



## Vård- och omsorgsnämnden

Plats och tid	Sölvesborg, Furulundsskolans aula 15:00-19:00	
Beslutande ledamöter	Lina Jörnkrans S Anders Fransson M Paul Andersson KD Lisa Österbladh SD, § 12 (t o m 16:35) Madelene Ekstrand KD, §§ 13-21 (i Lisa Österbladhs frånvaro) Jörgen Larsson S Mervi Tillaeus-Andersson KD Anne-Charlotte Fröberg M Camilla Frantz SD, § 12 (t o m 16:15) Percy Persson SD, §§ 13-21 (i Camilla Frantz frånvaro) Viveka Söderdahl V Anna Borgström SD Mona Frigura M	
Ej beslutande ersättare	Faire Baubec S Rune Andersen SD, § 12 (t o m 16:15) Madelene Ekstrand KD, § 12 Raed Shahen S Percy Persson SD, § 12 Christel Nilsson S Stefan Welander SoL	
Övriga närvarande	Joakim Vobern, MAS, §§ 12-13 Annelie Kjellström, förvaltningschef Camilla Ryrstedt, verksamhetschef hemtjänst André Jönsson, verksamhetschef HSL och myndighetsenheten Kate Olsson, verksamhetschef särskilt boende och bemanningsenheten Svenja Andersén, kvalitetsutvecklare Camilla Eriksson, nämndsekreterare	
Justeringsperson	Paul Andersson	
Justerings plats och tid	Digitalt 2024-03-05	
Underskrifter		Paragrafer 12-21
	Sekreterare	..... Camilla Eriksson
	Ordförande	..... Lina Jörnkrans
	Justerare	..... Paul Andersson



Vård- och omsorgsnämnden

---

**ANSLAG/BEVIS**

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ

**Vård- och omsorgsnämnden**

Sammanträdesdatum

2024-02-29

Datum då anslaget publiceras

2024-03-06

Datum då anslaget avpubliceras

2024-03-28

Förvaringsplats för protokollet

Vård- och omsorgsnämndens kansli

Underskrift

.....

Camilla Eriksson

---

**Vård- och omsorgsnämnden****Ärendelista**

§ 12	Bokslut med verksamhetsberättelser 2023 och planering inför 2025	2024/23	4 - 64
§ 13	Patientsäkerhetsberättelse 2023	2023/115	65 - 105
§ 14	Kvalitetsberättelse 2023	2024/24	106 - 134
§ 15	Ekonomi- och verksamhetsinformation	2024/11	135 - 149
§ 16	Svar i tillsynsärende gällande medicinsk vård och behandling för äldre på särskilt boende	2023/32	150 - 161
§ 17	Intern kontroll 2024	2023/93	162 - 165
§ 18	Nya kriterier för kvalitetspriset fr o m 2024	2024/6	166 - 167
§ 19	Kö- och beläggningsstatistik 2024	2024/22	168
§ 20	Anmälan av delegationsbeslut	2024/1	169
§ 21	Meddelande	2024/2	170



Vård- och omsorgsnämnden

VON § 12 Dnr 2024/23

## Bokslut med verksamhetsberättelser 2023 och planering inför 2025

### BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisning av bokslut 2023 och planering inför 2025.

### Ärendet i korthet

I bokslut för 2023 redovisas vård- och omsorgsnämndens verksamhetens resultat avseende ekonomi och mål. Av redovisningen framgår förutom utfallet i dessa delar även en analys av resultatet. Redovisningen beskriver också vård- och omsorgsnämndens arbete gällande intern kontroll.

Bokslut för 2023 uppvisar en negativ avvikelse i driftsbudgeten om 5 097 tkr.

#### Resultat utifrån organisation:

Nämndgemensam	+ 837 tkr
HSL och myndighetsenheten	- 1 954 tkr
Hemtjänst	+ 2 534 tkr
Särskilt boende och bemanningsenheten	- 6 514 tkr
<b>Summa avvikelse:</b>	<b>- 5 097 tkr</b>

### Bakgrund

Nämnden ska godkänna redovisningen av bokslut för nämndens ansvarsområde för 2023.

### Beslutsunderlag

Förvaltningschef Annelie Kjellströms tjänsteskrivelse 2024-02-22

Bokslut/årsredovisning 2023 vård- och omsorgsnämnden

Enheternas verksamhetsrapporter 2023 – 15 st

Presentation, förvaltningschef och verksamhetschefer 2024-02-29

#### Exp.

Kommunfullmäktige

# Vård- och omsorgsnämnden

Årsredovisning 2023



## Innehållsförteckning

<b>Verksamheternas kommentarer .....</b>	<b>3</b>
Driftskostnader .....	3
<i>Sammanfattning .....</i>	<i>3</i>
Verksamhetsområde .....	7
Nämndens mål.....	16
<i>Unika miljöer och attraktivt boende genom hela livet .....</i>	<i>16</i>
<i>Upplevd trygghet och säkerhet i hela kommunen .....</i>	<i>17</i>
<i>God tillgänglighet fysiskt och digitalt .....</i>	<i>17</i>
<i>Tydlig ekonomistyrning och god kontroll .....</i>	<i>18</i>
<i>God omsorg med hög kvalitet för olika behov .....</i>	<i>18</i>
<i>En attraktiv arbetsplats med medborgaren i fokus .....</i>	<i>19</i>
Investeringsredovisning .....	20
Sjuktal .....	20
Nyckeltal .....	21

## Verksamheternas kommentarer

### Driftskostnader

#### Helårsrapport- Stratsys

Driftutfall	Årsbudget	Utfall	Avvikelse
Nämndgemensam	-15 226	-14 389	837
HSL och Myndighetsenheten	-55 008	-56 962	-1 954
Hemtjänst	-95 926	-93 392	2 534
Särskilt boende och bemanningsenhet	-139 591	-146 105	-6 514
<b>Summa</b>	<b>-305 751</b>	<b>-310 848</b>	<b>-5 097</b>

### Sammanfattning

#### Grunduppdrag

Vård- och omsorgsnämnden har ansvar för kommunens uppgifter inom socialtjänsten rörande äldreomsorg och omsorg för personer med funktionsnedsättning, dock inte enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och insatser inom socialpsykiatri. Ansvaret innebär beviljade insatser till målgruppen som till exempel hemtjänst, särskilt boende, korttidsboende/växelvård, dagverksamhet, ledsagning, avlösarservice, trygghetslarm och matdistribution. Nämnden är socialnämnd enligt socialtjänstlagen (2001:453) och andra författningar för ovan beskrivna ansvarsområden och utövar i dessa delar ledningen över socialtjänsten. Nämnden är också vårdgivare för kommunens hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt är hälso- och sjukvårdsnämnd i kommunen. Detta innefattar hälso- och sjukvårdsansvar för arbete- och välfärdsnämndens verksamhet. Nämnden ska verka för att samverkan och samarbete sker med arbete- och välfärdsnämnden gällande gemensam målgrupp samt i frågor gällande den kommunala hälso- och sjukvården. Nämnden ansvarar även för bemanningsenheten i kommunen och ska inom sina ansvarsområden handha egen donationsförvaltning.

#### Specifika tilläggsuppdrag

Kommunstyrelsen har tagit beslut om ett utredningsuppdrag, dnr 2023/87, gällande att en fastighet skulle kunna byggas på Tärnans mark för medarbetare som arbetar med hemtjänst och hälso- och sjukvård på Lister. Utredningen har genomförts i samarbete med vård- och omsorgsnämnden, samhällsbyggnads-, fritid- och kulturnämnden och Sölvesborgshem AB.

#### De viktigaste händelserna under perioden

##### Pilotprojektet "Heltid som norm med förnuft"

Vård- och omsorgsnämnden arbetar för att gå från en deltidsorganisation till en heltidsorganisation och förändringsarbetet har börjat med pilotprojektet "Heltid som norm med förnuft". Verksamheter som ingår i pilotprojektet är hemtjänsten innerstan och särskilda boendet Solgården. Om fler inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområden skulle arbeta heltid skulle det innebära att den kompetens som redan finns tas tillvara på ett bättre sätt. Om en större andel av de anställda arbetar heltid, behöver inte lika många nya medarbetare rekryteras. När fler arbetar heltid skapas bättre förutsättningar för kontinuitet och kvalitet i verksamheten. Att göra heltidsarbete till norm är förmodligen den viktigaste jämställdhetsinsatsen som kan göras.

### **Inom IT-området har följande hänt:**

Cirka 600 trygghetslarm har bytts ut inom ordinärt boende på grund av byte av leverantör. Inom särskilt boende har digitala läkemedelsskåp installerats i samtliga lägenheter. Skåpen öppnas med en app, vilket ger en bra spårbarhet om det behovet finns. Moduler/funktioner som tillkommit under året i verksamhetssystemet *Lifecare* är *Hemsjukvårdsuppdrag*, *KIR* (kommuninvånarregister) samt *Avvikelser vårdskada*. Legitimerad personal har med hjälp av tvåfaktorsinloggning fått tillgång till journalsystemet via sina telefoner.

### **Erhållit statsbidrag**

Inom nämndens ansvarsområde har flera statsbidrag erhållits. Dessa är viktiga för verksamheterna eftersom de bland annat främjar ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg, finansierar redan inrättade tjänster inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, minskar ensamheten för äldre och gör att förvaltningen kan erbjuda möjligheten för utbildade medarbetare att utbilda sig till undersköterska genom Äldreomsorgslyftet.

### **Inflyttningsstopp på Slottsgården**

På vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott 230511 togs ett förvaltningschefsbeslut att genast införa inflyttningsstopp på särskilda boendet Slottsgården. Detta mot bakgrund av att det fanns många vakanta lägenheter på Slottsgården samt även lediga lägenheter på andra särskilda boenden. Beslutet har visat sig att vara rätt eftersom efterfrågan minskat på särskilda boenden under året. Elva lägenheter kommer att vara stängda tills vidare.

### **De viktigaste anledningarna till redovisat ekonomiskt resultat**

- Vård- och omsorgsnämnden har erhållit flera statsbidrag, vilket har påverkat årsprognosen positivt med 12 622 tkr. Statsbidragen har bland annat använts till att ha rätt bemanning av sjuksköterskor på särskilt boende, motverka ensamheten för äldre, främja ett hållbart arbetsliv och Äldreomsorgslyftet.
- Intäkter för avgifter på särskilt boende visar ett negativt utfall på -1 700 tkr. Sölvesborgs kommun tar ut en lägre maxtaxa än vad Riksdagen har beslutat, genom socialtjänstlagen (8 kap 5 § 1 p), när det gäller högkostnadsskyddet för så kallad maxtaxa. Under 2024 kommer maxtaxan följa socialtjänstlagen.
- Verksamhetsområdet hemtjänst genererade ett överskott på cirka 2 600 tkr.
- För verksamhetsområdet särskilt boende blev resultatet ett underskott på cirka -6 500 tkr. Detta bland annat på grund av omställning av särskilda boendelägenheter, brukare som haft behov av extra bemanning dygnet runt i flera månader samt hög sjukfrånvaro.
- Resursfördelningen för LOV (lag om valfrihetssystem) har en budget för 44 platser för 2023. Utfallet för året blev -186 tkr.

### **Måluppfyllelse**

Vård- och omsorgsnämnden arbetar aktivt för att nå måluppfyllelse. Här nedan redovisas del av mål som har uppnåtts:

- Verksamheten bedrivs med en god intern kontroll och aktiv riskhantering, se kommentar under rubriken *Intern kontroll* nedan.
- Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%) har förbättrats. Målet är 80 % och utfallet är 98 %. 2022 var utfallet 70 %.
- Andel omsorgspersonal med formell kompetens ligger över målvärdet och har till och med förbättrats. Den nationella satsningen Äldreomsorgslyftet med tillhörande statsbidrag har bidragit till ökningen. Målet är 86 % och utfallet är 89,5 %. 2022 var utfallet 89 %.
- Antalet brukare med beslut enligt IBIC (individens behov i centrum) har uppnått



målet. Målet är 100 % och utfallet är 100 %. 2022 var utfallet 99 %.

- Brukarundersökningen visar att både hemtjänst och särskilt boende har nått målet 90 % när det gäller trygghet. Utfallet för särskilt boende är 94 % och 2022 var det 85 %. Hemtjänstens utfall blev 90 %, 2022 var resultatet 92 %.

### De viktigaste förbättrings och utvecklingsområdena

Vård- och omsorgsnämnden arbetar systematisk med att utveckla kvaliteten i verksamheten. Inom flera av målområdena utmanas verksamheten genom att nämnden vill uppnå en måluppfyllnad som ska uppnås på längre sikt.

- **Nämndmål: Verksamheten har en budget i balans.**  
**Kommentar:** Vård- och omsorgsnämnden arbetar på både kort och lång sikt för att budgeten ska vara i balans.
- **Nämndmål: Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik.**  
**Kommentar:** Antalet brukare som har valt trygghetskamera är oförändrat sedan slutet av 2022 dvs. sex brukare. Det är för få brukare som är aktuella för denna insats. När det gäller streamade digitala aktiviteter på särskilda boenden har brukarnas intresse för detta minskat och istället ersatts med fysiska caféutflykter till Duvans mötesplats för att fika, spela bingo och bjudas på allsång med mera.
- **Nämndmål: För att stärka och förebygga patientsäkerheten behöver arbetet med följsamheten kring basal hygien att förbättras i verksamheten.**  
**Kommentar:** Följsamheten till basal hygien har ökat jämfört med förra året men arbetet måste fortsätta för att nå målet. Målet är 90 % och utfallet är 77,1 %. 2022 var utfallet 59 %.
- **Nämndmål: Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet.**  
**Kommentar:** Att trygghet och personalkontinuitet har ett starkt samband är något förvaltningen arbetar utifrån. Personalkontinuiteten har under året förbättrats i den månatliga uppföljningen. Målet är 14 medarbetare och utfallet blev 15,37. 2022 var utfallet 16,06.

### God ekonomisk hushållning

Vård- och omsorgsnämnden har fortsatt att arbeta för att ha en god ekonomisk hushållning även under 2023 genom att alla chefer har gjort månatliga ekonomiska uppföljningar men ändå har det blivit ett underskott. 2023 har som vanligt varit ett händelserikt år genom att det har genomförts omställningar i verksamheten. Vård- och omsorgsförvaltningen behöver få behålla ansökta statsbidrag för att få budgeten i balans. Om ansökta statsbidrag fått behållas inom nämndens ansvarsområde hade nämnden med beslutad organisation, upprättade rutiner och arbetsformer samt med redovisat ekonomiskt resultat och måluppfyllelse bedrivit vård- och omsorgsverksamheten med en god ekonomisk hushållning.

### Intern kontroll

Vård- och omsorgsnämndens arbete med att kartlägga, utveckla och kvalitetssäkra nämndens arbete inom de beslutade interna kontrollområdena har under året genomförts enligt den interna kontrollplanen. Bedömningen är att nämndens ansvar utifrån lag, förordning och reglemente följs upp genom en väl fungerande intern kontroll. Åtterrapporering har under verksamhetsåret skett utifrån beslutade kontrollmoment för varje kontrollområde. Planen innefattade tre kontrollområden:

### Kompetensförsörjning:

**Rekrytering som inte har genomförts och varför den inte har det.**

**Resultat:** Det har gjorts kartläggning av vakanser och rekryteringar under året. Särskilt vakanser inom grupperna sjuksköterskor och rehab har lett till konsekvenser i verksamheten som till exempel hyrpersonal, prioritering av arbetsuppgifter och sämre kontinuitet.

### **Sjukfrånvaro:**

#### **Sjukfrånvaroredovisning.**

**Resultat:** Uppföljning av sjuktal visar att den totala sjukfrånvaron för 2023 minskat från 10,9% till 10,6% jämfört med samma period 2022.

#### **Följa riktlinjerna för rehabilitering så att de följs.**

**Resultat:** Stickprovskontroller i Adato visar att riktlinjen för rehabilitering gällande plan för återgång och utredning i samband med upprepad korttidsfrånvaro delvis följs.

#### **Kostnader för korttidsfrånvaron (budget 2,9 %).**

**Resultat:** Kontrollen visar att budgeten för korttidsfrånvaron januari till december 2023 har överskridit budgeten med 144 %, vilket är något mindre jämfört med 2022 där det var 153 %.

### **Socialt innehåll:**

#### **Möjliggöra att de boende kan delta på önskade aktiviteter och räkna deltagare.**

**Resultat:** Nya rutiner har tagits fram under året för att förenkla redovisningen.

### **Utmaningar inför kommande år**

Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde står inför flera stora utmaningar:

#### **Demografin**

Sverige har en utveckling där befolkningen blir allt äldre. Utmaningen blir att kunna tillgodose de äldres behov av vård och omsorg. Enligt Statisticon AB som årligen tar fram befolkningsprognoser åt Sölvesborgs kommun, så förväntas genomsnittsåldern i Sverige att mellan åren 2022 till 2033 öka från 42 till 43 år. I Sölvesborgs kommun förväntas genomsnittsåldern öka från 46 till 48 år under samma period. Alltså är genomsnittsåldern i Sölvesborg 4 år högre än i riket år 2023 och 5 år högre 2033. Under samma period är prognosen att gruppen 80 år och äldre kommer öka med drygt 500 personer. Detta kan jämföras med att den arbetsföra befolkningsgruppen (19-64 år) samtidigt tros minska med ca 450 personer från 9 186 till en prognos på 8 721 personer. Förutom att befolkningen generellt blir äldre ökar också antalet individer som uppnår en hög ålder. I Sölvesborg prognostiseras en ökning i gruppen 95-100 år på ca 60 % från 45 stycken 2022 till drygt 70 stycken 2023. År 2022 var det sju kvinnor och en man som var över 100 år enligt SCB i Sölvesborgs kommun.

#### **Kompetensförsörjning**

Kompetensförsörjningen är en stor utmaning för nämndens verksamheter. Den arbetsföra åldersgruppen 19-64 år minskar enligt prognoser nationellt. Utifrån befolkningsprognosen för Sölvesborg förutspås en liknande utveckling i Sölvesborg. Detta innebär att det kommer vara färre som är i arbetsför ålder som ska arbeta med fler äldre medborgare. Kompetensutmaningen är att utveckla nya arbetssätt och att ta tillvara och utveckla befintliga medarbetare. Sölvesborgs kommun behöver vara en attraktiv arbetsgivare eftersom det kommer att bli en ökad konkurrens om arbetskraften.

#### **Digitalisering och välfärdsteknik med den äldres fokus**

För att bättre möta de utmaningar som äldreomsorgen står inför behöver förvaltningen utvecklas genom att tillvarata potentialen i att använda tekniska lösningar så som välfärdsteknik och utrustning för digitala arbetssätt. Samtliga verksamheter behöver fortsätta att utveckla införandet av välfärdsteknik som insats som ett komplement till personella resurser och för att skapa möjligheter för medborgarna att känna sig självständiga. Enligt Socialstyrelsen är syftet med att utöka digital teknik att bibehålla eller öka tryggheten, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en

funktionsnedsättning.

### **Folkhälsa för äldre**

Det naturliga åldrandet går inte att undvika, men det går att främja och bevara hälsan långt upp i åldrarna genom att stärka det friska och skjuta upp funktionsnedsättningar som sjukdomar och skador kan orsaka. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för äldre, även i de höga åldrarna, ger positiva effekter på hälsa och välbefinnande. Den fysiska miljön, bostäder, vård- och serviceinrättningar och kultur- och fritidsanläggningar behöver göras tillgängligt för alla medborgare i Sölvesborgs kommun, oavsett ålder. Om den äldre befolkningen mår bättre kan omsorgsinträdet förhoppningsvis senareläggas. Ofrivillig ensamhet finns i alla grupper, både hos unga och äldre. En ny socialtjänstlag som bland annat tydliggör att socialtjänsten ska arbeta förebyggande beräknas kunna stärka kommunernas förutsättningar att agera proaktivt och främja äldres hälsa.

## **Verksamhetsområde**

### **Grunduppdrag**

#### **Förvaltningsgemensamt**

Medarbetare som arbetar övergripande och strategiskt i vård- och omsorgsförvaltningen är organiserade här. Här finns personalkostnaderna för förvaltningschef, verksamhetschefer, kvalitetsutvecklare, nämndsekreterare och IT-samordnare. Lagstiftningar som styr verksamheten är socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL), lagen om samverkan (LOS) och lagen om valfrihet (LOV).

#### **Verksamhetsområde HSL och myndighetsenheten**

**Hälso- och sjukvårdsorganisationen** arbetar inom både vård- och omsorgsförvaltningen och arbete- och välfärdsförvaltningen. I hälso- och sjukvårdsorganisationen tjänstgör MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska), MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering), enhetschefer (sjuksköterskeenheter samt rehabenheten), sjuksköterskor, undersköterskor (trygg hemgång), arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter samt rehabassistent. Det är cirka 50 medarbetare som arbetar i denna verksamhet. Inom vård- och omsorgsförvaltningen har verksamheten ansvar för patienter i alla åldrar gällande vård upp till sjuksköterskenivå samt viss specialiserad vård, vilken utförs på uppdrag från regionen. Ansvaret gäller såväl särskilt boende, korttidsboende för äldre, samt i ordinärt boende enligt hemsjukvårdsavtalet från 2013. Inom arbete- och välfärdsförvaltningen gäller ansvaret huvudsakligen bostäder med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS, lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. MAS och MAR ansvarar för medicinsk kvalitet och säkerhet. I uppdraget ingår att säkerställa verksamheten genom utformning av rutiner och riktlinjer samt att ge råd och stöd till verksamheternas personal. Professionerna ansvarar även för de krav som ställs på läkemedelshantering, rehabilitering, dokumentation, utredning av HSL-avvikelse samt anmälan enligt lex Maria. Trygg-hemgångsteamet är organiserade inom rehabenheten och arbetar med att verkställa tidsbegränsade beslut för medborgare som har skrivits ut från sjukhuset.

**Myndighetsenheten** inom vård- och omsorgsförvaltningen består av enhetschef, biståndshandläggare inom socialtjänsten, avgiftshandläggare, LOV-handläggare och äldreкуратор. Biståndshandläggarna arbetar med ansökningar, handläggning, beslut och uppföljning enligt socialtjänstlagen. Avgiftshandläggarna debiterar avgifter såsom kost och hyror med mera enligt fastställda avgifter. LOV-handläggaren ansvarar för uppföljning och kontroll av LOV-verksamhet som exempelvis det privata särskilda boendet Timansstenar. LOV-handläggaren ansvarar också för förfrågningsunderlaget som privata aktörer ska svara på och uppfylla om man önskar bedriva verksamhet i Sölvesborg. Äldreкураторn erbjuder stödjande och motiverande samtal till de medborgare som har behov av det. Inom

verksamhetsområdet finns även ett hemgångsteam. Detta team arbetar med hemgångar från sjukhuset. Teamet består av två biståndshandläggare, en sjuksköterska och en arbetsterapeut.

### **Verksamhetsområde hemtjänst**

Hemtjänstens målgrupp är personer som bor i Sölvesborgs kommun i ordinärt boende och har behov av stöd, omsorg och vård genom beslut om insatser enligt socialtjänstlagen (SoL). Även hälso- och sjukvårdslagen (HSL) styr insatser som verksamheten utför genom delegation/ordination från sjuksköterskor och medarbetare inom rehabenheten.

Verksamhetsområdet är organiserat i fem geografiska hemtjänstenheter som vardera leds av en enhetschef. I verksamhetsområdet arbetar cirka 170 medarbetare. Medarbetarna på enheterna är omvårdnadspersonal, larmpersonal i teknikteamet och planerare. Varje enhet har egen planerare vars uppdrag innefattar den dagliga planeringen av beviljade hemtjänstinsatser och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser i samtliga grupper på enheten. Inom verksamhetsområdet hemtjänst finns en metodutvecklare som arbetar gentemot hela äldreomsorgen. På varje enhet finns en kvalitetsundersköterska på 40 %, vilket innebär fem kvalitetsundersköterskor inom hemtjänsten. Metodutvecklaren har en samordnande operativ roll för dessa och även för kvalitetsundersköterskorna inom särskilt boende.

### **Verksamhetsområde särskilt boende och bemanningsenheten**

Verksamhetsområdet särskilt boende omfattar tre särskilda boenden för äldre med 125 budgeterade bostäder. Vid årsskiftet var det 122 lägenheter som var belagda.

Verksamhetens inriktning är för personer med demenssjukdom, somatisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Korttidsboendet som har 15 platser och avser korttidsvård, växelvård samt palliativ vård tillhör också området samt dagverksamheten Sunnanbo som verkställer beslut om dagvård för vissa personer med demensdiagnos. Verksamheten bedrivs inom sex enhetschefsområden.

Bemanningsenheten ansvarar för att ha en kvalitetssäkrad och kostnadseffektiv process från uppstått bemanningsbehov till bokad resurs. Bemanningenheten serverar verksamheter inom vård- och omsorgsförvaltningen, stöd, service och boende inom arbete- och välfärdsförvaltningen samt förskolorna inom barn- och utbildningsförvaltningen. Inom bemanningsenheten organiseras även omsorgsadministratörer, vilka är en stödfunktion till enhetschefer inom särskilt boende och hemtjänsten.

Inom verksamhetsområdets enhetschefsområden arbetar 197 tillsvidareanställda, 12 visstidsanställda och 251 timanställda.

## **Händelser av väsentlig betydelse**

### **Förvaltningsgemensamt**

Vård- och omsorgsnämnden har arbetat med att utveckla och stärka sitt arbete utifrån mål- och resultatstyrning samt intern kontroll. Detta för att säkerställa kvalitén på den service och de tjänster som medborgarna i Sölvesborgs kommun tillhandahåller från förvaltningen.

Kvalitetsarbetet i verksamheten har innefattat många viktiga områden. Brukarperspektivet som grund för verksamhetens uppdrag har fortsatt att utvecklas. Den enskildes delaktighet, möjlighet till påverkan och trygghet har varit viktiga utvecklingsområden. Ledningssystemet (SOSFS 2011:9) har byggts om och sökbarheten är nu enklare. Processerna är förtydligade och kompletterade samt rutiner uppdaterade utifrån behov och önskemål som finns ute i verksamheterna.

Utredningar gällande lex Sarah har det varit många under perioden, 25 utredningar. Under

hela 2022 var det 19 utredningar. Utredningarna leder till förbättrande åtgärder i verksamheten, vilket är positivt.

När det gäller IT-samordnarnas arbete beskrivs det under respektive verksamhetsområde nedan, det vill säga vad som har hänt under perioden och vad som är på gång framåt.

### **Verksamhetsområde HSL och myndighetsenheten**

Region Blekinge har flera gånger under verksamhetsåret befunnit sig i stabsläge på grund av personalbrist och antalet vårdplatser har minskat vilket påverkat belastningen på hemgångsteamet och verksamheten i övrigt. Hemgångsteamet har genomfört en organisationsöversyn och fortsätter sitt arbete med visst reviderat arbetssätt och med hänsyn till intentionerna i samverkansbeslut mellan Blekingekommunerna och regionen vad gäller hemgång från slutenvård.

Under dessa förutsättningar har Sölvesborgs kommun under verksamhetsåret ändå klarat ta att hem kommunens medborgare fortare än vad som är överenskommet enligt lagen om samverkan (LOS), vilket innebär max tre dagar från utskrivningsklar. Verksamheten har klarat att ta hem på 1,4 dagar i genomsnitt under verksamhetsåret. Samtidigt har Sölvesborg under verksamhetsåret haft jämförelsevis rimlig statistik gällande andelen återinskrivningar (patienter som skrivs in i slutenvård igen mindre än 30 dagar efter utskrivning) i Blekinge län, 20,6 %.

Till följd av problemen med den fysiska arbetsmiljön i stadshusets äldre del "Badhuset" då medarbetare upplevt besvär i luftvägarna och huvudvärk, ska lokalerna renoveras och medarbetare har evakuerats till lokaler på Falkalyckan. Denna flytt medförde vissa kostnader men medarbetarnas hälsa uppges vara mycket bättre.

För rehabteamet har föregående verksamhetsårs lokalbyten utvärderats och medarbetarna uttrycker en klart ökad trivsel med egna ändamålsenliga lokaler. Personalomsättningen är fortsatt hög för rehabpersonal i närområdet, nyrekrytering är och har varit svår och korta perioder har hyrpersonal varit anställd.

Den större omarbetningen av avgiftskonstruktionen inom myndighetsenheten vad gäller omsorgsavgifter, färdigställdes under verksamhetsåret och antogs i sin helhet av kommunfullmäktige. Sölvesborg har därmed anpassat sig till den nationella nivån och är mer förberedd för en ökad digitalisering av processer i hanteringen av bl.a. avgifter.

Myndighetsenheten har omarbetat ett flertal riktlinjer bl.a. gällande par- och medboende på särskilda boenden samt förenklat schablonmodellen för resursfördelning till hemtjänsten.

Biståndshandläggarna har under verksamhetsåret helt kommit i fas med IBIC-bedömningar samt anpassat uppföljningen av dessa beslut, så att resursfördelning skulle kunna ske på särskilt boende.

Myndighetsenheten har under verksamhetsåret konstaterat ett minskat söktryck till särskilt boende, framförallt söktrycket till demensplatser har avstannat helt. Även söktrycket till det privata särskilda boendet (LOV), har avstannat under året och en nivå om cirka 45 belagda platser av 60 har kvarstått.

Äldrekuratorn har under verksamhetsåret haft samtalsbesök hos många äldre, dessa samtal har ofta handlat om nedstämdhet och ensamhet. Kuratorn har även haft riktade intervjuer inom ramen för ett statsbidrag samt utfört grupphandledning för personal på ett särskilt boende.

Nytt verksamhetssystem (Life-Care) har satts i skarp drift under verksamhetsåret vilket inneburit både positiv utveckling och utmaningar för sjuksköterskeheten, rehabenheten och myndighetsenheten. Under slutet av året startade ett implementeringsprojekt upp gällande digital konsultation/bedömning (digitala samtal) med hjälp av statsbidrag. Projektet

syftar till att patienter och vårdpersonal snabbare och enklare ska komma i kontakt för bl.a. bedömningar och konsultationer och mindre tid ska gå till transporter med bil för bedömning.

Den patientnära analysen (väskor med test- och analysutrustning för blodvärde, infektionsförekomst etc.) startades upp under våren och har redan gjort nytta för patienter. Det har även upplevts som stimulerande utveckling för HSL-personalen och intresse från media och andra kommuner har förkommit vid flera tillfällen.

Sjuksköterskor har gått i pension eller bytt tjänst under året och rekrytering av denna personalkategori är en utmaning, sommarsemestertid har åter hyrsjuksköterskor använts i verksamheten i viss utsträckning.

### **Verksamhetsområde hemtjänst**

Metodutvecklartjänsten har varit vakant i början på året och tillsattes först i mars 2023.

En uppsägning av enhetschef på centrala innerstan i augusti. Ny enhetschef började i verksamheten i december efter ca en månads vakans på tjänsten.

Kvalitetsundersköterskorna har tillsammans med metodutvecklaren jobbat med fortsatt implementering av metodboken.

Utbildningar som genomförts under året är HLR/första hjälpen, brandutbildning, MHFA (mental health first aid), läkemedelsutbildningar, SBAR (strukturerad metod för rapportering till sjuksköterska) samt mätning av vitala parametrar.

Sex medarbetare har deltagit i Äldreomsorgslyftet under året, varav fyra har fullföljt.

From 1 juli 2023 kan man som undersköterska ansöka om intyg för skyddad yrkestitel. Syftet är att öka kvaliteten och säkerheten i vård och omsorg samt säkerställa enhetlig kompetensnivå. Ett antal medarbetare har ansökt och fått sin titel. Handläggningstiden är lång så det kommer att ta ett tag innan alla får. Man har fram till 2033 på sig att ansöka.

Efter sommaren startades en projektgrupp upp för att planera för nya lokaler för landsbygdens hemtjänst och HSL. Bygget ska ske på Tärnans mark i Mjällby.

Fortsatt arbete med en viss överanställning på varje enhet har gjorts för att minska antalet timanställda.

Arbetet med individens behov i centrum, IBIC, har fortlöpt under året och alla biståndsbeslut ligger nu i verksamhetssystemet Lifecare.

Fortsatt fokus har också varit på den sociala dokumentationen samt genomförandeplaner och brukarnas delaktighet i dem.

Ett arbete med att komma till rätta med övertalighet i nattpatrullen har påbörjats. Vi har 10 medarbetare och behovet är 7. Dialog och förhandlingar med kommunal har genomförts.

Nordrikets hemtjänst tilldelades årets kvalitetspris med följande motivering:

*"Nordrikets hemtjänst har ett stort engagemang hos såväl medarbetare som ledning och sprider värme och omsorg till brukarna, vilket syns bland annat i årets brukarundersökning. Enheten har ett stort kvalitetsfokus och det är i mötet mellan medarbetarna och brukarna som kvaliteten skapas. Alla arbetar tillsammans och är delaktiga för att nå målet att brukaren ska få omsorg av så hög kvalitet som möjligt."*

Efter att ha blivit beviljade ett bidrag från omställningsfonden har en upphandling för körkortsutbildning påbörjats och ska genomföras under 2024. Vi har uppskattningsvis 14 personer i våra verksamheter som kan vara aktuella för denna. Medarbetare från hemtjänsten kommer att prioriteras.

