



Plats och tid: Fullriggaren, Stömsvik, 2026-01-26, 08:15:00

Distansdeltagande

För att delta på distans ska den enskilda anmäla detta till ordföraanden och sekreteraren. Ordförande avgör om distansdeltagande får ske. Anmälan ska senast ske 23/1 klockan 12.

- Upprop
- Val av protokollsjusterare

Sammanträdet inleds med följande dragningar:

Carina Magnusson, *HR-chef*, kl.8:15

- Bemanningsstatistik

Freddy Wiman, *MAR/utvecklingsledare* & Charlie Hallingström, *MAS/systemförvaltare*, kl.8:30

- Patientsäkerhetsberättelse

Daniel Lyngren Brådhe, *socialt ansvarig samordnare*, kl.9:00

- Nya socialtjänstlagen

Per Hanö, *ordförande*, kl.9:30

- Årsplanering och kontaktpolitiker 2026

Maria Frisäter, *socialchef*, kl.10:00

- Information från verksamhetsområde

Nr	Dnr	Ärende	Föredragande och ca tid
1	Nämnd.2026.1	Information	
2	KS-SA.2024.20	Bemanningsstatistik	
3	KS-SO.2026.3	Patientsäkerhetsberättelse 2025	
4	KS-SO.2026.5	Årsplanering och kontaktpolitiker stöd- och omsorg 2026	



(1)

Nämnd.2026.1

Information

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutet skickas till

Akten



(2)

KS-SA.2024.20

Bemanningsstatistik

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutet skickas till

Akten

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Kommunledningskontoret

Carina Magnusson

HR-chef

Tel: 0123-191 59

E-post: carina.magnusson@valdemarsvik.se

Mottagare

Stöd och omsorgsutskottet

Bemanningsstatistik inom Stöd och omsorg

Förslag till beslut i kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott

Redovisningen godkänns

Ärendebeskrivning

Kommunstyrelsen har gett 2025-01-20, § 2 förvaltningen i uppdrag att redovisa bemanningsstatistik för verksamhetsområde Stöd och omsorg kvartalsvis i Stöd- och omsorgsutskottet samt i kommunstyrelsens arbetsutskott.

Stöd och omsorg

Verksamheten är en personalkänslig verksamhet där frånvaro i regel alltid måste ersättas, om inte fullt ut så till viss del. Vid vakansprovning har vikarier i stället ersatt under pågående provning eller vid avslag.

Volymbaserad och behovsstyrd verksamhet kräver flexibilitet i schema och planering av brukarens insatser. Sedan den nya tillämpningen av arbetstidslagen med skärpta krav på dygns- och veckovila har fasta scheman applicerats i verksamheterna. Vid ökad volym tas vikarier in. Det ger små möjligheter att vara flexibel för att möta verksamhetens behov.

Rekryteringssvårigheter finns främst bland legitimerade medarbetare så som sjuksköterskor. Verksamheten har inte kunnat rekrytera på utannonserade tjänster och för att lösa situationen har vikarier tagits in men även hyrpersonal. Bemanningsföretag har i mycket låg utsträckning används under första kvartalet då bemanningen varit relativt stabil. Dock kommer behov finnas under sommarmånaderna för att täcka upp för semester.

Åtgärder

Effektivare personalplanering

Verksamhetsområde Stöd och omsorg har fokuserat på att effektivisera personalplaneringen. Arbetet startades med att kartlägga och analysera nuläget samt därefter förhandla nya schemalägningsprinciper som chefer och schemaläggare sedan har utbildats i samt en utbildning i personalplanering och schemaläggning för alla chefer och samordnare inom verksamhetsområdet. Nu är förändringen/utvecklingen mot en mer optimal



personalplanering inne i faser att nya schemalägnings principer gäller och medarbetarna arbetar efter nya scheman och utvärdering kommer sker senare under året.

Åtgärder vid övertalighet

Tidigare fanns det viss övertalighet på vissa enheter medan andra saknade personalresurser. Arbetet med förflyttningar av medarbetare är genomfört utifrån aktuellt bemanningsbehov. Vi ser nu att det kan komma att bli en övertalighet igen i och med att vi nu tillämpar nya schemalägnings principer och därmed kan effektivisera ytterligare genom att använda resurser mer optimalt. Avstämningar sker mellan HR och enhetschefer månatligen kring bemanningsbehovet.

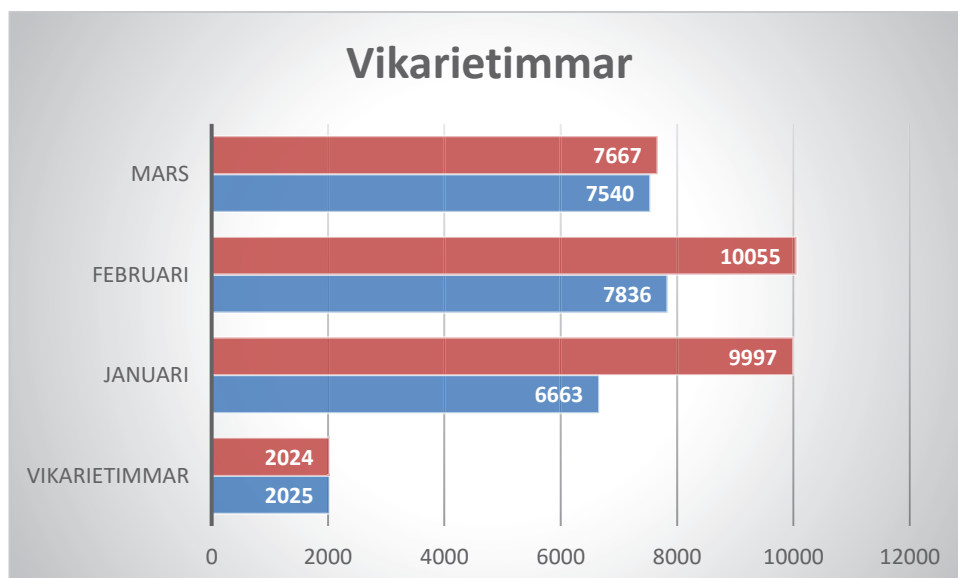
Att säkra en flexibel grundbemanning är en förutsättning för att minska antalet vikarier.

Minska antalet vikarier

Uppdraget är också att minska antalet vikarier i samtliga verksamheter. Arbetet med att säkra grundbemanningen pågår samtidigt som frånvaron är hög så vidare analys behöver göras när förändringen bekräfts och sommarperioden är passerad. Timavlönades arbetade timmar ligger fortfarande lägre än i jämförelse med samma period föregående år trots högre sjukdom. Det i sig indikerar en effektivare användning av de personella resurserna.

Diagram 1.

Visstidsanställda vikariers arbetade timmar



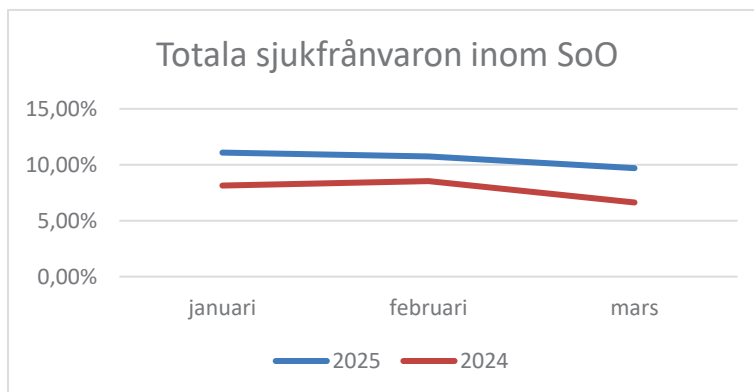
En närmare analys visar nu att sjukfrånvaron är på en relativt hög nivå men att bemanningsplaneringen har förbättrats och medvetandegjorts så att högre grad av effektivitet nås.



