



Sammanträdesprotokoll Socialnämnden

Sammanträdesdatum	2025-02-19
Plats och tid	Vargön kl. 09:45-15:30
Beslutande	Se sida 2
Övriga deltagare	Se sida 2
Sekreterare	Celina Bergvall

Protokolljustering

Följande parter justerar detta protokoll genom digital signering.

Justeringens plats och tid	Digital justering 2025-02-21 kl. 13:00
Paragrafer	§§29-42
Ordförande	Sven-Gösta Pettersson
Justerare	Berit Lundgren

Tillkännagivande

Protokollet är justerat. Justeringen tillkännages på kommunens digitala anslagstavla.

Beslutsinstans	Socialnämnden
Sammanträdesdatum	2025-02-19
Publiceras	2025-02-21
Avpubliceras	2025-03-17
Protokollets förvaringsplats	Socialtjänsten
Tillkännages av	Celina Bergvall



Närvarande på sammanträdet

Beslutande

Sven-Gösta Pettersson (S) (ordförande)

Britta Lysholm (C) (vice ordförande)

Ellinor Sandlund (M)

Cristian Bergvall (S)

Daniel Bergman (M)

Mojgan Azari (S)

Maria Fäldt (V)

Berit Lundgren (KD)

Malin Markström (SJV)

Christina Sandkvist (S) ersätter Stefan Sävenstedt (S)

Mikael Wikström (M) ersätter Evelina Blom (C)

Marlene Källström (SD) ersätter Magnus Häggblad (SD)

Övriga deltagare

Eva Börjesson-Öman (Förvaltningschef)

Sara Granström (Socialsekreterare) §29

Therese Lindström Bodin (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) §30

Monica Wiklund Holmström (Avdelningschef) §§31-32



Innehållsförteckning

sid

Hittade inga poster för innehållsförteckning.



§ 29 Handlingsplan Våld i nära relation 2025

Diariernr 25SN23

Beslut

Socialnämnden beslutar att anta den reviderade handlingsplanen Våld i nära relationer 2025.

Ärendebeskrivning

Handlingsplan mot våld i nära relation ska revideras årligen.

Handlingsplanen har reviderats enligt nedanstående:

Innehåll som ändrats i handlingsplanen:

- Nytt: barnkonsekvensanalys s. 10
- Nytt: Lagen om barn i skyddat boende (2024:79)
- Ändrat: Utvärdering av insatser gällande SU-kvinnofrid, projektet avslutat

Yrkanden

Sven-Gösta Pettersson (S): Bifall till Socialnämndens arbetsutskotts förslag.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition och finner att det endast föreligger ett förslag vilket blir Socialnämndens beslut.

Beslutsunderlag

- Handlingsplan Våld i nära relation 2025

Handlingsplan Våld i
nära relation 2025

§29
25SN23

...

Handlingsplan mot våld i nära relation

**Socialtjänsten Piteå kommun
2025**



Bildkälla: Pixabay



Innehåll

1. Inledning	3
2. Att förstå våld i nära relationer	3
3. Våldets olika former och andra viktiga begrepp.....	4
4. Målgrupper för skydds- och stödinsatser.....	5
5. Särskilt utsatta grupper.....	6
6. Konsekvenser av våldet	7
7. Lagstiftningens utveckling och styrande dokument.....	9
8. Kommunens olika roller	13
9. Operativa mål, strävansmål och uppföljning	15
10. Avgränsningar.....	15
11. Rutiner utifrån operativa mål.....	16
12. Kartläggning av behov.....	16
13. Insatser som erbjuds	16
14. Kompetenser och metoder	16
15. Samverkan.....	17
16. Utvärdering av insatser	17
17. Viktiga kontakter och telefonnummer.....	19



I. Inledning

Våld i nära relationer är en kränkning av mänskliga rättigheter och ett stort folkhälsoproblem som kan få allvarliga konsekvenser för den som utsätts. Det vanligaste är att kvinnor utsätts för våld i nära relationer och att våldet utövas av en manlig partner. Det är också vanligare att kvinnor utsätts för grovt och upprepat våld i en nära relation. Alla som blir utsatta för våld i nära relationer, oavsett kön eller könsidentitet, har rätt till stöd och skydd.

Denna handlingsplan utgår från Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter om socialtjänstens arbete med våldsutsatta, barn som bevittnar våld och personer som utsätter närstående för våld, HSLF-FS 2022:9.

Det primära syftet med handlingsplanen är att säkerställa att den som utsätts för våld, eller barn som upplevt våld i en nära relation, ska få den hjälp och det stöd som behövs och att stödet svarar upp mot lagstiftningen. Mot bakgrund av detta ska handlingsplanen beskriva den operativa ordningen för arbetet med skydds- och stödsatser. Detta för att skapa uppföljningsbarhet och förbättringsmöjligheter kring rutiner, arbetssätt och processer.

2. Att förstå våld i nära relationer

Våld i nära relationer handlar om upprepade handlingar som formar ett mönster över tid. Våldet kan ta sig synliga och fysiska uttryck i form av grova brott som misshandel, våldtäkt eller allvarliga hot. Oftast, framförallt i tidigare skeden, verkar dock våldet subtilt och mer i det dolda. Det kan då t ex handla om att bli förlöjligad, hånad, nedvärderad, ifrågasatt kring sociala kontakter eller att fråntas ekonomiska resurser. Ofta sker en kombination av psykiskt, sexuellt och fysiskt våld som trappas upp allt mer. En gemensam nämnare är att den utsattes handlingsmöjligheter begränsas genom maktutövning och kontroll. Utövaren får den andre att utföra vissa typer av handlingar eller beteenden genom tvång, eller till att avstå från önskade handlingar.

Vad menas då med nära relation? Enligt brottsofferparagrafen¹ bör någon betraktas som närstående om det finns en nära och förtroendefull relation mellan den som utövat våldet och den som utsatts. Detta kan omfatta att parterna är eller har varit gifta, sambos eller särbos, eller har gemensamma barn. Att det finns en nära relation innefattar även andra i familje- och släktkonstellationer, t ex föräldrar, mor- och farföräldrar, mosttrar/fastrar, farbröder/morbröder, syskon, barn och barnbarn.

Att bevittna våld innebär att se eller höra våldet, uppleva våld med olika sinnen eller att via stämningen känna av att våld förekommer eller har förekommit. För den som bevittnar våld kan det vara lika allvarligt att uppmärksamma konsekvenserna av våldshandlingar som att se eller höra själva våldet.

¹ Socialtjänstlagen 5 kap § 11



3. Våldets olika former och andra viktiga begrepp

Begreppet våld och övergrepp mot närstående kan enligt Socialstyrelsen indelas i fem huvudgrupper. I regel förekommer en kombination av dessa former av övergrepp.

Fysiskt våld kan innebära att förövaren biter, river, drar i håret, bränner, skakar eller knuffar. Det kan också bestå av örfilar, knytnävsslag, slag med tillhyggen, knivstick, sparkar, stryptag.

Psykiskt våld kan handla om hot, tvång, trakasserier, glåpord och förlöjliganden. Den våldsutsatta kan också utsättas för kontroll och social isolering. Även våld mot husdjur kan räknas till den psykiska utsattheten.

Ekonomiskt våld kan handla om att den utsatta inte har insyn i ekonomin, stölder av pengar och värdesaker, utpressning och förskingring och att man felaktigt utger sig för att företräda den utsatta.

Sexuellt våld kan innebära olika former av sexuellt påtvingade handlingar som att tvinga den utsatta att se på pornografi, samlag utan samtycke, könsstympning, sexuella trakasserier samt att använda ett sexuellt kränkande språk.

Försummelse och vanvård (speciellt bland äldre och personer med funktionsnedsättning) kan exempelvis bestå i att den utsatta inte får behövlig hjälp med mat, medicin eller hygien. Den utsatta kan förvägras hjälp med att komma ur sängen eller få felaktig medicinering, att sakna tillgång till telefon och andra hjälpmedel mm.

Andra begrepp som förekommer är **latent våld** som yttrar sig i stark ilska och aggressivitet som inte är uttalad men som till exempel visar sig genom kroppsspråket och som skapar otrygghet och rädsla hos den andre. Det latent våldet är ständigt närvarande i kraft av sin möjlighet. Den som utsätts för våld i en nära relation lever i ständig beredskap och risken för nytt våld skapar ett strategiskt anpassat beteende hos den utsatte för att undvika våld.

Hedersrelaterat våld och förtryck motiveras av att upprätthålla en familjs/släkts heder. Kontrollen kan gälla socialt umgänge, rörelsefrihet, utbildning, jobb, barnäktenskap, tvångsäktenskap och könsstympning. Hedern bevaras genom att kontrollera flickor och kvinnors sexualitet och oskuld. Våldet utövas kollektivt av flera personer i ett nätverk.

Prostitution och människohandel är en situation där ett köp, eller ett försök till köp, av sexuell tjänst av en annan person förekommer. Att handla med människor är en av de allvarligaste formerna av organiserad brottslighet. Människohandel kränker den drabbades rätt att bestämma över sitt liv och sin kropp och innebär en stor utsatthet för den som är drabbad.

Normaliseringsprocessen är det som gör att det psykiska och fysiska våldet kan fortgå i förhållandet och även öka i frekvens och omfattning med tiden. I ett förhållande som är fritt från våld i alla former ses det som normalt att det inte förekommer våld. Men i ett våldsamt förhållande blir våldet ett normalt inslag i förhållandet, och våldsamma handlingar och beteenden blir en del av vardagen.



Eftervåld är våldet som fortsätter efter att en våldsam relation tagit slut. Det finns en föreställning om att våldet tar slut om den våldsutsatta lämnar våldsutövaren vilket ofta inte är fallet. Våldet kan förvärras och intensifieras under och efter ett uppbrott och upplevs ofta som lika fruktansvärt som våldet som förekom i relationen. Några exempel kan vara ryktesspridning, användandet av barnen som hämd, hämdporr, stalking och digitalt våld.

4. Målgrupper för skydds- och stödinsatser

Handlingsplanen är avgränsad till att gälla våld som sker i nära relation och inbegriper inte våldsbrott generellt. Enligt socialtjänstlagen har socialnämnderna ett ansvar för stöd till följande målgrupper:

Stöd till brottsoffer

Socialtjänstlagen föreskriver att behövligt bistånd utifrån individuell bedömning ska beviljas brottsoffer och dennes närstående, ifall stödbehov inte kan tillgodoses av målgruppen själv eller på annat sätt.

Det finns skyldighet med skydds- och stödinsatser i det akuta skedet, men även att ge stöd av mer långsiktig karaktär som kan förändra situationen för den som är våldsutsatt.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2022:9 ska insatser erbjudas på kort och lång sikt till våldsutsatta vuxna samt till de under 18 år som utsatts för våld, andra övergrepp eller hedersrelaterat våld. I HSLF-FS anges att lämpligt, tillfälligt boende som motsvarar skyddsbehov ska tillhandahållas. Allmänna råd om andra stödinsatser ges också.

Stöd till kvinnor som utsätts för våld eller andra övergrepp

Våld i nära relationer kan drabba alla - oavsett ålder, kön eller könsidentitet. Det har dock uppmärksammats att kvinnor har en särskild utsatthet för våld med en manlig partner eller före detta partner som utövare. Socialtjänstlagen 11 kap 5 § föreskriver socialnämnderna att beakta att kvinnor som är eller har varit utsatta för våld kan vara i behov av stöd för att förändra sin situation.

Begreppet ”kvinna” avgränsas inte i ålder. Det omfattar även flickor under 18 år. Enligt socialtjänstlagen ska socialnämnderna kunna erbjuda stöd- och hjälpinsatser i ett tidigt skede till en kvinna som har behovet. Något krav finns inte om att den som utövar eller utövat våld ska vara dömd eller polisanmäld.

Personer som utövar våld mot närstående

Enligt Socialstyrelsen (2016) har Socialtjänsten ett ansvar för helhetsgrepp om frågan kring våld i nära relationer där hela familjen i en våldskontext ska kunna få hjälp och stöd utifrån behov. Som en del av detta framhålls insatser till våldsutövaren som centralt, för att motverka att våldet återupprepas.

Det anges i Socialtjänstlagen samt Socialstyrelsens föreskrift HSFL-FS 2022:9 att socialnämnderna, med utgångspunkt i barnets behov av trygghet och säkerhet, bör erbjuda insatser till våldsutövande föräldrar eller andra vuxna som bor tillsammans med barn. Insatserna bör syfta till beteendeförändring hos våldsutövare.

Särskilt utsatta grupper



I nationella utredningar och strategier inom området har vissa grupper av kvinnor lyfts fram utifrån att de riskerar en särskild utsatthet. Grupperna är inga ”grupper” i verklig mening, utan överlappar varandra. Dvs. en person som är våldsutsatt kan tillhöra flera grupper på en och samma gång. Detta gör att det är av stor vikt att individens behov är utgångspunkten i behovsbedömningen.

Medvetenhet och kunskaper om att vissa faktorer skapar särskild utsatthet vid våld i nära relation är dock viktigt inom verksamheter som tillhandahåller stöd, för att insatserna ska vara tillgängliga och möta behoven. Som exempel kan utsattheten handla om isolering, svårigheter att förmedla sitt behov, bristande kännedom om var man kan vända sig för stöd osv.

Personer som utövar våld mot närstående

Enligt Socialstyrelsen (2016) har Socialtjänsten ett ansvar för helhetsgrepp om frågan kring våld i nära relationer där hela familjen i en våldskontext ska kunna få hjälp och stöd utifrån behov. Som en del av detta framhålls insatser till våldsutövaren som centralt, för att motverka att våldet återupprepas.

Det anges i Socialtjänstlagen samt Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2022:9 att socialnämnderna, med utgångspunkt i barnets behov av trygghet och säkerhet, bör erbjuda insatser till våldsutövande föräldrar eller andra vuxna som bor tillsammans med barn. Insatserna bör syfta till beteendeförändring hos våldsutövare.

5. Särskilt utsatta grupper

Våld i nära relation förekommer inom samtliga sociala kategorier, dock kan en del grupper beskrivas som särskilt utsatta eller särskilt sårbara. Sårbarheten hos grupper som identifierats som särskilt utsatta handlar om att personen befinner sig i ett särskilt underläge gentemot våldsutövaren eller att personen i högre grad än andra är beroende av omvärlden för att förändra sin situation. Konsekvenserna av våldet tenderar därför att bli större hos dessa grupper.

Grupper som definieras som särskilt utsatta²:

- Kvinnor med funktionsnedsättning
- Kvinnor med missbruks- och beroendeproblematik
- Kvinnor med utländsk bakgrund
- Kvinnor i en hederskontext
- Äldre kvinnor
- Personer med könsöverskridande identitet eller uttryck
- Våld i samkönade relationer

Dessa grupper är särskilt viktiga att ha i åtanke när skydds- och stödinsatser utformas, för att säkra målgruppsanpassning och tillgänglighet. De särskilt utsatta grupperna bör även beaktas vid kunskapshöjande insatser för personal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård samt när uppsökande arbete och informationsinsatser görs.

² ex Prop. 2006/07:38 s. 16; Skr 2007/08:39



Bildkälla: Unizon

6. Konsekvenser av våldet

Från WHO och regeringshåll betonas vikten av att våld i nära relationer integreras som en prioriterad samhällsfråga i jämställdhets- och folkhälsoarbetet. Något som bör ha bäring på såväl strategiska satsningar som operativa insatser regionalt och lokalt. Detta betonas både från Socialstyrelsen och SKR.

Att beräkna samhällskostnader för våld i nära relationer är komplicerat då våldet ofta berör många delar av samhället, direkt eller indirekt. Våldet har även ofta effekter på flera i den utsattes närhet – effekter som kan visa sig tämligen direkt, eller längre fram i livet. De långvariga konsekvenserna tenderar ofta att underskattas. I de studier som gjorts av samhällskostnader finns goda skäl att anta att summorna är lågt räknade.

Det finns inga nya pålitliga uträkningar vad våld i nära relationer kostar samhället, den senaste är från Socialstyrelsen (2006) där de i en studie av samhälleliga omkostnader beräknat att våldet skapar kostnader på drygt 3 miljarder kronor årligen. Det handlar då om kostnader för insatser från kommuner, statliga myndigheter, rättsväsende och civilsamhälle, men även indirekta i form av produktionsbortfall. Kommunernas kostnader beräknas till drygt en miljard i studien. I en studie som enbart fokuserat på våld mot kvinnor uppgick samhällskostnaden till 2,5 miljarder per år³. Studien har undersökt kostnader för insatser inom kommunal-, statlig- och frivilligsektor samt produktionsbortfall för arbetsgivare/näringsliv baserat på tre typfall av våldsutsatthet. Beräkningar har även gjorts kring de socioekonomiska effekterna utifrån fallbeskrivning av en familjekonstellation med två vuxna och två

³ Häger, Glengård m.fl. 2011



barn där våldsutövning sker. De samhälleliga kostnaderna beräknas där uppgå till mellan 6 och 10 miljoner kronor i det aktuella fallet⁴.

Våld i nära relationer leder till allvarliga konsekvenser för de som drabbas, genom att själva vara offer för det direkta våldet eller genom att bevittna våld mot närstående. I genomsnitt dör i Sverige 17 kvinnor per år på grund av våld från en nuvarande eller tidigare partner⁵.

Enligt Socialstyrelsen samt studier vid BRÅ och NCK (Nationellt centrum för kvinnofrid) är riskerna för psykisk och fysisk ohälsa markant större bland de som utsatts för våld i nära relation under barndomen eller i vuxen ålder. Det handlar då om t ex om symtom på PTSD, depression, självskadebeteende samt riskbruk av alkohol. Problem med fysisk ohälsa, så som mag- och tarmproblem samt frekvens av hjärtinfarkt osv, har också konstaterats vara vanligare bland dem som är eller har varit utsatta för våld av närstående. Våldet kan även leda till sociala konsekvenser och påverka tilliten till sig själv och andra, relationer till släkt och vänner, framtida partners osv. Ekonomin för den utsatte påverkas ofta negativt av våldsutövningen. Exempelvis på grund av att levnadsomkostnader ökar och/eller minskad inkomst som resultat av sjukskrivning. Dessa exempel på konsekvenser kopplade till hälsa, socialt liv och ekonomi kan långsiktigt påverka den utsattes möjligheter till en ny, fungerande vardag.



Bildkälla: NCK

7. Lagstiftningens utveckling och styrande dokument

⁴ SOU 2015: 55

⁵ BRÅ 2014: 8



Utifrån kvinnofridspropositionen i slutet av 90-talet⁶ har socialnämndernas ansvar för brottsoffer steg för steg förtydligats i Socialtjänstlagen. I ett första läge skrevs särskilda bestämmelser för stöd till våldsutsatta kvinnor. Dessa bestämmelser utökades sedan, i ett andra steg, till att omfatta våldsutsatta barn, brottsoffer i stort samt anhöriga till brottsoffren. 2007 skärptes lagstiftningen för kommunernas socialnämnder ytterligare i Socialtjänstlagen (SoL) 11 kap 5 § då det blev ”skall-krav” kring socialnämndernas uppdrag att verka för stöd och hjälp till kvinnor och barn i våldsutsatt situation.

Bestämmelserna kring socialnämndernas ansvar för stöd till brottsoffer och närstående omfattar alla som utsätts för våld, oavsett ålder och kön. Individuell bedömning ska göras i varje enskilt fall där behövt bistånd ska beviljas, ifall stödbehov inte på annat sätt kan tillgodoseas. Utöver t ex misshandel, grovt våld eller andra övergrepp som omfattas av brottsbalkens bestämmelser, har socialnämnden även ansvar för stöd till personer som utsätts för t ex psykiskt våld eller ekonomiskt utnyttjande. Som tidigare nämnts, finns ett särskilt ansvar att beakta stödbehov hos kvinnor och barn som är, eller har varit, i en situation av utsatthet för våld eller andra övergrepp från närstående. Det särskilda ansvaret omfattar barn som själva varit utsatta för våld eller bevittnat detta i nära relation.

Socialtjänstlagens andra och tredje kapitel⁷ fastställer kommunens yttersta ansvar för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Utöver att svara för upplysningar och stöd samt annat bistånd, har Socialtjänsten till uppgift att vara väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen och informera om verksamheten till kommunmedborgarna. I Socialtjänstens uppdrag ingår uppsökande och förebyggande insatser, bl.a. för att förekomma våld. Nämnden har skyldighet⁸ att ingripa i det akuta skedet genom riskbedömning och skyddsinsatser, men även att erbjuda långsiktiga stödsinsatser för att förändra situationen för våldsutsatta.

Nya ramar för socialnämndernas arbete i frågan kom 2014 i form av ”föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer”⁹. Till skillnad från utgåvan från 2009 finns här bindande regler.

Insatser ska erbjudas på kort och lång sikt till våldsutsatta vuxna samt till de under 18 år som utsatts för våld, andra övergrepp eller hedersrelaterat våld. Bland insatserna som ska tillhandahållas ingår lämpligt, tillfälligt boende som motsvarar den våldsutsattas skyddsbehov. Insatser ska erbjudas akut såväl som långsiktigt baserat på behovet av skydd, stöd och hjälp. Bland rekommenderade insatser kan nämnas; stödsamtal, hjälp till stadigvarande boende, föräldraskapsstöd, vägledning till andra aktörer samt stöd i kontakter med hälso- och sjukvård och andra myndigheter. Behovsbedömning kring insatser ska göras baseras på utredning och riskbedömning. I riskbedömningen ska riskerna för ytterligare våld beaktas.

Bland de allmänna råden finns vägledning kring frågeområden att täcka vid utredning. Detta samt planering för hur de aktuella målgrupperna ska nås med information om stöd och hjälpinsatser som erbjuds.

När det gäller den individuella kartläggningen av våldsutsatta vuxna och barn säger rekommendationerna att följande områden bör täckas in med frågor:

⁶ Prop. 1997/98: 55

⁷ 2 kap. 2-3 § SoL

⁸ SFS 2001: 453

⁹ SOSFS 2014: 4



- Behov av stöd, akut och på längre sikt
- Våldets karaktär och omfattning
- Våldets konsekvenser för den utsatte
- Hur våldsutsatt hanterar sin situation
- Hur nätverket ser ut
- Behov av stöd i föräldraskap

Barnkonsekvensanalys ska utgå från barnets bästa

Den 1 januari 2020 blev barnkonventionen svensk lag. Enligt artikel 3.1 i barnkonventionen "ska vid alla åtgärder som rör barn i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa". En bedömning av barnets bästa kan genomföras genom en så kallad barnkonsekvensanalys eller prövning av barnets bästa. Det innebär att göra en helhetsbedömning av vad som är den bästa möjliga lösningen för barnet eller grupper av barn.

Det finns inget färdigt facit som kan användas för att avgöra vad som alltid är barnets bästa utan det handlar om att göra en bedömning i varje enskilt beslut utifrån det eller de barn som berörs.

Beslutsfattare behöver dock ha tillräckligt med underlag för att ha förutsättningar att kunna bedöma vad som är barnets bästa. Underlaget ska innehålla en utvärdering av vilka positiva och negativa konsekvenserna det får för barnet eller barnen. Barn som berörs ska också få komma till tals direkt eller genom företrädare.