### **Verksamhetsområde särskilt boende och bemanningsenheten**

Alla medarbetargrupper har grundkompetens i IBIC. Efter beslut om att införa Kuben-mätningar har uppföljningar av alla beslut genomförts av myndighetsenheten och alla särskilda boendebeslut är uppdaterade till IBIC-beslut. Resultat av Kuben-mätningarna inväntas.

Tallen-projektet som fick kvalitetspriset 2022 har under 2023 använt vinstpengarna till utbildning i lågaffektivt bemötande och en vägledad meditation med yoga.

Tärnan flyttade sin verksamhet till Svalan i april och flytten gick överlag bra för brukarna och anhöriga har varit nöjda. En verksamhetsförändring genomfördes med övertagande av en enhet vilket inte har påverkat brukarna negativt utan tvärt om så har extra bemanning från januari till maj kunnat tas bort då brukarens tidigare behov minskat.

Verksamhetsförändringen gav upphov till missnöje bland medarbetare och anhöriga på en enhet vilket har påverkat hela verkställandet av förändringen negativt och gett negativa konsekvenser som har fortsatt att påverka alla som arbetar på Solgården. Tärnan och Svalan enades om ett nytt namn på verksamheten, Solgården 1 och 2.

Beslut om inflyttningsstopp på Slottsgården 1 och 2 togs i maj då där fanns flera vakanta lägenheter samtidigt som det fanns lediga lägenheter på andra särskilda boenden. Under hösten har Slottsgården 1 och 2 arbetat med att minska verksamheten med 12 lägenheter och att ställa om en enhet till demensenhet. Omställningen har inte varit så kostnadseffektiv som förväntat.

Miljön har både inomhus och utomhus förskönats och förbättrats under året. Inomhus pågår skapande av mötesplatser för brukare och anhöriga. Miljön inomhus på Solgården har fått anpassats utifrån demensomsorgens behov. Utomhus har staket satts upp runt utemiljön för att göra det tryggare att vistas ute. Miljön inne och ute ska fortsätta att förskönas under 2024.

Trygghetslarmet på alla särskilda boenden har haft brister gällande uppkoppling till Wifi. Solgården har fått en grundlig genomgång och utökning av accesspunkter för att kunna använda digital teknik. Genomgång ska göras på övriga särskilda boenden.

Ett hälsoprojekt för att stärka personalens fysiska förutsättningar som finansierats med statsbidrag har genomförts på Slottsgården.

Under året har det varit mycket omställningar med schema på grund av ändrade arbetstidsregler vilket lett till oro och missnöje bland medarbetarna.

Två enheter ingår i pilotprojektet Heltid som norm. Någon positiv effekt av pilotprojektet har ännu inte visat sig då medarbetarna inte har velat arbeta heltid i den utsträckningen som verksamheten behöver.

### **Korttidsboende**

Behovet av korttidsplatser inklusive växelvårdsplatser har periodvis varit större än tillgången, vilket då har genererat en kö till korttid och växelvård. Det har varit flera brukare som har fått vänta på att bli erbjudna särskilt boende och därför fått sitt korttidsbeslut förlängt. Det har också använts korttidsplatser tillfälligt på alla särskilda boenden.

En översyn av Utsiktens verksamhet pågår för att se över om vi har rätt förutsättningar för att möta framtida behov och krav på korttidsplatser och växelvård.

### **Dagverksamhet**

87 deltagare har i genomsnitt deltagit i aktiviteterna. Omvårdnadsbehovet hos deltagarna har ökat, vilket har påverkat verksamhetens möjligheter i val av aktiviteter. Beslutet att Sunnanbos verksamhet skulle flyttas till Solgården genomfördes 230911. Lokalerna har fått anpassas efter verksamhetens behov.

### **Bemanningsenheten**

Bemanningsenheten har under hela året arbetat med rekrytering av timanställda där antalet sökande inte varit överflödigt och erfarenheter av arbete har varit blandat. Överanställningar har tillämpats i verksamheterna för att minska antalet timanställda samt trygga bemanningen vid frånvaro.

Bokningsassistenten är implementerad och bokar ut lediga resurser under tider som bemanningsenheten är obemannad.

Bemanningsenheten har arbetat med att stödja verksamheterna i systemanvändning och schemaprocesser samt rutiner till följd av bland annat införande av heltid som norm samt tillämpningen av 11-timmars dygnsvila från och med 1/10.

Samtliga chefer, högre tjänstemän, kommunal och politiker, planerare och bemanningssamordnare har gått utbildning i bemanningsekonomi via Time Care under hösten 2023. Utbildningens syfte var att skapa en samsyn och grundläggande kunskap inom bemanningsekonomi. Utifrån detta framkom behov av att vidareutbilda medarbetare i Time Care Multiaccess samt revidering av Bemanningshandboken.

Avveckling av Resursen pågår och medarbetarna ska få fasta placeringar. Poolens avtal har sagts upp och medarbetarna har fått fasta placeringar i verksamheter där de övervägande arbetat och önskat.

## **Analys av verksamhet och ekonomi**

### **Förvaltningsgemensamt**

Förvaltningsövergripande visar på ett överskott på 840 tkr. Det är personalkostnader för en vakant tjänst, vilket genererar ett överskott på cirka 400 tkr. Utbildningsmedel visar också på ett överskott på cirka 370 tkr. Utbildningar har genomförts men statsbidrag har använts. IT-verksamheten visar på ett litet överskott.

### **Verksamhetsområde HSL och myndighetsenheten**

HSL och myndighetsenhetens del av nämndens budget visar en nettoavvikelse om -1 954 tkr. De största avvikelserna består av underskott av intäkter särskilt boende -1 718 tkr, underskott resurspott hemtjänst -833 tkr samt underskott kostnader medicintekniska hjälpmedel -577 tkr. Ett överskott om 1 119 tkr redovisas för intäkter ordinärt boende.

Överskottet vad gäller avgifter ordinärt boende beror på ökat antal brukare med hemtjänst och underskottet avgifter särskilt boende beror på minskat antal platser/brukare.

Underskott medicintekniska hjälpmedel beror på dels prishöjningar, dels ökat antal hemsjukvårdsärenden i rehabenheten.

### **Verksamhetsområde hemtjänst**

Totala utfallet för 2023 är +2 534 tkr.

Administrationen gör ett överskott på +572 tkr på grund av vakanta tjänster för både enhetschef och metodutvecklare under året.

Hemtjänstgrupperna inklusive nattpatrullen gör ett överskott på +834 tkr. Flera enheter planerar ut färre timmar än vad som är beviljat. Nattpatrullen har under hela året haft två vakanta tjänster.

Övriga insatser visar på ett överskott på +1 389 tkr, vilket till största del beror på ej utnyttjade timmar för palliativ vård och anhörigvård.

Teknikteamet gör ett underskott på -262 tkr på grund av extra personalresurser samt extra bilkostnader vid installation av 600 nya trygghetslarm hos alla brukare med beslut om dessa.

### **Verksamhetsområde särskilt boende och bemanningsenheten**



Administrationen i verksamhetsområdet visar ett överskott +1 520 tkr gällande lönekostnader kopplat till planerare där tiden inte konterats om, vakant del av tjänst och utbildning. Långtidssjukfrånvaro har ersatts av verksamhetschefen och omsorgsadministratörer.

Verksamhetsområdet har ett underskott motsvarande - 7 354 tkr. Kostnader för sjukfrånvaro -2 704 tkr beror delvis på att medarbetare stannat hemma vid lättare symtom samt är utmattnings- och belastningsrelaterad sjukfrånvaro ytterligare frånvarorsaker. Flytt- och verksamhetsförändringen på Solgården 1 och 2 har genererat högre sjukfrånvaro än förväntat. Verksamhetsområdet har också ett negativt utfall på semesterlönekostnader.

Utökade resurser på grund av brukarrelaterade insatser dygnet runt har funnits under året. Särskild kontering för dessa resurser har inte funnits vilket innebär att endast uppgifter kopplat till en enhet kan redovisas som ett underskott, -1 500 tkr.

Kostnader som uppkommit i samband med Tärnans flytt av verksamhet har under året genererat ett underskott -545 tkr.

På korttidsenheten Utsikten har vårdtyngden i perioder varit hög med extra bemanning dygnet runt vilket genererat ett underskott, -727 tkr.

En del av underskottet beror på utbildningsinsatser som har genomförts under året som till exempel HLR och brand där större delen av medarbetarna har deltagit. En uppskattad ergonomiutbildning startade under hösten som medarbetare från alla enheter har gått. Utbildningen fortsätter 2024. Övriga utbildningar som genomförts på enheterna är BPSD, SBAR, Lifecare HSL, och BAM. Då utbildningar varit eftersatt under pandemin så har många timmar gått åt till utbildning. Vissa utbildningar som har genomförts har genererat tid som inte finns i enheternas budget. Denna överplanering av utbildningar har inte godkänts av överordnad chef och merkostnaden har inte kunnat återhämtas under året.

Årsprognosen har varit oviss då obokad tid uppstår eftermiddagar på grund av önskad högre sysselsättningsgrad än verksamheten har behov av och korta obokade pass har varit svåra att boka in på andra enheter utanför den enhet där samplanering sker i första hand. Vid ekonomisk uppföljning har det visat sig att det funnits brister i kunskapen kring bokning av resurs, kontering, nyttjande av obokad tid och samplanering. Den obokade tiden uppgår till 2 685 timmar á 319 kr/timme vilket blir -856 tkr.

## **Förväntad utveckling**

### **Förvaltningsgemensamt**

Vård- och omsorgsnämnden kommer att fortsätta att utveckla och stärka sitt arbete utifrån mål- och resultatstyrning samt intern kontroll. Detta för att säkerställa kvalitén på den service och de tjänster som medborgarna i Sölvesborgs kommun tillhandahåller från förvaltningen.

Kvalitetsarbetet i verksamheten innefattar många viktiga områden. Brukarperspektivet som grund för verksamhetens uppdrag ska fortsätta utvecklas. Den enskildes delaktighet, möjlighet till påverkan och trygghet är viktiga utvecklingsområden.

I samband med utvecklingen av nära vård pågår det arbete med att förstärka och utveckla integrationen mellan primärvård, specialistvård och kommunal vård. Målet är att skapa en vård med ökad trygghet, kvalitet, kontinuitet och effektivitet.

Kompetensförsörjning är en prioriterad fråga. Inom vård- och omsorgsförvaltningen sker flera aktiviteter som syftar till att även framåt kunna rekrytera och behålla medarbetare.

Förvaltningen kommer att vara aktiv i arbetet med den långsiktiga planeringen för att säkerställa kompetensförsörjning på både kort och lång sikt. I det dagliga arbetet ska de olika delarna i rekryteringsarbetet utvecklas för att säkerställa en god och kvalitetssäkrad kompetensförsörjning. Arbetet med att förstå vikten av att arbeta med effektiv

bemanningsplanering och bemanningsekonomi kommer att fortsätta.

För att bättre möta de utmaningar som äldreomsorgen står inför behöver förvaltningen utvecklas genom att tillvarata potentialen i att använda tekniska lösningar så som välfärdsteknik och utrustning för digitala arbetssätt. Samtliga verksamheter ska fortsätta att utveckla införandet av välfärdsteknik som insats som ett komplement till personella resurser och för att skapa möjligheter för medborgarna att känna sig självständiga.

### **Verksamhetsområde HSL och myndighetsenheten**

Under 2024 kommer nytt system (Cosmic Link) införas för planering och hantering av in- och utskrivningar från sjukhus, det förra systemet (Prator) har tagit många år att få funktionellt för båda huvudmännen men efterlevnaden i rutinerna kring systemet har inte satt sig med en tydlighet fullt ut ännu inom såväl region som kommunerna. Det nya systemet kommer vara kopplat till regionens system Cosmic och vad kommunerna erfar kommer en hel del funktioner som byggts upp i Prator inte vara möjliga i Cosmic Link. Eftersom processen med in- och utskrivningar och informationsutbytet region och kommun emellan är intensiv, finns en farhåga om att detta systembyte kommer vara synnerligen utmanande. Utbildning startar upp början av 2024 och skarp drift väntas under senhösten.

Närsjukvårdsomställningen kommer utvecklas även under 2024. Den pågående utredningen kring revidering/upprättande av närsjukvårdsavtal och eventuell ny skatteväxling kommer presenteras under första delen av 2024. Sölvesborg har ett pågående ökat tryck vad gäller hemsjukvård, de äldre blir fler och slutenvårdsplatserna har minskat.

Den nya avgiftskonstruktionen: "riktlinjer för avgiftshandläggning Sbg" antogs av KF i november 2023, arbete kommer pågå under 2024 gällande att få nya rutiner på plats samt konfigurera om verksamhetssystemen, fortsatt utredning om debiteringen ska ske efter "utförd tid" eller "beviljad tid" kommer genomföras under året.

En äldreomsorgslag (SOU 2022:41) planerades att börja gälla 1 januari 2024, så har inte blivit fallet. Syftet med att ta fram en ny lag har bland annat varit att tydliggöra vad äldreomsorgen ska göra, utöver vad som redan står i socialtjänstlagen. Socialtjänstlagen ses också över. Hur detta kommer att påverka nämndens ansvarsområde kommer att följas under 2024, mycket tyder på att det förebyggande arbetet gentemot kommuninvånare, samt samverkansansvar mellan olika huvudmän kommer fokuseras på i den nya lagstiftningen när och om den kommer.

Personalrekrytering väntas bli utmanande 2024 för rehabpersonal och sjuksköterskor vid vakanser eller pensionsavgångar. Ett nytt avtal gällande verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenter på Blekinge Tekniska högskola är i slutfasen och kan komma att delvis påverka VFU-platserna som Kristianstad högskola idag har inom verksamheten. Detta kan bli negativt eftersom det traditionellt har varit lättare att rekrytera sjuksköterskor från Kristianstad högskola.

Ett system för digital konsultation och bedömning implementeras under 2024, där digitala hembesök blir ett komplement till fysiska till förväntad nytta för såväl patienter, personal internt, personal externt t.ex. sjuksköterska/läkare.

Stölder av läkemedel fortsätter trots förändrade rutiner och förändringar i förvaringsskåp, detta problem är allvarligt och vidareutveckling av förhindrande åtgärder och rutiner kommer fortsätta under 2024.

### **Verksamhetsområde hemtjänst**

Pågående arbete med att införa fast omsorgskontakt fortlöper. Dessa ersätter dagens kontaktmannaskap.

Installation av digitala läkemedelsskåp kommer att påbörjas i ordinärt boende.

Verksamhetsområdet ser stora utmaningar med kompetensförsörjningen kommande år och kommer därför att arbeta för att vara en attraktiv arbetsgivare.

Fortsatt arbete med att förbättra kontinuiteten för brukarna.

Fortsatt arbete med kvalitetsundersköterskornas uppdrag.

Arbeta med att minska sjukfrånvaron samt arbeta med rehabiliteringsprocessen.

Fortsätta med bemanningsekonomiarbetet, vilket innebär förbättrad schemaplanering kopplat till kontaktmannaskapet.

Digital teknik- och systemanvändning ska öka inom hela verksamhetsområdet.

Fortsatt arbete med social dokumentation och genomförandeplaner och brukarnas delaktighet i dessa.

Hitta effektivare sätt att utföra vissa serviceinsatser.

Pilotområdena inom Heltid som norm kommer att utvärderas under våren. Planering för införande i sin helhet påbörjas.

Statsbidrag för Äldreomsorgslyftet är förlängt och vi har åtta medarbetare från hemtjänsten som kommer att påbörja utbildning i januari 2024.

Under året har vi upptäckt en del brister i vår bilpark. Denna kommer att ses över under året och uppdateras efter behov. T ex har vi behov av ett antal bilar med fyrhjulsdrift för att klara av snöoväder.

### **Verksamhetsområde särskilt boende och bemanningseenheten**

Verksamhetsområdet kommer fortsätta utvecklas i sin helhet, detta genom att utveckla det som påbörjats.

Arbetet med perspektivet på individens behov i centrum (IBIC) från myndighetsutövning till verkställighet utvecklas till brukarstyrt arbete för alla professioner. IBIC ska vara grunden för kvalitén i den vård och omsorg vi bedriver. I detta arbete ska teamarbetet och användning av kvalitetssystem utvecklas.

Kvalitetsundersköterskans uppdrag och arbete ska utvecklas och förväntas ge ett fortsatt bra stöd och ökad kvalitet för medarbetare, anhöriga, boende och chef.

Kontaktmannaskapet ska stärkas.

Verksamheten ska arbeta för att ge möjligheter till individuella val av aktiviteter.

Verksamheten ska arbeta vidare med "Tallen-projekt".

Samarbete med berörda professioner gällande måltider och helheten kring kosten ska utvecklas.

En förhoppning är att systemet för resursfördelning per särskilt boendeplats ses över och anpassas efter att ha individens behov i centrum. Till det ser vi fram emot att få använda ett digitaliserat planeringsverktyg för brukarnas insatser och få ytterligare kontroll på vårt arbete och resursanvändning.

En flerårig kompetensutvecklingsplan behöver skapas för att medarbetarna ska kunna ta ansvar för de ökade avancerade vård- och omsorgsbehov som finns på särskilt boende.

Den största utmaningen för verksamheten under 2024 och framåt är personalförsörjning, både vad gäller visstid- och tillsvidareanställningar med rätt kompetens. I den utmaningen behöver vi alla arbeta för att ha en god arbetsmiljö oavsett vart vi arbetar.

Införandet av heltid som norm ser vi fram emot som en del i att vara en attraktiv arbetsgivare

och ställa om från en deltidorganisation till en heltidsorganisation med tuffa beslut kring förändringar av arbetstidsförläggningen. En kulturförändring behövs.

Arbetet ska fortsätta för att öka kunskapen i verksamheterna om bemanningsekonomi med förbättrad samplanering gällande schema och i resursanvändning. I det arbetet kommer utbildningen i bemanningsekonomi, bemanningshandboken och planerare att vara ett stöd.

Verksamheten ska fortsätta att förbättra bemanning- och schemaprocess genom att arbeta med överanställningar och bemanningshandboken samt att ständigt göra behovsanalys på bemanningsbehovet.

Öka bemanningsekonomiskt tänk genom att arbeta med schemaplanering och samplanering inom och utom verksamhetsområdet.

Digital teknik- och systemanvändning ska öka inom hela verksamhetsområdet.

Digital tillsyn - en trygghet och kvalitetshöjning för brukare och verksamhet.

Systematiskt brandskyddsarbete och utbildning för uppdragen ska implementeras i hela verksamheten.


## Nämndens mål


### Analys av måluppfyllelse

Vård- och omsorgsnämnden beslutade om mål och indikatorer i samband med budget 2023. Varje mål har flera indikatorer som är mätbara med målsättningar för att avgöra om vård- och omsorgsnämndens mål är uppfyllda eller ej. Till varje nämndmål finns indikatorsnivåer, när ett mål får anses nå godkänd måluppfyllelse (grönt), delvis måluppfyllelse (gult) och ej godkänd måluppfyllelse (rött) genom de mätbara indikatorerna. Detta skapar en tydlighet i måluppfyllelse och tar bort möjligheten för förvaltningen att själva uppskatta resultatet.




Verksamhetens arbete kring målen och indikatorerna 2023 har varit pågående under hela året. Vid bokslut 2023 är det flera av målen som ännu inte uppfyllts men en positiv förflyttning finns sedan bokslutet 2021. Flera av målen har gått från att ha varit inte uppfyllt till delvis uppfyllt. Målarbetet är ett ständigt och långsiktigt arbete som pågår och är förankrat i verksamheten.

### Unika miljöer och attraktivt boende genom hela livet


Nämndmål
Verksamhetens boendeformer ska främja goda levnadsförhållanden utifrån individuella förutsättningar. 
<p><b>Kommentar 2023</b></p> <p>Utifrån beslutade indikatorsnivåer anses målet delvis uppfyllt.</p> <p>Brukarbedömningen inom äldreomsorgen genomfördes under början av 2023. Måluppfyllelsen är baserad på indikatorer kopplade till den nationella brukarundersökningen <i>Vad tycker de äldre om äldreomsorgen</i>. Resultatet gällande trivsel med rummet, trivsel utomhus samt sociala aktiviteter har ökat sedan den senaste mätningen, vilket direkt kan kopplas till de åtgärder som gjordes under 2022. På de kommunala boendena genomförs satsningar för att höja standarden och för att vara konkurrenskraftiga. Till exempel har Slottsgården fått växthus till sina utemiljöer och på flera boenden arbetar man aktivt med mer individanpassade kvalitativa sociala aktiviteter som ett komplement till gruppaktiviteter.</p> <p>Resultatet avseende trivsel i gemensamma utrymmen har sjunkit något verksamhetsövergripande. Då resultaten på enhetsnivå kan variera analyseras resultatet från brukarundersökningen på respektive enhet och åtgärder planeras utifrån resultaten.</p>





Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Mål	Status
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivsamma gemensamma	65	59	65	

## Årsredovisning 2023


Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Mål	Status
utrymmen, andel (%)				
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivs med rum/lägenhet, andel (%)	68	70	75	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivsamt utomhus, andel (%)	62	72	70	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)	54	56	65	

### Upplevd trygghet och säkerhet i hela kommunen




Nämndmål
Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet. 
<p><b>Kommentar 2023</b></p> <p>Utifrån beslutade indikatorsnivåer anses målet delvis uppfyllt.</p> <p>Genom brukarundersökningen <i>Vad tycker de äldre om äldreomsorgen</i> följer vård- och omsorgsförvaltningen frågan kring om den enskilde känner sig trygg på det särskilda boendet och hemma med hemtjänst.</p> <p>Sedan förra mätningen har upplevelsen av trygghet ökat inom särskilt boende och uppfyller nu målet. Även inom hemtjänsten uppfylls målet trots att siffran har sjunkit något.</p> <p>Andelen timanställda var i november 2023 ca 22 %. Det är en försämring till året innan då det var ca 16 %.</p> <p>Den nationella jämförelsen kring personalkontinuitet inom hemtjänsten visar i genomsnitt på 17 medarbetare, vilket är en försämring till året innan. Den månatliga uppföljningen av personalkontinuiteten visar varierande resultat mellan enheterna och vissa ligger under 14 som är målet. Arbetet med att förbättra personalkontinuiteten pågår ständigt för att uppnå målet.</p>

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Mål	Status
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet, andel (%)	92	90	90	
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	15	17	14	
Kontinuitet månatlig uppföljning	16,06	15,37	14	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trygghet, andel (%)	85	94	90	



### God tillgänglighet fysiskt och digitalt






Nämndmål
Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik. 
<p><b>Kommentar 2023</b></p> <p>Utifrån beslutade indikatorsnivåer anses målet inte uppfyllt.</p> <p>Samtliga brukare har numera beslut enligt IBIC. Implementeringen av IBIC har avslutats under 2023 och därmed är målet på 100% uppfyllt.</p> <p>Antalet brukare som har valt trygghetskamera är oförändrat sedan slutet av 2022. Det är 6 brukare som har valt trygghetskameror. Utöver dessa har 3 personer fysiska tillsyn på natten utifrån det behovet. Anledningen till att målet på 10 kameror inte är uppnått ännu är att behovet av tillsyn på natten i dagsläget inte är större. Det pågår ett arbete sedan tidigare kring att öka information samt att fortsatt introducera välfärdsteknik i verksamheten.</p> <p>Från och med januari 2023 fanns 8 sändningstillfällen per månad (med undantag för sommaruppehållet). Anledningen till att det är färre än tidigare är att aktivitetssamordnare i samråd med verksamheterna istället har satsat på fler fysiska caféutflykter till Duvans mötesplats för att fika och spela bingo, bjudas på allsång mm. Att få åka på allsång är något de äldre har önskat, inte minst efter pandemiären.</p>

## Årsredovisning 2023



Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Mål	Status
Antalet brukare med beslut enligt IBIC	99 %	100 %	100 %	
Öka antalet tillsynsbesök via trygghetskamera årligen	6	6	10	
Streamade aktiviteter på särskilda boenden.	10	8	12	

### Tydlig ekonomistyrning och god kontroll

Nämndmål	Status
Verksamheten har en budget i balans	
Verksamheten bedrivs med en god intern kontroll och aktiv riskhantering.	
<p><b>Kommentar 2023</b></p> <p>Vård- och omsorgsnämnd beslutade aktuell intern kontrollplan för året i februari 2023. Planen innehöll en plan för återrapportering under verksamhetsåret där kontrollmoment inom varje kontrollområde redovisas enligt följande:</p> <p><b>Kompetensförsörjning:</b> Rekrytering som inte har genomförts och varför den inte har det (arbetsutskott juni och oktober 2023).</p> <p><b>Sjukfrånvaro:</b> Sjukfrånvaroredovisning (nämnden mars och september 2023), följa riktlinjerna för rehabilitering så att de följs (arbetsutskott maj och november 2023), kostnader för korttidsfrånvaron budget 2,9 % (arbetsutskott maj och november 2023).</p> <p><b>Socialt innehåll:</b> Räkna deltagarna (arbetsutskott i juni och november 2023), möjliggöra att de boende kan delta på önskade aktiviteter (arbetsutskott i juni och november 2023).</p> <p>Ovanstående beslutade återrapporteringar har genomförts i enlighet med planen. I samband med årsredovisningen har nya risk- och väsentlighetsbedömningar gjorts av tidigare bedömda risker. Vid årsredovisningens slut visar risk- och väsentlighetsanalyserna att det interna kontrollarbetet till stora delar gett förväntad effekt.</p>	

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Mål	Status
Driftredovisning				
Personalkostnader				
Årliga uppföljningen av internkontrollen	 Ja	 Ja		

### God omsorg med hög kvalitet för olika behov

Nämndmål	Status
Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet.	
<p><b>Kommentar 2023</b></p> <p>Utifrån beslutade indikatorsnivåer anses målet delvis uppfyllt.</p> <p>Andel omsorgspersonal med formell kompetens har ökat med 0,5 % sedan förra året. Den nationella satsningen Åldreomsorgslyftet med tillhörande statsbidrag har bidragit till ökningen.</p> <p>Vid uppföljning av huruvida den enskilde känner delaktighet i upprättandet av genomförandeplanen har en positiv utveckling skett under året. Vid slutet av 2022 kände sig 60 % delaktiga, idag är andelen 65,1 %. Förbättringsarbetet som har bedrivits har gett ett bra resultat.</p> <p>Från brukarundersökningen, som genomfördes under början av 2023, finns också fyra indikatorer kopplade till målet. Bemötande inom särskilt boende har förbättrats och uppfyller målvärdet. Hemtjänstens resultat avseende bemötande har också ökat. Helhetssynen inom hemtjänst och särskilt boende är oförändrad sedan förra undersökningen.</p>	
Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.	
<p><b>Kommentar 2023</b></p> <p>Utifrån beslutade indikatorsnivåer anses målet delvis uppfyllt.</p> <p>Riskbedömningar görs teambaserat enligt Senior Alert. Under 2023 har 93 % av brukarna i de kommunala boendena någon risk och av dem har 96 % utförda åtgärder (98 % inkl boende i privat regi). Detta uppfyller målet.</p>	

## Årsredovisning 2023

Nämndmål
<p>Inom ordinärt boende har det gjorts enbart en teambaserad riskbedömning enligt Senior Alert som även har åtgärder. Arbetet har tyvärr inte riktigt kommit igång. Arbetet med att implementera riskbedömningarna inom Senior Alert fortsätter 2024 och då ska även kvalitetsundersköterskorna ingå i arbetet.</p> <p>Mätning inom basal hygien har genomförts inom särskilt boende. Följsamheten till basal hygien har sjunkit jämfört med förra året. Värdet för måluppfyllelse är ett sammantaget värde av alla inrapporterade mätningar. På enhetsnivå skiljer sig värdet mellan 10,5 som lägst och 12,75 som högst. Analys och aktiviteter bedrivs på enhetsnivå för att uppfylla målet.</p> <p>Totalt under 2023 har det utförts 31st läkemedelsgenomgångar inom hemsjukvård och 75st på särskilt boende, vilket ger en måluppfyllelse på 80%.</p> <p>Alla brukare med palliativ diagnos ska ha minst 1 smärtskattning sista levnadsveckan. Siffran för 2023 är 66,3 %. Målet är inte uppfyllt och kan delvis förklaras med en bristfällig dokumentation. Det pågående förbättringsarbete kommer att fortsätta även under 2024 gällande tydligare dokumentation.</p>

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Mål	Status
Andel omsorgspersonal med formell kompetens	89 %	89,5 %	86 %	
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	93	93	92	
Delaktighet	60 %	65,1 %	100 %	
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%)	96	98	98	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	76	76	83	
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%)	89	90	94	
Mätning av nattfasta	10,71	11,54	11	
Följsamhet basal hygien		75,2 %	90 %	
Initierade läkemedelsgenomgångar.		80 %	100 %	
Smärtskattning under sista levnadsveckan		66,3 %	100 %	

### En attraktiv arbetsplats med medborgaren i fokus

Nämndmål
Verksamheten har nöjda medarbetare.
<p><b>Kommentar 2023</b></p> <p>Utifrån beslutade indikatorsnivåer anses målet delvis uppfyllt.</p> <p>Arbetsmiljöenkäten görs vartannat år. Utfallet för 2022 avser därför 2021. 2023 genomfördes enkäten under hösten. Siffrorna är inte helt jämförbara med förra enkäten eftersom en organisationsförändring har skett. Funktionsstöd inklusive myndighet och den öppna verksamheten tillhör sedan två år arbete- och välfärdförvaltningen. När det gäller hållbart medarbetarengagemang är det flera positiva resultat. Som exempel på frågan <i>Mitt arbete känns meningsfullt</i> är resultatet 4,33 (medel 3,0), <i>Min närmaste chef ger mig förutsättningar att ta ansvar i mitt arbete</i> är resultatet 4,1 (medel 3,0) samt <i>Jag vet vad som förväntas av mig i mitt arbete</i> är resultatet 4,53 (medel 3,0). Nu pågår ett arbete på varje enhet för vidare arbete med friskfaktorer för att säkerställa bra arbetsmiljö.</p> <p>Sjukfrånvaron har sjunkit något sedan förra året men är i stort sett på samma nivå. Se analys nedan.</p>

Indikator	Utfall 2022	Utfall 2023	Mål	Status
Medarbetarengagemang (HME) hemtjänst äldreomsorg - Totalindex	82,97	76,72	79	
Medarbetarengagemang (HME) särskilt boende äldreomsorg - Totalindex	83,56	73,86	76	
Sjukfrånvaro totalt - dagintervall	10,9 %	10,6 %		

## Investeringsredovisning

Belopp i tkr	ÅRETS INVESTERINGAR			AVSLUTADE PROJEKT TOTALT FRÅN PROJEKTETSTART		
	Budget 2023	Utfall 2023	Avvikelse	Budget Ack	Utfall Ack	Avvikelse
<b>Investeringsprojekt</b>						
<b>Vård och omsorgsnämnd</b>						
35101 Digitala läs	400	400	0	400	400	0
35102 Trådlösa nätverk	300	299	1	300	299	1
35105 Verksamhetssystem	200	199	1	200	199	1
35110 Digitala läkemedelsskåp	560	575	-15	560	575	-15
35111 Digitala värdeskåp	560	0	560			
35119 Inventarier Säbo	250	279	-29	250	279	-29
35154 Inventarier Hemtjänst	100	67	34	100	67	34
35211 Hög och sänkbara sängar	80	73	7	80	73	7
<b>Summa vård- och omsorgsnämnd</b>	<b>2 450</b>	<b>1 891</b>	<b>559</b>	<b>1 890</b>	<b>1 891</b>	<b>-1</b>

### Kommentarer till investeringsredovisningen

#### Avslutade investeringar

##### 35119 Inventarier Säbo

- Investering har gjorts i ljudisolerade kontorsdörrar och insynsskydd på fönster för att måna om brukarnas integritet.
- Förflyttningshjälpmedlet TurnAid finns på alla särskilda boende och används för att ge brukaren en behagligare upplevelse vid till exempel vändning i sängen. Arbetsmiljön för medarbetarna har också förbättrats.

#### Pågående investering som önskas överföras till 2024

##### 35111 Digitala värdeskåp

Inlämnade anbud var ej i paritet med budget. Ny omvärldsbevakning och reviderad kravställning behövs göras för att säkra bästa möjliga lösning för verksamhetens särskilda boenden utifrån tilldelade budgetmedel.

**Summering:** Vård- och omsorgsnämndens investeringar är gjorda enligt investeringsutrymmet förutom att inköp av digitala värdeskåp till särskilt boende önskas flyttas till 2024.

## Sjuktal

Nyckeltal	Utfall 2022	Utfall 2023
Sjukfrånvaro dag 1-14	5,8 %	5,3 %
Sjukfrånvaro dag 15-90	1,7 %	1,9 %
Sjukfrånvaro dag 91-	3,3 %	3,3 %
Sjukfrånvaro totalt - dagintervall	10,9 %	10,6 %

### Analys av sjuktal

Den totala sjukfrånvaron i vård- och omsorgsförvaltningen har minskat med 0,3 % från 10,9 % 2022 till 10,6 % 2023. Det är främst hemtjänsten och HSL och myndighet som har minskat. Verksamheten särskilt boende och bemanningsenheten har ökat något.

Den korta sjukfrånvaron dag 1-14 har minskat med 0,5 % från 5,8 % 2022 till 5,3 % 2023. Minskningen har skett i alla verksamheter.



Frånvaron dag 15-90 har ökat något, från 1,7 % till 1,9 %, här finns den största ökningen i hemtjänsten men även särskilt boende och bemanningsenheten har ökat något.