Sjukfrånvaron

Sjukfrånvaron är högre och har så varit under hela vintern. I kommunen var den totala sjukfrånvaron för samma period 2025; jan = 8,37%, feb = 9,05% och mars = 8,46%. En tendens är att sjukfrånvaron nu sjunker i likhet med tidigare år. Sjukfrånvaron inom Stöd och omsorg var 2025 för jan = 11,09% feb 10,74% samt mars = 9,7%.

Diagram 2. Sjukfrånvaro jan-mars 2024 och 2025



Antalet övertidstimmar

Övertid

Beslut har gemensamt tagits av kommunledningsgruppen att det råder restriktivitet mot övertid. Övertid ska godkännas av chef och kan bara ske om det är absolut nödvändig. Övertidsuttaget har visat på ett tydligt minskat uttag i jämförelse med tidigare år men nu med den höga frånvaron ser vi övertiden ökar något men inte riktigt till samma nivåer som tidigare.

Det nya centrala kollektivavtalet med giltighet från 1 april 2025 innebär att fyllnadstid upphör för deltidsanställda. Konsekvenser innebär att deltidsanställda får övertidsersättning från första timmen som de arbetar utöver den ordinarie arbetstiden och därmed ökar våra kostnader för övertid i alla fall kortsiktigt.

Diagram 3. Övertidstimmar från januari till och med mars 2025 i jämförelse med samma period 2024

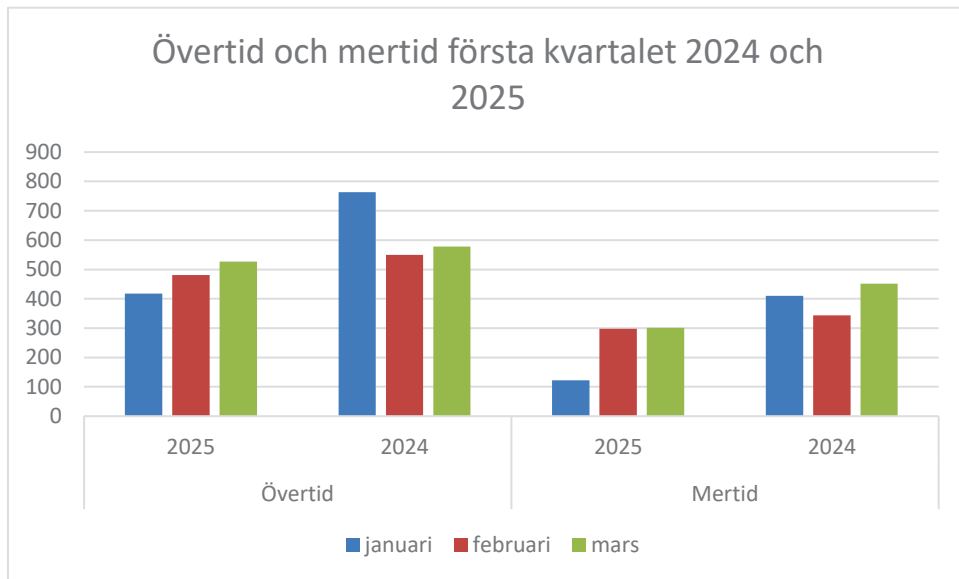
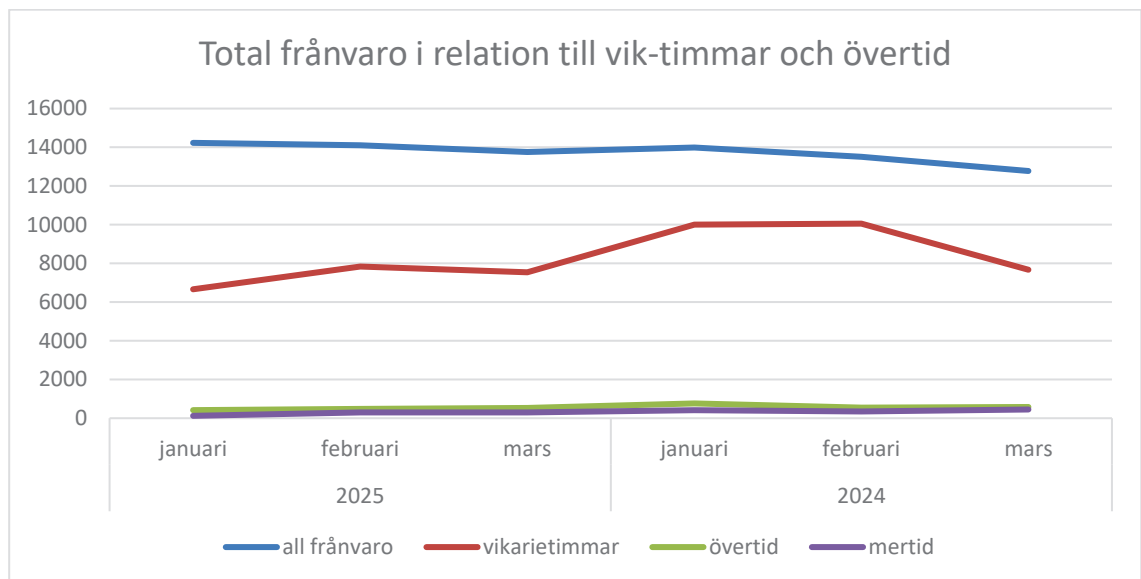


Diagram 4. Total frånvaro i relation till vikarietimmar samt mertid och övertid



Diagrammet visar att all frånvaro inte ersätts med timvikarier och övertid. En tidig analys visar att det finns viss luft i scheman ex. genom resursspass och behöver därför inte ersättas med extra personal.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det trots den höga frånvaron så visar statistiken på att utvecklingen går mot en mer effektiv personalplanering. Med de utbildningsinsatserna och med det utvecklings/förändringsarbete som genomförts och som fortfarande pågår ger resultat. Arbetet kommer att följas upp och justeras efter hand så ständiga förbättringar sker.



Beslutet skickas till

HR-chef

Verksamhetschefer

Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman
Kommundirektör

Carina Magnusson
HR-chef



(3)

KS-SO.2026.3

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutet skickas till

Akten



Tjänsteställe/Handläggare

Stöd och Omsorg

Freddy Wiman

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Tel: 0123-19312

E-post: Freddy.wiman@valdemarsvik.se

Charlie Hallingström

Tel: 0123-19321

E-post: Charlie.hallingstrom@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Förslag till beslut

Kommunstyrelsen antar Patientsäkerhetsberättelsen för 2025

Ärendebeskrivning

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR och medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS har utifrån patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) upprättat patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården. Patientberättelsen samt bilaga beskriver resultat och åtgärder inom hälso- och sjukvårdens område samt hur arbetet genomförts under 2025 med fokus på kvalitet och patientsäkerhet.

Nytta för patienten

Att i patientsäkerhetsberättelsen sammanställa hur systematiska analyser, kontroller och kvalitetsgranskningar genomförts under 2025 samt resultaten av dessa, ger en tydlighet i arbetsprocessen för att säkerställa kvalitet och säkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen visar goda resultat som ska upprätthållas och resultat som ska observeras och förbättras under 2026 inom det egna vårdgivaransvaret och i samverkan med externa parter i syftet att uppnå god patientsäkerhet.

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser.