Moment som kan ingå i en bedömning:

- gällande lagstiftning
- barnkonventionens artiklar
- aktuell forskning, evidens och praxis
- barnets sociala nätverk och barnets eller barnens synpunkter
- synpunkter från aktuella aktörer
- olika handlingsalternativ
- möjliga intressekonflikter
- negativa och positiva konsekvenser för barnet i beslutet
- bästa möjliga lösning och eventuellt kompensatoriska åtgärder.

Utredningen av barnets bästa ska dock inte vara mer omfattande än vad som krävs för att göra en bedömning. En enklare prövning kan i vissa fall vara tillräcklig. Det beror på hur mycket information som är relevant att samla in för att kunna göra en bedömning.¹⁰

Att utsätta barn för att bevittna våld i nära relationer har tidigare inte varit brottsligt enligt lag. Men den 1 juli 2021 infördes en ny bestämmelse i brottsbalken om det nya brottet barnfridsbrott.

Det är nu straffbart att utsätta barn för att bevittna vissa brottsliga gärningar i en nära relation, till exempel vålds- och sexualbrott. Barnfridsbrott ska kunna ge fängelse i upp till två år. Ett grovt barnfridsbrott ska kunna ge fängelse i upp till fyra år.

Barn och skyddat boende

¹⁰ SKR 2024



Den 1 april 2024 trädde nya bestämmelser i kraft i bland annat socialtjänstlagen (2001:453), SoL, socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, och lagen (2024:79) om placering av barn i skyddat boende. De nya bestämmelserna syftar till att förbättra skyddet för och stödet till personer som behöver skyddat boende till skydd och stöd mot hot, våld eller andra övergrepp. De syftar även till att stärka barnrättsperspektivet för barn som följer med en vårdnadshavare till ett skyddat boende. De nya bestämmelserna handlar bland annat om följande:

- Skyddat boende ska regleras i SoL som en boendeinsats till den som behöver stöd och skydd till följd av hot, våld eller andra övergrepp.
- Barn som följer med en vårdnadshavare till ett skyddat boende ska bedömas och beviljas insatsen individuellt, och socialnämnden ska ansvara för att tillgodose barnets behov av stöd- och hjälpinsatser.
- När det finns samtycke från båda vårdnadshavarna beviljas barnet insatsen med stöd av SoL. Saknas samtycke från den vårdnadshavare som barnet inte placeras tillsammans med, ska socialnämnden, efter ansökan hos förvaltningsrätten, kunna bevilja barnet en insats i form av skyddat boende med stöd av en helt ny lag. Beslut om en sådan insats ska även kunna fattas omedelbart av socialnämnden och underställas förvaltningsrätten.
- Det ska krävas tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg, IVO, för att få bedriva enskild verksamhet i form av skyddat boende. Kommuner och regioner som bedriver sådan verksamhet ska anmäla detta till myndigheten.¹¹

Nya föreskrifter och allmänna råd

Socialstyrelsen beslutade den 31 maj om nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer. Författningen riktar sig till socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården och trädde i kraft 1 november 2022. Då upphör de gamla föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS2014:4) om våld i nära relationer att gälla. Författningen har reviderats utifrån vad som framkommit i Socialstyrelsens uppföljningar av SOSFS 2014:4, men också utifrån ny lagstiftning om socialtjänstens ansvar för våldsutövare samt nya bestämmelser vad gäller hälso- och sjukvårdens ansvar att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp. Även den nya sekretessbrytande bestämmelsen som gör det möjligt för socialtjänsten och hälso- och sjukvården att under vissa förutsättningar lämna uppgifter till Polismyndigheten i syfte att förebygga att det begås allvarligare vålds-, frids- eller sexualbrott mot närstående har beaktats i revideringsarbetet.

¹¹ Socialstyrelsen 2024



Bildkälla: Unizon

Barn som är våldsutsatta eller bevittnat våld ska erbjudas insatser utifrån barnets behov av skydd, råd och stöd samt vård och behandling. Socialnämnderna har ansvar att inleda utredning utan dröjsmål vid kännedom om att barn kan ha utsatts för våld eller andra övergrepp av närstående, eller bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot en närstående. I utredningen ska bedömning göras kring fortsatta risker för våldsutsatthet eller bevittnande av våld.

De rekommenderade frågeområdena är liknande som ovan:

- Akuta behov, stödbehov i form av vård eller boende i annat hem än det egna
- Våldets karaktär och omfattning
- Våldets påverkan på barnet och relationen till föräldrarna
- Uppfattningen av våldet hos barnet
- Vardera förälderns uppfattning om våldets konsekvenser för barnet
- Barnets behov av stöd och hjälp, kort- och långsiktigt

Ytterligare relevanta föreskrifter som bör beaktas i handläggning och utredning är:

- SOSFS 2013:1 - Ekonomiskt bistånd
- SOSFS 2014:6 - Handläggning av ärenden som gäller barn och unga
- SOSFS 2014:5 - Dokumentation
- SOSFS 2013:1 - Beredskap för att akut handlägga ärende kring ekonomiskt bistånd för våldsutsatt och våldet ska särskilt beaktas i bedömningen.



Enligt Socialstyrelsens allmänna råd ska nämnden genomföra kartläggning och analys av hur utbudet av insatser svarar mot behoven i kommunen. Den fortlöpande kartläggningen som görs av nämnden bör utgå från sammanställning kring pågående ärenden, uppgifter från lokal eller officiell statistik samt uppgifter om förekomst av våldsutsatthet från andra organisationer, t ex hälso- och sjukvård.

Utifrån organisation och verksamhet, ska socialnämnden enligt föreskriften leva upp till följande:

- Ledningssystem med processer och rutiner som möjliggör ett systematiskt kvalitetsarbete

En viktig grund för att systematiskt kunna utveckla insatser och för att stärka informationsarbetet kring insatserna, är att det stöd som erbjuds analyseras utifrån de lokala behoven hos våldsutsatta och barn.

- Uppföljningsbara mål för våldsutsatta och barn som bevittnat våld
- Tydligt ansvar och fastlagda rutiner för utredning, handläggning och uppföljning av ärenden
- Kontroll och uppföljning av verksamhet som överlämnas till annan aktör
- Fungerande rutiner för informationshantering i kontakter med våldsutsatta och informationsöverföring till verksamhet som har utredningsansvar
- Rutiner för adekvat kompetens hos personal som ska ge stöd till barn om förälder drabbas av dödligt våld
- Systematisk kartläggning av utbudet av insatser och hur det svarar mot behov som finns i kommunen.

Samverkan finns med andra berörda, externa aktörer för att skapa förutsättningar för samordning av insatser. Detta med beaktande av lagstiftning kring sekretess och tystnadsplikt. Nämnden är ansvarig för att fastställa var i verksamheten ansvar ligger för intern och extern samverkan.

8. Kommunens olika roller

När framgångsfaktorer för kommuners arbete mot våld i nära relationer undersökts¹² lyfts vikten av att integrera arbetet i ordinarie organisationsstrukturer.

Det är först när det finns en tydlig verksamhetsprocess med politisk prioritering, inom ramen för befintligt styrsystem, som det går att nå resultat långsiktigt.

¹² SKR 2016



Det är först när det finns en tydlig verksamhetsprocess med politisk prioritering, inom ramen för befintligt styrsystem, som det går att nå resultat långsiktigt. De kommuner som kommit långt i arbetet har lyckats hitta former för att strukturerat arbeta med skydds- och stödinsatser, den egna organisationen ur ett arbetsgivarperspektiv samt axlat en tydlig samhällsaktörsroll i samspel med andra aktörer i lokalsamhället. Av kommunens krävs alltså parallella insatser som handlar om:

- Situations- och individanpassat stöd till målgrupp vid Socialtjänsten
- Anpassat stöd till intern målgrupp av medarbetare
- Långsiktig plan för arbete med tidig upptäckt (kompetens och beredskap hos nyckelpersoner)
- Samordning kring verksamhetsprocess för internt och externt stöd
- Strategiskt arbete för att förebygga våld i nära relationer, genom tidiga insatser

Ett sätt att formera ett sådant arbete är att utgå från SKRs plattform för mänskliga rättigheter (MR-plattform, SKR 2019). Plattformen bygger på ett synsätt på medborgaren som rättighetsbärare och tre principer står i fokus: att skapa jämlika villkor att ta del av service och tjänster (icke-diskriminering och jämlikhet), inkludera målgrupper i till exempel planerings- och beslutsprocesser i frågor som berörd dem (deltagande och inkludering) samt skapa insyn och genomskinlighet i ansvarsroller och beslutsvägar (transparens och ansvar). Kopplat till våld i nära relationer är en utgångspunkt i dessa tre principer av särskild vikt när det gäller de grupper som pekats ut att vara i riskzonen för särskild utsatthet.

Ett sätt att skapa handlingskraft utifrån principerna ovan, som identifierats av FN, är att säkerställa insatser och åtgärder utifrån fyra olika roller. Det handlar om kommunens roll som välfärdsaktör, arbetsgivare, samhällsaktör och demokratiaktör.

Den kartläggning som genomförts inom socialtjänsten våren 2020 av arbetet mot våld i nära relationer har utgått från MR-plattformen och de olika rollperspektiven. Handlingsplanen fokuserar framförallt på välfärdsaktörspektivet, men belyser även insatser och samverkan kopplat till Piteå kommuns arbetsgivar- och samhällsaktörsroll.



9. Operativa mål, strävansmål och uppföljning

Mål	Resultat /mål	Aktiviteter	Tidsplan	Ansvar
- Uppföljningsbara och kvalitetssäkrade insatser	- Kvaliteten i Socialtjänstens insatser vid våld i nära relationer säkerställs systematiskt, utifrån målgruppens behov	- Individbaserad statistik - Utvärdering grupper - Målgruppsintervjuer - Behovsmönster	- Vid nybesök - Gruppstart/ avslut - Årligen - Årligen	- Socialtjänst
- Uppsökande informationsarbete	- Prioriterade grupper är informerade om möjligheter till stöd	- Infomaterial - Infoinsatser prioriterade grupper - Årligen uppmärksamma EVFFV (v.48)	- Årligen - Halvårsvis - Årligen	- Socialtjänst
- Intern samordning kring skydd och stöd	- Genom samordning mellan enheter skapas behovsförståelse och individanpassat stöd	- Samordningsgrupp - Avstämning gemensamma rutiner	- Kvartalsvis - Kvartalsvis	- Socialtjänst
- Samverkan för att förebygga våld i nära relationer	- Samverkan mellan olika samhällsaktörer skapar möjligheter till långsiktigt, förebyggande arbete	- Samverkansträffar - Samordnat informationsarbete - Riktade förebyggande infoinsatser	- Halvårsvis - Halvårsvis - Årligen?	- Socialtjänst, SAM, UTB, Polisen, Svenska kyrkan, Regionen.

10. Avgränsningar

Handlingsplanen är avgränsad till att handla om våld som sker av närstående mot närstående och inte om brottsoffer generellt. Kvinnor och barn lyfts särskilt fram som sårbara grupper då de löper större risk att utsättas för våld av närstående samt att bemötas negativt av omgivningen, i det professionella samt det privata nätverket, när de berättar om utsatthet för våld av närstående. Ytterligare särskilt sårbara målgrupper är barn och kvinnor med funktionsnedsättningar, kvinnor med missbruk, äldre kvinnor samt kvinnor och ungdomar som lever i en hederskontext.



11. Rutiner utifrån operativa mål

- Ärenden till Enheten för våld i nära relation inkommer via Mottagningen på IFO.
- Ärendefördelning sker en gång i veckan.
- Målsättningen är att en första kontakt ska ske inom en vecka.
- Samverkan med andra aktörer är en viktig del av arbetet inom Enheten för våld i nära relation.

12. Kartläggning av behov

I nätverket SU-Kvinnofrid ingår att årligen kontakta alla som har tagit emot stöd/varit i kontakt med Enheten för våld i nära relation för en utvärdering av stödinsatserna samt hur det har matchat det faktiska behovet. I utvärderingen efterfrågar man också upplevelsen hos den enskilde. Kartläggningen sker i enkätform och analyseras sedan inom enheten för att optimera det fortsatta arbetet.

13. Insatser som erbjuds

Enheten Våld i nära relation vänder sig till personer som är eller har varit utsatt för:

- Någon form av våld i nära relation
- Hedersrelaterad problematik
- Människohandel/ prostitution

Enheten erbjuder: samtalsstöd, rådgivning och praktiskt stöd i hur man kan gå vidare till ett liv fritt från våld och/eller om du lever i en destruktiv relation. Det kan till exempel vara stöd vid en rättprocess, vid myndighetskontakter och för att fylla i olika ansökningar och blanketter. Enheten driver jourboende för våldsutsatta och deras barn och har gruppverksamhet på kvällstid, en grupp för våldsutsatta och en grupp för närstående till våldsutsatta, båda när det finns underlag. Personal inom enheten Våld i nära relation kan även utbilda och stötta personalkontoret eller chefer/arbetsgrupper som vill lära sig mer om våld eller som behöver stöd i hur de ska stötta en våldsutsatt kollega/medarbetare.

Piteå kommun kan dessutom erbjuda följande:

- Samtal om våld för våldsverkare.
- Trappansamtal stöd till barn som på något sätt utsatts för våld.

14. Kompetenser och metoder

Enheten Våld i nära relation har lång erfarenhet av socialt arbete och av våld i nära relation och arbetar utifrån ett lösningsfokuserat förhållningssätt. Tillsammans med polis och den utsatte kan enheten göra en bedömning av hotbild, farlighetsnivå och en säkerhetsplanering på kort och lång sikt.

Metoder:



Motiverande samtal (motivational interviewing, MI) är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser.

Samtal om frihet är en struktur för professionella och fördjupande samtal med personer som varit utsatta för våld i nära relationer. Modulerna är framtagna utifrån vetenskap/evidens och beprövad erfarenhet.

FREDA – Standardiserad bedömningsmetod.

PATRIARK- Bedömningsmetod som består av vägledning och hantering av risk för hedersrelaterat våld.

SARA- Spousal Assault Risk Assessment, används för att bedöma risken för upprepat partnervåld

SAM- Stalking Assessment and Management, används för bedömning och hantering vid risker för stalking

15. Samverkan

Enheten för våld i nära relation samverkar bland annat med Psykiatrimottagningen, Alkohol och narkotikagruppen (ANG), Enheten för stöd till försörjning, Polisen, Brottsoffer- och personsäkerhetshandläggare (BOPS) vid polisen. Under 2022 har även samverkan med kvinnojouren Lillasyster och Samtal om våld startats upp.

Samordnaren på enheten är delaktig i flera nätverks- och samverkansgrupper tillsammans med andra huvudmän så som Länsstyrelsen samt andra kommuner i Sverige.

16. Utvärdering av insatser

Piteå kommun har tidigare deltagit i projektet SU-kvinnofrid som en av 39 kommuner i landet för att för att kunna följa upp stöd, öka kunskap kring kvalitet och resultat, bra underlag för att utveckla verksamheten samt lära och dela erfarenheter med andra kommuner. Från och med 2024 är projektet avslutat men programmet finns kvar i kommunen och kommer användas för uppföljning men med färre variabler. Variabler som registreras är bland annat kön, ålder, hur länge de är aktuella samt om ärendet kommer från chef i Piteå kommun för att kunna följa upp stödet, öka kunskapen om våldsutsatta i kommunen.

SU-Kvinnofrid omfattar endast våldsutsatta vuxna. Stöd till barn eller våldsutövare ingår inte.



17. Viktiga kontakter och telefonnummer

Enheten för våld i nära relation Piteå kommun

0911-69 75 75

Social beredskap

(utanför kontorstid i ärenden som ej kan vänta till nästkommande vardag)

Nås via 112

Vårdguiden

1177

www.1177.se

Kvinnofridslinjen – nationell stödlinje

020- 50 50 50

www.kvinnofridslinjen.se

Polisen

www.polisen.se

Telefon: 114 14

Akut: 112

Brottsofferjouren

020- 021 20 19

www.brottsofferjouren.se/

Webutbildning om våld

<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/webbstod-for-kommuner/utbildning-moter-valdsutsatta/webbkurs-om-vald/>

Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjouren i Sverige, ROKS

084429930

www.roks.se

Sveriges kvinno- och tjejjourers riksförbund, SKR

08642 64 01

www.kvinnojouren.se

Terrafem driver Sveriges enda rikstäckande jourtelefon för kvinnor med utländsk härkomst. För närvarande kan kvinnor få stöd och råd på 43 språk.

020- 52 10 10.

Välj att sluta telefonlinjen som ska hjälpa personer som vill sluta utöva våld i nära relationer.

020-555 666.

<https://www.valjattsluta.se/>



§ 30 Patientsäkerhetsberättelse 2024

Diariernr 25SN24

Beslut

Socialnämnden beslutar anta patientsäkerhetsberättelsen 2024.

Ärendebeskrivning

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare upprätta en patientsäkerhetsberättelse senast 1 mars varje år. Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under föregående år, vilka åtgärder som gjorts för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som nåtts. Patientsäkerhetsberättelsen ska finnas tillgänglig så att även allmänheten, patienter, andra vårdgivare och patientorganisationer får tillgång till informationen.

Patientsäkerhetsberättelsen redovisar grundläggande förutsättningar för säker vård med bland annat övergripande mål och strategier, organisation och ansvar samt samverkan. Vidare innehåller patientsäkerhetsberättelsen beskrivningar av årets genomförda egenkontroller och systematiska uppföljningar, sammanställning av avvikelser samt mål och strategier för kommande år.

De brister som identifierats i patientsäkerhetsberättelsen åtgärdas av de verksamheter som ansvarar för dem i enlighet med nämndens beskrivning i Socialnämndens ledningssystem för kvalitet och riktlinjer för systematiskt förbättringsarbete.

Patientsäkerhetsberättelsen är upprättad av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Yrkanden

Sven-Gösta Pettersson (S): Bifall till Socialnämndens arbetsutskotts förslag.



Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition och finner att det endast föreligger ett förslag vilket blir Socialnämnden beslut.

Beslutsunderlag

- Piteå kommun patientsäkerhetsberättelse 2024

Patientsäkerhetsberättels

e 2024

§30

25SN24

...



Piteå kommun

Patientsäkerhetsberättelse för Piteå kommun 2024



2025 01 27

Diarienummer: 25SN24

Ansvarig för innehållet: Therese Lindström Bodin, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen är hämtad från Sveriges kommuner och regioners hemsida. Mallen är till viss del anpassad utifrån lokala förhållanden och kommunal hälso- och sjukvård. Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav. Patientsäkerhetsberättelsen är upprättad av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

I Piteå kommun har vi ännu inte startat upp med att utarbeta en handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården utifrån Socialstyrelsens och SKR:s mall för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Mallen för patientsäkerhetsberättelsen används ändå för att belysa önskvärd struktur och tydliggöra våra förbättringsområden och utmaningar, för att kunna planera och sätta in åtgärder på rätt plats i vår förvaltning gällande patientsäkerhet.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	9
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	16
Riskhantering.....	17
Stärka analys, lärande och utveckling	17
Avvikelse	18
Klagomål och synpunkter	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	21
Bilaga 1. – Egenkontroller/MAS-uppföljningsplan 2024	22
Bilaga 2 – Riskbedömningar	23
Bilaga 3 – Palliativa registret, kvalitetsindikatorer.....	24
Bilaga 4. – Avvikelse	25

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) syftar till att göra hälso- och sjukvården säkrare. I PSL står det att vårdgivaren har ett ansvar att bedriva ett kvalitetsarbete som är systematiskt och förebyggande för att förhindra vårdskador. Patientsäkerhetsberättelsen för Piteå kommuns socialförvaltnings kommunala hälso- och sjukvård utgår från ledningssystemet, uppgifter från medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) systematiska uppföljningsplan, avdelningarnas inlämnade egenkontrolluppgifter och rapporterade avvikelser samt observationer från MAS.

Året 2024 har präglats till stor del av verksamhetssystembytet. Mycket tid och resurser har gått åt till förberedelse, utbildning och migrering, något vi var medvetna om när vi gick in i ett nytt år. Avsiktligt har därför inga större projekt eller förbättringsarbeten planerats under 2024. Än dock genomfördes införandet av central delegeringsutbildning som kan ses som ett stort förbättringsarbete. Valet att genomföra förändringen bottnade i, förutom den kvalitetssäkring det skulle medföra, förhoppningen om en minskad arbetsbörda för sjuksköterskor som tidigare ofta håll delegeringsutbildningar enskilt.

De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten

- Stora utbildningsinsatser kopplat till nytt dokumentationssätt och nya verksamhetssystemet.
- Central delegeringsutbildning för att kvalitetssäkra kunskapen hos delegerad personal och förtydliga delegeringsprocessen.
- Säkerställa samverkan med alla avdelningar som utför hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Införande av ny jourorganisation för sjuksköterskor på särskilt boende för äldre.
- Fortsatt arbete med översyn rehab – tydliggöra och arbeta efter primärvårdsnivå av rehabiliterande åtgärder.
- Fortsatt kvalitetssäkring av ledningssystemet.

En blick framåt

Fortsatt arbete med säker vård med mätbara mål för ökad kvalitet och stärkt patientsäkerhet genom:

- Fortsatta utbildningsinsatser gällande dokumentation och nya verksamhetssystemet.
- Kompetenshöjande insatser, internutbildningar.
- Implementering av steg två i delegeringsprocessen, uppföljning och förnyelse av delegering.
- Breddinförande av NVP på särskilt boende för äldre.
- Fortsatt arbete med kvalitetssäkring av ledningssystem och processer.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål, strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och 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 §

Kommunfullmäktige hade under 2024 fyra strategiska områden och nio övergripande mål samt mål för personal och ekonomi. Kommunfullmäktige har beslutat om fyra prioriterade mål för samtliga nämnder. Inget av dessa mål är inriktade specifikt mot hälso- och sjukvården. Från och med 1 januari 2025 ersätts det befintliga styr- och ledningssystemet.

Socialnämnden har tre prioriterade målbilder 2024.

I december 2021 antogs handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet för att möta den kvalitet som socialtjänsten förväntas leverera samt att komma till rätta med identifierade brister inom kvalitet och patientsäkerhet. Planen sträcker sig över hela 2024.