Den långa sjukfrånvaron dag 91 och över har samma utfall som 2022, vilket är 3,3 %. Hemtjänsten har minskat något medan särskilt boende och bemanningen istället har ökat lite.

## Nyckeltal

### Sammanställning ekonomi

Ekonomi, tkr	Budget 2023	Bokslut 2023	Budgetavvikelse
Verksamhetens intäkter	37 149	55 732	18 583
Verksamhetens kostnader	-342 900	-366 580	-23 680
<i>varav personalkostnader</i>	<i>234 281</i>	<i>244 340</i>	<i>10 059</i>
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	<b>-305 751</b>	<b>-310 848</b>	<b>-5 097</b>
Nettoinvesteringar	-2 450	-1 891	

### Sammanställning personal

Personalbild	Bokslut 2023
Antal inrättade tjänster	372,18
<b>Total sjukfrånvaro i procent av tillgänglig arbetstid</b>	<b>10,6 % (10,9 %)</b>
Dag 1-4	5,3 % (5,8 %)
Dag 15-90	1,9 % (1,7 %)
Dag 91-	3,3 % (3,3 %)
<b>Antal anställda personer</b>	
Tillsvidareanställda (mät punkt 30 november)	481
Visstidsanställda (mät punkt 30 november)	39
<b>Medelsysselsättningsgrad</b>	
Kvinnor	91,6 % (88,6 %)
Män	95,7 % (90,7 %)

# Bokslut 2023 och planering inför 2025



## Med dig i fokus

Hos oss ska du leva ett självständigt, tryggt och meningsfullt liv i gemenskap med andra. Du ska fortsätta att vara den du alltid varit och få njuta av vad du tycker om och bli sedd för den du är.

# Vård- och omsorgsnämnden



## Budgetavvikelse 2023

Sammanfattning av budgetavvikelse:  
(belopp i tkr)

<u>Faktor</u>	<u>2023 budget</u>	<u>2023 avvikelse</u>
Nettokostnader	-305 751	-5 097
Investeringsutgift	-2 450	559

# Vård- och omsorgsnämnden

## De viktigaste anledningarna till redovisat ekonomiskt resultat

- Vård- och omsorgsnämnden har erhållit flera statsbidrag, vilket har påverkat årsprognosen positivt med 12 622 tkr. Statsbidragen har bland annat använts till att ha rätt bemanning av sjuksköterskor på särskilt boende, motverka ensamheten för äldre, främja ett hållbart arbetsliv och Äldreomsorgslyftet.
- Intäkter för avgifter på särskilt boende visar ett negativt utfall på -1 628 tkr. Sölvesborgs kommun har tagit ut en lägre maxtaxa än vad Riksdagen har beslutat, genom socialtjänstlagen (8 kap 5 § 1 p). Under 2024 kommer maxtaxan följa socialtjänstlagen.
- Verksamhetsområdet hemtjänst genererade ett överskott på cirka 2 600 tkr, varav cirka 1 400 tkr pga. av ej utnyttjade timmar för palliativ vård och anhörigvård samt cirka 800 tkr för två tjänster på natten.

# Vård- och omsorgsnämnden

## De viktigaste anledningarna till redovisat ekonomiskt resultat

- För verksamhetsområdet särskilt boende blev resultatet ett underskott på cirka -6 500 tkr. Detta bland annat på grund av omställning av särskilda boendelägenheter, brukare som haft behov av extra bemanning dygnet runt i flera månader (ca 1 200 tkr) samt hög sjukfrånvaro. Överanställningarna har kostat -1 150 tkr och obokad tid -856 tkr.
- Resursfördelningen för LOV (lag om valfrihetssystem) har en budget för 44 platser för 2023. Utfallet för året blev -186 tkr.

# Vård- och omsorgsnämnden

## Måluppfyllelse

Vård- och omsorgsnämnden arbetar aktivt för att nå måluppfyllelse. Här nedan redovisas del av mål som har uppnåtts:



- **Verksamheten bedrivs med en god intern kontroll och aktiv riskhantering**  
Intern kontrollarbetet har genomförts enligt beslutad plan.
- **Kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård**  
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%) har förbättrats. Målet är 80 % och utfallet är 98 %. 2022 var utfallet 70 %.
- **Kommuninvånarna ska tillförsäkras en rättssäker omsorg av god kvalitet**  
Andel omsorgspersonal med formell kompetens ligger över målvärdet och har till och med förbättrats. Den nationella satsningen Äldreomsorgslyftet med tillhörande statsbidrag har bidragit till ökningen. Målet är 86 % och utfallet är 89,5 %. 2022 var utfallet 89 %.

# Vård- och omsorgsnämnden

## Måluppfyllelse fortsättning

Vård- och omsorgsnämnden arbetar aktivt för att nå måluppfyllelse. Här nedan redovisas del av mål som har uppnåtts:

- **Verksamhet ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik**  
Antalet brukare med beslut enligt IBIC (individens behov i centrum) har uppnått målet. Målet är 100 % och utfallet är 100 %. 2022 var utfallet 99 %.
- **Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet**  
Brukarundersökningen visar att både hemtjänst och särskilt boende har nått målet 90 % när det gäller trygghet. Utfallet för särskilt boende är 94 % och 2022 var det 85 %. Hemtjänstens utfall blev 90 %, 2022 var resultatet 92 %.

# Vård- och omsorgsnämnden

## De viktigaste förbättrings- och utvecklingsområdena

Vård- och omsorgsnämnden arbetar systematisk med att utveckla kvaliteten i verksamheten. Inom flera av målområdena utmanas verksamheten genom att nämnden vill uppnå en måluppfyllnad som ska uppnås på längre sikt.

- **Verksamheten har en budget i balans**

Vård- och omsorgsnämnden arbetar på både kort och lång sikt för att budgeten ska vara i balans.

- **Verksamheten ska främja kommuninvånarnas självständighet via fysiska möten och välfärdsteknik**

Antalet brukare som har valt trygghetskamera är oförändrat sedan slutet av 2022 dvs. sex brukare. Det är för få brukare som är aktuella för denna insats. När det gäller streamade digitala aktiviteter på särskilda boenden har brukarnas intresse för detta minskat och istället ersatts med fysiska caféutflykter till Duvans mötesplats för att fika, spela bingo och bjudas på allsång med mera.



# Vård- och omsorgsnämnden

## De viktigaste förbättrings- och utvecklingsområdena fortsättning

- **Verksamheten ska bidra till att kommuninvånarna ska uppleva trygghet genom livet**  
Att trygghet och personalkontinuitet har ett starkt samband är något förvaltningen arbetar utifrån. Personalkontinuiteten har under året förbättrats i den månatliga uppföljningen. Målet är 14 medarbetare och utfallet blev 15,37. 2022 var utfallet 16,06.

# Vård- och omsorgsnämnden

## Exempel på viktiga händelserna under perioden

- Pilotprojektet ”Heltid som norm med förnuft”
- 600 nya trygghetslarm har installerats i ordinärt boende.
- Digitala läkemedelsskåp har installerats i alla lägenhet på särskilt boende.
- Legitimerade medarbetare har fått tillgång till journalsystemet i sina mobiler.
- Statsbidrag har använts till bland annat att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg, finansierat redan inrättade tjänster inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, minskat ensamheten för äldre och gjort att förvaltningen kan erbjuda möjligheten för utbildade medarbetare att utbilda sig till undersköterska genom Äldreomsorgslyftet.
- Inflyttningsstopp på Slottsgården från och med 230511. Elva lägenheter kommer att vara stängda tills vidare.

# Vård- och omsorgsnämnden

## Specifikt tilläggsuppdrag

- Kommunstyrelsen har tagit beslut om ett utredningsuppdrag, dnr 2023/87, gällande att en fastighet skulle kunna byggas på Tärnans mark för medarbetare som arbetar med hemtjänst och hälso- och sjukvård på Lister. Utredningen har genomförts i samarbete med vård- och omsorgsnämnden, samhällsbyggnads-, fritid- och kulturnämnden och Sölvesborgshem AB.



# HSL och myndighetsenheten

## Analys av verksamhet och ekonomi

Driftutfall	Årsbudget	Utfall	Avvikelse
HSL och Myndighetsenheten	-55 008	-56 962	-1 954

- Personalkostnader i balans
- Underskottsposter: Intäkter särskilt boende -1 718 tkr
  - Resurspott hemtjänst -833 tkr
  - Medicintekniska hjälpmedel -577 tkr
- Överskottsposter: Intäkter ordinärt boende 1 119 tkr

# HSL och myndighetsenheten

## Händelser av väsentlig betydelse

- Lyckade lokalbyten myndighetsenheten och rehaborganisationen, utvärderingar visar på en klart förbättrad arbetsmiljösituation.
- Inte bara att IBIC-utredningarna blev 100% klara, utan även samarbete/samsyn kring uppföljningen mellan ”verkställighet och myndighet”, viktigt för framtida utveckling och teamkänsla.
- Införande av nya avgiftshandläggningsrutiner och tillhörande regelverk, samt revideringar av riktlinjer gällande schablontider, par-/medboende, SOL, HSL etc i så hög grad av förvaltningssamverkan som möjligt.
- Minskat ”söktryck” särskilt boende en delvis oväntad utveckling, ökat antal brukare med hemtjänst desto mer väntad utveckling. Den vidare analysen mycket angelägen.  
Antalet hemsjukvårdspatienter och HSL-insatser ökat enligt förväntan.
- Fullgott utfall i hemtagning av medborgare som vårdats på sjukhus, genomsnitt vårdtid efter färdigbehandling 1,4 dagar för 2023.
- Sjukfrånvaron sjönk både vad gäller den korta(2,7%) och långa frånvaron. Total sjukfrånvaro 2023 4,4% mot 6,5% 2022.

# HSL och myndighetsenheten

## Förväntad utveckling

- Förväntas ny lagstiftning (Socialtjänstlag), utredningen om en särskild äldreomsorgslag verkar inte bli av. Hur kommer detta påverka vård- och omsorgsförvaltningen uppdrag och arbete?
  - Flera intressanta teman finns exempelvis förebyggande insatser och kunskapsstyrning.
  - Ovisshet om nya Socialtjänstlagen kommer vara tillräckligt tydlig gällande sådant som togs upp i utredningen av helt ny äldreomsorgslag.
- Personalförsörjning: Nytt avtal på gång med BTH, dock är andelen studenter som tar examen oroväckande låg (ca. 60% vs HKR 80%). Studentintaget skall utökas och detta kräver handledning och studenter från Kristianstad(HKR) kommer inte kunna tas emot.
- Flera hållpunkter under året som kan skapa både problem och lösningar tex: revidering hemsjukvårdsavtal/närsjukvårdsavtal, införande nytt system för vårdplanering (CosmicLink) vilket redan skjutits upp till 2025 men utbildningar redan påbörjade.
- Förmåga i kris kommer arbetas vidare gällande allt från fordon till enskilda läkemedel
- Ta steg i den digitala utvecklingen, konsultationer redan 2024 men mer behöver göras...

# Hemtjänst

## Analys av verksamhet och ekonomi

**Totala utfallet för 2023 är +2 534 tkr**

Administrationen gör ett överskott på +572 tkr på grund av vakanta tjänster för både enhetschef och metodutvecklare under året.

Hemtjänstgrupperna inklusive nattpatrullen gör ett överskott på +834 tkr. Flera enheter planerar ut färre timmar än vad som är beviljat. Nattpatrullen har under hela året haft två vakanta tjänster.

Övriga insatser visar på ett överskott på +1389 tkr, vilket till största del beror på ej utnyttjade timmar för palliativ vård och anhörigvård.

Teknikteamet gör ett underskott på -262 tkr på grund av extra personalresurser samt extra bilkostnader vid installation av 600 nya trygghetslarm hos alla brukare med beslut om dessa.

# Hemtjänst

## Händelser av väsentlig betydelse

- Nordrikets hemtjänst tilldelades årets kvalitetspris - *motivering: "Nordrikets hemtjänst har ett stort engagemang hos såväl medarbetare som ledning och sprider värme och omsorg till brukarna, vilket syns bland annat i årets brukarundersökning. Enheten har ett stort kvalitetsfokus och det är i mötet mellan medarbetarna och brukarna som kvaliteten skapas. Alla arbetar tillsammans och är delaktiga för att nå målet att brukaren ska få omsorg av så hög kvalitet som möjligt."*
- Efter att ha blivit beviljade ett bidrag från omställningsfonden har en upphandling för körkortsutbildning påbörjats och ska genomföras under 2024. Medarbetare från hemtjänsten kommer att prioriteras.
- Ett arbete med att komma till rätta med övertalighet i nattpatrullen har påbörjats. Vi har 10 medarbetare och behovet är sju. Dialog och förhandlingar med kommunal har genomförts.
- Sex medarbetare har deltagit i Äldrelyftet under året, varav fyra har fullföljt.
- Efter sommaren startades en projektgrupp upp för att planera för nya lokaler för landsbygdens hemtjänst och HSL. Bygget ska ske på Tärnans mark i Mjällby.
- Ny enhetschef började i verksamheten i december efter ca en månads vakans på tjänsten



# Hemtjänst

## Förväntad utveckling

- Pågående arbete med att införa fast omsorgskontakt fortlöper. Dessa ersätter dagens kontaktmannaskap.
- Installation av digitala läkemedelsskåp kommer att påbörjas i ordinärt boende.
- Verksamhetsområdet ser stora utmaningar med kompetensförsörjningen kommande år och kommer därför att arbeta för att vara en attraktiv arbetsgivare.
- Hitta effektivare sätt att utföra vissa serviceinsatser.
- Körkortsutbildning för medarbetare kommer att genomföras
- Fortsatt arbete med att förbättra kontinuiteten för brukarna.
- Fortsatt arbete med kvalitetsundersköterskornas uppdrag.

# Hemtjänst

## Förväntad utveckling fortsättning

- Arbeta med att minska sjukfrånvaron samt arbeta med rehabiliteringsprocessen.
- Fortsätta med bemanningsekonomiarbetet, vilket bl a innebär förbättrad schemaplanering kopplat till fast omsorgskontakt/kontaktmannaskapet.
- Digital teknik- och systemanvändning ska öka inom hela verksamhetsområdet.
- Pilotområdena inom Heltid som norm kommer att utvärderas under våren. Planering för införande i sin helhet påbörjas.
- Statsbidrag för Äldrelyftet är förlängt och vi har åtta medarbetare från hemtjänsten som kommer att påbörja utbildning under januari 2024.
- Under året har vi upptäckt en del brister i vår bilpark. Denna kommer att ses över under året och uppdateras efter behov. Tex har vi behov av ett antal bilar med fyrhjulsdraft för att klara av snöoväder.

# Särskilt boende och bemanningseenheten

## Analys av verksamhet och ekonomi

- Verksamhetsområdets del av nämndens budget visar en nettoavvikelse med -6 514 tkr, varav kostnader för obokad tid är - 856 tkr och för överanställningar– 1 150 tkr (sjuklöne- och semesterkostnad ) .
- Verksamhetsområdet har tillförts statsbidrag motsvarande + 2 591 tkr. Statsbidragen har använts till insatser för att minska ensamheten hos brukare, friskvårdsinsatser för medarbetare, borttagande av delade turer samt omvårdnadsutbildning.
- Utbildning i bemanningsekonomi har genomförts och arbetet fortsätter med att skapa verksamhetsanpassade scheman som minskar sjukfrånvaron och då skapar en tryggare arbets- och boendemiljö.
- Analys av resursanvändning är en ständigt pågående process i verksamheten.
- Pilotprojektet Heltid som norm har inte gett den förväntade bokningsbara arbetstiden.

# Särskilt boende och bemanningseenheten

## Händelser av väsentlig betydelse

- Ökad vårdtyngd och i kombination med hög sjukfrånvaro och brist på personalresurser har påverkat verksamheten negativt.
- Solgården 1 och 2 har bildats och arbetat för att skapa en kvalitetssäker verksamhet för alla.
- Omställning av en enhet på Slottsgården 1 till demensenhet.
- Arbetsmiljöåtgärder har genomförts på flera arbetsplatser.
- Individen och dennes behov i centrum är fokus i vårt arbete.
- Sunnanbos verksamhet har fortsatt att vara en insats som gör skillnad i vardagen för både deltagare och anhöriga. Omvårdnadsbehovet bland deltagarna har ökat.
- Utsikten har i perioder haft hög vårdtyngd med extra bemanning dygnet runt.
- Bemanningseenhetens stående uppdrag att rekrytera kompetenta medarbetare har varit svårare då tillgången på sökande och deras kompetenser inte alltid motsvarat verksamheternas behov.
- Bemanningseenhetens grupper Pool och Resurs har avvecklats. Förberedande arbete har genomförts för verkställande av Bemanningseenhetens flytt till HR-enheten.

# Särskilt boende och bemanningseenheten

## Förväntad utveckling

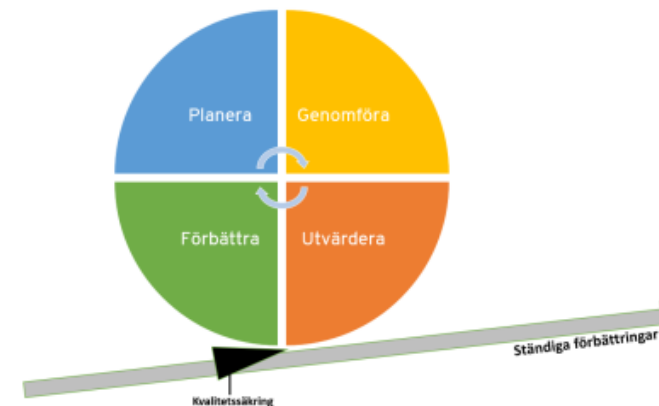
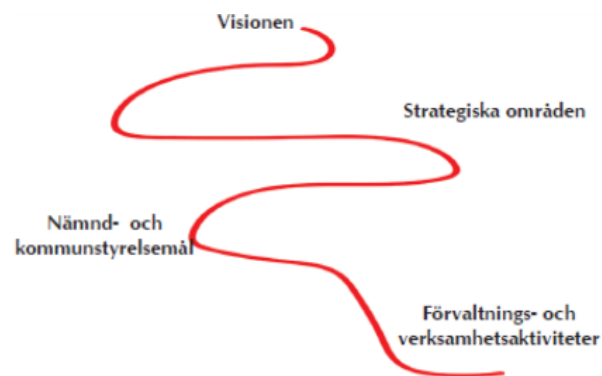
- Kvalitetsarbete med individens behov i centrum och ökat användande av digital teknik.
- Ökad digital teknik- och systemanvändning inom hela verksamhetsområdet.
- Resursfördelning per särskilt boendeplats med anpassning efter individens behov. Digitaliserat planeringsverktyg för verkställande av brukarnas insatser, planering av det dagliga arbete och resursanvändning.
- Samarbete med berörda professioner gällande måltider och helheten kring kosten ska utvecklas.
- Verksamheten ska fortsätta att öka kunskapen om bemanningsekonomi och förbättra bemanning- och schemaprocess samt resursanvändning. Detta kan utvecklas genom att arbeta med samplanering, överanställningar och bemanningshandboken samt att ständigt göra behovsanalys på bemanningsbehovet.
- Framtidsanpassat korttidsboende, växelvård och daglig verksamhet
- Systematiskt brandskyddsarbete inkl utbildning implementeras i hela verksamheten.

# Planering inför 2025



## Mål- och resultatstyrning samt intern kontroll

- Vård- och omsorgsnämnden kommer att fortsätta att utveckla och stärka sitt arbete utifrån mål- och resultatstyrning samt intern kontroll.
- Detta för att säkerställa kvalitén på den service och de tjänster som medborgarna i Sölvesborgs kommun tillhandahåller från förvaltningen. Den enskildes delaktighet, möjlighet till påverkan och trygghet är viktiga utvecklingsområden.



# Planering inför 2025

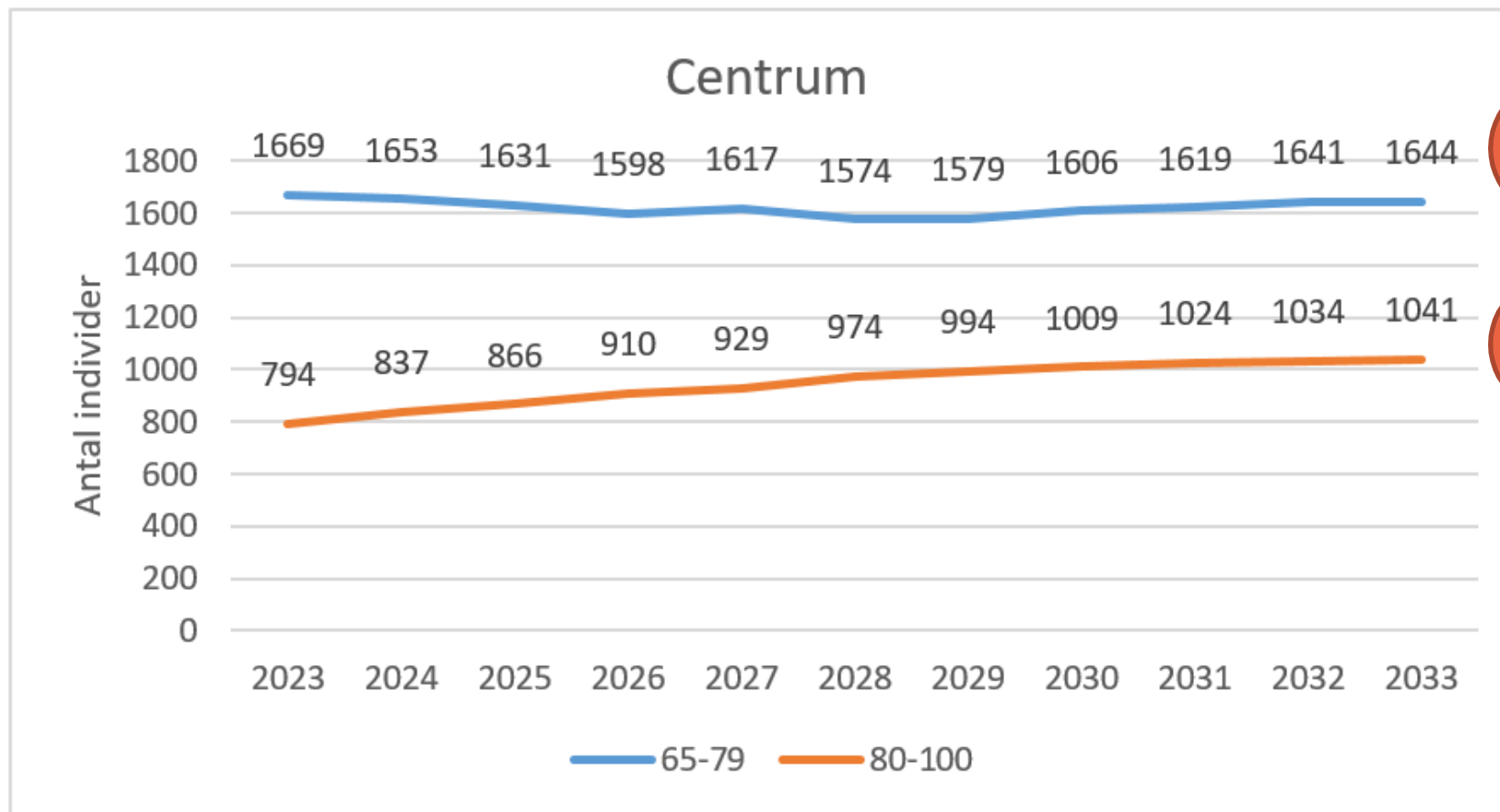
## Befolkningsprognos

- Andelen äldre över 80 år beräknas öka med cirka 500 medborgare fram till 2033 samtidigt som den andel av befolkningen som är i arbetsför ålder inte ökar i den grad så att kompetensförsörjningen kan säkras. Källa: Statisticon
- År 2022 var det sju kvinnor och en man som var över 100 år enligt SCB.



# Planering inför 2025

Grundstatistik från Statisticon

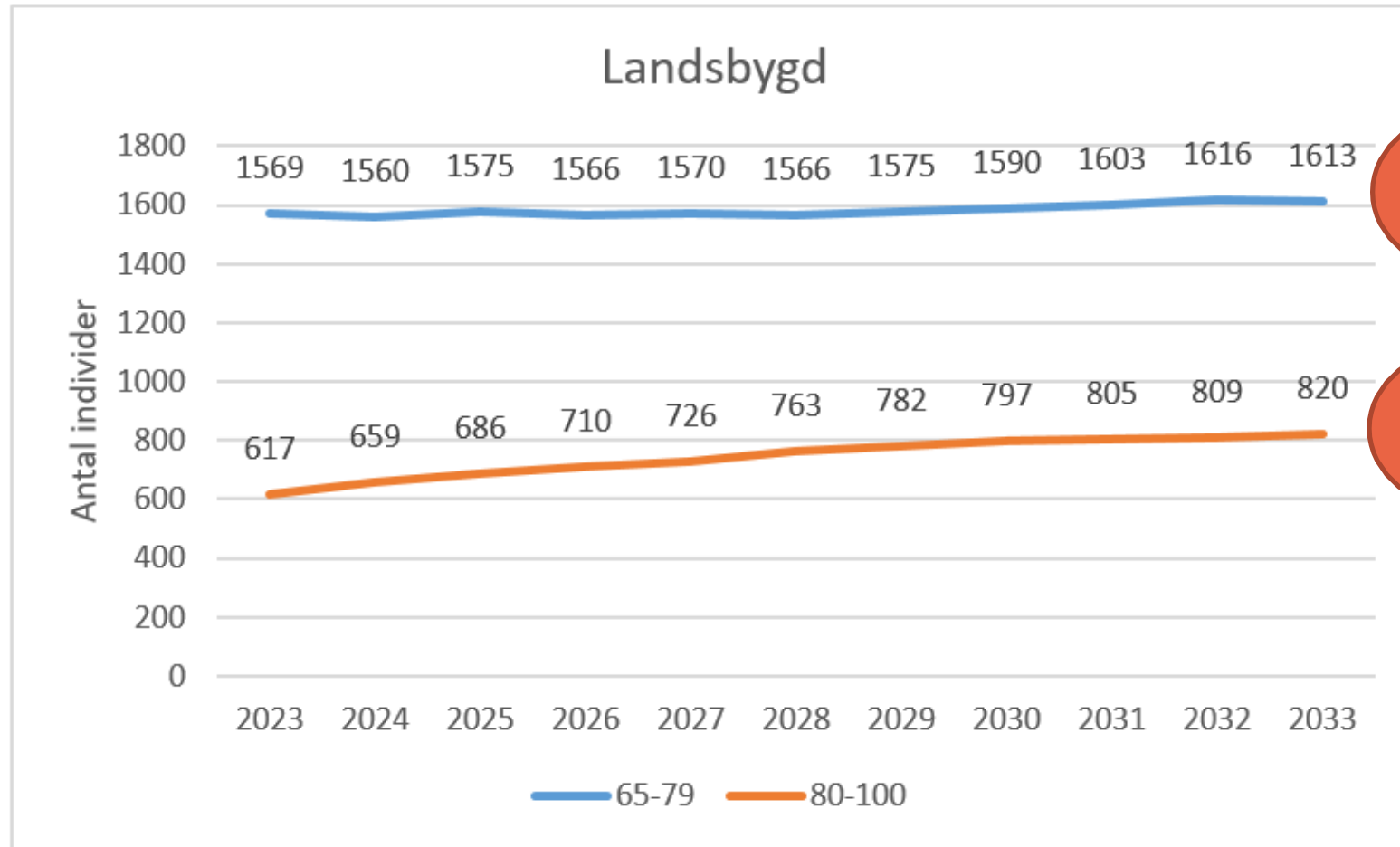


Förklaring: Grunddata är hämtad från Statisticon där områdena centrum och landsbygd är sammanslagning av uppgifter från delområdesrapporten som Statisticon levererar till Sölvesborg.



# Planering inför 2025

Grundstatistik från Statisticon



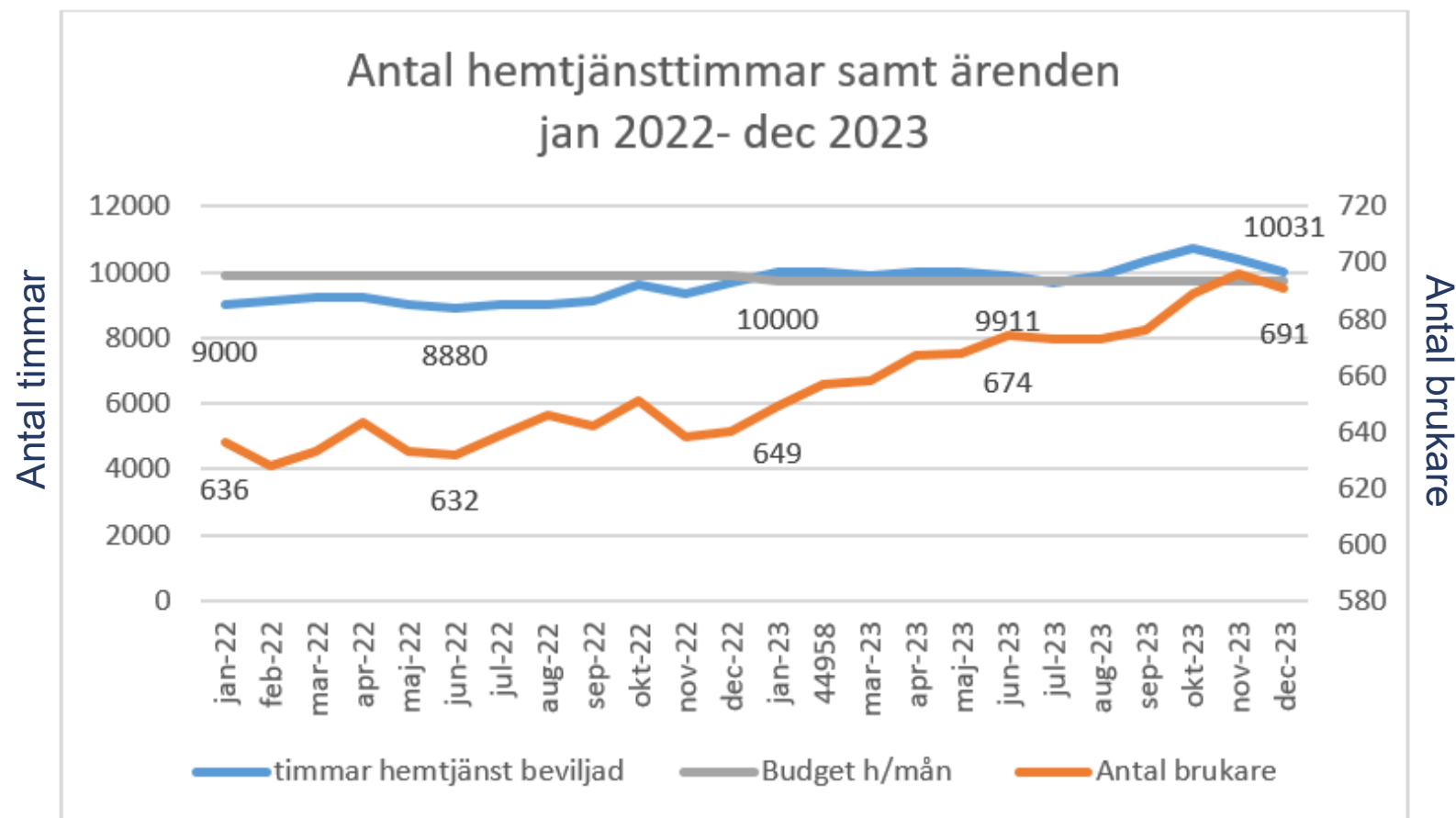
Förklaring: Grunddata är hämtad från Statisticon där områdena centrum och landsbygd är sammanslagning av uppgifter från delområdesrapporten som Statisticon levererar till Sölvesborg.

# Planering inför 2025

Budget:  
9 712 h/mån

Utfall januari:  
10 224 h/mån

Här nedan redovisas antal hemtjänsttimmar inklusive delegerade HSL-insatser samt antal brukare från och med januari 2022 till och med december 2023.



# Planering inför 2025

## Utökat uppdrag

- Vård- och omsorgsnämnden får kontinuerligt ett utökat uppdrag eftersom volymerna kommer att öka. Budgetåret 2025 kommer att bli utmanande på flera sätt. Det blir fler medborgare över 80 år samtidigt som det med största sannolikhet kommer att bli svårare att rekrytera medarbetare. Vård- och omsorgsförvaltningen behöver få möjlighet i att investera i digital välfärdsteknik för att möta denna förändring.
- I genomsnitt har varje brukare cirka 15 timmar hemtjänst per månad. Under 2023 ökade det med 42 brukare.

