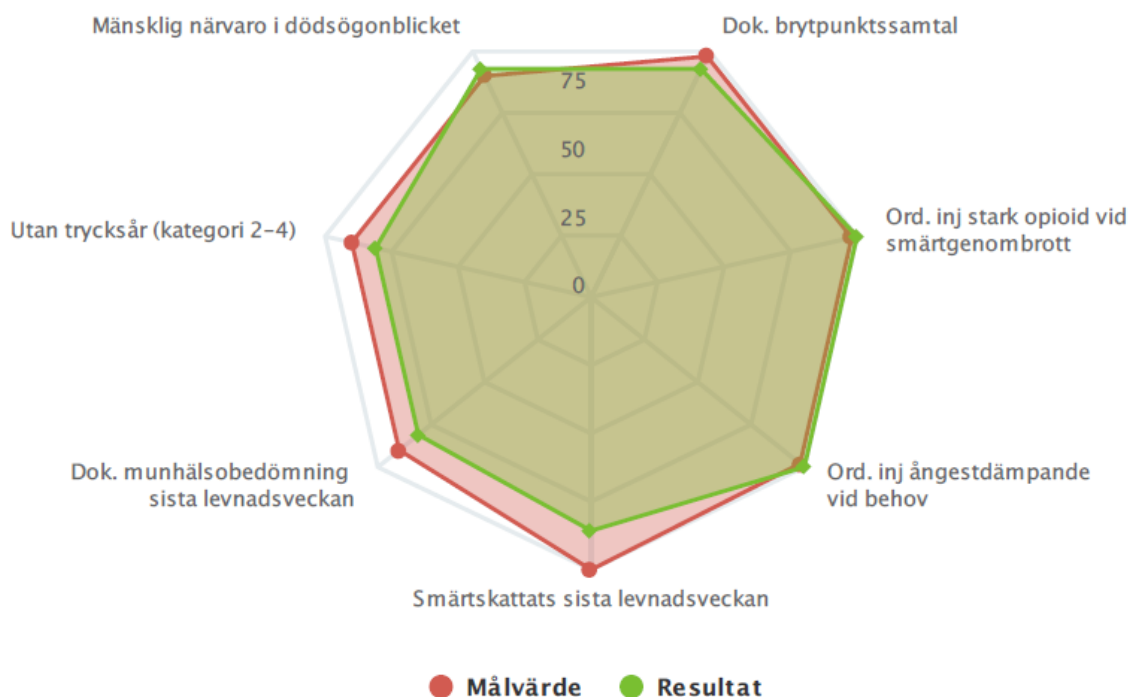


Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

Resultat 2021 Valdemarsviks kommun Period 2021-01 - 2022-01 42 personer är avlidna

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Dok. brytpunktssamtal	98,0	92,9
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	85,7
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	81,0
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	81,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	92,9

Period 2021-01 – 2022-01



Resultat: Resultaten ökar stadigt och närmar sig palliativregistrets målvärden. Det finns ett vedertaget arbetssätt i den palliativa vården och i vård i livets slutskede med tydliga uppföljningsparametrar som visar sig ha en god följsamhet.

Analys av resultat: Den palliativa vården är ett mycket viktigt samverkansområde som genomförs i samverkan med vårdcentralen i Valdemarsvik. Att ha denna nära samverkan speglar också fördelen med korta kommunikationsvägar och ledtider vid insatser. I kommunen finns legitimerad personal med uppdrag att vidareutveckla

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

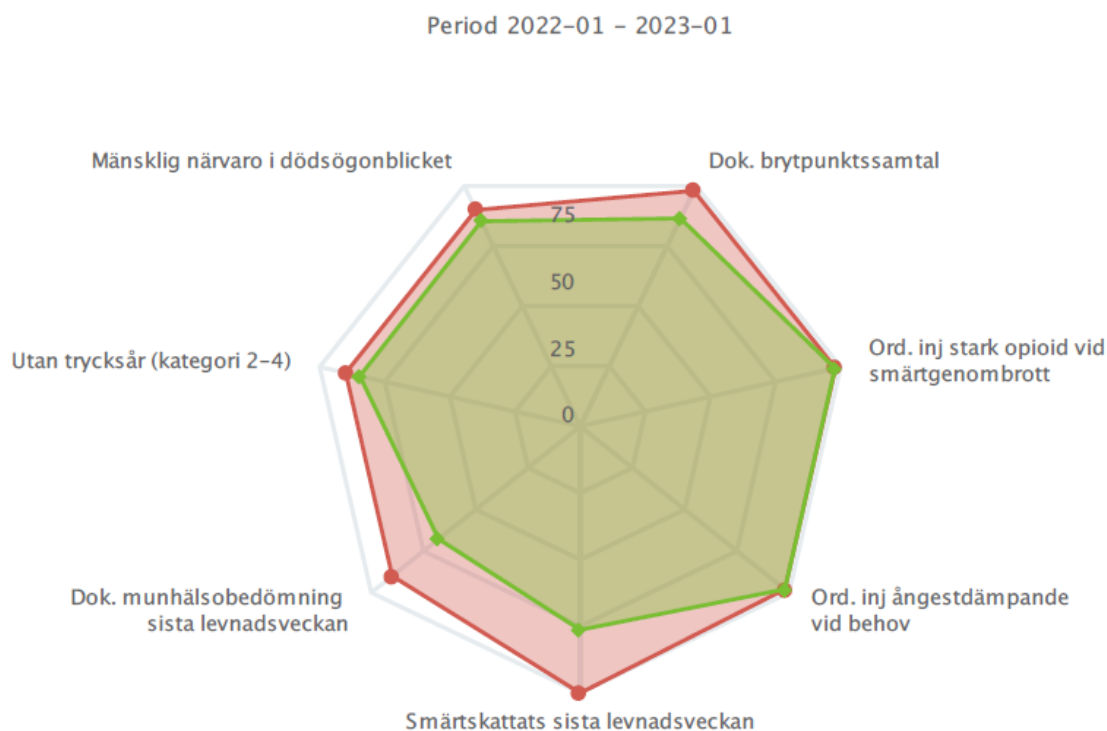
den palliativa vården inom både särskilda boendeformer och i ordinärt boende samt ansvarar för att initiera till kontinuerliga träffar med enheternas palliativa kontaktpersoner.

För de personer som avlider hastigt kan inte vissa registreringar genomföras. Det kan påverka resultaten om smärtskattning eller munhälsobedömning genomförts sista levnadsveckan

Åtgärd: Under 2023 ska fortsatta arbeten ske för att bibehålla och utveckla den palliativa vården och vården i livets slut och i samverkan med vårdcentralen i Valdemarsvik arbeta aktivt med förbättringsområden som är röda i spindeldiagrammet. Att fortsatt ha en tät samverkan med enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut samt omvårdnadspersonal är av stor vikt.

Uppföljning av åtgärd: Kontroll av resultat i palliativa registret ska följas kontinuerligt under 2023 i samverkan med leg personal och enhetschefer. Delges alla medarbetare.

Jämförelse med Resultat för Östergötlands kommuner 2022



Senior alert

Verksamheten ska erbjuda deltagande i Senior alert utifrån målgrupp. Patienten bedöms utifrån risk för undernäring, trycksår, fall och ohälsa i munnen. Vårdplaner upprättas för att åtgärda, eliminera, reducera eller förebygga vårdskada. Ett lärande skapas i det fortlöpande förbättringsarbetet för att minska risker för vårdskada. Analys av arbetet genomförs av verksamheten och resultat tas upp på enhetens teamträffar.

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

Resultat: Riskbedömning har under året genomförts till 98% på samtliga kommunens boenden. Det är den högsta följsamheten till riskbedömningar sedan registreringar började utföras. Andelen med risk presenteras för respektive område, se nedan.

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Valdemarsviks kommun	77	98% ↑ 119 av 122	82% ↓ 97 av 119	72% ↓ 86 av 119	65% ↓ 68 av 104
Trycksår		39% ↑ 48 av 122	73% ↓ 35 av 48	71% ↓ 34 av 48	59% ↓ 22 av 37
Undernäring		63% ↑ 77 av 122	82% ↓ 63 av 77	77% ↓ 59 av 77	67% ↓ 39 av 58
Fall		83% ↓ 101 av 122	92% ↑ 93 av 101	83% ↓ 84 av 101	71% ↓ 67 av 95
Munhälsa		55% ↑ 53 av 96	94% ↑ 50 av 53	89% ↓ 47 av 53	61% ↓ 28 av 46

Analys av resultat: Vid en övergripande analys av flera föregående årsresultat går det se att registrering av bakomliggande åtgärder på samma enhet kan variera från år till år, från mycket hög till lågt att återgå till mycket hög registrering. Anledningen till detta skulle kunna vara att ansvarig legitimerad personals arbetsbelastning varierar i perioder som kan påverka prioritering till att arbeta i registret. Hälso- och sjukvården har under året fått flera nya medarbetare och flera medarbetare har varit föräldralediga. Svårigheter har funnits med att rekrytera vilket lett till behov av inhyrd personal.

Det är viktigt att belysa att åtgärder finns framtagna, men följsamheten till det systematiska arbetssättet att även registrera i senior alert inte är utförd i lika stor utsträckning.

Åtgärd: Att enkelt kunna dokumentera och registrera åtgärder i journal samt i registret är viktigt för följsamheten. Åtgärder kring detta har genomförts i palliativregistret inom områden där det fanns behov av ökad följsamhet. Detta anser vi bör ses över även för senior alert. Statistik kommer att tas ut och förmedlas till respektive verksamhet. Projekt senior alert fortsätter under 2023

Uppföljning av åtgärd: Regelbundet följa resultaten och antalet registreringar.

BPSD- Resultat 2021 inom området demens

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 för att kvalitetssäkra demensvården i användandet av BPSD. 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.

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

Resultat: Det går inte att dra några stora slutsatser än så länge utifrån resultaten i registret, då datamängden fortfarande är låg. Under 2022 gjordes 70 registreringar och antalet registreringar har ökat sedan föregående år.

År	Antal personer	Antal registreringar	*NPI-Poäng
2020	23	26	
2021	25	40	23,78
2022	42	70	20,47

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

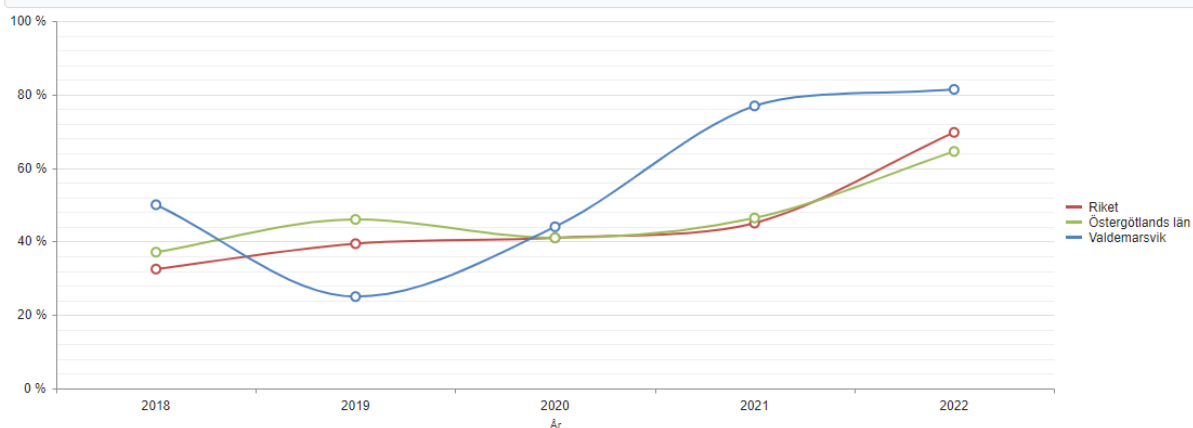
I Valdemarsvik medicinerar en hög andel personer med alzheimerläkemedel i jämförelse med läns- och rikssnittet. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bidrar dessa mediciner till minskade BPSD-symtom. Miljöanpassning har utförts i något mindre grad än vad som görs i länet och riket.