Nedan följer en schematisk översikt över socialnämndens mål och hälso- och sjukvårdensavdelningens aktiviteter:

Socialnämndens prioriterade målbilder 2024	Aktivitet
Socialtjänsten är en effektiv organisation som arbetar för en innovativ och utvecklande förbättringskultur.	Kunskaphöjning enhetschefer inom hälso- och sjukvård om socialnämndens riktlinje Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Större genomgripande ”städarbete” av ledningssystem hälso- och sjukvård. Dokumentera processbeskrivningar för hälso- och sjukvårdsinsatser. Utveckla riskanalys ur patientsäkerhetsperspektiv och när nya arbetssätt eller metoder börjar användas. Anpassa verksamhetsarbete med egenkontroll utifrån socialnämndens riktlinje för egenkontroll. Säkerställa att enheterna vidtar åtgärder utifrån resultatet av egenkontrollen. Säkerställa att enheten hanterar avvikelser enligt reglering. Utbildning för chefer i avvikelshantering.
Socialtjänsten har en effektiv samverkan inom socialtjänstens alla delar men också med andra aktörer, där vi arbetar förebyggande och hälsofrämjande med tidiga insatser för att begränsa utvecklingen av sociala problem och behovet av omfattande insatser.	Organisera intern samverkan ut hälso- och sjukvårdsperspektiv. Dokumentera de forum som behöver finnas, både internt och externt. Ta fram en dokumenterad samverkansstruktur med de avdelningar som hälso- och sjukvårdensavdelningen samverkar med.
Socialtjänsten är en effektiv organisation utifrån uppdrag och resurser.	Säkerställa ett minimum och beroende av legitimerad personal i verksamheten. Säkerställa en väl fungerade rehab organisation, fortsätta arbetet med att tydliggöra det kommunala rehab ansvaret i förhållande till det rehabiliteringsansvar som åligger annan huvudman. Minska beroende av hyrpersonal

Mål strategier och plan nedbrutna på verksamhetsnivå gällande hälso- och sjukvård och patientsäkerhet finns inte för 2024 utan har ersatts av handlingsplanen för kvalitet och patientsäkerhet.

Organisation och ansvar

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

Socialnämndens ansvar

Vårdgivaren, socialnämnden i Piteå kommun, har enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) det övergripande ledningsansvaret för att hälso- och sjukvården uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård. Den ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Vidare ansvarar vårdgivaren över att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Verksamhetschefens ansvar

Inom hälso- och sjukvård ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten och representerar vårdgivaren, enligt 4 kap. 2§ HSL.

Verksamhetschefen (Hälso- och sjukvårdschefen) har det övergripande ansvaret för att verksamheten bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. I ansvaret ingår att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet och svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet.

Verksamhetschefen, tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), fastställer former för fortlöpande samråd i frågor som gäller verksamhetens struktur, resursanvändning, kvalitet och säkerhet. Verksamhetschefens ansvar är begränsat av de uppgifter som MAS ansvarar för.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Enligt 11 kap. 4§ HSL ska det inom kommunen finnas en sjuksköterska med särskilt medicinskt ansvar. Ansvaret beskrivs i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6§

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att patienterna får en säker, trygg och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAS ansvarar även för att patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat samt att rutiner för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande. Ansvaret infattar även att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna, att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen (2008:355) samt att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada och att, på delegation från socialnämnden, göra anmälan enligt lex Maria till IVO. MAS har ett tydligt uppdrag och organisatorisk ställning i socialförvaltningen. MAS deltar i socialförvaltningens utökade ledningsgrupp, operativa ledningsgruppen och i hälso- och sjukvårdsrådet samt vid behov i olika samverkansgrupper, projektgrupper, avdelningarnas ledningsgrupper och den legitimerade personalens arbetsplatsträffar.

Enhetschef

Enhetschefer har ansvaret att implementera patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna och att se till att gällande rutiner och riktlinjer är kända och följs i det dagliga arbetet. Enhetschefens ansvarsområde täcker även att tillse att det finns den personal och den utrustning som behövs för att tillhandahålla en god vård samt att nya medarbetare får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter inom sin profession. Enhetschefen ska tillse att medarbetare har den kompetens som behövs utifrån de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen ansvarar även för att göra alla medarbetare delaktiga i kvalitetsarbetet, hantera risker för patientsäkerheten och arbeta förebyggande.

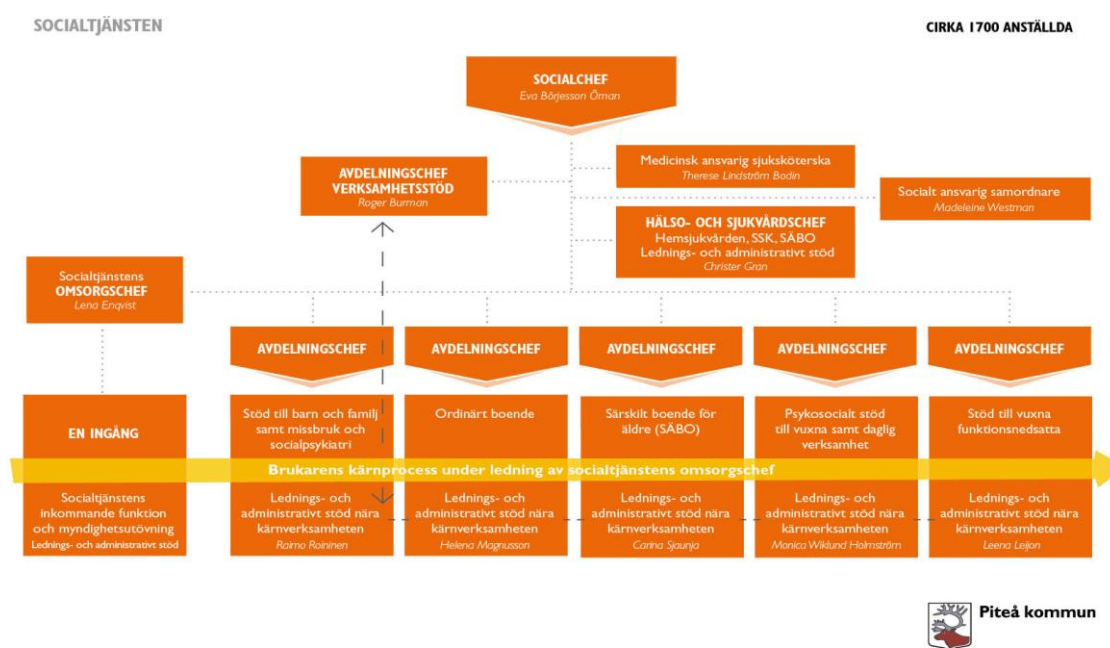
Hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad personal (sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter) ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att föra patientjournal. Legitimerad personal samt omsorgspersonal som företräder legitimerad personal har en skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och ska därför, till vårdgivaren, rapportera risker och händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Stödfunktioner

Det finns en rad olika stödfunktioner i patientsäkerhetsarbetet som samverkar och samarbetar med varandra. För att nämna några; Vårdhygien och Smittskydd, som kommunen haft samarbete och dialog med under året. Även Patientnämnden och IVO är stödfunktioner som samverkar med kommunen. Internt i socialförvaltningen finns flera funktioner som utför arbetsuppgifter som syftar till en säker vård. Det är verksamhetsutvecklare, utvecklingsledare, IT-strateg, socialt ansvarig socionom (SAS), processledare med flera.

Förvaltningens organisation



Fördelning och omfattning av patienter i förvaltningen

- Hemsjukvården. Patienterna inrymms inom avdelningarna ordinärt boende, stöd till vuxna funktionsnedsatta samt privata personliga assistansbolag eller enbart som ”ren” hemsjukvård utan involvering från annan utförare: 454 st. (443 st. 2023) samt 50 patienter som endast har hembesök.
- Trädgårdens Äldrecentra: 36 st. Vissa av dessa patienter kan ibland samtidigt vara inskrivna i hemsjukvården.
- Särskilt boende för äldre: 526 st. (varav 9 tillfälliga boendeplatser).
- Psykosocialt stöd till vuxna: 171 st.

- Antal beslut daglig verksamhet/sysselsättning inom avdelning Psykosocialt stöd till vuxna: 280 st. (275 st. 2023). Av dessa var 157 män och 123 kvinnor,
- Antal beslut om dagverksamhet för äldre var 65 (67 st. 2023). Av dessa var 36 män och 29 kvinnor.

Totalt sett ansvarar förvaltningen upp till sjuksköterskenivå för 1187 (1176 st. 2023) patienters hälso- och sjukvård dygnet runt, årets alla dagar. Utöver detta ansvarar den kommunala hälso- och sjukvården för hälso- och sjukvård som bedrivs på de dagliga verksamheterna samt för att utföra ett antal hembesök.

Antal verkställda beslut vid särskilt boende för äldre under året var 618 st. (693 st. 2023). Av det var 402 kvinnor (65 %) och 216 män (35 %). Det rör sig jämförelsevis med förra året om några färre personer som haft insatsen särskilt boende för äldre. Andelen män och kvinnor var lika som vid föregående år.

Antal verkställda beslut särskilt boende inom psykosocialt stöd till vuxna var 191 st. (191 st. 2023). Av dessa var det 146 LSS-beslut (82 män och 64 kvinnor) och SoL-beslut 37 st. (26 män och 11 kvinnor).

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur verksamheten samverkar med andra vårdgivare och instanser.

Intern samverkan

Med anledning av att många hälso- och sjukvårdsinsatser utförs på delegation är den interna samverkan av särskild vikt och betydelse. Det finns ett Hälso- och sjukvårdsråd som träffas månatligt där medicinskt ansvarig sjuksköterska, hälso- och sjukvårdschef, socialchef, omsorgschef och avdelningschefer som har personal som utför hälso- och sjukvård på delegation ingår. Hälso- och sjukvårdsrådet samverkar, leder och styr hälso- och sjukvården i förvaltningen.

Dokumenterad och återkommande samverkan finns internt mellan hälso- och sjukvårdsavdelningen (HS-avdelningen) och ledningsgruppen inom personlig assistans, HS-avdelningen och ledningsgruppen inom ordinärt boende, HS-avdelningen och ledningsgruppen inom psykosocialt stöd till vuxna, HS-avdelningen och ledningsgruppen särskilt boende för äldre en gång per månad. Enhetscheferna för sjuksköterskorna på särskilt boende för äldre träffar även enhetschefen för respektive säbo en gång i månaden på ett kortare pulsmöte.

Samverkan mellan legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal sker regelbundet inom alla avdelningar som bedriver hälso- och sjukvård, dock i olika former och forum. På särskilt boende för äldre finns sjuksköterskor och omsorgspersonal i samma lokaler och möjliggör till fysiska träffar. Korta pulsmöten på morgonen/förmiddagen har upprättats på vissa boenden. Sjuksköterskorna inom alla avdelningar deltar vid arbetsplatsträffar för omsorgspersonalen. På särskilda boenden för äldre genomförs även vård- och omsorgsträffar en gång per månad där sjuksköterska, omsorgspersonal och enhetschef deltar.

Samverkansträffar mellan legitimerad personal och omsorgspersonal har under året blivit allt viktigare sedan nya journalsystemet infördes och möjligheten till digital delning av journalanteckningar mellan lagrummen försvann. Legitimerad personal kan fortsatt dela journalinformation till utförare men den sociala journalen delas inte längre med legitimerad personal. Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation tillämpas i dagsläget inte i kommunen.

Extern samverkan

På regional nivå finns länsstyrgruppen som företrädas av tjänstemän från både region och kommun. Norrbottens kommuner företräds varje länsdel av en socialchef samt företrädare från Norrbottens kommunförbund. Inga ledningsfunktioner inom hälso- och sjukvård för den kommunala hälso- och sjukvården finns med i denna konstellation.

Hälso- och sjukvårdsledningen inom förvaltningen (hälso- och sjukvårdschef, avdelningschef ordinärt boende, omsorgschef och MAS) samverkar regelbundet med regionens ledningsfunktioner på lokal och länsdelsnivå. Länsdelssamverkansträffarna sker 2 gånger/termin och den lokala samverkan sker var 14:e dag.

Enhetschefer för Hälso- och sjukvården samverkar regelbundet med Regionens företrädare på Primärvårdsnivå. Under 2024 har även Äldrecentra börjat delta i hemsjukvårdens samverkansmöten med hälsocentralerna. Rehabiliteringskoordinatörer samverkar regelbundet med rehabiliteringsenheten inom Regionen.

Övrig samverkan för förebyggande av vårdskador som ligger till grund i förvaltningen:

- Avtal med vårdhygien.
- Avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region Norrbotten.
- Avtal med Apoteket för kvalitetsgranskning av läkemedelshandling.
- Life Care – för digitaldialog mellan Regionen och kommunen.
- Samordnad individuell planering (SIP).
- Överenskommelse för samverkan gällande palliativ vård i Norrbottens län.
- MAS deltar i nätverk för MAS/MAR i Norrbotten.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

I enlighet med HSLF FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården har socialtjänsten i Piteå under 2024 utfört nedan arbete.

1. Riskanalyser

Under 2024 utfördes tre större riskanalyser kopplat till större digitala projekt där förvaltningen ingår. Samtliga riskanalyser har på något sätt koppling till det nya verksamhetssystemet och kommer beskrivas mer i detalj i Säkerhetsberättelsen för 2024.

2. Incidenter

Under året 2024 har förvaltningen anmält 13 personuppgiftsincidenter till Integritetsmyndigheten samt har dokumenterat 4 ytterligare ärenden där bedömningen blev att det inte utgör en incident enligt dataskyddsförordningen.

Under året har inga incidenter rapporterats till MSB gällande NIS-direktivet. Däremot har 4 ärenden kopplat mot lagrummet utretts men har enligt bedömning inte rapporterats till MSB då händelserna inte har haft den omfattning som krävs.

Samtliga incidenter kommer beskrivas ytterligare i Säkerhetsberättelsen för 2024.

2. Uppföljning

”Vårdgivaren ska årligen utvärdera skyddet mot såväl intern som extern olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem som används för behandling av personuppgifter.”

Den årliga utvärderingen av våra mest kritiska lösningar kopplat till olovlig åtkomst intern och externt samt övergripande riskanalys för 2024 är utförd. Den kommer att beskrivas ytterligare i Säkerhetsberättelsen för 2024.

3. Förbättringsåtgärder

Ett antal förbättringsåtgärder är utförda inom området under året. De består av allt från översyn av befintliga informationstillgångar till förbättrad behörighets- och åtkomsthantering och rena tekniska säkerhetsåtgärder i kommunens infrastruktur.

Åtgärderna kommer beskrivas mer i detalj i Säkerhetsberättelsen för 2024.

En god säkerhetskultur

Några särskilda verktyg för att mäta säkerhetskulturen används inte i förvaltningen.

Socialchefens vision är att kvalitet och patientsäkerhetsarbetet naturligt ska genomsyra verksamheten med punkter på dagordningar vid APT och chefsträffar.

Några exempel på hur verksamheterna arbetar för en god säkerhetskultur:

- Vissa särskilda boenden för äldre har så kallade pulsmöten under förmiddagen där sjuksköterska, omsorgspersonal och i vissa fall enhetschef deltar. Mötena syftar till att rapportera och säkerställa omsorgsarbetet, läkemedelshandlingen och ger möjlighet till handledning.
- Vardagar har hemsjukvårdsenheten, både sjuksköterskor och rehabpersonal, en form av resurs- och samordningsmöte. Det innebär en genomgång av planerade insatser och prioriteringar under dagen/veckan.
- Kvalitetsregister/bedömningar som Senior Alert och BPSD används lokalt i arbetet med att identifiera risker och bedöma behov av insats.
- Under hösten har ett arbete rörande riskbedömning av komplexa hälso- och sjukvårdsinsatser startats upp. Det är i dagsläget dock inte implementerat i verksamheterna ännu utan planeras införas under våren 2025.
- Avvikelser är en stående punkt på dagordningar på APT och vid samverkansmöten.
- Kvalitetsgrupper arbetar med identifierade riskområden och utarbetar av nya arbetssätt och rutiner.



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. Under året har den interna samverkan fortsatt mellan avdelningarna och ger ett naturligt sätt för funktionerna att mötas och stämma av behov av kompetensutvecklingsbehov för olika grupper.

Det finns ett flertal olika grupper och konstellationer för att samla sig, kunskapshöja och likrikta värden.

Exempelvis träffar med palliativa ombud, kvalitetsgrupper och hälso- och sjukvårdsträffar. I

hemsjukvården finns både en utvecklingssköterska och en utvecklingsrehab anställda på 50% vardera.

Gemensamma utbildningar under året i palliativ vård, vardagsrehabilitering, skyddsåtgärder och trycksår

har genomförts. Olika former av microutbildningar inom identifierade riskområden har utförts med

omsorgspersonal. Under våren 2024 infördes en central delegeringsutbildning för läkemedelshandling för att säkerställa kompetenskraven vid läkemedelsdelegeringar. Socialtjänsten samarbetar med



vuxenutbildningen i satsningen gällande delegeringsutbildningar men även andra utbildningar, framför allt riktade mot utbildad omsorgspersonal.

En sjuksköterska inom hemsjukvården och en inom särskilt boende för äldre har fått ett utpekad ansvar för avvikelshanteringen. En sjuksköterska inom kommunen har 10 % av sin arbetstid vikt till dokumentationsinsatser, utbildningar och granskningar. Under året, både inför, under och efter införandet av nytt verksamhetssystem har särskilt utpekad legitimerad personal haft tid avsatt för att arbeta med förberedelser så som instruktioner, utbildningar och lathundar, stöd under och efter införandet samt uppföljning och fortsatta utbildningar i dokumentation. Superanvändare kopplat till verksamhetssystemet finns i alla avdelningar, både för sjuksköterskor, fysio- och arbetsterapeuter.

Under 2024 infördes en ny jourorganisation för sjuksköterskor inom särskilt boende för äldre där joursjuksköterskorna utgår från samma arbetsplats och således kan prioritera inkomna ärenden och fördela arbetet gemensamt. Syftet var även att undvika ensamarbete, öka kunskapsutbyte och trygghet i arbetsgruppen.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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



Vårdgivarens politiker har återkommande träffar med pensionärsrådet. Något specifikt patientråd finns inte i förvaltningen. Patientmedverkan via SIP (planering vid sammanhållen individuell plan) anges som ett område där verksamheten exemplifierat patientmedverkan. I övrigt anger verksamheten att legitimerad personal alltid bjuder in anhöriga till inskrivnings-/inflyttningsamtal, har tät kontakt med patienter och anhöriga vid upprättande av ärenden och hembesök. Hälso- och sjukvårdsåtgärder sätts in i samråd med patienten.

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 kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet finns beskrivet och beslutat i vårdgivarens riktlinje. 1 januari 2022 började en ny riktlinje för egenkontroll i förvaltningen att gälla. Vidare fastställdes i slutet av 2022 MAS systematiska uppföljningsplan som revideras årligen i juni. För schematisk översikt av egenkontroll/MAS uppföljningsplan se Bilaga 1. Nedan kommer ett sammanfattande resultat av genomförda kontroller, samtliga planerade kontroller för 2024 är genomförda.

Journalgranskning – i och med att ett nytt verksamhetssystem, Pulsen Combine, infördes under våren 2024 beslutades att prova ett nytt angreppssätt vid journalgranskningen. Superanvändare i

verksamhetssystemet har tillsammans med den legitimerade personalen granskat ett slumpmässigt urval av hälso- och sjukvårdsjournalerna. Granskningen utgick från en mall med fastställda granskningsparametrar. Det har utförts en så kallad ”kollegial-granskning” men genom att det varit samma superanvändare som deltagit vid alla granskningar har kvaliteten av granskningen kunnat säkerställas. Den nya granskningsmetoden har samtidigt inneburit ett lärande/reflektion för den legitimerade personalen och således även fått ett kvalitativt värde. För första året har även journal skriven av fysioterapeuter och arbetsterapeuter granskats.

Sammanfattningsvis granskades totalt 46 journaler och till största del är den granskade hälso- och sjukvårdsdokumentationen fullständig. I några fall saknas angiven hälsocentral och namngiven ansvarig läkare. Samtycke saknas i några journaler. Det är mycket viktigt att samtycke finns registrerat eftersom grunden till att hälso- och sjukvårdspersonal får inhämta uppgifter från exempelvis läkemedelslista och regionens journaler. Största bristerna i dokumentation rör måluppfyllelse, delaktighet och information. Målformulering saknas i helt eller delvis journalernas hälsoärenden. Endast i enstaka journaler framgår det att patienten varit delaktig. Uppgifter om information som lämnats till patient eller närstående finns endast i ett fåtal journaler.

I samband med byte av verksamhetssystem krävdes även ett förändrat arbetssätt kopplat till dokumentation. Utifrån journalgranskningen är det tydligt att den legitimerade personalen fortsatt behöver stöd och utbildning i det nya arbetssättet. En utmaning har även varit att verksamhetssystemet fortfarande ligger kvar i en gammal version som tyvärr inte skapar gynnsamma förutsättningar för den legitimerade personalens möjlighet att dokumentera korrekt. En ny version planeras lanseras under 2025, vilket kommer att underlätta dokumentationen. Fokus under kommande år rekommenderas vara fortsatt utbildning i verksamhetssystemet och dokumentation.

Som en del av journalgranskningen utfördes även en granskning av antal uppföljningar efter inträffade fall samt antal individuellt ordinerade inkontinenshjälpmedel. Denna granskning genomfördes separat från den kollegiala journalgranskningen.

Antal uppföljningar efter inträffade fall – i jämförelse med föregående år har antalet uppföljningar av bedömning och ordinerade fallpreventiva åtgärder efter inträffat fall ökat från 26 % till 34 %. Trots ökning saknas ändå uppgiften i två av tre journaler. Vid de allra flesta inträffade fall finns en dokumenterad bedömning avseende fallskada av sjuksköterska, men dokumentation gällande ny bedömning av fallförebyggande åtgärder saknas.

Individuellt ordinerade inkontinenshjälpmedel - nästan alla patienter inom kommunal hälso- och sjukvården har individuellt ordinerade inkontinenshjälpmedel (95,5 %), men brister finns i journaldokumentationen. Hos endast 83 % finns inkontinenshjälpmedlet dokumenterat i hälso- och sjukvårdsjournalen. Även här är bristerna kopplat till dokumentationen och mer utbildning i verksamhetssystemet och arbetssättet rekommenderas under kommande år.

Avvikelse – se rubrik ”Avvikelse” sida 18.

Kvalitetsgranskning läkemedelshandling – En vanligt förekommande arbetsuppgift för både legitimerad personal och för omsorgspersonal med delegation är läkemedelshandling. Större delen av de patienter som har hjälp av kommunen med sin hälso- och sjukvård har hjälp med läkemedelshandling. Läkemedelshandling är också föremål för överlägset flest avvikelser i förvaltningen (92,5 % av alla rapporterade HSL-avvikelse). På varje enhet där det ingår ansvar för hälso- och sjukvård samt förekommer läkemedelshandling ska det finnas en sjuksköterska med särskilt ansvar för läkemedel.

Vidare ska varje enhet ha en lokal instruktion som beskriver deras lokala hantering av läkemedel. För detta finns en mall som styrning framtaget som verksamheterna utgår från. Förutom detta finns förvaltningsövergripande rutiner som gäller för läkemedelshantering och delegering framtagen och beslutad av MAS. Verksamheter som hanterar läkemedel genomgår årligen en extern kvalitetsgranskning av sin läkemedelshantering. Detta görs av en extern part och förvaltningen har tjänsten upphandlad via Apoteket AB. Varje enhets lokala instruktion går igenom av granskaren och enheterna får efter varje år en åtgärdsplan/rapport där det framgår vilka förbättringsåtgärder som behöver vidtas. 2024 genomfördes granskningen digitalt vid hälften av enheterna och hälften av enheterna fick ett fysiskt besök. För fjärde året i rad genomfördes en enkät till all delegerad personal. Vid granskningarna deltog sjuksköterska/sjuksköterskor, enhetschef delegerad personal, enhetschef hälso- och sjukvård och MAS. Åtgärdsplan/rapport har erhållits av var enskild enhet samt MAS.