### Exempel:

**30 brukare \* 15 h = 450 h/månad x 12 = 5 400 h \*  
495 (timkostnad i snitt 2024) = 2 673 tkr**

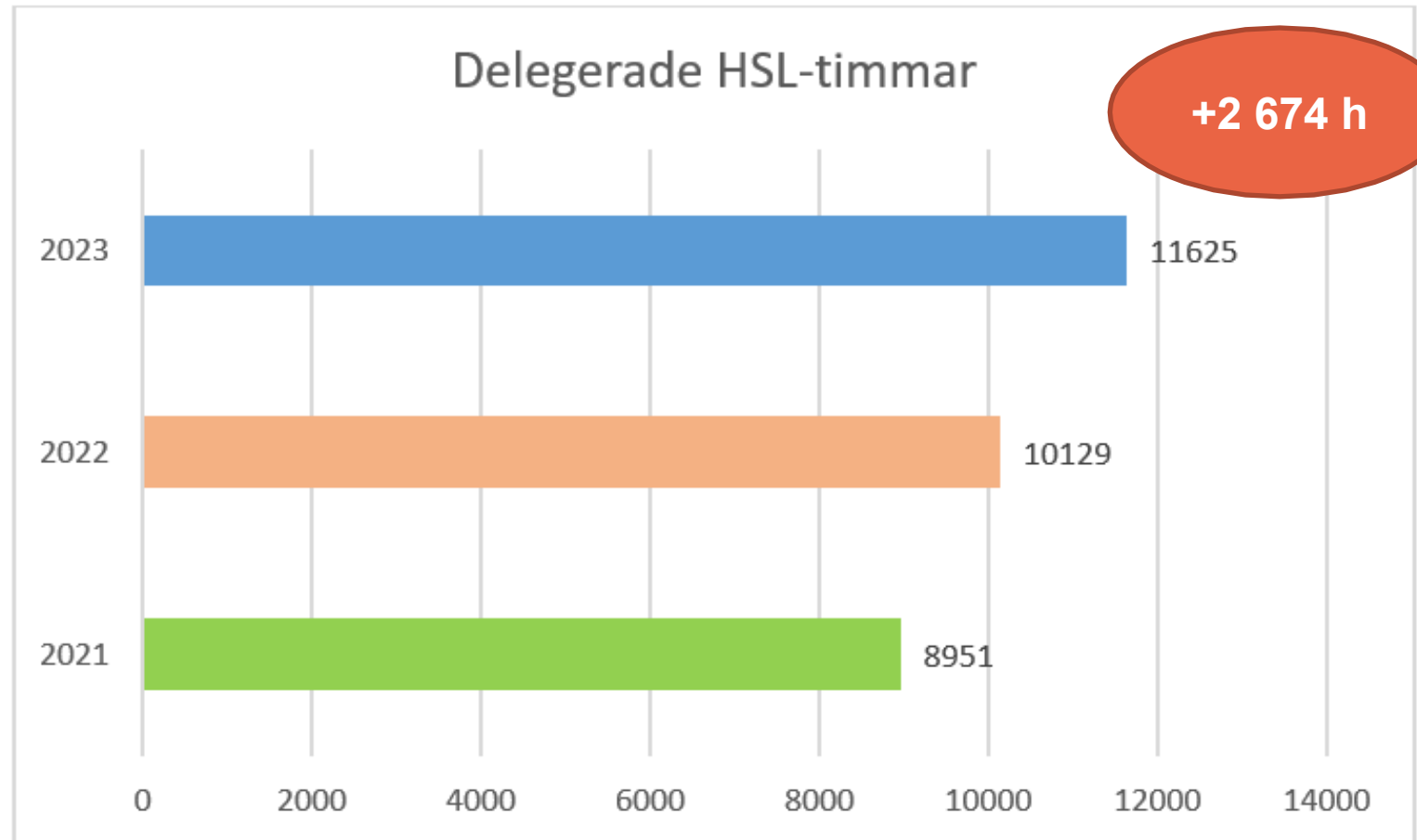
# Planering inför 2025

## Utökat uppdrag

Under de senaste 10 åren har insatserna blivit mer specialiserade

2 500 fler besök av sjuksköterskorna under samma period

Hemsjukvårdspatienter har ökat med 26 % på tre år



# Planering inför 2025

1,4 dagar  
(2,6 dagar)

20,6 %  
(28 %)

## Omställning till nära vård

- Det pågår en stor omställning av hälso- och sjukvården mot en mer nära vård för patienten. Vården och omsorgen som ges av primärvård, specialistvård och kommunal vård och ska av individen och de närstående, upplevas som sömlös. Målet med denna Blekingemodell är: *”Trygg och må bra hemma”*.



# Planering inför 2025

## Kompetensförsörjning

- Kompetensförsörjning är en prioriterad fråga. Inom vård- och omsorgsförvaltningen sker flera aktiviteter som syftar till att även framåt kunna rekrytera och behålla medarbetare. Förvaltningen kommer att vara aktiv i arbetet med den långsiktiga planeringen för att säkerställa personalförsörjning på både kort och lång sikt.
- För att bättre möta de utmaningar som äldreomsorgen står inför behöver förvaltningen utvecklas genom att tillvarata potentialen i att använda tekniska lösningar så som välfärdsteknik och utrustning för digitala arbetssätt.
- Det beräknas att bli cirka 67 pensionsavgångar inom de närmaste fem åren om pension tas vid 65 år. 418 medarbetare är tillsvidareanställda idag.

# Planering inför 2025

## Heltidsresan

- SKR och Kommunal har satt som mål att senast 31 december 2024 ska heltid vara norm och en sammanhållen arbetstid utan delade turer bör gälla (HÖK 16, med förlängningar).
- Pilotprojektet "Heltid som norm med förnuft" pågår. Utvärdering kommer att göras i maj.

### Heltidsresan

När välfärden går från deltid till heltid, ett utvecklingsprojekt som drivs av Kommunal och SKR.

**Kommunal.**



Sveriges  
Kommuner  
och Regioner

# Planering inför 2025

## Varför heltid?

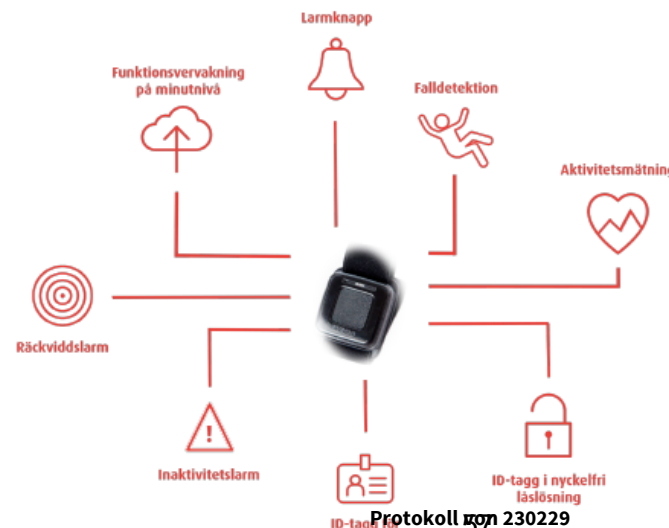




# Planering inför 2025

## Digital välfärdsteknik

- Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning.
- Arbeta inom vård och omsorg innebär alltid mänskliga möten och så kommer det även fortsättningsvis att vara, men med ny teknik finns förutsättningarna att kvalitativa möten förbättras.
- Att använda välfärdsteknik kan leda både till förbättringar för brukare och till mer effektiva arbetssätt för personal. Samtidigt behövs kunskap både hos personal och hos brukare för att använda den nya tekniken.



# Planering inför 2025

## Framtida investeringar

- Ett långsiktigt planeringsarbete behöver göras när det gäller lokaler för att möta framtidens behov. För tillfället är antal särskilda boendeplatser i fas men med ökningen av framtida brukare kan nya boendeplatser behövas. Det kommer också behövas nya grupplokaler om fler personalgrupper behövs.
- Investeringsmedel för digital välfärdsteknik kommer att behövas.

# Planering inför 2025

## Effektiviseringsförutsättningar

- Vård- och omsorgsförvaltningen behöver hitta nya arbetssätt för att kunna effektivisera genom till exempel digitala lösningar.
- För att vara effektiva behöver rätt medarbetare arbeta med rätt saker och därför behöver en översyn göras för att se om nya tjänster kan tas fram som till exempel servicetjänster.
- För att kunna göra effektivare scheman skulle det behövas större boendeenheter på särskilda boenden.

# Planering inför 2025

## Bemanningsekonomi

- Total budget var cirka 306 mkr 2023 varav personalkostnader var 234 mkr. Andel personalkostnader för 2023 var 76,6%.
- Eftersom detta arbete är mycket viktigt har det under hösten 2023 genomförts en bemanningsekonomiutbildning.
- Detta arbete ska alltid vara aktuellt och ska utgå från att lagar och avtal följs och används på ett effektivt sätt.
- Det är viktigt att skapa en hållbar arbetsmiljö och vara en attraktiv arbetsgivare och driva verksamheterna utifrån tilldelad ram.
- Till sist så är det viktigaste att medborgarna är nöjda med arbetet som utförs.

# Planering inför 2025

## Ny socialtjänstlag

- Regeringen har meddelat att en ny socialtjänstlag kan införas sommaren 2025.
- En översyn av nuvarande socialtjänstlagen är genomförd och de föreslagna förändringarna innebär bland annat ett tydligare fokus på förebyggande arbete.
- Det finns krav på att verksamheten bedrivs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Begreppet skälig levnadsnivå föreslås ändras till skäliga levnadsvillkor.
- Dessutom föreslås socialnämnder få befogenhet att besluta om att en eller flera insatser ska kunna ges utan en individuell behovsprövning, utan med så kallad förenklad behovsbedömning.
- Under 2024 ska en ny socialtjänstlag presenteras och arbetet påbörjas för omställningen till en långsiktigt hållbar, mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst.
- Att ställa om arbetssätt beräknas ta många år och kommer att kräva ett långsiktigt arbete.
- Nämndens verksamheter ska finnas till för de med störst behov och samtidigt driva ett mer omfattande långsiktigt och förbyggande arbete med tidiga insatser. Detta beräknas vara mer resurskrävande än dagens uppdrag enligt SKR.

**Vad kommer detta att innebära för socialtjänsten i Sölvesborgs kommun?**

# Planering inför 2025

## Analys och slutsatser

- Det naturliga åldrandet går inte att undvika, men det går att främja och bevara hälsan långt upp i åldrarna genom att stärka det friska och skjuta upp funktionsnedsättningar som sjukdomar och skador kan orsaka.
- Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för äldre, även de i höga åldrar, ger positiva effekter på hälsa och välbefinnande. Den fysiska miljön, bostäder, vård- och serviceinrättningar och kultur- och fritidsanläggningar behöver göras tillgängligt för alla medborgare i Sölvesborgs kommun, oavsett ålder. Om den äldre befolkningen mår bättre kan omsorgsinträdet förhoppningsvis senareläggas.

# Planering inför 2025

## Analys och slutsatser fortsättning

- Ofrivillig ensamhet finns i alla grupper, både hos unga och äldre. Att motverka ensamhet och social isolering är en viktig folkhälsofråga. En ny socialtjänstlag som bland annat tydliggör att socialtjänsten ska arbeta förebyggande beräknas kunna stärka kommunernas förutsättningar att agera proaktivt och främja äldres hälsa.
- Den demografiska utvecklingen visar tydligt att volymerna kommer att öka samtidigt som det kommer att vara färre som är arbetsföra. Nya arbetssätt behöver därför arbetas fram. Budgeten kommer att behöva att anpassas efter förvaltningens ökade volymer.



# Frågor?

Sök  
sommarjobb  
inom

- äldreomsorg
- funktionsstöd
- socialpsykiatri



Gör som jag  
- skapa livskvalitet  
för andra i sommar!



Sölvesborgs  
kommun







Vård- och omsorgsnämnden

VON § 13 Dnr 2023/115

## Patientsäkerhetsberättelse 2023

### BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

### Ärendet i korthet

Joakim Vobern, MAS, redovisar patientsäkerhetsberättelse 2023.

### Bakgrund

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur:

1. Ansvar enligt 3 kap. 9 § patientsäkerhetslagen har varit fördelat.
2. Patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats.
3. Samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.
4. Risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap.
5. Rapporter enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen har hanterats.
6. Inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 a § och enligt 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats. (HSLF-FS 2018:10).

Av patientsäkerhetsberättelsen ska det vidare framgå hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att:

1. Det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar.
2. Informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

### Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelse 2023, Joakim Vobern, MAS, 2024-02-06

Presentation, Joakim Vobern, MAS, 2024-02-29 (med länk till film på sista sidan)

Exp.

Arbete- och välfärdsnämnden

# Patientsäkerhetsberättelse för Sölvesborgs kommun År 2023



Datum: 2024-02-06

Ansvarig för innehållet: Joakim Vobern, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer: 2023/115



## 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.



Figur 1:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

## Innehåll

Sammanfattning .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	10
Informationssäkerhet .....	13
En god säkerhetskultur .....	13
Adekvat kunskap och kompetens .....	14
Patienten som medskapare .....	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	20
Utredning av händelser – vårdskador/Lex Maria .....	20
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	21
Säker vård här och nu .....	23
Riskhantering .....	24
Stärka analys, lärande och utveckling .....	25
Avvikelse .....	25
Klagomål och synpunkter .....	26
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	27
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	29

## Sammanfattning

Under år 2023 har den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för i samma tecken som för 2022 ökat i betydelse och omfattning. Större möjligheter att bedriva allt mer avancerad vård i hemmet, kortare vårdtider på sjukhus (mycket relaterat till vårdplatsbrist med av regionen utlysta stabslägen) med snabbare utskrivning, omställningen till det nationella konceptet "Nära vård" och en ökande demografisk andel äldre och kroniskt sjuka i befolkningen förändrar behoven i den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. Denna verklighet är högt prioriterad för kommunens hälso- och sjukvård att adaptera till och tillsammans arbetar vi på olika fronter för att på bästa sätt möta denna realitet vilket jag återkommer till.

Efter att riksdagen i enlighet med Folkhälsomyndighetens hemställan till regeringen den 3 februari 2022 förordade att covid-19 inte längre skulle klassas som allmänfarlig- och samhällsfarlig sjukdom beslutade regeringen i enlighet med hemställan ovan nämnda. Efter detta beslut så har just denna smitta fortsatt utmana verksamheterna i perioder och belastat personal med bland annat vaccinationsinsatser.

Läkarsamverkan har varit ett fokusområde då det uppvisat brister. Att läkaren utför sitt medicinska ansvar är en förutsättning för att kommunen ska kunna erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Under året som gått har vårdcentralen Markgatan haft lyckosamma rekryteringar och valt att dra ner på samarbetet med regionens läkarbil för att med egna läkare stötta upp kommunen, detta har hittills resulterat en högre tillgänglighet både för akuta insatser och planerade insatser så som ronder för särskilda boenden och personer med hemsjukvård. Hälsovalet Blekinge har fått in underlag via enkät som vi kommer analysera så snart vi har fått tillbaka underlaget.

Ett stort fokusområde i kommunen under både 2022 och 2023 har varit att öka kvalitén i hur vi kommunicerar, när vi ska kommunicera och vad vi ska kommunicera. Utbildning för samtlig personal slutfördes våren 2023. Utrustning för att kunna mäta vitala parametrar har införskaffats och fördelats ut till verksamheterna. Utbildningen som bedrevs fram till våren 2023 koncentrerades till strukturerad kommunikation tillsammans med information om vitala parametrar för att kunna göra säkrare bedömningar och om nödvändigt rätt prioriteringar. Detta sätt att arbeta ser vi som basen i steget mot Nära Vård.

Som ett led i konceptet Nära vård och en påbyggnad till strukturerad kommunikation inklusive vitalparametrar gjordes en satsning på instrument för patientnära analyser. Det innebar att förvaltningen införskaffade mätinstrument för större möjlighet att diagnosticera våra patienter vid framförallt misstanke om infektion. Ett bredare underlag ger förutsättningar för sjuksköterskor och läkare att sätta in rätt åtgärder, undvika sjukhusbesök, minska antibiotikaanvändning såväl som sätta in antibiotika tidigare för att undvika att patienterna blir så dåliga att de kräver sjukhusvård. Utvärdering har visat på större resurseffektivitet och mindre miljöpåverkan då våra sjuksköterskor behövt använda bilar i mindre utsträckning. Kommunen har därmed bidragit med ett mindre klimatavtryck, mindre antibiotikaanvändning som bidrar till minskad resistensutveckling för multiresistenta bakterier, mindre clostridium och då sammantaget mindre lidande för den enskilde. Kommunen har också med hjälp av detta bidragit till färre ambulanstransporter vilket i sin tur ökat tillgängligheten på ambulanser vid akuta situationer för våra invånare i kommunen.

Under 2023 och in på 2024 har vi tillsammans arbetat vidare med att införa möjligheten till säkra digitala videosamtal. Med hjälp av ansökta och beviljade statsbidrag kan vi nu glatt konstatera att införandet finansierats och påbörjats med planen att ha breddinfört under våren 2024. Att bedöma en patient utan att se patienten innebär utmaningar och risker. Tillgängligheten till sjuksköterskor och läkare framförallt jourtid gör att vi behöver prioritera våra insatser. Den lösning vi valt är integrerad till vårt nya journalsystem och loggas kopplat till patient och inblandade i samtalet, möjlighet till att ta bilder som

lagras direkt i journalsystemet finns också. Verktöget möjliggör stora förbättringar både för bedömningar på avstånd och resurseffektivitet för arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och läkare. Fantasin sätter gränsen.

HSL personal (Arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor) bytte under våren 2023 till nytt journalsystem vilket varit en betydande kvalitetsförbättring. Avvikelsesystemet blev nu det sista som lämnat gamla journalsystemet och implementerats med nya journalsystemet.

Vi kommer främst ägna år 2024 till att arbeta fram arbetsätt till våra nya verktyg i form av digitala samtal och analysverktyg för att sedan blicka mot nästa steg även om vi nu börjar skönja gränsen i vad vi kan göra i omställningen mot nära vård relaterat till de resurser vi i nuläget förfogar över.

Kommande verksamhetsår är likväl riktigt spännande med förhoppningen om ännu mer tid för preventivt arbete, egenkontroller och utveckling.

## Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Här beskrivs mål och strategier, organisation och samverkan för att stärka patientsäkerheten och förebygga vårdskador.

### Engagerad ledning och tydlig styrning

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







### Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Här beskrivs övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Vård- och omsorgsnämndens övergripande mål är att kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård. Under 2023 har 2023:s nämndmål monitorerats och i dessa mål har vårdgivarens hälso- och sjukvårds-ansvar tydliggjorts. Varje mål har en eller flera indikatorer kopplade till sig vilka är mätbara och godkänd måluppfyllelse finns angivet. Korrigering av indikatorer för 2023 har skett till 2024.

Indikator	Beskrivning	Mål
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%) ● > 80 % måluppfyllnad	Minst 80 % av personer i särskilt boende med risk ska ha minst en utförd åtgärd mot riskområdet. Mätmetod: kvalitetsregistret Senior alert	84 % (75 %) 
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer med hemsjukvård, andel (%) ● > 50 % måluppfyllnad	Minst 50 % av personer med hemsjukvård med risk ska ha minst en utförd åtgärd mot riskområdet. Mätmetod: kvalitetsregistret Senior alert	0 % (100 %) 

Nattfastemätningar i särskilt boende. ● < 11 timmar (medelvärde)	Antalet timmar som en person fastar under natten ska inte överstiga 11 h. Mätmetod: Manuell mätning kvartalsvis.	11,14h (11,46h) 
Följsamhet till basal hygienrutin och klädregler. ● 90 % av alla åtta steg	Personalens följsamhet ska vara minst 90 %. Mätmetod: PPM-mätning halvårsvis.	54 %, (59 %) 
Läkemedelsgenomgångar på patienter där kommunen har ett övertaget läkemedelsansvar. ● 100 % måluppfyllnad	Alla personer (100 %) i särskilt boende eller med hemsjukvård ska ha minst en läkemedelsgenomgång per år. Mätmetod: Manuell mätning.	80 % <sup>1</sup> (47%) 
Palliativ vård: Erbjudande om efterlevnadssamtal. ● 100 % måluppfyllnad	Alla anhöriga (100 %) ska i anslutning till dödsfall erbjudas efterlevnadssamtal. Mätmetod: Svenska palliativregistret	77 % (74 %) 

1 Siffran anger de som fått läkemedelsgenomgång men visar inte andelen som avböjt eller den andel som initierats men ej utförts av ansvarig läkare. Indikatorn kommer omformuleras eller försvinna vid nästa tillfälle.

## Organisation och ansvar

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

Här följer en kort beskrivning av roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. I tillägg presenteras även stödfunktioner.

## Vård- och Omsorgsnämnd

Vård- och Omsorgsnämnden ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av hälso- och sjukvård (HSL) samt för att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Detta innebär till exempel att Vård- och Omsorgsnämnden ska:

- Fastställa mätbara mål för kvalitetsarbetet inom HSL.
- Se till att verksamheten ges resurser så att förutsättning finns för måluppfyllelse i alla de mål som finns för verksamheten.
- Utse verksamhetschef för HSL och fastställa deras skyldigheter och befogenheter samt säkerställa samverkansformer mellan medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering och verksamhetschef för HSL.

## Förvaltningschef

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar för att planera, leda, samordna och utveckla verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

## Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) utses av Vård- och Omsorgsnämnden. Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses vilket innebär att Verksamhetschef har ett övergripande ansvar över:



- Lokaler, teknik, personal samt verksamheten inom hälso- och sjukvården.
- Att operativa mätbara verksamhetsmål formuleras samt att målen uppnås.
- Att verkställa patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning.
- Att utfallet av mätningar analyseras, medarbetarna delges resultatet samt åtgärder initieras.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

*Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 § första stycket*

Legitimerad specialistsjuksköterska som ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienten får den vård och behandling som en läkare förordnar om.
- Journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen, PDL (2008:355).
- Beslut om att delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser är förenliga med säkerhet för patienten.
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten.
- Rutiner, riktlinjer och processer är kända och implementerade till verksamheternas enhetschefer.
- Utredda och anmäla allvarlig skada eller risk för allvarlig skada enligt Lex Maria.
- Ansvara att ta fram rutiner för rapporteringsskyldigheten.

### Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR

*Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 § första stycket*

Legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast eller legitimerad arbetsterapeut som ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas inom verksamheten.
- Upprätta och uppdatera rutiner samt processer utifrån gällande lagstiftning.
- Det finns behövliga direktiv och instruktioner för rehabiliteringsverksamheten.
- Rutiner, riktlinjer och processer är kända och implementerade till verksamheternas enhetschefer.
- Journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen.
- Att det finns rutiner kring medicintekniska hjälpmedel som följer de krav som lagstiftning, avtal och regler ställer
- Att hjälpmedel är patientsäkra, ändamålsenliga, håller god kvalitet och hygiensäker standard.
- Utredda och bedöma avvikelser gällande hjälpmedel.

## Enhetschefer för legitimerad personal

- Ansvarar för att personalen får adekvat vidareutbildning för att möta kommande vårdbehov och krav.
- Ansvarar för att MAS och MAR:s riktlinjer är kända och följs av legitimerad personal.
- Analyserar och vidtar åtgärder vid avvikelser som berör hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Samverkar med interna och externa aktörer för att tillgodose att patienternas vård ges på rätt vårdnivå.
- Ansvarar för att egenkontroller utförs enligt verksamhetens rutiner och riktlinjer.
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten.

## Hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad personal är skyldig att bidra till en hög patientsäkerhet och att systematiskt utveckla verksamheten:

- Arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Ge en sakkunnig och omsorgsfull vård
- Enbart delegera när det är i enlighet med god och säker vård
- Bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, bland annat genom att rapportera vårdskador och risker för vårdskador till vårdgivaren
- Även omsorgspersonal räknas som hälso- och sjukvårdspersonal då de biträder en legitimerad yrkesutövare t.ex. med en delegerad arbetsuppgift och är då enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och har även rapporteringsskyldighet.

## Läkare

*Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80), 12 kap. 3 §*

Patienter ska erbjudas en god och säker vård av hög kvalitet (HSL 2017:30). För att förvaltningen ska kunna leva upp till detta är det en förutsättning att läkaren utför sitt medicinska ansvar enligt avtal:

Sölvesborgs vårdcentral och Valjevårdens vårdcentral ansvarar för läkarkompetensen i Sölvesborgs kommun. Sölvesborgs vårdcentral har i sin tur en överenskommelse med regionens läkarbil för vissa av deras ansvarsområden men har alltid huvudansvaret. Regionens läkare har inget ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården.

## Enhetschef särskilt boende, hemtjänst och funktionshindersomsorgen

- Ansvarar för att rutiner och riktlinjer är kända på enheterna.
- Ansvarar för att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.
- Ansvarar för att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen.
- Ansvarar för att egenkontroller utförs enligt verksamhetens rutiner och riktlinjer.
- Ansvarar för att basala hygienrutinen är väl förankrad och följs av personalen.

- Ansvarar för att nyanställd personal innehar basal kompetens som undersköterska (gäller SäBo och hemtjänst).
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten. Här ingår fastställda utbildningar som är återkommande.

## Stödfunktioner

- Smittskydd, Region Blekinge. Genom kontinuerlig samverkan, utarbetande av länsövergripande riktlinjer och rutiner, smittspårning och övervakning av epidemier.
- Vårdhygien, Region Blekinge, genom hygienronder, rådgivning i vårdhygieniska frågor samt undervisningsmaterial.
- Patientnämnden, Region Blekinge, genom att i samråd med Omsorgsförvaltningen hjälpa patienter och anhöriga om de upplever problem med den vård och omsorg de mottagit. Upplevelserna återförs till vården och är en del av vårt systematiska kvalitetsarbete kring patientsäkerhet och god och säker vård.
- IT-samordnare, för att verksamheten ska kunna använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter och skapa patientsäker dokumentation och informationshantering.
- Kris- och beredskapssamordnare genom krissamverkan i samband med pandemin.
- Kommunikation: genom att med kommunikationsinsatser och rådgivning tydliggöra budskap från rutiner och riktlinjer och underlätta för patienter, medarbetare och anhöriga att ta till sig informationen.
- Folktandvården, genom utförande av tandvård samt tillsyn och utbildning gällande munhälsa och munvård.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Följande grupper och funktioner samverkar för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.

### Patientsäkerhetsgrupp

Verksamhetschef för HSL, SäBo, Htj, LSS, MAS, MAR, kvalitetsutvecklare SoL och LSS sammankallas av MAS. Syftet är att övergripande redovisa resultat, besluta om fokusområden utifrån identifierade förbättringsområden och samverka i stort med ett tydligt lärande över områdena. Frekvens: Var 4e vecka.

### AT/FT dialogmöten

Kommunens arbetsterapeuter och fysioterapeuter har professionsvisa dialogmöten med Blekingesjukhuset där även MAR och berörda chefer deltar. Syftet är att förbättra samverkan och därmed bidra till säkra utskrivningar. (Frekvens 2 ggr/år för resp profession)

### IT samordningsgrupp

IT-strateg Vård- och omsorgsförvaltning, IT- strateg för Arbete- och välfärdsförvaltningen träffas tillsammans med MAS. Syftet är att identifiera risker såväl som utveckla verksamheten utifrån IT-stöd till verksamheten. Frekvens: Var 6e vecka.

## HSL ledningsgrupp

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Enhetschefer för legitimerad personal samt MAS ingår i ledningsgrupp för hälso- och sjukvård. Ledningsgruppen planerar och utvecklar hälso- och sjukvården och arbetar för en ökad patientsäkerhet inom ramen för vårdgivarens ansvar. Frekvens: Varje vecka.

## Medicinskt ansvariga i Blekinge

Länsövergripande kontinuerlig samverkan med medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering med fysiska möten varje månad. Syftet är att planera, utveckla och systematisera det länsövergripande patientsäkerhetsarbetet. Frekvens: En heldag varje månad.

## Smittskydd

Länsövergripande samverkan relaterad till årstid och smittor med smittskyddsläkare, chefsläkare över länets vårdcentraler, samordnare för Regionens läkarbil samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Blekinge. Syftet är att öka patientsäkerheten under perioder med högre förekomst av smitta i samhället. Frekvens: Varierar med hänsyn till läge.

## Vårdcentralerna

Vårdcentralerna och kommunens HSL-ledning samverkar kring läkarinsatserna som vårdcentralerna ansvarar för. Arbetet styrs av ett övergripande ramavtal och berörda verksamheter har ansvar att samverka och följa ingångna avtal för att patientsäkra vården. Frekvens: Fyra gånger/år.

## Timansstenar

I vardag delas nya rutiner kontinuerligt med Timansstenar (som själva väljer om eller hur de använder dessa), samverkan sker avseende punktprevalensmätningar. Samverkan sker då behov uppstår, oftast kopplat till oönskade händelser som hanteras i avvikelssystem. MAS har även en kontinuerlig dialog med verksamhetens MAS. Frekvens: Fyra gånger/år.

## Läkemedelskommittén

Läkemedelskommittén är ett rådgivande organ vars uppdrag är att verka för säker samt vetenskapligt belagd och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning i Blekinge. Läkemedelskommittén ger obunden läkemedelsinformation, utbildning till vårdpersonal samt skapar rutiner för hur läkemedelsgenomgångar ska gå till. Frekvens: Två gånger per år.

## Uppsökande tandvård

Målgruppen som har stort och långvarigt behov av sjukvård och omsorg har rätt att bli erbjuden uppsökande tandvård, munhälsobedömning, som utförs av Folktandvården. MAS för en regelbunden dialog med regionens tandhygienister för att säkerställa god kvalitet i munhälsa. Munhälsa är ett område vi behöver förbättra och vi ser vinst i att utveckla samarbetet med folktandvården ytterligare.

## Lagen om samverkan (LOS)

En överenskommelse som reglerar utskrivning från slutenvård mellan Region Blekinge och kommunerna i länet. Överenskommelsen bygger på lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612) som syftar till att fastställa ansvarsfördelning vid utskrivning från slutenvård till öppenvård och kommunal vård- och omsorg.

Sölvesborg har ett tvärprofessionellt och mycket väl fungerande hemgångsteam bestående av biståndshandläggare, sjuksköterska och arbetsterapeut som arbetar lokalt och i samverkan med öppenvården. Blekinge har en länsgemensam rutin för att trygga informationshantering och ett gemensamt elektroniskt vårdplaneringssystem, Prator. Idag fungerar följsamheten till Prator-rutinen bristfälligt vilket inverkar negativt på patientsäkerheten och kvalitet i vårdövergångar. Arbetet med att belysa problemen fortgår kontinuerligt i dialog med regionen. Sölvesborg har mycket tillfredsställande siffror som anger att Sölvesborg tar hem sina patienter inom ramen för LOS med god marginal.

## Samordnad individuell plan, SIP

Samordnad individuell plan sker tillsammans med patient om insatser från Regionen och Sölvesborgs kommun behöver samordnas för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, säkerställa en hållbar och trygg hemgång, eller att den enskilde önskar en samordning av sina insatser. SIP ger den enskilde ett ökat inflytande och blir därmed mer delaktig i sina vård- och omsorgsinsatser. SIP utförs oftast före hemgång (men kan i sällsynta fall utföras efter hemgång) från sjukhus och oftast då patienten är okänd för kommunen sedan tidigare eller vårdbehovet ändrats markant.

## Beslutsstöd VISAM

Ett verktyg för sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården som ska användas vid försämring av patientens status och vid behov av ställningstagande till rätt vårdnivå.

I stöd av VISAM förebyggs även återinläggningar och informationsöverföring mellan berörda vårdgivare i samband med byte av vårdansvaret.

## Nationell patientöversikt, NPÖ

Ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring som ökar patientsäkerheten genom att behörig vårdpersonal kan ta del av information som finns i patientens journal hos andra vårdgivare i Sverige oavsett journalsystem.

## Ledningssamverkan vård- och omsorg, LSVO

LSVO:s strategiska ledningsgrupp samt fyra operativa verksamhetsgrupper, äldre/somatik, IFO/psykisk hälsa/funktionshinder, FoU samt E-hälsa samverkar länsövergripande i syfte att tillförsäkra Blekinges invånare en god hälsa. MAR och verksamhetschef deltar i samverkansgrupp att åldras. Frekvens 11 ggr/år.

## Nationell kunskapsstyrning i nationella programområden (NPO)

I arbetet med att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för ett antal sjukdomsområden finns kommunerna med som representant. Vårdförloppen syftar till att skapa en jämlik vård med hög kvalitet i hela landet och är en samverkan mellan region och kommuner. Det finns 26 nationella programområden (NPO) som leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. Åtta nationella samverkansgrupper (NSG) leder och samordnar regionernas nationellt gemensamma arbete inom flera

olika områden. Kommunen deltar i Regional arbetsgrupp och genom lokala arbetsgrupper i processen att skapa en jämlik vård med hög kvalitet.

### Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Nedan följer en kort redogörelse över åtgärder som vidtagits för att förbättra informationssäkerheten.

#### Journalgranskning

Journalgranskningar har genomförts av MAR (Medicinskt ansvarig Rehab) tillsammans med EC Rehab. Granskning av arbetsterapeuters och fysioterapeuters dokumentation i verksamhetssystemet LifeCare visar på ett tillfredsställande resultat. Identifierade förbättringsområden är dokumentation av mål, patientens delaktighet i sin vård samt dokumentation av genomförda uppföljningar. Journalgranskning av sjuksköterskors dokumentation har genomförts av EC HSL i journalsystem LifeCare. Granskning visar överlag tillfredsställande dokumentation. Förbättringsområde har detekterats kopplat till punkten kommunikation och avser dokumentation av personens kommunikativa förmåga. Planerade åtgärder är tydligt dokumenterade men brister aningen i beskrivningen när och hur uppföljning av den planerade åtgärden ska göras. Bristerna följs upp i samband med arbetsplatsträff och förnyad granskning av journaler med samma utgångsfrågor utförs kontinuerligt.