Under året har det genomförts 3 utbildningstillfällen för medarbetare, totalt deltog 30 personer.

Vid beteendemässiga och psykiska symtom finns det behov av bedömning och insatser från ett multiprofessionellt team. Resultatet visar att ca 80% av de registreringar som utförs i Valdemarsvik utförs av ett multiprofessionellt team.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

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

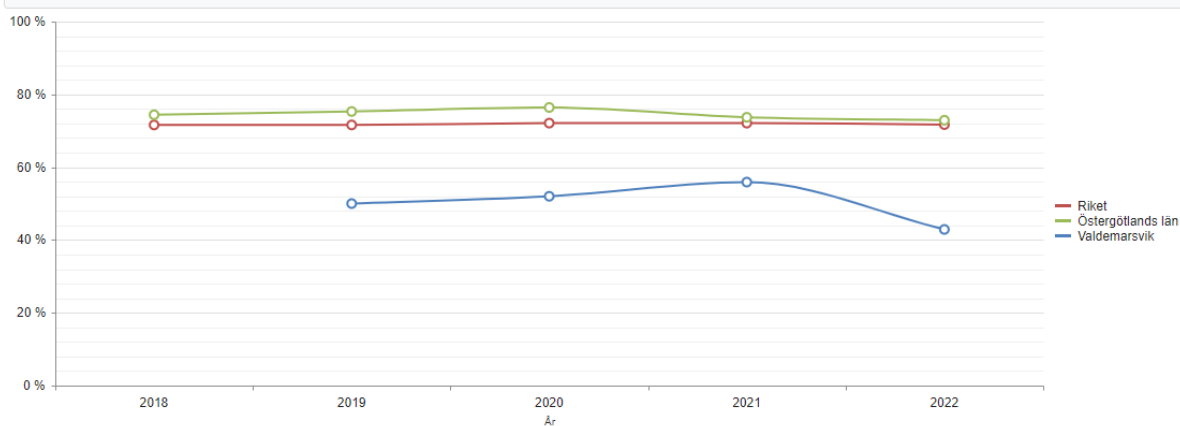


Om underlaget understiger 5 personer för valt län/kommun/stadsdel visas ingen graf.

senast uppdaterad: 2022-12-30

Analys av resultat: Enligt de registreringar som genomförts under 2022 så går det att utläsa att det bara är ca 40 % av patienterna som har bedömts som smärtfria, vilket är en minskning sedan i dec 2021 var det ca 52 %. Här är det viktigt att påminna sig om att denna till synes stora procentuella förändring kan bero på den begränsade datamängden. Mer intressant är det att jämföra det lokala resultatet med läns- och rikssnittet. Där framkommer det att personer som registrerats i registret i Valdemarsvik i lägre grad anses vara smärtfria.

Andel personer som är smärtfria vid senaste registreringen varje år.

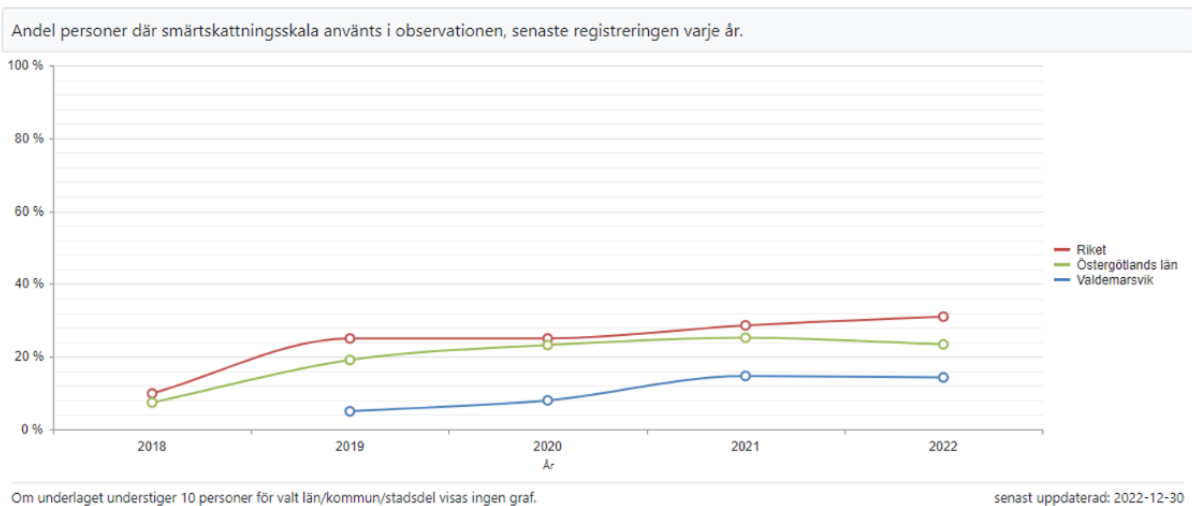


Om underlaget understiger 10 personer för valt län/kommun/stadsdel visas ingen graf.

senast uppdaterad: 2022-12-30

Det framkommer även att smärtskattning i låg grad utförts med stöd av i någon form av bedömningsunderlag för att skatta smärta, vilket skulle kunna påverka kvalitet och korrekthet på de smärtbedömning som utförts.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022



Det går inte att uttala sig om ifall det är personalen som skattar högt eller om det är så att personerna är dåligt smärtlindrande genom medicin eller genom andra alternativa smärtförebyggande åtgärder så rörelse/ lägesändring. BPSD-registret rekommenderar att smärtskattningsinstrument alltid används. Miljöanpassningar är något som går att arbeta. Registret tillhandahåller bra checklistor för det.

Åtgärd: Öka användning av smärtskattningsinstrument vid registrering samt checklista för bedömning av behov av miljöanpassning.

Uppföljande åtgärd: Följa upp användning av smärtskattningsinstrument och checklista under 2023.

Svedem

Fokusområde 2022: Verka för att öka täckningsgraden i Svenska Demensregistret samt BPSD-registret. Övergripande indikator 22 (A-C) deltagande i kvalitetsregister, SveDem och indikator 23 deltagande i kvalitetsregister, BPSD-registret.

Mål: Deltagande i kvalitetsregister, SveDem

Resultat: Valdemarsviks kommun har anslutits till kvalitetsregistret. Registreringar har ej utförts under 2022. Registreringar kommer börja göras under 2023.

Uppföljande åtgärd: Ta ut och analysera registerdata för 2023.

Avvikelser mellan Region Östergötland och Valdemarsviks kommun

Mål: Att fortsatt skriva och analysera avvikelser vid brister i egen eller extern verksamhet.

Resultat: Under 2022 skickades 28 avvikelser till Region Östergötlands öppen-och slutenvårdsavdelningar, vilket är fler än föregående år (19st). Valdemarsviks kommun mottog endast 3 avvikelser vilket är avsevärt färre än föregående år (17st).

Analys av resultat: Avvikelserna berör mestadels ärenden vid in- och utskrivning till sjukhus tex har det vid upprepade tillfällen hänt att utlovade hjälpmedel ej medföljer hem samt att planeringen inför hemgång brustit. Det ses att utskrivningsprocessen från sjukhus går snabbare och det medför att alla parter behöver ha god kännedom om gemensamma rutiner och se över sina ansvar för säker hemgång med en delaktig patient. Gemensamma riktlinjer finns för länets kommuner och region Östergötland, men följsamheten är inte optimal. Denna problematik är inte unik för Valdemarsviks kommun.

Åtgärd: Förbättring i hela länet ses för att optimera samverkan och följsamhet till länsgemensamma rutiner. Som stöd för det har en länsgemensam grupp, Samordnad vård och omsorgsplaneringsgrupp (SVOP) startats. Representanter deltar från regionen och kommunerna för att förbättra in- och utskrivningsprocessen. Inom Valdemarsviks kommuns hälso- och sjukvårdsenhet finns lokala nyckelpersoner som har ett huvudansvar för att det gemensamma IT-stödet används och bevakar information om hemgång samt öppenvårdsärenden. Under 2022 installerades en ny digital modul för sektor stöd och omsorg för att registrera och bearbeta avvikelser och det medför en tydligare process för ärendegången.

Uppföljning av åtgärd: Avvikelsestatistiken följs och bearbetas kontinuerligt. Det är ett pågående arbete som har förbättringspotential och hanteras lokalt av enhetschefer och leg personal. Förbättringsområden är att undvika brister i samordnade individuella planer, arbeta för samverkanskontakter och att initiera till läkar- till läkarkontakter inför hemgångar.

Avvikelser inom det egna vårdgivaransvaret

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

Nedan redovisas årsresultatet för antal avvikelser för läkemedel och fall. Resultatet grupperas i antal avvikelser i boendeformer (enligt SoL och LSS), dag- och daglig verksamhet och därefter avvikelser i ordinärt boende.

Läkemedelsavvikelser 2022

Mål: Att minska andelen avvikelser. Att alla enheter i varje utredning identifierar brister och kvalitetssäkrar varje moment.

Resultat: Resultatet för 2021 visade att den totala andelen registrerade läkemedelsavvikelser har minskat med 3%.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

För 2022 ses en total ökning med 14.9% för alla kommunens verksamheter.

Detta resultat visar antal avvikelser som registrerats under året och är en ökning som ska bromsas.

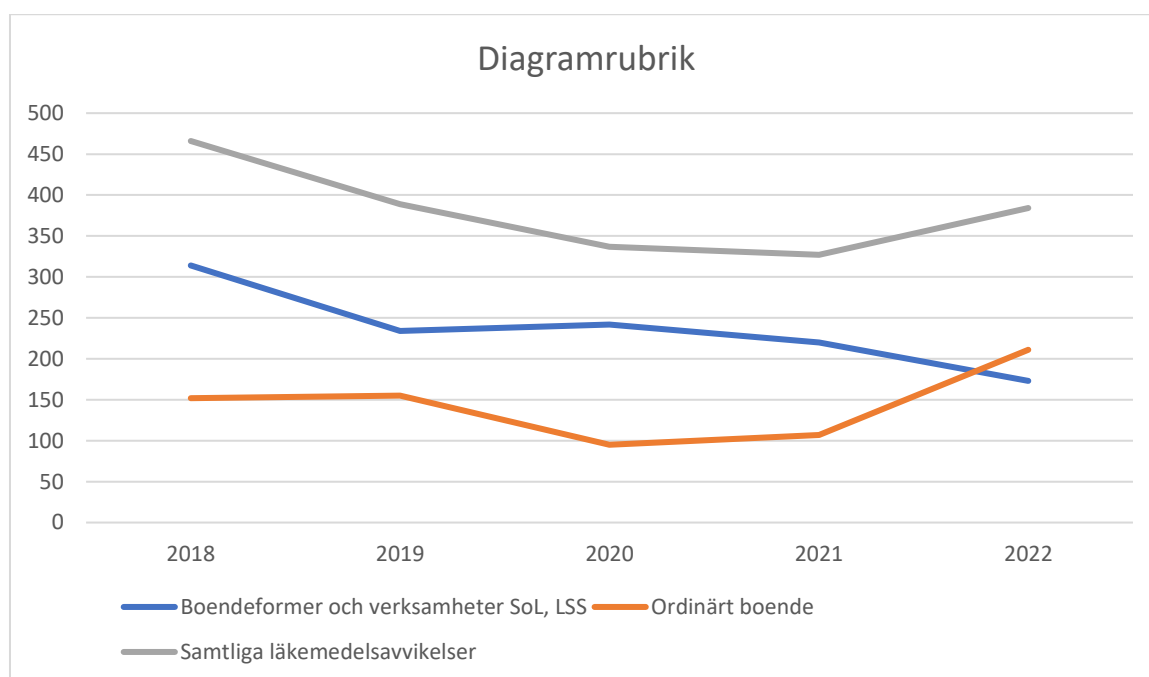
I jämförelse mellan ordinärt boende och kommunala boendeformer samt dag/dagliga verksamheter ses en markant skillnad, se statistik ovan.