Det finns i princip alltid något som behöver åtgärdas/utvecklas eller revideras vid de årliga granskningarna. MAS bedömning är att detta är en mycket viktig årlig återkommande egenkontroll och också en orsak till att förvaltningen över lag har god ordning gällande styrning och ledning av läkemedelshantering. Extern granskning, sammanfattning återfinns under rubrik ”Stärka analys, lärande och utveckling” sida 17.

Delegeringar – antalet utfärdade delegeringar i verksamheten sjunker enligt granskningar. 2023 uppgav sjuksköterskorna att de utfärdat 2452 delegeringsbeslut och 2024 2198 delegeringsbeslut (-254). Antalet utfärdade delegationer kan dock vara svår att tolka. Sjuksköterskornas upplevelse är att det är färre av omsorgspersonalen som bedöms inne ha den reella kompetensen som krävs. Samtidigt upplever sjuksköterskorna att de delegerar samma individ men inom fler organisationer, detta eftersom omsorgspersonal med reell kompetens flyttas/får hjälpa till med delegerade uppgifter när omsorgspersonal med delegation saknas. Detta leder även till att sjuksköterskor inom vissa avdelningar utfärdat så många delegeringar att sjuksköterskan inte har förutsättningar att utföra delegeringsuppföljningar. I genomsnitt har sjuksköterskor på särskilda boenden för äldre utfärdat 15 delegationer/sjuksköterska, vilket bedöms vara ett rimligt antal för att sjuksköterskan ska kunna kontrollera och följa upp utfärdade delegationer. Genomsnittet för sjuksköterskor inom hemsjukvården är 74 delegationer/sjuksköterska och genomsnittet för en sjuksköterska som arbetar inom psykosocialt stöd för vuxna är 108 delegationer. Ett antal åtgärder har under året vidtagits för att minska antalet delegationer per sjuksköterska, framför allt inom hemsjukvården och psykosocialt stöd för vuxna.

- Central delegeringsutbildning för ny personal infördes under våren 2024
- En ny rutin för förnyelse av delegeringar är upprättad och kommer att implementeras under våren 2025.
- En ny och tydligare rutin för uppföljning av delegationer är upprättad och kommer att implementeras under våren 2025.
- Tydligare struktur för vem som ansvarar för delegeringar till pool-personal.

Basala hygienrutiner – se rubrik ”Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system” sida 15.

Riskbedömningar fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion – registrering sker vid inflytt till särskilt boende eller anslutning till hemsjukvård och uppdateras minst var 6:e månad eller oftare vid behov för patienter på särskilt boende för äldre eller personer med konstaterad risk i något av områdena. Vid mätning är resultatet kraftigt försämrat efter byte av verksamhetssystem. Underlagen från Senior Alert används vid bedömningarna men registreras inte i kvalitetsregistret utan endast som ett relaterat dokument i patientjournalen. En integration mellan verksamhetssystemet och Senior Alert är

under uppbyggnad, det kommer att medföra att resultatet automatiskt överförs till kvalitetsregistret. Noteras bör, trots låg följsamhet till utförda riskbedömningar har patienterna registrerade hälsoärenden för identifierade risker och åtgärder har ordinerats, vilket bör ses som det allra viktigaste. Det hela resultatet presenteras i tabell och jämförs med tidigare årsresultat i Bilaga 2. Vid analysen av resultatet noterades även att riskbedömning av blåsdysfunktion (Nicola) inte hade genomförts på någon patient trots ett stigande resultat de senaste åren. Vid granskning upptäcktes då att Nicola helt saknas som relaterat dokument i verksamhetssystemet. Detta åtgärdades omgående.

Skyddsåtgärder – egenkontroll av skyddsåtgärder genomfördes både under våren 2024, innan byte av verksamhetssystem, och hösten 2024, efter byte av verksamhetssystem. Höstens resultat i egenkontrollen är markant försämrat, jämfört med vårens resultat. Antalet skyddsåtgärder som ordinerats i verksamheterna har minskat på särskilt boende för äldre (-86 st) och är i paritet med föregående mätning inom boende med särskild service, men under hösten noteras stora brister i dokumentationen. Många ordinationer saknar dokumenterat samtycke för åtgärden (24 %) och en ännu större andel saknar all dokumentation rörande skyddsåtgärden (50%). Vid granskningen framkommer en stor osäkerhet hos den legitimerade personalen angående var och hur åtgärden ska dokumenteras i det nya verksamhetssystemet. Åtgärderna som har vidtagits eller planeras vidtas efter egenkontrollen är främst utbildning i verksamhetssystemet.

Trycksår – förekomsten av trycksår kan ses som ett kvalitetsmått på den omvårdnad och det riskförebyggande arbete som utförs och därav följs förekomsten av trycksår upp årligen. Det totala antalet trycksår i verksamheterna har minskat i jämförelse med föregående år. 2023 var förekomsten 4,5 % medan förekomsten 2024 är 4,1 %. I de nationella mätningarna som genomförts under 2024 anges förekomst av trycksår i medverkande kommuner i landet vara 5,9 % i november 2024. I relation till det så står sig således Piteå kommun bättre än genomsnittskommunen.

Läkaravtal – Under 2016 förhandlades ett nytt läkaravtal för medverkan i särskilda boenden fram. Under 2017 togs en lokal överenskommelse fram som sedan reviderades 2020. Kommunen följer årligen upp avtalet via fastställda parametrar för att granska efterlevnad. I granskningen kontrolleras följsamhet till fast vårdkontakt, namngiven patientansvarig läkare, genomförd läkemedelsgenomgång, antal läkartimmar/vecka. Uppföljningen visar att nästan alla patienter inom särskilda boenden har fast omsorgskontakt och namngiven patientansvarig läkare (91–100 %). Genomförda läkemedelsgenomgångar vid mätningen i oktober på särskilt boende för äldre var >95 % och i boende med särskild service >76 %. Orsaken till att resultatet är lägre inom boende med särskild service är att de boende inte alltid är listad på den geografiskt ansvariga hälsocentralen och de därmed inte får möjlighet till årsrund. Denna brist är lyft i samverkan med Regionens primärvård och åtgärder planeras.

Gällande tillgången på läkartid ser det olika ut bland hälso- och sjukvårdsenheterna, till största del beroende på hälsocentralstillhörighet. Inom hemsjukvården och särskilda boenden för äldre är läkartillgången tillräcklig medan inom boende med särskilt stöd och Trädgårdens äldrecentras platser är läkartillgången otillräcklig. Dialog med Primärvårdens verksamhetsområdeschef samt den privata hälsocentralens verksamhetschef är initierad och en revidering av läkaravtalet planeras i början av 2025.

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 §

Har vården varit säker

Den som upptäcker en avvikande händelse ska skyndsamt göra de nödvändiga åtgärder som behövs för att förhindra att någon drabbas av en vårdskada. Om en vårdskada redan uppstått ska åtgärder genomföras så att vårdskadan får en så liten negativ effekt som möjligt för den drabbade. Händelser ska alltid rapporteras, bedömas, åtgärdas, utredas och följas upp där de har inträffat. Om händelsen under eller efter utredning bedöms vara av betydande och/eller katastrofal karaktär ska alltid MAS kontaktas för att eventuellt ta över utredningsuppdraget. Underlaget ska ligga till grund för planering och åtgärder i syfte att hindra att liknande händelser inträffar igen.

För avvikelshantering finns rutiner och processkartor framtagna. Under våren 2024 i samband med bytet av verksamhetssystem byttes även avvikelshanteringssystemet.



Fyra händelser har under året utretts av MAS gällande allvarlig vårdskada alternativt risk för allvarlig vårdskada. Ingen av utredningarna påvisade allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada.

Utredning och händelser på verksamhetsnivå beskrivs vidare under rubrik ”Avvikelser” sida 18.

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.



Kvalitetsledningssystem

Under 2024 har processledare, MAS och SAS arbetat tillsammans med avdelningschefer för att bygga upp, rensa och förtydliga ledningssystemet som speglas på Insidan. Ett nytt system för kvalitetsarbete, Stratsys, är under uppbyggnad. Systemet presenterar organisationens processer och används för att samla riskanalyser, egenkontroller, åtgärder och uppföljningar. I systemet kommer även sammanställning av avvikelser och så småningom sammanställning av klagomål och synpunkter finnas. Här arbetar chefer på olika nivåer för att analysera trender och tendenser i sammanställningarna. Implementeringen av systemet planeras fortgå under hela 2025. Processkartläggning för hälso- och sjukvårdprocesserna påbörjas under 2025 i socialtjänstens befintliga moduleringsverktyg, Visio.

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Basala hygienrutiner – självskattning av basala hygienrutiner och klädregler har genomförts i alla verksamheter som utför hälso- och sjukvård två gånger under 2024. Över lag har ett gott resultat uppnåtts vid kontroll, i samtliga verksamheter. Det som förekom, som kan förbättras var:

- Användning av handsprit omedelbart före patientarbete
- Förekomst av ringar/klockor/armband (enstaka fall)
- Användning av engångsförkläde vid risk för kontakt med kroppsvätskor och biologiskt material
- Kännedom om var rutiner vid särskilda smittor och aktuella vårdhygieniska riktlinjer finns

Årlig genomgång av rutiner gällande basal hygien genomförs på alla enheter enligt årshjul, utbildning ingår i introduktionsprogrammet för nyanställda. Resultatet av självskattningsenkäterna lyfts på varje enhet för diskussion och åtgärdsförslag.

Läkemedelsgenomgångar - Genomförda läkemedelsgenomgångar vid mätningen i oktober på särskilt boende för äldre var >95 % och i boende med särskild service >76 %. Orsaken till att resultatet är lägre inom boende med särskild service är att de boende inte alltid är listad på den geografiskt ansvariga hälsocentralen och de därmed inte får möjlighet till årsrund. Denna brist är lyft i samverkan med Regionens primärvård och åtgärder planeras.

Palliativ vård – Enligt den nya länsövergripande överenskommelsen gällande palliativ vård i samverkan ska registrering i svenska palliativregistret ske vid alla förväntade dödsfall. Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Legitimerad personal dokumenterar i registret de patienter som avlider inom våra verksamheter där vi har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Bilaga 3 visar en schematisk bild och ett spindeldiagram av de överenskomna indikatorerna och Piteå kommuns resultat. Förbättringsmöjligheter finns inom alla områden. Framför allt behöver registreringsgraden öka, men även ett arbete med de övriga kvalitetsindikatorerna. Implementering av Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) pågår. Under 2024 har ett särskilt boende för äldre infört NVP och under våren 2025 planeras breddinförande på resterande säbo.

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 – exempel ur verksamheterna

Ny jourorganisation för sjuksköterskor på särskilda boenden – den nya jourorganisationen som införts under 2024 i syfte att öka tillgången till sjuksköterska under jourtid och samtidigt minska beroendet av bemanningspersonal.

Gemensamma rutiner länets MAS-nätverk – i länets nätverk för MAS/MAR har flera rutiner tagits fram gemensamt för att ge ökad samsyn och tyngd för vad som är övergripande för hela länet, vissa lokala avvikelser förekommer på kommunnivå, ofta i relation till kommunens storlek.

Nya hälso- och sjukvårdsriktlinjer och rutiner – en omfattande revidering av kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer och rutiner har genomförts under året för att skapa en klarare struktur och tydlighet. Parallellt pågår en översyn av hela socialförvaltningens ledningssystem. Arbetet kommer att fortgå även under 2025.

Personalbrist – kompetens – kontinuitet – en ständigt kompetensbrist påverkar naturligtvis patientsäkerheten. Samverkan med vuxenutbildningen för att stärka kompetensen hos omsorgspersonalen. Arbete kring arbetsdifferentiering pågår. Delegeringsutbildning har centraliserats. Introduktion av nyanställd legitimerad personal, bemanningspersonal eller annan personal som anställs inom hälso- och sjukvårdsavdelningen är individanpassad och säkerställs via framtaget introduktionsmaterial. I hemsjukvården har mer än hälften av sjuksköterskorna vidareutbildning till distriktsköterska. Beroendet av bemanningspersonal kvarstår dock, största behovet under sommaren.

Riskhantering

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

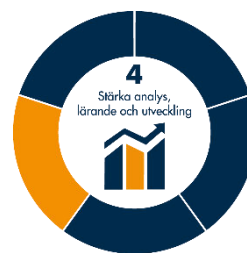
Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden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

Risker i verksamheten rapporteras på samma sätt och i samma system som negativa händelser. Årlig riskanalys av hälso- och sjukvårdsprocesser sker i systemet Stratsys och har genomförts inför 2025.

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.

Förvaltningen är ansluten till två kvalitetsregister inom området: Palliativa registret och BPSD registret. Förvaltningen är inte ansluten till Senior Alert men använder registrets mallar för riskbedömning.



Palliativa registret – se rubrik ”Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system” sida 16 samt Bilaga 3.

BPSD, svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom – I kommunen är det framförallt två demensboenden samt Trädgårdens äldrecentra som använder BPSD. I samband med införandet av det nya verksamhetssystemet uppstod frågor gällande var och hur BPSD skulle dokumenteras för att alla professioner i teamet skulle kunna ta del av åtgärder och bemötandeplaner.

Extern granskning – kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Granskningen utfördes av apotekare från Apoteket under oktober månad 2024, åtgärdsområden för årets kvalitetsgranskning var:

- Ny rutin för läkemedelshantering kom under sommaren 2024 och hade inte implementerats helt av alla enheter vid granskningen.
- Följsamhet till kontrollräkning av narkotiska preparat.
- Tillgång och användning av läkemedelslista.
- Läkemedelshantering och lokala rutiner.
- Avvikelse rapportering.
- Uppföljning av delegationer.

I sammanfattning av granskning framkommer det förbättringsområden, inget av allvarlig grad. Områden att åtgärda under året: uppdaterad rutin för läkemedelshantering, samverkan med Regionens primärvård gällande generella direktiv, säkerställa att narkotikakontroll utförs enligt rutin, säkerställa delegerad personals följsamhet till läkemedelshantering, framför allt kontroll av läkemedelslista, frastexter för frekvent förekommande avvikelser rörande läkemedelshantering och tydligare struktur för delegeringsuppföljning. Utmaningen i frågan om läkemedelshantering ligger främst inom delegeringsområdet där det återkommande framkommer brister i följsamhet till rutiner för delegerade uppgifter rörande läkemedelshantering. Att andelen undersköterskeutbildad personal minskar gör och

kommer att göra att färre kommer att kunna utföra delegerade uppgifter och förvaltningen står inför ett stort förändringsarbete för att möta den utmaningen.

Avvikelser

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

Alla som arbetar i hälso- och sjukvården har en skyldighet att rapportera händelser (avvikelser) som har betydelse för en god och säker hälso- och sjukvård. Avvikelsen skrivs av den personal som uppmärksammat händelsen. Avvikelsen hanteras därefter av sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut eller närmsta chef som ansvarar för att utreda händelsen. Verksamheterna jobbar olika med uppföljning och lärande men vissa exemplifierar med att de har kvalitetsgrupper och vissa hänvisar till arbetsplatsträffar som forumet där lärandet hanteras.

Interna avvikelser – kontroll

Inrapportering av avvikelser sker i verksamhetssystemet DF-respons som infördes slutet av april 2024. Rapporteringsfrekvensen har endast minskat något trots byte av rapporteringssystem, något som var en tydlig risk i riskanalysen som genomfördes inför systembytet. Förändringen har medfört att rapportören inte längre behöver ta ställning till vilket lagrum som hen rapporterar inom, det är i stället ansvarig chef/utredare som sorterar händelsen inom rätt lagrum. Mot bakgrund av antalet felregistrerade avvikelser i det gamla systemet torde detta medföra en viss kvalitetssäkring. Dock kan förändringen medföra missvisande statistik. Avvikelser där utredning inte påbörjats ännu kan inte sorteras inom lagrum. Det innebär att statistiken kan visa antal hälso- och sjukvårdsrapporter samt ett antal ohanterade rapporter som antingen rör lagrummen hälso- och sjukvård eller socialtjänstlag/LSS/LVU/LVM/FB, de kommer inte gå att särskilja. Vid MAS kontroll av hur avvikelser hanteras i DF-respons för perioden 240422–241231 noteras att flertalet avvikelse rapporter ej hanterats ännu. Informationen delgavs chefer och avvikelseansvariga.

Förbättringsområden gällande hantering av avvikelser på verksamhetsnivå:

- Starta hantering av avvikelse direkt
- Slutför avvikelseutredning

Avvikelser lyfts på APT/teamträffar i verksamheterna, en avvikelserutin samt processbeskrivning av avvikelshantering är upprättade efter byte av rapporteringssystem men variation till följsamheten finns. I implementeringen av kvalitetsmodulen i Stratsys ingår en automatisk överföring av avvikelsestatistik som kommer att hjälpa enhetschefer och avdelningschefer att följa statistik och trender både på lokal och aggregerad nivå. För att få samlad statistik till patientsäkerhetsberättelsen har MAS utfört en manuell sökning av avvikelser.

Interna avvikelser – statistik

Statistik för årets avvikelser presenteras schematiskt i Bilaga 4 - Avvikelser kan granskas på olika nivåer/sökord. MAS har valt att följa sex grupper/sökord inom hälso- och sjukvård, de är utvalda utifrån vanligast förekommande, lämpliga att följa över tid/trender samt en rimlig nivå för verksamheternas chefer att hinna följa upp och dokumentera. Hälso- och sjukvårdskategorier som följs:

- Fall
- Läkemedel
- Medicinskteknisk produkt
- Samverkan
- Dokumentation (utförare)

- Utförande av insats/åtgärd

Grupper kan brytas ner ytterligare för kartläggning, om en verksamhet vill arbeta med en specifik typ av händelse/avvikelse mer i detalj.

Interna avvikelser – sammanfattad bild av årets avvikelser/mot tidigare år

Toppar/trender kan följas under året gällande avvikelser, säkerligen förekommer fortfarande ett visst mörkertal, avvikelser som inte dokumenteras. Av vikt att fortsätta motivera medarbetare att dokumentera avvikelser för utveckling ska kunna ske. Som tidigare nämnt är det analysarbetet som behöver förbättras – som kan leda till förebyggande insatser och ökad patientsäkerhet. Utifrån toppar i statistik har dialog förts med verksamheter i analysarbetet där några orsaker till årets resultat framkom:

- Medarbetare har blivit bättre på att skriva avvikelser
- Höga trender – Fall – individbundna ärenden (åtgärder insatts)
- Läkemedel – stress, låg bemanning/få personal med delegering på plats
- Brister i planering och kommunikation

Bilaga 4 B är en tabellöversikt gällande hälso-och sjukvårdsavvikelser jämfört med tidigare år. Som nämnt i text förekommer det incitament som kan medföra att statistik inte är helt korrekt. Fördelning av avvikelser är liknande, med en marginell minskning på totalen, men antalet läkemedelsrapporter har ökat under 2024. Vad det beror på är svårt att säkerställa, möjlig orsak kan vara nytt verksamhetssystem med tydligare kategorier vid rapportering och/eller ökad kunskap om avvikelserrapportering bland medarbetare.

Interna avvikelser - Läkemedel

Avvikelser som tillhör gruppen, läkemedel – Bilaga 4 C, visar ett cirkeldiagram av de olika läkemedelshändelser samt ett cirkeldiagram över de läkemedelstyper som rapporterats. Främsta orsaken till avvikelse är utebliven dos (57,4 %) följt av utebliven signering (9,8 %) och läkemedel saknas (9 %). Fortsatt är det relativt många avvikelser relaterade till insulin (61 st), men dock en liten minskning jämfört med föregående år (69 st).

Externa rapporteringar/avvikelser

Det finns en särskild rutin för att kunna rapportera externa avvikelser. Systemet är bland annat framtaget som ett led i att ytterligare kunna höja patientsäkerheten samt för att kunna leva upp till de samverkansriktlinjer som finns mellan kommunen och Regionen. Vidare finns ett ansvar att om utredning av en händelse som har medfört en vårdskada visar att den helt eller delvis har sitt ursprung i en annan vårdgivares verksamhet, ska denne underrättas om det inträffade. Fördelning utifrån avvikelse typ finns presenterat i Bilaga 3 E. Observera att denna statistik endast presenterar rapporterade externa avvikelser sedan DF-respons började användas i slutet av april. Under året genomfördes en revisionsgranskning avseende hemsjukvården och processen utskrivningsklara. Socialnämnden erhöll rekommendation från revisorerna gällande det fåtal externa rapporter som upprättats. Efter revisionen har MAS tillsammans med verksamheten arbetat fram ett material med frastexter som kan användas vid frekvent förekommande avvikelser rörande samverkan med Regionen. Målet med frastexterna är att öka följsamheten till rapportering vid inträffade händelser. Sjuksköterskor uppger den främsta orsaken till utebliven rapportering som tidsbrist.

Avvikelse rapporter som inkommit från annan huvudman till hälso- och sjukvården i Piteå kommun har enligt rutin manuellt lagts in och hanterats i DF-respons.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomålshantering

Klagomålshantering styrs via riktlinjer från socialnämnden. Kommunen har en klagomålshantering via kommunens hemsida där det också inkommer klagomål till förvaltningen.

Förvaltningens socialt ansvarige socionom (SAS) sammanställer verksamheternas inrapporterade klagomål och hantering av dessa årligen i socialnämndens kvalitetsberättelse. Redovisningen omfattar samtliga inkomna klagomål som rör vård och omsorg.

Enskilda klagomål från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Analyseras och utredningar hålls samman av huvudansvarig avdelning. Vanligast förekommande är att hälso- och sjukvårdsfrågor finns med som en del i ett ärende från IVO och då lämnar MAS yttrande i ärenden då IVO begär det eller då förvaltningen själva identifierar brister inom hälso- och sjukvården. Eventuellt förbättringsarbete sker i samarbete med aktuell verksamhet. Socialnämnden är alltid den som besvarar dessa ärenden. Inga enskilda klagomål rörande hälso- och sjukvård inkom från IVO under 2024.