Vårdgivaren använder sig av säker e-posthantering (krypterade mail) när kommunikation som är av känslig karaktär behöver ske, både internt och externt.

#### Loggkontroll

Loggkontroll är anbefallt av lag och ny rutin har i samråd med IT-samordnare tagits fram med tydliga handlingsplaner vid misstänkta överträdelser. Syftet med loggkontrollerna är att regelbundet undersöka om inloggade personer är behöriga till ärendet. Personalen informeras vid anställning om att loggkontroller görs regelbundet i våra system.

#### SITHS

Elektronisk identifiering för säker identifiering av personer och system inom region, kommun, privata vårdgivare och statliga myndigheter har byggts ut ytterligare inom verksamheten och numer är biståndshandläggarna utrustade med SITHS-kort.

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Vi kommunicerar tydligt i samband med arbetsplatsträffar och möten mellan sjuksköterskor och MAS vikten av att skriva avvikelser, lära av varandra och ha högt i tak utan prestige. Patientsäkerhetsgrupp på strategisk nivå har bildats för att styra insatser strukturerat. Möten med verksamheternas enhetschefer sker med frekvensen var 4:e vecka, här tas händelser upp som vi kan lära av och på förhand utvalda rutiner belyses. Övergripande syfte är att vara nära verksamheterna för att identifiera förbättringsområden. Avstämning av personalens övergripande förmåga diskuteras i ledningsgrupp och åtgärder görs för att balansera tyngden så att risken för misstag minimeras, arbetsmiljön är en av delarna i denna process. Samtliga rutiner runt avvikelser har



reviderats. Nya rutiner har skapats som reglerar förfarandet vid allvarliga händelser. Rutin för utredning och händelseanalys har tagits fram. Rutin vid Lex Maria med tydlig processtyrning har framarbetats. Processteam bildas kontinuerligt med tvärprofessionell profil utifrån identifierade behov av revidering eller tillförande av nya rutiner. Medarbetarenkät och riskanalys genomförs årligen angående psykosocial arbetsmiljö, utvärderas och åtgärder planeras vid behov.

## 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.



I spåren av pandemin har en tidigare aktiv arbetsgrupp för kompetensförsörjning försvunnit och behovet att ta fram en ny arbetsgrupp för att se hur vi kan arbeta med detta strategiskt, taktiskt och i samverkan med övriga kommuner i länet samt regionen har lyfts upp, arbetet är påbörjat via LSVO (Lednings samverkan vård- och omsorg) men ej avslutat. Åtgärder för att säkerställa en grundläggande basal kompetens för omvårdnadspersonalen inom strukturerad kommunikation och insamlande av vitala parametrar (blodtryck, puls, syresättning, medvetandenivå, temperatur) har under 2022-2023 slutförts. Kontinuerlig scanning av verksamheten sker med syfte att detektera förbättringsområden, avvikelser analyseras för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete. En grundidé är att verksamheten autonomt hittar och nyttjar befintlig kompetens. Bemanning och schemaläggning innebär en ökande utmaning då försörjningen av legitimerad personal såväl som undersköterskor blir allt svårare. Ett aktivt arbete med bemanningen görs utifrån riskbedömningar för att överbygga risker och strävan är att erfaren personal finns på varje arbetspass. Stöd med verktyg som möjligheten till säkra videosamtal har införts för att effektivisera de resurser vi har. Prioriteringar har tvingats göras i perioder kopplat till sjukfrånvaro. Verksamheten ser ett behov av förstärkning framförallt jourtid för sjuksköterskor vilket innebär att vi inom kort fått möjligheten att utöka med en sjuksköterska kvällstid. Verksamheten ser också ett behov av kvalitetsutvecklare med adekvat utbildning och bakgrund för att systematiskt arbeta med kompetensförsörjning och bedriva kvalitetsarbete i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. På sikt ser jag som medicinskt ansvarig en patientsäkerhetsrisk i avsaknad av ovan nämnda funktioner. Fler tjänster krävs för att möta behovet av stöd till egen och övrig verksamhet i förvaltningen.

Nedan följer exempel på behov av extra kompetensutveckling och försörjning relaterad till omställningen mot Nära vård samt utvecklandet av resurser/ medicintekniskt stöd runt sjuksköterskorna som möjliggjort att mer avancerad hälso- och sjukvård i kommunen varit genomförbar utifrån läkaransvaret:

- Initiering av avancerad medicinsk plan (AMP)
- Geriatriska riskbedömningar
- Intravenös antibiotika
- Införskaffande av laboratorieteknisk utrustning och utbildning runt densamma.
- Införande av digitala samtal (videosamtal)

## Patienten som medskapare

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 ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En delaktig patient bidrar till säker vård. Ambitionen är att vården utformas och genomförs så långt som möjligt i samråd med patienten:

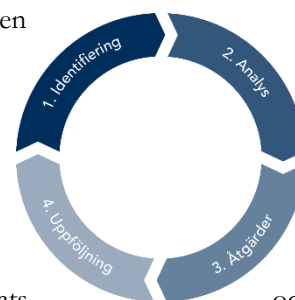
- Varje patient har en patientansvarig sjuksköterska i syfte att skapa en högre kontinuitet och tillgänglighet vilket är viktiga framgångsfaktorer för patientdelaktighet.
- Varje patient får individuellt anpassad information då kunskap och insikt är en förutsättning för att vara delaktig i sin vård, val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.
- Varje patient är en del av det tvärprofessionella vårdteamet och teamet är inte komplett utan patientens perspektiv. Varje medarbetare i verksamheten har ett ansvar för att involvera och lyssna på patienten.
- Varje patient har möjlighet att ha sin närstående involverad i sin vård och behandling. Det är i första hand patienten som avgör vem som räknas som närstående.
- Varje patient styr vilka yrkeskategorier och vilka vårdgivare som får ta del av vårdinformation genom att lämna samtycke till informationsöverföring. Samtycke lämnas även för Nationell Patientöversikt, NPÖ och kvalitetsregister.
- Varje patient med insatser både från kommun och region har rätt att initiera en samordnad individuell vårdplanering.
- Varje patient som inte är nöjd med sin vård och behandling kan lämna synpunkter och klagomål.
- Enkät för kundnöjdhet görs kontinuerligt.

Information om hur patienter och närstående upplever sin vård insamlas främst från klagomålshanteringen. I nuläget hanteras den manuellt vilket kan resultera i färre klagomål och knapphändig information för att bedriva ett aktivt utvecklingsarbete. Arbete pågår med att digitalisera klagomålshanteringen.

## Agera för säker vård

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen innefattar jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



## Kvalitetsområden

Här presenteras den egenkontrollplan med de kvalitetsområden som identifierats och som systematiskt ska kontrolleras i syfte att öka patientsäkerheten för den kommunala verksamheten.

### Egenkontrollplan

Kvalitetsområde	Målsättning	Uppfyllnad <sup>2</sup>
Senior alert: Patient ska riskbedömas för fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa i särskilt boende.	90 %	96,% (95%) <div style="width: 95%; background-color: green; height: 10px;"></div>
Senior alert: Åtgärdsplan <sup>3</sup> ska finnas hos patienter med identifierad risk (Säbo).	90 %	98% (87%) <div style="width: 87%; background-color: green; height: 10px;"></div>

<sup>2</sup> Siffra i parentes visar förra årets resultat.

<sup>3</sup> Andel/antal riskbedömningar med minst en planerad åtgärd per riskområde.



Senior alert: Utförda åtgärder <sup>4</sup> enligt åtgärdsplan (Säbo)	90 %	84% (75) 
Senior alert: Patient ska riskbedömas för fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa i hemsjukvården. <i>Missvisande då endast en registrering gjorts.</i>	90 %	100% (100%) 
Senior alert: Åtgärdsplan ska finnas för 90 % av patienterna med identifierad risk (hemsjukvård). <i>Missvisande då endast en registrering gjorts.</i>	90 %	100% (100%) 
Senior alert: Utförda åtgärder enligt åtgärdsplan (hemsjukvård) <i>Missvisande då endast en registrering gjorts.</i>	90 %	0% (100%) 
Målvärden Senior Alert		
Palliativregistret: Efterlevande-samtal	100 %	77% (74 %) 
Palliativregistret: Brytpunkts-samtal	98 %	91% (65 %) 
Palliativregistret: Opioider ordinerat vid smärtgenombrott	98 %	94% (95 %) 
Palliativregistret: Ängstdämpande ordinerat vid behov	98 %	94% (96 %) 
Palliativregistret: Smärtskattning sista levnadsveckan	100 %	62% (72 %) 
Palliativregistret: Munhälsobedömning sista levnadsveckan**	90 %	45% (57 %) 
Palliativregistret: Trycksårs förekomst bedömda vid ankomst	90 %	89 (85 %) 
Palliativregistret: Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %	91% (82 %) 
Målvärden: SoS nationella riktlinjer – målnivåer för indikatorer Artikelnummer 2017-10-22		
Läkemedelsgenomgångar SäBo enligt kriterier Blekingerutin *	100 %	80% (74 %) 
Läkemedelsgenomgångar Hemsjukvård enligt kriterier Blekingerutin *	100 %	80% (29 %) 
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) (Målvärde från SKR)	90 %	55 % (59 %) 
Nattfasta: Max antal timmar nattfasta (Socialstyrelsens rekommendation)	11 h	11,14 h (11,46) 

\* Anger de som fått läkemedelsgenomgång men visar inte andelen som avböjt eller den andel som initierats men ej utförts av ansvarig läkare. Indikatorn kommer plockas bort från 2024.

\*\* Siffran missvisar då flera steg i bedömningen upplevs olämpliga och palliativa registret godkänner endast fullt ut om samtliga steg i bedömningen utförts.

### Senior alert: Risk för fall, undernäring, trycksår och munhälsa

I det nationella kvalitetsregistret Senior alert riskbedöms alla äldre som möter vård och omsorg. Det är ett förebyggande verktyg som syftar till att minska vårdskador<sup>5</sup> och öka patientsäkerheten. Då en risk uppmärksammas sätts förebyggande åtgärder in och dessa ska utvärderas efter 6 månader.

Totalt har 128 (149) unika patienter riskbedömts och antalet registreringar uppgår till 259 (192):

<sup>4</sup> Andel/antal uppföljningar som gjorts inom 6 månader från åtgärdsplaneringen och som har minst en utförd åtgärd per riskområde med risk.

<sup>5</sup> Vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

- Risk för fall: Fall utgör en stor fara för att en person blir långvarigt försvagad eller skadad. Faktorer som ökar fallrisken är nedsatt balans och muskelstyrka, användning av vissa läkemedel, undernäring, demens och nedsatt kognition, nedsatt syn eller fel glasögon, tidigare fallhändelse och rädsla för att falla, dålig belysning samt hala eller ojämna golv.
- Risk för undernäring: Undernäring, definieras som en näringsrubbnig och kan leda till en försämrade kroppssammansättning, funktionsförmåga eller sjukdomsförlopp. Riskbedömningen görs utifrån tre bedömningspunkter; ofrivillig viktförlust, ätsvårigheter och undervikt.
- Risk för trycksår: Trycksår orsakar ett stort fysiskt, känslomässigt och socialt lidande. Trycksår räknas som en vårdskada om det kunnat förhindras.
- Risk för ohälsa i munnen: Munhälsan är central för välbefinnande, livskvalitet och hälsa. Sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa blir allt tydligare med stigande ålder. Muntorrhet och oförmågan att göra ordentligt rent i munnen är riskfaktorer. Munvård är en del i den dagliga omvårdnaden.

### Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Svenska HALT utför punktprevalensmätning (PPM) av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende. Målsättningen är att erbjuda ett nationellt enhetligt mätverktyg så att förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende kan inventeras som ett led i patientsäkerhetsarbetet. Mätningen görs en gång om året i kvalitetsregistret Senior alert. Sölvesborgs kommun har deltagit 2023.

Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen för Sölvesborgs kommun SäBo var 174st. Sammanfattningsvis är resultatet som riket i stort och preventivt arbete utvärderas kontinuerligt i form av kontroller följsamhet till basal hygien och kontroller handhavande i olika vårdmoment.

Bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (VRI) - fördelning per infektionstyp i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt



Figur 3: Stapeldiagram över andelen och typ av infektioner i jämförelse med övriga riket.

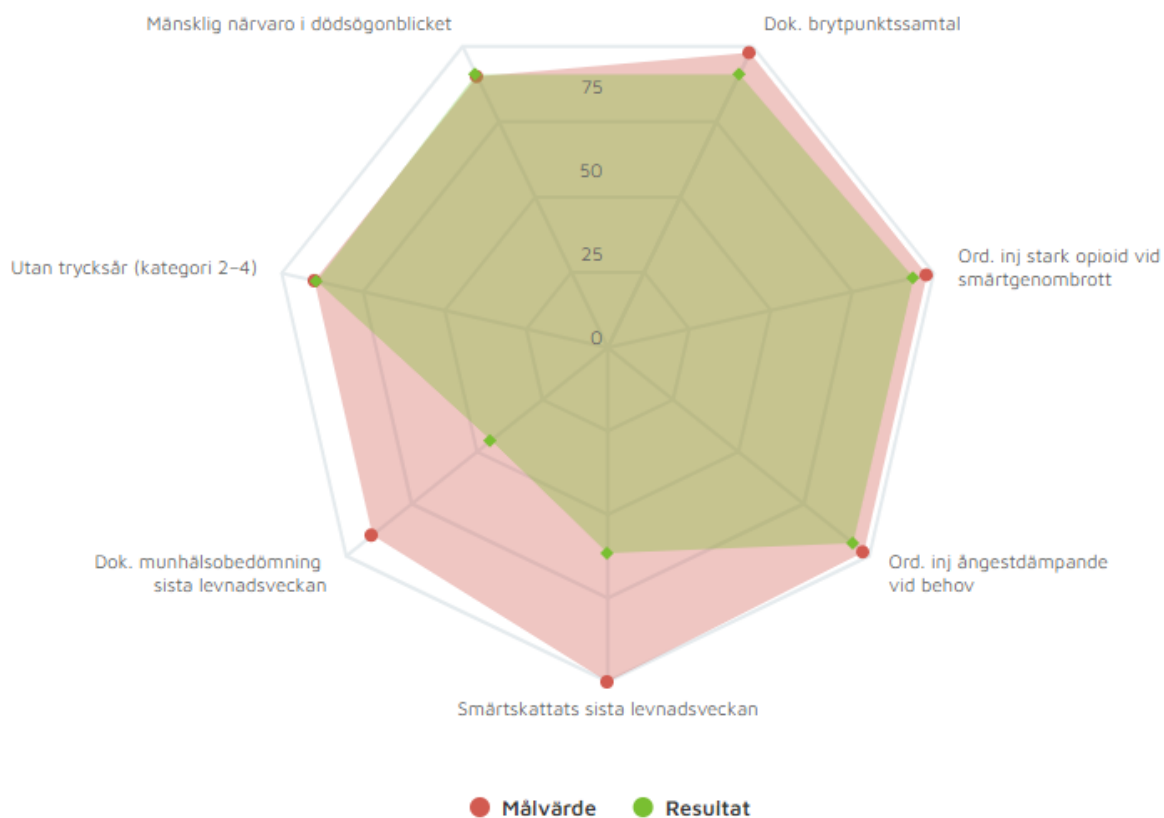
### Palliativ vård

Svenska palliativregistret mäter på patientnivå hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede. Denna information möjliggör ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos och typ av vårdenhet. Följande kvalitetsområden mäts:

- Efterlevandesamtal
- Brytpunktssamtal
- Opioider ordinerat vid smärtgenombrott
- Ångestdämpande ordinerat vid behov
- Smärtskattning sista levnadsveckan
- Munhälsobedömning sista levnadsveckan
- Trycksår
- Mänsklig närvaro i dödsögonblicket

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



Figur 4: Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer Palliativ vård. Det röda målvärdet är Socialstyrelsens mål för en god vård i livets slutskede. Det gröna fältet visar kommunens resultat.

Utvecklingsområden i Vård- och omsorgsförvaltningen är smärtskattning och munhälsobedömningar under patientens sista levnadsvecka samt dokumenterade brytpunktssamtal. Dessa kvarstår från 2022 då resultatet ännu bedöms ha förbättringspotential. Ny rutin med checklistor har tagits under 2022 fram där målet var förbättring för just dessa områden, det kvarstår förbättringspotential.

### Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom och uppnå ett likvärdigt omhändertagande av dessa patienter i hela landet.

BPSD drabbar någon gång ca 90 % av patienter med en demenssjukdom och kan bestå i t.ex. aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. Då symtomen minskar välbefinnandet är det viktigt att hitta sätt att förebygga, lindra och bemöta dessa på bästa sätt.

BPSD-utbildningar har återupptagits under året och fortgår kontinuerligt under 2024.

### **Läkemedelsgenomgångar**

Vårdcentralerna ansvarar för läkarinsatserna på särskilda boenden och för patienter i ordinärt boende med hemsjukvård. Kvalitetsindikatorn för en god läkarmedverkan är antalet läkemedelsgenomgångar som genomförts. Läkemedelsgenomgångarna har som syfte att kartlägga, ompröva och följa upp en patients samtliga läkemedel för att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. De syftar även till att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem (LRP). Under 2021 har stora brister setts i läkarsamverkan och åtgärder har satts in under 2022 som resulterat i en ökning av genomförda läkemedelsgenomgångar. Utförligare presentation under rubriken ”Tillförlitliga och säkra system och processer”.

Under 2023 har det initierats och genomförts 21 läkemedelsgenomgångar inom hemsjukvård. Inom SÄBO är siffran 75st. Vissa enheter har 100% genomförda och Valjehälsan är bättre på att genomföra de initierade läkemedelsgenomgångarna. Vårdcentralen Markgatan har fram tills 230831 haft avtal med läkarbilen som har ansvarat för kommunens läkarstöd, detta stöd har upplevs bristfälligt både av kommunen och Markgatan vilket innebär att avtalet sades upp och från 230901 har Markgatan återigen läkaransvaret. Detta tror vi kommer innebära förbättringar.

### **Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)**

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har under året bjudit in till en nationell punktprevalensmätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler, vi har sedan kompletterat med ytterligare en mätning under hösten. Syftet är att, med hjälp av observationsstudier, mäta följsamheten i verksamheterna då detta är viktigt i ett förebyggande arbete mot smittspridning och vårdrelaterade infektioner.

Förvaltningen lever inte upp till målen med 90 % följsamhet i PPM-mätningarna. Utförligare presentation under ”Tillförlitliga och säkra system och processer”.

### **Nattfasta**

God nutrition ska ses som en del av den medicinska behandlingen och det är nattfastans längd som används som en kvalitetsindikator för en god vård och hög patientsäkerhet. Rekommendationen är att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar vilket skulle bidra med ett flertal hälsoeffekter t.ex. bibehållen muskelmassa, jämnare blodsocker, mer energi till fysisk aktivitet, förbättrad sårhäkning, fallprevention, förebyggande av förstoppning och bättre sömn.

Nattfastemätningar genomförs fyra gånger per år på Särskilda boenden.

## Öka 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 §  
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. Här följer en sammanfattande beskrivning av arbetssätt, samarbeten och åtgärder som haft betydelse för att förbättra patientsäkerhetsarbetet under året.



### Är vården säker idag?

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare anmäla händelser till IVO som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada<sup>6</sup>. Vårdgivarna är skyldiga att genomföra en utredning av den aktuella händelsen. I Sölvesborgs kommun är det MAS som utreder och följer upp händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

### Utredning av händelser – vårdskador/ Lex Maria

Under 2023 har två händelser bedömts som allvarliga och anmälts enligt Lex Maria. Den sistnämnda händelsen är i skrivande stund under utredning av IVO (Inspektionen för vård och omsorg)

Händelse 1: Anmälan handlar om en händelse där kommunens IT-nätverk drabbades av ett oplanerat driftsstopp och inte fungerade under sju timmar. Information om driftsstoppet gavs men nådde inte berörd hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal. Händelsen medförde att det inte fanns åtkomst till journaler och verksamhetsstödet ”att göra listor” där uppgifter finns om planerade medicinska åtgärder. Risker fanns för utebliven vård och vid eventuellt behov kunde viktig patientinformation inte rapporteras inom kommunen eller till annan vårdgivare. Driftstoppet påverkade även trygghetslarm på särskilda boenden som inte fungerade.	
Bedömning av bakomliggande och bidragande orsaker	Bristande kommunikation, bristande kommunikationsvägar, brist i rutiner.
Åtgärder	Produktiva och lösningsorienterade möten mellan berörda verksamheter med stort engagemang för att detta inte ska upprepas. Införande av ny rutin, modifierande av befintlig rutin samt i tillägg en utbyggnad av kommunens Cosafe. Utökad loggning som dessutom ger larm i vårt övervakningssystem. Trasiga hårdvarukomponenter (SFP, Fibermoduler) skickas för analys hos vår leverantör.
Lärande	Händelsen har visat oss på sårbarheten med avsaknad av larm i systemet samt vikten av fungerande rutiner även vid oplanerade händelser.
Uppföljning	Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder. <b>Skälen för beslutet</b>

<sup>6</sup> En allvarlig vårdskada definieras som en vårdskada som är bestående och inte ringa, eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

	IVO bedömer att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata. Vårdgivaren har vidtagit och planerar att vidta åtgärder för att hindra att något liknande inträffar igen.
Händelse 2: För hög dos läkemedel administrerades efter felaktig muntlig ordination av läkare	
Bedömning av bakomliggande och bidragande orsaker	Individuellt misstag av aktuell läkare. Sjuksköterska ifrågasatte dosen som vidhölls av läkaren.
Åtgärder	Anmälan enligt Lex Maria. Samtal med berörd läkares medicinskt ansvariga samt chef.
Lärande	Kommunens sjuksköterska bedöms ha handlat rätt i den utsträckning som är rimlig att begära med tillägget att vi under samtal kommit fram till att det hade varit bra om en second opinion kunde begärs av annan jourläkare i östra Blekinge.
Uppföljning	Avvaktar svar från IVO:s utredning.

Då händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada träder en rutin med tillhörande process in och händelseanalys utförs enligt givna frågor och direktiv. Som en del av processen följs sedan händelse och åtgärder upp.

De händelser som upptäckts och nu är under utredning har upptäckts inom rimlig tid och rapporterats direkt.

Under 2022 inträffade två Lex Maria som vid förra patientsäkerhetsberättelsen inte handlagts färdigt av IVO. Händelserna var sammanslagna och anmälda som individärende och avsåg bristfällig läkemedelshantering och journalföring i samband med vård i livets slutskede (se patientsäkerhetsberättelse 2022).

IVO har återkommit med svar 2024-01-19. IVO riktar kritik mot sjuksköterskan för bristande journalföring och avvikelse från gällande läkemedelsordination i två patientfall.

Kommunen har sedan tidigare utdelat arbetsrättslig åtgärd i form av skriftlig varning och sjuksköterskan har arbetat vidare med restriktioner i avvaktan av IVO:s utredning och beslut. Sjuksköterskan sa upp sig i samband med beslutet och avslutar sin tjänst i slutet av februari 2024.

## 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. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Här följer en sammanställning över identifierade utvecklingsområden för förbättrad patientsäkerhet inom förvaltningen. En kort beskrivning av problematik och vilka förbättringsarbeten som gjorts ges.



Identifierade utvecklingsområden	Problematik och pågående förbättringsarbete
Systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)	Systematik i kvalitetsarbetet har en fortsatt utvecklingspotential och ytterligare insatser på att implementera arbetssättet behövs. I samband med egenkontroller, riskbedömningar och avvikelshantering genomförs inte en strukturerad sammanställning och analys på enheterna vilket innebär att central sammanställning och ett brett lärande i organisationen uteblir. Även förutsättningar till ett förebyggande arbete försvåras då mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet inte kan sammanställas. Förbättringsarbete: <ul style="list-style-type: none"> <li>Förvaltningsövergripande rutin för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas har kommunicerats och finns i förvaltningens ledningssystem sedan våren 2020. Förändringar i arbetet med kvalitetsledningssystemet Stratsys har tillsammans gjorts och implementeras under 2024.</li> </ul>
Riskhantering	Systematik i kvalitetsarbetet har en utvecklingspotential. Förbättringsarbete: <ul style="list-style-type: none"> <li>En ny förvaltningsövergripande rutin för riskhantering kommunicerades ut våren 2021, denna har under 2023 förbättrats ytterligare och lyfts i möte med verksamheterna och finns i ledningssystemet.</li> </ul>
Avvikelsehantering	Systematik i kvalitetsarbetet (se ovan) har en utvecklingspotential. Förbättringsarbete: <ul style="list-style-type: none"> <li>Nytt avvikelssystem för HSL avvikelser färdigställdes under 2023 och startades i januari 2024.</li> </ul>
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	Att tillämpa basala hygienrutiner i all vård och omsorg är en förebyggande insats som syftar till att förhindra smittöverföring och VRI (vårdrelaterade infektioner). Verksamheterna uppnår inte omsorgsnämndens målsättning trots ett intensivt förbättringsarbete under pandemin. Resultatet har om än knappt, försämrats även under 2023. 1:a oktober 2022 lagstodgades att utbildning i hygien ska ske årligen av alla omvårdnadsnära personal. Utbildning med externa föreläsare har genomförts under 2023 men resultaten sviktar fortfarande. <ul style="list-style-type: none"> <li>Kvalitets- och analysdag genomförs under januari 2024 med syfte att verksamheterna ska reflektera över egna resultat och inkomma med förslag på aktiviteter för förbättring.</li> <li>Fortsatt förbättringsarbete omfattar förutom en ökad följsamhet till basal hygienrutin även att öka deltagandet i egenkontrollen.</li> </ul>
Läkarsamverkan	Läkarsamverkan fungerar bra, rutiner avseende samverkan och kontakter har förbättrats i samband med införande av "Karlshamnsmodellen" som penetrerat frågor som kontaktvägar, kommunikationsverktyget Prator och läkemedelshantering. Förbättringsarbete som genomförts är: <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontinuerlig samverkan med ansvariga vårdcentraler.</li> <li>Enkät till SSK i syfte att tydliggöra brister i samverkan initierad av Hälsoval Blekinge. Resultatet för 2023 har ej kommit i skrivande stund.</li> <li>Karlshamnsmodellen är förankrad och införd.</li> </ul>
Kommunikation	Har höjts markant efter insatser under 2022 och 2023. <ul style="list-style-type: none"> <li>Införande av digitala säkra videosamtal pågår.</li> </ul>

Figur 5. Sammanställning över identifierade utvecklingsområden, problematik och förbättringsarbeten som gjorts under 2022.

## Säker vård här och nu

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



### Är vården säker idag

Här följer en sammanställning över identifierade utvecklingsområden för förbättrad patientsäkerhet inom MTO i förvaltningen. En kort beskrivning av problematik och vilka förbättringsarbeten som gjorts ges.

Identifierade utvecklingsområden	Problematik och pågående förbättringsarbete
Munhälsa	<p>Totalt genomfördes 157 munhälsobedömningar i kommunen, kommunala såväl som privata boenden inräknat.</p> <p>Av dessa hade 85 brukare (54 %) en bra munhälsa.</p> <p>68 brukare (39 %) hade en dålig munhälsa och 11 brukare (7 %) avstod, medverkade ej eller missade av olika anledningar möjligheten till munhälsobedömning. Målbilden är att minst 70% ska ha en bra munhälsa.</p> <p><b>Begärda åtgärder 2023</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtlig omvårdnadspersonal ska gå Socialstyrelsens webb-utbildning och vägledning för munhälsa som ligger i ledningssystemet.</li> <li>• Samtlig omvårdnadspersonal ska se film om ROAG som ligger på ledningssidan HSL Munvård.</li> <li>• Samtliga ska läsa igenom rutinen för munhälsa som finns i ledningssystemet.</li> <li>• Fortsätta använda ROAG kontinuerligt enligt direktiv som framgår i rutinen för munvård.</li> <li>• Åtgärder ska in i genomförandeplan.</li> <li>• Målbild att 70 % av våra äldre ska ha en bra munhälsa enligt ROAG.</li> <li>• Verksamheterna ska själva komma med aktiviteter för förbättring av resultat.</li> </ul>
Kommunikation	<p>Brister i informationsöverföringen innebär en stor risk inom hälso- och sjukvård. Bra kommunikation förebygger avvikelser! Idag saknas ett gemensamt avvikelssystem samt tillräckligt informationsflöde i NPÖ (nationell patientöversikt) mellan vårdgivare i länet och mellan HSL- och SoL-personal vilket utgör en risk där stödsystem är viktiga. Förbättringsarbeten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remisser, som är en viktig kommunikationsform i hälso- och sjukvården, används inte fullt ut idag. Kommunens demenssjuksköterska dokumenterar idag t.ex. direkt i regionens journalsystem istället för att skicka remissvar. Förbättringsarbete initierat.</li> <li>• Utveckla vad som kan och ska delas i NPÖ</li> </ul>
Digital signering läkemedel	<p>Digital signering läkemedel har som syfte att öka patientsäkerhet genom att utgöra en kontroll för att ordinerade läkemedel ges i rätt tid av rätt person och med rätt kompetens.</p>



	<p>Digital signering läkemedel ger en enkel översikt avseende delegeringar, behov av förnyad delegering och underlättar journalföring. Det här minimerar risk att behovsmedicin ges i för hög omfattning eller med för kort tidsintervall. Idag kan inte befintligt system hantera behovsmedicin avseende narkotiska preparat.</p> <p>Förbättringsarbete:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behovet av digitalisering av signering läkemedel är kommunicerat till ledning. Hårdvara har införskaffats och digital signering borde kunna vara infört före sommaren.</li> </ul>
Digitala läkemedelsskåp	<p>Digitala app-styrda läkemedelsskåp till de patienter där kommunen har övertaget läkemedelsansvar är högt prioriterat och försvårar möjligheten till att läkemedel kommer i orätta händer. Logg kan tas ut och analyseras vid behov. Inringning av antal personer med tillgång förenklas och kan följas på ett effektivt sätt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Byte till ändamålsriktiga skåp är budgeterat och pågår.</li> </ul>

Figur 6. Sammanställning över identifierade utvecklingsområden, problematik och förbättringsarbeten som gjorts under 2022.

## 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. Riskanalyser bör definiera verksamhetens svagheter så att ett proaktivt arbetssätt möjliggörs.

Här följer en beskrivning över hur risker för vårdskador hanteras inom verksamheten.

Riskhantering	Hur risken för vårdskador hanteras i verksamheten
Riskbedömningar som utförs systematiskt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alla patienter riskbedöms enligt modell Senior Alert. Vid behov sätts adekvata åtgärder in och uppföljning sker för att säkerställa att åtgärderna haft önskad effekt.</li> <li>• Sjuksköterskor utför riskbedömning inför utbildning delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal.</li> <li>• Arbetsterapeut och fysioterapeut utför riskbedömning om viss specifik rehabilitering kan överlåtas till omvårdnadspersonal.</li> <li>• Förskrivning och utprovning av medicintekniska hjälpmedel, arbetstekniska hjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel föregås alltid av en riskbedömning av legitimerad personal.</li> </ul>
Riskhantering i relation till Covid-19 som numer övergått att hanteras som andra luftvägsinfektioner.	<p>Följande fokusområden har under året varit fortsatt aktuella i syfte att minska risker i samband med luftvägsinfektioner:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basal hygienrutin och klädregler: PPM-mätningar har genomförts och en ny utbildningsinsats med obligatorisk hygienutbildning har genomförts. LSS har åter inkluderats att mäta på samma sätt som övriga verksamheter men begränsats till att ske på boendena.</li> <li>• Covid-rutin (avvecklades under hösten 2023): Denna har reviderats mycket frekvent, samt kommunicerats på ett tillgängligt sätt med uppdateringarna gulmarkerade. Även våra samverkanspartners inom t.ex. krisledning, primärvård, elevhälsa, kost, städ, och fastighet har fått del av rutinen.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidens och omvärldsbevakning: Covid-viruset har genomgått upprepade mutationer under åren vilket ställt krav på ett resilient arbetssätt.</li> <li>• Covidrutinen avskaffades under hösten till förmån för en övergripande rutin för luftvägsinfektioner.</li> </ul>
Riskhantering i avvikelssystemet	Arbetet kring riskanalyser hanteras idag inte systematiskt och en övergripande sammanställning och analys över identifierade risker i förvaltningen är därför inte möjlig.

Figur 7. Sammanställning över hur risken för vårdskador har hanterats i verksamheten under 2022.

## 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.



Områden för förbättring som identifierats och där adekvata åtgärder satts in för att bidra till utveckling inom verksamheterna har presenterats ovan. Informationskällor har främst varit utredningar enligt Lex Maria, nationella register, egenkontroller samt strukturerad samverkan och dialog. Att arbeta systematiskt med risk- och avvikelshantering i förvaltningen är ett utvecklingsområde som, då arbetssättet är brett implementerat, kommer att bidra till värdefull information och möjlighet till verksamhetsutveckling och lärande. Från 2022 finns möjlighet att dokumentera enheternas risk- och avvikelshantering i Stratsys kvalitetsledningssystem, detta har utvecklats under 2023. Patientsäkerhetsgrupp med fastställd frekvens och möten har främjat dialoger.

## Avvikelse

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

Här följer en beskrivning över hur verksamheten hanterar avvikelser, samlade analyser av avvikelser, viktiga lärdomar som spridits samt genomförda förbättringar som haft effekt.