Beslutet skickas till

Socialchef

MAR

MAS

Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman
Kommundirektör

Maria Frisäter
Socialchef



Patientsäkerhetsberättelse 2025



Sektor Stöd och omsorg

Medicinskt ansvariga

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning.....	3
2 Inledning.....	4
3 Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	5
4 Engagerad ledning och styrning.....	6
4.1 Övergripande mål och strategier 2025.....	6
4.2 Organisation och ansvar.....	6
4.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
4.4 Informationssäkerhet.....	8
5 En god säkerhetskultur.....	10
6 Adekvat kunskap och kompetens.....	11
7 Patienten som medskapare.....	12
8 Agera för säker vård.....	13
9 Ökad kunskap om inträffade vårdskador.....	14
10 Tillförlitliga och säkra system och processer.....	15
11 Säker vård här och nu.....	16
11.1 Riskhantering.....	16
12 Stärka analys, lärande och utveckling.....	17
12.1 Avvikelser.....	17
12.2 Klagomål och synpunkter.....	17
13 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	19
14 Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	20
15 Slutord.....	21

Bilagor

Bilaga 1: Bilaga Patientsäkerhetsberättelse 2025

1 Sammanfattning

Arbetet under året har präglats av digitala lösningar för mer effektiv och säker verksamhet. Följsamhet till ordinerade insatser från hälso- och sjukvården har ökat under året. Under året har patientsäkerheten upprätthållits då det ej inträffat några allvarliga vårdskador, dock finns alltid förbättringspotential inom patientsäkerheten. I rapporten kommer resultat presenteras inom områden som är kopplade till patientsäkerheten samt förslag på åtgärder för att öka kvalitén i verksamheten.

2 Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet och ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

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

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



3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

De grundläggande förutsättningarna för säker vård finns beskrivet av Socialstyrelsen i "Agera för säker vård, Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i Hälso- och sjukvård 2025-2030". Nedan följer de fyra grundläggande förutsättningarna för en säker vård

Engagerad ledning och tydlig styrning.

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

En god säkerhetskultur.

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

Adekvat kunskap och kompetens.

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

Patienten som medskapare.

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

4 Engagerad ledning och styrning



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

4.1 Övergripande mål och strategier 2025

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att ingen patient ska drabbas av undvikbara vårdskador. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården. MAS och MAR har identifierat arbetsprocesserna för att nå målen via kontroller och uppföljningar genom att:

- Följa resultaten i kvalitetsregister och sammanställa resultat med åtgärdsplaner i syftet att förebygga vårdskador.
- Använda utdata från kvalitetsregistren och andra kvalitetsmått för att se verksamhetens resultat och behov av förbättringsåtgärder.
- Förbättra och effektivisera digitala lösningar inom verksamhetssystem.
- Utfört planerade egenkontroller, internkontroller och kvalitetsgranskning.
- Kontrollera och revidera rutiner, riktlinjer och direktiv.
- Kvalitetssäkra läkemedelshanteringen genom intern och extern granskning.
- Utföra mätningar gällande basala hygien- och klädrutiner för att öka kompetens och förebygga smittor i verksamheten.
- Utföra riskanalyser samt upprättat handlingsplaner.
- Utföra journalgranskningar samt uttag av statistik på kommunala vårdåtgärder, KVÅ (kommunala koder som ska rapporteras till socialstyrelsens hälsodataregister).
- Deltagit i interna och externa samverkansgrupper mellan primärvård, slutenvård, hemsjukvård och myndighetsutövning för att utveckla samverkan. Intentionen är att samverka kring patientens vård och öka patientens säkerhet.

4.2 Organisation och ansvar

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9, 4 kap 6§, 7 kap. 2§ p3

Samverkan är en grundläggande del av patientsäkerhetsarbetet och sker på flera nivåer – både inom den kommunala hälso- och sjukvården och med andra vårdgivare. Inom den egna organisationen ska alla berörda professioner medverka i planeringen av patientens vård och behandling. Ansvarsområden ska vara tydligt definierade, och individuella vårdplaner, genomförandeplaner samt rehabiliteringsplaner ska utgöra vägledning i det dagliga arbetet. Rutiner för detta ska vara klart beskrivna och lättillgängliga.

Samverkan sker även mellan kommunen, övriga kommuner i Östergötland och Region Östergötland. Den omfattar allt från högsta politiska och tjänstepersonsledning till länsdelsvisa samverkansforum. Exempel på forum är Samråd vård och omsorg (SVO), Ledningsgrupp för vård och omsorg (LGVO), Medicinskt ansvarigas ledningsgrupp (MALG), samverkan kring palliativ vård, verksamhetsförlagd utbildning (VFU) samt utskrivningsprocessen i östra länsdelen.

På länsnivå samverkar MALG, där medicinskt ansvariga från länets 13 kommuner ingår. Gruppen arbetar med patientsäkerhet, utveckling och tydliggörande av kommunala hälso- och sjukvårdsfrågor, med syftet att erbjuda vård på lika villkor i hela länet. MALG samverkar även med Region Östergötland i strategiska frågor om vård och omsorg.

Utöver detta finns samverkan mellan socialchefer genom socialchefsnätverket i Östergötland. En viktig samarbetspart är kommunens enda vårdcentral, där samverkan sker både på ledningsnivå och mellan legitimerad personal i respektive verksamhet.

Hjälpmedel

Representanter från länets medicinskt ansvariga för rehabilitering deltar i flera arbetsgrupper och samverkansformer såsom hjälpmedelsråd, länsbrukarråd samt samverkan med länets hjälpmedelsleverantör Sodexo. En omorganisation för läns-gemensamma hjälpmedelsfrågor i Östergötland har genomförts i samband med det nya hjälpmedelsavtalet. Omorganisationen syftar till att skapa en mer resurseffektiv och tydlig struktur inom hjälpmedelsförsörjningen utifrån det läns-gemensamma regelverket för personligt förskrivna hjälpmedel i Östergötlands län. Till följd av omorganisationen ändras arbetsgrupperna, samverkansformerna och representationen inom de olika grupperna under 2025/2026.

Teamsamverkan

Hälso- och sjukvårdens personal arbetar i team utifrån geografiska områden. För ökad kontinuitet, samverkan och tillgänglighet har samtliga arbetsgrupper namngiven områdesansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut som deltar på teamträffarna.

Vårdhygieniskt nätverk

Länets kommuner tillsammans med regionen har skapat ett nätverk för att hjälpa kommunerna i den vårdhygieniska strategin som är framtagen för att säkerställa att smittspridning minimeras inom kommunala verksamheter. Smittskydd och vårdhygien har även regelbundna avstämningar med MALG-nätverket där exempelvis information om smittläget i länet ges.

4.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet omfattar alla medarbetare och syftet är att förebygga och begränsa konsekvenserna av störningar i informationshantering i kommunens verksamheter. Informationssäkerhet inom hälso- och sjukvårdsorganisationen innebär:

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

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

Tillgänglighet: Kontinuerliga uppdateringar av kommunala verksamhetssystem genomförs för att säkra drift och funktionalitet. Påminnelser om uppdateringar och när system åter är i drift meddelas via mail. Reservrutiner är uppdaterade och ses regelbundet över.

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

Under 2025 har följande arbetet kring informationssäkerhet utförts:

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

Medicinskt ansvariga utför journalgranskningar och under 2025 ses att samtliga journaler som innefattats i granskningen innehåller essentiella delar för att upprätthålla god patientsäkerhet, för mer information se bilaga.

Dokumentationsutbildningar erbjuds fortlöpande till medarbetare. Under året har arbetet med att upprätthålla och förbättra kvalitén i dokumentationen skett.

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.