Ärenden från patientnämnden

Piteå kommun köper sin patientnämndsverksamhet av Region Norrbotten. Ärenden som inkommer från patientnämnden besvaras till patientnämnden av verksamheten. Socialnämnden får information och redovisning i samband med att patientnämnden redovisar sin årsberättelse. Efter att patientnämndsärenden är hanterade och besvarade i vår egen organisation så inkluderas dessa ärenden in i vårt eget avvikelshanteringssystem och ingår således i den totala avvikelssammanställningen.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått redovisar hälso- och sjukvårdsavdelningen följande mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter för 2025:

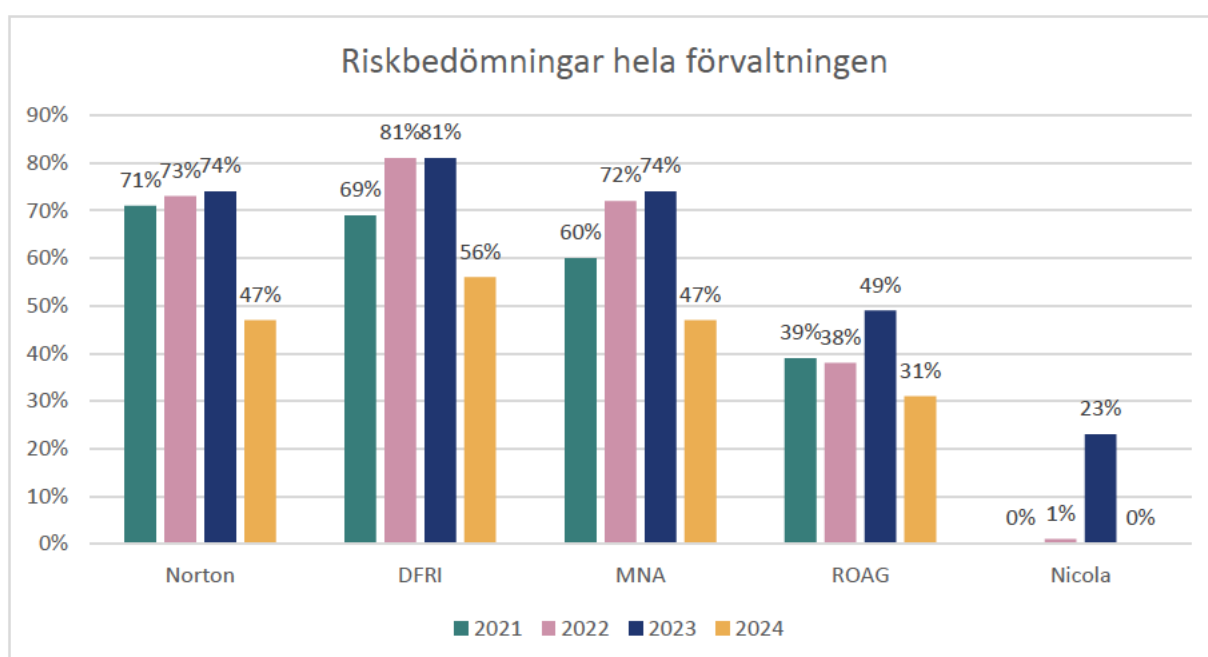
Mål	Strategi/planerade åtgärder
Säkerställa tillförlitligheten och användbarheten i ledningssystemet	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsätta komplettera och uppdatera rutiner i ledningssystemet och på så vis säkerställa tillförlitligheten. • Påbörja arbetet med att utforma processkartor
Att legitimerad personal samt vård- och omsorgspersonal har relevant och uppdaterad kompetens för att kunna tillhandahålla god och säker vård.	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsgrupper • Årshjul för löpande utbildningsinsatser, så som exempelvis munhälsa, basala hygienrutiner osv.
Säkrare läkemedelshantering Minska antal delegationer/sjuksköterska inom hemsjukvård och PSV.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementera hela delegeringsprocessen från utbildning till uppföljning och avslut. • Strukturera ansvaret för delegering för att ge sjuksköterskorna förutsättningar till följsamhet till uppföljningar av utfärdade delegationer.
Säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar enligt fastställda rutiner	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsatt kontinuerlig utbildning i nya verksamhetssystemet och dokumentationssättet.
Färdigställa implementering av verktyget Stratsys.	<ul style="list-style-type: none"> • Ytterligare kunskapshöja EC-HSL och fördjupa förståelsen. • Allt egenkontrollarbete dokumenteras i Stratsys.
Öka registreringsgraden i Palliativa registret samt öka följsamheten till kvalitetsindikatorerna	<ul style="list-style-type: none"> • Breddinförande av NVP i särskilt boende för äldre. • Utbildning i palliativa registret för sjuksköterskor.

Bilaga 1. – Egenkontroller/MAS-uppföljningsplan 2024

Egenkontroll	Omfattning	Redovisning
Avvikelser, inklusive fall	Löpande sammanställning för analys och åtgärder av enhetschef. Årlig sammanställning av MAS.	Avvikelsesystemet DF-respons Till socialnämnd i Patientsäkerhetsberättelse
Följsamhet till basala hygienrutiner, självskattning	2 gånger/år	Internprotokoll Till Socialnämnd som informationsärend i juni samt i patientsäkerhetsberättelse
Uppföljning efter inträffade fall	1 gång/år	Internprotokoll Till socialnämnd i patientsäkerhetsberättelse
Journalgranskning	1 gång/år	Internprotokoll Till socialnämnd i patientsäkerhetsberättelse
Riskbedömningar	1 gång/år	Internprotokoll Till socialnämnd i patientsäkerhetsberättelse
Skyddsåtgärder	2 gånger/år	Internprotokoll Till Socialnämnd som informationsärend i juni samt i patientsäkerhetsberättelse
Blåsdysfunktion	1 gång/år	Internprotokoll Till socialnämnd i patientsäkerhetsberättelse
Granskning av läkemedelshantering	1 gång/år	Internprotokoll Till socialnämnd i patientsäkerhetsberättelse
Trycksår	2 gång/år	Internprotokoll Till Socialnämnd som informationsärend i juni samt i patientsäkerhetsberättelse
Delegationer	1 gång/år	Internprotokoll Till socialnämnd i patientsäkerhetsberättelse
Läkaravtal särskilt boende	1 gång/år	Internprotokoll Till socialnämnd i patientsäkerhetsberättelse

Bilaga 2 – Riskbedömningar

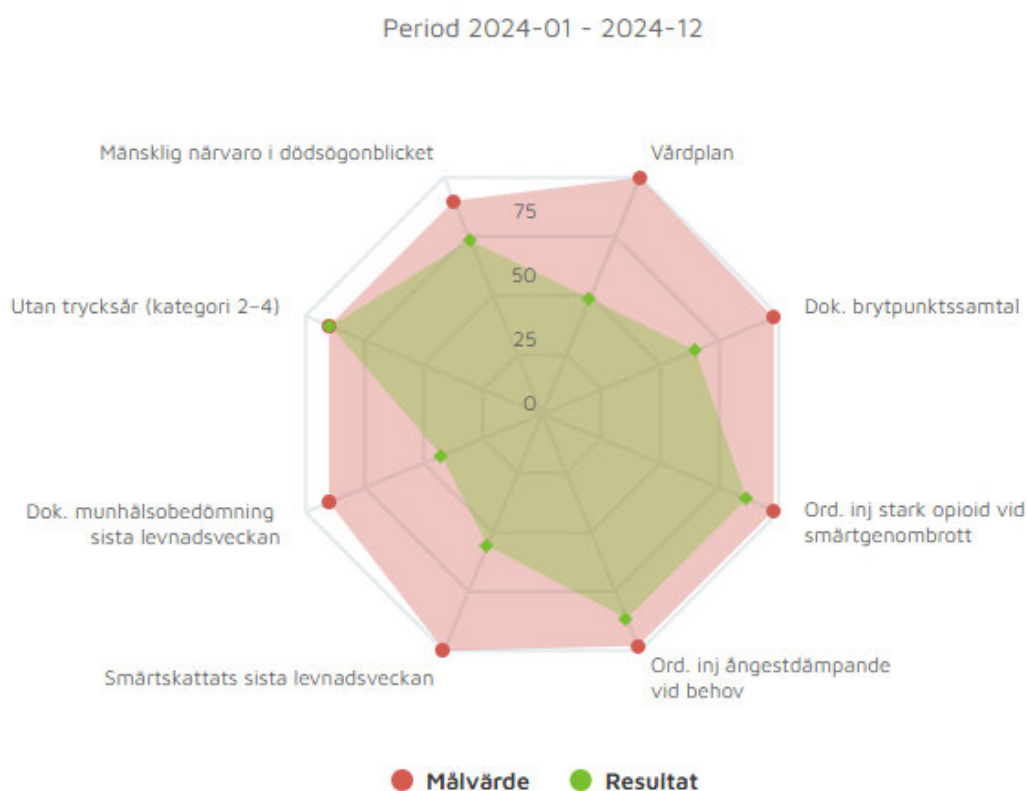
	Norton	DFRI	MNA	ROAG	Nicola
SÄBO	85 %	93 %	87 %	29 %	0 %
PSV	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
HSV	35 %	37 %	33 %	24 %	0 %
ÄC	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Hela förvaltningen	47 %	56 %	47 %	31 %	0 %



Kommentar: Årets resultat är kraftigt försämrat jämfört med föregående år. Noteras bör att trots att patienterna saknade registrerad riskbedömning i journalen hade de flesta upprättade hälsoärenden gällande identifierad risk och ordinerade åtgärder. Riskbedömning för blåsdysfunktion (Nicola) har under de senaste åren ökat för att nu åter vara nere på 0 %. Vid kontroll i verksamhetssystemet saknas helt Nicola som bedömningsinstrument.

Bilaga 3 – Palliativa registret, kvalitetsindikatorer

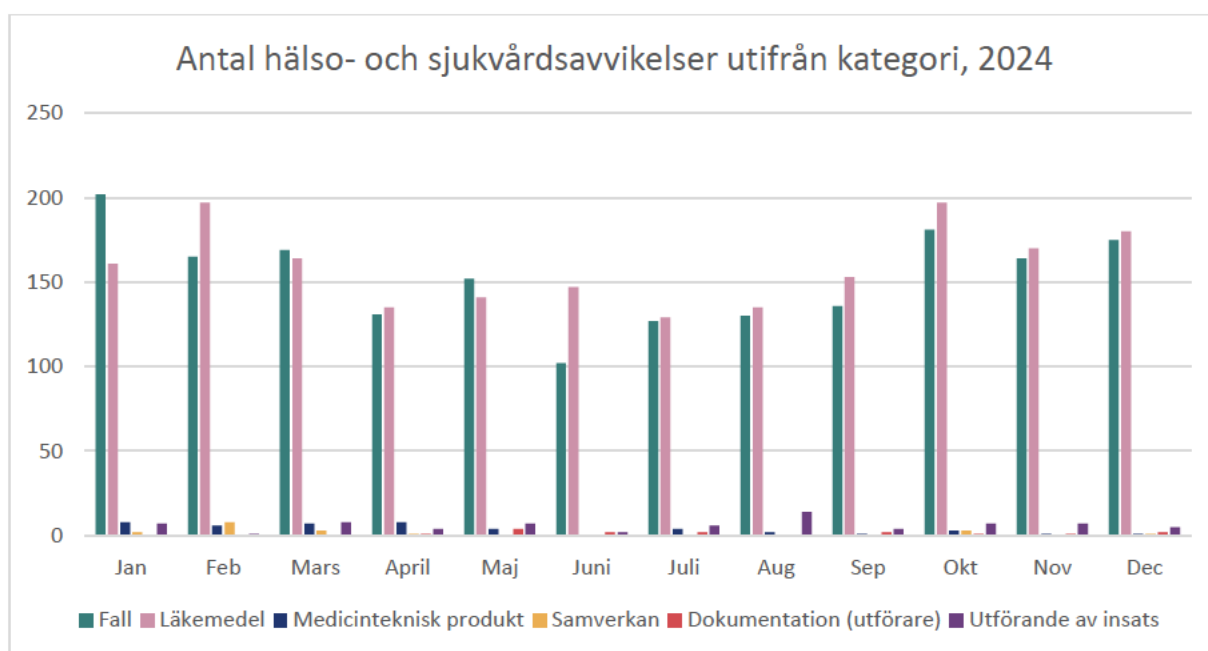
Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat Piteå kommun
Registreringsgrad i Svenska palliativregistret	100 %	Ordinärt boende: 1,57 % Korttidsboende: 4,94 % SÄBO/LSS: 33,26 % Ej rapporterade: 40,9 %
Andel patienter där brytpunktssamtal genomförts av läkare (dokumenterat)	100 %	64,8 %
Andel patienter som smärtskattats sista levnadsveckan	100 %	55,6 %
Andel patienter som har ordinerade vid behovläkemedel mot förväntade symtomgenombrott	100 %	86,4 %
Andel patienter som har en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	>90 %	42,6 %
Erbjuda närstående att delta i närståendeenkät	100 %	0 %



Bilaga 4. – Avvikelser

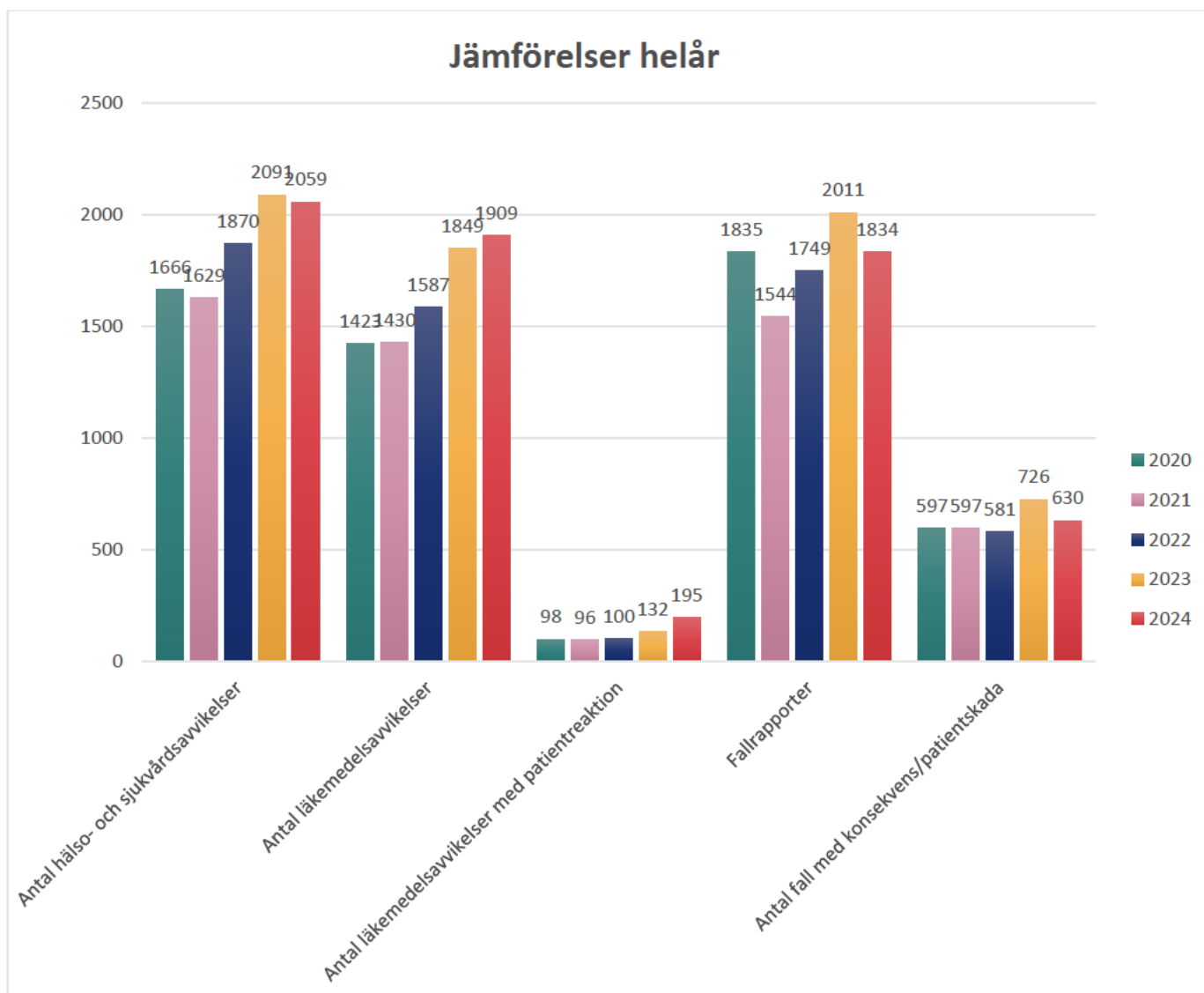
4 A. Antal hälso- och sjukvårdsavvikelser utifrån kategori

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Tot.
Fall	202	165	169	131	152	102	127	130	136	181	164	175	1834
Läkemedel	161	197	164	135	141	147	129	135	153	197	170	180	1909
Medicinteknisk produkt	8	6	7	8	4	0	4	2	1	3	1	1	45
Samverkan	2	8	3	1	0	0	0	0	0	3	0	1	18
Dokumentation (utförare)	0	0	0	1	4	2	2	0	2	1	1	2	15
Utförande av insats/åtgärd	7	1	8	4	7	2	6	14	4	7	7	5	72
Totalt (exkl. fall):	178	212	182	149	156	151	141	151	160	211	179	189	2059



Kommentar: Viss reservation för att vissa avvikelser- och fallrapporter kan vara dubbelregistrerade under perioden för införandet av verksamhetssystemet Combine. Avvikelse- och fallrapporter som inte hunnit hanteras vid go-live datum 240502 migrerades till DF-respons för att hanteras där. Tyvärr finns ingen statistik över hur många fall- och avvikelserrapporter det rör sig om. I statistiken noteras en viss ökning av fall- och avvikelserrapporter under maj månad vilken skulle kunna förklaras med att ohanterade fall- och avvikelserrapporter migrerats över.

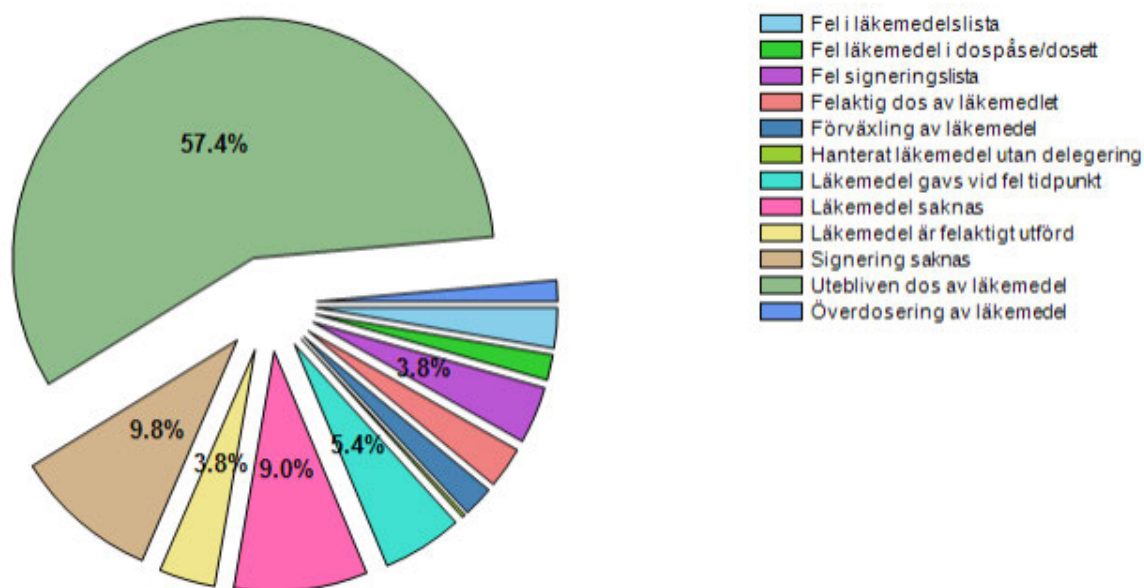
4 B. Avvikelsestatistik jämfört mot tidigare år, 2020–2024



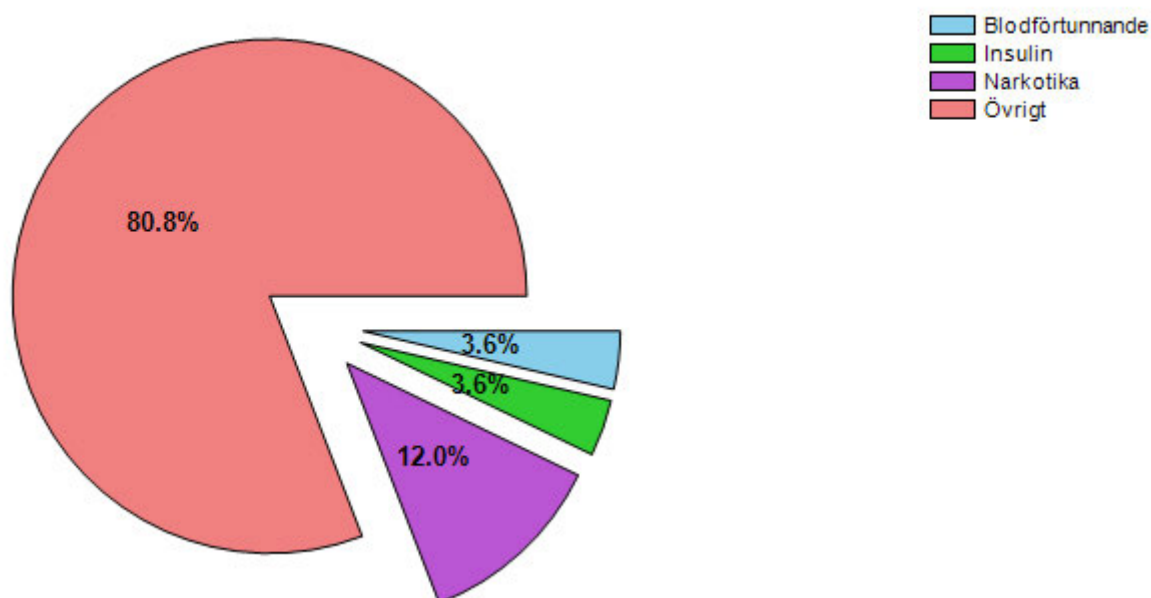
Kommentar: Sett över hela året är det rapporterat något färre avvikelser och fall jämfört med föregående år. Detta beror mest troligt på bytet av verksamhetssystem men det kan även vara en reaktion på de kunskapshöjande insatser som införts under året. DF-respons har en tydligare kategorisering av både avvikelsetyp och av konsekvenser/patientreaktioner vilket kommer att underlätta möjligheten att se trender och tendenser i analysarbetet.