Ordinärt boende

Läkemedel	Antal avvikelser	Antal förändring/år	% förändring/år
2020	95	-60 avvikelser	- 38.7%
2021	107	+ 12 avvikelser	+12,6%
2022	211	+ 104 avvikelser	+ 97.1%

Särskilt boende SoL och LSS, daglig verksamhet och dagverksamhet

Läkemedel	Antal avvikelser	Antal förändring/år	% förändring/år
2020	242	+ 8 avvikelser	+3.4%
2021	220	-22 avvikelser	-9 %
2022	173	-47 avvikelser	-21.4%



Analys av resultat: I ordinärt boende är ökningen av registrerade avvikelser 97.1% och i kommunala boendeformer samt dag/dagliga verksamheter ses en minskning på 21.4%. Det ses att gruppen glömda doser är överrepresenterade i avvikelsestatistiken samt brister i listor som berör läkemedelshantering. Resultatet ska minska och i jämförelser mellan kvartalen ses en minskning under kvartal 4.

Antalet personer som har stöd med läkemedelshantering har under 2022 ökat med 31 personer (14.1%) och den siffran berör ordinärt boende eftersom boendeplatserna är

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

statiska till antalet.

En ökning av antal personer ger en påverkan på antal gånger som läkemedel ges under året (+33 945 ggr/år).

Utfallet i antal avvikelser/dag för 2021 var 0.89st och för 2022 är det 1.05 avvikelser/dag. Digitala förutsättningar för att signera läkemedelshantering är inte optimala på grund av tekniska utmaningar och förseningar. En hemtjänstgrupp har ett pågående arbete som ger goda resultat. Hälso- och sjukvårdsorganisationen byter till ett modernare journalsystem med nya och bättre möjligheter till digital signering.

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 ökningar och minskningar, 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/år som läkemedel lämnas till patienter (i genomsnitt)	Antal ggr/dag som läkemedel lämnas till patienter (i genomsnitt)	Antal läkemedelsavvikelser/dag
	2020	185	202 575	555	0.92
	2021	190	208 050	570	0.89
	2022	221	241 995	663	1.05

Analysera läkemedelsprocessen från ordination till administration

Arbeten som berör läkemedelshantering är ett dagligt pågående kvalitetsarbete och också ett område som initierar till mycket kontakter mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska. Ändringar i patientens läkemedelsterapi är vanligt förekommande beroende på sjukdom och symptom och det kräver att dokumentation, korrekta ordinationer och ordinationshandlingar finns som underlag.

Läkemedelskedjan är sårbar då ordinatören finns hos en annan huvudman än där läkemedlen ska hanteras, så det är av stor vikt att ordinationer kan ses digitalt, vilket fungerar bra.

Det ses att behovet av stöd med läkemedelshantering ökar i ordinärt boende och det ger också fler insatser att utföra. Enhetschefer ser orsaker som har påverkan på avvikelsernas antal såsom

- fler och mer omfattande insatser
- nya vikarier och perioder av mer personal till följd av det ökade behovet
- nytt avvikelssystem
- ordinationshandlingar kan i vissa fall påverka korrekthet när läkemedel med kort varsel byts ut beroende på restnoterade läkemedel

Åtgärd: Rutinerna för processen kring läkemedelshantering är uppdaterade med både digital och fysisk utbildning samt träning.

För att minska antal avvikelser i ordinärt boende finns tydliga anvisningar om kontroll av läkemedel som ska ges vid varje hembesök. Enhetschefer säkerställer korrekta

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

arbetsscheman, så att det finns delegerad personal på varje hembesök där läkemedel ska ges.

Fortsätta samtal med enhetschefer med analyser av statistik för att säkerställa minskning av avvikelser.

Införandet av digitala stöd för signering av både omvårdnads- och hälso- och sjukvårdsinsatser är viktigt att integrera. De digitala stöden ger påminnelser så att läkemedel ges vid hembesöken.

Komplexiteten att beräkna antal avvikelser och se trender när avvikelser ökar eller minskar utifrån enbart kopplingen till antal registrerade avvikelser är en del av analysen, men det prioriterade arbetet är att identifiera brister i varje skriven avvikelse och att kvalitetssäkra varje moment för att minska antalet avvikelser.

Uppföljning av åtgärd: Genom kontinuerliga statistikuttag, samtal med enhetschefer och information till verksamheten om resultat och behov av åtgärder. Ytterligare förtydliga krav på följsamhet med fler åtgärder beroende på identifierade orsaker.

Fallavvikelser 2022

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

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

Resultat: Det bor ca 60 personer på särskilt boende i Valdemarsvik. Fallriskbedömning genomförs där via senior alert regelbundet 6:e månad. Senior alertbedömning erbjuds även personer inom LSS samt på korttidsboendet. I ordinärt boende är målet att alla inkomna fallavvikelser ska följas upp genom hembesök, förutsatt att patienten samtycker till besök. En annan del av det fallförebyggande arbetet är uppsökande verksamhet. Det innebär att samtliga personer som ansöker om trygghetslarm erbjuds 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 fallförebyggand insatser.

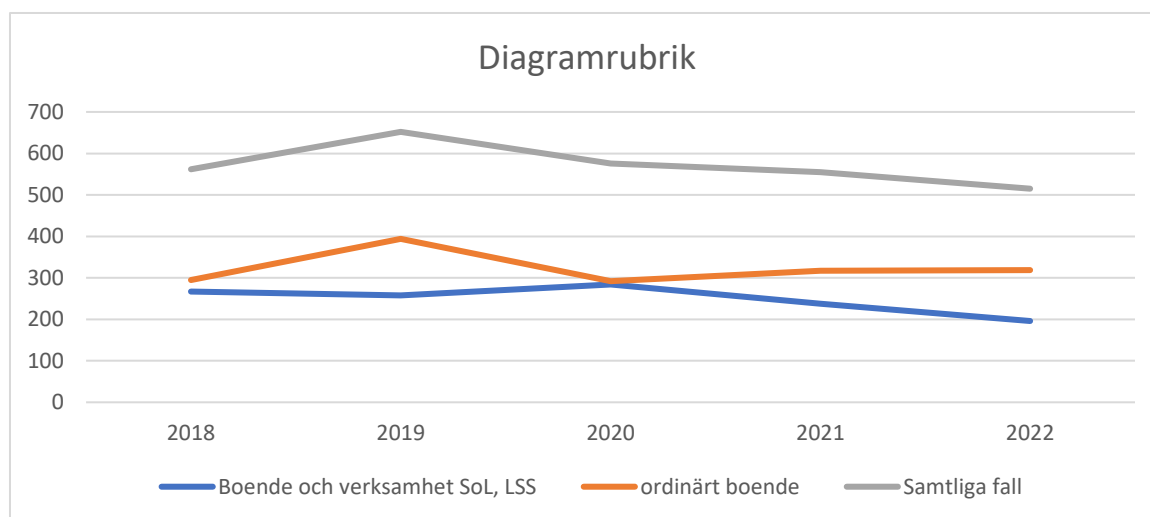
Boenden enligt SoL och LSS, dagverksamheter, dagliga verksamheter

Fall	Antal fall	Antal förändring/år	% förändring/år
2018	295	+36	+ 13.9%
2019	394	+99	+ 33.6%
2020	292	-102	- 25.9%
2021	317	+25	+ 8,6%
2022	319	+ 2	+0,6%

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

Ordinärt boende

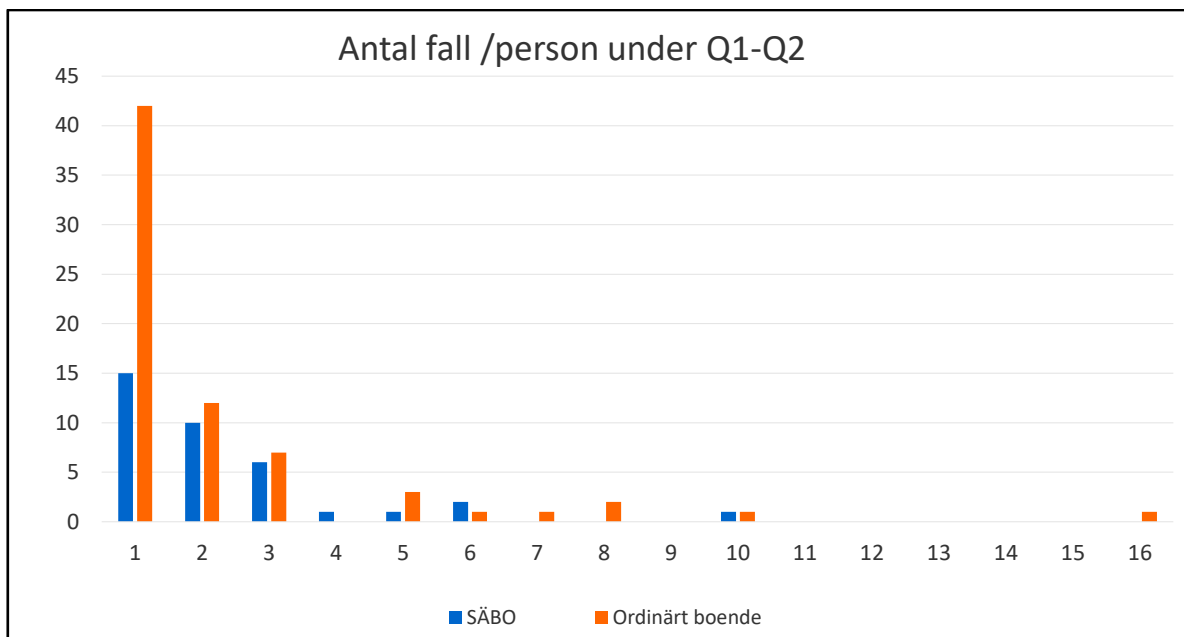
Fall	Antal fall	Antal förändring/år	% förändring/år
2018	267	-26	- 8.8%
2019	258	-9	- 3.4%
2020	284	+26	+ 10,0%
2021	238	-46	- 16,2%
2022	196	-42	-17,6%



Analys av resultat: Antalet fallavvikelser har minskat något de senaste fem åren. Antalet äldre i kommunen har ökat och kommer fortsätta att öka, vilket innebär att även antalet personer som har risk för fall ökar. Det minskade antalet inkomna fallavvikelser skulle kunna vara en indikation på att de fallpreventiva insatserna och verksamheternas rehabiliterande förhållningssätt gör nytta. Bra samarbete mellan biståndshandläggare, arbetsterapeut, fysioterapeut och hemtjänst där alla parter har en förståelse för varandras bedömningar och beslut är avgörande för att insatser ska kunna erbjudas i ett tidigt skede.

I den statistik som presenteras här är det inte möjligt att urskilja hur många som faller för första gången eller faller upprepade gånger. Det framkommer inte heller om personskada uppstått eller hur många som fått ett uppföljande hembesök med fallförebyggande insatser. I och med utvecklingen i det nya avvikelssystemet finns hopp om att i framtiden kunna ta ut statistik och genom det kunna uttala sig mer kring orsaker och utförda insatser.

Under våren 2022 genomfördes en närmare analys av fallavvikelser genom att titta på antal registrerade fall/ individ som registrerats under 6 månader (det innebär att dessa personer kan ha ramlat innan denna 6månaders period).



Återkommande fall är mindre vanligt i ordinärt boende än på särskilt boende. Det finns enstaka personer som ramlar mycket ofta.

Åtgärd: Arbetet med att utveckla samverkan mellan professionerna kommer fortgå för att nå personer i ordinärt boende. Det som kommer efterfrågas i statistiken fortsättningsvis är om personen har fallrisk bedömts samt om fallförebyggande plan upprättats vid identifierad risk för fall.