I dagsläget arbetar inte Valdemarsviks kommun på något strukturerat sätt för att främja en god säkerhetskultur. Dock finns etablerade forum, exempelvis teamträffar, där brister i form av avvikelser lyfts i arbetsgrupper. Kontaktvägar finns till MAS och MAR för stöd och rådgivning i patientsäkerheten.

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.

Kompetensutveckling är en central del i patientsäkerhetsarbetet. Digitala utbildningar har varit och kommer fortsatt att vara viktiga för att nå många medarbetare, men fysiska möten ger möjlighet till fördjupad förståelse, praktisk övning, dialog och reflektion. Under året har vissa utbildningar och föreläsningar erbjudits i både fysisk och digital form, vilket har ökat tillgängligheten och deltagandet.

Externa utbildningar / Kompetensutveckling för legitimerad personal:

Instruktörsutbildning inom förflyttningsteknik.

Utbildning & genomgång av nytt hjälpmedelsavtal och nya förskrivningsanvisningar.

Utbildningar från Sodexo inom områdena el-rullstol, mellanaktiva rullstolar avancerad, madrasser & dynor avancerad.

Hjälpmedelsmässan i Kista

Utbildning samtalsstöd för att stärka kompetens vid anhörigstöd

Utbildning för att bli certifierade utbildare inom BPSD-registret

LAH besök/föreläsning läkare

Digital sårvårdsutbildning

Palliation SydÖst

Samordnad vård och omsorgsplanering (SVOP) - Slutenvårdsprocessen

Internutbildning till omvårdnadspersonal som tillhandahålls av legitimerad personal.

Förflyttningsutbildningar.

Administratörsutbildning inom BPSD.

Ombudsträffar.

Anhörigutbildning om demens, BPSD och bemötande.

Äldrelyftet

Delegeringsutbildning

Introduktion sommarvikarier inom SoL och LSS

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.

Den kommunala hälso- och sjukvården arbetar för att stärka patientens ställning och främja integritet, självbestämmande och delaktighet. Patienten och närstående skall informeras om hälsotillstånd, hjälpmedel, vård och behandling. Närstående skall delges information efter patientens samtycke.

Verksamheterna strävar efter att tillvarata synpunkter och klagomål. Om en patient drabbas av en allvarlig vårdskada informeras denne om det inträffade samt vilka åtgärder som planeras för att förhindra att liknande händelser upprepas.

Samverkan med närstående sker främst:

- Vid vårdplaneringar.
- Vid hantering av inkomna synpunkter och avvikelser.
- Vid möten för upprättande av samordnad individuell plan (SIP).
- Genom möten i det dagliga arbetet.

För att säkerställa en trygg och säker vård är informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier inom kommunen och mellan olika vårdgivare nödvändigt. Samtycke till informationsöverföring skall alltid inhämtas från patienten.

8 Agera för säker vård

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

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

Genom ett proaktivt och lärande förhållningssätt skapas förutsättningar för en säker vård, där risker kan identifieras och hanteras. Några exempel på hur proaktivt arbete tillämpats för att undvika vårdskador är:

- Riskbedömningar har genomförts systematiskt för fall, trycksår, undernäring och munhälsa enligt nationella riktlinjer i Senior Alert.
- Avvikelsehantering för att identifiera, åtgärda och dra lärdom av inkomna avvikelser.
- Regelbundna förflyttningsutbildningar & introduktion till sommarvikarier i syfte att stärka kompetens och minska risken för undvikbara vårdskador.
- Regelbunden uppföljning av lyftselar i syfte att säkerställa kvalitet och vårdskador.
- Arbeta med vårdhygienisk strategi för att undvika vårdrelaterade infektioner.

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 §

Utredning och uppföljning av vårdskador

Inträffade vårdskador utreds och följs upp enligt en rutin som är väl etablerad i verksamheten. Under året har totalt 1201 rapporter inkommit, varav 940 har resulterat i utredning (se bilaga sid 14-17). Att inte alla rapporter leder till utredning kan bero på att händelsen inte inträffat i verksamheten, att rapporten är skriven inom fel lagrum eller att avvikelsernas art inte innebär någon risk. Efter att rutinen för avvikelsehantering vid vårdskador omarbetades 2024 har genomförbarheten i utredningar och åtgärder förbättrats, vilket har lett till ett mer effektivt utredningsflöde under 2025.

Förebyggande arbete

Många avvikelser kan undvikas genom ett systematiskt förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården. Kvalitetsregistret Senior Alert används som ett verktyg för att tidigt identifiera risker inom områden som nutrition, fall, trycksår och munhälsa. Genom riskbedömningar kan adekvata åtgärder vidtas för att exempelvis förebygga undernäring.

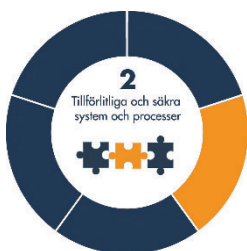
Under 2025 blev Valdemarsviks kommun utsedda som guldkommun av Senior Alert. Detta uppnåddes till följd av en hög täckningsgrad samt registrering av vårdpreventiv process. Detta är en kvitto på att det finns en kunskap i organisationen om hur förebyggande arbete kan undvika vårdskador.

Hög täckningsgrad innebär att minst 90 % av personer på särskilda boenden (SÄBO) ska ha genomgått riskbedömningar inom Senior Alert för områden som:

- Trycksår
- Undernäring
- Fallrisk
- Munhälsa.

Registrering av vårdpreventiv process innebär i minst 75 % av fallen ska bakomliggande orsaker vara utredda och nödvändiga åtgärder registrerade i Senior Alert

10 Tillförlitliga och säkra system och processer



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

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

Hygien- och klädrutiner: Vid mätning av hygienrutiner ses att medarbetare tenderar svara att de utför korrekt hygien- och klädrutin i högre utsträckning än vad observationsmätning visar (se bilaga sid 2-4).

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

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

Egenkontroll, internkontroll och kvalitetsgranskning	Frekvens
Extern kvalitetsgranskning läkemedel	1 gång/år
Egenkontroll läkemedelshantering	1 gång/år
Kvalitetsgranskning Hälso- och sjukvård	Var 3:e år - Utförs 2027
Avvikelser/rapporter	Bearbetas fortlöpande och lyfts för diskussion på teamträffarna ca 10 tillfällen/år.
Uttag avvikelser läkemedel och fall	Löpande
Resultat från kvalitetsregister	4 ggr/år
Mätning förekomst av trycksår	1 g/år
Kontroll rena hjälpmedel	1 g/år
Följsamhet till ordinerade rehabinsatser	2 g/år

11 Säker vård här och nu



Geografisk utmaning

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

Bemanning

Prioriteringar måste ständigt ske för att tillgodose behovet hos patienten. Under året har inhyrd personal förekommit i vissa delar av verksamheten vilket har löst bemanningen tillfälligt. Risker kan uppstå när inhyrd personal jobbar kortare perioder, då följsamheten till rutiner samt förebyggande arbetssätt kan bli bristfälliga. För att förebygga detta får varje inhyrd personal introduktion i rutiner och riktlinjer.

Faktorer utanför vårdgivaransvaret

Det förekommer fortsatt sporadiska restsituationer inom läkemedel. Det medför stora krav på hälso- och sjukvårdspersonal att åtgärda dessa förändringar på kort tid så att inte patientsäkerheten äventyras. Valdemarsviks kommun är även beroende av bemanningen av läkare inom regionens primärvård. Under året har det förekommit att läkarbemanningen varit låg vid enstaka tillfällen, men har hanterats utan att patientsäkerheten har äventyrats.

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.