4 C. Läkemedelshändelser, de främst förekommande avvikelserna inom kategorin, totalt 1295 läkemedelshändelser inrapporterade i DF-respons under perioden 240422–241231

Läkemedelshantering (Fördelning)

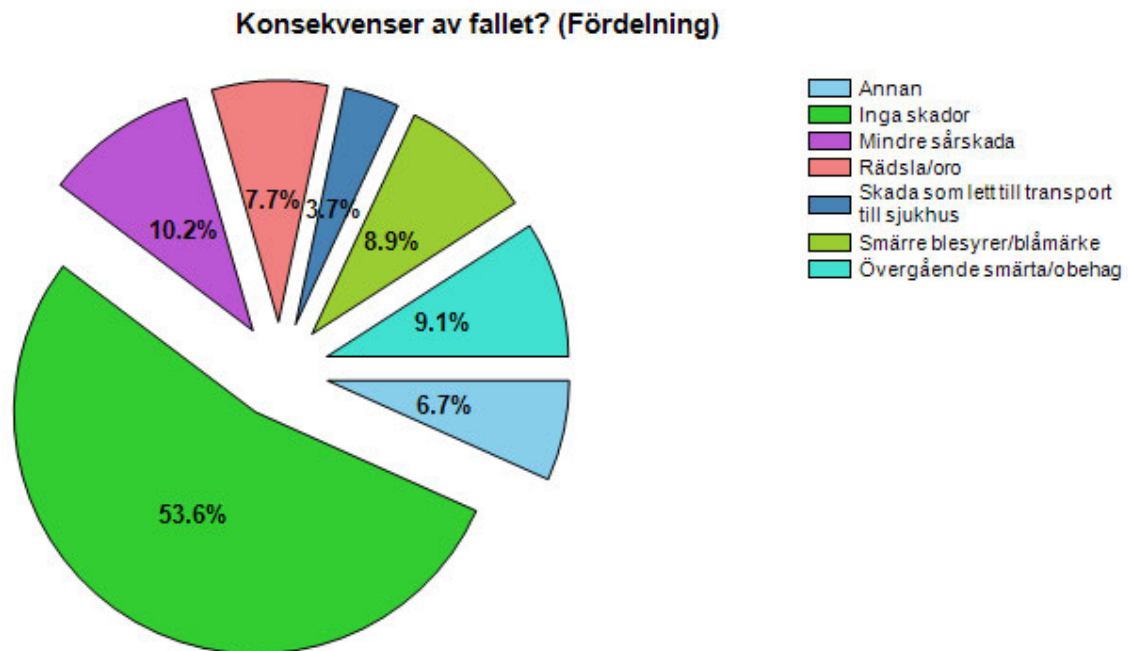


Läkemedelstyp (Fördelning)



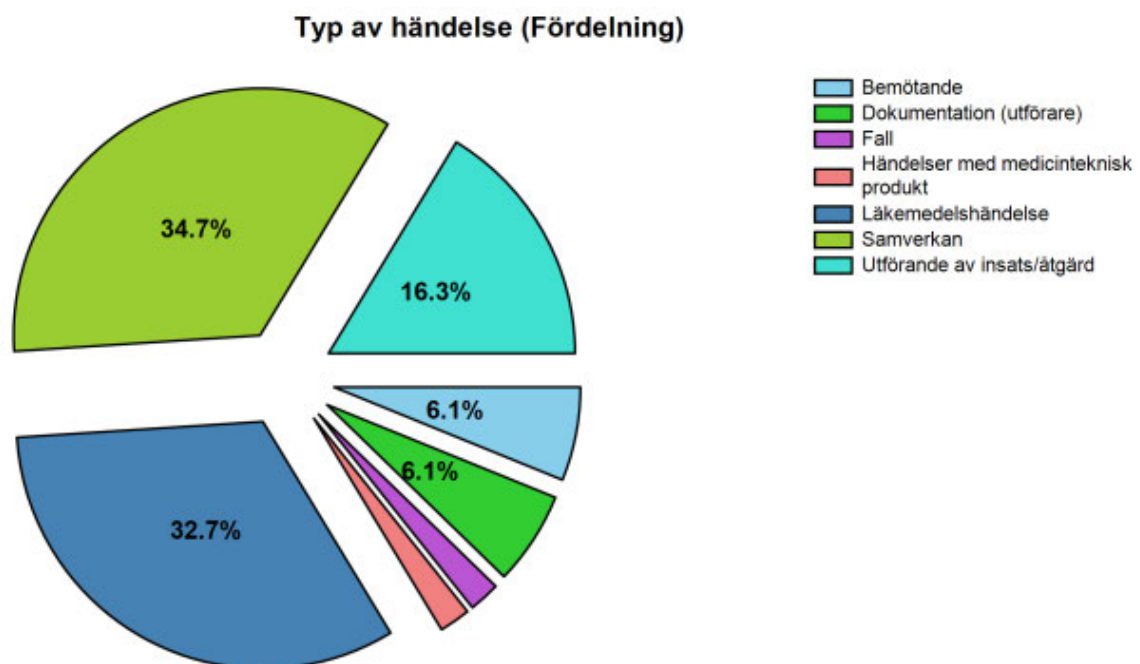
Kommentar: Läkemedelsavvikelser som rapporterats i VIVA under perioden 240101–240502 finns inte med i ovan statistik (tot. 614 st.), dock beräknas fördelningen från läkemedelsavvikelser i VIVA vara liknande.

4 D. Konsekvenser av inträffade fall under perioden 240422–241231, totalt 1182 rapporterade fall i DF-respons.



Kommentar: Fall som rapporterats i VIVA under perioden 240101–240502 finns inte i ovan statistik (tot. 652 st.), dock beräknas fördelningen från rapporterade fall vara liknande.

4 E. Upprättade externa rapporter i DF-respons under perioden 240422–241231, 42 stycken



Kommentar: Statistiken ovan är från rapporterade externa avvikelser i DF-respons. Ytterligare 32 externa avvikelser rapporterades i VIVA under perioden 240101–240502. Totalt rapporterades 74 st. externa avvikelser. Alla utom 5 st. var riktade till olika vårdavdelningar, akutmottagning, jourcentral, hälsocentraler i Region Norrbotten. De övriga 5 var riktade mot färdtjänst/sjukresor och apotekstjänst.



§ 31 Rapportering ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen (SoL), kvartal 4 2024

Diariernr 24SN11

Beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna rapport ej verkställda beslut enligt SoL kvartal 4 2024, samt överlämnar protokollet till kommunfullmäktige och kommunens revisorer.

Ärendebeskrivning

Kommunen har skyldighet att kvartalsvis rapportera ej verkställda, gynnande beslut enligt SoL som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum. Rapporteringen sker till socialnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Socialnämnden ska enligt 16 kap 6h § SoL lämna statistikrapport till fullmäktige över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap.1 § SoL som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Av bestämmelsen framgår att nämnden ska ange vilka typer av insatser dessa beslut gäller samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut.

I bilaga framgår det datum för beslut, insats samt kön på den enskilde. Under fjärde kvartalet 2024 fanns det totalt 33 ej verkställda beslut inom lagstadgade 3 månader, vilket är sju färre än det som socialnämnden redovisade kvartal 3 2024

Yrkanden

Sven-Gösta Pettersson (S): Bifall till Socialnämndens arbetsutskotts förslag.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition och finner att det endast föreligger ett förslag vilket blir Socialnämnden beslut.

Beslutsunderlag

- Statistikrapport enligt SoL 16 kap 6h Q4



Piteå kommun

Sammanträdesprotokoll

Socialnämnden

Datum 2025-02-19

Rapportering ej
verkställda beslut enligt
socialtjänstlagen (SoL),
kvartal 4 2024

§31
24SN11

...

Statistikrapport enligt SoL 16 kap 6h § Kvartal 4 2024

Datum för beslut	Typ av insats	Kön	Förfluten tid
2023-12-15	Särskilt boende	M	329
2024-01-22	Särskilt boende	M	344
2024-02-08	Särskilt boende	M	267
2024-02-16	Särskilt boende	M	319
2024-03-06	Särskilt boende	K	300
2024-03-26	Särskilt boende	K	280
2024-04-25	Särskilt boende	K	203
2024-05-21	Särskilt boende	K	224
2024-07-11	Särskilt boende	K	151
2024-08-02	Särskilt boende	K	98
2024-08-07	Särskilt boende	K	126
2024-08-13	Särskilt boende	M	140
2024-08-14	Särskilt boende	K	92
2024-08-21	Särskilt boende	K	132
2024-09-03	Särskilt boende	K	104
2024-09-04	Särskilt boende	M	118
2024-09-06	Särskilt boende	M	101
2024-09-19	Särskilt boende	K	103
2024-09-19	Särskilt boende	K	103
2024-07-17	Hemtjänst	M	117
2023-08-10	Kontaktperson	M	509
2023-11-13	Kontaktperson	K	366
2023-11-29	Kontaktperson	M	367
2024-06-14	Kontaktperson	M	200
2024-06-24	Kontaktperson	K	190
2024-07-11	Kontaktperson	K	109
2024-06-19	Boendestöd	K	195
2024-08-30	Boendestöd	K	123
2024-06-28	Kontaktfamilj	K	186
2024-04-26	Familjehem	K	249
2024-05-23	Personligt stöd	M	222
2024-08-05	Sysselsättning	K	99
2024-09-05	Sysselsättning	K	117

Antal ärenden: 33



§ 32 Rapportering ej verkställda beslut enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade kvartal 4 2024

Diariernr 24SN12

Beslut

Socialnämnden beslutar godkänna rapport ej verkställda beslut enligt LSS kvartal 4 2024, samt överlämnar protokollet till kommunfullmäktige och kommunens revisorer.

Ärendebeskrivning

Kommunen har skyldighet att kvartalsvis rapportera ej verkställda, gynnande beslut enligt LSS som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum. Rapporteringen sker till socialnämndens arbetsutskott (AU) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Socialnämnden ska enligt 28 h § LSS lämna statistikrapport till fullmäktige över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 9 § LSS som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Av bestämmelsen framgår att nämnden ska ange vilka typer av insatser dessa beslut gäller samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut.

I bilaga framgår det datum för beslut, insats samt kön på den enskilde. Under fjärde kvartalet 2024 fanns det totalt 9 ej verkställda beslut inom lagstadgade 3 månader, vilket är tre färre jämfört med kvartal 3 2024

Yrkanden

Sven-Gösta Pettersson (S): Bifall till Socialnämndens arbetsutskotts förslag.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition och finner att det endast föreligger ett förslag vilket blir Socialnämnden beslut.

Beslutsunderlag

- Statistikrapport enligt LSS 28 h Q4

Rapportering ej
verkställda beslut enligt
Lagen om stöd och
service till vissa
funktionshindrade
kvartal 4 2024
§32
24SN12

...

Statistikrapport enligt LSS 28 h § Kvartal 4 2024

Datum för beslut	Typ av insats	Kön	Förfluten tid
2021-09-16	Särskilt boende	K	1202
2023-12-21	Särskilt boende	K	376
2024-07-02	Särskilt boende	M	182
2024-09-19	Särskilt boende	K	103
2024-03-26	Daglig verksamhet	K	280
2022-12-30	Kontaktperson	M	698
2023-07-04	Kontaktperson	M	546
2024-07-19	Kontaktperson	M	165
2024-09-04	Personlig assistans	M	118

Antal Ärenden 9



§ 33 Val av ledamot KTR

Diarienum 23SN130

Beslut

Socialnämnden utser Berit Lundgren (KD) som ordinarie ledamot i Kommunala tillgänglighetsrådet resterande del av mandatperioden 2023-2026.

Ärendebeskrivning

Ulf Lindström (M) har avsagt sig uppdraget som ledamot i Kommunala tillgänglighetsrådet i samband med sin avsägelse från Socialnämnden.

Yrkanden

Sven-Gösta Pettersson (S): Bifall till Socialnämndens arbetsutskotts förslag.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition och finner att det endast föreligger ett förslag vilket blir Socialnämnden beslut.

Val av ledamot KTR

§33

23SN130

...



§ 34 Val av ledamot KPR

Diariernr 23SNI30

Beslut

Socialnämnden utser Daniel Bergman (M) som ersättare i Kommunala pensionärsrådet resterande del av mandatperioden 2023-2026.

Ärendebeskrivning

Ulf Lindström (M) har av sagt sig uppdraget som ersättare i Kommunala pensionärsrådet i samband med sin avsägelse från Socialnämnden.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition och finner att det endast föreligger ett förslag vilket blir Socialnämndens beslut.

Val av ledamot KPR

§34

23SN130

...



§ 35 Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025

Diariernr 24SN313

Beslut

Socialnämnden beslutar anta riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025.

Ärendebeskrivning

Översyn av riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning görs årligen med den gemensamma värdegrunden och hjälpmedelpolicyn som underlag för eventuella förslag till förändringar. Förslagen till förändringarna som är gemensamma för kommuner och regionen tas fram av kommunrepresentanter i samråd med det kommunala nätverket för rehabilitering och hjälpmedel samt med länshjälpmedelsgruppen.

Yrkanden

Sven-Gösta Pettersson (S): Bifall till Socialnämndens arbetsutskotts förslag.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition och finner att det endast föreligger ett förslag vilket blir Socialnämnden beslut.

Beslutsunderlag

- Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025
- Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025
- Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025
- Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025

Riktlinjer för
förskrivning av
hjälpmedel för personer
med
funktionsnedsättning
2025
§35
24SN313

...

Från: Förvaltning Socialtjänst <socialtjanst@pitea.se>
Till: Diariet SN <diarietsn@pitea.se>
Ämne: Beslut NK § 79 Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025
Skickat: 2024-12-18 13:25:41

Hej,
Styrelsen för Norrbottens Kommuner har beslutat att rekommendera kommunerna i Norrbotten att anta Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025.

För vidarebefordran till beslutande nämnd/utskott.

Med vänlig hälsning
Ulrika Larsson
Förbundssekreterare

mindre logga



Postadress:
Box 947, 971 28 Luleå
www.norrbottenskommuner.se

*Norrbottens Kommuner är en intresseorganisation som företräder landets 14 nordligaste kommuner.
Vi verkar för ett utökat kommunalt samarbete och ett hållbart samhällsbygge.
I samverkan skapar vi konkurrenskraftiga arenor för dialog och kunskapsutveckling.
Vi ger Norrbottens kommuner en samlad och tydlig röst, både hemma och ute i världen.*

§ 43

Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025

Politiska samverkansberedningens beslut

Politiska samverkansberedningen beslutar:

- att rekommendera Regionstyrelsen att anta Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025
- att rekommendera Norrbottens Kommuners styrelse besluta att rekommendera respektive kommun att anta Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025.

Ärendet

Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel är gemensamma för Region Norrbotten och Norrbottens kommuner. Riktlinjerna grundas på den för länets kommuner och Region Norrbotten gemensamma hjälpmedelspolicyn. Riktlinjerna revideras årligen.

- Upphandling av hjälpmedelsprodukter grundas på dessa riktlinjer för förskrivning.
- Tydliga riktlinjer för förskrivare är viktiga i den individuella behovsbedömningen, för att förskrivare ska kunna ta ställning till om ett hjälpmedel kan förskrivas eller inte.
- Vid utskrivning från sjukhus ingår samverkan mellan regionens förskrivare och kommunernas förskrivare. Rutin för detta är framtagen.

Gränsdragning länets kommuner – Region Norrbotten

Vårdgivarnas ansvar för förskrivning av hjälpmedel för personer 18 år och äldre är beskrivet i Gränsdragning enligt avtal 2013.

Region Norrbottens ansvar

Hälso- och sjukvården i Region Norrbotten har ansvaret för hjälpmedel som förskrivs från specialisterheter (t.ex. andning, hörsel, ortopedteknik, syn), hjälpmedel till barn och ungdomar under 18 år samt förskrivning från sjukhusens vårdenheter som inte är primärvårdens ansvar t.ex. psykiatri och logopedi, övriga hjälpmedel där läkare är förskrivare och hjälpmedel till asylsökande.

Årlig översyn

Översyn av riktlinjerna för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning görs årligen med den gemensamma värdegrunden och hjälpmedelspolicyn som underlag för eventuella förslag till förändringar. Förslagen till förändringar av de riktlinjer som är gemensamma för vårdgivarna i Norrbotten tas fram av representanter från Norrbottens kommuner och Region Norrbotten i samråd med Länshjälpmedelsgruppen. Förslag till förändringar av riktlinjer som riktar sig till enbart regionens förskrivare ingår i hjälpmedelskonsulentverksamhetens uppdrag.

Intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättningar och pensionärsorganisationernas synpunkter

Enligt strategin för patient och brukarmedverkan i Norrbottens län sker samverkan med intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättningar och pensionärsorganisationerna. Medverkan har skett vid tre möten under året och där framkom inga invändningar mot gällande förslag.

Översikt förslag 2025

Förslag inför 2025 innehåller förtydliganden och förändringar av riktlinjer. Motivering till förtydliganden och förändrade riktlinjer, se respektive ISO-kod. Förtydliganden är viktiga för att förskrivaren ska kunna göra en individuell behovsbedömning i samverkan med patienten. Tydliga riktlinjer är också viktigt så att ändamålsenliga produkter upphandlas.

Förslaget till riktlinjer för 2025 har tillstyrkts av Länsstyrgruppen 2024-10-29.

Beslutsunderlag

Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025.

Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025

(till Regionstyrelsen Region Norrbotten och motsvarande hos länets kommuner)

[Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel](#) är gemensamma för Region Norrbotten och Norrbottens kommuner.

[Riktlinjerna](#) grundas på den för länets kommuner och Region Norrbotten gemensamma [hjälpmedelspolicyn](#). Riktlinjerna revideras årligen.

- Upphandling av hjälpmedelsprodukter grundas på dessa riktlinjer för förskrivning som är beslutade av politiken.
- Tydliga riktlinjer för förskrivare är viktiga i den individuella behovsbedömningen, för att förskrivare ska kunna ta ställning till om ett hjälpmedel kan förskrivas eller inte.
- Vid utskrivning från sjukhus ingår samverkan mellan regionens förskrivare och kommunernas förskrivare. [Rutin](#) för detta är framtagen.

Gränsdragning länets kommuner – Region Norrbotten

Vårdgivarnas ansvar för förskrivning av hjälpmedel för personer 18 år och äldre är beskrivet i [Gränsdragning enligt avtal 2013](#).

Region Norrbottens ansvar

Hälso- och sjukvården i Region Norrbotten har ansvaret för hjälpmedel som förskrivas från specialistenheter (t.ex. andning, hörsel, ortopedteknik, syn), hjälpmedel till barn och ungdomar under 18 år samt förskrivning från sjukhusens vårdenheter som inte är primärvårdens ansvar t.ex. psykiatri och logopedi, övriga hjälpmedel där läkare är förskrivare och hjälpmedel till asylsökande.

Årlig översyn

Översyn av riktlinjerna för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning görs årligen med den gemensamma värdegrunden och hjälpmedelspolicyn som underlag för eventuella förslag till förändringar.

Förslagen till förändringar av de riktlinjer som är gemensamma för vårdgivarna i Norrbotten tas fram av representanter från Norrbottens kommuner och Region Norrbotten i samråd med Länshjälpmedelsgruppen. Förslag till förändringar av riktlinjer som riktar sig till enbart regionens förskrivare ingår i hjälpmedelskonsulentverksamhetens uppdrag.

Enligt strategin för patient och brukarmedverkan i Norrbottens län sker samverkan med intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättningar och pensionärsorganisationerna i arbetet med förslag till riktlinjeförändringar. Medverkan har skett vid tre möten under året. De synpunkter som organisationerna lämnar gällande riktlinjerna ska tydligt framgå i den fortsatta beredningen.

Intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättningar och pensionärsorganisationernas synpunkter:

Intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättningar och pensionärsorganisationerna har vid årets tre möten informerats om förslagen. De har inget att invända mot förslagen.

Översikt förslag 2025

Förslag inför 2025 innehåller förtydliganden och förändringar av riktlinjer. Motivering till förtydliganden och förändrade riktlinjer, se respektive ISO-kod.

Förtydliganden är viktiga för att förskrivaren ska kunna göra en individuell behovsbedömning i samverkan med patienten. Tydliga riktlinjer är också viktigt så att ändamålsenliga produkter upphandlas.

Ändringar/Förtydligande per ISO-kod

ISO-kod	Norrbottnens kommuner	Region Norrbotten	Ändring	Förtydligande Ingen ändring
04 33 06 Hjälpmedel för att bevara hud och vävnad intakt vid liggande	X	X	Förändring	
12 06 06 Rollatorer	X	X		Förtydligande
12 22 03 Manuella tvåhjulsdrivna rullstolar	X	X		Förtydligande
12 22 18 Manuella vårdarmanövrerade rullstolar	X	X	Text flyttas till annan ISO-kod	
12 27 07 Liggvagnar och paraplyvagnar	X	X	Ny ISO-kod, delad från 12 22 18	Ny ISO-kod, ingen ändring av text
12 24 09 Drivaggregat för manuella rullstolar	X	X		Förtydligande
18 09 04 Pallar		X	Tas bort pga ej MDR-klassade produkter	
18 18 10 Löstagbara stödskenor och handtag	X		Förändring	
18 12 28 Lyftbågar att fästa på sängar	X		Förändring: stryks	
22 03 03 Ljusfilter (absorptionsfilter)		X	Förändring	

22 03 06 Glasögon och kontaktlinser		X	Förändring	
22 03 12 Kikare och teleskop		X		Förtydligande
22 13 18 OCR-utrustning och OCR-programvara		X	Ny ISO-kod, delad från 22 36 18	
22 24 33 Snabb och Porttelefoner	X		Stryks	
22 36 12 Alternativa inmatningsenheter	X	X	Utgår delas upp på nya ISO-koder	
22 36 18 Programvara för inmatning	X	X	Utgår delas upp på nya ISO-koder	
22 39 06 Skrivare		X	Möjligt att förskriva till IKT-enheter	
24 13 09 Brytare för elektriska anordningar	X	X	Information från 22 36 12 förs över	
24 13 18 Tangentbord	X	X	Information från 22 36 12 förs över	
24 13 21 Pekarhjälpmedel	X	X	Information från 22 36 12 förs över	
24 13 24 Programvara för att handha elektriska anordningar	X	X	NY ISO-kod, riktlinjer från 22 36	
24 13 27 Tillbehör till hjälpmedel för att handha och kontrollera utrustning	X	X	Information från 22 36 12 förs över	

~~Genomstruken text~~ = Förslaget är att stryka den texten

Understruken text = Förslag till ny text

2025

04 33 06 Hjälpmedel för att bevara hud och vävnad intakt vid liggande

Hjälpmedel avsedda att omfördela tryck på ömtåliga delar av kroppen under längre perioder av sängliggande samt att förhindra sår och liggsår.

Hälskydd se 09 06 21 Häl-, tå- eller fotskydd

Sittdynor avsedda för att omfördela tryck se 12 25 06 Sittdynor och underlägg

Ryggdynor för att omfördela tryck se 12 25 03 Ryggstöd för rullstolar

Positioneringskuddar se 04 48 27 Hjälpmedel för kroppspositionering under behandling

Egenavgift

Ingen egenavgift

Förskrivningsrätt

Förskrivningsrätten avser tryckreducerande madrasser.

Vuxna

Ordinärt boende: ~~Distriktssköterska~~/Sjuksköterska

Särskilt boende: Sjuksköterska,

Arbetsterapeut enligt lokal tillämpning i vissa kommuner

Barn

~~Distriktssköterska~~/Sjuksköterska vid sårbehandling, arbetsterapeut inom barnhabilitering för övrig tryck- och smärtproblematik

Kriterier för förskrivning

Tryckutjämnande madrass kan förskrivas i förebyggande syfte och vid behandling av trycksår till patient med stor* funktionsnedsättning av:

b2702 tryckkänsl*, d.v.s. sinnesfunktion att uppfatta tryck mot eller på huden

b810 hudens skyddsfunktioner*, d.v.s. hudens funktioner för att skydda kroppen från fysiska, kemiska och biologiska hot*

b280 smärtförmåelse * d.v.s. förmåelse av obehaglig känsla som tyder på tänkbar eller faktisk skada i någon del av kroppens struktur.

b710 funktioner för rörlighet i leder* t.ex. felställningar

Motivering: Förändring angående kompetens, kräver ej vidareutbildning distriktssköterska vid förskrivning av tryckreducerande madrass.