Avvikelse, d.v.s. en negativ händelse som inneburit att en insats blivit felaktigt utförd, försenad eller utebliven, ska fortlöpande utredas och analyseras på respektive enhet. Enhetschef är utredningsansvarig och ska bedöma avvikelens allvarlighetsgrad och sannolikheten för att den ska upprepas. Det tvärprofessionella teamet på enheten engageras i utredningen och MAS involveras vid allvarligare avvikelser (riskpoäng > 8). Som stöd i processen finns hjälpdokument "åtgärdsplan", framtagen. En översikt och analys av avvikande händelser ska sammanställas på respektive enhet och rapporteras kvartalsvis till verksamhetsledning och MAS. På detta sätt ska negativa händelser och goda exempel kunna sammanställas på övergripande nivå och bli lärande i förvaltningen.

Då en översikt och analys över hur enheterna arbetat med sina avvikelser och vilka åtgärder och förändrade arbetssätt som varit ett resultat av avvikelser saknas, presenteras här endast kvalitativa sammanställningar från avvikelssystemet. Vi ser en minskning av avvikelser relaterat till läkemedel på våra

särskilda boenden samtidigt som vi ser en markant ökning ute i hemtjänsten. Utbildning, digitala hjälpmedel och skåp är några av åtgärderna som gjorts under 2023.

Avvikelser	Fall	Läkemedel	Överrapportering	Vård och behandling	Totalt
Särskilt boende	321 (373)	214 (310)	2 (4)	49 (67)	586 (754 <sup>7</sup> )
Korttidsboende	70 (145)	98 (102)	0 (5)	7 (29)	175 (281)
Hemtjänst	155 (213)	195 (118)	3 (5)	25 (0)	378 (336)
LSS	32 (41)	72 (75)	0 (0)	0 (0)	104 (116)
Totalt	578 (772)	579 (605)	5 (15)	81 (96)	1243 (1488)

Figur 8. Sammanställning över antalet avvikelser under året fördelat på verksamhet och typ av avvikelse. Siffror i parentes anger förra årets resultat.

Externa avvikelser skrivs på dokument enligt SBAR och skickas via MAS (detta sätt att arbeta ersätts 2024 med avvikelssystem i LifeCare). Under året har 45 externa avvikelser skrivits i syfte att återkoppla områden som systematiskt kan behöva förbättras i andra verksamheter. Svar efterfrågas för att kunna återkoppla och låta det bli lärande i våra verksamheter, svarsfrekvensen har höjts men målet är att samtliga ska återkopplas och dialog förs med regionen. Önskan om gemensamt avvikelssystem mellan kommuner och region har framförts och utredning pågår.

Majoriteten av avvikelserna är relaterade till samverkan vid vårdövergångar 38 av 45 avvikelser (eller 84%) handlade om bristfällig följsamhet till Blekingerutiner för in- och utskrivning. Gemensam rutin finns, utbildningsinsatser pågår kontinuerligt och problemet är känt av alla parter. Resterande avvikelser är jämnt fördelade på läkemedelshantering och utebliven vård eller ordination. Merparten av avvikelserna är ställda till Blekingesjukhuset.

Avvikelser gällande medicintekniska produkter tillhandahållna av hjälpmedelscentralen (HMC) så har det under 2023 skickats 11 avvikelser varav 3 har skickats vidare till läkemedelsverket, inga personskador. Den ena anmälan där en lyftmotor lossnat från sitt fäste hade kunnat leda till allvarlig skada – där har HMC själva beslutat att vidta förebyggande åtgärder och byta ut samtliga lyftmotorer av samma modell och som är äldre än 15 år (– det finns flera av dem i Blekinge både på SÄBo och i ordinärt boende).

## Klagomål och synpunkter

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

Här följer en beskrivning över antal inkomna klagomål och synpunkter som kommit till verksamheten, dessa sammanställs och analyseras i korthet nedan.

Avsändare	Inkomna klagomål och synpunkter, antal, typ, ev. åtgärder som vidtagits.
Patientnämnden	Inga inkomna klagomål
IVO	Inga klagomål har inkommit via IVO.
Klagomålshanteringen	3 (3 året före)

<sup>7</sup> Siffror i parentes anger förra årets resultat.

Externa avvikelser från andra vårdgivare	18 (7 året före) avvikelser har inkommit Övergripande är det avvikelser som relateras till bristande följsamhet till blekingerutin för in- och utskrivning avseende kommunikation. Återkoppling på utredning och analys från enheterna har gjorts i avvikelserna. Dessa är återkopplade till berörd personal på berörda verksamheter samt till de externa aktörer som skickat dem. Samverkan med samtliga sker kontinuerligt, interna som externa.
--	--

Figur 9. Sammanställning över inkomna klagomål och synpunkter.

Klagomål och synpunkter utreds enligt samma flöde som risker och avvikelser av den chef som är ansvarig för berörd enhet eller verksamhet. Dessa kan tas emot via telefon, brev eller mail. MAS kan också få kännedom om klagomål och synpunkter via kommunens allmänna klagomålshantering som diarieförts via nämndsekreteraren.

Klagomål och synpunkter som kommer via Patientnämnden eller IVO registreras i diariet.

Externa avvikelser kommer in via MAS och utreds av respektive enhet på samma sätt som de interna.

Klagomål och synpunkter är viktiga för verksamheten då det involverar patienter och närstående och är till hjälp i det systematiska förbättringsarbetet.

Ett utvecklingsområde som pågått är att systematisera arbetet i en digital lösning vilket skulle möjliggöra ett brett lärande i verksamheten. Avvikelser kommer gällande HSL att hanteras i nya journalsystemet från årsskiftet 2023/2024. Detta ska också användas för externa avvikelser.

Ett förbättringsarbete är även att inte vänta på att klagomål ska komma in utan proaktivt och systematiskt efterfråga synpunkter, t.ex. hur det gått efter en planering och flytt till ett särskilt boende.

MA-nätverket i länet träffar årligen representanter för regionens Patientnämnd. De återkommande träffarna ger möjlighet att identifiera områden med förbättringsbehov. Det förekommer också enskilda möten med Patientnämnden och MAS gällande individärende.

## 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.



### Kommer förvaltningen att arbeta patientsäkert i framtiden

En verksamhet med hög framtida patientsäkert kan skapas genom att:

- Säkerställa en god personalförsörjning genom att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete och vara en attraktiv arbetsgivare.
- Säkerställa en hög kompetens och god framförhållning i sin kompetensförsörjning genom omvärldsbevakning, strukturerad introduktion och individuell kompetensutvecklingsplan.
- Säkerställa kvalitetsutveckling i verksamheten genom ett övergripande systematiskt kvalitetsarbete i tvärprofessionella team där patient och närstående deltar.
- Säkerställa en god IT-miljö och välfärdsteknik för att effektivisera verksamheten.
- Säkerställa att verksamheterna arbetar mot tydliga mål för att tydliggöra prioriterade områden.
- Säkerställa en hög patientsäkerhet genom att göra det till en högt prioriterad förvaltningsövergripande fråga som är del av verksamhetens verksamhetsplaner.
- Arbeta med konceptet ” rätt använd kompetens”



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Fokusområde	Mål och åtgärder
Läkarmedverkan	För att förvaltningen ska kunna erbjuda en patientsäker vård är det en förutsättning att läkaren utför sitt medicinska ansvar enligt avtal. Vi upplever förbättring och kommer fortsätta utvärdering kontinuerligt för att bibehålla den goda medverkan och samarbete som idag råder.
Kompetensförsörjning	Vi kan förvänta oss att mer avancerad sjukvård kommer att utföras i hemmet framöver vilket ställer ökade krav på bemanning av legitimerad personal för att kunna erbjuda en god och säker vård. Det behövs tillräckligt med legitimerad personal med adekvat kompetens och en hållbar kompetensförsörjning plan. Arbetet med bemanning under sommaren är särskilt svår och även rekrytering från bemanningsföretag har blivit svårare.
Förebyggande arbete	Fortsatt arbete mot ett proaktivt och förebyggande arbetssätt med fokus på att förbättra resultaten i de kvalitetsregister vi är del av, Senior alert, Palliativregistret och BPSD.
Systematiskt kvalitetsarbete	Det ska bedrivas ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i alla delar av vården för att skapa möjlighet att upptäcka och åtgärda brister, utveckla verksamheterna och lära av varandra.
Risk- och avvikelshantering	Skapa en god säkerhetskultur och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet kring risk- och avvikelshantering. Förflytta fokus till riskhanteringen för att utveckla det proaktiva arbetet. Arbetet med risker ska vara en självklar och integrerad del av allt vi gör. Vi ska arbeta aktivt med kända risker men även med risker som kan uppstå. Uppföljning är ett förbättringsområde.
Ledningssystemet	Fortsätta utveckla ledningssystemet mot processtyrning. Identifiera processer och delprocesser inom verksamheten som rutinerna i ledningssystemet kan kopplas till. Utgå från patienten i processen som då omfattar flera vårdgivare med samverkan som viktig del.
Patientsäkerhet	Kunskapen om patientsäkerhet behöver stärkas så att patientsäkerhet ses som en del av helheten och en förvaltningsövergripande fråga. En strukturerad samverkan och dialog förvaltningsövergripande har varit gynnsam för patientsäkerheten.
Munhälsa	Friska äldre har idag en bättre munhälsa än någonsin men då den äldre blir skörare och går mot ett ökat omsorgsbehov är munhälsan särskilt utsatt. Resultaten från munhälsobedömningarna år 2023 är fortsatt undermåliga och vårt ansvar för brukares munhälsa behöver tydliggöras. Då munhälsa är så förknippat med övrigt mående och riskförebyggande behöver detta område förbättras markant 2024. Kvalitets- och analysdag under januari kommer belysa resultaten och aktiviteter förväntas fastslås för 2024 av respektive verksamhet.

Figur 10. Sammanställning över fokusområden för kommande år med mål och åtgärder.

# Patientsäkerhetsberättelse för Sölvesborgs kommun 2023



# Agera för säker vård

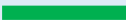
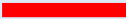
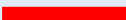
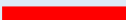


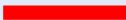



# Vård- och omsorgsnämndens övergripande mål

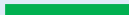
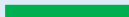
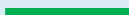

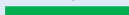

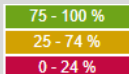
- Är att kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård.
- Under 2023 har 2022:s nämndmål monitorerats och i dessa mål har vårdgivarens hälso- och sjukvårdsansvar tydliggjorts.

# Indikatorer



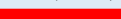
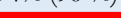
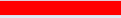
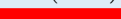

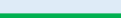
Indikator	Beskrivning	Mål
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%) ● > 80 % måluppfyllnad	Minst 80 % av personer i särskilt boende med risk ska ha minst en utförd åtgärd mot riskområdet. Mätmetod: kvalitetsregistret Senior alert	84 % (75 %) 
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer med hemsjukvård, andel (%) ● > 50 % måluppfyllnad	Minst 50 % av personer med hemsjukvård med risk ska ha minst en utförd åtgärd mot riskområdet. Mätmetod: kvalitetsregistret Senior alert	0 % (100 %) 
Nattfastemätningar i särskilt boende. ● < 11 timmar (medelvärde)	Antalet timmar som en person fastar under natten ska inte överstiga 11 h. Mätmetod: Manuell mätning kvartalsvis.	11,14h (11,46h) 
Följsamhet till basal hygienrutin och klädregler. ● 90 % av samtliga åtta steg	Personalens följsamhet ska vara minst 90 %. Mätmetod: PPM-mätning halvårsvis.	54 %, (59 %) 

Indikator	Beskrivning	Mål
Läkemedelsgenomgångar på patienter där kommunen har ett övertaget läkemedelsansvar. ● 100 % måluppfyllnad	Alla personer (100 %) i särskilt boende eller med hemsjukvård ska ha minst en läkemedelsgenomgång per år. Mätmetod: Manuell mätning.	80 % (47%) 
Palliativ vård: Erbjudande om efterlevnadssamtal. ● 100 % måluppfyllnad	Alla anhöriga (100 %) ska i anslutning till dödsfall erbjudas efterlevnadssamtal. Mätmetod: Svenska palliativregistret	77 % (74 %) 

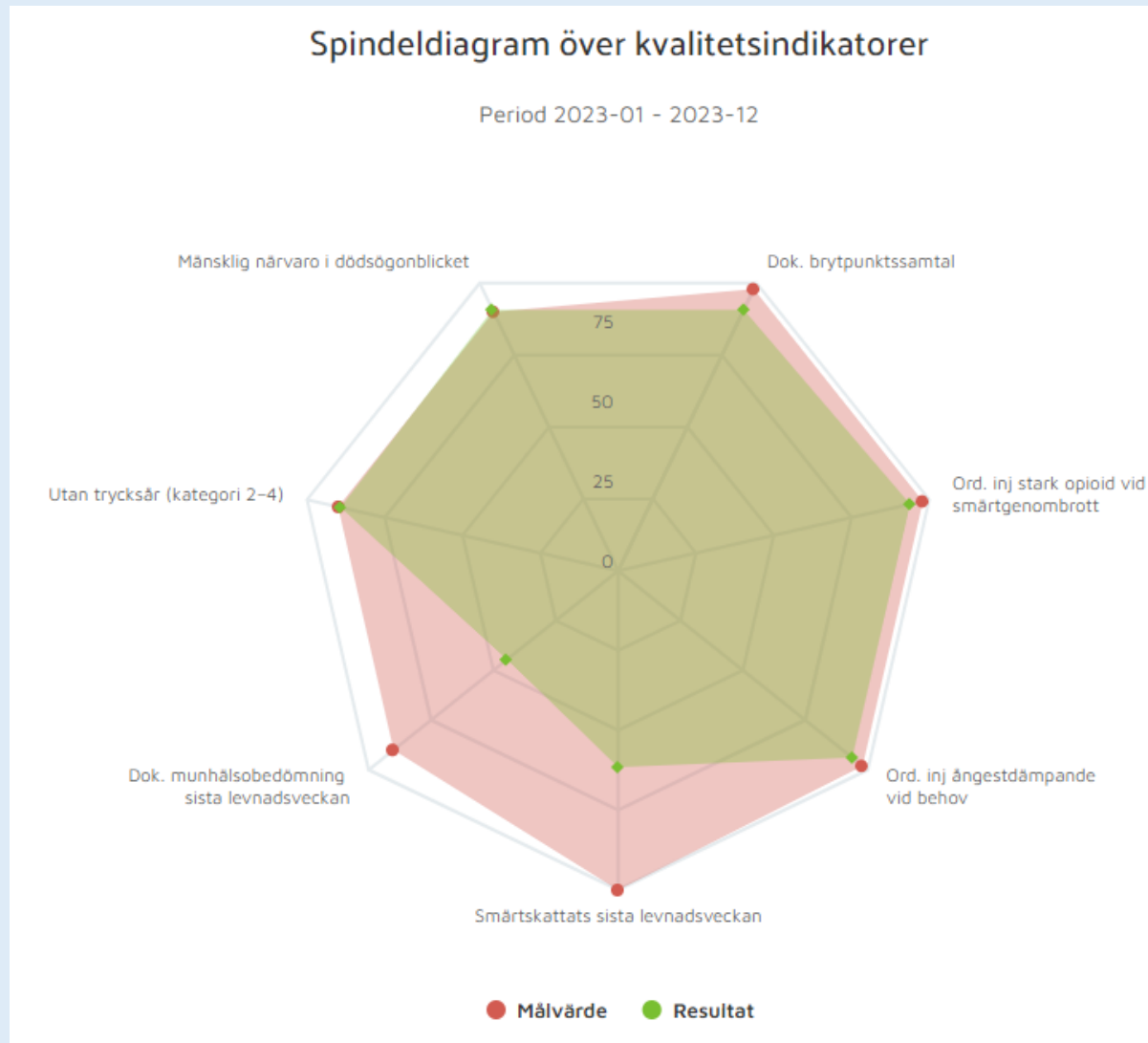
# Egenkontroll

Kvalitetsområde	Målsättning	Uppfylld
Senior alert: Patient ska riskbedömas för fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa i särskilt boende.	90 %	96,% (95%) 
Senior alert: Åtgärdsplan ska finnas hos patienter med identifierad risk (Säbo).	90 %	98% (87%) 
Senior alert: Utförda åtgärder enligt åtgärdsplan (Säbo)	90 %	84% (75) 
Senior alert: Patient ska riskbedömas för fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa i hemsjukvården. <i>Missvisande då endast en registrering gjorts.</i>	90 %	100% (100%) 
Senior alert: Åtgärdsplan ska finnas för 90 % av patienterna med identifierad risk (hemsjukvård). <i>Missvisande då endast en registrering gjorts.</i>	90 %	100% (100%) 
Senior alert: Utförda åtgärder enligt åtgärdsplan (hemsjukvård) <i>Missvisande då endast en registrering gjorts.</i>	90 %	0% (100%) 
Målvärden Senior Alert		

# Egenkontroll

Palliativregistret: Efterlevande-samtal	100 %	77% (74 %) 
Palliativregistret: Brytpunkts-samtal	98 %	91% (65 %) 
Palliativregistret: Opioider ordinerat vid smärtgenombrott	98 %	94% (95 %) 
Palliativregistret: Ångestdämpande ordinerat vid behov	98 %	94% (96 %) 
Palliativregistret: Smärtskattning sista levnadsveckan	100 %	62% (72 %) 
Palliativregistret: Munhälsobedömning sista levnadsveckan**	90 %	45% (57 %) 
Palliativregistret: Trycksårs förekomst bedömda vid ankomst	90 %	89 (85 %) 
Palliativregistret: Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %	91% (82 %) 
Målvärden: SoS nationella riktlinjer – målnivåer för indikatorer Artikelnummer 2017-10-22		

# Egenkontroll



# Avvikelser

- Internt ser vi en jämn och normal ström av avvikelser.
- Externa avvikelser till andra vårdgivare ligger konstant som tidigare i antal och vi samarbetar med andra vårdgivare på ett systematiskt sätt
- Under 2023 har två händelser bedömts som allvarliga och har anmälts enligt Lex Maria.
- Sölvesborgs kommuns åtgärder angående IT incidenten har godkänts av IVO men vi väntar på svar angående ärendet relaterat till läkemedelsordination.
- Vi har emottagit svar på IVO ärende som inträffade 2022. Det gäller ett individärende där IVO nu riktar kritik mot sjuksköterskan för bristande dokumentation och bristande följsamhet till ordinationer
- Avvikelser mot regionen avseende in- och utskrivning

# Kort om Nära vård och de åtgärder vi gör i 3.0...

- Som ett led i nationella konceptet Nära vård och en påbyggnad till strukturerad kommunikation inklusive insamlande av vitalparametrar har en satsning på möjlighet till digitala säkra videosamtal gjorts
- Statsbidrag har sökts och beviljats vilket möjliggjort denna satsning från förvaltningens sida.
- Vinsten är större möjlighet att effektivare diagnosticera och prognosticera våra patienter.
- Ett bredare underlag ger förutsättningar för sjuksköterskor och läkare att sätta in rätt åtgärder.
- Säkrare bedömningar, utöka möjligheter till stöd och diagnosticering för att undvika progress och eller sjukhusbesök
- Detta kommer också bidra till större resurseffektivitet och mindre miljöpåverkan då våra legitimerade behöver använda bilar i mindre utsträckning. Kommunen bidrar därmed med ett mindre klimatavtryck.
- <https://www.kramfors.se/nyheter/nyheter/stod--omsorg/stod--omsorg/2022-12-14-framtidens-nara-var-d-visas-i-gemensam-film.html>



# Slut

Frågor?





Vård- och omsorgsnämnden

VON § 14 Dnr 2024/24

## Kvalitetsberättelse 2023

### BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

### Ärendet i korthet

Svenja Andersén, kvalitetsutvecklare, redovisar kvalitetsberättelse 2023.

### Bakgrund

Enligt SOSFS 2011:9 7 kap. 1 § bör vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:

- Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår.
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Vilka resultat som har uppnåtts.

Berättelsen bör 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.
- Informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

### Beslutsunderlag

Kvalitetsberättelse 2023, Svenja Andersén, kvalitetsutvecklare,  
2024-02-22

Presentation, Svenja Andersén, kvalitetsutvecklare, 2024-02-29



Handläggare  
Svenja Andersén  
Kvalitetsutvecklare

# Kvalitetsberättelse 2023

## Vård- och omsorgsförvaltningen

## Innehållsförteckning

Inledning .....	3
Mål och måloppfyllelse .....	4
Systematiskt förbättringsarbete.....	4
Stratsys kvalitetsmodul.....	5
Riskanalys .....	5
Egenkontroll .....	6
Utredning av avvikelser inom SoL .....	6
Klagomål och synpunkter .....	6
Avvikelser enligt SoL .....	7
Lex Sarah .....	8
Övrigt kvalitetsarbete .....	9
Intern kontroll .....	9
Kvalitetspris.....	9
Långsiktig planering .....	10
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet .....	10
Kvalitetsgruppen .....	11
Samverkan.....	11
Kvalitetsmätningar .....	12
Brukarundersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen” .....	12
Resultat särskilt boende .....	12
Resultat hemtjänst .....	12
Kommunens kvalitet i korthet .....	13
Plan 2024 Vård- och omsorgsförvaltningen.....	13
Bilaga 1.....	15
Bilaga 2.....	16

## Inledning

Att kvalitetsutveckla och kvalitetssäkra vård- och omsorg är ett ständigt pågående arbete. Detta görs genom att identifiera och belysa verksamhetens processer, riktlinjer och rutiner utifrån socialtjänstlagen (SoL), Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd samt nämndbeslut. Att säkerställa, följa upp gällande rutiner, samt verksamhetens behov och brister är ett kontinuerligt arbete som aldrig får stanna av.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kvalitetssäkringen ingår i samtliga medarbetares uppdrag med individens fokus i åtanke.

Även om kvalitetsarbetet i sig också alltid kan utvecklas och förbättras så kan det konstateras att det systematiska kvalitetsarbetet under 2023 har varit en del i det vardagliga arbetet och de avvikelser och risker som uppmärksammats har hanterats enligt gällande rutiner samt att den digitala plattformen för ledningssystemet har genomgått större uppdateringar.

## Mål och måluppfyllelse

Vård- och omsorgsnämnden beslutade om nya mål för 2023 under hösten 2022 i samband med budget 2023. I beslutet för målen för vård- och omsorgsnämnden finns förutom mål också indikatorer och indikatorsnivåer beslutade. Indikatorsnivåerna anger huruvida ett mål är uppfyllt, delvis uppfyllt eller ej uppfyllt. Detta är av stor vikt för att tydliggöra målstyrningen. Målstyrningen ska bidra till en kvalitetshöjning inom nämndens ansvarsområde.

Under hösten 2023 har förvaltningen gjort en översyn över befintliga indikatorer och justerat några av dem inför budgetåret 2024 i syfte att öka mätbarhet och träffsäkerhet.

Sedan flera år arbetar vård- och omsorgsförvaltningen med mål och resultatstyrningsverktyget Stratsys. Verktöget bidrar till att på ett systematiskt och ett transparent sätt arbeta på samtliga nivåer för att uppnå de övergripande målen. Under 2023 har vård- och omsorgsförvaltningen fortsatt arbeta i Stratsys, både med ekonomi och kvalitet. I Stratsys följs aktiviteter inom kvalitet och ekonomi upp varje månad. Månatliga träffar genomförs med verksamhetschef, ekonom, kvalitetsutvecklare och enhetschefer för dialog och kollegialt lärande kring de pågående aktiviteterna.

Analysdagen för 2023 genomfördes i januari 2024 i samverkan med vård- och omsorgsnämndens presidium, HR och ekonomi. Under analysdagen belystes resultat från året 2023 och en plan för 2024 började arbetas fram. Nya arbetssätt för riskanalyser och egenkontroll i Stratsys kvalitetsmodul började implementeras och detta arbete kommer att få ett förstärkt fokus under året.

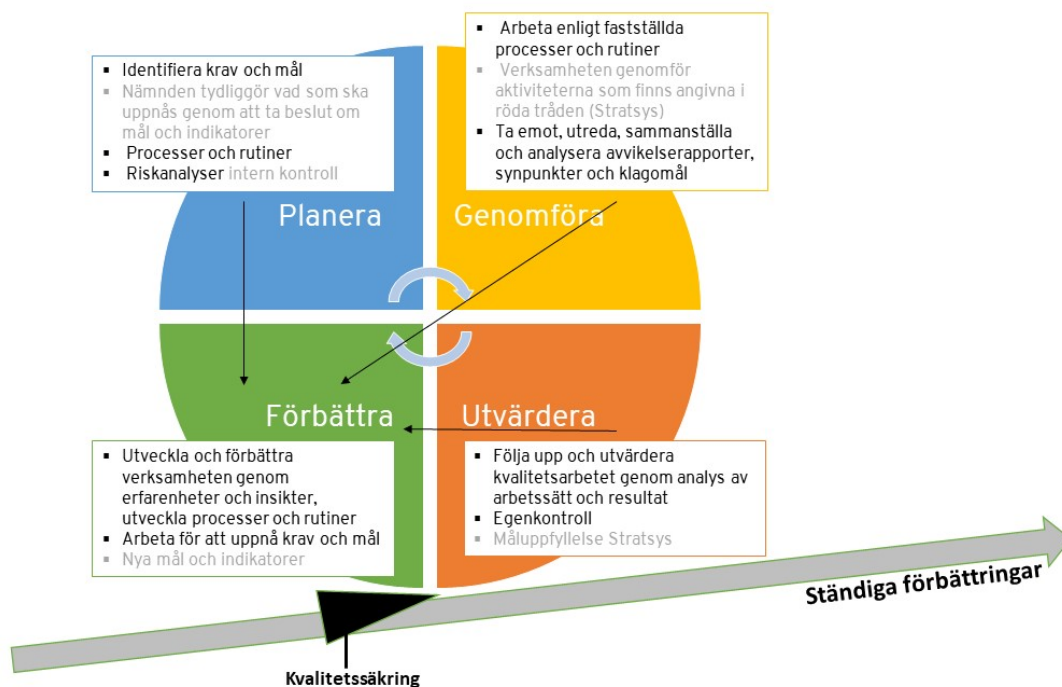
Under hösten 2023 har analyser av bland annat brukarundersökningens resultat genomförts för att planera 2024 års aktiviteter kopplat till nämndens mål 2024. Det finns områden där målen ännu inte har uppfyllts vid 2023 års slut, men en förflyttning har tydligt gått att följa under åren och strategiskt arbete pågår och är stadigt förankrat i verksamheten för att fortsätta mot att nå målen och genom det också kvalitetssäkra verksamheten.

## Systematiskt förbättringsarbete

Ledningssystemet ska stödja verksamheten i att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Att identifiera processer och att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål

som gäller för verksamheten är ständigt pågående. Ledningssystemet ska vara ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra verksamheten.

### Förbättringshjulet



### Stratsys kvalitetsmodul

Modulen erbjuder möjligheter att analysera nuläge, bedöma risker och hantera egenkontroller i syfte att varje roll i organisationen ska veta vad den ska göra utifrån brukar-, verksamhets- och lagstiftande perspektiv. Verktöget ger verksamheten förutsättningar till att öka förståelsen för det systematiska kvalitetsarbetet genom att belysa strukturen och också leda till att säkerställa en långsiktig styrning. Under kvalitets- och analysdagen har detta arbetssätt presenterats och implementeringen påbörjats i syfte att öka systematiken i vårt förbättringsarbete samt förstärka det förebyggande arbetet med riskanalyser och egenkontroller.

### Risicanalys

Risicanalysarbetet syftar till att vidta förebyggande åtgärder för den enskilde brukarens säkerhet och trygghet innan något har inträffat. Analyser ska göras för att identifiera händelser som kan inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och beslut. Att genomföra riskanalyser i en komplex

verksamhet och som ständigt är i rörelse kan vara en utmaning. Samtidigt som det just därför är av stor vikt att arbeta proaktivt så är det där utmaningen ligger. Sedan pandemin har riskanalyser fått ett viktigt fokus utifrån nya rutiner och arbetssätt. Varje nyuppkommet scenario har krävt en riskanalys för att säkerställa den enskildes behov kontra smittorisk exempelvis. I det digitala verktyget för ledningssystemet SOSFS 2011:9 i Stratsys finns även möjlighet att göra riskanalyserna och implementeringen av verktyget fortsätter under 2024 för att även innefatta riskanalyser.

## Egenkontroll

Att utöva egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Till skillnad mot riskanalyserna, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontrollen att granskning ska göras av den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs. Egenkontrollen kan också beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål i syfte att arbeta proaktivt och förekomma allvarigare brister eller missförhållanden.

Under 2023 har arbetet med egenkontroller inte utförts på ett systematiskt och tillfredställande sätt och därför togs ett omtag inför 2024 på kvalitets- och analysdagen. Tanken är att varje verksamhet och varje enhet ska ta fram egenkontrollområden som är aktuella och relevanta för just dem utifrån riskanalyser och fjolårets resultat. Arbetet kommer därefter tillsammans med kvalitetsutvecklare att överföras till den digitala kvalitetsmodulen i Stratsys som möjliggör systematisk uppföljning och utvärdering.

## Utredning av avvikelser inom SoL

Utöver riskanalyser och egenkontroller är avvikelshanteringen är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och syftar till att upptäcka och förebygga kvalitetsbrister. I vård- och omsorgsförvaltningen hanteras avvikelser rapporterade av medarbetare inom egna organisationen som avvikelser enligt SoL och rapport enligt lex Sarah. Avvikelser inkomna från andra än från egna organisationen ska hanteras som klagomål och synpunkter.

## Klagomål och synpunkter

Under 2023 inkom 13 klagomål och inga synpunkter. Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitén. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet som exempel förslag på förbättringar. Klagomålen under 2023 handlade bland annat om

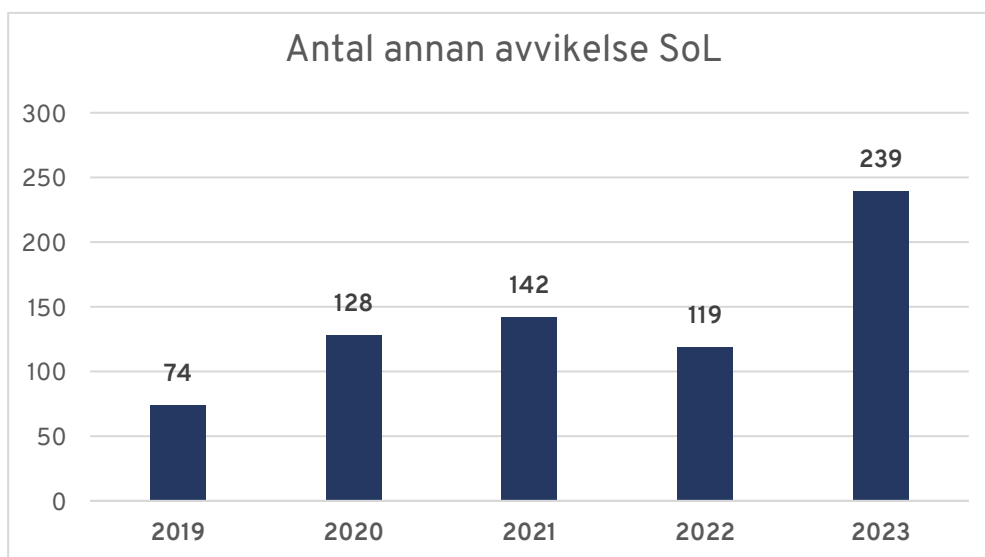


begränsningsåtgärder, bristfällig utförda insatser och brister i kommunikation samt språkkunskaper.

Klagomålen hanterades enligt gällande rutin där en ansvarig utredare, i de flesta fall enhetschefen på enheten, utsågs och svarade den som hade skickat in klagomålet eller synpunkten inom 14 dagar. Klagomålet eller synpunkten utreds och utifrån innehållet i klagomålet kan delar vara i behov av att även hanteras utifrån andra rutiner, exempelvis avvikelser enligt SoL.

## Avvikelser enligt SoL

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Sedan 2019 har avvikelser enligt SoL rapporterats och hanterats i Life Care vilket gav verksamheten större möjlighet att följa avvikelser både per enhet men också över hela verksamheten. Att kunna se mönster och trender är en viktig del systematiska kvalitetsarbete.



Avvikelser som har rapporterats har handlat om att insatser inte har utförts, att insatser inte genomförts i enlighet med aktuell genomförandeplan, dokumentation eller brister i informationsöverföring med mera. Avvikelserna har utretts och analyserats i verksamhetssystem Life Care av ansvarig enhetschef.