Uppföljning av åtgärd: Analys av inkomna fallavvikelser och annan relaterad statistik.



(3)

KS-SO.2023.3

Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023-2024

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten



Skrivelse med beslutsförslag

Tjänsteställe/Handläggare

Sektor stöd och omsorg
Sofia Johansson
Medicinskt ansvarig för rehabilitering
Lena Borgman Fred
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Mottagare

Kommunstyrelsens stöd och
omsorgsutskott

Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023-2024

Förslag till beslut

1. Att Kommunstyrelsen antar upprättad Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023-2024.

Ärendebeskrivning

Med stöd av patientsäkerhetsberättelsen för 2022 samt mål och strategier för 2023 har Medicinskt ansvariga tagit fram en lokal Handlingsplan för ökad patientsäkerhet för 2023-2024. Övergripande målområden är framtagna på strategisk nivå. Verksamhetschef och enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten har varit delaktiga i arbetet.

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsverksamheter är komplexa verksamheter i ständig förändring och många olika aktörer samverkar med patienter. Riskerna är flera och varierar och det medför att säkerhetsarbetet är avgörande.

Sveriges kommuner och regioner, SKR, har tillsammans med Socialstyrelsen arbetat för att tydliggöra vårdens inriktning och tagit fram en Nationell Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024.

Handlingsplanen ska vara ett stöd för varje huvudman för att beskriva hur det lokala patientsäkerhetsarbetet bedrivs genom att tydliggöra målinriktningen.

Syfte

Syftet med Handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2023-2024 är att stödja det lokala patientsäkerhetsarbetet för att förebygga vårdskador samt att hantera både utmaningar och förändringar.

Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023-2024 fokuserar således inte bara på risker, utan också på framgångsfaktorer för en säker vård och kan användas på alla nivåer för att utveckla samverkan till skydd mot vårdskador.

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Medicinskt ansvarig för rehabilitering
Sofia Johansson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Lena Borgman Fred

Beslutet skickas till
Sektorchef
MAR och MAS



Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023-2024



Verksamhetschef
Enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	3
2 Bakgrund.....	3
3 Grundläggande förutsättningar.....	4
4 Mål	4
5 Syfte.....	5
6 Fokusområden.....	5
6.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	6
6.2 Tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner.....	7
6.3 Öka medvetenheten om hur säker vården är idag	8
6.4 Stärka analys, lärande och utveckling	9
6.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap	10
7 Uppföljning av handlingsplan	10
8 Referenser.....	11

1 Inledning

Hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet i ständig förändring som är beroende av samspelet mellan människor, teknik och organisation och säkerhetsarbetet är därför avgörande.

Trots att de medicinska resultaten i Sverige är goda och att det finns en lång tradition av patientsäkerhetsarbete så inträffar vårdskador i hälso- och sjukvårdsorganisationerna.

I patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, beskrivs att en vårdskada har uppstått när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid en patients kontakt med hälso- och sjukvården. Det är av stor vikt att arbeta med patientsäkerhet till skydd mot vårdskada för att bidra till god och säker vård och resurser behöver användas för att undvika risker och skapa positiva värden för invånare och patienter.

Att tillhandahålla en säker vård handlar om att ha personal med adekvat kompetens, att ha rutiner och processer på plats som är kända för alla i verksamheten och att vården utförs enligt de lagar, förordningar och föreskrifter som finns för verksamheten.

Idag får en stor andel av patienterna vård både från kommuner och regioner, vilket ställer stora krav på samordning och samverkan mellan vårdgivare och huvudmän.

För att stärka och samordna arbetet med patientsäkerhetsfrågor har Socialstyrelsen tagit fram en Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 med rekommendationen till kommuner och regioner att skapa egna handlingsplaner.

Denna lokala Handlingsplan för ökad patientsäkerhet för 2023-2024 för Valdemarsviks kommun beskriver övergripande utvecklingsarbeten utifrån den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Handlingsplanen är framtagen av verksamhetschef, enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten, MAS och MAR som även genomför uppföljningar.

2 Bakgrund

För ett nå ett framgångsrikt arbete inom patientsäkerhet är det nödvändigt att inte enbart fokusera på det som redan har hänt utan också att stärka det skadeförebyggande arbetet. Att arbeta riskmedvetet och förebyggande är ytterst viktigt så att vårdskador inte inträffar.

Alla skador som uppstår i hälso- och sjukvården är inte möjliga att undvika, men utfallet för patienterna går att påverka. Det kan ske genom ökat lärande om risker, förbättrad säkerhetskultur och genom att utveckla nya säkrare arbetssätt.

Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet har tillkommit för att ge stöd till regioner och kommuner att ta fram handlingsplaner samt etablera principer, prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete. Detta utifrån att det behövs ett mer proaktivt patientsäkerhetsarbete inom hela hälso- och sjukvården, där alla nivåer tar hänsyn till och arbetar utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

SKR har utifrån den nationella handlingsplanen tillsammans med patientsäkerhetsnätverket för medicinskt ansvariga sjuksköterskor utvecklat ett analysverktyg, Agera för säker vård, för att stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i kommunerna. Det är ett stöd för kommunerna för att genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet, identifiera utmaningar och styrkor för en säker vård och prioritera insatser i en lokal handlingsplan för en god och säker vård och omsorg.

Denna lokala handlingsplan för ökad patientsäkerhet beskriver fokusområden och genomförandet av aktiviteter för att öka patientsäkerheten. Handlingsplanen kan användas på alla nivåer för att utveckla samverkan till skydd mot vårdskada.



3 Grundläggande förutsättningar

I den Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet finns fyra grundförutsättningar identifierade för att uppnå visioner och övergripande mål inom patientsäkerhet.

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 och 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.

I den lokala Handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2023-2024 har dessa grundförutsättningar delats i i fem fokusområden som är större och mindre, men de har stor påverkan på patientsäkerheten och medför förändringar i det dagliga arbetet.

4 Mål

Genom långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete ska ingen patient behöva drabbas av en undvikbar skada. Valdemarsviks kommuns Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023-2024 är ett led i det långsiktiga och systematiska patientsäkerhetsarbetet i att bedriva en säker vård för att undvika vårdskada.

- Kommunal verksamhet ska genomsyras av en stark säkerhetskultur
- Vårdskador ska identifieras och förebyggas
- Vården ska bedrivas utifrån evidensbaserade metoder
- Patienten ska vara delaktig i sin egen vård och behandling och i patientsäkerhetsarbetet

Det innebär att Valdemarsviks kommuns patientsäkerhetsarbete ska vara:

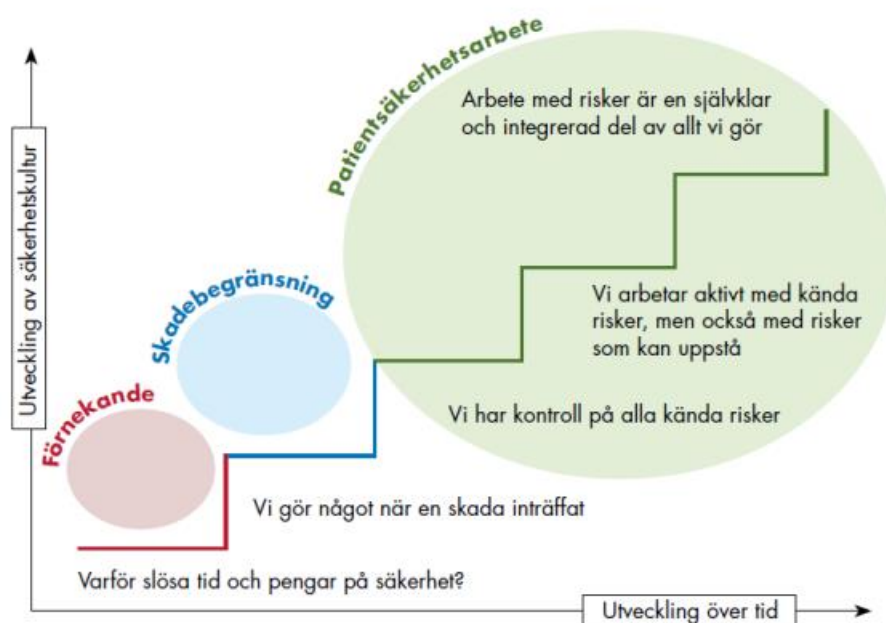
- Personcentrerat
- Kunskapsbaserat
- Organiserat

5 Syfte

Syftet med Valdemarsviks kommuns handlingsplan för ökad patientsäkerhet är att utveckla, stödja och stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet över tid genom att identifiera aktiviteter i samtliga fokusområden. Utöver att beskriva patientsäkerhetsarbetet på övergripande nivå så visar handlingsplan riktningen för det strategiska patientsäkerhetsarbetet på alla enheter.

Ytterligare viktiga faktorer för att fortsätta utvecklingen är att söka orsaker på systemnivå och att i större utsträckning integrera patientsäkerhetsarbetet i det breda kvalitets- och arbetsmiljöarbetet.

När säkerheten utvecklas sker ett fokusskifte, vilket patientsäkerhetstrappan nedan visualiserar.



Fritt efter: D Parker, NPSA, Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), Journal of Nursing Management, 2009, 17.

Källa: Hämtad från Socialstyrelsen. Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020–2024.

6 Fokusområden

Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet innehåller fem prioriterade fokusområden som kan stärka arbetet för en säkrare vård. Dessa fokusområden utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet samtidigt som de bildar en struktur för nationella åtgärder.

- Ökad kunskap om inträffade vårdskador.
- Tillförlitliga och säkra system och processer.
- Säker vård här och nu.

- Stärka analys, lärande och utveckling.
- Öka riskmedvetenhet och beredskap.

Utförlig beskrivning om grundförutsättningar och dessa fokusområden finns i Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020 - 2024.

Under respektive fokusområde finns lokala aktiviteter beskrivna. Aktiviteterna rekommenderas att brytas ner på enhetsnivå. Aktiviteten ska fånga syftet med fokusområdet och indikatorn mäter genomslaget av aktiviteten och kan variera mellan enheter.

6.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador



Fokusområde 1 syftar till att:

- öka kunskapen om förekomst av skador och vårdskador och bakomliggande orsaker identifiera adekvata områden att prioritera för åtgärder, t.ex. orsaker till allvarliga eller frekventa vårdskador så att säkerheten ökar i vården.
- öka kunskapen om konsekvenserna av vårdskador för patienter, profession, vårdgivare, huvudmän, politiker samt för samhället.
- ge underlag till analys av bakomliggande orsak på systemnivå.