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

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

12 Stärka analys, lärande och utveckling



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

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

Under året har områden inom exempelvis in- och utskrivningsprocessen och samverkan lyfts med hjälp av avvikelser. Antalet avvikelser mellan vårdgivare har ökat något under 2025 (se bilaga sid 14-15) Under året har östra länsdelens MAS:ar samlats tillsammans med regionen för att på strategisk nivå identifiera problemområden. Denna grupp planeras att fortlöpa och på systemnivå arbeta för att avvikelser ska kunna undvikas.

12.1 Avvikelser

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

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

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

Utifrån medicinskt ansvarigas ansvar görs en djupare analys i patientsäkerhetsberättelsen av avvikelser som berör fall och läkemedel, se bilaga sid 15-17.

12.2 Klagomål och synpunkter

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

Bestämmelserna kring synpunkter och klagomål i hälso- och sjukvården (Lag (2017:372) reglerar vårdgivarens, patientnämndens och Inspektionen för vård och omsorgs ansvar. En välfungerande klagomålshantering är en central del i det systematiska

patientsäkerhetsarbetet. Klagomål hanteras initialt när de inkommer till enheterna. Medicinskt ansvariga kontaktas och deltar vid behov i utredningar eller analyser

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

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

Under året har det inte inkommit klagomål från IVO.

13 Öka riskmedvetenhet och beredskap



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

När verksamheten ställs inför åtgärder och moment som betraktas som sällankompetens har kommunen ett gott samarbete tillsammans med Region Östergötland. Detta goda samarbete är viktigt då dessa förändringar kan ske snabbt i verksamheten. Utbildningsinsatserna har skett fortlöpande under året genom digital utbildning men också genom studiebesök/hospitering.

14 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

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

15 Slutord

Den hälso- och sjukvård som Sveriges kommuner ansvarar för ökar i betydelse och omfattning och det förväntas att mer avancerad vård kommer att bedrivas i hemmet. Kortare vårdtider på sjukhus med snabbare utskrivning till primärvård är fortsatt aktuellt. Under året har en ny SVOP-riktlinje tillsammans med regionen trätt i kraft. Det innebär att utskrivningsprocessen kan övervakas av kommunal och regional part som ligger till grund för betalningsansvar. Detta ställer högre krav på att kommunen snabbt tar emot patienter vid utskrivning.

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

Valdemarsvik 2026-01-09.

I tjänsten

Maria Frisäter Socialchef Stöd och omsorg

Freddy Wiman Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Charlie Hallingström Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Resultat från egenkontroller, internkontroller och kvalitetsgranskningar 2025.

Intern läkemedelsgranskning

MAS kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

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

Resultat: Under året har oanmälda kontroller utförts på kommunens särskilda boenden för äldre. Vid granskning ses att läkemedelshantering i stort sker på ett säkert sätt. Brister som exempelvis uppmärkning av brytdatum på flytande läkemedel utförs i mindre utsträckning än önskat. Generella läkemedelsförråd där legitimerad personal ansvarar ses god ordning och struktur.

Analys: Resultatet bedöms vara god. Brister som identifierats har bedömts vara låg allvarlighetsgrad på. Dock måste verksamheten fortsatt jobbar för att minimera att även mindre brister uppstår i det dagliga arbetet för en säker läkemedelshantering.

Åtgärd: Behov av att ständigt aktualisera befintliga skriftliga rutiner för en säker läkemedelshantering. Delegeringsprocessen har förändrats under året och utbildningsmaterialet för delegering har anpassats till att beröra lokala rutiner och riktlinjer i större utsträckning.

-

Journalgranskning

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

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

Resultat: Journalgranskningar inom äldreomsorgen och statistikuttag av Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) koder visar att läkemedelsgenomgångar genomförs och dokumenteras. Socialstyrelsens statistikdatabas över KVÅ visar att Valdemarsviks hälso- och sjukvård registrerat 27st koder för informationsinhämtning inför läkemedelsgenomgång mellan januari och augusti 2025.

Analys: Antalet bedöms som bra då medarbetare registrerar på korrekt KVÅ-kod. Vid fördjupad journalgranskning på särskilt boende ses att samtliga har erhållit läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Genomgångarna har inte alltid registrerats under korrekt KVÅ-kod, utan dokumenterats under andra koder i journalsystemet. Detta kan bero på att det finns en stor mängd koder att skriva under. Om alla koder skulle användas korrekt kan journalinformationen vara svår att få överblick över.

Uppföljning: Fortsatta uppföljningar under 2026 med statistikuttag av KVÅ koder samt journalgranskningar. Återkoppling till legitimerad personal planeras att göras i samband med statistikuttag.

Extern läkemedelsgranskning

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

Resultat: Granskning genomfördes under december månad på våra särskilda boenden samt i hemtjänst. Ansvariga sjuksköterskor, enhetschefer, MAS och verksamhetschef medverkade under granskningarna. Granskningen påvisade ej några stora brister i läkemedelshantering som kan äventyra patientsäkerheten. Granskningen visar också att det finns förbättringspotential i läkemedelshanteringen. De brister som sågs på samtliga enheter var bland annat rutiner kring städning och kassering av läkemedel och brytdatum av läkemedel med begränsad hållbarhet.

Åtgärd: Ansvariga sjuksköterskor uppdaterar lokala åtgärdsplaner och rutiner och MAS kompletterar direktivet för läkemedelshantering. Åtgärdsplanen planeras även att följas upp en gång i kvartalet tillsammans med sjuksköterska, enhetschef och MAS. Detta för att säkerställa att arbetet fortgår under 2026.

Uppföljning av åtgärd: Vid årlig kvalitetsgranskning.

Hygienmätningar

Mätningar av basala hygien- och klädrutiner

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

Bakgrund:

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

I kommunens egenkontroll självskattar varje medarbetare sin följsamhet till ett smittförebyggande arbetssätt genom att analysera hur man agerar i en vårdssituation.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

Inhämtningen av självkattning har övergått till digitalt förfarande för att öka deltagandet. Därefter genomförs en observationsmätning av utsedd medarbetare på enheten. Tanken är att få en rättvis bild över hur följsamheten till basala hygien- och klädrutiner ser ut i det dagliga arbetet. Resultaten blir grund till förbättringsarbete på enhetsnivå

Resultat:

Antal deltagare i självskattning	133 st
Antal observerade individer	139 st

Resultat av observationsmätning

	Ja	Nej	Ej aktuell
Korrekt desinfektion av händerna före	76,3%	18,7%	5,0%
Korrekt desinfektion av händerna efter	87,1%	8,6%	4,3%
Korrekt användning av handskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor	88,5%	1,4%	10,1%
Korrekt användning av engångsförkläde av plast/patientbunden skyddsrock	72,0%	15,8%	12,2%
Korrekt arbetsdräkt	97,8%	2,2%	0,0%
Fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor	96,4%	3,6%	0,0%

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

Naglar korta och fria från nagellack och konstgjorda material	98,6%	1,4%	0,0%
Kort och uppsatt hår	92,1%	7,9%	0,0%

I självskattning framkommer det att 99,2% av respondenterna vet var hygienrutiner finns.

Analys: Årets resultat visar att observationsmätningarna har sjunkit medan självskattningen är relativt oförändrad. Genomgång av observationsmätning ses att total följsamheten till klädrutiner (Korrekt arbetsklädsel, uppsatt hår, utan smycken samt korta naglar) är 87% vilket bedöms som hög. Hygienrutiner (Handsprit, handtvätt och skyddsmaterial) är den totala följsamheten 60%.

Åtgärd: Mätningarna fortsätter under 2026 så att kunskap och följsamhet upprätthålls samt följs upp på ett systematiskt och enhetligt sätt. Arbetet med vårdhygienisk strategi kommer fortlöpa och kräver att samtliga enheter kontrollerar och följer upp sina resultat.