Nytt för 2023 är ett framtaget analysmaterial som ger möjlighet att kategorisera avvikelsetyper, både vid rapporteringstillfället men även reaktivt för att kunna se mönster. Enhetschefen har ansvarat för att vidta nödvändiga och lämpliga åtgärder och att följa upp händelsen. Verksamhetschef och kvalitetsutvecklare har följt upp avvikelser på

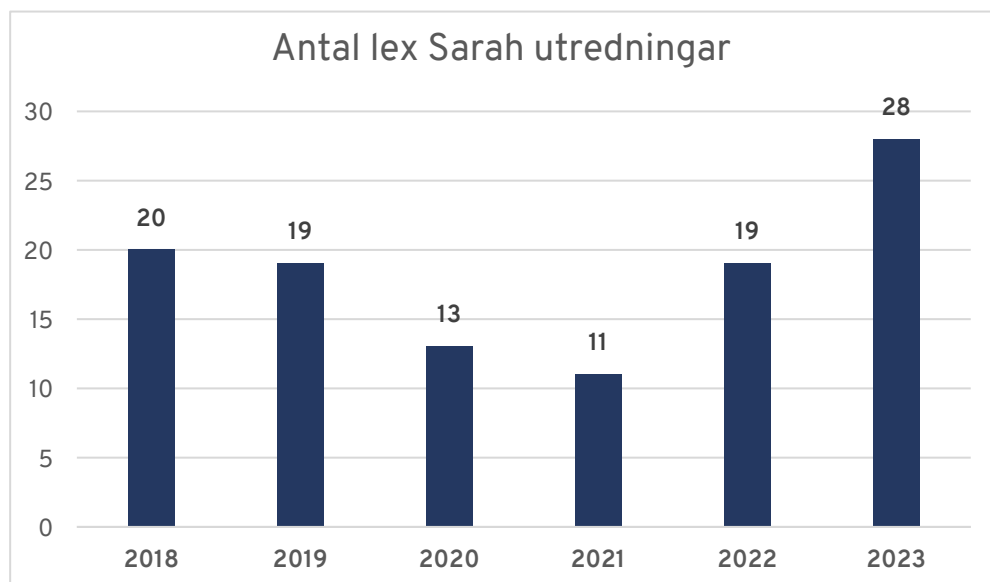
verksamhetsnivå i syfte att uppmärksamma mer övergripande organisatoriska brister. Detta har lett till att det kommer ske förstärkta utbildningsinsatser för chefer och kvalitetsundersköterskor under 2024. Att antalet rapporterade avvikelser har ökat kan delvis förklaras med att det förebyggande arbetet med riskanalyser och egenkontroller av verksamheten inte har utförts på ett systematiskt och tillfredställande sätt under året.

## Lex Sarah

Under 2023 har 28 rapporter enligt lex Sarah inkommit inom förvaltningen. Procentuellt sett handlar majoriteten av rapporterna om stöld av pengar (7 rapporter) och läkemedelssvinn avseende narkotikaklassade mediciner (5 rapporter). Dessa händelser är även polisanmälda.

Utöver det avser rapporterna avser bland annat brister i bemötande, brister vid palliativt vak och begränsningsåtgärder. En av de 28 rapporterade händelserna under 2023 bedömdes som allvarligt missförhållanden och anmäldes därför till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

En översikt av utredda rapporter enligt lex Sarah sedan 2018 presenteras i diagrammet nedan.



Samtliga rapporterade händelser har utretts av förvaltningens kvalitetsutvecklare och genererat åtgärder som syftar till att förbättra och säkerställa verksamheten framåt. Slutsatserna och de planerade åtgärderna i en utredning efter en inkommen rapport enligt lex Sarah har spridits som information till verksamheten. Detta för att jobba förebyggande på både verksamhets- och systemnivå och arbeta för en lärande organisation.

Genom förbättrade processer, rutiner, arbetsätt och välfärdsteknik kan vi begränsa risken för stölder av olika slag men det är mycket svårt att helt förebygga att brottsliga handlingar begås med de verktyg som förvaltningen har idag.

## Övrigt kvalitetsarbete

### Intern kontroll

Vård- och omsorgsnämnden beslutade i februari 2023 kontrollområden för året. Områdena valdes ur den bruttorisklista som samlar de risker som kontinuerligt uppmärksammas inom nämndens ansvarsområde.

Riskerna som uppmärksammades i den interna kontrollen för året var:

#### Kompetensförsörjning

- Rekrytering som inte har genomförts och varför den inte har det.

#### Sjukfrånvaro

- Sjukfrånvaroredovisning
- Följa riktlinjerna för rehabilitering så att de följs
- Kostnader för korttidsfrånvaron (budget 2,9 %)

#### Socialt innehåll

- Möjliggöra att de boende kan delta på önskade aktiviteter.
- Räkna deltagare

Kontrollplanen för året innefattande en plan för kontroller och åiterrapporteringar. Under året har det interna kontrollarbetet redovisats enligt den beslutade kontrollplanen. Utifrån det arbetet som genomförts har analys och nya riskbedömningar kring områdena och dess risker kunnat göras.

## Kvalitetspris

Under 2020 inrättades kvalitetspris inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde. Priset syftar till att uppmärksamma, uppmuntra och belöna kvalitetsutveckling och goda exempel inom vård- och omsorg i förvaltningen. I december 2023 delades vård- och omsorgsnämndens kvalitetspris ut till Nordriks hemtjänst med följande motivering:

- Nordriks hemtjänst har ett stort engagemang hos såväl medarbetare som ledning och sprider värme och omsorg till brukarna, vilket syns bland annat i årets brukarundersökning. Enheten har ett stort kvalitetsfokus och det är i mötet mellan

medarbetarna och brukarna som kvaliteten skapas. Alla arbetar tillsammans och är delaktiga för att nå målet att brukaren ska få omsorg av så hög kvalitet som möjligt. Nordrikets hemtjänst har under de senaste åren gjort en större förändringsresa. Från början var de tre arbetsgrupper som nu har blivit två men som arbetar framgångsrikt tillsammans. Tre lokalflyttar har också skett där alla har varit hjälpsamma. Trots förändringarna som har skett har brukarna alltid varit i fokus och Nordrikets hemtjänst har verkligen visat att förändringar kan leda till något positivt både för brukarna och för medarbetarna.

Under 2024 kommer kriterierna för att vinna kvalitetspriset tydligare kopplas till den strategiska planeringen och måluppfyllelse för att uppmärksamma och belöna ett målmedvetet utvecklingsarbete med fokus på både kvalitet och ekonomi.

## Långsiktig planering

Vård- och omsorgsnämnden reviderar årligen en treårig verksamhetsplan. Verksamhetsplanen är en del i verksamhetens systematiska arbete i att på bästa sätt planera och fullfölja nämndens ansvar och prioriteringar. I planen presenteras förvaltningens organisation och verksamhet ur ett treårigt perspektiv.

En äldreplan finns också upprättad av vård- och omsorgsnämnden som ett stöd i den långsiktiga planeringen. Äldreplanen ska verka som en grund för planering, styrning och förbättringar för Sölvesborgs kommuns äldreomsorg. Den synliggör olika faktorer, både interna och externa, som politik och förvaltning behöver förhålla sig till för att på bästa sätt planera framtidens äldreomsorg. Äldreplanen utgår från ett verksamhetsår och innehåller scenarion för framtiden utifrån historisk konsumtion och befolkningsprognos. Äldreplanen för 2021-2030 visar på utmaningar för Sölvesborg i form av ökad äldrebefolkning.

## Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Medarbetare är enligt föreskrift skyldiga att delta i verksamhetens kvalitetsarbete. Av lagstiftningen framgår det att var och en som utför uppgifter inom socialtjänsten är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete genom bland annat rapporteringsskyldighet. Att aktivt i varje verksamhet arbeta med avvikelser, synpunkter och klagomål som en del i vardagsarbetet är ett sätt att arbeta kvalitetsförbättrande. Under 2024 kommer det att bedrivas ett förstärkt utbildningsarbete för enhetschefer och kvalitetsundersköterskor i syfte att öka ansvarstagande,

skapa förståelse för och öka kunskapen kring det systematiska kvalitetsarbetet.

Medarbetares delaktighet och kompetens är viktig för att uppnå god kvalitet i omsorgen.

Förvaltningen har tydligt fokus på kvalitén i verksamheten. Kvalitetsundersköterskor på varje enhet och metodutvecklare bidrar till att kvaliteten inom vård- och omsorgsverksamheten kommer att stärkas och säkerställas. Kvalitetsundersköterskornas roll är att driva kvalitetsarbetet tillsammans med övriga professioner. Metodutvecklaren har en stödjande funktion i att se till att medarbetarna har den kompetens och kunskap som krävs för att arbeta operativt på det sätt som krävs i det strategiska kvalitetsarbetet.

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar kontinuerligt med efterlevnad av beslutad värdegrund *"Allt vi gör i Sölvesborgs kommun ska genomsyras av engagemang, värme och närhet"*. Det är ett ständigt arbete att säkerställa att värdegrunden efterföljs på respektive enhet i förvaltningen. Vård- och omsorgsförvaltningen har utöver värdegrunden värdighetsgarantier för äldreomsorgen.

- **Respekt** - Att personalen respekterar ditt privatliv oavsett din kultur, livsåskådning eller tro.
- **Trygghet** - Att du får veta i så god tid som möjligt om personalen inte kan komma på överenskommen tid. Att all personal alltid ska legitimera sig med omsorgens id-bricka.
- **Ansvar** - Att du får en personlig kontaktman i samband med att dina insatser startar. Att du tillsammans med din kontaktman upprättar en genomförandeplan, där tider anges när du ska få stödet utfört. Att din genomförandeplan följs upp minst två gånger per år tillsammans med dig.
- **Professionalism** - Att personalen inom äldreomsorgen alltid arbetar efter nämndens värdegrund/bemötande i kontakt med dig. Att personalen du möter är professionell i sitt bemötande och vet sitt uppdrag när de kommer hem till dig.

Värdighetsgarantin genomgår just nu en uppdatering utifrån nyttillkommen lagstiftning om fast omsorgskontakt.

## Kvalitetsgruppen

Kvalitetsgruppen, ett forum för kvalitetsfrågor med representanter från flera professioner, har under 2022 skapats med syfte att stärka kvalitetsarbetet på förvaltningen ytterligare. Gruppen har ansvar för att revidera gemensamma rutiner och kan fungera som en referensgrupp i olika kvalitetsfrågor. Under året har kvalitetsgruppen arbetat med att systematiskt inventera befintliga rutiner och processer i syfte att se vilka utvecklingsområden som finns.

## Samverkan

Vård- och omsorgsnämnden säkerställer genom ledningssystemet att det finns riktlinjer och rutiner som klargör ansvaret för samverkan utifrån den enskildes behov av insatser. I ansvaret ligger att tydliggöra vem som har ansvaret för samverkan kring brukaren och hur samverkan ska gå till. Ett exempel på samverkan är teamträffarna som är en tvärprofessionell arbetsgrupp i syfte att ge god och patientsäker vård och omsorg.

IBIC (individens behov i centrum) genomsyrar samtliga delar av verksamheten, från myndighetsutövning och till utförande och är numera väl implementerad i alla delar av förvaltningen. Under 2023 har ett arbete pågått i syfte att förbättra uppföljningsprocessen för brukare med beslut på särskilt boende. Uppföljning av detta sker under våren 2024.

## Kvalitetsmätningar

### Brukarundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen"

Under 2023 genomfördes Socialstyrelsen brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen". Brukarundersökningen är en enkät som har skickas ut till personer som har insatserna i särskilt boende och har hemtjänst i ordinärt boende.

### Resultat särskilt boende

Inom särskilt boende i Sölvesborg svarade 74 personer, vilket var 45,3 % av de tillfrågade. Andelen svarande i Sölvesborg är på samma nivå som riket.

De sammanslagna resultaten för särskilt boende för 2023 visar både förbättrade resultat från tidigare resultat, men också lägre nöjdhet i vissa frågor. Resultaten per enhetsnivå varierar mycket och enheterna arbetar med enhetsresultaten för att utveckla verksamheten kring de frågor där

nöjdheten behöver öka. Enheternas arbete kring brukarundersökningen presenteras i den årliga verksamhetsrapporten.

Resultatet, det sammanslagna för särskilt boende, i jämförelse med två tidigare resultat, presenteras i sin helhet i bilaga 1.

## Resultat hemtjänst

I Sölvesborg svarade 186 personer med hemtjänst på brukarundersökningen, vilket är 55,2 % av de tillfrågade. Andelen i Sölvesborg ligger 2,6 % under nationellt snitt men ändå i samma nivå.

Det sammanslagna resultatet för hemtjänst i Sölvesborg visar på hög nöjdhet kring de flesta av frågorna i undersökningen. Precis som inom särskilt boende så varierar resultaten på frågorna sig mycket åt mellan enheterna i vissa fall och enheternas egna analyser och arbeten med resultaten är viktiga.

Resultatet, det sammanslagna för hemtjänst, i jämförelse med två tidigare resultat, presenteras i sin helhet i bilaga 2.

## Kommunens kvalitet i korthet

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) är ett nationellt projekt sedan 2006 som omfattar cirka 170 kommuner. Projektet drivs av kommunerna, SKR (Sveriges kommuner och regioner) och RKA (Rådet för främjande av kommunala analyser). KKiK ger en bra lägesbild av kommunen som kan utgöra grund för styrning och utveckling av kommunen. Projektet sammanställer cirka 40 nyckeltal för att redovisa kommunens prestationer inom tre områden: barn och unga, stöd och omsorg samt samhälle och miljö.

För varje nyckeltal rangordnas alla deltagande kommuner efter sina resultat och de 25 procent högsta resultaten får grön färg, de 25 procent lägsta får röd färg och de 50 procent i mitten får gul färg. Sölvesborgs resultat gällande stöd och omsorg och de frågor som rör vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde presenteras i tabellen nedan.

Nyckeltal	Område	2019	2020	2021	2022	2023
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	SBG	33	45	27	37	35
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare med minst 2 besök dagligen möter under 14 dagar, medelvärde	SBG	16	15	15	15	17
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	SGB	82	83		76	76
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	SBG	92	92		93	93
Sjuksköterskor/plats i boende för särskild service för äldre, vardagar, antal	SBG	0,03			0,05	0,05
Kostnad äldreomsorg, kr/inv 80+ <small>Bruttokostnad minus interna intäkter och försäljning till andra kommuner och regioner avseende vård och omsorg enligt SoL/HSL, dividerad med antalet invånare 80+ i kommunen den 31/12. Källa: SCB</small>	SBG	246088	253674	248766	256572	

Nyckeltalen i KKiK är en mix av nyckeltal direkt tagna från andra undersökningar och nyckeltal som direkt är förknippade med KKiK. Kostnadsuträkningarna för kostnad äldreomsorg 2023 är inte klar vid kvalitetsberättelsens upprättande. Resultaten från 2023 visar att Sölvesborg inte på något av nyckeltalen hamnar bland de 25 % med lägst resultat och ett nyckeltal som gäller väntetid på särskilt boendeplats har förbättrats och ligger nu bland de 25 % med bäst resultat.

## Plan 2024 Vård- och omsorgsförvaltningen

Vård- och omsorgsförvaltningen kommer att fortsätta sitt arbete med mål- och resultatstyrning. Detta för att säkerställa kvalitén på den service och de tjänster som medborgarna i Sölvesborgs kommun tillhandahåller från förvaltningen. Den grundläggande utgångspunkten är att resultat ska kunna mätas för att kunna skilja framgångar från misslyckanden. Förvaltningen ska vara en lärande organisation, vilket innebär att framgångar och misslyckanden ska identifieras för att säkerställa kvaliteten och att verksamhetsområdena lär av varandra. Det systematiska kvalitetsarbetet kommer att fortsätta att utvecklas strategiskt genom mer förebyggande arbete med egenkontroll och riskanalyser i Stratsys modul för kvalitetsarbete.

Kvalitetsarbetet i verksamheten innefattar många viktiga områden som exempel brukarperspektivet som grund för verksamhetens uppdrag ska fortsätta utvecklas. Den enskildes delaktighet, möjlighet till påverkan och trygghet är viktiga utvecklingsområden. Som en ytterligare kraft i det operativa kvalitetsarbetet finns metodutvecklaren och kvalitetsundersköterskor.

IBIC ger stöd för att tillsammans med individen formulera nuläge och mål med fokus på de individuella behoven och det som är viktigt för individen. Det ska också ge förvaltningen underlag för att kunna följa upp individens



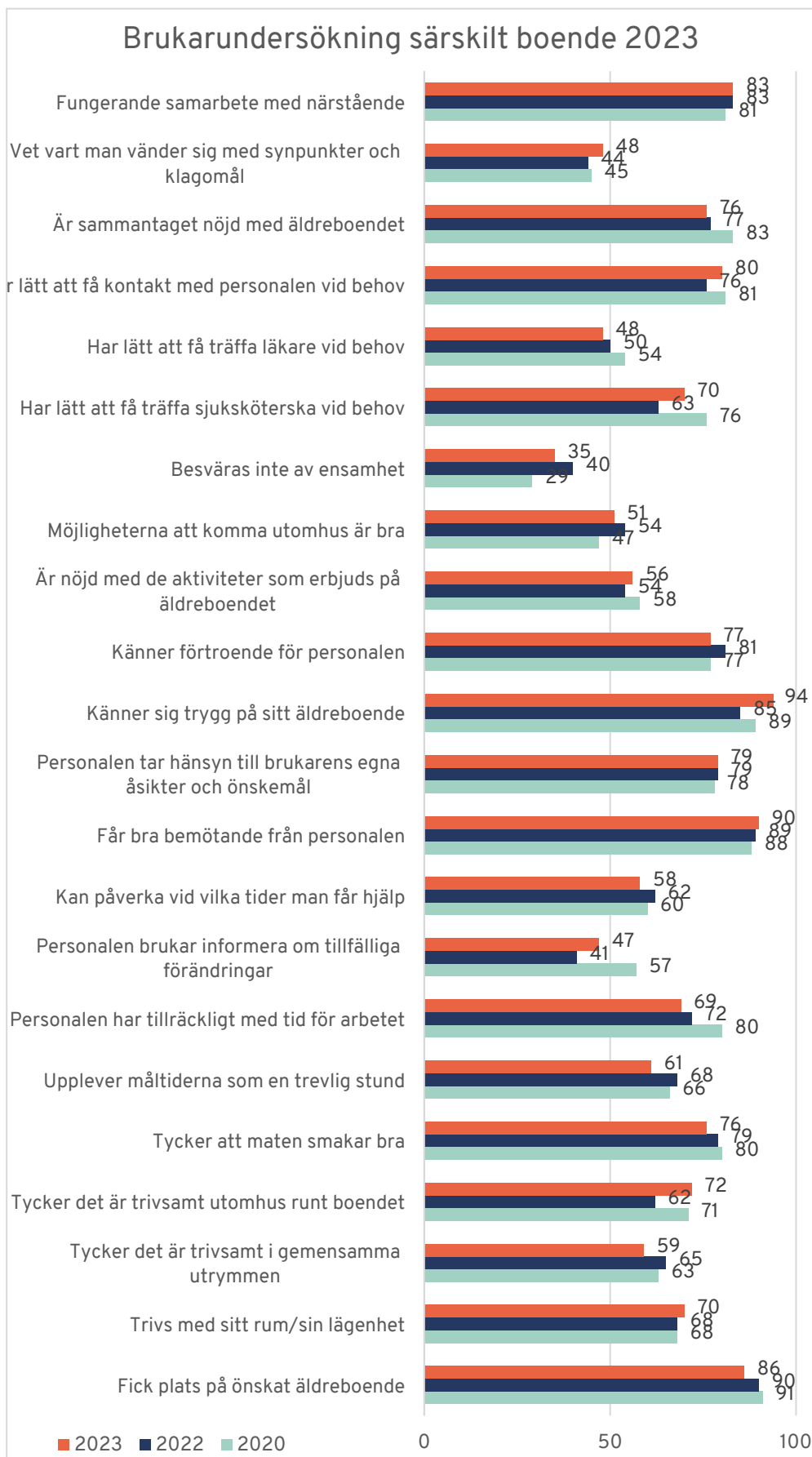
behov och resultat över tid och säkerställa att beslutade insatser ger önskat resultat och måluppfyllelse för individen. Ett arbete för att förbättra uppföljning av genomförandeplaner samt beslut har påbörjats under 2023 och kommer att fortsätta under 2024.

Under 2024 ska en helt ny socialtjänstlag presenteras och arbetet kommer att påbörjas för omställningen till en långsiktigt hållbar, mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst. De föreslagna förändringarna innebär bland annat ett tydligare fokus på förebyggande arbete. Vissa förändringar har redan skett under året som till exempel fast omsorgskontakt inom hemtjänsten.

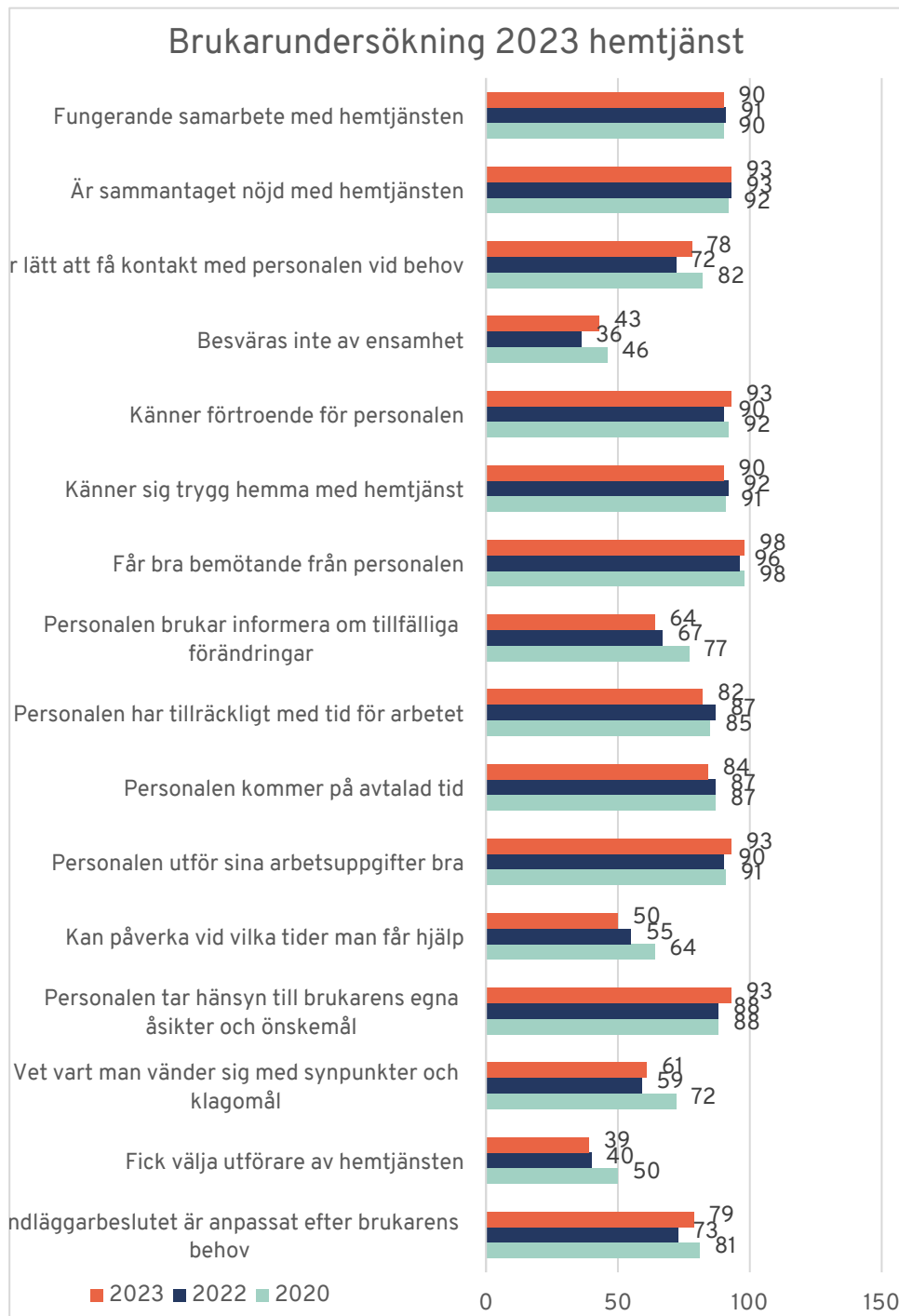
Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning av verkställigheten. Arbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen startade under 2023 och pågår fortlöpande med att informera om samt erbjuda de som bedöms vara i behov av fast omsorgskontakt. Enbart undersköterskor med formell utbildning kan bli fast omsorgskontakt.

Till sist så ska vård- och omsorgsförvaltningens arbete alltid utgå från Sölvesborgs kommuns värdegrund, vilket innebär att allt förvaltningen gör ska genomsyras av engagemang, värme och närhet.

## Bilaga 1



## Bilaga 2



# Kvalitetsberättelse 2023

Svenja Andersén, kvalitetsutvecklare

Vård- och omsorgsförvaltningen 2024-02-29

# Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

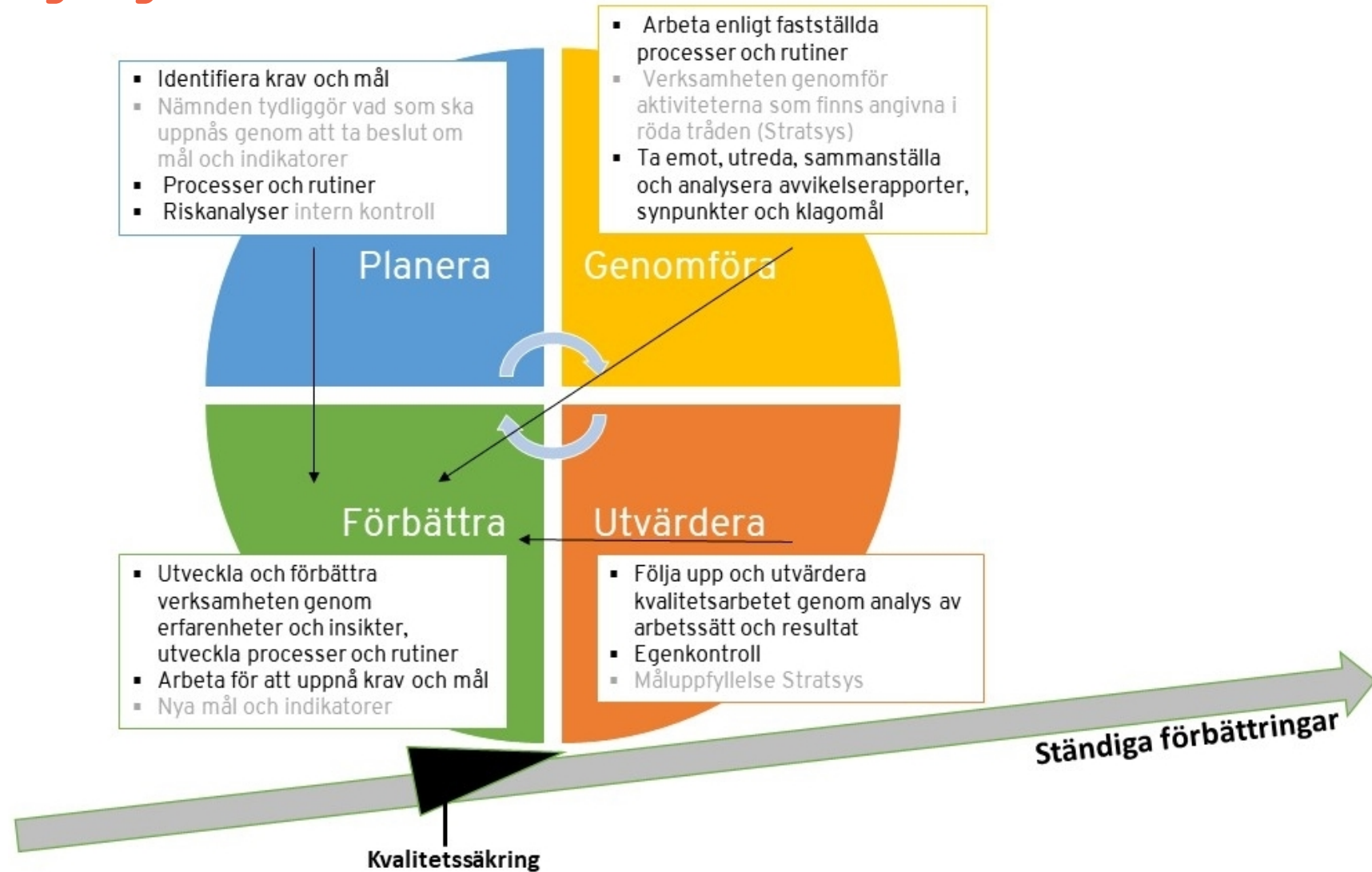
I föreskriften finns bindande regler om att nämnden:

- ✓ **systematiskt och fortlöpande** ska utveckla och säkra kvaliteten i sin verksamhet

Nämnden måste ha:

- ✓ ett **ledningssystem som anger principerna för ledning av verksamheten** (riktlinjer, processer, rutiner mm)
- ✓ ett **systematiskt förbättringsarbete** (riskanalyser, egenkontroller och avvikelser)
- ✓ **förbättrande åtgärder** för att säkra verksamhetens kvalitet utifrån resultatet av det systematiska förbättringsarbetet

# Förbättringshjulet



# Varför skrivs en kvalitetsberättelse?

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) finns ett **allmänt råd** (dvs. en generell rekommendation) **om att nämnden varje år bör upprätta en kvalitetsberättelse.**

**Av berättelsen bör det framgå:**

- ✓ hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår
- ✓ vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet
- ✓ vilka resultat som har uppnåtts

## Sammanfattning av resultat

- ✓ Fortlöpande och systematisk revidering av befintliga rutiner, identifierat nya processer och tagit fram nya rutiner samt påbörjat optimering av ledningssystemets digitala plattform.
- ✓ Systematisk översyn av de mätbara indikatorer som är kopplade till nämndens mål inför 2024 i syfte att öka mätbarhet och träffsäkerhet.
- ✓ Förebyggande arbete med riskanalyser och egenkontroller i verksamheten utifrån föreskriften har inte utförts systematiskt under året. Omtag inför 2024.  
Däremot fungerade arbetet med riskanalyser och intern kontroll enligt plan.
- ✓ Kvalitetspriset till Nordrikets hemtjänst. Nytt upplägg för 2024.
- ✓ Brukarundersökning har genomförts och resultatet har analyserats på enhetsnivå. Över lag mycket bra resultat. Förbättrande åtgärder och aktiviteter som behövs har tagits fram inför 2024.
- ✓ Avvikelsehantering inkl analys av mönster i syfte att upptäcka kvalitetsbrister har fungerat bra (klagomål och synpunkter, annan avvikelse SoL och lex Sarah)



## Klagomål och synpunkter

Under 2023 inkom **13 klagomål** och inga synpunkter.

Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitén.

Klagomålen har utredds och besvarats av berörd enhetschef enligt rutin men utifrån innehållet i klagomålet har delar av det även blivit utredda enligt lex Sarah.

Klagomålen handlade bland annat om begränsningsåtgärder, bristfällig utförda insatser och brister i kommunikation samt språkkunskaper.

## Annan avvikelse SoL

Under 2023 inkom **239 avvikelser enligt SoL.**

Avvikelserna handlade bl a om att insatser inte genomförts i enlighet med aktuell genomförandeplan eller inte har genomförts alls, brister i dokumentation och informationsöverföring.

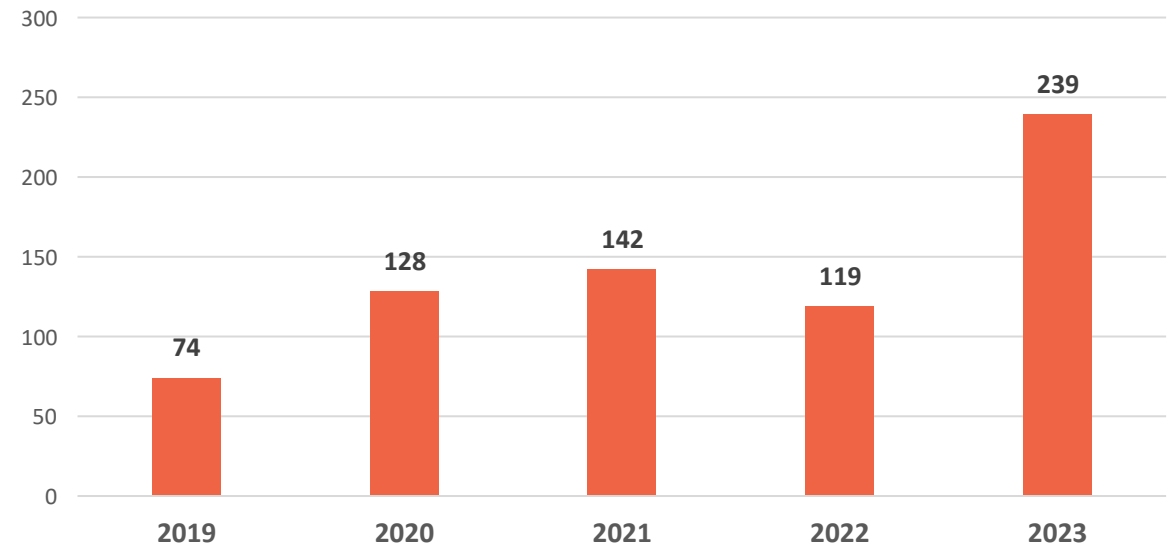
Avvikelserna har utretts och analyserats i verksamhetssystem Life Care av ansvarig enhetschef.

Nytt för 2023 är ett framtaget analysmaterial som ger möjlighet att kategorisera avvikelsetyper, både vid rapporteringstillfället men även reaktivt för att kunna se mönster.

Att kunna se mönster och trender är en viktig del systematiska kvalitetsarbete och hänger ihop med riskanalyser och egenkontroller.

Avvikelseutbildning för chefer och kvalitetsundersköterskor i mars.