Aktiviteter	Indikatorer	Mål	Datakälla
Ta fram och analysera resultat av vårdskadeläget i kvalitetsregister samt besluta om och vidta åtgärder.	Trycksår Fall Undernäring Ohälsa i munnen Blåsdysfunktion Vård i livets slutskede	Minska förekomst av avvikelser.	Kvalitetsregister: Senior alert Palliativregistret Avvikelsesystemet
Följa struktur för hantering och uppföljning av inkomna avvikelserapporter enligt rutin.	Mottagningstid Handläggningstid	Mottagna avvikelser ska hanteras skyndsamt. 100% ska handläggas inom 60 dagar.	Avvikelsesystemet
Implementering och användning av SKRs verktyg för ökad patientsäkerhet	Att hela analysverktyget använts	100%	SKR analysverktyg för stärkt patientsäkerhet
Efterfråga och analysera patienter och närståendes upplevelser och synpunkter	Patient och närstående-rapporterade resultat. Patient och närstående-rapporterade upplevelser, PROM och PREM	Öka förekomst	Synpunkter och klagomål Palliativregistrets närståendeenkät Enkät Trygg hemgång

* PROM (Patient Reported Outcome Measures), PREM (Patient Reported Experience Measure)

6.2 Tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner



Fokusområde syftar till att:

- stärka patientsäkerheten genom att öka kunskap och medvetenhet om hur arbetet utförs på ett säkert sätt
- stärka patientsäkerheten genom att "det ska vara lätt att göra rätt"
- möta förändringarna i hälso- och sjukvården genom utveckling av ändamålsenliga processer med fokus på patientens väg genom vården
- stärka patientsäkerheten genom att minska oönskade variationer
- skapa en jämlik, säker, sammanhållen och tillgänglig vård

Aktiviteter	Indikatorer	Mål	Datakälla
Skapa strukturer för att systematiskt sprida analysresultat av egenkontroller, händelseanalyser, journalgranskning, kvalitetsgranskning samt resultat i kvalitetsregistren. Agera för säker vård.	Systematiskt arbetssätt behöver tas fram	100%	Bokas in i medicinskt ansvarigas årshjul. Mötesanteckningar.
Informera/ involvera berörda när uppdateringar gjorts av riktlinjer och rutiner. Öka kunskap och medvetenhet om uppdaterade riktlinjer och rutiner	Andel uppdaterade riktlinjer och rutiner som kommunicerats till verksamheten.	100%	MAS/MAR årsplan för uppdatering av rutiner och riktlinjer
Arbeta och följa upp trygg och säker hemgång från sjukhus eller korttidsvård	Statistik kring hemgångar. Indikatorer i samband med samordnad vård och omsorgsplanering, SVOP-rutin. Inhämta patienters synpunkter.	Öka följsamhet till SVOP-rutin	Korttidsmätning. Cosmic link. Synpunkter och klagomål. Avvikelser mellan vårdgivare Enkät Trygg hemgång.

6.3 Öka medvetenheten om hur säker vården är idag



Fokusområde syftar till att:

- uppnå stärkt kunskap om patientsäkerhet hos medarbetare, chefer, beslutsfattare
- ökad medvetenhet, förmåga och flexibilitet på alla nivåer i hälso- och sjukvården för att upptäcka, reagera och agera på störningar i närtid och minska risk för att patient drabbas av vårdskada
- stärka patienters och närståendes delaktighet och medverkan i patientsäkerhetsarbetet

Aktiviteter	Indikatorer	Mål	Datakälla
Hög riskmedvetenhet och förmåga att agera patientsäkert på alla organisatoriska nivåer.	Läkemedelsgenomgångar. Uppföljning samordnad individuell plan, SIP och vårdplanering. Patienter och närståendes delaktighet. Fasta vårdkontakter.	Öka/bibehålla resultat jämfört med tidigare år.	Statistik ur journal KVÅ kod. Cosmic link. Enkät Trygg hemgång.
Arbeta för att öka medvetenheten om patientsäkerhet på alla organisatoriska nivåer.	Regelbundna patientsäkerhets dialoger med flera professioner.	100%	Bokas in i medicinskt ansvarigas årshjul. Mötesanteckningar.
Analysera risker för vårdskador utifrån följsamhet till ett smittförebyggande arbetssätt.	Delta i SKR mätning om följsamhet till basala hygien och klädrutiner. Självskattningar. Utbildningar. Enhetschefernas egenkontroll.	Öka resultat	SKR PPM mätning. Egenkontroller.
Fördjupa samverkan mellan verksamhetschef, enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten, MAS och MAR för att tillsammans identifiera och hantera patientsäkerhetsrisker utifrån resultat.	Samverkansgrupp.	Upprätta Samverkansgrupp och mötestider.	Öppna jämförelser kommunal hälso- och sjukvård. Egenkontroller, Internkontroller, Handlingsplaner, Riskanalyser. Kvalitetsgranskningar, Avvikelser, Synpunkter och klagomål.

6.4 Stärka analys, lärande och utveckling



Fokusområde syftar till att:

- öka kunskapsutvecklingen och det individuella lärandet för att skapa förutsättningar för säker vård
- stärka det proaktiva patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården och ta tillvara lärdomar – både från det som har fungerat bra och från det som inte fungerat – för att öka förutsättningarna för en god och säker vård
- i högre utsträckning ta tillvara och använda patienters och närståendes synpunkter, klagomål och förbättringsförslag i utvecklingsarbetet

Aktiviteter	Indikatorer	Mål	Datakälla
Återkoppla resultat och systematiskt följa upp åtgärder för utveckling av kvalitet och patientsäkerhet.	Antal genomförda patientsäkerhetsdialoger med leg personal.	100%	Möten bokas in i medicinskt ansvarigas årshjul.
Kontinuerligt använda verktyg och utveckla metoder gemensamt för att analysera data, trender och mönster för att visualisera information från organisationen om säkerhet.	Antal genomförda patientsäkerhetsdialoger med enhetschefer.	100%	Möten bokas in i medicinskt ansvarigas årshjul.
Använda information från flera olika källor för att analysera och lära av tidigare erfarenheter, såväl positiva som negativa.	Antal genomförda patientsäkerhetsdialoger med verksamhetschef och enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten.	100%	Möten bokas in i medicinskt ansvarigas årshjul. Synpunkter och klagomål. Enkät Trygg hemgång. Öppna jämförelser hälso- och sjukvård.

6.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap



Fokusområde syftar till att:

- uppnå en stabil och anpassningsbar hälso- och sjukvårdsverksamhet där uppdraget klaras med hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö under både förväntade och oväntade förhållanden.

Aktiviteter	Indikatorer	Mål	Datakälla
Skapa möjlighet för patienter och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet.	Patientenkäter.	Hög förekomst	Korttidsmätning. Palliativregistrets eftersamtal och närståendeenkät. Öppna jämförelser hälso- och sjukvård. Synpunkter och klagomål. Enkät Trygg hemgång.
Proaktivt identifiera och hantera risker. Agera för säker vård.	Använda SKR verktyg för stärkt patientsäkerhet.	100%	SKR verktyg för stärkt patientsäkerhet.
Samverkan internt samt med andra vårdgivare.	Delta i beslutade samverkansforum internt och externt med länets kommuner samt med Region Östergötland.	Hög förekomst	Mötesanteckningar.

7 Uppföljning av handlingsplan

Handlingsplanen rekommenderas att brytas ner på enhetsnivå.

Kommunövergripande analyser utifrån varje beskrivet område genomförs av verksamhetschef, enhetschef för hälso- och sjukvårdsorganisationen, MAS och MAR.

Delges slutligen den kommunala och politiska ledningen i patientsäkerhetsberättelsen.

Patientsäkerhetsberättelsen finns tillgänglig på intranätet för den som önskar ta del av den.

Revidering av handlingsplanen sker i enlighet med den nationella handlingsplanen och utifrån nya behov som identifierats i verksamheterna.

8 Referenser

Analysverktyg patientsäkerhet | SKR

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet - Patientsäkerhet (socialstyrelsen.se)

Patientsäkerhetsberättelse | SKR

Systematiskt patientsäkerhetsarbete | SKR

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Patientsäkerhetslagen (2010:656)

Ramverk för uppföljning och kvalitetsutveckling RSS/SC2019/127/ Förbättra kommunernas förmåga att bedöma den övergripande kvaliteten i kommunal hälso- och sjukvård för äldre ARCC CONSORTIUM



(4)

KS-SO.2020.8

Motion - Kartläggning av LSS verksamhet

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten

Till Valdemarsviks Kommunfullmäktige

Kartläggning av kommunens LSS verksamhet

Efter tidigare lagd interpellation i ämnet, ser Vänsterpartiet brister och behov av att kommunstyrelsen, inför kommunfullmäktige kan visa på att LSS verksamheten inom kommunen, lagstadgad som frivillig, följs upp systematiskt i kommunstyrelsens årliga arbete; så att enstaka medborgare inom LSS verksamheten har samma rättigheter som övriga; att de får om möjligt så likvärdiga levnadsvillkor som övriga; samt att deras rätts- och försäkringsskydd säkerställs.

Därmed ser vi behovet av:

Kommunfullmäktige ger kommunstyrelsen i uppdrag att:

- Kommunstyrelsen får i uppdrag att kartlägga den kommunala LSS verksamheten – lagstadgad som frivillig, hur områdena är fördelade i ks-utskottens ansvarsområden, hur dessa följs upp, samt vilka rätt- och försäkringsskydd som brukarna täcks av.
- Kommunstyrelsen ger Kommunfullmäktige en sammanställd rapport under år 2020.

Jonas Andersson

Olle Wester



Vänsterpartiet Valdemsarvik

VALDEMARSVIKS KOMMUN	
För kännedom	
2020 -01- 27	
Dnr	Fv/Avd/Handl
Dpl/Obj	



Tjänsteställe/Handläggare

Sektor Stöd och Omsorg KS-SO

Anna-Lena Udenius

Kvalitets- och utvecklingsstrateg

Tel: 0123-19100

E-post: anna-lena.udenius@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunfullmäktige

Motion - Kartläggning av LSS verksamhet

Förslag till beslut i Kommunfullmäktige

Kommunfullmäktige beslutar att anse motionen besvarad.

Sammanfattning

Vänsterpartiet inkom 2020-01-27 med en motion gällande kartläggning och redovisning av kommunens LSS-verksamhet. I svar på motionen bifogas sedan tidigare, till KS, redovisad kartläggning samt beskrivning av efterfrågad information.

Ärendebeskrivning

Svar på motion från Vänsterpartiet 2020-01-27
"Kartläggning av LSS-verksamhet"

Kartläggning

En kartläggning av samtlig LSS-verksamhet i Valdemarsviks kommun redovisades till KS 2020-08-17 samt KS SOU 2020-11-10, se bilaga 1 och 2.

Fördelning KS SOU och SMN

För alla ärenden gällande enskilda individer (myndighetsutövning, behovsbedömningar, beslut om insats, uppföljning av beslutad insats, anmälan och processer med andra myndigheter etc) ansvarar social myndighetsnämnd. För områden som gäller utförarverksamhet (verksamhetsplanering/uppföljning/kvalitet etc) ansvarar KS SOU.

Rätts- och försäkringsskydd för enskilda

Personer som bor i bostad med särskild service förväntas ha en egen hemförsäkring. Inom ramen för den kan möjlighet till rättsskydd finnas, precis som för andra medborgare. Precis som andra medborgare kan den enskilde även omfattas av andra försäkringar genom t ex organisationer och föreningar.

Personer som har insatser enligt LSS omfattas av kommunens ansvars- och olycksfallsförsäkring.



Motionen anses härmed besvarad.

Beslutsunderlag

- Denna skrivelse
- Motion "Kartläggning av kommunens LSS-verksamhet"
- Dokument "Redovisning av verksamheten Stöd vid funktionsnedsättning till KS 2020-08-17"
- Dokument "Redovisning av verksamheten Stöd vid funktionsnedsättning till KS-SOU 2020-11-10, del II"

Beslutet skickas till

sektorchef
Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Marie Schmid
socialchef

Redovisning av verksamheten Stöd vid funktionsnedsättning till KS-SOU 2020-11-10

Del II

Uppdrag som givits till sektorn

- Gör en redovisning av verksamheten inom stöd för funktionsnedsättning där den beskrivs genom olika lagrum, verksamhetsprocesser samt i kostnadstermer för verksamhet, personal ledningsfunktioner samt andra resurser. Identifiera kostnadshöjande och kostnadsdrivande poster och effekter.
- Utifrån vunna erfarenheter medverka till att identifiera riskgrupper som kan mötas med tidiga insatser inom IFO och delar av LSS-verksamheten. Arbete kan eventuellt samordnas inom Preventionsprojektet eller inom ramen för folkhälsoarbetet.

Kostnader för verksamhet inom SF, stöd vid funktionsnedsättning

Antal beslut och kostnader för insatser enligt LSS och SoL för åren 2017, 2018, 2019 och första halvåret av 2020, redovisas separat. Där finns även personalkostnaderna för samma år.

Siffror i Kolada

De siffror som presenteras i Kolada är ett resultat av statistiska uppgifter som kommunen på olika sätt lämnar in till Socialstyrelsen och en ekonomisk redovisning som görs via Räkenskapssammandraget (RS).