12 06 06 Rollatorer

Landstinget: Rollator förskrivs som hjälpmedel med en egenavgift på 300 kr/st. från och med 1 januari 2005. Barn och ungdomar under 20 år eller patienter inom palliativ vård ska inte betala någon egenavgift.

Långtidsanvändning – Egenavgiften tas ut i öppenvård inom 1 månad.

Planerad korttidsanvändning max 4 månader – Ingen egenavgift.

Egenavgift tas ut:

- vid nyförskrivning av rollator och,
- vid byte av modell på grund av ändrat behov (förändring av funktionsnedsättningen och/eller omgivning)
- om korttidsanvändning övergår till långtidsanvändning

Egenavgift tas inte ut vid om rollatorn behöver bytas ut ~~byte~~ på grund av slitage/trasigt hjälpmedel. ~~behov av reparation av t.ex. bromsar, hjul på tidigare utprovad rollator~~

Kommunerna: Se respektive kommuns regelverk för avgifter

Förskrivningsrätt

Arbetsterapeut, Sjukgymnast/Fysioterapeut

Kriterier för förskrivning

Rollator kan förskrivs för patient med nedsatt gångförmåga som medför måttliga* eller stora* svårigheter att d4500 gå kortare sträckor* inomhus och/eller att d4502 gå på olika underlag* ex. ojämnt eller löst underlag utomhus när enklare gånghjälpmedel inte uppfyller behovet.

Rollator för planerad korttidsanvändning (max 4 månader) kan förskrivs till exempel efter operation.

En (1st) rollator kan förskrivs. Endast i undantagsfall kan två rollatorer förskrivs.

Undantag:

- om rollator ska nyttjas på olika våningsplan och patienten inte kan förflytta rollatorn mellan våningsplanen eller,
- om patienten inte kan ta sig i och ur bostaden på grund av att tillgång till hiss eller ramp saknas.

Om behovet och/eller miljön ändras så att kriterierna för att låna rollator inte är uppfyllda ska rollator/rollatorerna återlämnas.

Dubbla rollatorer kan inte förskrivs för att snö och smuts dras in i bostaden.

Leverantörens bricka och/eller korg kan förskrivas.

Motivering: Ett förtydligande av vem som behöver betala egenavgift.

12 22 03 Manuella tvåhjulsdrivna rullstolar

Egenavgift

Ingen egenavgift

Särskild förskrivning

Ja, för rullstol med uppresningsfunktion.

Ja, för lättviktsrullstol utanför sortiment.

Ja, för dyrare och lågfrekventa tillbehör.

Förskrivningsrätt

Arbetsterapeut

Kriterier för förskrivning

Förskrivning kan ske för d465 att förflytta sig med hjälp av utrustning* d.v.s. rullstol när andra förflyttningssätt inte är tillräckliga och för d4153 att bibehålla sittande ställning*.

Den enklaste modellen av rullstol, så kallad allroundrullstol, som tillgodoser förflyttningsbehovet och behovet av sittkomfort förskrivs i första hand. När allroundrullstol inte längre täcker individens behov utifrån b730 nedsatt muskelfunktion, vid frekvent/daglig användning av rullstol samt med målsättning att underlätta dagliga aktiviteter i omgivningen som rullstolen används i, kan aktivrullstol standard förskrivas. När aktivrullstol standard inte uppfyller behoven tillräckligt, kan aktivrullstol lättvikt förskrivas.

~~Lättviktsrullstol i sortiment kan förskrivas vid nedsatt b730 muskelkraftsfunktion *för underlätta individens förutsättningar i förhållande till aktiviteten och i vilken omgivning rullstolen ska användas. Om inte aktivrullstol lättvikt lättviktsrullstol i sortiment tillgodoser behovet, kontaktas hjälpmedelskonsulent inför särskild förskrivning.~~

För rullstol med uppresningsfunktion ska målsättningen vara att underlätta i dagliga livets aktiviteter. Rullstolen ska ge patienten ökad självständighet. Behovet av d4104 att stå* ska vara regelbundet, flera gånger per dag. Rullstol med uppresningsfunktion kan inte förskrivas för enbart ståträning.

Förskrivning av mer än en manuell rullstol för samma funktion kan endast göras när andra alternativ till förflyttning i den dagliga livsföringen inte finns.

Dyrare och lågfrekventa tillbehör, t ex. speciella däck eller drivringar, som underlättar självständig förflyttning, samt tillbehör som möjliggör självständig positionering i rullstolen, t ex. eltilt, kan förskrivas genom särskild förskrivning.

Gränsdragning kommun-landsting avtal 2013: Hembesök rekommenderas

Motivering: förändringarna i texten har syfte att tydliggöra för förskrivaren vilka kategorier av rullstolar det finns inom ISO-koden (hur man utgår från den enklaste modellen av rullstol, och att det därefter finns mer avancerade modeller att tillgå utifrån persons behov sett till funktionsförmåga och aktiviteter).

12 22 18 Manuella vårdarmanövrerade rullstolar

Manuella rullstolar avsedda att skjutas fram och styras av en assistent, som skjuter fram den med båda händerna på rullstolens handtag.

Egenavgift

Ingen egenavgift

Förskrivningsrätt

Arbetsterapeut

Sulkyvagn: Arbetsterapeut och Sjukgymnast/Fysioterapeut

Särskild förskrivning

Ja, för terränggående sulkyvagn.

Kriterier för förskrivning

Manuell vårdarmanövrerad rullstol

Manuell vårdarmanövrerad rullstol kan förskrivas vid nedsatt d450 förmåga att gå*, nedsatt förmåga d460 att röra sig omkring på olika platser* och nedsatt förmåga d465 att förflytta sig med hjälp av utrustning*.

Manuellt vårdarmanövrerad rullstol kan förskrivas vid frekvent och regelbundet behov. Förskrivning kan även ske vid tillfälligt behov i den dagliga livsföringen/vardagliga aktiviteter, men ska då återlämnas efter användningen.

En enklare modell av manuellt tvåhjuldriven rullstol kan vara ett alternativ till manuellt vårdarmanövrerad rullstol. Har personen sedan tidigare en manuellt tvåhjuldriven rullstol förskriven ska den användas i första hand.

Vid val av modell bör även hänsyn tas till e340 personliga vårdgivare och personliga assistenter*, närstående och omgivningsfaktorer*.

Gränsdragning kommun-landsting avtal 2013: Hembesök rekommenderas

Sulkyvagn

~~Förskrivning av sulkyvagn ska underlätta förflyttning i vardagsaktiviteter i hemmet och närmiljön. Sulkyvagn kan förskrivas till barn när standardbarnvagn inte täcker barnets behov av sittställning/ komfort eller när barnet normalt sett uppnått en ålder då barnet normalt sett inte använder sulkyvagn.~~

~~Förskrivning av mer terränggående sulkyvagn kan ske då barnet vistas i en miljö där sulkyvagn med traditionella hjul eller annat förflyttningshjälpmedel inte fungerar.~~

Dubbelutrustning medges inte.

~~Tvillingvagn kan inte förskrivas då det inte finns godkända produkter.
Vagn i öppna handeln kan inte förskrivas eftersom det är en konsumentprodukt.~~

~~Cykeldrag kan inte förskrivas.~~

Eget ansvar

~~Regncape är eget ansvar.~~

Motivering: Ny ISO-kod för sulkyvagn, text flyttas till 12 27 07

12 27 07 Liggvagnar och paraplyvagnar

Hjälpmedel på hjul för en eller fler personer som ligger eller sitter, utformade för att manövreras och styras av en vårdare.

Egenavgift

Ingen egenavgift

Förskrivningsrätt

Arbetsterapeut och Sjukgymnast/Fysioterapeut

Särskild förskrivning

Ja, för terränggående sulkyvagn.

Kriterier för förskrivning

Sulkyvagn

Förskrivning av sulkyvagn ska underlätta förflyttning i vardagsaktiviteter i hemmet och närmiljön. Sulkyvagn kan förskrivas till barn när standardbarnvagn inte täcker barnets behov av sittställning/ komfort eller när barnet normalt sett uppnått en ålder då barnet normalt sett inte använder sulkyvagn.

Förskrivning av mer terränggående sulkyvagn kan ske då barnet vistas i en miljö där sulkyvagn med traditionella hjul eller annat förflyttningshjälpmedel inte fungerar.

Dubbelutrustning medges inte.

~~Tvillingvagn kan inte förskrivas då det inte finns godkända produkter.
Vagn i öppna handeln kan inte förskrivas eftersom det är en konsumentprodukt.~~

~~Cykeldrag kan inte förskrivas.~~

Eget ansvar

~~Regncape är eget ansvar.~~

2024-10-21

**Gränsdragning kommun-landsting avtal 2013: Hembesök
rekommenderas**

Motivering: Ny ISO-kod för liggvagn och sulkyvagn.
Flyttas från 12 22 18 Manuella vårdarmanövrerade rullstolar för att
förskrivare lättare ska hitta i riktlinjerna

12 24 09 Drivaggregat för manuella rullstolar

Hjälpmedel som monteras på en manuell rullstol för att driva rullstolen med eller utan manuell kraft.

Egenavgift

Ingen egenavgift

Särskild förskrivning

Ja, vid ny förskrivning.

Nej, vid byte. Vid byte av drivaggregat ska kontakt tas med hjälpmedelskonsulent.

Förskrivningsrätt

Arbetsterapeut, vid självständig förflyttning krävs samråd med läkare.

Kriterier för förskrivning

Drivaggregat för vårdarmanövrering se kriterier för förskrivning 12 23 12

Drivaggregat kan monteras på rullstol för att underlätta förflyttning av annan person. Drivaggregat kan förskrivas som alternativ till elrullstol med vårdarstyrning.

Drivaggregat för självständig förflyttning se kriterier för förskrivning 12 23 03 och 12 23 06

Drivaggregat kan förskrivas till manuell rullstol för att underlätta för patienten att själv manövrera rullstolen. Drivaggregat kan förskrivas som ett alternativ till eldriven rullstol.

Gränsdragning kommun-landsting avtal 2013: Hembesök krävs.

Motivering: Förtydligande kring läkarsamråd

~~18 09 04 Pallar~~

Egenavgift

Ingen egenavgift

Förskrivningsrätt

Arbetsterapeut inom barnhabilitering

Kriterier för förskrivning

ADL-bänk kan förskrivas till barn/ungdom med måttlig funktionsnedsättning*.

ADL-bänk till barn och ungdomar kan förskrivas till hemmet för att möjliggöra aktiviteter i dagliga livet, t.ex. d540 att klä sig*.

Eget ansvar

Enklare pall i standardutförande är eget ansvar.

Motivering: Det finns en påklädningsspall som har förskrivits av barnhabiliteringen för att användas när föräldrar ska hjälpa sitt funktionshindrade barn med påklädning. Den är dock inte MDR-klassad varför riktlinjerna tas bort då det inte finns några förskrivningsbara produkter att tillgå.

~~18 12 28 Lyftbågar att fästa på sängar~~

Löstagbara skenor som gör det möjligt för en person att förflytta sig i sängen eller sätta sig upp själv.

Här avses uppresningsstöd som monteras på privat säng.

Tillbehör till elektriskt reglerbara sängarna se 18 12 10

Fristående lyftbågar, se 12 31 09

Löstagbara stödskenor och handtag, se 18 18 10 (Stödstång)

Egenavgift

Ingen egenavgift

Förskrivningsrätt

Arbetsterapeut, Sjukgymnast/Fysioterapeut

Kriterier för förskrivning

Uppresningsstöd kan förskrivas för att underlätta d410 att ändra grundläggande kroppsställning*.

Gränsdragning kommun-landsting avtal 2013: Hembesök krävs

Motivering: Uppresningsstöd flyttas till 18 18 10 då hjälptexten passar bättre med tänkt hjälpmedel. Har då inga hjälpmedel under denna ISO-kod.

18 18 10 Löstagbara stödskenor och handtag

Hjälpmedel, ofta raka eller vinklade stänger, som kan vara temporärt fästa på väggar, golv, tak eller möbler (t.ex. sängar) med hjälp av t.ex. klämmor eller sugproppar, och som kan tas bort utan hjälp av verktyg, för att ge stöd när en person ska ändra ställning.

Här avses expander-/stödstång och uppresningsstöd att montera på privat säng eller soffa.

Lyftbågar att fästa på sängar, se 18 12 28

Egenavgift

Ingen egenavgift

Förskrivningsrätt

Förskrivningsrätten avser produkter i aktuellt sortiment (~~expanderstång~~).

Arbetsterapeut, Sjukgymnast/Fysioterapeut

Kriterier för förskrivning

Expander-/stödstång och uppresningsstöd kan förskrivas för d420 att förflytta sig* såsom att göra en förflyttning från en yta till en annan och d410 att ändra grundläggande kroppställning*, som t.ex. att resa sig ur en stol eller soffa, samt för att lägga sig på en säng eller soffa, när enklare lösningar inte tillgodoser behovet.

Gränsdragning kommun- landsting avtal 2013: Hembesök krävs

Eget ansvar

Ordinärt boende:

Stödhandtag monterat på vägg är eget ansvar, ~~förutom den produkt som anges i riktlinjerna.~~

Motivering: Förändrar så att texten ska passa med uppresningsstöd till soffa.

22 03 03 Ljusfilter (absorbtionsfilter)

Egenavgift

Ingen egenavgift

Förskrivningsrätt

Optiker, Synpedagog

Kriterier för förskrivning

Ljusfilter förskrivs till patient med nedsättning av b210 synfunktioner*.

Motivering: Ljusfilter provas ut och förskrivs idag av optiker till individer som har behov av minskad bländning och/eller bättre kontraster med målsättning att kunna delta i och genomföra aktiviteter i vardagen. Vid utprovning är individens upplevelse avgörande för val av filter. Idag har syncentralen brist på optiker

vilket medför långa väntetider till utprovning. För att fler ska få hjälp snabbare och då utprovning av ljusfilter utan styrka inte kräver kompetens av legitimerad optiker kan detta utföras av andra yrkesgrupper på syncentralen.

22 03 06 Glasögon och kontaktlinser

Egenavgift

Glasögon med ~~bågar~~ eller utan ljusfilter och kontaktlinser är belagda med en egenavgift på 500 kr/st från och med 1 januari 2004. Byte av glas 125 kr/st. Barn och ungdomar under ~~18~~ 20 år är befriade från egenavgift ~~för glasögon med bågar samt vid byte av glas i befintliga bågar.~~ Se Avgiftshandboken.

Förskrivningsrätt

Förskrivningsrätten avser glasögon och kontaktlinser till personer med synnedsättning kategori 1 eller högre (enligt klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, Socialstyrelsen). Graderingen av synnedsättningen ska vara gjord med korrektion.

Optiker, Ortoprist och Ögonläkare på Ögonmottagningen för glasögonglas och kontaktlinser.

Optiker vid Syncentralen för glasögon, glasögonglas och kontaktlinser för vuxna och barn 8 år och äldre.

~~Ögonläkare för kontaktlinser??~~

Kriterier för förskrivning

Glas och eventuell båge kan förskrivas till person med synskärpa understigande 0,3 efter synkorrektion samt till person med blindhet och hornhinneförändringar. Ny förskrivning av glas/glasögon kan ske tidigast efter två år ~~om inte en synförsämring motsvarande 2/10 har skett.~~

Kontaktlinser kan förskrivas när synskärpan med båda ögonen understiger eller är lika med 0,3 med bästa glasögon. Kontaktlinser ska leda till en synförbättring på minst 2/10-delar jämfört med glasögon. Ny förskrivning av kontaktlinser kan ske tidigast efter 2 år.

Optiker verksam vid syncentralen kan förskriva glasögon/glasögonglas och kontaktlinser som hjälpmedel till personer som på bästa ögat och efter korrektion med glasögon eller kontaktlinser har en synskärpa som är 0,3 eller sämre enligt WHO's och Socialstyrelsens klassifikation av synnedsättning kategori 1 eller högre.

Motivering: Syncentralens verksamhet och resurser riktar sig till personer med synnedsättning 0,3 eller sämre på bästa ögat med korrektion och optiker vid Syncentralen förskriver glasögon och kontaktlinser till personer 8 år och äldre. En optiker får endast efter anvisning av läkare eller under läkares ledning färdigställa, tillhandahålla eller lämna ut optiska hjälpmedel till barn under 8 år. På Syncentralen arbetar ingen ögonläkare och de har ingen tillgång till den professionen, en optiker får ej utföra synundersökningar på barn under 8 år. Ögonmottagningen har i dag egen tillgång till optiker. Gällande kontaktlinser så har konsument utbudet breddats de senaste åren. Det som tidigare var speciallinser och svåra att få tag i som konsument kan man i dag köpa själv via butik eller hemsidor.

22 03 12 Kikare och teleskop

Egenavgift

Ingen egenavgift

Förskrivningsrätt

Optiker, Synpedagog.

Kriterier för förskrivning

Kan förskrivas till patient med nedsättning av b210 synfunktioner* och/eller b1561 visuell perception* som har svårighet eller inte alls kan ta del av visuell information på längre avstånd. Förskrivningsrätt gäller endast för monokikare

Motivering: De modeller av kikare som förskrivas via Syncentralen är idag huvudsakligen så kallad monokikare. Det är också den modell som upphandlas. Dessa kikare är små och lätta att bära med sig. Kikare förskrivas ofta i syfte att kunna avläsa text och symboler på avstånd t ex gatuskyltar, bussnummer, informationstavlor.

De modeller av binokikare som finns på marknaden är av typen sport och fritidskikare. Dessa kikare är utformade för att passa vid dessa aktiviteter och inte utformade för att bära med sig trafik-

/stadmiljö. Binokikare finns oftast endast i styrkor med starkare förstoring vilket begränsar användningsområdet och blir inte lämpliga för majoriteten av Syncentralens patienter.

22 13 18 OCR-utrustning och OCR-programvara

Egenavgift

Ingen egenavgift

Förskrivningsrätt

Synpedagog.

Kriterier för förskrivning

Alternativ programvara kan förskrivas som tillbehör till

- personens egen Informations- och kommunikationsteknikenhet (IKT-enhet)
- i särskilda fall till skolans IKT-enhet dator

Alternativ programvara utprovas på Syncentralen.

Regionen ansvarar för nödvändiga anpassningar när optiska hjälpmedel eller programvarans förstärkta inställningar inte är tillräckliga.

OCR-program kan förskrivas till person med nedsatt b210 synfunktion* och/eller nedsatt b1561 visuell perception* som vill tillgodogöra sig information som har skannats in via tal eller punktskrift.

Motivering: Ny ISO-kod, delad från 22 36 18

22 24 33 Snabb- och porttelefoner

Egenavgift

Ingen egenavgift

Förskrivningsrätt

Arbetsterapeut för patient med funktionsnedsättning av neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner*

Synpedagog för patient med nedsättning av b210 synfunktioner* och b1561 visuell perception*.

Kriterier för förskrivning

Porttelefoner kan förskrivas till patient med rörelsehinder och uttalad svårighet att förflytta sig till ytterdörren i bostaden och som vistas ensam stor del av dygnet. Porttelefon kan inte förskrivas till entrédörr i flerfamiljshus.

För synpedagog avser förskrivningsrätten porttelefon till person med synnedsättning. Porttelefon kan förskrivas för ökad trygghet för person som vistas ensam stor del av dagen. När porttelefon behöver kompletteras med automatisk dörröppnare ansöks dörrautomatik genom bostadsanpassningsbidrag.

Gränsdragning kommun-landsting avtal 2013: Hembesök krävs.

Motivering: Stryks på grund av att det saknas godkända produkter.

22 36 12 Alternativa inmatningsenheter

Egenavgift

Ingen egenavgift

Särskild förskrivning

Se 22 36 Inmatningsenheter till datorer

Förskrivningsrätt

Förskrivningsrätten avser pekskärmar, röststyrningsprogram, conceptplattor, skärmtangentbord.

Arbets terapeut, Logoped

Synpedagog: Conceptplattor

Kriterier för förskrivning

Se 22 36 Inmatningsenheter till datorer

Gränsdragning kommun-landsting avtal 2013: Hälsocentral i första hand.

Eget ansvar

Från 18 års ålder är styrsätt för lek och träning eget ansvar.

Motivering: Stryks på grund av ersatt ISO-kod

~~22 36 18~~ Programvara för inmatning

Egenavgift

Ingen egenavgift.

Särskild förskrivning

För ordprediktionsprogram, talande tangentbord och alfabetiskt tangentbord

Se 22 36 Inmatningsenheter till datorer

Förskrivningsrätt

Förskrivningsrätten avser skärmläsningssystem, ordprediktionsprogram, talande tangentbord och alfabetiskt tangentbord.

Arbetsterapeut, Logoped

För ordprediktionsprogram: Enbart logoped för patienter med dyslexi och utvecklingsrelaterade språkliga svårigheter. Arbetsterapeut bör inhämta logopedbedömning inför förskrivning.

Synpedagog: OCR-program (textigenkänningsprogram)

Kriterier för förskrivning

Se 22 36 Inmatningsenheter till datorer

Gränsdragning kommun-landsting-avtal 2013: Hälsocentral i första hand.

Motivering: Stryks på grund av ersatt ISO-kod

22 39 06 Skrivare

Egenavgift

Ingen egenavgift

Förskrivningsrätt

För synpedagog avser förskrivningsrätten punktskrivare.

För hörselpedagog avser förskrivningsrätten skrivare i kombination med elektronisk kommunikation för dövblinda.

Synpedagog, Hörselpedagog

Kriterier för förskrivning

Punktskrivare kan förskrivas till person med nedsatt b210 synfunktion* och/eller nedsatt b1561 visuell perception* som huvudsakligen förväntas komma att, eller redan kommunicerar med hjälp av punktskrift och som vill tillgodogöra sig information från dator informations- och kommunikationsteknikenhet (IKT-enhet) via punktskrift på papper.

~~Punktskrivare kan förskrivas när alternativ lösning inte kan användas t.ex. punktdisplay, text uppläst via talsyntes, MTM:s punktskrifts- och prenumerationservice.~~

Behovet av att använda punktskrivare i hemmiljö i den dagliga livsföringen ska vara regelbundet minst en gång per månad.

Motivering: I texten ovan är endast dator angivet men idag är det vanligt att nyttja alternativ som surfplatta eller mobiltelefon. Informationstexter, matrecept, räkningar mm hanteras idag lika ofta i mobiltelefoner och surfplattor som i dator. Som texten är utformad idag utesluter den de individer som inte har eller nyttjar dator.

24 13 09 Brytare för elektriska anordningar

Egenavgift

Ingen egenavgift.

Förskrivningsrätt

Arbets terapeut, Logoped

Nedsättning av neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner samt nedsättning av specifika psykiska funktioner

Särskild förskrivning

Ja

För alternativt styrsätt med inköpskostnad max 4000 kr (nettopris från leverantör) till barn/ungdom t.o.m. 17 år gäller inte särskild förskrivning.

Kriterier för förskrivning

- Manöverkontakter ~~kan förskrivas~~ för fjärrstyrning av funktioner i bostaden se 24 13 03.