Antal annan avvikelse SoL

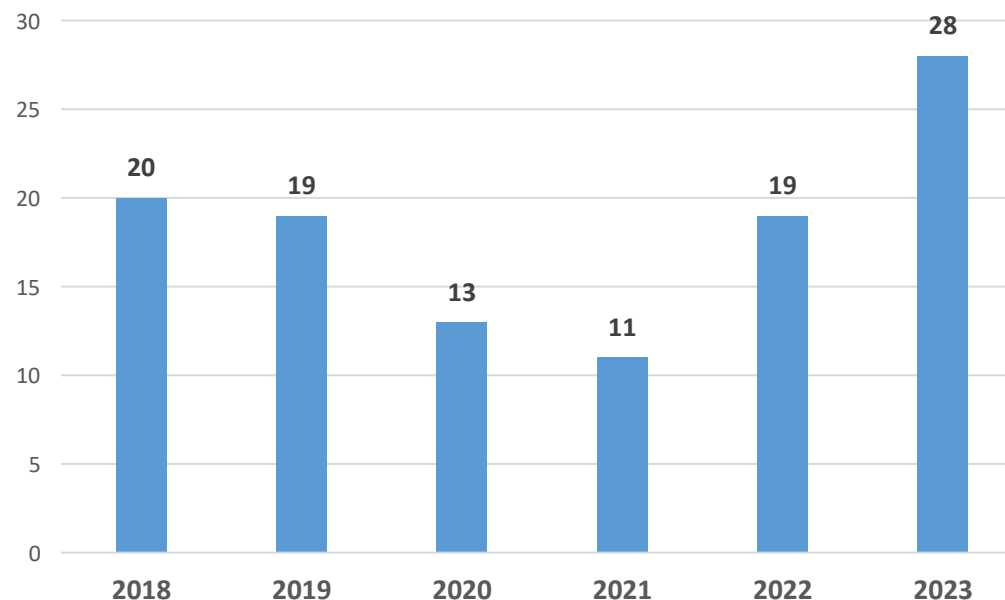


## Lex Sarah

Under 2023 inkom 28 **rapporter enligt lex Sarah**

Rapporterna handlade bland annat om brister i bemötande, brister vid palliativt vak och begränsnings- åtgärder. Procentuellt sett handlar majoriteten av rapporterna om stöld av pengar (7 st) och läkemedels-svinn avseende narkotikaklassade mediciner (5 st). Dessa händelser är även polisanmälda. Utredningar gjordes av kvalitetsutvecklare.

Antal lex Sarah utredningar



En händelse bedömdes som allvarligt missförhållande och anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg. Slutsatserna samt planerade åtgärder efter utredning i en utredning har spridits som information till verksamheten. Detta för att jobba förebyggande på både verksamhets- och systemnivå och arbeta för en lärande organisation.

## KKIK – Kommunens kvalitet i korthet

Nationell jämförelse av ett antal nyckeltal.

Projektet drivs av kommunerna, SKR och RKA (Rådet för främjande av kommunala analyser). KKik ger en bra lägesbild av kommunen som kan utgöra grund för styrning och utveckling av kommunen.

25 procent högsta resultaten får grön färg  
 25 procent lägsta resultaten får röd färg  
 50 procent i mitten får gul färg

Nyckeltal	Område	2019	2020	2021	2022	2023
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	SBG	33	45	27	37	35
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare med minst 2 besök dagligen möter under 14 dagar, medelvärde	SBG	16	15	15	15	17
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	SGB	82	83		76	76
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	SBG	92	92		93	93
Sjuksköterskor/plats i boende för särskild service för äldre, vardagar, antal	SBG	0,03			0,05	0,05
Kostnad äldreomsorg, kr/inv 80+	SBG	246088	253674	248766	256572	

Brutto kostnad minus interna inläster och försäljning till andra kommuner och regioner avseende vård och omsorg enligt SoL/HSL, dividerad med antalet invånare 80+ i kommunen den 31/12. Källa: SCB

Resultaten från 2023 visar att Sölvesborg inte på något av nyckeltalen hamnar bland de 25 % med lägst resultat och ett nyckeltal som gäller väntetid på särskilt boendeplats har förbättrats och ligger nu bland de 25 % med bäst resultat.

## Brukarundersökning

Genomfördes i början av 2023 genom enkäter till målgruppen hemtjänst och särskilt boende.

Mycket bra resultat över lag. Redovisat tidigare i sin helhet.

Analyser har gjorts på enhetsnivå och insikterna därifrån återförs till verksamheten i form av bland annat en plan för 2024 i förhållande till nämndmål och indikatorer.

Ny brukarundersökning 2024 starta inom kort.  
Förberedelserna är igång.

## Plan 2024

- ✓ Prioriterat arbete med implementering av Stratsys kvalitetsmodul i syfte att ska större systematik kring det förebyggande arbete med riskanalyser och egenkontroll av verksamhetens kvalitet.
- ✓ Ny Socialtjänstlag Omställning till en ny Socialtjänstlag påbörjas genom läges- och behovsanalyser. Förväntas träda i kraft juli 2025. Samverkan med andra kommuner.
- ✓ Fortsatt arbete med fast omsorgskontakt inom hemtjänsten. Startade 2023 och pågår fortlöpande med att informera om samt erbjuda de som bedöms vara i behov av fast omsorgskontakt. Enbart undersköterskor med formell utbildning kan bli fast omsorgskontakt.
- ✓ IBIC - Ett arbete för att förbättra uppföljning av genomförandeplaner samt beslut har påbörjats under 2023 och kommer att fortsätta under 2024.



Vård- och omsorgsnämnden

VON § 15 Dnr 2024/11

## Ekonomi- och verksamhetsinformation

### BESLUT

Informationen tas till handlingarna.

### Ärendet i korthet

Kvalitetsutvecklare informerar om inkomna lex Sarah-rapporter.

Sedan förra nämnden, den 1 februari 2024 har följande rapporter inkommit:

Nr 1374

Nr 1398

Nr 1469

Nr 1497

Förvaltningschef och verksamhetschefer redovisar siffror, prognoser och vad som är på gång för respektive verksamhet.

### Beslutsunderlag

Månadsuppföljning januari 2024 – personalkostnader

Presentation av förvaltningschef och verksamhetschefer, 2024-02-29

# Ekonomi- och verksamhetsinformation



# Verksamhetsinformation övergripande

## Pågående utredningar lex Sarah:

- Lex Sarah rapport nr 1374 - avseende läkemedelssvinn
- Lex Sarah rapport 1398 - avseende utförandet av insatser
- Lex Sarah rapport nr 1469 och 1497 - avseende teknik (dörrlarm som inte skickades till nattpatrullen)

# Förvaltningsövergripande

	Hela budgeten	Endast personalkostnader	
	Årsbudget 2024	Avvikelse januari	Prognos årsavvikelse
Förvaltningsgemensam	-18 201	-16	
HSL och myndighets- enheten	-123 253	-486	
Hemtjänst	-32 714	-355	
Särskilt boende och bemanningseenheten	-136 495	-1 469	
	<b><u>-310 663</u></b>	<b><u>-2 327</u></b>	

# HSL och myndighetsenheten

## Ekonomi

**Avvikelse: -486 tkr**

- Hemtjänstpotten står för **-456 tkr** av underskottet per februari  
*Fortsätter hemtjänsttrenden kan års-avvikelsen hamna i storleksordning 3-4 miljoner.*

# Verksamhetsinformation HSL och myndighetsenheten

- Semestervikarie myndighetsenheten klar, extra positivt då det är frukten av utökat samarbete med Linné universitetet.
- Semestervikarier sjuksköterskor, går trögt som förväntat men tack vare ”pensionärer” är prognosen att förutsättning finns för en hållbar semester även 2024
- Ensolution nyligen presenterat resultatet av kubemätningarna på säbo, bland annat togs upp att säbobesluten verkar konsekventa och likabehandlade, särskilt glädjande med tanke på den revisionsrapport som PwC presenterade för några år sedan.

# Hemtjänst

**Avvikelse : - 355 tkr**

- Administration -43 tkr
- Grupperna -337 tkr
- Teknikteamet – 90 tkr
- Övriga insatser + 100 tkr

# Verksamhetsinformation hemtjänst

- Semesterrekrytering
- Heltid som norm
- Körkortsutbildning
- Nya schablontider – alla genomförandeplaner är uppdaterade
- 4 st omsorgsadministratörer ingår i verksamhetsområdet from 240311.

# Verksamhetsinformation

## Särskilt boende och bemanningseenheten

Avvikelse : -1 469 tkr Årsprognos: 0 tkr

- Administration - 9 tkr
- Bemanningseenheten + 187 tkr
- Särskilda boenden - 1 603 tkr
- Dagverksamhet + 11 tkr
- Korttidsboende - 56 tkr

# Verksamhetsinformation

## särskilt boende och bemanningsenheten

### Obokad tid Januari

**Säbo –korttid:** 483 h \* 331 kr (dag)= 159 873 kr

- Obokade tid (hela arbetspass): 175 h
- Ösg tillgänglig ("slattar"): 308 h

**Bemanningsenheten- Resursen :** 27,75 h \* 331 kr = 9 tkr



# Verksamhetsinformation

## Särskilt boende och bemanningseenheten

### Vad kostar ett dygn på särskilt boende gällande personalkostnader

Fördelning av dygnets timmar är 14,75 h/dag-kväll och 9,25 h/natt

			Timkostnad	Timkostnad		
			331	382		
	Antal h/mån dagtid	Antal h/mån natt	Kostnad dagtid	Kostnad natt	Total kostnad jan	Kostnad /dygn
jan 31 dagar	457	287	151 267	109 634	260 901	8416
feb 29dagar	413	259	136 703	98 938	235 641	8126

# Verksamhetsinformation

## särskilt boende och bemanningseenheten

### Särskilt boende

- Digitala boendelås

- |                    |                 |                  |                |
|--------------------|-----------------|------------------|----------------|
| – Solgården 1:     | 11 avaktiverade | – Solgården 2:   | 2 avaktiverade |
| – Slottsgården 1-2 | 3 avaktiverade  |                  |                |
| – Gerbogården 1:   | 2 avaktiverade  | – Gerbogården 2: | 0 avaktiverade |

- Kubenmätning

Resultatet visa att säbo i nuläget har högre bemanning än brukarnas behov. Resultatet ska analyseras och arbetas vidare med kopplat till lediga lägenheter och bemanningsekonomi.

- Lediga lägenheter, 11 st

- |                  |                        |
|------------------|------------------------|
| – Solgården 1:   | 1 demens               |
| – Solgården 2:   | 1 demens               |
| – Slottsgården 2 | 1 somatik              |
| – Gerbogården 1: | 3 demens och 1 somatik |
| – Gerbogården 2: | 4 demens               |

# Verksamhetsinformation

## särskilt boende och bemanningsenheten

### Bemanningsenheten

- Förberedande överlämning pågår via enhetschef för bemanningen och lönechef.
- Enhetschef för bemanningen lämnar sitt uppdrag 240308
- LAS 5:2 – Säbo 8 st, Hemtjänst 3 st, SSB 2 st, Resursen 1 st
- Utbildning i controllermodulen och inställningar av system pågår

"Du är professionell och en person man alltid kan räkna med"



"Du har ett imponerande tålamod"



"Du ger en känsla av trygghet på arbetsplatsen"

"Du är smart och man är alltid trygg med dina beslut"



Världens BÄSTA



"Du delar med dig av dina kunskaper"



"Du är en rolig person som alltid bjuder upp till skratt i teamet"



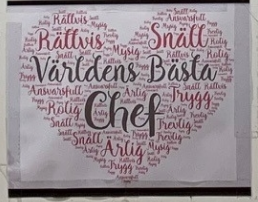
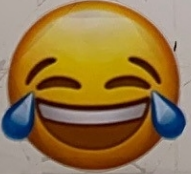
Kollegor och chef



"Din energi är fantastisk att ha omkring sig"

"Du är lösningsorienterad och lyckas alltid hitta smarta förbättringar inom allt"

"Du är en bra kollega och som med tiden även blivit en trofast vän"



Good Person  
Good Leader  
Good Boss



# Frågor?



## Med dig i fokus

Hos oss ska du leva ett självständigt, tryggt och meningsfullt liv i gemenskap med andra. Du ska fortsätta att vara den du alltid varit och få njuta av vad du tycker om och bli sedd för den du är.



Vård- och omsorgsnämnden

VON § 16 Dnr 2023/32

## Svar i tillsynsärende gällande medicinsk vård och behandling för äldre på särskilt boende

### BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden godkänner förvaltningens redovisning som skickas till Inspektionen för vård och omsorg senast den 15 mars 2024.

### Ärendet i korthet

André Jönsson, verksamhetschef HSL och myndighetsenheten går igenom vård- och omsorgsförvaltningens förslag till redovisning.

Redovisningen ska vara IVO tillhanda senast den 15 mars 2024.

### Bakgrund

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) har utfört en tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre som drivs av vård- och omsorgsnämnden i Sölvesborgs kommun.

I tillsynen har IVO granskat:

- Individuell bedömning och kompetensnivå
- Dokumentation och personalkontinuitet
- Läkemedelshantering
- Vård i livets slutskede

Tillsynen gjordes under början av 2023 genom:

- Intervjuer med personer som bor på kommunens särskilda boende.
- Gruppintervju med sjuksköterskor som arbetar med hälso- och sjukvårdsinsatser på kommunens särskilda boende.
- Dialog med ansvarig ledning för hälso- och sjukvården; nämndens ordförande, förvaltningschef, verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

### Beslutsunderlag

Formulär för återredovisning, Joakim Vobern, MAS, André Jönsson och Kate Olsson, verksamhetschefer, 2024-02-27

Presentation av IVO-svar, André Jönsson, 2024-02-29

Exp.

Inspektionen för vård- och omsorg

# Återredovisning till IVO angående:

**”Nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av kommunen”**

# Vad har hänt?

- Under 2022-2023 granskade IVO samtliga kommuner i Sverige med anledning av att man vid flera tillsyner 2020-2021 funnit brister i hur vården fungerat för patienter som insjuknat i Covid-19
- Februari 2023 Intervjuades Sölvesborgs omsorgsledning, nämndsordförande, sjuksköterskor och patienter i särskilt boende
- Den 25 maj 2023 inkom beslut om begäran från IVO, att redovisa åtgärder mot brister man funnit vid tillsynen
- Förvaltningens åtgärder redovisades den 14 augusti 2023
- Nytt beslut från IVO om begäran om ytterligare redovisning kring hur åtgärderna följts upp, kom senare under hösten 2023 med sista svarsdatum den 15 mars 2024.
- I januari kom besked på IVO-webinarium att väldigt många kommuner haft svårt att redovisa hur man följt upp sina åtgärder, därför har IVO byggt om sitt formulär för återredovisning vilket inkom till förvaltningen den 15 januari 2024.



Har nämnden följt upp de åtgärder som vidtagits för att säkerställa att all vård- och omsorgspersonal har den kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras?

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

Ja helt

- ✓ Journalgranskning har visat att baspersonalens rapportering av vitalparametrar i större omfattning sker korrekt och strukturerat via format SBAR.
- ✓ Vid gruppintervju av sjuksköterskorna tillsammans med MAS och enhetschef, vittnades om att baspersonalen nu är trygg, mer observant och strukturerad i sin bedömning av patienternas förändringar i tillstånd.
- ✓ Uppföljande avstämningsmöte med vårdcentral visade på samma uppnådda effekt, en korrekt och strukturerad rapportering från kommunens baspersonal gällande patienterna.

Har nämnden följt upp att vidtagna åtgärder avseende vård- och omsorgspersonalens kompetens fått avsedd effekt för patienterna?

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

Ja helt

- ✓ Andel återinläggningar till slutenvård (sjukhus) har i minskat från 26% till 20%.
- ✓ Inget fall av t.ex. stroke där patient uppvisat tidiga tecken som inte rapporterats vidare till legitimerad personal så att strokebehandling inte kommit igång skyndsamt, har identifierats sedan utbildningsåtgärder och utrustning för kontroll av vitalparametrar sattes in för all baspersonal.

Har nämnden följt upp de åtgärder som vidtagits för att säkerställa att all vård- och omsorgspersonal har den språkkunskap och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt som krävs för att ge en patientsäker vård?

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

- Ja helt
- Ja delvis

- ✓ Metodutvecklare har tillsammans med kvalitetsundersköterskor gått igenom samtliga genomförandeplaner och granskat omsorgsdokumentation. Ett fåtal språkliga otydligheter har identifierats och i dessa fall har konkret stöttning skett, så att det skrivna språket i samtliga genomförandeplaner numera kan tydas enhetligt.
- ✓ Samtliga ansvariga enhetschefer för baspersonal på säbo, har arbetat aktivt med de personer (ett fåtal) som haft utmaningar språkligt genom att dessa inte hamnar i riskfyllda situationer tex ensamarbete, samt stöttat deras språkutveckling och vidare utbildning via äldreomsorgslyftet.

**Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de åtgärder som ännu inte följts upp?  
*Endast ett svarsalternativ kan anges***

**Ja helt**

**Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp de åtgärder som ännu inte har följts upp för att säkerställa att vård- och omsorgspersonalen har den språkkunskap och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt som krävs för att ge en patientsäker vård.**

- ✓ Beslut att ansöka om att ingå i Vård och omsorgscollege är nu taget (januari 2024) och certifieringsprocessen pågår. Nämnden planerar följa upp hur de språkombud som kommer ingå i verksamheten via vård och omsorgscollege(startdatum finns i dagsläget inget fastställt), lyckas arbeta vidare med det fåtal personer med språkutmaningar som anställts innan fullgjort godkänt språktest med vårdinriktning, blev ett krav före anställning i verksamheten.
- ✓ Språkombuden kommer även stötta utvecklingen hos elever med sådana behov under den arbetsplatsförlagda utbildningen, så att de kan bli godkända anställningsbara vårdbiträden och undersköterskor.

Har nämnden följt upp att vidtagna åtgärder avseende vård- och omsorgspersonalens språkkompetens fått avsedd effekt för patienterna?

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

Ja helt

- ✓ Enhetscheferna för säbo angav februari 2024 via strukturerat frågeformulär till verksamhetschef, att språksvårigheter som påverkar säkerheten i vården och omsorgen inte föreligger hos baspersonalen efter de åtgärder verksamheten satt in under 2023.

Har nämnden följt upp de åtgärder som vidtagits för att säkerställa att sjuksköterskorna har förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal i både hälso- och i sjukvård samt delegerade uppgifter?  
*Endast ett svarsalternativ kan anges*

Ja helt

- ✓ Verksamheten har tillsatt mer sjuksköterskeresurser för att frigöra mer tid för delegeringsprocessen, en utökning med 1.0 åa. Tjänsten tillsatt andra halvan 2023, tidigare hade endast en sjuksköterska detta uppdrag. Framledes är det två stycken som har det som deluppdrag i tjänsten.
- ✓ Avsatt tid är 6 timmar per vecka för sjuksköterskeorganisationen att hålla i delegeringsutbildning för nya samt repetition, baspersonalens närvaro följs och registreras vid alla utbildningstillfällena.

Har nämnden följt upp att vidtagna åtgärder avseende sjuksköterskornas förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal fått avsedd effekt för patienterna?

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

Ja helt

- ✓ Handledande sjuksköterskors uppföljande samtal med baspersonal, har påvisat ökad trygghet i utförandet av delegerade arbetsuppgifter.
- ✓ Egenkontroll av web-baserad utbildning gällande läkemedelsdelegering för legitimerad personal, visade på komplett deltagande med godkänt resultat.

Har nämnden följt upp de åtgärder som vidtagits för att säkerställa att patienten får en god och säker vård i livets slutskede?

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

Ja helt

- ✓ Eftersom verksamheten efter övergång till Lifecare HSL började använda Kvå-koden XV018, kan vi lättare journalgranska och genom journalgranskning har det säkerställts att andelen brytpunktssamtal har ökat. Detta framgår även i det palliativa registret med bättre resultat.
- ✓ Verksamheten följer resultaten i palliativa registret, vilket också uppvisar bättre siffror gällande att inte avlida i ensamhet.
- ✓ I journalen framgår bedömningen av 0-HLR numera tydligt både för baspersonal och SSK.
- ✓ I en enkät med hälsoval Blekinge framkommer att sjuksköterskorna inte bara upplever ett bättre stöd och närvaro av läkare generellt, utan även specifikt i den palliativa vården.



## Har nämnden följt upp att vidtagna åtgärder avseende patientens vård i livets slutskede fått avsedd effekt för patienterna?

*Endast ett svarsalternativ kan anges*

Ja helt

- ✓ Den tydligare dokumentationen har lett till samsyn i patientens vård i livets slutskede, både för patienten, dess närstående och personalen. Detta har även medfört en tydlighet gällande om sjukhusvård skall påkallas eller inte.
- ✓ Alla berörda har nu samma insyn i planeringen av vården i livets slutskede, vilket skapat en ökad trygghet.
- ✓ Andelen brytpunktssamtal har ökat från 65% till 91% i den senaste mätningen.

Vård- och omsorgsnämnden

VON § 17 Dnr 2023/93

## Intern kontroll 2024

### BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden godkänner föreslagen intern kontrollplan för 2024.

### Ärendet i korthet

Intern kontroll är en del av nämnder och styrelserns arbete för att säkerställa att risker i verksamheten identifieras, minimeras samt att avvikelser åtgärdas kontinuerligt. Detta för att verksamheten inte ska riskera bryta mot lag, förordning, författning eller reglementen i övrigt. I nämnds uppdrag utifrån den interna kontrollen ingår att kontinuerligt kartlägga och identifiera risker i det som utgör nämndens styrning av verksamheten. Identifierade risker utgår från nämndens uppdrag vilka är beslutade i kommunfullmäktige i form av mål och reglemente.

Vård- och omsorgsförvaltningen redovisade på vård- och omsorgsnämnden den 14 december 2023 en bruttorisklista där identifierade risker var riskbedömda utifrån matrisen risk och väsentlighetsanalys.

De kontrollområden som föreslås för intern kontrollplan 2024 är:

- Kompetensförsörjning
- Införande av välfärdsteknik för kommuninvånarna
- Införande av digitala arbetssätt för medarbetarna

### Bakgrund

Styrelser och nämnder ansvarar för den interna kontrollen enligt kommunallagen (SFS 1991:900) 6 kap 7 §. Syftet med den interna kontrollen är att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Enligt kommunallagen ska den interna kontrollen vara tillräcklig, bygga på en risk- och väsentlighetsanalys och se till att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

### Beslutsunderlag

Intern kontrollplan vård- och omsorgsnämnden 2024  
Matris för risk- och väsentlighetsbedömning samt bruttorisklista  
Beslut VONAU 2024-02-15, § 11  
Presentation, Svenja Andersén, kvalitetsutvecklare, 2024-02-29

### Exp.

Revisorerna  
Camilla Ryrstedt, verksamhetschef hemtjänst  
Kate Olsson, verksamhetschef särskilt boende och bemanning



Vård- och omsorgsnämnden

André Jönsson, verksamhetschef HSL och myndighet

Cecilia Järlemyr, HR-specialist

Martin Björkquist, IT-samordnare

Patrik Edvardsson, IT-samordnare

## Intern kontrollplan för vård- och omsorgsnämnden 2024

### Kontrollområde: Kompetensförsörjning

Identifierad risk	Kontrollmoment	Metod för kontroll	Kontrollfrekvens	Ansvarig för kontroll	Rapportering
Att medarbetare utan formell kompetens anställs.	Vid anställning	Anställningsavtalet	Två gånger per år	HR-specialist	Redovisning ska ske på vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott i april och september.
Att resurser inte finns för att möta behovet år 2030?	Inventering per verksamhetsområde	Statistik	Regelbunden uppföljning	Respektive verksamhetschef	Redovisning ska ske på vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott i april och september.
Att svårigheten med att rekrytera legitimerad personal och övriga professioner ger konsekvenser i verksamheten.	Rekrytering som inte har genomförts och varför den inte har det.	Ta fram perioder som medarbetare har saknats utifrån att rekrytering inte har kunnat göras.	I samband med rekrytering dokumentera rekryteringar som inte har gjorts inom önskad tid.	HR-specialist	Redovisning ska ske på vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott i april och september.

## Intern kontrollplan för vård- och omsorgsnämnden 2024

### Kontrollområde: Införande av välfärdsteknik för kommuninvånarna

Identifierad risk	Kontrollmoment	Metod för kontroll	Kontrollfrekvens	Ansvarig för kontroll	Rapportering
Att förvaltningen inte kan rekrytera medarbetare för att möta de kommande behoven när det blir fler äldre. Välfärdsteknik behöver därför vara ett komplement för de äldre som önskar det.	Ta fram nya produkter som ska testas av kommuninvånare.	Statistik Intervju	Två gånger per år	IT-samordnarna	Redovisning ska ske på vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott i maj och oktober.

### Kontrollområde: Införande av digitala arbetssätt för medarbetarna

Identifierad risk	Kontrollmoment	Metod för kontroll	Kontrollfrekvens	Ansvarig för kontroll	Rapportering
Att medarbetarna inte använder digitala arbetssätt som är implementerade. Risken är att det blir en teknisk leverans men att medarbetarna inte kompetensutvecklas i samma takt.	Implementeringsplan inklusive utbildning ska alltid finnas vid en teknisk leverans samt inventering av nya behov av utbildningar.	Utbildningar är genomförda utifrån behov.	Två gånger per år.	IT-samordnarna	Redovisning ska ske på vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott i maj och oktober.



Vård- och omsorgsnämnden

VON § 18 Dnr 2024/6

## Nya kriterier för kvalitetspriset fr o m 2024

### BESLUT

Vård- och omsorgsnämnden godkänner föreslagna ändringar av kriterier för tilldelning av vård- och omsorgsnämndens kvalitetspris.

### Ärendet i korthet

Förvaltningen vill tydliggöra kriterierna för att vinna kvalitetspriset och därför koppla urvalskriterierna direkt till nämndens arbete med budget, mål och indikatorer. Kvalitetspriset ska stimulera cheferna att synliggöra enhetens målstyrningsarbete för sina medarbetare och på det sättet involvera varje enskild medarbetare. Detta bjuder in till delaktighet och möjlighet att ständig kunna påverka och förbättra kvalitén i arbete, dvs. utveckla kärnverksamheten och göra det bättre för medborgarna.

Nytt förslag är att den verksamhet som genom sitt arbete och sina aktiviteter kopplade till nämndens mål och mätbara indikatorer har förbättrat sina resultat bäst och når högsta resultat eller uppnår störst förbättring av resultat tilldelas årets kvalitetspris. Utgångspunkten är föregående års resultat. Priset delas ut i februari månad. Första gången priset delas ut utifrån uppnådda resultat blir i februari 2025 då budgetåret 2024 bedöms.

### Bakgrund

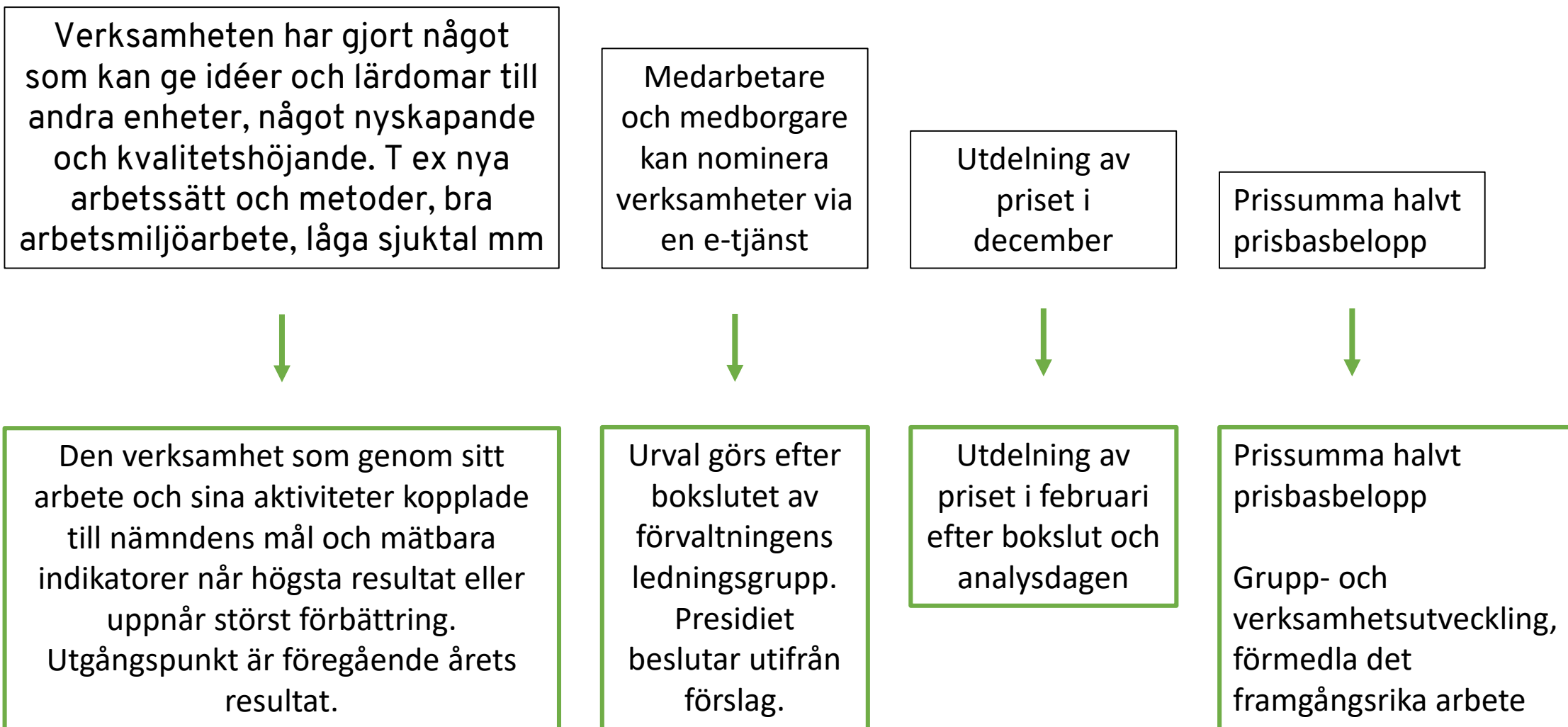
Tidigare krav för att få priset har varit att verksamheten ska ha gjort något som andra enheter kan få idéer och dra lärdomar av som t ex nya arbetssätt eller metoder som riktar sig direkt till kommuninvånarna. Det kunde också gälla sådant som riktar sig till personalen, eftersom en bra arbetsmiljö och låga sjuktal också är till nytta för kommuninvånarna.

Nomineringar av verksamheter togs emot under en fastställd period under sommaren av såväl medarbetare som medborgare.

### Beslutsunderlag

Kvalitetsutvecklare Svenja Anderséns tjänsteskrivelse, 2023-02-08  
Beslut VONAU 2024-02-15, § 13

# Ändringar vård- och omsorgsnämndens kvalitetspris 2024





Vård- och omsorgsnämnden

VON § 19 Dnr 2024/22

## Kö- och beläggningsstatistik 2024

### BESLUT

Informationen tas till handlingarna.

### Ärendet i korthet

Information av nämndsekreterare Camilla Eriksson angående disponibla platser/lägenheter i särskilda boende, antal sökande samt kostnader för institutionsplacerade och utskrivningsklara under januari 2024.

### Beslutsunderlag

Köstatistik januari 2024

Beläggningsstatistik januari 2024



Vård- och omsorgsnämnden

VON § 20 Dnr 2024/1

## Anmälan av delegationsbeslut

### BESLUT

Anmälningarna läggs till handlingarna.

- 
- 267 st meddelade delegationsbeslut rörande hemtjänst och särskilda boenden under januari 2024.
    - Biståndshandläggare – 265 bifall
    - Enhetschef – 2 bifall
  - Av Annelie Kjellström, förvaltningschef, meddelade delegationsbeslut gällande 2 st lex Sarah-utredningar enligt 14 kap 6 § SoL om missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande.

Nr 1245 – Dnr 2024/9.

Nr 1337 – Dnr 2024/15.



Vård- och omsorgsnämnden

VON § 21 Dnr 2024/2

## Meddelande

### BESLUT

Meddelandena läggs till handlingarna.

1. Beslut 2024-02-12 från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gällande anmälan enligt lex Sarah. IVO avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder. Dnr 2023/96.
2. Beslut 2024-02-13 från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gällande anmälan enligt lex Maria. IVO avskriver ärendet från vidare handläggning. Dnr 2024/16.
3. Verksamhetsplan år 2024 Timansstenar.
4. Mål 2024 Norlandia Care Timansstenar.
5. Protokoll från politisk samverkan vård och omsorg (PSVO), 2024-01-19.

## Signering

Följande parter har signerat detta dokument

**Namn:** Camilla Eriksson

**Datum:** 2024-03-06 14:56

**Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:**

FD91FF4FDAAD230FB7E13D22455099909383C8C1E341E9648B9670A63C232B94

**Namn:** Lina Märta Jörnkrans

**Datum:** 2024-03-05 08:24

**Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:**

FD91FF4FDAAD230FB7E13D22455099909383C8C1E341E9648B9670A63C232B94

**Namn:** Paul Johan Gottfrid Andersson

**Datum:** 2024-03-06 15:45

**Signerat kryptografiskt SHA-256 hashvärde:**

FD91FF4FDAAD230FB7E13D22455099909383C8C1E341E9648B9670A63C232B94