- För LSS-verksamhet redovisas individstatistik en gång per år till Socialstyrelsen. Statistiken är på personnummernivå och handlar i huvudsak om hur många individer som har olika insatser enligt LSS. Dessa siffror används sedan som underlag för resultat i Kolada, nationell statistik, beräkning av utjämningsystem och annat.
- Kommunen gör årligen också en ekonomisk redovisning i Räkenskapssammandraget (RS). RS är en årlig insamling av ekonomiska uppgifter från samtliga kommuner som syftar till att på kommun- och riksnivå få en tillförlitlig information om kommunernas ekonomi, både nuläge och utveckling.

Under hösten har sektorn gjort en översyn av hanteringen av och innehåll i ovanstående. I detta arbete har det framkommit att vissa justeringar och korrigeringar behöver ske för att få en bättre träffsäkerhet i resultaten. Bedömningen är att siffrorna i Kolada för 2020 kommer att vara mer överensstämmande med den faktiska situationen.

Kostnadshöjande och kostnadsdrivande poster

De kostnadshöjande och kostnadsdrivande poster som är identifierade består främst av behov av att verkställa insatser hos extern utförare då kommunen själva inte kan tillgodose behoven. I vissa avseenden kan det bero på den lilla kommunens svårighet att driva specifik verksamhet och i andra avseenden kan behovet ha uppstått av andra skäl.

Av redovisningen framgår att köp av externa tjänster inom LSS främst handlar om unga individer som av olika anledningar har behov av att få sin skolgång på annan ort. En sådan skolplacering samt individens behov av stödinsatser utöver skoltid utgör behovet av insatser enligt LSS som t ex korttidsvistelse utanför hemmet eller bostad med särskild service för barn.

En möjlighet att påverka dessa kostnader kan vara genom att arbeta förebyggande i samverkan mellan olika funktioner/aktörer. Detta för att kunna tillgodose behoven på hemmaplan. Samverkan mellan barn- och ungdom och LSS finns och gynnas förstås av att de olika handläggarna är organiserade inom samma enhet och har samma chef. Strukturer för samverkan mellan sektor stöd och omsorg och BUA finns och en utveckling av detta pågår.

Annan insats som ibland köps externt är korttidsvistelse utanför hemmet. Detta för att kommunen idag har begränsade förutsättningar för att bedriva korttidsverksamhet som är utformad på det sätt som lagstiftaren avser. Ett arbete pågår med att titta på möjliga alternativ till en ny korttidsverksamhet inom kommunen. Behovet av detta kommer också att belysas i den inventering som har initierats.

En annan kostnadshöjande post är den del av inhyrd personal i form av LSS-handläggare. Konkret så får det en påverkan på siffrorna då kostnader för LSS-handläggare (IFO) räknas in i kostnaderna som kommunen har för LSS och därmed påverkar siffrorna i Kolada.

Pågående och planerade aktiviteter

Riktlinjer för LSS

Ett arbete med att upprätta aktuella riktlinjer för handläggning och utförande av LSS-insatser är pågående. Riktlinjen är att se som en vägledning för handläggare i myndighetsprocessen och syftar inte till att begränsa insatser som den enskilde har rätt till enligt lag. Via riktlinjen kan det säkerställas mer likvärdiga utredningar och bedömningar vilket är gynnsamt för både de enskilda med behov och för kommunen. I riktlinjen ska också områden som samverkan beröras.

Inventering av framtida behov

Utöver samverkan kring enskilda individer så behövs också ett systematiskt arbetssätt för att följa utvecklingen av behov av insatser och de kostnader som dessa kan innebära. För detta ska en inventering av medborgares framtida behov av LSS-insatser göras och då på ett sätt så att det fortlöpande går att följa utvecklingen och eventuella trender i det. Det kan t ex handla om framtida behov av korttidsverksamhet eller boende. I detta arbete behöver också en översyn av kommunens befintliga verksamhet ses över då det idag är vissa boenden som egentligen inte lever upp till krav som finns gällande tillgänglighet.

Resursfördelningsmodell

Med syfte att tydligare kunna bedöma bemanningsbehovet inom bostad med särskild service och daglig verksamhet är en resursfördelningsmodell under införande. Arbetet med att göra nivåbedömningar av personalresurser i dessa verksamheter pågår. Genom detta ska respektive individs behov av personalresurser identifieras och utifrån det ska resurstilldelning till verksamheterna ske. Arbetet sker utifrån en modell som arbetats fram och tillämpas i en del andra kommuner. Modellen ska också underlätta resursbedömningen då nya beslut/uppdrag ska verkställas.

Utifrån ovan beskrivna aktiviteter är bedömningen att verksamheten kommer att kunna planeras och bedrivas på ett kvalitativt och kostnadseffektivt sätt.



VALDEMARSVIKS
KOMMUN

Redovisning av verksamheten Stöd vid funktionsnedsättning till KS 2020-08-17

Uppdrag som givits till sektorn

- Gör en redovisning av verksamheten inom stöd för funktionsnedsättning där den beskrivs genom olika lagrum, verksamhetsprocesser samt i kostnadstermer för verksamhet, personal ledningsfunktioner samt andra resurser. Identifiera kostnadshöjande och kostnadsdrivande poster och effekter.
- Utifrån vunna erfarenheter medverka till att identifiera riskgrupper som kan mötas med tidiga insatser inom IFO och delar av LSS-verksamheten. Arbete kan eventuellt samordnas inom Preventionsprojektet eller inom ramen för folkhälsoarbetet.

Lagrum och verksamhetsprocesser inom Stöd vid funktionsnedsättning

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

Insatser enligt LSS omfattar tre grupper som kallas för personkrets. För att ha rätt till insatser ska den enskilde först bedömas ingå i personkrets. Grupperna består av personer med

1. utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd
2. betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom
3. andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Om den enskilde ingår i personkrets och "behovet (faktiskt) inte är tillgodosett" så har den enskilde rätt till insatsen. Detta skiljer sig mot Socialtjänstlagen där bedömning görs om "behovet kan tillgodoses på annat sätt". LSS är en rättighetslag som gäller utöver annan lagstiftning. 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.

Insatser enligt LSS

1. Rådgivning och annat personligt stöd

Utförs av regionen och innebär insatser från experter inom habilitering.

2. Personlig assistans

Personlig assistans är tänkt som stöd till personer som på grund av stora och varaktiga funktionsnedsättningar behöver hjälp med sina grundläggande behov. Den enskilde kan exempelvis behöva hjälp med sin personliga hygien, måltider eller att kommunicera med andra människor.

- Kan beviljas av kommunen om grundläggande behov inte uppgår till 20 timmar per vecka men behovet av individuellt anpassat stöd ändå finns. Kommunen bär då hela kostnaden.

- Kan beviljas av försäkringskassan om grundläggande behov uppgår till mer än 20 timmar. Kommunen bekostar då de 20 första timmarna samt ekonomisk ersättning vid assistenters sjukfrånvaro. Det är den enskilde som själv väljer utförare av assistansen. Den kan ske i egen regi, av privata utförare eller kommunen.

3. Ledsagarservice.

Insatsen ledsagarservice syftar till att bryta den isolering som ofta blir följden av en omfattande funktionsnedsättning. Ledsagarservice består av en följeslagare som ska underlätta för personer med funktionsnedsättning att delta i samhällslivet och komma ut bland andra människor.

4. Kontaktperson

Kontaktperson enligt LSS är ett icke-professionellt stöd som ges av en person med stort engagemang och intresse för andra människor. Man behöver inte ställa krav på att kontaktpersonen ska ha någon särskild yrkeskompetens. En kontaktperson kan hjälpa till att bryta personens isolering genom umgänge och hjälp till fritidsverksamhet. Kontaktpersonen kan också ge råd till eller vara förespråkare för personen i olika mindre komplicerade situationer. Kontaktperson går att kombinera med insatsen bostad med särskild service. En kontaktperson kan vara ett sätt för den enskilde att få träffa andra personer än omsorgspersonalen och andra i boendet. Den enskilde kan ha behov av kontaktperson oavsett vilket personalstöd som ges i boendet.

5. Avlösarservice i hemmet

Föräldrar till barn och unga med funktionsnedsättning behöver ofta hjälp med avlösning för att kunna koppla av eller för att genomföra aktiviteter som barnet inte deltar i. Behovet av avlösarservice kan t ex handla om att ha möjlighet att ägna tid åt syskon eller att delta i en utbildning eller information om behandling. Avlösarservice kan också ges till anhöriga eller föräldrar vars vuxna barn fortfarande bor kvar i föräldrahemmet.

6. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet

Syftet med korttidsvistelse utanför det egna hemmet är att personer som tillhör personkretsen ska erbjudas miljöombyte och rekreation, men också att ge anhöriga avlösning i omvårdnadsarbetet. Insatsen kan därför delvis ses som ett alternativ till avlösarservice. Korttidsvistelsen kan också ge individen möjlighet till personlig utveckling. Korttidsvistelse kan ordnas i korttidshem, i en stödfamilj eller på något annat sätt, till exempel som lägvistelse eller kortkurser.

7. Korttidstillsyn för skolungdom över tolv år

Kommunerna är enligt skollagen skyldiga att erbjuda fritidshem till alla skolbarn till och med vårterminen det år eleven fyller 13 år. Men barn och unga med funktionsnedsättning kan behöva tillsyn efter skoldagens slut även när de blir äldre. Så länge de går i grundskola eller gymnasieskola finns därför en möjlighet att få insatsen korttidstillsyn. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år vänder sig till ungdomar som av olika skäl inte klara sig själva före eller efter skoldagen eller under skollov. Avsikten med insatsen är att ge eleven en trygg och meningsfull fritidssysselsättning.

8. Bostad i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdom

Barn och unga som trots olika stödinsatser inte kan bo kvar i föräldrahemmet kan få bo i familjehem eller bostad med särskild service. Familjehem eller bostad med särskild service kan komma i fråga för barn och unga med svåra funktionsnedsättningar som, trots olika stödinsatser helt eller delvis, inte kan bo kvar i föräldrahemmet. Anledningen till att barnet eller den unga beviljas insatsen kan också vara att han eller hon behöver gå i skola på annan ort och därför inte kan bo hos sina föräldrar. Syftet med insatsen är att ge möjlighet till en kompletterande varaktig uppväxtmiljö för dessa barn och unga.

9. Bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad

Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad är en insats enligt LSS. Insatsen inkluderar tre former av bostäder: servicebostad, gruppboestad och annan särskilt anpassad bostad. I huvudsak beskrivs tre former av bostäder i förarbetena till lagstiftningen:

- gruppboestad
- servicebostad
- annan särskilt anpassad bostad

Gruppboestad och servicebostad är två olika former av bostäder med särskild service för vuxna. Där ingår fast bemanning och omvårdnad, vilket däremot inte ingår i boendeformen annan särskilt anpassad bostad. Alla dessa typer av bostäder är den enskildes hem. I förarbetena till LSS framhålls att antalet boende i en gruppboestad bör vara litet. För vissa personer med omfattande funktionsnedsättning är det särskilt viktigt att antalet kontakter i den närmaste miljön är begränsat. En bostad med särskild service är personens hem och det ställer särskilda krav på bostadsstandarden.

10. Daglig verksamhet

Personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig kan få daglig verksamhet. Insatsen omfattar endast personer med utvecklingsstörning, autism eller

autismliknande tillstånd och personer med förvärvad hjärnskada, det vill säga personer som ingår i grupp ett och två i den personkrets som beskrivs i LSS.

Den dagliga verksamheten kan utformas på olika sätt. Verksamheten ska erbjuda den enskilde stimulans, utveckling, meningsfullhet och gemenskap efter hans eller hennes önskemål. Ett övergripande mål med insatsen är att utveckla den enskildes möjligheter till arbete på kortare eller längre sikt. I insatsen ingår omvårdnad.