Vårdhygien-hjälpmedel

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

Resultat:

Antal kontrollerade hjälpmedel: 76

Smutsiga hjälpmedel kan bidra till slitage på hjälpmedel vilket ökar risken vid användandet av hjälpmedel samt en ökad smittspridning. Trivsel och välmående vid användandet av hjälpmedel ökar för patient såväl som personal. Vid mätning 2025 observerades totalt 76st hjälpmedel. Mätningen i diagrammet ovan visar att andelen mycket smutsiga hjälpmedel har minskat från 12% till 7% från föregående år.

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

Uppföljning av åtgärd:

- Observationsmätningar planerar att fortsätta under 2026.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

- Åter lyfta behov av lokala rutiner och följsamhet till dessa.

Mätning av följsamhet till ordinerade rehabiliterande insatser

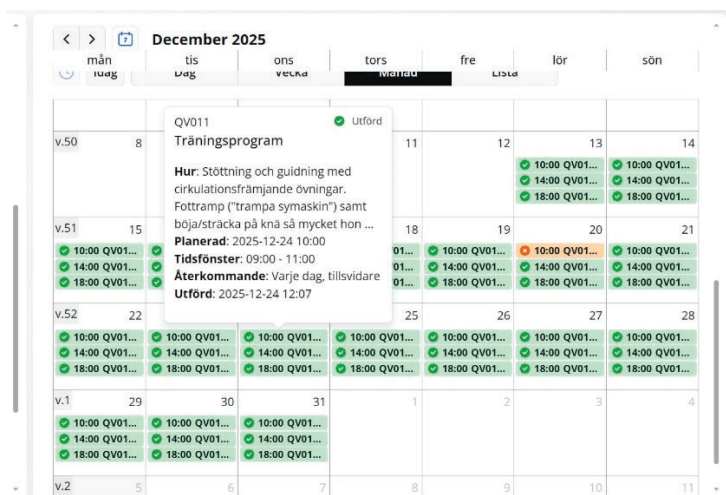
Mål: Ökad följsamhet till signering av ordinerade rehabiliterande insatser.

Resultat: Den senaste mätningen i november 2022 visade att endast 62% av ordinerade rehabiliteringsinsatser i Valdemarsvik utförts enligt ordination vid granskning av papperssignering. Baslinjemätning av digital signering har utförts 2025. Manuell statistik har tagits fram från SÄBO, korttids-, LSS- och ordinärt boende på en del av alla HSL-uppdrag som rehab utfärdat. De flesta uppdragen har tagits ut i slutet av året för att ge en bättre nulägesbild då implementering av digital signering fortfarande pågår.

SÄBO: 221/229 signeringar – cirka 96,5% följsamhet

LSS: 75/103 signeringar – cirka 73% följsamhet

Hemtjänst: 126/157 signeringar – cirka 80% följsamhet



Analys: Följsamheten till digital signering av rehabiliteringsinsatser visar en tydlig förbättring gentemot den senaste mätningen av papperssignering. Detta trots att det ej är fullt implementerat eller att något aktivt arbete med att förbättra följsamheten vidtagits.

Åtgärd:

För att säkerställa att patienter erhåller ordinerade rehabiliteringsåtgärder och därmed en god och säker vård rekommenderas aktivt arbete med följsamhet och signering, primärt i LSS-boende och i ordinärt boende där störst förbättringspotential finns.

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska vara fortsatt låg/minska

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

Resultat: Trycksår mäts en gång per år via punktprevalensmätning på särskilt boende och korttidsboende. Vid mättillfället hade 3 av 79 patienter trycksår vilket innebär en förekomst av 3,8%. 2 av 3 hade fullständiga dokumenterade behandlingsplaner medan en 1 av 3 endast hade pågående insatser men där behandlingsplan saknades.

Analys: Den låga procentuella förekomsten visar på att vi arbetar väl med att behandla och förebygga trycksår. Förbättringsområden ses i dokumentation med bedömning samt behandlingsplaner.

Åtgärd: Mätningar planeras att fortsätta under 2026.

Palliativregistret

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

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

Registerdata granskas regelbundet.

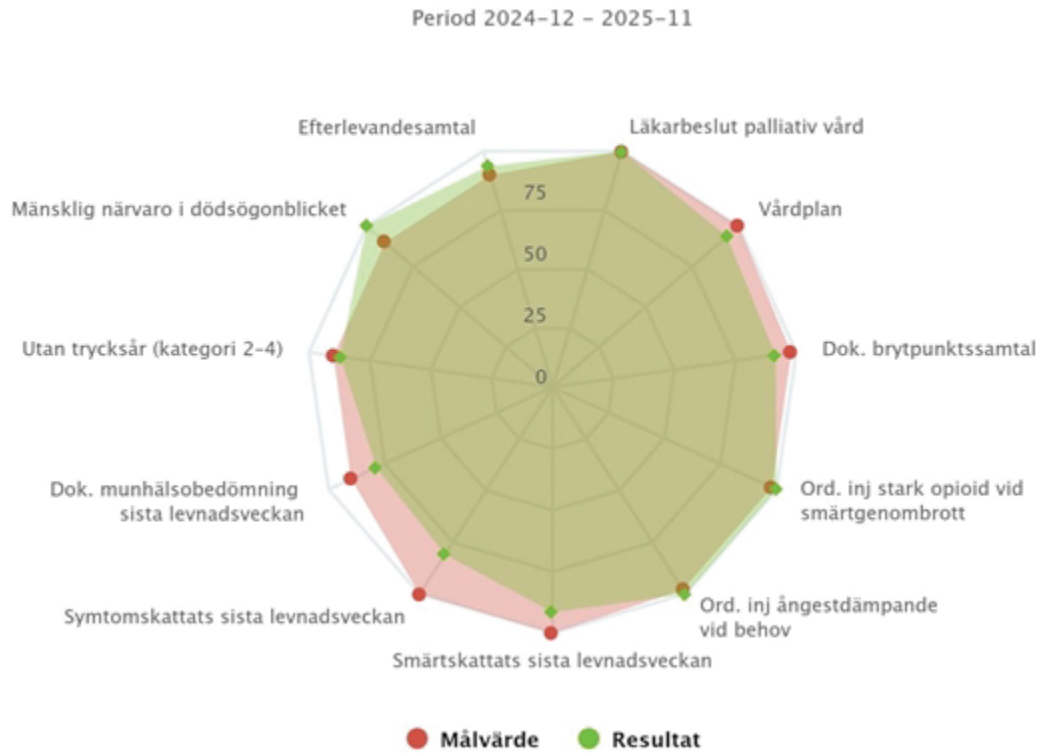
Mål: Uppnå respektive målvärde i palliativregistret.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

Resultat 2025 Valdemarsviks kommun

Antal registrerade dödsfall 47 st.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