- Manöverkontakter ~~kan förskrivas~~ som tillbehör till

- personens egen Informations- och kommunikationsteknikenhet (IKT-enhet) dator
- förskriven IKT-enhet dator (för närkommunikation)
- i särskilda fall till skolans IKT-enhet dator

Behovet av att använda IKT-enhet datorn ska bedömas som frekvent, d.v.s flera ggr/vecka.

Personen ska ha stora svårigheter att använda IKT-enhet dator i ett standardutförande för att d310-d369 kommunicera* och d160 – d179 tillämpa kunskap*.

Alternativt styrsätt till egen IKT-enhet dator kan förskrivas till barn/ungdom t.o.m.17 år för d880 engagemang i lek*.

Alternativt styrsätt ~~och programvara~~ kan även förskrivas i prekommunikativt syfte under en begränsad period, för att utreda personens förutsättningar att använda ett kommunikationshjälpmedel.

Eget ansvar

Från 18 års ålder är styrsätt för lek- och träning eget ansvar.

Gränsdragning kommun-landsting avtal 2013: Hälsocentral i första hand.

Motivering: Hänvisning till 22 36 tas bort och texten läggs in i denna riktlinje. Ingen förändring i innehåll.

24 13 18 Tangentbord

Här ingår t.ex. tangentbord för punktskrift, skärmtangentbord.

Egenavgift

Ingen egenavgift.

Särskild förskrivning

Se 22 36 Inmatningsenheter till datorer

Ja

För alternativt styrsätt med inköpskostnad max 4000 kr (nettopris från leverantör) till barn/ungdom t.o.m. 17 år gäller inte särskild förskrivning.

Förskrivningsrätt

Förskrivningsrätten avser tangentbordsöverlägg, förstorade tangentbord, minitangentbord och punktskriftstangentbord.

Arbetsterapeut, Logoped

Synpedagog: punktskriftstangentbord

Kriterier för förskrivning

~~Se 22-36 Inmatningsenheter till datorer~~

Tangentbord kan förskrivas som tillbehör till

- personens egen Informations- och kommunikationsteknikenhet (IKT-enhet) dator
- förskriven IKT-enhet dator (för närkommunikation)
- i särskilda fall till skolans IKT-enhet dator

Behovet av att använda IKT-enhet dator ska bedömas som frekvent, d.v.s. flera ggr/vecka.

Personen ska ha stora svårigheter att använda IKT-enhet datorn i ett standardutförande för att d310-d369 kommunicera* och d160 – d179 tillämpa kunskap*.

Tangentbord till egen IKT-enhet dator kan förskrivas till barn/ungdom t.o.m. 17 år för d880 engagemang i lek*.

Punktskriftstangentbord kan förskrivas till person med nedsatt b210 synfunktioner* och/eller b1561 visuell perception* som är i behov av punktanpassning till ~~dator~~ IKT-enhet (Informations och Kommunikationsteknik).

Gränsdragning kommun-landsting avtal 2013: Hälsocentral i första hand.

Eget ansvar

Standardtangentbord ~~och standardmöss~~ är eget ansvar. Från 18 års ålder är styrsätt för lek- och träning eget ansvar.

Motivering: Hänvisning till 22 36 tas bort och texten läggs in i denna riktlinje. Ingen förändring i innehåll.

24 13 21 Pekarhjälpmedel för datorer

Egenavgift

Ingen egenavgift.

Särskild förskrivning

~~Se 22 36 Inmatningsenheter till datorer~~

Ja.

För alternativt styrsätt med inköpskostnad max 4000 kr (nettopris från leverantör) till barn/ungdom t.o.m. 17 år gäller inte särskild förskrivning.

Förskrivningsrätt

Förskrivningsrätten avser olika möss, musklickningsprogram och olika styrspakar.

Arbeterapeut, Logoped

Kriterier för förskrivning

~~Se 22 36 Inmatningsenheter till datorer~~

~~Alternativt styrsätt och~~ Programvara kan förskrivas som tillbehör till

- personens egen Informations- och kommunikationsteknikenhet (IKT-enhet) dator
- förskriven IKT- enhet dator (för närkommunikation)
- i särskilda fall till skolans IKT-enhet dator

Behovet av att använda IKT-enhet datorn ska bedömas som frekvent, d.v.s. flera ggr/vecka.

Personen ska ha stora svårigheter att använda IKT-enhet dator i ett standardutförande för att d310-d369 kommunicera* och d160 – d179 tillämpa kunskap*.

Alternativt styrsätt till egen IKT-enhet dator kan förskrivas till barn/ungdom t.o.m.17 år för d880 engagemang i lek*.

Alternativt styrsätt ~~och programvara~~ kan även förskrivas i prekommunikativt syfte under en begränsad period, för att utreda personens förutsättningar att använda ett kommunikationshjälpmedel.

Gränsdragning kommun-landsting avtal 2013: Hälsocentral i första hand.

Eget ansvar

~~Standardtangentbord och~~ Standardmöss är eget ansvar. Från 18 års ålder är styrsätt för lek- och träning eget ansvar.

Motivering: Hänvisning till 22 36 tas bort och texten läggs in i denna riktlinje. Ingen förändring i innehåll.

24 13 24 Programvara för att handha elektriska anordningar

Här ingår t.ex. programvara för styrning av personlig miljö, tangentbord på skärmen, taligenkänningsprogram och programvara för musfunktioner.

Egenavgift

Ingen egenavgift.

Särskild förskrivning

Ja

För alternativt styrsätt med inköpskostnad max 4000 kr (nettopris från leverantör) till barn/ungdom t.o.m. 17 år gäller inte särskild förskrivning.

Förskrivningsrätt

Arbeterapeut, Logoped

Kriterier för förskrivning

Se 22 36 Inmatningsenheter till datorer

Alternativt styrsätt och Programvara kan förskrivas som tillbehör till

- personens egen Informations- och kommunikationsteknikenhet (IKT-enhet) dator
- förskriven IKT- enhet dator (för närkommunikation)
- i särskilda fall till skolans IKT-enhet dator

Behovet av att använda IKT-enhet datorn ska bedömas som frekvent, d.v.s. flera ggr/vecka.

Personen ska ha stora svårigheter att använda IKT-enhet datorn i ett standardutförande för att d310-d369 kommunicera* och d160 – d179 tillämpa kunskap*.

Alternativt styrsätt till egen IKT-enhet dator kan förskrivas till barn/ungdom t.o.m.17 år för d880 engagemang i lek*.

Alternativt styrsätt och Programvara kan även förskrivas i prekommunikativt syfte under en begränsad period, för att utreda personens förutsättningar att använda ett kommunikationshjälpmedel.

Eget ansvar

Standardtangentbord och standardmöss är eget ansvar. Från 18 års ålder är styrsätt för lek- och träning eget ansvar.

Gränsdragning kommun-landsting avtal 2013: Hälsocentral i första hand.

Motivering: Ny ISO kod. Riktlinjer för hjälpmedel under den här ISO koden har tidigare legat under 22 36. Ingen förändring.

24 13 27 Tillbehör till hjälpmedel för att handha och kontrollera utrustning

Egenavgift

Ingen egenavgift.

Särskild förskrivning

Se 22 36 Inmatningsenheter till datorer

Ja

För alternativt styrsätt med inköpskostnad max 4000 kr (nettopris från leverantör) till barn/ungdom t.o.m. 17 år gäller inte särskild förskrivning.

Förskrivningsrätt

~~Förskrivningsrätten avser tangentbords- och musersättare.~~

Arbets terapeut, Logoped

Kriterier för förskrivning

Se 22 36 Inmatningsenheter till datorer

Alternativt styrsätt och Programvara kan förskrivas som tillbehör till

- personens egen Informations- och kommunikationsteknikenhet (IKT-enhet) dator
- förskriven IKT- enhet dator (för närkommunikation)
- i särskilda fall till skolans IKT-enhet dator

Behovet av att använda IKT-enhet datorn ska bedömas som frekvent, d.v.s. flera ggr/vecka.

Personen ska ha stora svårigheter att använda IKT-enhet datorn i ett standardutförande för att d310-d369 kommunicera* och d160 – d179 tillämpa kunskap*.

Alternativt styrsätt till egen IKT-enhet dator kan förskrivas till barn/ungdom t.o.m.17 år för d880 engagemang i lek*.

Alternativt styrsätt och Programvara kan även förskrivas i prekommunikativt syfte under en begränsad period, för att utreda personens förutsättningar att använda ett kommunikationshjälpmedel.

Gränsdragning kommun-landsting avtal 2013: Hälsocentral i första hand.

Eget ansvar

Från 18 års ålder är styrsätt för lek och träning eget ansvar

Motivering: Hänvisning till 22 36 tas bort och texten läggs in i denna riktlinje. Ingen förändring i innehåll.

§ 79

Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025

Styrelsens beslut

Norrbottens Kommuner styrelse beslutar att

- Rekommendera respektive kommun att anta riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025.

Sammanfattning

Styrelsen delges information om förslag till riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning år 2025.

Ärendet

Eva Lakso, avdelningschef Social välfärd, redogör för ärendet.

Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel är gemensamma för Region Norrbotten och kommunerna i Norrbotten. Riktlinjerna grundas på den för länets kommuner och Region Norrbotten gemensamma hjälpmedelpolicyn. Riktlinjerna revideras årligen.

- Upphandling av hjälpmedelsprodukter grundas på dessa riktlinjer för förskrivning.
- Tydliga riktlinjer för förskrivare är viktiga i den mån individuella behovsbedömningen, för att förskrivare ska kunna ta ställning till om ett hjälpmedel kan förskrivas eller inte.
- Vid utskrivning från sjukhus ingår samverkan mellan regionens förskrivare och kommunernas förskrivare. Rutin för detta är framtagen.

Gränsdragning länets kommuner – Region Norrbotten

Vårdgivarnas ansvar för förskrivning av hjälpmedel för personer 18 år och äldre är beskrivet i Gränsdragning enligt avtal 2013.

Region Norrbottens ansvar

Hälso- och sjukvården i Region Norrbotten har ansvaret för hjälpmedel som förskrivas från specialisterheter (tex andning, hörsel, ortopediteknik, syn), hjälpmedel till barn och ungdomar under 18 år samt förskrivning från sjukhusens vårdenheter som inte är primärvårdens ansvar, tex psykiatri och logopedi, övriga hjälpmedel där läkare är förskrivare och hjälpmedel till asylsökande.

Årlig översyn

Översyn av riktlinjerna för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning görs årligen med den gemensamma värdegrunden och hjälpmedelpolicyn som underlag för eventuella förslag till förändringar. Förslagen till förändringar av de riktlinjer som är gemensamma för vårdgivarna i Norrbotten tas fram av representanter från Norrbottens kommuner och Region Norrbotten, i samråd med Länshjälpmedelsgruppen. Förslag till förändringar av riktlinjer som riktar sig enbart till regionens förskrivare ingår i hjälpmedelskonsulens verksamhetens uppdrag.



Intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättningar och pensionärsorganisationernas synpunkter

Enligt strategin för patient- och brukarmedverkan i Norrbottens län sker samverkan med intresseorganisationer för personer med funktionsnedsättningar och pensionärsorganisationer. Medverkan har skett vid tre möten under året och där framkom inga invändningar mot gällande förslag.

Översikt förslag 2025

Riktlinjerna inför 2025 innehåller förtydliganden och förändringar. Motivering till förtydliganden och förändrade riktlinjer, se respektive ISO-kod. Förtydliganden är viktiga för att förskrivaren ska kunna göra en individuell behovsbedömning i samverkan med patienten. Tydliga riktlinjer är också viktiga så att ändamålsenliga produkter upphandlas.

Förslaget till riktlinjer för 2025 har tillstyrkts av Länsstyrgruppen 2024-10-29.

Politiska samverkansberedningen beslutade 2024-11-13 § 43

- att rekommendera Regionstyrelsen att anta Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025
- att rekommendera Norrbottens Kommuner styrelse besluta att rekommendera respektive kommun att anta Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025.

Förslag till beslut

Norrbottens Kommuner styrelse beslutar att

- Rekommendera respektive kommun att anta riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025.

Beslutsunderlag

Bilaga 1-Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning 2025

Beslut skickas till

Samtliga 14 kommuner i Norrbotten

Eva Lakso



§ 36 Avslut av riktlinjer för EU-arbetet inom socialtjänsten

Diarienumr 25SN17

Beslut

Socialnämnden beslutar att avsluta riktlinjer för EU-arbetet inom socialtjänsten.

Ärendebeskrivning

Det EU-arbete som tidigare bedrivits i socialtjänsten bedrivs inte längre på samma sätt och är inte lika resurssatt. Exempelvis finns inte längre någon EU-samordnare eller EU-grupp. Visst EU-arbete fortgår, i form av planerad ansökan om ett EU-projekt inom kompetensförsörjning, men detta arbete är inte organiserat på samma sätt som då riktlinjerna upprättades 2015. Riktlinjerna ställer höga krav på resurser, vilket inte speglar dagens prioriteringar.

Yrkanden

Sven-Gösta Pettersson (S): Bifall till Socialnämndens arbetsutskotts förslag.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition och finner att det endast föreligger ett förslag vilket blir Socialnämnden beslut.

Beslutsunderlag

- Riktlinjer för EU arbetet inom Socialtjänsten

Avslut av riktlinjer för
EU-arbetet inom
socialtjänsten
§36
25SN17

...



Riktlinjer för EU-arbetet inom Socialtjänsten

Syfte med EU-arbete

Socialtjänsten är en del i ett större sammanhang och det är viktigt att vi medvetet vidgar våra perspektiv samt utbyter kunskap och erfarenheter. EU-arbete är ett verktyg för utveckling. Det ger mervärde och nytta för våra medborgare som kommer i kontakt med Socialtjänsten samt för personal som arbetar inom förvaltningen. EU-arbete bidrar till internationalisering av Socialtjänsten samt till vår förmåga att leva med och inse de värden som ligger i kulturell mångfald.

Syfte med riktlinjer

Riktlinjerna ska ge vägledning och stöd till alla politiker och tjänstemän inom nämnden och förvaltningen när det gäller EU-arbetet.

Bakgrund

Den nationella och lokala politiken har till stor del grund i lagar och policys som är fastställda inom EU. Den viktigaste som berör nämndens verksamhet är Europa 2020, som är EU:s långsiktiga strategi för arbete och tillväxt. De tre tematiska prioriterade områdena är smart tillväxt, hållbar tillväxt och tillväxt för alla. Dessa ska formuleras på nationell nivå för att sedan förverkligas regionalt och lokalt. I detta sammanhang är nämndens verksamhet viktig för att förverkliga EU:s ambitioner och mål.

För att förverkliga visionerna i Europa 2020 finns medel avsatta i olika program/fonder, där de viktigaste fonderna för Socialtjänsten är Europeiska Socialfonden (ESF) samt Erasmus+. Det finns även ett antal mindre fonder som också kan beröra Socialtjänsten. Medel till projekt kan sökas regionalt, nationellt och direkt från EU i Bryssel.

Förutsättningar för ett fungerande EU-arbete

EU-arbetet inom Socialtjänstens verksamhet ska bidra till att förverkliga de mål som nämnden arbetar med. Medfinansiering från EU är en möjlighet för att skapa förutsättningar för utvecklingsarbete och innovation.

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2015-05-11	Giltigt (till och med) tv	Senast reviderat (dat.) 2016-10-21
Redaktör EU-samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn 663835CDB5D04B16B23FC9C6B8CEA60B.docx	Dokumenttyp Riktlinjer	1 (2)	

Ett väl fungerande EU-arbete kräver:

- Styrning, ledning och engagemang för arbetet.
- Delaktighet och medverkan av chefer och personal i planering och genomförande.
- Kompetensutvecklingsinsatser.
- Omvärldsbevakning samt bevakning av utlysningar för de olika fonderna.
- Nätverksbyggande för samarbete i olika projekt, såväl lokalt, regionalt, nationellt, som internationellt.
- Tydlig koppling till verksamhetens mål.

EU-arbetets innehåll

EU-arbetet baseras på följande tre punkter:

Kunskap

För ett framgångsrikt EU-arbete krävs kunskap om EU och dess institutioner, policy och program. Genom att vara aktiv skaffar också verksamheter ny kunskap via europeiska projekt där vi lär av varandra.

Kontakter

För ett framgångsrikt EU-arbete krävs också goda kontakter. Det gäller främst med internationella partners och nätverk såväl som med EU:s institutioner.

Kontanter

Med goda kunskaper och kontakter ges större möjligheter för europeisk medfinansiering av utvecklingsprojekt.

Genomförande och uppföljning av EU-arbetet

- Nämndens verksamhetsplanering utgör underlag för EU-arbetet.
- Nämnden informeras löpande om aktuella EU-projekt integrerat med information om övrig verksamhet.
- En sammanställning av förvaltningens EU-arbete rapporteras till nämnden årligen.
- Efter projekt beviljats utses projektledare och projektmedarbetare, som i första hand ska rekryteras inom organisationen.
- Utvärdering av EU-projekt genomförs enligt finansiärens förordningar.
- Implementering och spridning av projektresultat är en viktig del av allt EU-arbete.
- EU-gruppen, med representanter från avdelningarna, träffas ca 1 gång i månaden för att prata om EU-arbetet inom varje avdelning. EU-samordnaren är sammankallande för dessa möten.

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2015-05-11	Giltigt (till och med) tv	Senast reviderat (dat.) 2016-10-21
Redaktör EU-samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn 663835CDB5D04B16B23FC9C6B8CEA60B.docx	Dokumenttyp Riktlinjer	2 (2)	



§ 37 **Ändring av socialtjänstens delegationsordning**

Diariernr 25SN40

Beslut

Socialnämnden besluta ändra i delegationsbestämmelser för Socialnämnden i enlighet med lagt förslag.

Ärendebeskrivning

2024-04-01 trädde Lag om placering av barn i skyddat boende i kraft vilket möjliggör för barn under 18 år att placeras tillsammans med sin vårdnadshavare på skyddat boende i de fall den andra vårdnadshavaren inte samtycker och det föreligger våld.

Enligt 4 kap 1 § 2st får ett sådant beslut endast delegeras till Socialnämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har utsett att bevilja den omedelbara insatsen.

D4.2.1	- I syfte att möjliggöra placering av barn tillsammans med vårdnadshavare	4 kap. 1 § 1 st. LBSB	Ordförande	Tillämplig i fall där den andra vårdnadshavaren inte samtycker och det föreligger våld
--------	---	--------------------------	------------	--

Yrkanden

Sven-Gösta Pettersson (S): Bifall till Socialtjänstens förslag.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition och finner att det endast föreligger ett förslag vilket blir Socialnämnden beslut.

Ändring av
socialtjänstens
delegationsordning
§37
25SN40

...



§ 38 Redovisning av anmälda handlingar

Beslut

Socialnämnden har tagit del av informationen.

Övrigt

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition och finner att det endast föreligger ett förslag vilket blir Socialnämndens beslut.

Anmälda handlingar

- Expediering av beslut gällande uppsägning av Interimistiskt samverkansavtal för hjälpmedel och visst medicinskt förbrukningsmateriel (3/3)(*dnr 25SN5-1*)
- Signerat samverkansavtal – Gemensam hjälpmedelsnämnd(*dnr 25SN5-2*)
- §4 KS Undantag månadsbokslut mars 2025(*dnr 25SN5-3*)
- Månadsrapport november 2024(*dnr 25SN5-4.1*)
- Månadsrapport november 2024(*dnr 25SN5-4.2*)
- Månadsrapport november 2024(*dnr 25SN5-4.3*)
- §3 KS Månadsbokslut november 2024 samt helårsprognos(*dnr 25SN5-4.4*)
- Anmälan bisyssla(*dnr 25SN2-1*)
- Anmälan bisyssla(*dnr 25SN2-3*)
- Anmälan bisyssla(*dnr 25SN2-2*)
- Anmälan bisyssla(*dnr 25SN2-4*)
- Anmälan bisyssla(*dnr 25SN2-5*)
- Anmälan bisyssla(*dnr 25SN2-6*)
- Anmälan bisyssla(*dnr 25SN2-7*)
- §6 FSN Kvalitetsuppföljning måltidsservice(*dnr 25SN5-6*)
- Kvalitetsuppföljning Måltidsservice, juli-december 2024(*dnr 25SN5-7*)
- Svar på enkät e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna(*dnr 25SN30-2*)



Piteå kommun

Sammanträdesprotokoll

Socialnämnden

Datum 2025-02-19

- Protokoll SNAU 2025-02-05 signerat(*dnr 25SN11-2*)



§ 39 Delegationsbeslut

Diariernr 25SN4

Beslut

Socialnämnden har tagit del av delegationsbeslut för perioden 2025-01-01 till 2025-01-31.

Ärendebeskrivning

Socialnämnden tar del av delegationsbeslut för perioden 2025-01-01 till 2025-01-31.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition och finner att det endast föreligger ett förslag vilket blir Socialnämndens beslut.

Delegationsbeslut

§39

25SN4

...



§ 40 Kontaktpolitikerna har ordet

Diariernr 25SN8

Beslut

Socialnämnden har tagit del av informationen.

Ärendebeskrivning

Ellinor Sandlund (M) informerar att det blir inget studiebesök i Öjebyn som hon tidigare informerat om då verksamheten tyvärr inte hade tid att ta emot besök just nu.

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition och finner att det endast föreligger ett förslag vilket blir Socialnämndens beslut.

Kontaktpolitikerna har
ordet
§40
25SN8

...



§ 41 **Ordförande och socialchef informerar**

Diariernr 25SN6

Beslut

Socialnämnden har tagit del av informationen.

Ärendebeskrivning

Ordförande informerar

- Socialdemokraterna har meddelat ordförande att de inte längre har förtroende för honom och att han därför borde avgå. Som läget ser ut just nu är Socialnämnden i februari mest troligt den sista Socialnämnden för ordförande. Ordförande kommer avsäga sitt uppdrag inom en snar framtid.

Socialchef informerar

-Just nu är pågående mycket planerings- och informations arbetet för att kunna avveckla verksamheten på Österbo i linje med det politiska beslutet.

- Omställning pågår inom övriga verksamheter föra att hantera det tidigare tagna politiska besluten om gruppboende, samvaron och SÄBO.

- Det finns alldeles för många vakanser runt om i vård och omsorgsverksamheterna nu, väldigt svårt att rekrytera nya medarbetare.

- Fredag den 14 februari var invigningen för Skogsgården. På invigningen hjälpte Boendepatrollen till att servera smittor och bubbel. Det var väldigt många som deltog, vilket är väldigt roligt.

- Sommarrekrytering har påbörjat och annonser kommer läggas ut. Sommarbonusarna är justerade inför 2025.



Piteå kommun

Sammanträdesprotokoll

Socialnämnden

Datum 2025-02-19

Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition och finner att det endast föreligger ett förslag vilket blir Socialnämndens beslut.

Ordförande och
socialchef informerar

§41
25SN6

...



§ 42 Av ledamöter väckta ärenden

Dariernr 25SN7

Beslut

Inga ärenden väcks.

Av ledamöter väckta
ärenden
§42
25SN7

...