Den dagliga verksamheten kan innehålla både aktiviteter med habiliterande inriktning och mer produktionsinriktade uppgifter. Daglig verksamhet är inte en anställningsform och syftet med verksamheten är inte att producera varor eller tjänster. Verksamheten kan vara i både gruppform och individuella placeringar, till exempel på företag.

Individuell plan

I samband med att den enskilde beviljas en insats enligt LSS ska hen erbjudas en individuell plan enligt LSS. Den individuella planen ska innehålla beslutade och planerade insatser och tas fram i samråd med den enskilde. Planen ska även redovisa åtgärder som vidtas av andra aktörer än kommunen eller regionen. Den som har beviljats en insats kan när som helst begära att en individuell plan upprättas. Planen ska omprövas fortlöpande och minst en gång om året.

Socialtjänstlagen 2001:453 (SoL)

Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för människor med funktionsnedsättningar utifrån socialtjänstlagen kapitel 5 § 7. Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Det bistånd som kan beviljas syftar till att stärka den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv. Insatserna kan till exempel vara boendestöd eller särskilt boende.

Boendestöd enligt SoL

Stöd i den egna bostaden kallas ofta boendestöd. Boendestöd är en praktisk, pedagogisk och social insats för personer med funktionsnedsättning som syftar till att underlätta för den enskilde att hantera sin vardag. Boendestöd är en biståndsbedömd insats utifrån 4 kapitlet 1 § Socialtjänstlagen, SoL. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Insatsen ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv förutsatt att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt.

Daglig verksamhet enligt SoL

Syftet med daglig verksamhet för personer med funktionsnedsättning är att ge en meningsfull sysselsättning med stimulans, strukturerade aktiviteter eller arbetsliknande uppgifter samt en social samvaro. Daglig verksamhet enligt SoL är ett bistånd för vuxna personer i arbetsför ålder med funktionsnedsättning oavsett om personen bor med eller

utan stöd. Verksamheten vänder sig till personer med psykisk ohälsa, långvarig psykisk funktionsnedsättning eller annan funktionsnedsättning. Daglig verksamhet enligt SoL samordnas med daglig verksamhet enligt LSS och utförs ibland inom samma verksamheter som insatsen enligt LSS.

Kontaktperson enligt SoL

En kontaktperson kan syfta till att underlätta för den enskilde att leva ett självständigt liv genom att minska social isolering och är någon att uppleva nya saker tillsammans med.

Områden, ledning och övriga resurser

Inom verksamheten för stöd vid funktionsnedsättning finns tre chefer som från 2020-09-01 har följande områden.

Område 1

- Gruppbostad Axvägen
- Gruppbostad Brogatan
- Gruppbostad Gamla Landsvägen
- Gruppbostad Storgatan

Område 2

- Serviceboende Nedre Norrbacka
- Personlig assistans
- Övrig LSS, dvs, korttidstillsyn, korttidsvistelse, ledsagar- och avlösarservice samt kontaktpersoner.

Område 3

- Serviceboende Övre Norrbacka och Träffpunkten
- Daglig verksamhet: Änggården/JK-teamet, Serviceteamet och Loviza
- Boendestöd

Gemensamma funktioner för områdena är utvecklingspedagog, samordnare och systemförvaltare. Samordnare och systemförvaltare är på deltid. Utvecklingspedagog är pga resursbrist utlånad till IFO under sommar och höst.

Utvecklingspedagogens uppdrag är att kvalitetssäkra arbetssätt och arbete med värdegrunden och genomförandeplaner samt stödja och handleda verksamheterna i deras uppdrag.

Samordnarens uppdrag är att bistå vid schemaläggning, rapportering av assistansersättning samt andra administrativa arbetsuppgifter.

Systemförvaltarens uppdrag är att utveckla och kvalitetssäkra en del av sektorns system såsom journalsystem och andra digitala lösningar, ansvara för hantering av inloggnings- och statistik.

Kostnadshöjande och kostnadsdrivande områden

Oklart underlag från Kolada

Vid genomgång av resultaten som finns i Kolada har det uppmärksammats en del oklarheter och felaktigheter där vilket beror i hur underlagen som resultaten bygger på redovisats och levererats. En översyn av processerna för rapporteringen av detta ska göras under hösten. Flera av de resultat som idag finns i Kolada ger ingen rättvis bild av verkligheten och utgör därmed inte något korrekt underlag för jämförelser med andra.

Köp av externa tjänster

Behovet av att köpa externa tjänster inom LSS handlar oftast om unga individer som av olika anledningar har behov av att få sin skolgång på annan ort. Detta för att en lämplig lösning inte har kunnat erbjudas inom kommunens verksamheter. Följden av en skolplacering samt individens behov av stödinsatser utöver skoltid utgör behovet av insatser enligt LSS. Möjligheten att påverka dessa kostnader handlar om att arbeta förebyggande i samverkan mellan BUA och sektor stöd och omsorg. En sådan samverkan finns delvis mellan IFO och BUA. Med en god samverkan torde vissa behov kunna tillgodoses med hemmaplanslösningar.

Annan insats som ibland köps externt är korttidsvistelse utanför hemmet. Detta för att kommunen idag har begränsade förutsättningar för att bedriva korttidsverksamhet som är utformad på det sätt som lagstiftaren avser. Ett arbete pågår med att titta på möjliga alternativ till en ny korttidsverksamhet inom kommunen. Behovet av detta kommer också att belysas i den inventering som ska göras under hösten.

Tidigare aktiviteter

Förändringar inom daglig verksamhet

Som ett sätt att effektivisera och förbättra Daglig verksamhet har en sammanslagning av enheter skett. JK-enheten har inkluderats i Aktivitetshuset Änggården.

Avvecklade gruppboende

Det LSS-boende som tidigare fanns på Kyrkvägen i Ringarum har avvecklats och de boende som bodde där har erbjudits andra boenden i kommunen. Denna förändring skedde genom god planering och föll väl ut för de berörda.

Pågående och planerade aktiviteter

Bemanning

Till skillnad mot äldreomsorgen finns inom LSS inte några bemanningstal. Det är heller inte lagstiftarens mening att det ska finnas utan insatserna ska bygga på den enskildes unika behov och därmed resurssätta bemanningen utifrån det. På så vis kan t ex en gruppbostad ha en betydligt högre bemanning än en annan.

Med syfte att tydligare kunna bedöma bemanningsbehovet pågår nu ett arbete med att göra nivåbedömningar av personalresurser till de enskilda som har beslut om insatser bostad med särskild service för vuxna samt insatsen daglig verksamhet. Detta arbete som ska identifiera respektive individs behov av personalresurser sker utifrån en modell som arbetats fram och tillämpas i en del andra kommuner.

Heltid som norm

En utmaning i detta och i sektorns övriga verksamhet är arbetet med "heltid som norm". Detta påverkar möjligheten att lägga scheman som blir bra för både verksamheten och medarbetare. Som ett led i detta kommer under hösten en tjänst som övergripande schemaplanerare att införas. Denna funktion kommer att bidra starkt till att kunna kombinera bra scheman med mer effektivt nyttjande av personella resurser. Inom daglig verksamhet ska ett arbete göras för att på ett mer effektivt sätt kunna nyttja de personella resurser som finns där.

Framtidsplanering

Under året ska en inventering av medborgarnas framtida behov av insatser enligt LSS ske. Detta för att få en bild av kommunens behov av verksamhet och erbjudanden om insatser. Inventeringen ska också beskriva befintliga verksamheter och dess status.

LSS-boenden är små verksamheter

LSS-boenden är små verksamheter vilket i sig innebär att de är kostnadskrävande. Att gruppbostäder ska vara små framgår tydligt i förarbetena till lagen.

Likriktad resursanvändning

Vi översyn av verksamheternas planering och resurser har det framkommit variationer i hur mycket tid och resurser som används för olika mötesforum, kompetensutveckling etc. Detta kommer att fastställas så att det blir mer likriktat.

Pensionärsklubb

Då personer som har beslut om daglig verksamhet uppnår pensionsålder finns möjlighet att delta i pensionärsklubben. Klubben fungerar som en träffpunkt där olika aktiviteter erbjuds. Verksamheten innebär ingen merkostnad eftersom den personal som medverkar vid träffarna kommer med från boendet.



KS-SOU §26

KS-SO.2020.8

Motion - Kartläggning av LSS verksamhet

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts förslag

1. Kommunfullmäktige beslutar att anse motionen besvarad.

Sammanfattning

Vänsterpartiet inkom 2020-01-27 med en motion gällande kartläggning och redovisning av kommunens LSS-verksamhet. I svar på motion bifogas sedan tidigare, till KS, redovisad kartläggning samt beskrivning av efterfrågad information.

Ärendebeskrivning

Kartläggning

En kartläggning av samtliga LSS-verksamheter i Valdemarsviks kommun redovisades till KS 2020-08-17 samt KS-SOU 2020-11-10, se bilaga 1 och 2.

Fördelning KS-SOU och SMN

För alla ärenden gällande enskilda individer (myndighetsutövning, behovsbedömningar, beslut om insats, uppföljning av beslutad insats, anmälan och processer med andra myndigheter etc) ansvarar social myndighetsnämnd. För områden som gäller utförarverksamhet (verksamhetsplanering/uppföljning/kvalitet etc) ansvarar KS-SOU.

Rätts- och försäkringsskydd för enskilda

Personer som bor i bostad med särskild service förväntas ha en egen hemförsäkring. Inom ramen för den kan möjlighet till rättsskydd finnas, precis som för andra medborgare. Precis som andra medborgare kan den enskilde även omfattas av andra försäkringar genom t ex organisationer och föreningar.

Personer som har insatser enligt LLS omfattas av kommunens ansvars- och olycksfallsförsäkring.

Beslutsunderlag

Motion från Vänsterpartiet 2020-01-27

Skrivelse från sektor Stöd och Omsorg 2021-07-06

Dokument "Redovisning av verksamheten Stöd vid funktionsnedsättning till KS 2020-08-17"

Dokument "Redovisning av verksamheten Stöd vid funktionsnedsättning till KS-SOU 2020-11-10, del II"



KS-SOU §26

KS-SO.2020.8

Beslutet skickas till
Kommunstyrelsen
Akten

Justerare

.....

.....

KS § 159

KS-SO.2020.8

Motion - Kartläggning av LSS verksamhet

Kommunstyrelsens förslag

Kommunfullmäktige anser motionen besvarad.

Protokollsanteckning

Jonas Andersson (V) lämnar följande protokollsanteckning:

"Utifrån ks handlingar och hänvisningar till bilagor (vilka inte finns bifogade) samt avsaknad bild utav ansvarsfördelning mellan sektorerna, är det inte möjligt att avgöra om första Att satsen i motionen är besvarad eller inte. Andra Att satsen i motionen är inte beredd alls. Jag anser att ärendet är bristfälligt berett och borde återremitterats."

Yrkanden

Anna Nilsson (M) med instämmande från Göran Hargestam (SD) yrkar att ärendet återremitteras.

Nhela Ali (S) yrkar bifall till stöd- och omsorgsutskottets förslag att motionen ska anses besvarad.

Beslutsgång

Kommunstyrelsen godkänner att frågan om ärendet ska avgöras idag eller senare ställs under proposition. Efter ställda propositioner finner ordföranden att ärendet ska avgöras senare.

Omröstning begärs.

Voteringsgång

Kommunstyrelsen godkänner följande voteringsproposition.

Ja-röst för att ärendet ska avgöras senare.

Nej-röst för att ärendet ska avgöras idag.

KS § 159

KS-SO.2020.8

Voteringsresultat

6 ja-röster: Anna Nilsson (M), Per Hollertz (M), Anders Sjölander (M), Stefan Kemle (LpO), Göran Hargestam (SD), Kurt Olsson (SD)

7 nej-röster: Malin Andersson (S), Nhela Ali (S), Ulla Wallering Fall (S), Jessica Ek (S), Maud Carlsson (S), Anders Carlsson (C), Torvald Karlsson (C)

Kommunstyrelsen beslutar alltså att ärendet ska avgöras idag.