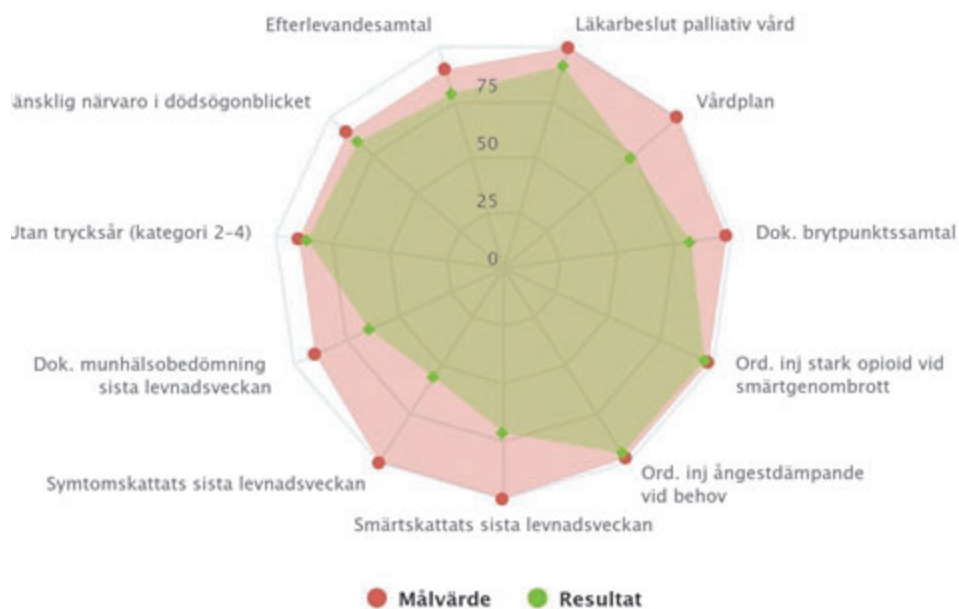


Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Läkarbeslut palliativ vård	100,0	100,0
Vårdplan	100,0	93,6
Dok. brytpunktssamtal	98,0	91,5
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0	91,5
Symtomskattats sista levnadsvecka	100,0	80,9
Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	90,0	78,7
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	87,2
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	100,0
Efterlevandesamtal	90,0	93,6

Resultat 2025 Riket

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-12 – 2025-11



<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Läkarbeslut palliativ vård	100,0	91,6
Vårdplan	100,0	73,6
Dok. brytpunktssamtal	98,0	82,2
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,9
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	95,5
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	71,1
Symtomskattats sista levnadsveckan	100,0	56,1
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	63,9
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	86,2
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	83,7
Efterlevandesamtal	90,0	79,0

Analys: Resultat likvärdigt från föregående år. Fortsatt under målvärde inom dokumentation av smärtskattning och munhälsobedömning. I sjuksköterskegruppen framkommer det att dessa bedömningar utförs i högre utsträckning än vad som dokumenteras på ett strukturerat sätt. Samverkan med östra länsdelen har skett under året för att arbeta mer systematiskt inom exempelvis dokumentation inom palliativ vård.

Vid jämförelse mot riket ligger Valdemarsviks kommun högre inom samtliga områden.

Åtgärd:

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

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

Köpa in tillägg i verksamhetssystem som standardiserar dokumentation och ger förslag på åtgärder som ska utföras i palliativ vård. Detta medför att exempelvis munhälsobedömningar och smärtskattningar kan planeras in vid uppstart av hälsoplan. Detta tillägg kan även användas inom flera områden och säkerställa kvalitén i verksamheten.

Uppföljning av åtgärd: Analys av resultat i palliativregistret ska följas kontinuerligt under 2026.

Senior alert

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

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

Resultat 2024

	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Kommunövergripande	89	91% ↓ 117 av 128	86% ↓ 101 av 117	97% ↑ 113 av 117	73% ↑ 68 av 93
Enhetsnivå	33	93% ↑ 43 av 46	79% ↑ 34 av 43	95% ↑ 41 av 43	73% ↑ 22 av 30
	17	75% ↓ 24 av 32	96% ↓ 23 av 24	100% → 24 av 24	96% ↑ 25 av 26
	24	100% ↑ 27 av 27	81% → 22 av 27	96% ↑ 26 av 27	20% ↓ 2 av 10
	15	100% → 22 av 22	100% ↑ 22 av 22	100% ↑ 22 av 22	70% ↑ 19 av 27

Resultat 2025

	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Kommunövergripande	92	91% ↓ 143 av 157	86% ↓ 123 av 143	97% ↻ 139 av 143	87% ↑ 125 av 143
Enhetsnivå	33	96% ↑ 53 av 55	85% ↑ 45 av 53	100% ↑ 53 av 53	84% ↑ 47 av 56
	15	66% ↓ 19 av 29	95% ↓ 18 av 19	95% ↓ 18 av 19	100% ↑ 23 av 23
	31	96% ↓ 47 av 49	81% ↓ 38 av 47	96% ↓ 45 av 47	80% ↑ 33 av 41
	14	100% ↻ 24 av 24	92% ↓ 22 av 24	96% ↓ 23 av 24	96% ↑ 22 av 23
			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %

Resultat: Under året har arbetat med Senior Alert fungerat väl och förbättrats gentemot föregående år. Störst förbättring ses primärt under utförda åtgärder vid risk. Som tidigare nämnts blev Valdemarsvik utsedd till guldkommun. Resultatet visar en god måluppfyllelse från föregående års mål.

Analys: Följsamheten och det systematiska arbetssättet har fortlöpt kommunövergripande.

Åtgärd: Bibehålla arbetssättet med Senior Alert så att det förebyggande arbetet förblir hållbart över tid. På så vis kan man uppnå ett systematiskt arbetssätt som är preventivt, kvalitetssäkrande och utvecklande.

BPSD- Resultat 2025 inom området demens

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

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

Resultat:

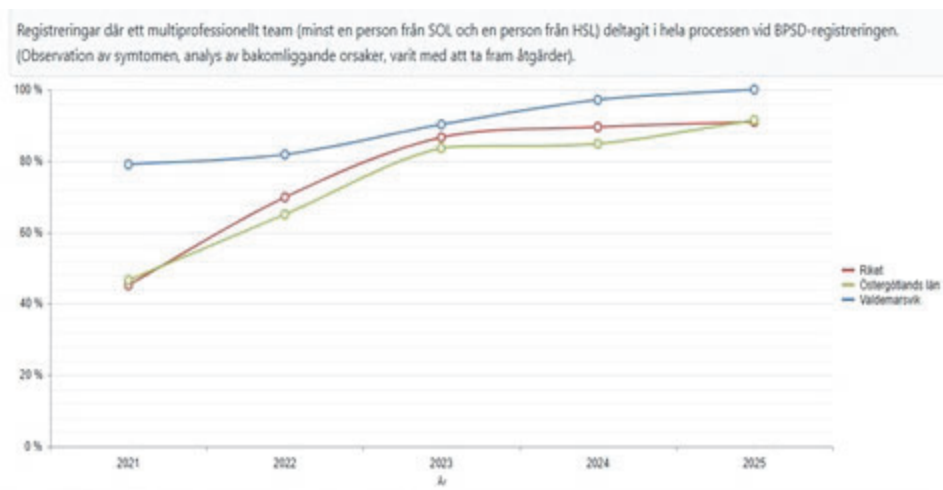
Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

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

År	Antal personer	Antal registreringar	*NPI-Poäng
2020	26	26	
2021	35	39	23,78
2022	48	67	20,47
2023	51	65	21.2
2024	52	73	~28
2025	54	73	~26

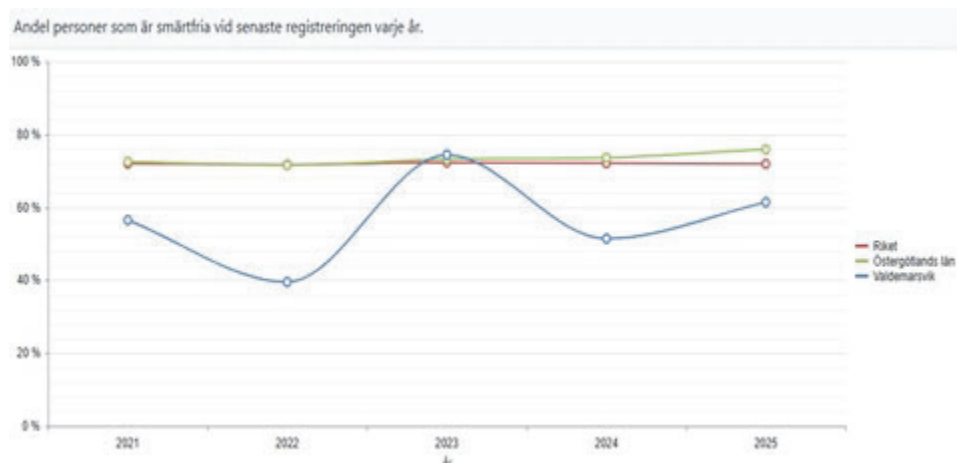
2025 NPI-poäng i riket: 19,3

2025 NPI-poäng i Östergötland: 20,8



Resultatet ovan visar att Valdemarsvik fortsätter att förbättra det multiprofessionella arbetssättet med skattning av bakomliggande faktorer samt att ta fram åtgärder. 73 av 73 registreringar dvs 100% har bestått av ett multiprofessionellt team 2025. Snittet i Östergötlands län och riket uppgick 2025 till cirka 91%.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025



Under 2025 skattades cirka 61% som smärtfria mot cirka 51% smärtfria 2024. Resultatet är en förbättring mot föregående år men ligger fortsatt lägre än rikets och Östergötlands snitt på cirka 72-76% smärtfria.

Svedem

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

Resultat: Under året som gått har Svedem fortsatt användas och antalet registreringar har ökat vilket var ett mål ifrån föregående år. Det andra målet om att närma sig Socialstyrelsens målvärde har på totalen ej förbättrats.

Korrigerat under 2024 är efterregistreringar som inkommit i början av 2025 efter föregående patientsäkerhetsberättelse.

2024	2025	Socialstyrelsen målvärde
Antal uppföljningsregistreringar utförda: 10st – <i>korrigerat: 25st</i>	43st	
Andel levandsberättelse 70% - <i>korrigerat: 80%</i>	83,7%	över 98%
Andel miljöanpassningar 90% - <i>korrigerat: 56%</i>	55,8%	över 98%
Andel Strategier för bemötande 100% - <i>korrigerat: 96%</i>	76,7%	över 98%
Andel tillgång till personcentrerade aktiviteter	83,7%	över 98%

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

100% - <i>korrigerat: 92%</i>		
Andel med antipsykosläkemedel 20%	20,9%	Under 5%
Läkemedelsgenomgång inom 12 mån 100%	100%	

Analys: Korrigerade siffror för 2024 ger en mer rättvis bild vid jämförelse gentemot 2025. De största skillnaderna mot föregående år ses i en viss försämring av bemötandestrategier och personcentrerade aktiviteter men är svårt att dra några fullständiga slutsatser kring anledning.

Åtgärd:

Sträva efter att uppföljningsregistreringarna fortsätter öka samt att Valdemarsviks kommun närmar sig Socialstyrelsens målvärde.

Samverkan mellan Valdemarsviks kommun och Region Östergötland

Avvikelser mellan vårdgivare samt förbättringsåtgärder för ökad patientsäkerhet

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

Resultat:

Avvikelser mellan vårdgivare: Valdemarsviks kommun och Region Östergötland slutet och öppenvård.

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

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

2024	25	9
2025	32	6

Analys av resultat:

Många av avvikelser som skickas mellan vårdgivare är fortsatt i samband med in- och utskrivningsprocessen. Utskrivning från sjukhus och förflyttning av patienter mellan vårdgivare är ett riskmoment och ofta brister uppstår. Exempel kan vara bristande överrapportering eller att patienten inte får med sig de hjälpmedel eller läkemedel som är överenskommet. Övrigt så handlar flertalet avvikelser om bristfällig dokumentation exempelvis efter rond

Åtgärd:

Fortsätta uppmärksamma och synliggöra brister som uppstår mellan vårdgivare. Fortsätta samverka med regionen och östra länsdelen för att identifiera förbättringsområden på strategisk nivå.

Avvikelser inom det egna vårdgivaransvaret.

Avvikelser Läkemedel och Fall

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

Läkemedelsavvikelser 2025

Mål:

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

Resultat:

Avvikelser läkemedel

Läkemedel	Antal avvikelser	Förändring mot föregående år	% förändring mot föregående år
2022	384	+ 57 avvikelser	+ 17,4%
2023	397	+ 13 avvikelser	+ 3,4%
2024	414	+ 17 avvikelser	+ 4,1%
2025	340	- 74 avvikelser	- 17,9%

Analys: Den största andelen läkemedelsavvikelser berör glömda doser. Under 2025 utgör andelen glömda doser 40,9% av samtliga inkomna avvikelser, vilket är en minskning från föregående år.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

Under året har samtliga särskilda boenden för äldre gått över i digital signering. Till nästkommande år kan fullständig statistik över digital signering tas ut. Inom ordinärt boende finns förutsättningar och användandet av mobila enheter är hög. Digital signering finns inom ordinärt boende men är i dagsläget ej det formella signeringsförfarandet.

Tittar man på enheten där digital signering funnits under hela året är antalet glömda doser 2025 27 st avvikelser. Jämförelse med 2024 var det 55 glömda doser.

Åtgärd:

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

Fallavvikelser 2025

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

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

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

Fall	Antal avvikelser	Förändring mot föregående år	% förändring mot föregående år
2020	576		
2021	555	-21 avvikelser	-3.65%
2022	515	-40 avvikelser	-7.21%
2023	585	+70 avvikelser	+12%
2024	469	-116 avvikelser	-19,8%
2025	575	+106 avvikelser	+22,6%

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2025

Analys: Den stora procentuella ökningen av fall kan delvis förklaras av en lägre andel rapporterade fall 2024. Rapporterade fall 2025 är i ett normalspann med en relativt låg standardavvikelse uträknat på senaste 6 åren.

Åtgärd: Fortsätta erbjuda fallpreventiva hembesök i ordinärt boende.



(4)

KS-SO.2026.5

Årsplanering och kontaktpolitiker stöd- och omsorg 2026

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

Ärendebeskrivning

Beslutet skickas till

Akten

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Kommunledningskontoret

Moa Jonsson

Nämndsekreterare

Tel: 0123-191 39

E-post: moa.jonsson2@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens stöd- och
omsorgsutskott

Årsplanering och kontaktpolitiker stöd- och omsorg 2026

Förslag till beslut

1. Årsplanering 2026 för kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott antas.
2. Kontaktpolitiker för 2026 gäller enligt listan nedan:

Datum	Område	Chef	Kontaktpolitiker
2026-01-26			
2026-03-02	Individ- och familjeomsorg (IFO)	Sandra Gullberg	
2026-03-30	Arbetsmarknadsenheten (AME)	Sandra Gullberg / Maria Feltborn	
2026-05-04	Särskilt boende för äldre (SÄBO)	Jan Druidh, Petra Battel, Annelie Skoglund	
2026-06-08	Hemtjänst	Petra Schlichting, Carita Johansson	
2026-08-31	Hälso- och sjukvård	Ingela Unnerbäck	
2026-10-05	Stöd vid funktionsnedsättning (SF)	Stefan Baciritzis / John Hansson	
2026-11-02			
2026-11-30			

Ärendebeskrivning

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



Innehåll

Enhetschef ska vid besök hos utskottet redovisa:

- Pågående strategiska utvecklingsområden för verksamheten, fokusområden för 2026 och framåt
- Förflyttningar enligt framtidens socialtjänst och nära vård
- Analys av verksamhetens nyckeltal och identifierade utvecklingsområden
- Utmaningar i närtid och framåt

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser.

Beslutet skickas till

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

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Kristina Lohman
Kommundirektör

Maria Frisäter
Socialchef