Beslutsgång

Då kommunstyrelsen beslutar att ärendet ska avgöras idag ställs Nhela Alis (S) yrkande under proposition. Efter ställd proposition finner ordföranden att kommunstyrelsen beslutar enligt Nhela Alis (S) yrkande att kommunstyrelsen föreslår att motionen ska anses besvarad.

Sammanfattning

Vänsterpartiet inkom 2020-01-27 med en motion gällande kartläggning och redovisning av kommunens LSS-verksamhet. I svar på motion bifogas sedan tidigare, till KS, redovisad kartläggning samt beskrivning av efterfrågad information.

Ärendebeskrivning

Kartläggning

En kartläggning av samtliga LSS-verksamheter i Valdemarsviks kommun redovisades till KS 2020-08-17 samt KS-SOU 2020-11-10, se bilaga 1 och 2.

Fördelning KS-SOU och SMN

För alla ärenden gällande enskilda individer (myndighetsutövning, behovsbedömningar, beslut om insats, uppföljning av beslutad insats, anmälan och processer med andra myndigheter etc) ansvarar social myndighetsnämnd. För områden som gäller utförarverksamhet (verksamhetsplanering/uppföljning/kvalitet etc) ansvarar KS-SOU.

Rätts- och försäkringsskydd för enskilda

Personer som bor i bostad med särskild service förväntas ha en egen hemförsäkring. Inom ramen för den kan möjlighet till rättsskydd finnas, precis

KS § 159

KS-SO.2020.8

som för andra medborgare. Precis som andra medborgare kan den enskilde även omfattas av andra försäkringar genom t ex organisationer och föreningar.

Personer som har insatser enligt LLS omfattas av kommunens ansvars- och olycksfallsförsäkring.

Beslutsunderlag

Protokoll KS-SOU 2021-10-05 § 26

Tjänsteskrivelse från sektor Stöd och Omsorg 2021-07-06

Motion från Vänsterpartiet 2020-01-27

Dokument "Redovisning av verksamheten Stöd vid funktionsnedsättning till KS 2020-08-17"

Dokument "Redovisning av verksamheten Stöd vid funktionsnedsättning till KS-SOU 2020-11-10, del II"

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige

Akten

KS § 185

KS-SO.2020.8

Motion - Kartläggning av LSS verksamhet

Kommunstyrelsens beslut

Ärendet återremitteras för ytterligare behandling med motiveringen:
"Vänsterpartiets motion angående kartläggning av kommunens LSS verksamheter och hur de följs upp, är inte till fullo belyst. Nuvarande underlag visar på verksamhet som ligger under KS-utskott för omsorg. Huruvida personer som berörs inom LSS och andra utskotts ansvarsområden är inte belysta. Därav saknas KS helhetsgrepp om LSS verksamheten."

Yrkanden

Jonas Andersson (V) yrkar att ärendet återremitteras med motiveringen:
"Vänsterpartiets motion angående kartläggning av kommunens LSS verksamheter och hur de följs upp, är inte till fullo belyst. Nuvarande underlag visar på verksamhet som ligger under KS-utskott för omsorg. Huruvida personer som berörs inom LSS och andra utskotts ansvarsområden är inte belysta. Därav saknas KS helhetsgrepp om LSS verksamheten."

Beslutsgång

Kommunstyrelsen godkänner att Jonas Anderssons (V) yrkande och arbetsutskottets förslag ställs under proposition. Efter ställda propositioner finner ordföranden att kommunstyrelsen beslutar enligt arbetsutskottets förslag att avslå motionen.

Omröstning begärs.

Voteringsgång

Kommunstyrelsen godkänner följande voteringsgång:
Ja-röst för kommunstyrelsens arbetsutskotts förslag om avslag.
Nej-röst för Jonas Anderssons (V) yrkande på återremiss.

Voteringsresultat

6 ja-röster: Lars Beckman (S), Nhela Ali (S), Ulla Wallering Fall (S), Jenny Elander Ek (C), Ander Carlsson (C), Torvald Karlsson (C).

KS § 185

KS-SO.2020.8

7 nej-röster: Jonas Andersson (V), Hans Andersson (M), Per Hollertz (M), Marianne Svensson (KD), Stefan Kemle (LpO), Göran Hargestam (SD), Kurt Olsson (SD).

Kommunstyrelsen beslutar alltså att ärendet ska återremitteras i enlighet med Jonas Anderssons (V) yrkande.

Sammanfattning

Vänsterpartiet inkom 2020-01-27 med en motion gällande kartläggning och redovisning av kommunens LSS-verksamhet. I svar på motion bifogas sedan tidigare, till KS, redovisad kartläggning samt beskrivning av efterfrågad information.

Ärendebeskrivning

Kartläggning

En kartläggning av samtliga LSS-verksamheter i Valdemarsviks kommun redovisades till KS 2020-08-17 samt KS-SOU 2020-11-10, se bilaga 1 och 2.

Fördelning KS-SOU och SMN

För alla ärenden gällande enskilda individer (myndighetsutövning, behovsbedömningar, beslut om insats, uppföljning av beslutad insats, anmälan och processer med andra myndigheter etc) ansvarar social myndighetsnämnd. För områden som gäller utförarverksamhet (verksamhetsplanering/uppföljning/kvalitet etc) ansvarar KS-SOU.

Rätts- och försäkringsskydd för enskilda

Personer som bor i bostad med särskild service förväntas ha en egen hemförsäkring. Inom ramen för den kan möjlighet till rättsskydd finnas, precis som för andra medborgare. Precis som andra medborgare kan den enskilde även omfattas av andra försäkringar genom t ex organisationer och föreningar.

Personer som har insatser enligt LSS omfattas av kommunens ansvars- och olycksfallsförsäkring.



KS § 185

KS-SO.2020.8

Beslutsunderlag

Protokoll KS-SOU 2021-10-05 § 26

Tjänsteskrivelse från sektor Stöd och Omsorg 2021-07-06

Motion från Vänsterpartiet 2020-01-27

Dokument "Redovisning av verksamheten Stöd vid funktionsnedsättning till
KS 2020-08-17"

Dokument "Redovisning av verksamheten Stöd vid funktionsnedsättning till
KS-SOU 2020-11-10, del II"

Beslutet skickas till

Socialchefen

Akten

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Sektor stöd och omsorg

Anna-Lena Udenius

Kvalitets- och utvecklingsstrateg

Tel: 0123-191 00

E-post: anna-lena.udenius@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunfullmäktige

Motion - Kartläggning av LSS verksamhet

Förslag till beslut i Kommunfullmäktige

Kommunfullmäktige beslutar att anse motionen besvarad.

Ärendebeskrivning

Vänsterpartiet inkom 2020-01-27 med en motion gällande kartläggning och redovisning av kommunens LSS-verksamhet. I svar på motionen bifogades, sedan tidigare till KS, redovisad beskrivning (del I och II), beskrivning av fördelning mellan SMN och KS SOU samt beskrivning av rätts- och försäkringsskydd för enskilda.

Ärendet återremitterades för ytterligare behandling med motiveringen: "Vänsterpartiets motion angående kartläggning av kommunens LSS verksamheter och hur de följs upp, är inte till fullo belyst. Nuvarande underlag visar på verksamhet som ligger under KS-utskott för omsorg. Huruvida personer som berörs inom LSS och andra utskotts ansvarsområden är inte belysta. Därav saknas KS helhetsgrepp om LSS verksamheten."

Svar på motionen

All verksamhet inom ramen för LSS (lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade) beslutas och utförs inom sektor stöd och omsorg.

Utöver verksamheternas sedvanliga forum sker uppföljning också genom brukarundersökningar, delaktighetsslingor, samverkan med FUB samt politikernas verksamhetsbesök med efterföljande närvaro av enhetschef på utskott.

Personer som har beviljade LSS-insatser kan precis som andra medborgare också ha insatser från andra huvudmän. För att besvara återremitterad motion har underlag inhämtats från BUAK gällande barn och unga med funktionsnedsättning.

Elever med funktionsnedsättning kan gå i ordinarie skolverksamhet, i särskola eller i gymnasiesärskola. Särskola för barn i Valdemarsviks kommun finns i Söderköping och gymnasiesärskola i Norrköping. Elever som behöver särskilt stöd i skolan ska få det. Läraren ska anpassa undervisningen för elever med funktionsnedsättning. Rektor har det yttersta ansvaret för att undervisningen organiseras så att eleven med funktionsnedsättning kan



uppfylla betygskriterierna. Den som driver skolan, huvudmannen, har ansvar för att eleven får tillgång till de verktyg och hjälpmedel som eleven behöver för sin skolgång. Elevhälsan är en viktig del i stödet till eleverna. Elevhälsans arbete ska både bidra till en hälsofrämjande skolutveckling och undanröja hinder för enskilda elevers lärande. Sektor BUAK följer upp arbetet inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

Motionen anses härmed besvarad.

Beslutsunderlag

Denna skrivelse

Motion "Kartläggning av kommunens LSS-verksamhet"

Tjänsteskrivelse daterad 2021-07-06

Dokument "Redovisning av verksamheten Stöd vid funktionsnedsättning till KS 2020-08-17"

Dokument "Redovisning av verksamheten Stöd vid funktionsnedsättning till KS-SOU 2020-11-10, del II"

Beslutet skickas till

sektorchef

akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Marie Schmid
sektorchef



(5)

KS-SO.2023.4

Årsplanering och kontaktpolitiker 2023

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten



Tjänsteställe/Handläggare

Sektor stöd och omsorg
Anna-Lena Udenius
Kvalitets- och utvecklingsstrateg

Tel: 0123-191 00

E-post: anna-lena.udenius@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens stöd- och
omsorgsutskott

Årsplanering och kontaktpolitiker KS SOU 2023

Förslag till beslut i kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott.

1. Årsplanering 2023 för kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott antas.

2. Kontaktpolitiker för 2023 utses.

Ärendebeskrivning

Nedan anges när enhetschef 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. Kontaktuppgifter till respektive enhetschef tillhandahålls av kansliet. Beroende på aktuellt läge med pandemin Covid -19 kan besök komma att ske digitalt.

Sammanträde	Område	Enhetschef	Kontaktpolitiker
2022-01-23	Stöd och omsorg	Marie Schmid	
2022-02-20	Hemsjukvården	Mi Carlsson	
2022-03-20	MAS, MAR	Lena Borgman Fred Sofia Johansson	
2022-04-17	IFO	Sandra Gullberg	
2022-05-15	LSS	Stefan Bacirtzis Liisa Hoikkala Linda Andersson	
2022-09-11	Gusums äldreboende Hemtjänst Gusum Hemtjänst Ringarum	Joakim Lehman	
2022-10-09	Åldersro Hemtjänst Gryt Hemtjänst Valdemarsvik öst & väst	Annelie Skoglund	



2022-11-06	Vammarhöjden	Kerstin Johansson Kristian Hellström
2022-12-04	Nattpatrull Hemtjänst Valdemarsvik syd & nord	Cathrine Karlsson

Enhetschef ska vid besök hos utskottet redovisa:

- Fotografier på verksamhetslokaler och var verksamheten är lokaliserad
- Personalläge; nuläge, sjuktal, täthet och framtid
- Vikariesituationen, hur det ser ut
- Aktuella frågor i verksamheten
- Ekonomi
- Resultatuppföljning, åtaganden och verksamhetsmål
- Trender och tendenser inom verksamheten
- Redovisning av värdegrundsarbetet på enheten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Marie Schmid
Sektorchef

Beslutet skickas till

Ledamöter och ersättare i kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott
Sektorchef Stöd och omsorg
Enhetschefer



(6)

Nämnd.2023.6

Övriga ärenden

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten