



Plats och tid	Ovalen kl. 08:30-17:00
Beslutande	Se sida 2
Övriga deltagare	Se sida 2
Utses att justera	Cristian Bergvall
Justeringens plats och tid	Socialtjänsten, 2022-03-01 kl. 11:30

Paragrafer §§14–23

Sekreterare	Matilda Ljungqvist
Ordförande	Sven-Gösta Pettersson
Justerande	Cristian Bergvall

Anslag/Bevis

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag

Organ	Socialnämnden		
Sammanträdesdatum	2022-02-23		
Anslags uppsättande	2022-03-01	Anslags nedtagande	2022-03-23
Förvaringsplats för protokollet	Socialtjänsten		

Underskrift/anslaget av Matilda Ljungqvist



Beslutande

Sven-Gösta Pettersson (S) (ordförande)
Nina Lindström (V) (vice ordförande)
Maria Truedsson (S)
Cristian Bergvall (S)
Mariann Lindberg (S)
Urban Vikström (S)
Maria Fäldt (V)
Peter Arffman (MP)
Ellinor Sandlund (M)
Britta Lysholm (C)
Anton Nilsson (C)
Malin Viklund (KD)
Tommy Bjernhagen (SJV)

Övriga deltagare

Eva Börjesson-Öman (Socialchef)
Frida Johansson (Samordnare) §14
Irene Lundqvist (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) §23
Ingela Tallhed (Nämndsekreterare) §§14–22



Innehållsförteckning	Sid
§ 14 Bostad först	4
§ 15 Information om ansökan om statsbidrag för personligt ombud 2022	5
§ 16 Rapportering av ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen (SoL), kvartal 4, 2021	6
§ 17 Rapportering ej verkställda beslut – Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), kvartal 4 2021	8
§ 18 Information om Covid-19	10
§ 19 Ordförande och socialchef informerar	11
§ 20 Delegationsbeslut januari	13
§ 21 Delgivningar februari 2022	14
§ 22 Av ledamöter väckta frågor	15
§ 23 Patientsäkerhetsberättelse 2021	16



§ 14

Bostad först

Diariernr 22SN16

Beslut

Socialnämnden ger socialförvaltningen i uppdrag att fortsätta utreda förutsättningar att införa Bostad först ur ett socialtjänstperspektiv under förutsättning att bostadsfrågan går att lösa enligt modellen för Bostad först.

Ärendebeskrivning

På uppdrag av socialnämndens ordförande utreda förutsättningarna för att införa Bostad först i Piteå kommun ur ett socialtjänstperspektiv. Av utredningen framgår att Bostad först är modell som rekommenderas i Socialstyrelsens (2018) Nationella riktlinjer för vård och stöd till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd samt motsvarande riktlinjer för missbruk och beroende, då den har god evidens vad gäller att motverka hemlöshet bland personer med långvarig hemlöshet, ofta i kombination med svår psykisk sjukdom eller skadligt bruk och beroende. Förhållandevis få kommuner erbjuder i dag Bostad först, trots dess stöd i forskning. Av utredningen framgår en rad utmaningar i implementeringen av modellen i en svensk kontext, så som tillgången till bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden och att modellen kräver tillgång till personal dygnet runt. Bostad först utmanar även etablerade sätt att lösa bostadssociala problem på genom att utgå från principer om återhämtning och skademinimering och således inte ställer krav på drogfrihet. I utredningen sätts Bostad först också i sammanhanget av de förändringar som socialtjänsten väntas stå inför kopplat till revideringen av rådande Socialtjänstlag och förslagen i Samsjuklighetsutredningen. Nyss nämnda utredningar framhåller bland annat vikten av lätt tillgängliga insatser och en kunskapsbaserad socialtjänst genom att erbjuda evidensbaserade insatser och arbetssätt, som exempelvis Bostad först.

Utredningen belyser att det i dag saknas evidensbaserade bostadssociala insatser för Pitebor som lever i hemlöshet. Vidare framgår det att frågan om att införa Bostad först i Piteå kommun har behandlats i Samhällsbyggnadsnämnden i juni 2021, vilka föreslår Kommunstyrelsen att besluta om att frågan bedöms vara färdigbehandlad då den inrymds i revideringen av kommunens bostadsförsörjningsplan. Utredningen visar att det ur ett socialtjänstperspektiv finns ett värde i att vidare utreda förutsättningarna för att införa Bostad först i kommunen. Samtidigt framhålls resultatet av samhällsbyggnadsnämndens arbete som en förutsättning för en sådan utredning eftersom tillgång till bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden krävs.

Beslutsunderlag

- Bostad först - Förutsättningar för att införa Bostad först i Piteå kommun ur ett socialtjänstperspektiv



§ 15

Information om ansökan om statsbidrag för personligt ombud 2022

Diariernr 22SN19

Beslut

Socialnämnden godkänner informationen om ansökan om statsbidrag för personligt ombud 2022.

Ärendebeskrivning

Personligt ombud regleras av statens förordningen SFS nr: 2013:522.

I förordningen kan man läsa att ”statsbidrag får lämnas för verksamhet med personligt ombud som syftar till att den enskilde ska

1. ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället,
2. ha möjligheter att leva ett mer självständigt liv och få en förbättrad livssituation, och
3. ges möjligheter att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service på jämlika villkor samt rättshjälp, rådgivning och annat stöd utifrån sina egna önskemål och behov.

Verksamheten syftar även till att

1. få myndigheter, kommuner och regioner att samverka utifrån den enskildes önskemål och behov, och
2. ge underlag till åtgärder som kan förebygga brister i fråga om att den enskilde kan få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service. Förordning (2019:1094).”

Personligt ombud finansieras till en del av ovannämnda bidrag som söks via Länsstyrelsen varje år. Ansökan om medel ska göras av ansvarig tjänsteman/chef för ansvarig huvudman/arbetsgivare för personligt ombud. I Piteå är socialnämnden arbetsgivare för personligt ombud. Ansökan till länsstyrelsen har gjorts av enhetschef Gunilla Granqvist, chef för personligt ombud i Piteå kommun. Ansökan omfattar 3,0 tjänst för 2022 vilket är det vi har i budget för året.

För information bifogas även den redovisning för 2021 som vi är ålagda att skicka in till länsstyrelsen.

Beslutsunderlag

- Asökan Personligt ombud 2022
- Redovisning Personligt ombud Piteå 2021



§ 16

Rapportering av ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen (SoL), kvartal 4, 2021

Diariennr 21SN25

Beslut

Socialnämnden godkänner rapport ej verkställda beslut enligt SoL, kvartal 4 2021 samt överlämnar protokollet till kommunfullmäktige och kommunens revisorer.

Ärendebeskrivning

Kommunen har skyldighet att rapportera ej verkställda, gynnande beslut enligt SoL som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum. Rapporteringen görs varje kvartal av socialtjänst, på individnivå till socialnämndens arbetsutskott (AU) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Socialnämnden avrapporterar i oidentifierad form till kommunfullmäktigen och kommunens revisorer insats, beslutsdatum samt kön på den enskilde

Målgrupp 0-64 år

Fjärde kvartalet fanns det 7 ej verkställda inom lagstadgade tre månader (fem färre än under kvartal 3)

Två beslut avser bostad med särskild service(ett fler än föregående kvartal)

Två beslut avser hemtjänst (två fler beslut än föregående kvartal)

Tre beslut avser kontaktperson (tre fler beslut än föregående kvartal)

Anledning till ej verkställda beslut

Bostad med särskild service: Plats fanns ej att tillgå

Hemtjänst: En person har haft avbrott i insatsen och en person har ej kunnat verkställas på grund av sjukdom

Kontaktperson: Resursbrist, lämplig person har ej funnits för uppdraget

Målgrupp 65 år och äldre

Fjärde kvartalet fanns det totalt fyra ej verkställda beslut inom lagstadgade tre månader två färre jämfört med kvartal tre. Två beslut avser ledsagning, ett beslut avser avlösning i hemmet och ett beslut avser plats på särskilt boende. Anledning till att beslut ej blivit verkställt är följande:

Ledsagning – ej varit aktuellt till följd av hälsoskäl. Personen har under aktuell period haft både hemtjänstinsatser och trygghetslarm. Personen är numera avliden

Ledsagning – har av arbetsmiljöskäl inte kunnat verkställas. Personen behöver annan form av rullstol för att kunna ta sig ut. Anhörig har tagit kontakt med rehab för översyn av hjälpmedel.

Avlösning i hemmet – anhörig har avböjt verkställighet av insatsen då behov ej funnits. Personen har under aktuell period även kunnat nyttja avlösning på enhet.

Särskilt boende – personen har fått tre erbjudande men valt att tacka nej till samtliga då

Signatur justerare

Utdragsbestyrkande



personen inte vill flytta. Har därefter återtagit ansökan och ärendet är nu avslutat.

Konsekvensbeskrivning
Medborgare

Målgrupp 0-64 år

Personer som inte får sina beviljade insatser verkställda får inte sina behov tillgodosedda och beslut verkställda inom skälig tid.

Målgrupp 65 år och äldre

Fortsatt goda möjligheter att verkställa beslut gör att kommunens medborgare får sina behov tillgodosedda inom skälig tid.

Konsekvensbeskrivning
Verksamhet

Målgrupp 0-64 år

Arbete med att verkställa beslut i rätt tid fortgår. Dokumentation i varje ärende är viktigt där det framgår vilka erbjudanden som personen får samt vilka eventuella andra insatser som den enskilde har i väntan på verkställighet

Målgrupp 65 år och äldre

Arbetet med rätt tid från beslut till verkställighet fortsätter att ske löpande och individuellt utifrån medborgarens behov, situation och resurser.

Konsekvensbeskrivning
Budget

Målgrupp 0-64 år

Oklart om det för perioden kommer utgå sanktionsavgifter för ej verkställda beslut under aktuell period

Målgrupp 65 år och äldre.

Oklart om det kommer utgå några sanktionsavgifter för ej verkställda beslut under aktuell period

Expedieras till

Monica Wiklund Holmström
Petra Stridsman

Beslutsunderlag

- Ej verkställda beslut Q4 SoL 2021



§ 17

Rapportering ej verkställda beslut – Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), kvartal 4 2021

Diariernr 21SN26

Beslut

Socialnämnden godkänner rapporten av ej verkställda beslut LSS för kvartal 4 2021 samt överlämnar protokollet till kommunfullmäktige och kommunens revisorer.

Ärendebeskrivning

Kommunen har skyldighet att rapportera ej verkställda, gynnande beslut enligt LSS som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum. Rapporteringen görs varje kvartal av socialtjänsten på individnivå till socialnämndens arbetsutskott (AU) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Socialnämnden avrapporterar till kommunfullmäktige och kommunens revisorer kön, beslutsdatum samt väntetid.

Under kvartal 4 2021 fanns det 25 ej verkställda beslut enligt LSS inom lagstadgade tre månader. Det är 4 fler än kvartal 3, 2021.

- 9 st. avser Bostad med särskild service för vuxna (2 fler än föregående kvartal)
- 11 st. avser Daglig verksamhet (oförändrat)
- 0 st. avser Korttidstillsyn för skolungdomar över 12 år (1 färre än föregående kvartal)
- 0 st. avser Korttidsvistelse utanför hemmet (oförändrat)
- 1 st. avser Ledsagarservice (1 fler än föregående kvartal)
- 2 st. avser Kontaktperson (1 fler än föregående kvartal)
- 1 st. avser Avlösarservice i hemmet (oförändrat)
- 1 st. avser Bostad med särskild service för barn och unga (1 fler än föregående kvartal)

Anledning till ej verkställa beslut Bostad med särskild service för vuxna

- Nio personer: Lediga platser har ej funnits att tillgå

Anledning till ej verkställda beslut om Daglig verksamhet

- En person: Avvaktar p.g.a. Covid- och pandemiläget
- Två personer: Har specifika önskemål om placering
- En person: Behandling pågår, är ej tillgänglig för insatsen
- Två personer: Avvaktar p.g.a. hälsoskäl
- En person: Lediga plats har ej funnits att tillgå
- Två personer: Har kontakter med Arbetsförmedling då de önskar arbete
- Två personer är i kartläggning

Anledning till ej verkställt beslut Ledsagarservice

- En person: Har specifika önskemål som gör det svårt att hitta resurs för uppdraget

Anledning till ej verkställt beslut Bostad med särskild service för barn och unga

- En person: Verkställighet planeras i januari/februari 2022



Anledning till ej verkställt beslut om Avlösarservice

- En person: Ej verkställt beslut rapporteras då det inte hade gått tre månader vid förra rapporteringstillfället. Verkställt 2021-11-03

Anledning till ej verkställt beslut om Kontaktperson

- En person: Flera uppstartsmöten har avbokats på grund av sjukdom
- En person: Lämplig resurs har ej gått att finna

Konsekvensanalys

Medborgare

Det kvarstår utmaningar att möta behov och efterfrågan på flera områden, speciellt bostad med särskild service för vuxna i form av gruppboende samt daglig verksamhet. Vi har brist på särskilda boendeplatser samt daglig verksamhet för personer med funktionsnedsättningar. För att kunna möta upp detta så undersöker socialtjänsten lämplig lokal för att starta ytterligare en ny gruppboende. Beslut om daglig verksamhet ökar och vi har under kvartalet fortsatt svårt att verkställa insatsen på grund av resursbrist i form av personal och lokaler. Det finns också en svårighet i att verkställa daglig verksamhet på grund av ohälsa hos den enskilde, svårighet att hitta lämplig placering men även då personer vill avvakta verkställighet under pandemin. Då lämpliga resurser i övrigt saknas så får den enskilde inte sina behov tillgodosedda och verkställda i rimlig tid

Verksamhet

Arbetet med att korta tiden för verkställighet pågår ständigt. De som beviljas insats har många gånger specifika önskemål eller individuella behov som försvårar verkställighet. Resursbrist i form av personal och/eller lokaler är också en avgörande faktor. Dokumentation i varje ärende är viktigt där det framgår vilka erbjudanden som personerna får, anledning till utebliven verkställighet samt vilka andra insatser som erbjuds i avvaktan på verkställighet

Budget

Det kan komma att utgå sanktionsavgifter från IVO för socialtjänsten där vi ej har lyckats verkställa beslut.

Expedieras till

Monica Wiklund Holmström

Beslutsunderlag

- Ej verkställda beslut Q4 tabell LSS



§ 18

Information om Covid-19

Diariennr 22SN20

Beslut

Socialnämnden har tagit del av information.

Ärendebeskrivning

Socialchefen informerar om Covid-19-läget enligt följande:

- Läget är fortsatt ansträngt inom socialtjänstens verksamheter, särskilt på våra särskilda boenden och inom hemtjänsten. Inom hemtjänsten stugar man om insatser och skjuter upp vissa typer av insatser för att klara av det mest akuta. Från och med den 28 februari är förhoppningen att vi kan återgå till ett mer normalt läge.
- Vi har just nu 20 brukare som har konstaterad Covid-19, men de flesta har milda symtom. Vi har under hela pandemin en tillfrisknandegrad på 96 procent, vilket är glädjande.
- Samvaron kommer öppna igen den 28 februari.
- Vi tillämpar source control 2 inom våra brukarnära verksamheter vilket innebär att vi har visir och munskydd vid brukarnära arbete men inte under raster och i personalutrymmen.
- Fjärde dosen Covid-19-vaccin är på gång, men vi har inget exakt datum för när vi ska inleda vaccinationen.



§ 19

Ordförande och socialchef informerar

Diariennr 22SN7

Beslut

Socialnämnden har tagit del av informationen.

Ärendebeskrivning

Ordföranden informerar enligt följande:

- Politikerna bjuder i veckan socialtjänstens medarbetare på tårta, inte som kompensation men som en uppmuntran för ett gott arbete.
- Socialförvaltningen har skickat in ansökan om statliga medel men har inte fått någon återkoppling på vilken summa vi tilldelas.
- Ett förtydligande är att den lönesatsning som kommunfullmäktige beslutat om gäller alla inom kommunals område, inte bara utbildad personal. Däremot kommer utbildad personal få mer än icke utbildad personal.

Socialchefen informerar enligt följande:

- Vi har gått ut med att vi kommer erbjuda våra sommarvikarier en sommarbonus på som mest 3 000 kr när de fullgjort sin arbetsperiod. Förhoppningen är att vi sticker ut i mängden och lockar fler till att arbeta hos oss i sommar. För vår ordinarie personal kommer vi ha ett liknande upplägg som tidigare men vi kommer öka kompensationen för personal som är beredd att flytta sin semester. I år kommer vi dock erbjuda kompensationen redan på planeringsstadiet.
- Vi har börjat utreda hur vi ska stärka bemötandet vid introduktionen av nya medarbetare. Vi undersöker möjligheten att ha speciella handledare inom våra verksamheter som arbetar med introduktionen och att de ska kunna kompenseras på något sätt.
- De som är med i Äldreomsorgslyftet kommer studera på fem procent under sommaren för att de ska kunna arbeta ute i våra verksamheter under semesterperioden.
- Vi har spelat in fyra kortfilmer med personal från våra verksamheter som ska fungera som ambassadörer och som ska vara en del av vår kampanj för att locka sommarpersonal.
- Vi undersöker möjligheten till att upphandla ett system för en visselblåsarfunktion inom kommunen. Det beror på en lagändring.
- Det sker just nu en påverkanskampanj mot socialtjänsten i Sverige där budskapet är att socialtjänsten stjälar barn med utom-europeisk bakgrund. Vi har fått mycket material skickat till



oss från Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och regioner och det finns material på flera olika språk.



§ 20

Delegationsbeslut januari

Diariernr 22SN5

Beslut

Socialnämnden godkänner anmälda delegationsbeslut för 2022-01-01 - 2022-01-31.



§ 21

Delgivningar februari 2022

Diariennr 22SN17

Beslut

Delgivningar för februari anmäls.

Beslutsunderlag

- Månadsrapport november 2021
- Månadsrapport november 2021
- Månadsrapport november 2021 månadsuppföljning SN
- Månadsrapport november 2021 SN-bild
- Tillämpningsanvisningar affärsetisk policy
- Tillämpningsanvisningar affärsetisk policy
- Avvikelser måltidsservice tertial 3
- Beslut från Fastighets- och servicenämnden
- Beslut från Gemensam Kost- och servicenämnd Piteå - Luleå
- Utskick beslut från Gemensam Kost- och servicenämnd Piteå - Sammanställning avvikelser



§ 22

Av ledamöter väckta frågor

Diariennr 22SN9

Beslut

Inga frågor väcks.



§ 23

Patientsäkerhetsberättelse 2021

Diariernr 22SN14

Beslut

Socialnämnden beslutar att anta patientsäkerhetsberättelsen 2021 och anser därmed att den interna kontrollen för område hälso- och sjukvård i socialtjänsten är tillräcklig. De brister som identifierats i patientsäkerhetsberättelsen ska åtgärdas av de verksamheter som ansvarar för det i enlighet med nämndens beskrivning i rutin Socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Ärendebeskrivning

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. Mallen, som är ny för 2021, för patientsäkerhetsberättelsen är hämtad från Sveriges kommuner och regioners hemsida. Mallen är till viss del anpassad utifrån lokala och kommunala förhållanden.

Patientsäkerhetsberättelsen är upprättad av MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) och bygger på uppgifter från verksamheternas egenkontroll, MAS uppföljningar och socialnämndens internkontroll inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Expedieras till

MAS

Beslutsunderlag

- Piteå kommun patientsäkerhetsberättelse 2021
- Bilaga 1. Riktlinje Ledningssystem kvalitetsarbete

§14

Bostad först

22SN16

Bostad först

Förutsättningar för att införa Bostad först i Piteå kommun ur ett socialtjänstperspektiv

Frida Johansson,

Samordnare psykisk hälsa

2022-01-17



Piteå kommun

1. Uppdrag

På uppdrag av socialnämndens ordförande utreda förutsättningarna för att införa Bostad först i Piteå kommun ur ett socialtjänstperspektiv.

2. Förslag till beslut

Att socialnämnden ger förvaltningen i uppdrag att fortsätta utreda förutsättningarna för att införa Bostad först ur ett socialtjänstperspektiv under förutsättning att bostadsfrågan går att lösa i enlighet med modellen Bostad först.

3. Sammanfattning

Av utredningen framgår att Bostad först är en modell som rekommenderas i Socialstyrelsens (2018) *Nationella riktlinjer för vård och stöd till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* samt motsvarande riktlinjer för missbruk och beroende och har god evidens vad gäller att motverka hemlöshet bland personer med långvarig hemlöshet, ofta i kombination med svår psykisk sjukdom eller skadligt bruk och beroende. Förhållandevis få kommuner erbjuder i dag Bostad först, trots dess stöd i forskning. Av utredningen framgår en rad utmaningar i implementeringen av modellen i en svensk kontext, så som tillgången till bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden och att modellen kräver tillgång till personal dygnet runt. Bostad först utmanar även etablerade sätt att lösa bostadssociala problem på genom att utgå från principer om återhämtning och skademinimering och således inte ställer krav på drogfrihet. I utredningen sätts Bostad först även i sammanhanget av de förändringar som socialtjänsten väntas stå inför kopplat till revideringen av rådande Socialtjänstlag och förslagen i *Samsjuklighetsutredningen*. Nyss nämnda utredningar framhåller bland annat vikten av lätt tillgängliga insatser och en kunskapsbaserad socialtjänst genom att erbjuda evidensbaserade insatser och arbetssätt, som exempelvis Bostad först.

Utredningen belyser att det i dag saknas evidensbaserade bostadssociala insatser för Piteå som lever i hemlöshet. Vidare framgår det att frågan om att införa Bostad först i Piteå kommun har behandlats i samhällsbyggnadsnämnden i juni 2021, vilka föreslår att Kommunstyrelsen beslutar att frågan bedöms vara färdigbehandlad då den inrymds i revideringen av kommunens bostadsförsörjningsplan. Utredningen visar att det ur ett socialtjänstperspektiv finns ett värde i att vidare utreda förutsättningarna för att införa Bostad först i kommunen. Samtidigt framhålls resultatet av samhällsbyggnadsnämndens arbete som en förutsättning för en sådan utredning eftersom tillgång till bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden krävs vid ett införande av Bostad först.

4. Bakgrund

Hemlöshet är ett stort samhällsproblem som förekommer både internationellt och i Sverige. (Socialstyrelsen 2022). Sedan 1993 har hemlösheten i Sverige ökat och är i dag en av landets socialtjänsters nyckelfrågor och allt fler människor, utan andra sociala problem, vänder sig till socialtjänsten för hjälp med boende (SOU 2020:47).

Hemlöshet kan i huvudsak härledas till faktorer på strukturell nivå och är ytterst är en bostadspolitisk fråga. Beaktat problemets komplexitet slår Socialstyrelsen fast att ansvaret och åtgärder för att minska hemlöshet behöver vara gemensamt för flera områden och på olika nivåer i samhället. Socialtjänsten utgör en viktig aktör både vad gäller att förebygga och direkt motverka att personer befinner sig i hemlöshet (Socialstyrelsen 2021; SOU 2021:93). Socialtjänstens uppdrag handlar primärt om insatser till den mest utsatta gruppen hemlösa personer, bland vilka personer med en sammansatt social problematik med behov

av vård och stöd utöver bostaden, återfinns. För att hjälpa dessa personer behövs utvecklade effektiva metoder och arbetssätt (Socialstyrelsen 2009).

Bostad först är en evidensbaserad modell för att motverka hemlöshet bland personer i långvarig hemlöshet och med omfattande behov av stöd. Bostad först rekommenderas i Socialstyrelsens (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* och i motsvarande riktlinjer för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, men enbart 20 procent av Sveriges kommuner erbjuder modellen (SOU 2021:93). I stället dominerar boendetrappan¹ som modell och arbetssätt, trots att det inte tycks vara ett effektivt sätt att inkludera människor på den ordinarie bostadsmarknaden (Knutagård & Kristiansen 2018),

Mycket talar för att socialtjänsten står inför en rad stora förändringar inom en överblickbar framtid, dels kopplat till en kommande revidering av rådande Socialtjänstlag (2001:453), dels kopplat till den så kallade *Samsjuklighetsutredningen* (SOU 2021:93). Bland de större förslagen till en ny socialtjänstlag, återfinns en lätt tillgänglig och kunskapsbaserad socialtjänst, vilket innebär att verksamheter ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. I utredningen framgår även att socialtjänsten behöver anpassa sitt arbete efter samhällsförändringar och ökad kunskap om sociala problem och stödbehov, likt hemlöshet (SOU 2020:47).

I *Samsjuklighetsutredningen* föreslås en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet² med ett förändrat huvudmannaskap där ansvaret för all behandling till personer med skadligt bruk³ och beroende vilar hos regionen. Samtidigt förtydligas socialtjänstens uppdrag gällande uppsökande och andra förebyggande insatser och social trygghet med fokus på att stärka den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till ett självständigt liv. Reformen innebär en perspektivförskjutning och återgång till socialtjänstens kärnuppdrag om levnadsförhållanden och grupper och individers behov av stöd till sysselsättning, sociala sammanhang, trygghet och boende.

I *Samsjuklighetsutredningen* lyfts behovet av att kommuner bättre kartlägger behov och levnadsförhållanden hos personer med skadligt bruk och beroende och att resultaten bör ligga till grund för utveckling och planering av det sociala stödet inom området. Planen bör inkludera den kompetensväxling som väntas ske inom kommunerna och från kommun till region. Analysen bör inkludera vilken kompetens som finns och behövs för en fortsatt implementering av sociala stödinsatser som rekommenderas i nationella riktlinjer, så som Bostad först (SOU 2021:93).

5. Bostad först – en modell för att motverka hemlöshet

Bostad först är en modell med sitt ursprung i 1990-talets USA och syftar till att motverka hemlöshet bland människor med omfattande stödbehov. Modellen har spridit sig från USA till Kanada och flera europeiska länder och har på senare år fått ökad uppmärksamhet i Skandinavien, inklusive Sverige. Modellen har visat sig vara kostnadseffektiv, beprövad och framgångsrik för att motverka hemlöshet. Studier visar att åtta av tio personer tar sig ur hemlösheten och att modellen kan innebära en besparing även på andra områden som psykiatri, akutsjukvården och rättsväsendet. Bostad först ger även effekter som ökad hälsa och välbefinnande (Pleace 2018; SKR 2022).

¹ Läs mer på sida sid fyra under rubriken ” Vad forskningen säger om andra boendemodellen.

² Samsjuklighet innebär att en person samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för två eller fler sjukdomar. Samsjuklighetsutredningen fokuserar på barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.

³ I Missbruksutredningen föreslås att begreppet missbruk ska ersättas av skadligt bruk, varför begreppet används i detta dokument.

Personer som är föremål för Bostad först har, förutom långvarig eller upprepade perioder av hemlöshet, ofta svår psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa och/eller andra problem så som skadligt bruk och beroende samt bristande sociala nätverk (Pleace 2018).

Bostad först vilar på idén om att en egen bostad är en grundläggande mänsklig rättighet och att människor behöver ett tryggt boende för att kunna hantera övriga livsproblem (SKR 2022). Den praktiska utformningen av modellen varierar internationellt, men utgångspunkten är att den hemlösa personen först och främst erbjuds en egen bostad med förstahandskontrakt⁴ och som komplement erbjuds stöd för andra problem, likt behandling för psykisk sjukdom eller skadligt bruk och beroende. Boendet ses som startpunkten och inte slutmålet, vilket gör att Bostad först skiljer sig från andra boendemodeller (Pleace 2018).

Bostad först är utformad för att främja hemlösa personers självbestämmande och kontroll och boendet och stödinsatser är strikt åtskilda, vilket innebär att stödinsatser inte är en förutsättning för boendet. Nykter- och drogfrihet är heller inte ett krav, där emot sker ett aktivt motivationsarbete för att personen ska begränsa negativa effekter av alkohol- och/eller narkotikaintag (ibid).

Nedan följer de grundläggande principer för Bostad först;

- En bostad är en grundläggande mänsklig rättighet.
- Samtliga klienter ska bemötas med respekt, värme och medkänsla.
- Man åtar sig att arbeta med klienter så länge som de behöver det.
- Lägenheterna ska vara utspridda i det vanliga lägenhetsbeståndet.
- Bostad och behandling ska vara separerade från varandra.
- Konsumenten har självbestämmanderätt.
- Arbetet ska orienteras mot återhämtning och skadereduktion (ibid).

Som komplement till bostaden erbjuds individen insatser med utgångspunkt i de grundläggande principerna ovan. Det kan handla om integrationsfrämjande insatser likt en meningsfull sysselsättning eller insatser för förbättrad hälsa och välbefinnande samt stärkt socialt nätverk (ibid). Stödet som erbjuds är i första hand inriktat på att öka boendestabilitet och hur stödet är organiserad kan variera (SKR 2022). De krav som ställs på klienten, utöver krav som normalt ställs på en hyresgäst, är att minst 30 procent av klientens inkomst går till hyran och att personen tar emot hembesök minst en gång per vecka (Socialstyrelsens 2019).

Metoder kopplade till olika boendemodeller

Till Bostad först, likt andra boendemodeller, finns en rad specifika metoder kopplade som kan kombineras på olika sätt med fokus på boendestabilitet, så som;

- Ekonomiskt bistånd där hjälp till hyresskuld kan ingå.
- Budget- och skuldrådgivning.
- Boendestöd.
- Personliga ombud för personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Case management (CM), är ett samlingsnamn för flera typer av stödmodeller som handlar om att organisera olika stödinsatser för att skapa en sammanhållen och holistisk vård för den enskilde. CM och en utvecklad missbruks- och beroendevård beskrivs som viktiga komponenter för att motverka hemlöshet, både i vräkningsförebyggande syfte och som stöd

⁴ I litteraturen beskrivs både boende med förstahandskontrakt och ett så permanent boende som möjligt (Socialstyrelsen, 2009).

tillbaka till en egen bostad. En fungerande eftervård beskrivs som ett avgörande komplement till boendeinsatser (Socialstyrelsen 2019).

6. Andra boendemodellen

Boendetrappan, även kallad trappstegsmodellen, är den vanligast förekommande modellen i Sveriges kommuner och bygger på att hemlösa personer kvalificerar sig till ett boende genom att klättra i en boendehierarki, exempelvis från härberger till lågtröskelboende och så vidare. I denna modell är boendet själva målet men få tycks uppnå det. Personen tränar sig i att klara ett eget boende för att på sikt få ett eget hyreskontrakt. Boendeträning ingår inte i modellen, utan den enskilde förutsätts vanligen hantera det själv (Knutgård & Kristiansen 2018; Socialstyrelsen 2019). Enligt *Nationella riktlinjer för vård och stöd till personer med missbruk- och beroende* kan boendetrappa erbjudas i undantagsfall (prioritet 8).

Boende i form av vårdkedja har samma rekommendation (prioritet 4⁵) som Bostad först i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och stöd till personer med missbruk- och beroende*, bortsett från att modellen ger något lägre boendestabilitet än Bostad först. Vårdkedja är en modell för hur vård- och stödinsatser kan arrangeras för att hjälpa hemlösa personer med skadligt bruk eller psykiskt funktionshinder tillbaka till ett stabilt boende. Först behandlas bakomliggande problematik och sedan erbjuds en egen bostad. Modellen påminner om boendetrappan, med olika former av boendebalternativ, men fokus ligger på stöd- och vårdinsatser. Uppflyttning i vårdkedjan är villkorad med krav på exempelvis nykterhet och följsamhet i behandling (ibid). Modellen erbjuds i dag i 30 till 40 procent av Sveriges kommuner (SOU 2021:93).

7. Bostad först – förutsättningar i en svensk kontext

Bland de 20 procent av Sveriges kommuner som erbjuder Bostad först återfinns bland andra Stockholm, Göteborg, Malmö, Örebro och Helsingborg.

I en systematisk litteraturöversikt av Segnestam Larsson (2020) framhåller författaren behov av mer forskning om Bostad först i Sverige då resultat och effekter varierar nationellt. Flera positiva resultat och effekter har identifierats, likt grad av kvarboende, förbättrad boende- och livssituation, förbättrad livskvalitet och hälsa, minskat missbruk och ökad sysselsättning samt förbättrat socialt nätverk. Samtidigt framkommer variationer och i vissa fall negativa resultat med utsagor om ökat missbruk och störningar i boendet. Det framgår även svårigheter att generalisera resultat från studier i ett sammanhang till andra grupper, områden eller kommuner. Det är också osäkert i vilken grad signifikanta skillnader mellan Bostad först och andra insatser kan påvisas (ibid).

Forskning visar att verksamheter med högst programtrohet får bäst resultat. Samtidigt framhålls viken av att det finns utrymme att anpassa och modifiera modellen för att den ska passa in med den kontext som råder lokalt (Pleace 2018).

En förklaring till att det är förhållandevis få kommuner som erbjuder Bostad först tycks vara bristande tillgång till bostäder, men också höga trösklar att få ett eget bostadskontrakt (SOU 2021:93). Många bostadsföretag accepterar exempelvis inte försörjningsstöd som fast inkomst, vilket omöjliggör för flera hushåll att få tillgång till en egen bostad på den ordinarie bostadsmarknaden. Att tillgången på bostäder är en utmaning innebär att socialtjänsten, lokala bostadsföretag och andra aktörer behöver samverka för att skapa en kontinuerlig tillgång på bostäder för att Bostad först ska fungera. Införande av Bostad först

⁵ Observera att Bostad först har prioritet 2 i *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*.

innebär sannolikt även behov av fortbildning och handledning för personal och informations- och utbildningsinsatser för fastighetsägare (Socialstyrelsen 2018).

Principerna om återhämtning och skademinimering inom Bostad först, alltså att bostaden erbjuds utan krav på nykter- och drogfrihet, kan utgöra en utmaning bland samhällen, organisationer och grupper då det kan strida mot de egna värderingarna och andra etablerade sätt att lösa bostadssociala problem på (Pleace 2018). För att kommunerna i Sverige ska kunna arbeta med Bostad först måste arbetssätten förändras. I dag ställer kommuner ofta krav på behandlingsföljsamhet eller annan meritering vid erbjudande av en bostad, vilket inte är kompatibelt med Bostad först (Socialstyrelsen 2018).

Enligt Socialstyrelsens (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* består stödinsatsen till Bostad först av någon form av CM, oftast intensivt CM i form av ACT⁶. I motsvarande riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd framgår att införande av ACT skulle innebära ökad samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården, då tvärprofessionella team behöver skapas och gemensamma styrdokument, mål och uppföljningar upprättas. Dessa team ska finnas tillgänglig under kvällar, nätter och helger. Enligt Socialstyrelsens bedömning kan en omfördelning av befintlig personal troligtvis möta behovet av personal för att skapa denna typ av team. I kommuner med mindre befolkningsantal kan samarbete mellan olika kommuner vara aktuellt. Vidare behövs utbildning, kontinuerlig fortbildning och handledning till personal vid införande av CM- eller ACT-team. *Samsjuklighetsutredningen* föreslår krav på att region och kommun ska bedriva en gemensam vård- och stödverksamhet till personer som är särskilt utsatta och i behov av omfattande och långsiktigt stöd från båda huvudmännen. Kravet är inte kopplat till Bostad först, men torde bana väg för tvärprofessionella team.

Samsjuklighetsutredningen framhåller att boende utgör ett basalt behov för människor och att socialtjänsten ska bidra till att personer med skadligt bruk och beroende får ett boende som är anpassat efter personens behov av stöd. Stödet för att få ett boende kan innebära Bostad först eller vårdkedja (ibid). Sveriges kommuner måste kunna erbjuda så permanenta boendelösningar som möjligt, kompletterade med individuellt behovsanpassat stöd då hemlösa personer har samma behov av ett tryggt långsiktigt boende som andra, oavsett om de har andra problem. Ett boende kan också vara en förutsättning för att stöd och vård i olika former ska ha effekt. Vägen till ett självständigt boende sker ofta stegvis, med successivt minskat behov av vård och stöd, och denna process mycket väl ske i en och samma bostad (Socialstyrelsen 2009).

8. Stöd till boende i Piteå i dag

I ett tidigare remissvar gällande Bostad först (diarienummer 21KSB2) undertecknat Gunilla Granqvist, enhetschef på Psykosocialt stöd till vuxna, beskrivs tillgången på hyreslägenheter i Piteå sedan många år som väldigt begränsad och att hyresvärdarna ställer krav på egen försörjning, alternativt borgenärer. Har den enskilde skulder, tidigare störningar eller kort kötid är det svårt att få möjlighet till egen bostad. Vidare framgår det av remissvaret att alternativet för Pitebor, som av olika skäl, inte uppfyller hyresvärdarnas krav är bostadslöshet och i vissa fall hemlöshet. Vid tillfället för remissvaret hade socialtjänsten kännedom om cirka 40 personer som enligt Socialstyrelsens definition⁷ var hemlösa.

⁶. Assertive community treatment (ACT) är den mest omfattande av CM-modeller och innebär att hela det samordnande och behandlande ansvaret tas av ett team där exempelvis socialarbetare, sjuksköterska och psykiater ingår. Teamet arbetar aktivt uppsökande med relativt få personer per behandlare och finns tillgängligt dygnet runt (Socialstyrelsen 2022).

⁷ I Socialstyrelsens definition av hemlöshet ingår akut hemlöshet, personer som saknar boende efter institutionsvistelse, kortsiktiga boenden hos familj, släkt eller andra privatpersoner samt den sekundära bostadsmarknaden (Socialstyrelsen, 2022).

Nedan redovisas olika stödinsatser inom socialtjänsten i Piteå som finns att tillgå för personer i hemlöshet:

Ekonomiskt bistånd

Den enskilde kan ansöka om ekonomiskt bistånd vid akut behov av tak över huvudet exempelvis genom boende på vandrarhem.

Farstu-lägenhet

Socialtjänstens enhet för socialpsykiatri och missbruk innehar tre lägenheter (1 r.o.k.) som uthyrs veckovis i som längst sex månader. Möjligheten att hyra en Farstu-lägenhet finns enbart om boendet är en del i en öppenvårdsbehandling för skadligt bruk och beroende. Under tiden i boendet krävs aktiv bostadssökande, dokumenterad drogfrihet och följsamhet i behandlingsplan. En viktig målgrupp för Farstu-lägenheterna är personer som saknar bostad i samband med hemkomst från behandling i heldygnsvård. Även i dessa fall förutsätts en öppenvårdsplanering. Farstulägenhet är inte en biståndsbedömd insats.

Stöd i boende

För stöd i vardagen finns möjlighet att ansöka om bistånd för att få insatser som hemtjänst, boendestöd och/eller kontaktperson. Bistånd för boendestödsinsats kan i dagsläget beviljas till personer med psykiatrisk-/neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller tillhörighet i Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) personkrets 1. Stöd i boende kan ges till personer som bor i tillfälliga boendelösningar likt vandrahem.

Andrahandsuthyrning

En del enheter inom socialtjänsten har tidigare erbjudit Pitebor möjlighet att hyra lägenheter i andra hand, exempelvis som en del i en trappstegsmodell, där hyresvärden ställt krav på hyresgästen som vederbörande inte uppfyllt. Socialtjänsten har då fungerat som borgenär för hyresgästen. Mot bakgrund av detta finns fortfarande personer med andrahandskontrakt via socialtjänsten, vilket innebär att det även finns en kontinuerlig samverkan och uppföljning tillsammans med PiteBo. Sedan drygt ett år tillbaka finns ett tjänstemannabeslut om att inte hyra ut bostäder i andra hand.

Övrigt stöd

Alkohol- och Narkotikagruppen erbjuder olika stöd- och behandlingsåtgärder, så som 12-stegsbehandling, Återfallsprevention och Intensivt stöd⁸ till personer med skadligt bruk och beroende, både enskilt och i grupp. Insatserna är inte biståndsbedömda. Den enskilde kan även ansöka om bistånd för heldygnsvård på behandlingshem. Stöd och behandling erbjuds Pitebor oavsett om man har bostad eller inte.

9. Förutsättningar för Bostad först i Piteå kommun – en analys

För Pitebor som lever i hemlöshet och har komplex problematik med behov av omfattande stödinsatser finns få bostadssociala åtgärder att tillgå. Utöver Farstu-lägenhet hänvisas personer att själva, ibland med stöd av ekonomiskt bistånd, ordna tak över huvudet. Viktigt att beakta är att Farstu-lägenheterna varken utgör ett stadigvarande boende eller ingår i en vårdkedja med möjligheten att erbjudas ett mer stabilt boende i takt med att personen gör behandlingsmässiga framsteg. Lägenheterna kommer med krav på drogfrihet. Bostad först ställer inga krav på nykter- och drogfrihet och skulle medföra ett nytt arbets- och förhållningssätt där skademinimering får en framträdande roll, vilket kan vara en utmaning

⁸ Intensivt stöd innefattar två behandlare som arbetar mer mobilt, praktiskt och motivationsfrämjande med personer i behov av mer omfattande stöd. Ofta har personerna en samsjuklighet som är föremål för Intensivt stöd.

för verksamheter som arbetar med fokus på behandling som ett första steg. Att undersöka för- och nackdelar med Bostad först i jämförelse med vårdkedja, som också rekommenderas av Socialstyrelsen, är relevant för ett grundat beslut till den specifika målgruppen.

Som framgår av utredningen har det visat sig vara svårt att översätta svenska resultat av Bostad först från en kommun till en annan. De kommuner som erbjuder Bostad först i dag tycks vara större än Piteå kommun, vilket gör möjligheten att översätta verksamheternas utformning än svårare. Större kommuner har rimligtvis fler personer som inryms i målgruppen för Bostad först och större tillgång till personella resurser. Metodtrogenhet, som ger bäst resultat, har visat sig vara en utmaning nationellt. Samtidigt beskrivs möjligheten till lokala anpassningar som viktiga vid implementering av modellen. Att undersöka andra kommuners organisering av och arbete med modellen kan vara intressant även om lokala anpassningar krävs vid ett införande av Bostad först.

Bristande tillgång till bostäder och höga trösklar in på bostadsmarknaden, vilket även beskrivs vara fallet i Piteå, tycks bidra till att implementeringen av Bostad först går sakta nationellt. Socialtjänsten i Piteå har inte tillgång till bostäder, vilket innebär att bostadsförsörjningsfrågan, det vill säga tillgången till bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden till den specifika målgruppen, är avgörande för ett införande av modellen i kommunen. Modellen bygger på en samverkan och en delaktighet med bostadsföretagen i kommunen, då tillgång till bostäder behöver vara löpande för att modellen ska vara funktionell. Viktigt att poängtera är att boendet ska vara så permanent som möjligt, vilket primärt innebär ett förstahandskontrakt.

Frågan om Bostad först har tidigare behandlats i Piteå kommun. I juni 2021 utfärdades ett remissvar (Diarienummer 21SBN339) på medborgarförslaget - Inför modellen ”Bostad först”. I ett protokollsutdrag från samhällsbyggnadsnämndens sammanträde framgår bland annat följande;

”I dagsläget pågår ett arbete med revidering av bostadsförsörjningsplan. Inom det arbetet anser Samhällsbyggnad att det bör ingå att se över hur bostadsförsörjningen i Piteå fungerar för socialt utsatta grupper. Beroende på utfallet av det så bör det även utredas vilka eventuella förändringar som behöver göras för att få en fungerande bostadsförsörjning för alla, inklusive socialt utsatta grupper. Enligt Policy för Piteå kommuns bostadspolitik framgår att ”i kommunen finns goda och trygga boendemiljöer för alla. För människor som har särskilda behov i sitt boende eller har svag ställning på bostadsmarknaden tar kommunen ett särskilt ansvar”. Idag finns dock kännedom om ett ökande antal personer som är i behov av stöd från socialtjänsten för att erhålla bostad. Frågan anses därför högst relevant att se över. Hur ska bostadsförsörjningen för socialt utsatta grupper fungera i Piteå kommun?”.

Samhällsbyggnadsnämnden fattade 2021-06-30 beslut om att föreslå att Kommunstyrelsen (KS) anser att medborgarförslaget om ”Bostad först” är färdigbehandlat eftersom det inryms i en pågående revidering av bostadsförsörjningsplan. Att undersöka hur nyss nämnda arbete fortlöper och om resultatet skapar förutsättningar för införandet av modellen Bostads först är således högst relevant.

Socialstyrelsens rekommendation om Bostad först inbegriper någon form av CM, oftast ACT, vilket kräver samverkan och resurser både från kommun och region. Att *Samsjuklighetsutredningen* föreslår krav på integrerade verksamheter mellan kommun och region till personer med omfattande behov av stöd, skulle kunna bana väg för integrerade team. De stödinsatser som närmast kan liknas vid CM-team inom socialtjänsten i Piteå är boendestöd och Intensivt stöd, vilka erbjuds dagtid. Att utreda möjligheten att erbjuda ett mobilt stöd dygnet är viktigt för Bostad först. Enligt Socialstyrelsen kan det i mindre kommuner behövas samverkan med andra kommuner vid införande av ACT. Tillgången till personal är ytterligare en fråga att beakta då Bostad först är förenat med omfattande stöd.

Att Bostad först är ett evidensbaserat sätt att arbeta på, att modellen har låga trösklar och bygger på individens behov och delaktighet gör att den rimmar väl med de förändringar som Sveriges socialtjänster väntas stå inför. Den nya socialtjänstlagen och en förändrad missbruks- och beroendevård skulle bidra med ett större fokus på individens behov, delaktighet, lätt tillgängliga insatser och en kunskapsbaserad socialtjänst. Går förslagen i *Samsjuklighetsutredningens* igenom innebär det att Piteå socialtjänst, likt övriga socialtjänster, ska fokusera sina verksamheter på sociala stödinsatser i stället för behandlande insatser, vilket erbjuds i dag. En sådan förändring innebär behov av en analys och plan för hur befintliga resurser ska prioriteras och nyttjas på bästa sätt och i linje med socialtjänstens uppdrag och bästa evidens.

Att undersöka möjligheten att införa Bostad först i Piteå kommun är intressant ur ett socialtjänstperspektiv då forskning visar att modellen är effektiv för att motverka hemlöshet och rekommenderas i nationella riktlinjer. För att kunna ta ställning till om Bostad först bör införas i Piteå kommun behövs en mer omfattande utredning där fler verksamheter inkluderas, både internt och extern, då dessa besitter viktig kunskap om verksamhetsområdena, organisation, målgruppen, lokala förhållanden och innehar nyckelpositioner exempelvis kopplat till bostadsförsörjningsfrågan. Samhällsbyggnadsnämndens förslag till KS om att bostäder till socialt utsatta grupper ska inrymmas i kommunens bostadsförsörjningsplan och resultatet av deras arbete är avgörande för huruvida en utredning om att införa Bostad först är aktuell.

Datum

Klicka här för
att ange
datum.

Uppdragstagare: Lena Enqvist, omsorgschef, Socialförvaltningen

Datum

Klicka här för
att ange
datum.

Uppdragsgivare: Sven-Gösta Pettersson, Socialnämndens
ordförande

10. Referenser

Knutagård, Marcus, Kristiansen, Arne (2018), *Nytt vin i gamla läglar Skala upp Bostad först, boendeinflytande och om att identifiera och stötta "the missing hero"*. Lunds universitet.

[247860 Marcus Knutagård \(lu.se\)](#)

Lunds universitets officiella webbsida (2022), [Bostad först | Socialhögskolan \(lu.se\)](#)

Pleace, Nicholas (2018), *Bostad först – en handbok Europa*. Svenska utgåvan (2018): Sveriges Stadsmissioner och Égalité bokförlag.

Segnestam Larsson (2020), *Vad vet vi om resultat av Bostad först för människor i långvarig hemlöshet i Sverige? - En systematisk litteraturöversikt av forskning, uppsatser, utredningar, utvärderingar och rapporter*. Sveriges Stadsmissioner. [Bostad-först-en-systematisk-litteraturöversikt-2020-01-23.pdf \(bostadforst.se\)](#)

SKR, Sveriges kommuner och regioner, officiella webbsida (2022), [Grundläggande principer | SKR](#). SKR.

Socialstyrelsens (2022) officiella webbsida Kunskapsguiden.se. [Om hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden - Kunskapsguiden](#). Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2021). *Förebygga och motverka hemlöshet - Analys och förslag för fortsatt arbete inom socialtjänsten*. Artikelnummer 2021-9-7582. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2019) *Nationella Riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning*. Artikelnummer: 2019-1-16. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2018) *Nationella Riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. Artikelnummer: 2018-9-6. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009). *Boendelösningar för hemlösa personer – en kunskapsöversikt. En systematisk kartläggning av internationellt publicerade effektutvärderingar*. Artikelnummer 2009-126-27. Socialstyrelsen.

Statens offentliga utredningar (2021), *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*, SOU 2021:93.

Statens offentliga utredningar (2020), *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag del 1*, SOU 2020:47.

§15

**Information om ansökan
om statsbidrag för
personligt ombud 2022**

22SNI9



Länsstyrelsen
Norrbotten

Ifylld och underskriven blankett skickas till
följande adress:

Sida
1(3)

Länsstyrelsen i Norrbottens län
Jenni Niska
971 86 Luleå

Ansökan om statsbidrag för verksamhet med Personligt ombud

Uppgifter i ansökan avser de kriterier och förutsättningar för statsbidrag till verksamheter med personligt ombud som anges i SFS 2013:522. Länsstyrelsen beslutar och betalar ut statsbidrag till en kommun utifrån bestämmelserna i SFS 2013:522 §§ 2-6 och 8.

En kommun svarar inom ramen för socialtjänsten för verksamheten med personligt ombud. Blanketten innehåller ett antal frågor om hur verksamheten ska organiseras och vilka förutsättningar som ombudet/ombuden kommer att få i sitt arbete. Länsstyrelsen förutsätter att uppgifter, som lämnas i ansökan, diskuterats med aktuella samverkansparter.

Statsbidragets omfattning

Statsbidraget har föregående år utgått med 404 530 kr per år för en heltidstjänst. Beloppet justeras av Socialstyrelsen utifrån hur många ansökningar som inkommit.

Ange med två decimaler. Om ni t.ex. ansöker om att anställa en på heltid (40 timmar i veckan) och en på halvtid (20 timmar i veckan,) anger ni 1,50, om ni t.ex. ansöker om medel för två som jobbar heltid och en som jobbar 25 procent ange 2,25. Ej förbrukade medel kan komma att återkrävas.

Sökande kommun

Kommunens namn: Piteå kommun	
Förvaltning: Socialförvaltningen	
Postadress: 941 85 PITEÅ	
Tfn: 0911-696 000	E-post: SocIFO@pitea.se
Organisationsnummer: 212000-2759	Plus-eller bankgiro kommunens Bankgiro nr: 261-33 21
Ansökan avser år:	2022
Antal årsanställningar (heltid, ange i årsarbeten)	3,0
Referens på utbetalningen: FR 5032 Ansvar 51521	
Nämnd som beslutat om ansökan: Socialnämnden	
Ansökan avser även verksamhet i följande kommun/kommuner -	

Kontaktperson

Befattning: Enhetschef	
Namn: Gunilla Granqvist	
Postadress: Socialtjänsten IFO, Storgatan 16, 941 31 PITEÅ	
Tfn: 0911-696413	E-post: gunilla.granqvist@pitea.se

Driftsform/driftsformer och utförare

Uppgift om vilken eller vilka driftsformer som verksamheten bedrivs i. Om verksamheten är ny uppge när kommunen beräknar att verksamheten kan påbörjas. (SFS 2013:522 8 § punkt 3.)

Personliga ombuden är anställda av Piteå kommun

Samverkan kring verksamheten

Uppgift om vilka myndigheter och organisationer som ska samverka kring verksamheten med personligt ombud. (SFS 2013:522 5 § och 8 § punkt 4)

Vilka myndigheter och organisationer ingår i ledningsgruppen?
Piteå kommun (socialtjänsten), Region Norrbotten (psykiatri och primärvården), Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt NSPH (brukarorganisationerna)

Vilka andra myndigheter och organisationer samverkar ni med?
Med de myndigheter som finns representerade i ledningsgruppen (se ovan), men även andra delar av kommunen än där personliga ombuden är anställda, som t ex Stöd till försörjning, Stöd till barn och familj, Konsumentrådgivningen. Regionen förutom primärvården och psykiatri även LSS Råd och Stöd och vuxenhabiliteringen. Även visst samarbete med organisationer som Röda Korset, Lions och Svenska kyrkan förekommer.

Plan för verksamhetens organisation

Beskrivning om hur kommunen planerar att personliga ombuden ska arbeta med målgruppen, hur prioriteringar inom målgruppen kommer att ske och hur ombudens verksamhet ska planeras och dokumenteras. (SFS 2013:522 8 § punkt 5.)

Kontinuerlig uppföljning av personliga ombudens arbete vid träffar med närmaste chef 2 ggr/månad samt vid behov. Följer förordningen vad gäller målgrupp för vilket personligt ombud är tänkt.
Beslut om beviljande av personligt ombud görs av enhetschef i samråd med arbetsgruppen. Personer som beviljats personligt ombud som har minderåriga barn prioriteras och ges förtur om det är kö.
Diskussion och beslut om ev ändring i prioriteringar och/eller målgrupp sker vid ovanstående träffar.
Personliga ombuden gör sin del av enhetens enhetsplan, som följs upp och utvärderas minst en gång/år

Planer för arbetets utformning

Beskrivning hur kommunen planerar att stödja personliga ombud i arbetet i fråga om exempelvis utbildning/kompetensutveckling och handledning. (SFS 2013:522 punkt 6.)

Regelbunden handledning.
Möjlighet att delta på nätverksträffar PO Norrbotten samt PO Norrland. och YPOS(yrkesförening för personliga ombud) rikskonferens.
Erbjuds utbildning inom arbetsområdet på samma villkor som andra anställda inom enheten.
Ett av våra personliga ombud har genomgått utbildning anordnad av Nordiska Nätverksprojektet om nätverkslag vars metodik implementeras i arbetsgruppen. En annan av våra personliga ombud har särskild utbildning och kunskap i anhörigstöd.

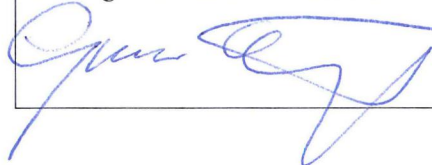
Uppföljning

Beskrivning av hur kommunen planerar att följa upp hur verksamheten med personligt ombud har utvecklats. (SFS 2013:522 8 § punkt 7.)

Årlig uppföljning utifrån den årliga redovisning vi gör till länsstyrelsen samt egen statistik på ex väntetider. Årlig planering tillsammans med enhetschef för utveckling av verksamheten, dokumenteras i enhetsplan.

Ort och datum
Piteå 2022-01-31

Behörig företrädare för verksamheten



Namnförtydligande och befattning
Gunilla Granqvist
Enhetschef



Länsstyrelsen
Norrbotten

REDOVISNING

Statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud

Sänds in till:

Länsstyrelsen i Norrbottens län, Jenni Niska, 971 86 Luleå

Statsbidrag avseende år 2021	Ange ert diarienummer hos Länsstyrelsen (finns på beslutet) 985-2021
------------------------------	--

Kontaktuppgifter till den kommun som beviljats statsbidraget

Kommun Piteå kommun		
Utdelningsadress	Postnummer 941 85	Postort PITEÅ
Kontaktperson Gunilla Granqvist	Avdelning/Enhet Individ-och familjeomsorgen	
Nämnd Socialnämnden	Telefon (inkl. riktnu- mer) 0911-696 413	E-postadress gunilla.granqvist@pi- tea.se

Den eller de kommuner, förutom redovisande kommun, som redovisningen omfattar

Kommun/kommuner -

1. Personliga ombud

Totalt antal ombudstjänster i kommunen:

Ange antal tjänster med 2 decimaler¹: 3,00

	Antal kvinnor	Antal män
Ange antalet personliga ombud Tre	3	

Utbildning

	Ja	Nej
Ombuden har erbjudits utbildning.	X	
Om ja, ange vilken/vilka utbildningar. Digital utbildning om PTSD, Rättshaveristiskt beteende, Länsträff med personligt ombud Fysisk NECT utbildning, Länsträff med personligt ombud		
Om nej, ange varför.		

Handledning

	Ja	Nej
Ombuden har erbjudits handledning.	X	
Om ja, ange vilken slags handledning. Under pandemin har de haft handledning via teams		
Om nej, ange varför.		

¹ Anges med två decimaler. För ett ombud på heltid (40 timmar i veckan) och ett på halvtid (20 timmar i veckan) anges 1,50. För två ombud på heltid och ett på deltid (10 timmar i veckan) anges 2,25

2. Klienter

Ange antal klienter som fått stöd av personligt ombud. Varje person (klient) som har fått stöd av personligt ombud ska redovisas endast en gång per år.

	Kvinnor	Män
Totalt antal klienter	38	17
därav mellan 18 och 29 år	3	6
därav mellan 30 och 49 år	27	6
därav mellan 50 och 64 år	7	5
därav 65 år och över		

Antal nya klienter	14	7
därav mellan 18 och 29 år	4	2
därav mellan 30 och 49 år	5	4
därav mellan 50 och 64 år	5	1
därav 65 år och över		

Antal avslutade klienter	14	4
därav mellan 18 och 29 år	1	1
därav mellan 30 och 49 år	8	1
därav mellan 50 och 64 år	5	2
därav 65 år och över		

Klienter med hemmavarande	Kvinnor	Män
Antal klienter som, helt eller delvis, har hemmavarande barn under 18 år ² vilka är kända för verksamheten.	9	3

² Inkluderar även barn till maka/make/reg. partner/sambo som är hemmavarande hos klienten.

3. Kontakt med verksamheten

Ange orsaken/orsakerna till att nya klienter tar kontakt med verksamheten. Ange antalet orsaker.

Flera orsaker kan anges per person.

Kontaktorsak	Kvinnor	Män
Ekonomi	8	4
Bostad	1	3
Sysselsättning	7	5
Struktur i vardagen	1	2
Bryta isolering	4	1
Relationsfrågor	0	0
Existentiella frågor	0	1
Stöd i kontakten med myndighet	10	6
Stöd i kontakten med sjukvården	4	3
Annan orsak	2	0
Om annan orsak, ange vilken. Ansökan förvaltare		

Tendenser till förändring av orsaker till kontakt

Ser ni några tendenser till förändring vad gäller orsaken till att klienter tar kontakt med personligt ombud under 2021? I så fall, på vilket sätt?

Bostadsbrist, arbetsförmedlingen,

Tendenser till förändring av vilka grupper som tar kontakt

Ser ni några tendenser till förändring vad gäller vilka grupper inom målgruppen som tar kontakt och söker stöd av personligt ombud under 2021? I så fall, på vilket sätt?

Samsjuklighet

4. Tillgång till personligt ombud

	Ja	Delvis (t.ex. om det är kö i 3 av 12 kommuner)	Nej
Har ni under 2021 haft kö eller väntetid för personer (uppdragsgivare) som söker kontakt med personliga ombud?	X		
Om ja, uppskatta hur lång väntetiden är eller har varit i er kommun under 2021.			
Genomsnitt har man väntat 2,5 månad på ett personligt ombud			

	Ja	Nej
Har ni bedömningsriktlinjer eller prioriteringsordning (vid kö till PO) för tillgång till personligt ombud.	X	
Om ja, rangordna prioriteringsordningen i er kommun Klient med hemmavarande barn		
Om nej, ange varför.		

5. Organisation, ledning och samverkan

Ange vem som är utförare av verksamheten med personligt ombud i er kommun

	Ja	Nej
Kommun	X	
Förening		
Stiftelse		
Aktiebolag		
Annan utförare		
Om annan utförare än kommunen, ange organisationens namn		

Ange vilka myndigheter som ingår i ledningsgruppen

	Ja	Nej
Kommun/kommuner	X	
Arbetsförmedlingen	X	
Försäkringskassan	X	
Landstingets primärvård	X	
Landstingets psykiatri	X	

Ange vilka organisationer som ingår i ledningsgruppen

	Ja	Nej	Om ja, ange vilken/vilka:
Patientorganisationer			
Brukarorganisationer	X		
Anhörigorganisationer			
Annan organisation			

Om ledningsgruppen inte har någon representant från kommunen, landstingets primärvård och psykiatri, Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan, ange varför.

Ange hur kommunen har arbetat för att få representanter från nedanstående huvudmän att delta i ledningsgruppen?

6. Tillgång till samhällsservice

	Ja	Nej
Rutiner har upprättats för hur uppmärksammade brister ska hanteras i verksamheten.	X	

Sammanfatta uppmärksammade brister i fråga om den enskildes möjligheter att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service.

- Klient får ligga ute med pengar för exempelvis: patientavgifter, medicinkostnader, busskort.
- Klienter får vänta på psykiatriskbehandling upp till 1 år.
- Under pandemin togs möjligheten till utskrift bort från försörjningsstöd, detta medförde svårigheter för klienter att lämna in komplett ansökan.

Ge exempel på åtgärder som har vidtagits för att komma tillrätta med de brister som har identifierats under året.

Systembrist har lämnats till berörda verksamheter.

7. Ekonomi

Beviljat statsbidrag

Beviljat statsbidrag, kr	Årsanställningar, ange antal ombudstjänster i kommunen. Anges med två decimaler, t.ex. två halvtider = 1,00
1 213 590 kr	3,00

Förbrukat statsbidrag

Förbrukat statsbidrag, kr	Årsanställningar på heltid/deltid exkl. tjänstledighet Anges med två decimaler, t.ex. två halvtider = 1,00
1 213 590 kr	3,00

Om verksamheten har haft färre årsanställningar på heltid eller deltid än vad som beviljats, ange varför.

8. Coronapandemin

Har Coronapandemin påverkat er verksamhet med personliga ombud under 2021?

X	Ja
	Delvis
	Nej
	Kan inte bedöma

Om ja, eller delvis ange på vilket sätt Coronapandemin har påverkat er verksamhet med personliga ombud?

X	Verksamheten för personligt ombud har fått flera klienter som söker stöd och hjälp
X	Verksamheten för personliga ombud har tillhandahållit ett ökat utbud av stödinsatser till klienterna
	Verksamheten för personliga ombud har tillhandahållit ett minskat utbud av stödinsatser till klienterna
X	Verksamheten för personliga ombud har ställt om och ändrat sina arbetsätt med klienterna genom t.ex. fler telefonkontakter
	Vi har inte kunna erbjudit planerade utbildningar till personliga ombud
	Vi har inte kunna erbjudit handledning till personliga ombud
X	Annan förändring, ange vad:

Kommentera gärna ert svar:

Personligt ombuden har utgått hemifrån men fortsatt träffa klienter som vill och deltagit i de fysiska möten med andra aktörer som klient erbjudits, haft tillgång till plexiglas i mötesrum, skyddsutrustning som visir och munskydd, använt sig av den teknik som finns tillgänglig som trepartssamtal, teams m.m.

9. Övrigt

Synpunkter och övriga reflektioner på verksamheten

Trots pandemin har vi varit tillgängliga och har haft ett större inflöde till verksamheten som vi har hanterat flexibelt.

10. Underskrift av behörig företrädare för kommunen

Datum 2022-01-13	
Namnsteckning	Namnförtydligande Gunilla Granqvist
Titel Enhetschef	Tjänsteställe Socialtjänsten Piteå kommun

Telefon (inkl. riktnummer) 0911-696 413	E-postadress gunilla.granqvist@pitea.se
--	--

§16

**Rapportering av ej
verkställda beslut enligt
socialtjänstlagen (SoL),
kvartal 4, 2021**

21SN25



Socialtjänsten

Ej verkställda beslut, kvartal 4 enligt socialtjänstlagen (SoL)

Avlösning i hemmet

Kön	Beslutsdatum
Kvinna	2021-08-24

Bostad med särskild service

Kön	Beslutsdatum
Kvinna	2021-06-30
Kvinna	2021-07-19
Kvinna	2021-09-07

Ledsagning

Kön	Beslutsdatum
Man	2021-09-06
Man	2021-09-15

Hemtjänst

Kön	Beslutsdatum
Kvinna	2021-09-07
Kvinna	2021-09-30

Kontaktperson

Kön	Beslutsdatum
Man	2021-07-06
Man	2021-09-08
Kvinna	2021-09-24

§17

**Rapportering ej
verkställda beslut – Lagen
om stöd och service till
vissa funktionshindrade
(LSS), kvartal 4 2021**

21SN26



Socialtjänsten

Ej verkställda beslut, kvartal 4 2021 enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Bostad med särskild service

Kön	Beslutsdatum
Kvinna	2019-09-27
Kvinna	2020-05-15
Kvinna	2020-08-27
Kvinna	2020-09-28
Kvinna	2020-11-03
Kvinna	2020-11-13
Kvinna	2021-02-04
Kvinna	2021-07-13
Kvinna	2021-09-16

Daglig verksamhet

Kön	Beslutsdatum
Kvinna	2021-01-11
Kvinna	2021-04-08
Kvinna	2021-05-04
Kvinna	2021-06-29
Kvinna	2021-07-08
Kvinna	2021-07-13
Man	2021-02-23
Man	2021-02-24
Man	2021-03-05
Man	2021-05-06
Man	2021-09-16

Kontaktperson

Kön	Beslutsdatum
Kvinna	2021-04-12
Kvinna	2021-09-02

Avlösarservice i hemmet

Kön	Beslutsdatum
Man	2021-04-09

Boende barn och unga

Kön	Beslutsdatum
Man	2021-09-08

Ledsagarservice

Kön	Beslutsdatum
Man	2021-09-23

§18

Information om Covid-19

22SN20

§19

Ordförande och socialchef informerar

22SN7

§20

Delegationsbeslut januari

22SN5

§21

Delgivingningar februari 2022

22SN17



§ 2

Månadsrapport november 2021

Diariernr 21KS411

Beslut

Kommunstyrelsen godkänner Månadsrapport november 2021.

Ärendebeskrivning

Åsa Öberg informerar om månadsrapport november vid sammanträdet.

Kommunledningsförvaltningen har tillsammans med kommunens förvaltningar sammanställt ekonomiskt resultat per sista november som uppgår till 191,5 mkr. För helåret prognostiseras resultat om 155,7 mkr.

Yrkanden

Majvor Lindström (C): bifall till Kommunstyrelsens arbets- och personalutskotts förslag.

Propositionsordning

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

Beslutsunderlag

- Månadsrapport nov 2021
- Analys Socialförvaltningen nov 2021
- Månadsuppföljning Socialförvaltningen nov 2021

Paragrafen är justerad

Månadsrapport nov 2021



Piteå kommun

Ekonomi

Övergripande resultat

För perioden redovisas överskott om 192 mkr (173 mkr samma period föregående år), motsvarande 7,7 % av skatter och generella statsbidrag. Resultatet är en förbättring jämfört med samma period föregående år. Under 2020 erhöles statliga stöd och kostnadsersättningar och stärkte resultatet på en aggregerad nivå, även under 2021 kvarstår statliga stöd i betydande utsträckning. Exempelvis har kommunen erhållit kraftigt ökade statsbidrag riktade mot äldreomsorgen som ett led i att stärka verksamhetens ekonomiska utmaningar. Även den statliga ersättningen för sjuklönekostnader, som infördes i inledningen av pandemin, har under 2021 stärkt kommunen ekonomiskt till viss del. Den starka konjunkturåterhämtningen under året har gett ökade skatteintäkter jämfört med budget och den goda utvecklingen på de finansiella marknaderna har stärkt resultatet ytterligare under perioden.

Årsprognosen visar överskott om 156 mkr (oktoberprognos 161). Prognosen är starkare än fjolårets helårsresultat och 54 mkr bättre än helårsbudget. Ifjol var ett exceptionellt år på många sätt och resultatet stärktes av bland annat stora pandemibidrag från staten men även av reavinster från koncerninterna fastighetsförsäljningar. I år förväntas skatteintäkterna enligt aktuell prognos att utvecklas väl och öka med 105 mkr, 5,0 %, jämfört föregående år.

<i>tkr</i>	Utfall	Utfall	Prognos	Budget	Utfall
	Jan-Nov	Jan-Nov	helår 2021	helår 2021	helår 2020
	2021	2020			
Verksamhetens intäkter	559 647	530 235	576 560	596 421	657 812
Verksamhetens kostnader	-2 772 341	-2 654 203	-3 042 051	-3 069 983	-3 034 965
Avskrivningar	-112 236	-109 902	-119 203	-124 540	-127 795
Verksamhetens nettokostnader	-2 324 929	-2 233 870	-2 584 694	-2 598 102	-2 504 948
Skatteintäkter	2 036 896	1 945 699	2 221 365	2 198 589	2 116 144
Generella statsbidrag	442 283	434 675	482 490	482 620	508 937
Finansiella intäkter	42 685	28 502	42 460	21 964	31 969
Finansiella kostnader	-5 390	-1 572	-5 884	-3 637	-7 695
Periodens resultat	191 544	173 434	155 737	101 434	144 407
<i>Semesterlöneskuldens resultatteffekt</i>	-3 437	49 846	-9 044		-4 435
<i>Resultatets andel av skatter och generella statsbidrag</i>	7,7 %	7,3 %	5,8 %	3,8 %	5,5 %

Finansiell stabilitet

Kommunen har en i grunden stark finansiell ställning med bland annat hög soliditet och ett relativt gott skatteunderlag. Kommunens och kommunkoncernens likviditet är fortsatt relativt stark tack vare fortsatt starkt resultat under 2021.

Investeringar

Investeringsbudgeten är för året 230 mkr och nämnderna har lämnat prognos på att 192 mkr kommer upparbetas. Det största pågående projektet är om- och tillbyggnad av Christinaskolan där kök och matsal är i fokus för stunden. Därutöver är reinvesteringar i fastigheter, där stadshuset utgör en betydande del, en stor post under året. Ny-, om- och tillbyggnad av skollokaler pågår där större projekt under året är färdigställande av nya förskolan på Strömnäsbacken samt ombyggnationer av skolor på Pitholm och i Norrfjärden.

Investeringsprojekt	Prognos utfall 2021 (mkr)
Christinaprojektet	36
Reinvestering fastigheter	57
Skollokaler	34
IT, datorer och infrastruktur	11
Reinvestering gator/vägar	8

Nämnder

Styrelse och nämnder redovisar sammantaget överskott mot budget för perioden på 8,7 mkr (7,8 mkr samma period föregående år). Skillnaden för perioden mot föregående år är främst förklarad av att socialnämnden erhållit ökade riktade bidrag på totalt 35 mkr. För helåret prognostiseras underskott med totalt -15 mkr (23,8 helår 2020), varav socialnämnden -26,3 mkr och samhällsbyggnadsnämnden -3,8 mkr.

Se nämndernas kommentarer nedan.

tkr	Nettokostnad	Budget	Budget- avvikelse	Budget- avvikelse	Prognos budget- avvikelse	Budget- avvikelse
	Jan-Nov 2021	Jan-Nov 2021	Jan-Nov 2021	Jan-Nov 2020	helår 2021	helår 2020
Kommunfullmäktige	3 953	4 856	903	219	0	-62
Kommunstyrelsen	201 085	218 774	17 690	4 610	5 958	6 428
- Gemensamma nämnder	48 902	46 596	-2 306	-3 759	-2 043	-2 615
- KS gemensam	0	7 605	7 605	6 934	3 905	4 482
- Kommunledningsförvaltningen	152 182	164 573	12 391	1 435	4 096	4 561
Barn- och utbildningsnämnden	851 808	854 993	3 185	11 519	5 150	24 706
Fastighets- och servicenämnden	87 761	88 659	898	27 085	0	18 711
Kultur- och fritidsnämnden	119 934	129 159	9 225	4 883	4 400	3 851
Miljö- och tillsynsnämnden	5 261	4 662	-599	166	-400	16
Samhällsbyggnadsnämnden	160 392	157 261	-3 130	7 145	-3 750	7 655
- Markförsäljning	-5 353	-9 163	-3 810	7 303	-4 000	8 040
Socialnämnden	876 813	857 155	-19 658	-48 040	-26 334	-37 464
Gemensam kost- och servicenämnd	-219	0	219	245	0	0
Gemensam räddningsnämnd	0	1	1	0	0	0
Gemensam överförmyndarnämnd	0	-1	-1	0	0	0
Summa nämnder/styrelse	2 306 788	2 315 519	8 731	7 833	-14 976	23 841

Kommunfullmäktige, revision och valnämnd

Kommunfullmäktige, inklusive revision och valnämnd, redovisar samlat överskott om 0,9 mkr per november. Störst överskott återfinns inom kommunrevisionen och förklaras av avvikelse mellan periodiserad budget och fakturering av revisionskostnader. Detta överskott förväntas inte kvarstå vid årsskiftet. Fullmäktige (exkl. revision och valnämnd) visar visst överskott, medan valnämnden redovisar visst underskott. För helåret prognostiserar dessa verksamheter sammantaget en budget i balans.

Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen redovisar överskott för perioden januari-november med 17,7 mkr. Överskottet på perioden förklaras till största del av ej utbetalda kostnader i den tillväxtpolitiska reserven och av centralt avsatta medel. På helåret beräknas prognosen sammantaget till 5,9 mkr (2020 6,4 mkr). Överskott härrör till centralt avsatta medel som inte beräknas förbrukas, överskott på kapitalkostnader till följd av försenade investeringar, samt att den pågående pandemin har inneburit minskade kostnader för bl.a. resor och utbildningar. Nämnden har dock fortsatt höga driftkostnader för kommunövergripande uppdrag och system. Leveransproblem på it-utrustning och en överprövad upphandling för e-handelssystemet innebär att nämnden inte kommer att upparbeta sina tilldelade investeringsmedel under 2021. Leveransproblemen på datorer får till följd att behovet av reinvesteringar ökar under 2022. Bristen på komponenter och utbudet av datorutrustning kan även komma leda till prisökningar.

Barn- och utbildningsnämnden

Barn- och utbildningsnämnden redovisar per sista november en avvikelse mot budget om 3,2 mkr vilket motsvarar 0,4 % av nämndens totala budget för perioden.

Förskolan redovisar per november en budgetavvikelse om 1 mkr. Förskolan förväntas fortsätta att ackumulera ett överskott mot budget på grund av ökad sjukfrånvaro och att avdelningen fortsätter att omfördela personalen mellan avdelningar och till och med mellan olika områden för att lösa vikariebristen. Under november har dock kostnaden för tilläggsbelopp till barn i behov av särskilt stöd ökat markant vilket påverkar prognosen för helåret negativt. Prognosen på helåret sätts till överskott om 1,6 mkr.

Grundskola redovisar ett överskott om 6,9 mkr per sista november. Personalens sjukfrånvaro är fortsatt hög under perioden och tillgång till vikarier har varit begränsad. Utbetalningen av statsbidraget för karriärtjänster är 1 mkr högre än budget vilket också bidrar till grundskolans förstärkta resultat. Grundskolans helårsprognos sätts till 7,5 mkr.

Strömbäckaskolan redovisar ett utfall om 2 mkr i överskott för perioden. Överskottet beror bland annat på en minskning av personalkostnader, exempelvis minskade kostnader för tillfällig inhyrd personal samt att skolan har haft svårighet att tillsätta vikarier vid sjukfrånvaro. Diverse statsbidrag samt intäkter från migrationsverket har varit högre för perioden än budget vilket också påverkar bidrar till överskottet. Helårsprognos för Strömbäckaskolan sätts till överskott om 2,3 mkr.

Resultatet för perioden för Grans Naturbruksgymnasiet visar ett underskott på 4,2 mkr. Underskottet har ökat sen augusti eftersom elevintäkter för höstterminen är betydligt lägre än förra läsåret då många elever från åk 2 och 3 har valt att avsluta sina studier i förtid under våren på grund av svårigheterna som medförde förra läsårets distansundervisning. Helårsprognosen visar ett underskott på 4,5 mkr. Det försämrade resultatet beror på kostnadsökningar för reparationer och underhåll samt ökade drivmedelskostnader. Personalkostnaderna har dock minskat något.

Helårsprognosen för Barn- och utbildningsnämnden uppgår till ett överskott om 5,2 mkr. Främsta orsaken till överskottet för samtliga avdelningar är minskade personalkostnader under perioden på grund av hög sjukfrånvaro bland personalen och svårigheter att tillsätta vikarier samt medelstillskott från Staten i form av Skolmiljard och sjuklöneersättning.

Fastighets- och servicenämnden

Fastighets- och servicenämnden redovisar överskott för perioden med 0,9 mkr.

Alla avdelningar förutom fastigheter visar överskott. Fastigheters underskott beror främst på extraordinära kostnader för snöröjning av tak med 8 mkr samt driftkostnader på grund av investering med 1,4 mkr.

Avdelning Fastigheters helårs prognos visar underskott på 6,4 mkr vilket beror på ökade kostnader för snöröjning, avsaknad av driftkostnadsram på grund av investeringar samt utebliven priskompensation för åren 2020 - 2021. Övriga avdelningar prognostiserar överskott för helåret.

För helår prognostiserar nämnden ett nollresultat. Då är planerade nedskrivningar av bokfört värde med upp till 4,0 mkr beaktade med anledning av planerade rivningar och försäljningar av fastigheter, enligt tabell nedan.

Kultur- och fritidsnämnden

Kultur- och fritidsnämnden redovisar överskott för perioden med 9,2 mkr. Här ingår medel för SM 2022, Piteå 400 samt inestående investeringsbidrag till föreningar med egna anläggningar med 6,7 mkr. Kulturverksamheten har ett stort överskott, vilket till stor del beror på minskade kostnader på grund av coronarestriktionerna. Egna arrangemang samt även föreningarnas publika arrangemang har varit inställda. Förutom färre bidragsansökningar från föreningarna, har det dessutom medfört minskade marknadsföringskostnader. Kulturverksamheten har under året beviljats statliga och regionala medel, där en stor del avser medel till lovaktiviteter som riktar sig till barn och ungdomar mellan 6–15 år.

Negativa ekonomiska avvikelser för perioden hänförs främst till minskade intäkter på grund av pandemin, då anläggningarna haft begränsat öppethållande och simhallarna i princip varit helt stängda. Fotbollshallen vid Norrstrand plockades ner i januari efter ett kraftigt snöoväder, som gav tältet omfattande skador. Uteblivna intäkter i kombination med fasta kostnader innebär ett underskott för perioden. Fotbollshallen är nu uppe efter ombyggnation av anslutningen mot ventilationsutrymmet. Investeringen beräknas uppgå till ca 1,7 mkr.

Nämndens helårsprognos beräknas uppgå till 4,4 mkr. 4,3 mkr av överskottet avser medel för SM 2022 samt Piteå 400, som kommer att tas upp för begäran om anslagsöverföring till 2022. Minskning från periodresultat till årsprognos hänförs till att medel kommer att utbetalas till föreningar samt ökade kostnader under vintersäsongen på anläggningssidan. Gamla anläggningar och maskiner med stort behov av åtgärder medför också ökade underhålls- och reparationskostnader.

Miljö och tillsynsnämnden

MTN/MoH: Redovisar -0,6 mkr för perioden och en årsprognos med -0,4 mkr. Underskottet för perioden jämfört med budget förklaras främst av negativ semesterlöneskuld och låga intäkter för händelsestyrd tillsyn men minskas något genom låga verksamhetskostnader. Årsprognosen förklaras främst med minskade intäkter för alkoholförsäljning 2020 till följd av corona pandemin, samt färre händelsestyrda tillsynstimmar (anmälan/ansökan/befogade klagomål främst för Hälsoskydd) än budgeterat. Finns osäkerhet hur efterhandsdebitering av tillsynsavgifter för miljöbalksärenden slår. Målsättningen är ingen tillsynsskuld vid årets slut.

Samhällsbyggnadsnämnden

Perioden visar underskott med -3,1 mkr och nämnden lämnar en negativ prognos för helåret med -3,8 mkr. Periodens underskott beror främst på höga kostnader för vinterväghållningen, lägre markförsäljning än budget samt ökad semesterlöneskuld.

Årsprognosens underskott förklaras främst av minskad markförsäljning med 3 mkr. Därtill lämnar nämnden även en prognos på överskott med 0,3 mkr som är ett tillskott som nämnden fått för att införa en fritidsbank som inte kommer att upparbetas under året. Föreningen Fritidsbanken har tackat nej till att skriva avtal med Piteå kommun. Övriga avvikelser har parerats inom nämndens verksamheter.

Vinterväghållningens underskott beräknas på helår uppgå till -7,5 mkr, då ungefär dubbelt så mycket snö fallit jämfört med ett normalår. För att balansera underskottet har bland annat sommarens barmarksunderhåll minskats. Det innebär färre asfaltsåtgärder, vilket kommer leda till sämre standard på kommunens gator. Underhållstappet som uppstår kommer att ta flera år att återhämta. Underskottet balanseras även upp av ökade statsbidrag inom vuxenutbildning, som erhålls sent på året och därför inte kan nyttjas fullt ut inom verksamheten samt höga intäkter för bygglov.

Det nya avtalet för tätortstrafik, som innebär en elektrifiering av bussarna, har inneburit en fördyring för nämnden och kommer att belasta resultatet negativt under flera år framöver. För innevarande år balanseras dock fördyringen upp av lägre kostnader för färdtjänst och Länstrafiken då pandemin har inneburit färre resande.

Repris prognostiserar underskott på grund av minskade försäljningsintäkter kopplat till pandemin. Både antal kunder och inlämnade produkter har minskat under perioden. Underskottet balanseras upp med minskade nettokostnader för subventionerade anställningar, då flertalet anställningar består av extra tjänster med höga bidrag. I övrigt har pandemin påverkat möjligheten att hitta ferieplatser. Kompetensförsörjning har skrivit avtal med Arbetsförmedlingen om finansiering av vissa ferieplatser, vilket gör att budgeten kan hållas.

Socialnämnden

Socialtjänsten har per november en budgetavvikelse om -19,7 mkr. Merkostnader kopplat till Covid-19 uppgår för perioden till totalt 15,3 mkr. Under 2021 kommer ingen ersättning av Covidkostnader att betalas ut till kommuner, i stället kommer ersättningen riktas till Regionerna. Försäkringskassan har dock även under 2021 ersatt kommunerna med viss del av sjuklönekostnaderna, för Socialtjänsten innebär detta en intäkt om 5,6 mkr avseende januari – september. Helårsprognosen sätts till -26,3 mkr där de fiktiva 38 mkr och semesterlöneskulden tillsammans står för -41,6 mkr.

Gemensam kost- och servicenämnd

Kost- och servicenämnden redovisar överskott för perioden med 0,2 mkr, vilket beror på att nämndens verkliga kostnader har varit lägre än budgeterat. Helårsprognos 0,2 mkr.

Avstämning av under/överskott kommer att ske en gång/år i samband med årsbokslut.

Gemensam överförmyndarnämnd

Gemensamma överförmyndarnämnden visar nollutfall per november. Verksamheten finansieras av samarbetskommunerna samt med bidrag från Migrationsverket. Kommunerna Piteå och Älvsbyn finansierar den gemensamma verksamheten, överförmyndarexpeditionen, andelsmässigt utifrån respektive kommuns ärendemängd. Varje kommun finansierar helt sina respektive uppdragstagare/ställföreträdare. I takt med den minskade invandringen, en trend som pågått under ett antal år men som pandemin ytterligare påskyndat, minskar bidragen från Migrationsverket. Det ekonomiska upplägget med den gemensamma nämnden gör att konsekvenserna av en allt mindre extern finansiering syns för respektive kommuns del hos kostnadsbäraren och inte här. För Piteås del är det Kommunstyrelsen som belastas med den gemensamma nämndens ekonomiska avvikelser. Bedömningen för helåret är att verksamheten kan bedrivas inom given budgetram.

Gemensam räddningsnämnd

Den gemensamma räddningsnämnden redovisar för perioden nollresultat, vilket även prognostiseras för helåret. Analysen visar på ett underskott på driften som vägs upp av ett överskott på intäkterna.

Pandemins påverkan på nämnden är svår att bedöma i sin helhet. Konstateras kan att utbildningsverksamheten mot allmänheten och organisationer har varit på låg/obefintliga nivå fram till och med september för att därefter ligga på en hög nivå. Vilket innebär att målen för denna verksamhet inte kommer att uppfyllas.

Räddningstjänsten verksamhet följer i övrigt uppsatta mål, handlingsprogram/planer och riktlinjer.

Strategiska områden

Prioriterade mål

Piteå ska år 2030 ha 46 000 invånare och till 2050 50 000 invånare

Piteå kommuns befolkning har ökat med 45 invånare sedan föregående månad. Antalet invånare var den sista oktober 42 357 och har ökat med 131 invånare sedan december 2020. Födelseöverskottet har förbättrats från -58 samma period föregående år till 8 under oktober 2021.

Den främsta befolkningsökningen sker genom ett positivt födelseöverskott, inrikes inflyttningar och invandring. Inrikes flyttningar är jämt fördelat mellan flyttningar inom länet och från övriga län.

	2021 jan-okt	2020 jan-okt
Folkmängd	42357	42200
Födda	377	348
Döda	369	406
Födelseöverskott	8	-58
Inrikes inflyttningar	1204	1059
Inrikes utflyttningar	1174	1154
Flyttningsöverskott inrikes totalt	30	-95
Invandringar	139	132
Utvandringar	69	54
Invandringsöverskott	70	78
Justeringspost	23	-6
Folkökning sedan årsskiftet	131	-81

Piteå ska vara en attraktiv ort för näringsliv och företagande

Arbetet med ledningsuppdraget näringslivsklimat och förenkling fortgår. Temat bemötande och service var ett ämne på senaste utvecklingsforum för att fånga idéer och förankra arbetet som pågår.






Förfrågningar på mark, lokaler och projekt är fortsatt mycket högt. Handelsetableringar, logistik och satsningar inom förnyelsebar energi som vätgas är exempel på områden som har en stark prägel på arbetet.

Det befintliga näringslivet ser en enorm utmaning i att resurs- och kompetensförsörja sina företag. Vilket är ett stort tillväxthinder och försvagande av konkurrenskraften. Resursbristen är stor i likväl besöksnäringen som industrin. Ett flertal lokala samt regionala projekt pågår för att hantera kompetensförsörjningsproblematiken.


Piteå präglas av en samhällsgemenskap med mångfald som grund

Den 24 oktober 2021 har ett år gått sedan Piteå utropade sig till MR-kommun. Från och med 1 januari 2020 är barnkonventionen lag i Sverige. Arbetet har påbörjats för att tillsammans med piteborna ta steg på vägen mot att bli Sveriges barnvänligaste kommun. Workshops har genomförts med representanter från samtliga förvaltningar och under våren kommer piteborna att bjudas in till dialog. Vid novembers näringslivsfrukost mångfaldsdiplomerades ett företag. Arbetet pågår med att förtydliga kriterierna för mångfaldsdiplomering.

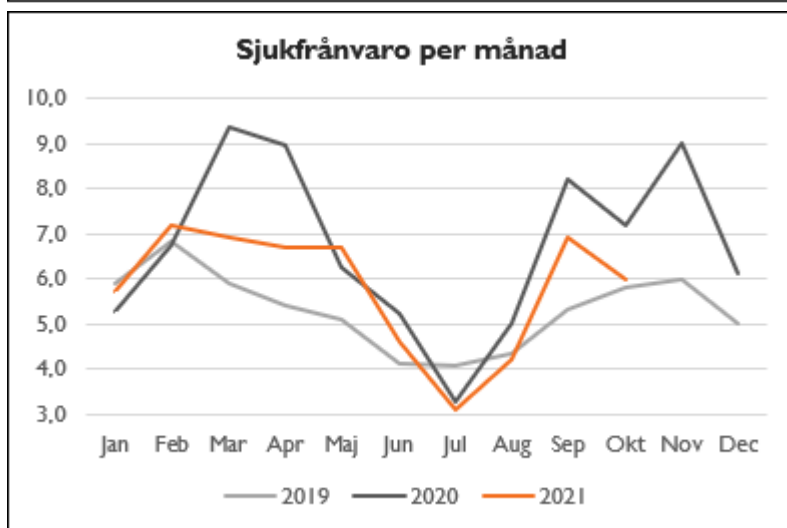
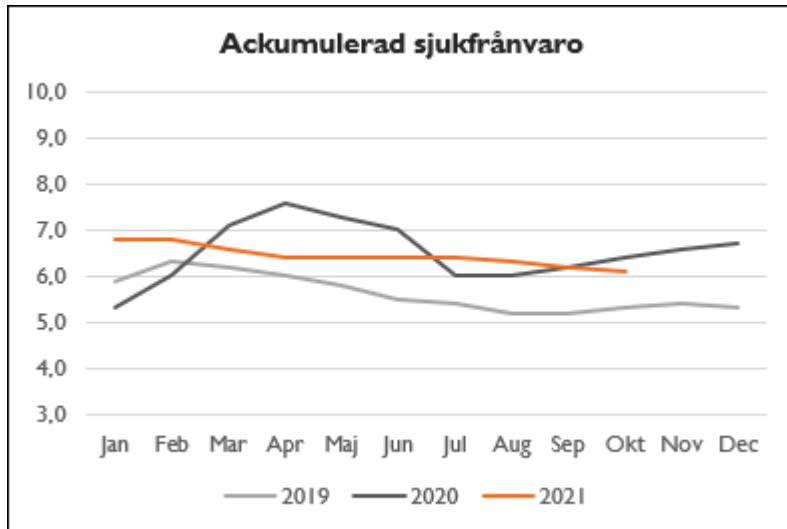
Utvalda målkopplade nyckeltal

Nyckeltal	Period	Kvinnor	Män	Totalt	Målvärde 2021
 Antal inledda utredningar enligt SoL 11:1 av barn och unga, 0-20 år (ackumulerat från årskiftet)	Nov 2021	189	224	413	
 Antal invånare	Okt 2021	21 014	21 343	42 357	43 300
Arbetskraftens storlek 16-64 år	Sep 2021	11 969	12 876	24 845	25 311
 Arbetslösa ungdomar 18-24 år, % av registerbaserad arbetskraft	Okt 2021	6,9 %	8,9 %	8 %	≤5,5 %
Öppet arbetslösa ungdomar 18-24 år, % av registerbaserad arbetskraft	Okt 2021	2,8 %	3,4 %	3,1 %	≤1,5 %
Sökande i program ungdomar 18-24 år, % av registerbaserad arbetskraft	Okt 2021	4,1 %	5,5 %	4,8 %	≤4 %
 Arbetslösa utrikesfödda 16-64 år, % av registerbaserad arbetskraft	Okt 2021	0 %	14,9 %	14,7 %	18,1 %
Öppet arbetslösa utrikesfödda 16-64 år, % av registerbaserad arbetskraft	Okt 2021	6,4 %	5,9 %	6,1 %	8,2 %
Sökande i program utrikesfödda 16-64 år, % av registerbaserad arbetskraft	Okt 2021	8,3 %	9 %	8,6 %	9,9 %
 Sjukpenningtalet bland kommunens invånare	Okt 2021	11,44	5,6	8,4	9,1

Personal

Nyckeltal	Period	Kvinnor	Män	Totalt	Målvärde 2021
 Sjukfrånvaro, % (ackumulerat 12 månader bakåt)	Okt 2021	6,8 %	3,5 %	6,1 %	≤4,5 %
Andel heltidstjänster, %	Okt 2021	89 %	90,6 %	89,3 %	≥100 %
Antal timmar som utförs av timanställda (ackumulerat 12 månader bakåt)	Okt 2021	367 370	147 095	514 465	<515 395
Kvinnors lön i förhållande till mäns lön, %	Okt 2021			94,2 %	100 %

Personalanalys





Månadsuppföljning ekonomi november 2021

Socialtjänsten har per november en budgetavvikelse om -19,7 mkr. Merkostnader kopplat till Covid-19 uppgår för perioden till totalt 15,3 mkr. Under 2021 kommer ingen ersättning av Covidkostnader att betalas ut till kommuner, i stället kommer ersättningen riktas till Regionerna. Försäkringskassan har dock även under 2021 ersatt kommunerna med viss del av sjuklönekostnaderna, för Socialtjänsten innebär detta en intäkt om 5,6 mkr avseende januari – september. Helårsprognosen sätts till -26,3 mkr där de fiktiva 38 mkr och semesterlöneskulden tillsammans står för -41,6 mkr.

- Total budgetavvikelse för avdelningen politik och förvaltningsledning per november är -36,6 mkr. Budgetavvikelse som beror på de fiktiva 38 mkr som finns under avdelningen är -34,8 mkr.
- Materialinköp och skyddsutrustning för Covid-19 har bokförts under perioden för 5,1 mkr vilket är 0,1 mer än till och med oktober.
- Ett arbete med att minska kostnader för Office 365 har pågått under våren. Kostnaderna kommer att minska och blir för helåret enligt senaste uppgifterna ca 4,8 mkr.
- Prognos för helåret sätts till -2,5 mkr och det beror till stora delar på materialinköp kopplat till pandemin. Det är en förbättring med 1,2 mkr jämfört med föregående månadsuppföljning.

Stab och ledningsstöd

Utfall

- Budgetavvikelsen för området är -2,7 mkr. Verksamheterna inom avdelningen står för 1,1 mkr och förändring av semesterlöneskulden för hela Socialtjänsten bokförs under Stab och ledningsstöd vilken uppgår per november till -3,8 mkr.
- Prognosen för hela avdelningen är -2,4 mkr där förändringen av semesterlöneskulden står för -3,7 mkr och övriga verksamheter för 1,3 mkr. Prognosen för förändring av semesterlöneskulden har försämrats sedan föregående månad med 2,1 mkr eftersom ekonomiavdelningen nu har uppdaterat deras prognos. För övriga verksamheter är prognosen oförändrad.

Analys

- Bemanningenheten har en budgetavvikelse på 0,3 mkr och är en förbättring med 0,1 mkr sedan oktober. Lägre intäkter till bemanningenheten under sommaren när personalen tar ut semester är anledningen till negativa avvikelsen under sommaren men



har nu börjat återhämta sig och har en positiv budgetavvikelse. Prognosen är oförändrad 0,4 mkr.

- Utveckling och stöd har en budgetavvikelse på 0,5 mkr till och med november vilket är en förbättring med 0,1 mkr sedan oktober. En neddragning i budget på 1,5 mkr har utförts och bidragit till minskade kostnader.
- Semesterlöneskulden innebär den inestående semester som de anställda har upparbetat gentemot arbetsgivaren. När personalen tar ut semester bokförs den kostnaden mot respektive avdelning samtidigt som den totala semesterlöneskulden centralt minskar. Prognosen för förändring av skulden ligger just nu på -3,7 mkr baserat på uppdaterade siffror från Ekonomiavdelningen. Förra årets utfall var -7,0 mkr.

Hälso- och sjukvård

Utfall

- Avdelningen för hälso- och sjukvård har per november en budgetavvikelse om -6,4 mkr. Fördyringar kopplat till pandemin uppgår per november till 4,2 mkr.
- Prognosen har försämrats ytterligare vilket till största del beror på de fortsatt höga bemanningskostnaderna även under hösten. Den nya årsprognosen ligger nu på -5,1 mkr.

Analys

- I dagsläget har avdelningen ca 3 vakanser och rekrytering av nya sjuksköterskor pågår fortsatt för att minska behovet av inhyrd personal från bemanningsföretag vilket är en väldigt kostsam lösning. Verksamheten har dock haft behov av bemannings-sjuksköterskor under året och den ökade kostnaden pga. dessa uppgår hittills till 3,0 mkr. Fem sjuksköterskor har pga. de nya pandemirestriktionerna för gravida tvingats sjukskriva sig, därmed har kostnaden för bemanningssjuksköterskor öka ytterligare.
- Hemsjukvård dag har initialt under året haft höga vikariekostnader kopplat till vaccinering av Covid-19. Bl.a. har tre stycken distriktssköterskor och tre stycken undersköterskor varit extra insatta under ett antal veckor för att man ska kunna klara vaccineringarna. Avdelningen har fakturerat Regionen för Covid-19 vaccin fram till och med juni till ett värde av närmare 0,4 mkr.
- Hemsjukvården har under våren jobbat med att återinföra insulinhanteringen till ordinärt boende, detta har medfört extrakostnader i form av vikarier för den tid som utbildning för detta skett. Denna utbildningsinsats har varit en viktig del för att förbereda personalen i hemtjänsten på ett så bra sätt som möjligt så att överföringen kan ske på ett patientsäkert sätt. Från april utförs insulinhanteringen av hemtjänsten och en internkontering mellan avdelningen ordinärt boende och Hälso- och sjukvårdsavdelningen korrigerar kostnaderna för detta.
- Kostnader kopplat till bemanningen under sommaren och de s.k. sommaravtalet uppgår till 0,4 mkr. Behovet av bemanningssjuksköterskor påverkar också budgetavvikelsen



och prognosen negativt. Det är sommaren isolerat som kräver störst nyttjande av inhyrd personal men tyvärr ser man ett stort behov av bemanningssjuksköterskor även inför hösten då läget med att hitta kvalificerade sjuksköterskor till våra äldreboenden är strängt.

Åtgärd

- Avdelningen jobbar vidare med bemanningsekonomi och bemanningsstrategi. En administratör har anställts som ett stöd till enhetscheferna.
- Rekrytering av sjuksköterskor pågår fortsatt.
- För att klara den stora efterfrågan på poolens personal så har det anställts en till person och denna påbörjar sin tjänstgöring 1:a juni. Poolen består då av totalt sju anställda.

Omsorgsavdelningen: en ingång

Utfall

- Budgetavvikelsen för avdelningen till och med november är 16,0 mkr vilket är att jämföra med oktober månads uppföljning då den var 15,3 mkr. Prognos för avdelningen sätts till 12,5 mkr vilket är en förbättring med 1,3 mkr från föregående månadsuppföljning.
- Beställare hemtjänst 65+ har en budgetavvikelse om 13,4 mkr till och med november. Kostnaderna jämfört med samma period föregående år har minskat med 5,1 mkr. Prognos för helåret sätts till 10,8 mkr. I den prognos som lagts är det räknat med en överföring av medel på 3,5 mkr till utförare hemtjänst för ersättning av den dubbelbemanning som de utför som inte är biståndsbeslutad. Dessutom har Hortlaxgården nu i månadsskiftet oktober/november öppnat 15 platser som varit stängda för renovering. Budget för dessa platser är överfört från En ingång från och med augusti. Prognosen för hemtjänsttimmar har försämrats med 0,2 mkr från föregående uppföljning.
- Försörjningsstöd har en budgetavvikelse på -2,3 mkr vilket är en försämring på 0,2 mkr jämfört med föregående månad, Kostnaderna för försörjningsstödet har minskat med ca 1,2 mkr jämfört med samma period föregående år. Prognos för försörjningsstöd sätts till -3,5 mkr vilket är 0,8 mkr bättre än den prognos som sattes i oktober.

Analys

- Antalet hemtjänsttimmar fortsätter att ligga på en låg nivå och timmarna har minskat något de senaste månaderna och även oktober som är den senaste siffrorna. Antalet brukare som har mer än 4 timmar hemtjänst per dag har minskat avsevärt mot tidigare år. Antalet brukare har också minskat vilket totalt sett bidragit till att hemtjänsttimmarna också minskat. Tillskott i budgeten på grund av stängning av 15 platser på Hortlaxgården har bidragit till positiv budgetavvikelse. Den kommer dock att avstanna resterande del av året då tillskottet har gått tillbaka till Hortlaxgården.



- Antalet hushåll i försörjningsstöd ligger på en lägre nivå än samma period 2019 och 2020 vilket är den stora orsaken till kostnadsminskningar. Minskningen av hushåll är främst i åldersgrupperna under 65 år och orsaken sjukdom har minskat i andel de senaste månaderna. Antalet ensamkommande unga inom försörjningsstöd har minskat. Kostnaden för den gruppen har till stor del täckts av intäkter från Migrationsverket vilket medfört att dessa intäkter också minskat. Förstärkningar inom till exempel bostadsbidrag och a-kassa på grund av Covid har bidragit till att efterfrågan på försörjningsstöd har minskat. När dessa förstärkningar tas bort finns risk att inflödet till försörjningsstöd åter ökar. Det arbete som pågår tillsammans med arbetsmarknadsenheten har inte ökat på utflödet från försörjningsstöd, det arbetet har försvårats på grund av pandemin. Det är dock positivt att antal hushåll i försörjningsstöd och kostnader för försörjningsstöd har minskat avsevärt jämfört med 2019 och 2020.

Barn och familj/Missbruk

Utfall

- Barn och familj/Missbruk har en budgetavvikelse för perioden januari till november 2021 på -0,9 mkr, en försämring med 0,4 mkr från förra månaden. Institutionsvården totalt sett går lite plus, 0,2 mkr, BoU med positiv avvikelse men missbruk vuxna med inte fullt motsvarande negativ. Övriga verksamheter hamnar totalt på -1,1 mkr – familjehem ligger på -2,0 mkr men totalen hamnar betydligt bättre tack vare kostnader som är budgeterade men inte kommit in på vissa verksamheter.
- Inom Barn och familj ligger kostnaderna för institutionsvården och förstärkta familjehem lägre än för samma period förra året. Familjehem har dock ökat i kostnader jämfört med samma period förra året i och med rekrytering av nya familjehem vilket är positivt då kostnaderna på förstärkta familjehem som är en betydligt dyrare placering på sikt förväntas minska tack vare detta.
- Inom området Missbruk märks en ökning jämfört med slutet av förra året och kostnaderna ligger nu högre än samma period förra året.
- Totalt sett har institutionsvården (BoU och missbruk vuxna) minskat sina kostnader med ca 8,0 mkr jämfört med samma period förra året där BoU står för en minskning med 12,5 mkr och missbruk vuxna en ökning med 4,5 mkr.
- Prognos för helåret på avdelningen ligger på -1,1 mkr vilket är en liten förbättring sedan förra månaden. Den negativa avvikelsen är kopplad till kostnadsökningen gällande missbruk vuxna. I analysen är det viktigt med förståelse för de oförutsägbara verksamheter som finns inom avdelningen, vilket gör det svårt att löpande under året sätta en helårsprognos som blir trovärdig.

Analys

- Inom institutionsvård barn och unga låg antalet vård dygn samt dygnskostnaden kvar på en hög nivå under början av 2021. Tack vare verksamhetens medvetna aktiviteter har



dock kostnaderna successivt minskat och visar per november på 2 687 färre vård dygn, dock till högre dygnskostnad. Avvikelse jan-nov ligger på 3,6 mkr.

- Fler egna familjehem är kontrakterade vilket leder till ökade kostnader. Detta är i sammanhanget positivt eftersom kostnaderna gällande de dyrare förstärkta familjehemmen minskar tack vare detta. Verksamheten har fortsatt en utmaning i att rekrytera egna familjehem. Media, sociala medier samt andra rekryteringsmetoder används, men efterfrågan är högre än tillgången på nya familjehem.
- Vad gäller förstärkta familjehem finns även här en minskning i antalet vård dygn (1 147 färre) jämfört med samma period 2020. Även kostnaden per dygn är något lägre. Verksamheten räknar framöver på sikt med en viss positiv ekonomisk effekt av fler kontrakterade familjehem. Men det är vårdbehovet som styr insatsernas utformning, de är oförutsägbara gällande både slag och volym. Avvikelse jan-nov ligger på 1,3 mkr.
- Verksamheterna för köpta tjänster gällande BoU är i nuläget inne i en process där dyrare alternativ minskar i antal och billigare ökar. Förstärkta familjehem räknar framöver med en förskjutning av placeringar till nya kontrakterade familjehem. Summerat borde detta ge positiv ekonomisk effekt på totalen.
- Det är i dagsläget ett barn placerat enligt LSS. Dygnskostnaden för detta barn har tidigare ersatts av Migrationsverket men i år räknas intäkterna inte med, osäkerheten är för stor trots att definitivt avslag inte getts. Avvikelse jan-nov ligger på 1,2 mkr. Sedan tidigare aviserade nya placeringar kommer inte att bli av under detta år utan kommer ev. under 2022.
- Under 2021 har det varit en negativ trend med både fler LVM och dyrare SoL-placeringar till följd av samsjuklighet och komplexa vårdbehov. Under pandemin har möjligheten att ge vård och stöd till självhjälp generellt begränsats både vad gäller socialtjänst samt sjukvård och frivilliga aktörer. Det går att anta att de ökade vårdbehoven och därmed kostnaderna på missbrukssidan har en koppling till detta. Dock har pandemin för att förhindra smittspridning begränsat öppenvården i förvaltningen på ett sådant sätt att fler behöver behandlas på institution, dvs fler vård dygn till en dyrare dygnskostnad. Analys visar att antalet vård dygn för perioden jan-nov 2021 är 1 258 st. fler än samma period förra året. Avvikelse jan-nov ligger på -5,8 mkr, prognos för helåret -6,3 mkr. Verksamheten kommer att få i uppdrag att göra en omvärldsspaning för att se om samma tendenser finns i övriga landet.

Åtgärd

- Verksamheten gör en översyn av de ärenden som finns idag för att se möjligheten till att minska kostnaderna genom att ta hem de barn där det är möjligt till öppenvård/hemmaplansalternativ. Metod och arbetssätt kopplat till den målgruppen är främst SoS. Det finns dock utmaningar när det gäller ungdomar som vistas på institution pga. eget beteende, t ex missbruk alt kriminalitet.
- Vad gäller LSS-placerade barn som tidigare var två till antalet har verksamheten nu flyttat hem ett av barnen. Detta påverkar kostnaderna i positiv mening, dock behöver



verksamheten initialt rusta för kostnader på hemmaplan i insatser som utökad korttidsvistelse och dylikt.

- Verksamheten har skärpt rutinerna gällande beviljande av umgängesresor.
- Beslut på att höja ersättningen till familjehem för att minska antalet placerade på förstärkta familjehem och/eller institution. Dock ännu för tidigt att se full effekt av detta då befintliga kontrakt ska löpa ut eller tas över.
- Förändringar i verksamheten Våld i nära relationer förväntas bromsa kostnadsutvecklingen och öka möjligheten till hemmaplansalternativ.
- Utökad samarbete mellan kommunen och Regionen samt polis för att jobba med tidigare insatser inom området Missbruk.
- Det är för tidigt att se effekterna, kopplat till institutionsvård vuxna, av den tolvstegsgrupp som är implementerad och fullt i drift. Man måste ha i beaktande att när vi kan utvärdera och förhoppningsvis styrka effekten bör man överväga en utökning i resurs. Under hösten har man även startat ytterligare behandlingsformer i gruppverksamhet, CRA. Även där för tidigt att bedöma effekt kopplat till köpta tjänster.

Ordinärt boende

Utfall

- Budgetavvikelsen på Ordinärt boende är lite försämrad och ligger på 0,3 mkr januari till november 2021.
- Hemtjänstproduktionens avvikelse är -5,5 mkr pga. höga personalkostnader och ofinansierad verksamhet (utförda ej betalda timmar). Avvikelsen är försämrad från förra månaden, analys av och intensivt arbete med schemalaggningsen pågår i de hemtjänstgrupper med störst underskott. Övriga verksamheter ligger på 5,7 mkr i avvikelse, främst gällande bostadsanpassning och ÄC-verksamheterna.
- Covid-relaterade kostnader uppgick per november till ca 1,9 mkr på hela ordinärt boende. I detta ingår intäkter för sjuklöner som betalats ut under året.
- Efter justering av utförda men ej betalda timmar på hemtjänstproduktionen (3,5 mkr) sätts prognosen på ordinärt boende till 1,9 mkr.

Analys

- Personalkostnaderna inom hemtjänstproduktionen kan kopplas till bland annat svårigheter med schemalaggningsen i vissa grupper. Dessutom utför hemtjänstproduktionen en del insatser, t.ex. dubbelbemanning, som de inte får betalt för via beviljade timmar från bistånd. Budget för detta finns således inte och konsekvensen blir ett direkt underskott på verksamheten. Vid analys av den planerade tiden i TES uppgick kostnaderna för insatser utan intäkt från bistånd totalt sett i grupperna till drygt 3,5 mkr för jan-nov, detta motsvarar ca 9500 timmar. På helåret motsvarar detta drygt 4 mkr. Överföring av medel för dessa timmar kommer att göras i slutet av året men har justerats i prognosen med 3,5 mkr fr o m augusti.



- Antalet larm i Nattpatrullen har uppgått till ca 30-40 per natt en ganska lång period, snittet ligger vanligtvis på 15-20. Detta medför övertid för personalen då arbetstiden förlängs för att klara planerad verksamhet. Trots ökad budget upp till beslutade antal åa går verksamheten -574 tkr totalt jan-nov, främst gällande övertid och medföljande OB/soc.avg för början av året samt höga sommarkostnader.
- Det är problematiskt att sätta prognosen för hemtjänstproduktionen eftersom statistiken över antalet hemtjänststimmar tas ut och korrigeras i efterhand, det gör att periodresultatet för senaste månaden justeras i nästkommande månad.
- Om man jämför budgetavvikelsen för hemtjänstproduktionen över året har det skett en förbättring. Detta beror sannolikt på att det intensiva arbetet ute i grupperna börjar ge resultat.
- En av hemtjänstens största utmaningar är att snabbt kunna ställa om personalstyrkan då timmarna minskar, i de flesta grupper märks åtgärderna ekonomiskt men det är svårt att nå ända fram på kort tid.

Åtgärd

- Översyn av bemanningsekonomi med fokus att stötta hemtjänstcheferna påbörjades under hösten 2019. Under 2020 fortsatte bemanningsprojektet med fokus på samplanering. Centrum Öst och Väst slogs ihop till en grupp, Strömnäs och Munksund/Klubbgården gjorde samma förändring i slutet av året. Arbetet med samplanering har pågått under hela 2020 och har fortsatt 2021 där detta är möjligt. Insatser gällande stöd i schemalagningen är nu påbörjade i flera grupper, främst Rosvik och Öjebyn. Dessa grupper stod för en stor del av underskottet 2020. Hortlax gick ihop med Bergsviken och Hemmingsmark fr o m maj. Planeringsverktyget TES uppgraderades 2020 och har lett till bättre möjligheter till analys av hemtjänstens planerade timmar.
- Ekonomiuppföljning på enhetsnivå sker varannan månad. Extra fokus ligger på de grupperna med störst underskott. Fr o m sommaren 2021 ingår ekonomiuppföljningen för enheterna i en utökad form av uppföljning där fokus kommer att ligga på bemanning, kvalitet och arbetsmiljö tillsammans med ekonomi.
- Översyn av den ekonomiska modellen som används inom hemtjänsten (köp- och sälj mellan biståndsbedömning och verkställighet) för att säkerställa korrekt analys av verksamheten kommer att fortsätta även 2021.

Särskilt boende för äldre

Utfall

- Avdelningen för särskilt boende för äldre har per november en budgetavvikelse om 9,0 mkr vilket är 3,3% av periodbudgeten.
- Coronarelaterade kostnader uppgår nu till 4,7 mkr och vissa boenden har drabbats hårdare än andra. Försäkringskassan ersätter de sjuklöner som överstiger 1,07 % av



lönekostnaderna vilket ger säbo 1,8 mkr i intäkt för januari-september. Den totala merkostnaden för pandemin blir således 2,9 mkr hittills.

- Inför 2021 har särskilt boende fått 9,0 mkr mer i ram för att utöka ordinarie bemanning och minska på timvikarier. Bemanningläget är dock ansträngt och det har varit svårt att rekrytera ny personal, det är en anledning till att avdelningen går plus på personalkostnader. Särskilt boende har jobbat hårt med bemanningsekonomi vilket har gjort schemalagningen mer effektiv.
- Till följd av pandemin har de allra flesta utbildningarna ställts in under 2021. Uteblivna kostnader för detta uppgår till drygt 4,0 mkr.
- Nyöppningen av Hortlaxgården drog ut på tiden till följd av förseningar med byggnationen. Planen var att öppna de 15 renoverade platserna 1:a augusti men blev istället klart för inflyttning 1:a november. Avdelningen har fått budgetmedel från 1/8 vilket ger ett budgetöverskott om 2,1 mkr.
- Särskilt boende får in 0,9 mkr mer i omvårdnadsintäkter än budgeterat vilket påverkar den totala budgetavvikelsen positivt.
- Helårsprognosen för avdelningen sätts till 7,0 mkr. Anledningen till att prognosen inte sätts än högre är väntade kostnader under hösten. Det gäller ex. ökade personalkostnader vid installation av brandsäkerhetsåtgärder, dyrare materialavtal från OneMed samt inköp av material som behöver göras på avdelningsövergripande nivå.

Analys

- Avdelningen har sedan hösten 2020 jobbat hårt med bemanningsekonomi. Arbetet börjar visa resultat och nästan alla boenden klarar i dagsläget sin budget. Rekryteringen inför sommaren var dock tuff och både sommaravtal, övertid och avbruten semester har varit nödvändigt för att klara sommarbemanningen. Det har trots detta varit svårt att få ihop bemanningssituationen då det är vikariebrist. Sommarmånaderna har haft en tendens att vara mer kostsamma än annan tid på året men under 2021 har verksamheten ändå klarat ekonomin på ett bra sätt.
- Några boenden har ett visst underskott på personalsidan vilket till övervägande del beror på höga vikariekostnader, detta kopplas främst till pandemin och hög sjukfrånvaro. Två boenden har varit extra drabbade och har fram till november merkostnader om ca 0,8 mkr vardera på grund av Corona. Under drygt en månads tid var två hela arbetslag sjuka vilket resulterat i många vikarietimmor och övertidsersättning på den ena boendet, på det andra boendet handlar det om hög sjukfrånvaro vid vaccinering.
- Covid-19 konstaterades i några enskilda fall under mars månad, smittan kunde hanteras utan vidare spridning. I dagsläget finns det ingen konstaterad smitta bland brukarna. Vaccinering av brukarna är genomförd under våren och till stora delar är även personalen vaccinerad. Biverkningar kopplat till vaccin upplevs i många fall och håller i sig i ca ett dygn. Detta har gjort att personalsituationen upplevts som ansträng under sommaren.



- Äldreomsorgslyftet ger personalen möjlighet till utbildning där utbildningskostnaderna är finansierade. Dock saknas det i många fall täckning för vikarier vilket ger en viss merkostnad ute i verksamheten. Önskemål inför 2022 är att pausa ÄO-lyftet under sommarmånaderna.

Åtgärd

- Ett åtgärdspaket har sattes in under 2020 för att hejda kostnadsutvecklingen och lägga grunden för en budget i balans 2021. Detta ser ut att falla väl ut och ger verksamheten att bra utgångsläge inför 2022.
- Bland annat har en omfattande utbildningssatsning genomförts för såväl chefer som schemastöd när det gäller bemanningsekonomi, kapacitetsplanering och schemaläggning. Samtliga särskilda boenden har gått utbildningen under 2020 och under våren 2021 gjordes en uppföljning. Responsen har varit bra och enhetscheferna är positiva till utvecklingen. En effektivare schemaläggning har börjat ge positiva effekter på både kvalitet, arbetsmiljö och ekonomi.
- Avdelningens economicontroller tillsammans med en av enhetscheferna på Bemanningenheten har hållit utbildning i "Budget till timmar" vilket innebär att årsarbetskrafter i kronor räknas om till schemalägningsbar tid. En uppföljningsutbildning har hållits för boendecheferna under våren och de boenden som är i fortsatt behov av extrastöd kommer att få det även fortsättningsvis.
- Några boendechefer har slutat och nya har tillkommit, för att få en stabil övergång har vissa chefer gått dubbelt i perioder vilket gör ett underskott på det kontot. Avdelningschef tillsammans teamledare ser över hur samordningstjänsterna ska fördelas framöver för att bäst underlätta boendechefernas arbete.
- En ny vårdtyngdsmätning kommer att genomföras under hösten för att se hur läget är på vissa utvalda boenden.

Psykosocialt stöd och daglig verksamhet

Utfall

- Utfallet för hela avdelningen är en budgetavvikelse om 2,1 mkr vilket är oförändrat jämfört med oktober månads uppföljning. Under perioden har ersättning för sjuklöner från Försäkringskassan inkommit med 0,7 mkr. Nettokostnader bokförda på aktivitet 026 uppgår till totalt 1,0 mkr. Prognos totalt för avdelningen är 2,2 mkr i budgetavvikelse vilket också är samma som vid oktober månads uppföljning.
- Bostad med särskild service LSS har en budgetavvikelse på -0,4 mkr för perioden, vilket är en försämring med 0,3 mkr från föregående månad.
- Boende psykiatri har en budgetavvikelse på 0,3 mkr till och med november vilket är oförändrat jämfört med föregående period. Prognos för helåret sätts till +0,3 mkr.



- Daglig verksamhet har en budgetavvikelse på 0,7 mkr och SAVO har en budgetavvikelse på 0,6 mkr vilket är något bättre än vid oktober månads uppföljning. Övriga verksamheter följer i princip budget.

Analys

- Avdelningen totalt sett klarar budgeten men boendena totalt visar ett liten negativ budgetavvikelse. Bostad med särskild service LSS har den största negativa budgetavvikelse och avvikelsen är främst inom de boenden med de mest omvårdnadskrävande brukarna där frånvaro alltid måste ersättas med vikarie samt att bemanningen på de boendena är låg. Tre verksamheter har behövt bemanna upp för att klara insatserna då brukare blivit försämrade i sitt mående.
- Daglig verksamhet har nu i princip fullt deltagarantal efter pandemin men verksamheten via Vuxenskolan är avslutad, vilket förklarar den positiva budgetavvikelsen. Även svårigheter att få in vikarier vid oplanerad frånvaro bidrar till ett plusresultat. Dock har brukare fått aktiviteter inställda och vissa dagar har brukare inte kunnat komma till sin dagliga verksamhet.
- Sjuklöner för bostad med särskild service, har minskat med 0,2 mkr jämfört mot 2020, samtidigt som vikariekostnaderna minskat med ca 0,8 mkr.
- Antalet timmar utförda av timanställda har minskat under 2021 jämfört med 2020. Till och med oktober har antalet minskat med 4 800 timmar vilket är en minskning med 10%.
- Sommaravtalet har i år kostat 430 tkr jämfört med 2020 då kostnaden var 364 tkr. I den summan ingår ersättningar för sommaravtal samt övertidskostnader under sommarmånaderna.

Åtgärd

- Avdelningen arbetar vidare med bemanningsstrategi samt översyn av bemanning på gruppboendena.

Stöd till funktionshindrade

Utfall

- Avdelningen för stöd till funktionshindrade har en budgetavvikelse för perioden om -0,4 mkr där personlig assistans går enligt budget och korttidsverksamheten har en negativ budgetavvikelse på -0,4 mkr.
- Total kostnad för avdelningen som är bokad mot Covid-19 uppgår till 0,6 mkr.
- Årsprognosen för personlig assistans ligger för närvarande på -0,5 mkr medan korttidsverksamhetens prognos ligger på -0,6 mkr.

Analys

- Sjuklönekostnader för de privata assistansanordnarna ligger hittills för året på 1,6 mkr.
- Egen produktion, där kommunen är utförare av personlig assistans, har en budgetavvikelse om ca 2,8 mkr och prognosen här är försämrade med 1,0 mkr och ligger



nu på 3,0 mkr. Försämringen av prognosen beror bl. a. på att intäkterna från Försäkringskassan betalas in oregelbundet, vilket försvårar prognossättningen.

- Under sommaren har man haft svårigheter med bemanning på avdelningen, avslut och nya introduktioner medför ökade kostnader. Kostnaderna för sommaravtalen uppgår till 0,1 mkr vilket är i nivå med föregående årskostnad.
- Sjukfrånvaron inom avdelningen har legat på en god nivå med hänsyn till rådande pandemi.
- Avdelningen för korttidsverksamhet har en total budgetavvikelse på -0,6 mkr och prognosen är försämrad ytterligare och ligger nu på -0,7 mkr. Detta beror dels på att kostnaden för fritidsverksamheten kommit in från Utbildningsförvaltningen, dels på det är fler individer med utökade beviljade dygn vilket kräver mer bemanning nu än tidigare under året.

Åtgärd

- Korttidsverksamheten arbetar med att anpassa sina lokaler, dvs nu kan fler barn vistas samtidigt på Solrosen, vilket möjliggör verkställande av de ökande antal beviljade dygn som skett under året.
- Verksamheten personlig assistans jobbar fortsatt intensivt med arbetet kring bemanningsstrategi och bemanningsekonomi. Översynen av alla beslut och scheman som påbörjades under 2020 är nu i sin helhet genomförda, alla uppsägningstider har gått ut och rätt tid belastar nu budgeten.
- Avdelningen har även under våren inlett arbetet med heltidsresan. Viktigt här är dock att inte gå för fort fram utan snarare arbeta sig succesivt igenom arbetsgrupperna för att säkerställ optimalt nyttjande av resurser. Ett par medarbetare har fått en heltidsanställning inom ramen av heltidsresan.
- En del av arbetet med bemanningsstrategi är att minska återopade timvikarier, för att klara detta anställdes under våren en resursperson. Man kan redan nu se effekten av detta då avdelningen har minskad användning av poolpersonal. Rekrytering av ny resursperson är slutförd.
- Man har även börjar jobba med mer samplanering inom avdelningen. Detta är ett steg i den kulturförändring som behöver göras för att samplanering mellan avdelningar ska kunna förekomma.
- Kvalitetsgrupp under varje enhetschef har påbörjats, man kommer att jobba med beteendemål för att uppnå ökad frisknärvaro, arbetsglädje och god sämja i arbetsgrupperna. Rubbningar och osämja i arbetsgrupper avspeglar sig tydligt på ekonomin och det är därför av stor vikt att all personal trivs i sina arbetsgrupper.

Budgetuppföljning november 2021

Socialtjänsten

	AVDELNING	Årsbudget 2021	Periodbudget Jan - nov	Periodens förbrukning Jan - nov	Periodens budgetavvikelse Jan - nov	Årsprognos 2021	Varav nettokostnader Covid Jan - nov
510-511	Politik och förvaltningsledning	1 466	1 344	3 160	-1 816	-2 500	5 058
	<i>Fiktiva 38 mkr</i>	-37 914	-34 755	0	-34 755	-37 914	0
512	Stab och ledningsstöd	33 489	30 679	29 594	1 084	1 250	-220
	<i>Semesterlöneskuld</i>	0	-2 503	1 324	-3 827	-3 650	0
513	Hälso- och sjukvård	83 062	76 272	82 715	-6 443	-5 050	4 213
514	En ingång	149 757	138 270	122 255	16 015	12 500	-2
515	Barn och familj / Missbruksvård	125 790	115 999	116 894	-895	-1 070	-230
516	Ordinärt boende	88 062	80 996	80 709	287	1 950	1 940
517	Särskilt boende för äldre	293 694	270 079	261 080	8 999	7 000	2 877
518	Psykosocialt stöd	133 578	123 077	120 967	2 109	2 250	1 032
519	Stöd till funktionsnedsatta	62 971	57 698	58 116	-418	-1 100	649
5XX	Totalt Socialtjänsten	933 957	857 155	876 814	-19 659	-26 334	15 316



Tillämpningsanvisningar till affärsetisk policy

Dokumentnamn	Dokumenttyp	Fastställd/upprättad	Beslutsinstans
Tillämpningsanvisningar till affärsetisk policy	Anvisning	Kommunstyrelsen	2014-06-16, § 124
Dokumentansvarig/processägare	Version	Senast reviderad	Giltig till
Kommunstyrelsen	1		Tills vidare
Dokumentinformation	Anvisningar för tillämpning av Piteå kommuns affärsetiska policy		
Dokumentet gäller för	Samtliga förvaltningar		



Tillämpningsanvisningar till affärsetisk policy

Kommunfullmäktige fastställde ”Affärsetisk policy för Piteå kommun” 2012-09-10 och delegerade till kommunstyrelsen att fastställa tillämpningsanvisningar till policyn.

Tillämpning

Alla anställda och förtroendevalda inom Piteå kommun och dess bolag ska tillämpa den affärsetiska policyn i sitt dagliga arbete.

Syfte

Syftet med tillämpningsanvisningarna är att ge medarbetare och förtroendevalda ett stöd för att kunna undvika att situation uppstår där muta eller jäv kan misstänkas. Syftet är också att förhindra att anställda eller förtroendevalda på ett otillbörligt sätt drar nytta av sitt uppdrag i Piteå Kommun.

Gränsdragning

Jäv handlar om att det kan finnas risk för partiskhet på grund av personliga förhållanden hos en tjänsteman eller förtroendevald som gör det olämpligt att t.ex. delta i att fatta beslut i vissa frågor.

Mutbrott begås när en arbetstagare eller förtroendevald för sin egen eller för någon annans räkning tar emot en muta eller annan otillbörlig förmån för sin tjänsteutövning.

Gränsen mellan en ”tillbörlig” och en ”otillbörlig” förmån är flytande och kan växla från tid till annan liksom mellan olika verksamhetsområden. Det gör att det är svårt att ge exakta svar på vad som är att betrakta som muta eller jäv.

Frågor som du som anställd eller politiskt förtroendevald bör ställa dig om du erbjuds något av en utomstående part är:

- Är detta en förmån och varför erbjuds den mig?
- Finns det en koppling mellan förmånen och min tjänsteutövning/ mitt förtroendeuppdrag.
- Hur är förmånen beskaffad och vad är den värd?
- Vilket inflytande har jag på min arbetsgivares/uppdragsgivares relation med den som erbjuder förmånen?

Om en medarbetare eller förtroendevald uppmuntras med en förmån av sin arbetsgivare kan inte ansvar för mutbrott bli aktuellt, utan det måste alltid vara fråga om en ”utomstående” (d v s person som inte är anställd eller har ett förtroendeuppdrag i kommunen).

Öppenhet

Piteå kommun strävar efter öppenhet och information som lämnas av Piteå kommun ska vara faktabaserad, relevant och tillförlitlig. Detta gäller även kommunens affärsetik som alltid ska tåla en granskning. Piteå kommun eftersträvar att göra information lättillgänglig och



lättförståelig. Alla medarbetare ansvarar för att själva söka relevant information och sprida information till kollegor och chefer. Alla chefer ansvarar för att vidarebefordra relevant information till sina medarbetare.

Situationer där mutbrott/bestickning kan bli aktuella

Nedan presenteras några exempel på där mutbrott/bestickning kan bli aktuellt och där man bör vara särskilt försiktig som medarbetare eller förtroendevald i kommunen.

Kontanter

Förmåner i form av kontanter får inte tas emot.

Måltider

En måltid som erbjuds av en utomstående ska ha ett naturligt samband med uppdraget och vara en normal arbetslunch eller motsvarande. Ett sådant samband kan finnas om den anställda har till uppgift att skapa eller behålla affärskontakter; om till exempel en byggherre eller entreprenör vill visa ett i sammanhanget relevant projekt och bjuda på en enklare måltid är detta normalt tillåtet.

Om en anställd eller förtroendevald erbjuds måltider av annat slag, i synnerhet sådana där måltiden fortsätter med nöjesaktiviteter eller där partner och barn får delta, bör man överväga att tacka nej till erbjudandet. Ibland kan dock en givare komma att uppfatta det som oartigt av mottagaren att avböja en gåva eller förmån. Ibland kan det också anses som kutym att delta med sin respektive, till exempel vid ett jubileumsarrangemang eller liknande. Om värdet är lågt kan det i en sådan situation vara relevant att motta gåvan eller förmånen.

Ett arrangemang av evenemangskaraktär bör om möjligt rikta sig till en obestämd krets av människor snarare än till särskilt utvalda personer. Det är också viktigt att förmånen lämnas öppet.

Kundträffar

Om ett utomstående företag som kommunen handlar med bjuder på en kundträff är det normalt tillåtet att delta om syftet med träffen är att utbyta information. Om det vid träffen förekommer viss underhållning och bjuds på enklare förtäring innebär det inte att kundträffen därmed blir en muta. Det är dock viktigt att huvudsyftet är att ge information, inte vara en nöjeställning.

Studieresor, kurser och konferenser

Om resor har ett naturligt samband med tjänsteutövningen anses de allmänt sett tillbörliga att delta i. I normalfallet bör en studieresa som erbjuds en anställd eller förtroendevald inte omfatta mer än en dag. För att vara tillbörlig måste en sådan resa vara seriöst upplagd och ovidkommande nöjesarrangemang får i princip inte förekomma. Inbjudan ska vara riktad till arbetsgivaren och denne väljer ut de personer som deltar.

Om anhörig till medarbetare erbjuds deltagande, kostnadsfritt eller till mycket förmånliga villkor, i dylika arrangemang, skall sådana erbjudande avvisas. Däremot kan en anhörig delta om hela merkostnaden betalas av den anhörige själv.



Gåvor

Medarbetare kan acceptera enklare gåvor av ringa värde från extern part. Detta under förutsättning att de är av typen reklamprodukter eller liknande.

Enklare julgåvor från extern part, i form av till exempel fruktkorgar eller chokladaskar kan tas emot, förutsatt att de ges till en hel avdelning eller grupp av medarbetare.

Individuella julgåvor från extern part, bör däremot inte tas emot. I vissa fall kan det även i det här avseendet upplevas som oartigt att inte ta emot enklare gåvor, det kan till exempel handla om en julblomma som levereras hem till en anställd eller förtroendevald. Om gåvan är av ett ringa värde kan den tas emot

Gåvor och testamentsförordnanden i samband med vård

Beträffande erbjudanden om gåvor, ersättningar eller andra förmåner från vårdtagare eller anhöriga till vårdtagare gäller att medarbetare och förtroendevalda under inga förhållanden får ta emot penninggåvor även om det rör sig om små belopp. Gåvor med realiserbart ekonomiskt värde t ex smycken, prydnadsföremål, konstverk och liknande är inte heller tillåtet att ta emot annat än om värdet är ringa. Drickspengar får inte förekomma.

Om en medarbetare inom äldreården eller hälso- och sjukvården får vetskap om att någon pensionär eller patient avser att testamentera egendom till medarbetaren, åligger det vederbörande att klargöra för testator (vårdtagare) att han/hon inte kan ta emot någon gåva eller förmån över huvud taget.

Info: Se Socialstyrelsens broschyr ”Om gåvor och testamenten”.

<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2007-1/Documents/1998-0-31.pdf>

Tjänster

En muta kan även bestå i sidoleveranser av varor och tjänster från kommunens leverantör eller att få en tjänst utförd, till exempel reparation av bil eller hus. Sådana tjänster eller varor får inte tas emot.

Rabatter och lån

Medarbetare eller förtroendevalda i Piteå kommun får inte ta emot rabatter, följerbjudanden eller lån som denne erbjuds utifrån sin roll som medarbetare eller förtroendevald i kommunen. Rabatter inom ramen för en personalförening kan dock inte betraktas som otillbörliga, så länge samtliga medarbetare i kommunen har möjlighet att delta i föreningen.

Övriga erbjudanden, bonuspoäng m m

Medarbetare eller förtroendevalda i kommunen kan i tjänsten få erbjudanden om att fritt eller till subventionerat pris delta i olika evenemang på fritiden, till exempel en resa, att få låna en sportstuga/ fritidsbåt. Sådana erbjudanden skall medarbetare tacka nej till.

Olika slags bonuserbjudanden, till exempel flygbonuspoäng och liknande, som intjänats vid tjänsteresa betald av Piteå kommun är kommunens egendom och skall endast användas i tjänsten.



Skriften ”Om mutor och jäv”

Sveriges Kommuner och Landsting har i september 2012 publicerat skriften ”Om mutor och jäv”. Skriften vänder sig till anställda och förtroendevalda i kommuner och landsting och handlar om hur man som anställd eller förtroendevald kan undvika situationer där misstanke om muta eller jäv ska uppstå. Skriften kan laddas ner från SKLs hemsida (<http://www.skl.se/>).



§ 4

Tillämpningsanvisningar affärsetisk policy

Diariennr 21KS486

Beslut

Kommunstyrelsen upphäver Tillämpningsanvisningar för affärsetisk policy.

Ärendebeskrivning

Kommunfullmäktige upphävde Affärsetisk policy 2021-12-13 (21KS466).

Eftersom Affärsetisk policy har upphävts behöver även Tillämpningsanvisning affärsetisk policy upphävas. Beslutet att anta Tillämpningsanvisningar affärsetisk policy fattades av Kommunstyrelsen och ska därför upphävas av Kommunstyrelsen.

Av Kommunitisk policy, som antogs av kommunfullmäktige 2021-12-13 som ersättning för Affärsetisk policy, framgår att Kommunitisk policy beskriver Piteå kommuns övergripande ställningstaganden när det gäller arbetet med att upprätthålla medborgarnas förtroende för Piteå kommuns professionalitet och opartiskhet, samt att rutiner och vidare exempel finns på kommunens intranät. Med hänsyn till Kommunitisk policys innehåll och den information som finns på kommunens intranät, finns inte något behov av att ersätta Tillämpningsanvisning för affärsetisk policy med någon motsvarande sådan för Kommunitisk policy.

Beslutsunderlag

- Tillämpningsanvisningar till affärsetisk policy

Paragrafen är justerad

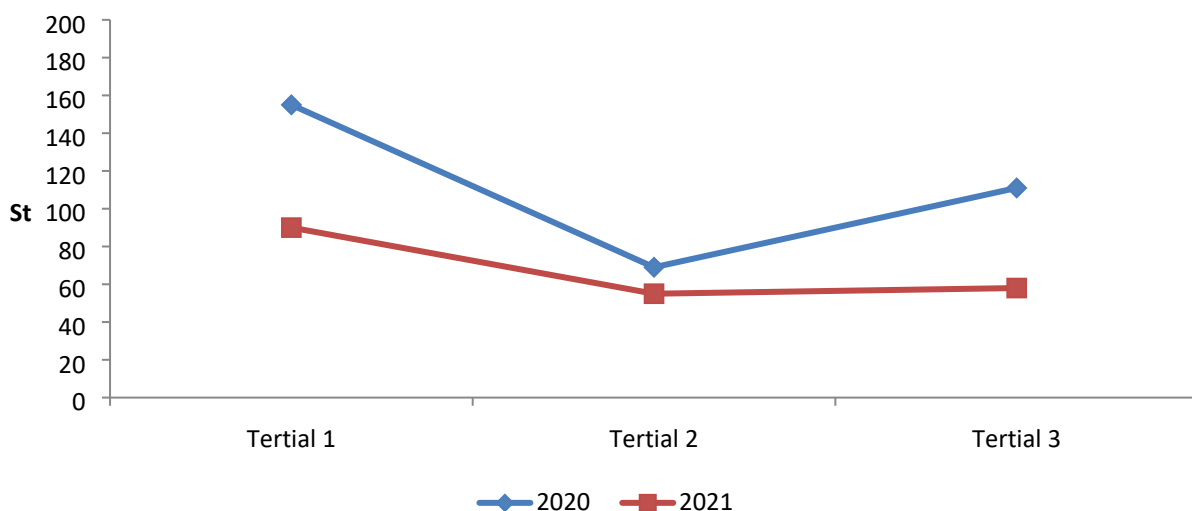


Sammanställning avvikelserrapporter måltidsservice, Fastighets- och servicenämnden, 2021 tertial 3

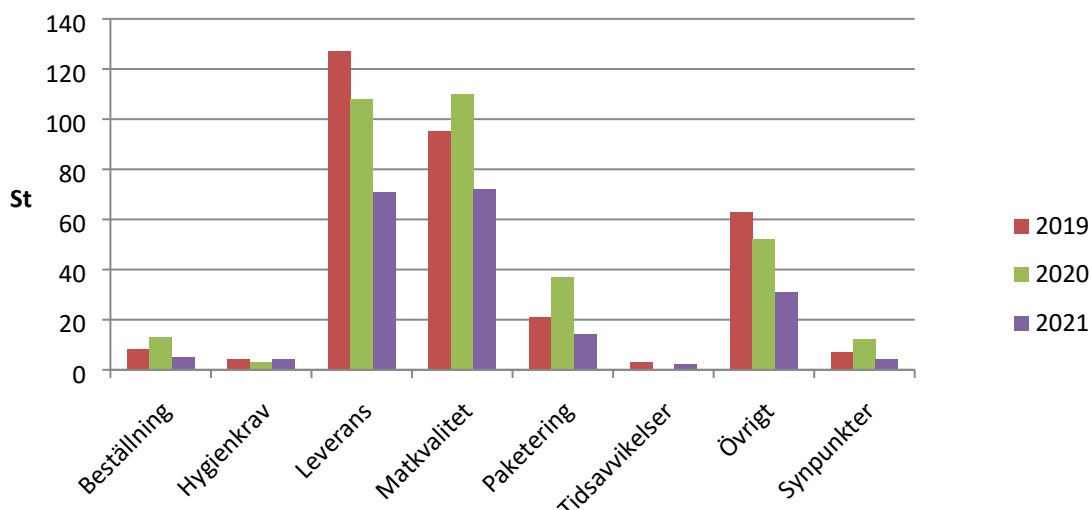
Inrapporterade avvikelser rörande produktion av mat till förskola, skola samt vård- och omsorgsboende under tredje tertialet 2021 samt inrapporterade avvikelser rörande slutberedning i förskola och skola under samma period redovisas i detta dokument. Avvikelseberedning rörande slutberedning startade februari 2020.

Avvikelse produktionskök

Sammanställning 2021, produktionskök



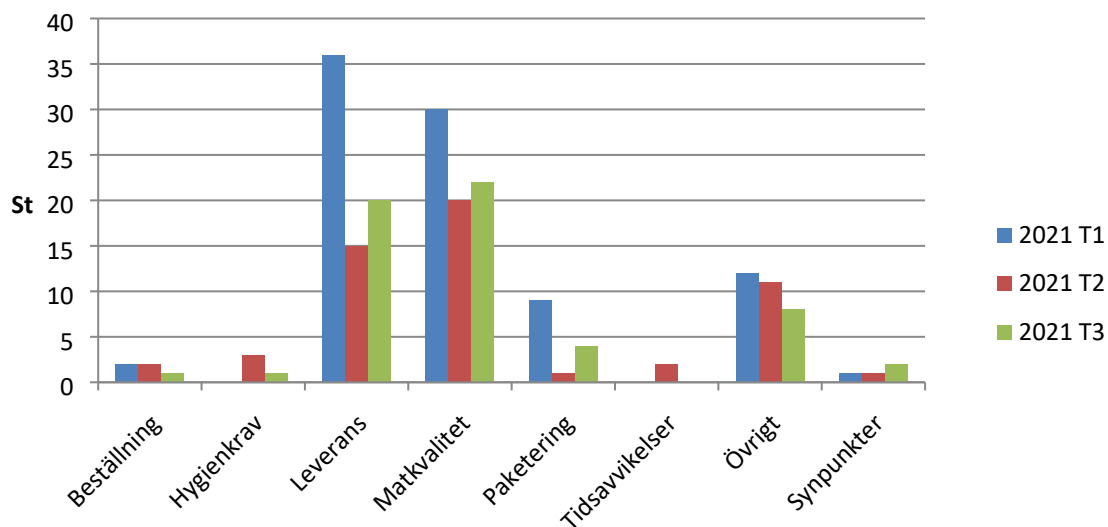
I ovanstående tabell redovisas rapporterade avvikelser per tertial. Genomgående har färre avvikelser rapporterats per tertial i relation till föregående år. 2021 rapporterades totalt 203 avvikelser under året, vilket är 132 färre inrapporterade avvikelser i relation till föregående år. 335 avvikelser rapporterades 2020 och 328 avvikelser rapporterades 2019. I nedanstående tabell återges inrapporterade avvikelser till produktionsköken per kategori och år.



Beställning:	Beställning/avbokning enligt överenskommelse
Hygienkrav:	Boxar, vagnar och kantiner uppfyller inte hygienkraven
Leverans:	Fel vara skickad/utebliven/returnerad
Matkvalitet:	Fel temperatur, fel konsistens.
Paketering:	Trasig förpackning
Tidsavikelser:	För tidig/för sen leverans
Övrigt:	Kryddning, utseende
Synpunkter:	Egna synpunkter

De kategorier som erhållit flest inrapporterade avvikelser är matkvalitet och leverans, men på en lägre nivå än föregående år. Merparten av kategorierna har erhållit färre avvikelser i relation till 2020.

Resultat per tertial 2021, produktionskök



Det var en markant minskning av inrapporterade avvikelser andra tertialet 2021 och under tredje tertialet ligger inrapporterade avvikelser kvar på samma nivå. Samtliga produktionskök har erhållit

avvikelser, avvikelserna avseende Öjebyns och Strömbacka produktionskök har ökat något medan de har minskat något avseende Hortlax och Norrfjärdens produktionskök.

Av inkomna avvikelser tertial 3 avser 64 % normalkost, 33 % specialkost och 3 % var inte matrelaterat. Med hänsyn till berörda portioner avser 95 % normalkost, 3 % specialkost och 2 % är inte matrelaterat.

Under tredje tertialet har Öjebyns produktionskök och Hortlax produktionskök något högre andel (0,27 % och 0,38 %) avvikelser avseende berörda portioner än övriga produktionskök.

Kategorierna matkvalitet och leveranser är likt tidigare de kategorier som erhåller flest avvikelser, under tredje tertialet ligger de på samma nivå rörande antal inrapporterade avvikelser.

Avvikelser avseende

- matkvalitet rör främst konsistens och utseende men även tillagning, avvikande temperatur och kycklingben i maten rapporterades. Avvikelserna berör samtliga produktionskök. Avvikelserna rör både normalkost (18 avvikelser) och specialkost (4 avvikelser)
- leverans omfattar samtliga produktionskök, dock främst från Hortlax produktionskök och Strömbacka produktionskök. De avser huvudsakligen beställningar som uteblivit, men även rapport rörande dåligt tillslutna lock rapporterades. Avvikelserna omfattar både normalkost (6 avvikelser) och specialkost (12 avvikelser), 2 avvikelser var inte matrelaterat
- hygien är inrapporterad rörande Norrfjärdens produktionskök, det rör normalkost där en kycklinggryta med ananas blivit infrys och sedan vid leverans erhållit nytt bäst före datum
- paketering rör felleverans av normalkost rörande Hortlax produktionskök och Norrfjärdens produktionskök
- beställning avser leverans av felaktig mängd mat, normalkost. Avvikelsen rör Öjebyns produktionskök.
- övrigt avser huvudsakligen smaksättning och utseende vid Hortlax produktionskök, men även övriga kök omfattas bland annat förekomsten av blåa kulor som fastnat i kantin efter diskning och förekomsten av en plastbit i maten samt avsaknad av specialkost. Avvikelserna omfattar både normalkost (6 avvikelser) och specialkost (2 avvikelser).

Inskickade avvikelser per enhet 2021-09-01-2021-12-31, produktionskök

Under tertial 3 har 876 263 portioner producerats och 58 avvikelser lämnats som avsåg 1 325 portioner. Inkomna avvikelser berör 0,15 % av producerade portioner. Antal "berörda portioner" avser hur många portioner som respektive avvikelserrapport omfattar. Samtliga inrapporterade avvikelser är avslutade. Se tabell nedan, statistiken är fördelad på förskola, skola och vård- och omsorgsboende.

Produktions kök	Enhet	Antal levererade portioner T3	Antal Avvikelser T3	Berörda portioner T3		Avslutade T3
				antal	%	
Öjebyn	Förskola	97 245	11	206	0,21%	11
	Skola	150 477	5	514	0,34%	5
	Specialkost Förskola och skola	7 189	4	11	0,15%	4
	Specialkost Vård- och omsorgsboende	16 072	4	14	0,09%	4
	Totalt	270 983	24	745	0,27%	24
Strömbacka	Berggården	18 498	5	39	0,21%	5
	Källbogården	12 125	0	0	0,00%	0
	Mogården	20 369	3	13	0,06%	3
	Munkberga	12 901	3	12	0,09%	3
	Ängsgården	19 351	0	0	0,00%	0
	Trädgårdens äldrecentra	10 229	0	0	0,00%	0
	Öjagården	11 515	3	13	0,11%	3
	Österbo	16 202	1	1	0,01%	1
	Gruppboende	1 391	0	0	0,00%	0
	Strömbacka gymnasium	267 564	0	0	0,00%	0
	Totalt	390 145	15	78	0,02%	15
Hortlax	Hortlaxgården	17 477	6	77	0,44%	6
	Roknäsgården	15 189	3	28	0,18%	3
	Förskola	17 442	0	0	0,00%	0
	Skola	69 081	1	350	0,51%	1
	Totalt	119 189	10	455	0,38%	10
Norrjärden	Norrgården	21 403	6	25	0,12%	6
	Rosågränd	5 859	1	18	0,31%	1
	Ospecificerat vård- och omsorg		0	0	0,00%	0
	Förskola	18 052	1	3	0,02%	1
	Skola	50 632	1	1	0,00%	1
	Totalt	95 946	9	47	0,05%	9
Totalt		876 263	58	1325	0,15%	58

Åtgärder produktionskök

Måltidsservice arbetar kontinuerligt med att utveckla och förbättra sin verksamhet. Rapporterade avvikelser analyseras och åtgärder vidtas för att eliminera eller minimera risker framgent.

Samtliga produktionskök arbetar med kvalitetssäkring utifrån rapporterade avvikelser. Nedanstående åtgärder har vidtagits vid respektive produktionskök under perioden:

4(8)

Öjebyn har vidtagit följande åtgärder

- Utvecklat ny rutin för kreditering specialkost
- Utvecklat rutiner rörande leveransbesked, maträtter som ersätts på grund av specialkost och paketering av soppa
- Förändrat arbetsmetod rörande leverans av specialkost till förskola och skola
- Genomgång rutiner bland annat packrutin, paketering till kund, packrutin i dieten och avvikelser av vikten i % angående soppa och grytor
- Receptutveckling/tillagningsmetod
- Sämt produkt för analys på grund av avvikande smak
- Reklamation till grossist
- Återkopplat till transportör avseende skador vid transport

Norrfjärden har vidtagit följande åtgärder

- Genomgång rutiner rörande paketering till kund och slutberedning
- Synpunkter på menyn skickad till meny gruppen
- Återkopplat till transportör rörande för tidig hämtning av returtransport

Strömbacka har vidtagit följande åtgärder

- Genomgång av rutinen paketering till kund
- Service av transportvagn
- Felsökt vid rapportering av främmande föremål i maten och vidtagit åtgärder
- Reklamation till grossist

Hortlax har vidtagit följande åtgärder

- Receptutveckling
- Genomgång rutin för leverans
- Återkopplat till transportör avseende skador vid transport
- Reklamation till grossist

Analys produktionskök

Totalt rör inrapporterade avvikelser samtliga produktionskök och 0,16 % av totalt producerade portioner 2021, vilket vi bedömer är mycket lågt och en effekt av det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs utifrån inrapporterade avvikelser. En minskning av inrapporterade avvikelser har skett, 2020 var det 0,46% av totalt producerade portioner som rapporterades avvika.

Rapporterade avvikelser 2021 är lägre än 2019 och 2020. 2021 påverkades inte produktionsköken av några större förändringar som under tidigare år exempelvis produktion av mat till socialtjänsten i Luleå eller ombyggnation av Strömbacka produktionskök. Det som påverkat måltidsservice 2021 är framför allt den pågående pandemin, den bedöms inte vara orsak till att avvikelser rapporteras i någon större utsträckning.

Tredje tertiet rör inrapporterade avvikelser 0,15 % av producerade portioner.

Avvikelserna som rör matkvalitet avser olika maträtter och bedöms vara tillfälliga. Orsak och lämplig åtgärd analyseras vid varje tillfälle. Detta bedömer vi vara det bästa sättet att agera för att förbättra matkvaliteten då inga strukturella brister påträffats. En särskild uppföljning äger rum vid

2022-01-07

avvikelser rörande special koste eftersom de är ett prioriterat område. Matkvalitet är den kategori som erhållit flest avvikelser avseende normalkost.

Avvikelser som rör leverans avser främst uteblivna beställningar och ligger kvar på samma nivå som föregående tertiäl. Över åren ses en positiv trend vilken bedöms bero på det kvalitetsarbete som bedrivs vid produktionsköken. Leverans är en av de kategorier som har flest inrapporterade avvikelser avseende specialkost.

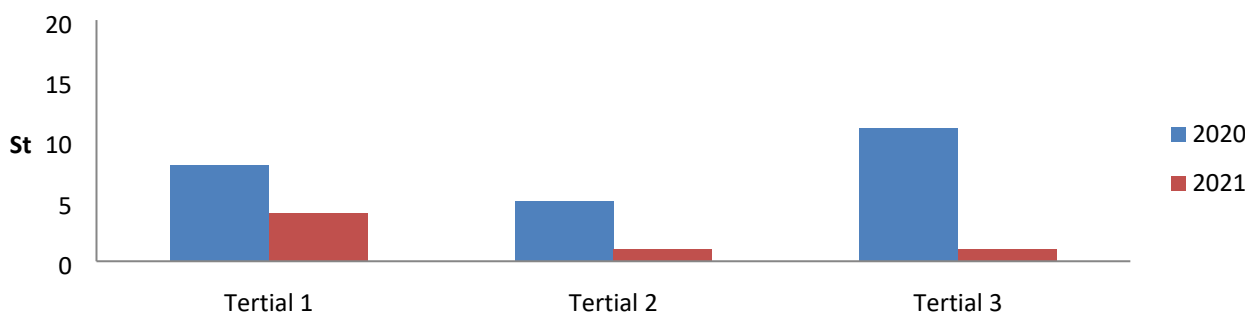
Paketeringsavvikelser har förekommit även detta tertiäl, det avser huvudsakligen kantiner som inte varit förslutna ordentligt. Åtgärder har vidtagits exempelvis har nya lock med gummilist införskaffats, vilket vi bedömer bidrar till färre avvikelser framgent. Det är glädjande att avvikelser på grund av att packmaskinen i Öjebyns produktionskök inte är lika många som tidigare år.

Övriga avvikelser fortsätter minska i relation till tidigare tertiäl. Det rör främst smaksättning och utseende, ett område som vi fortsätter arbeta för att förbättra.

Avvikelser slutberedningskök

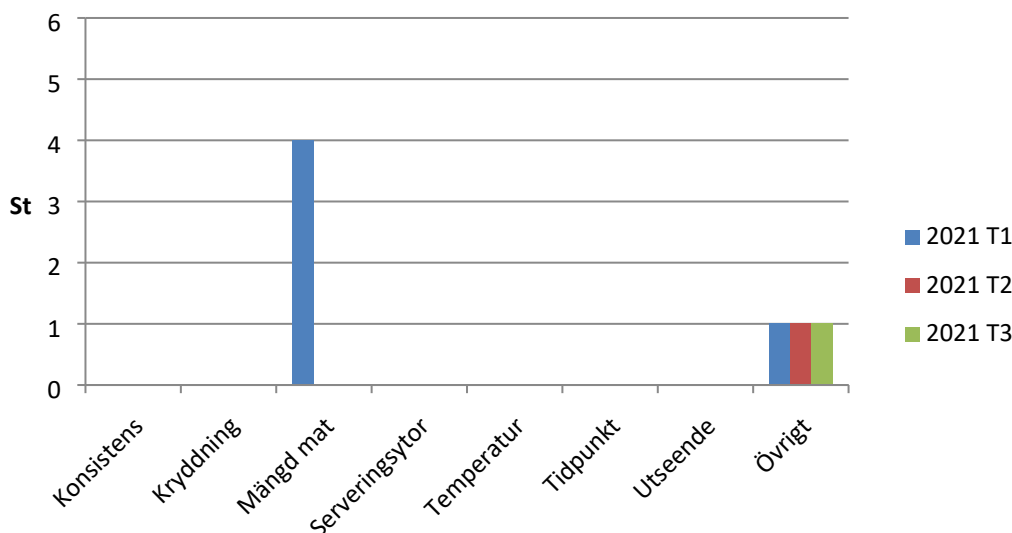
E-tjänsten för rapportering av avvikelser avseende slutberedningskök startade 1 februari 2020. Information om tjänsten finns på utbildningsförvaltningens hemsida/insida, utöver det har information lämnats till utbildningsförvaltningens avdelningschefer. E-tjänsten är till för att elever och pedagoger ska rapportera avvikelser.

Sammanställning 2021, slutberedningskök



Rapporterade avvikelser har minskat, under innevarande år var det 18 avvikelser färre än föregående år. Under tertial 3 rapporterades en avvikelse, totalt har 6 avvikelser rapporterats under 2021.

Resultat per tertial 2020, slutberedningskök



Det har inkommit en avvikelse rörande kategorin övrigt under sista tertialet 2021, vilket är en mycket låg nivå. Avvikelsen avsåg ett barn som svalde ner en bit från engångsbestick.

Inskickade avvikelser per enhet 2021-09-01-2021-12-31, slutberedningskök

Under tertial 3 har 446 823 portioner slutberetts. En avvikelse har rapporterats avseende en portion, vilket utgör 0,002 % av slutberedda portioner. Avvikelsen avser förskoleverksamhet, se tabell nedan.

Enheter	Verksamhet	Antal slutberedda portioner* T3	Antal avvikelser T3	Antal berörda portioner T3	Andel berörda portioner T3 %
Norra	Förskola	49399	0	0	0,00
	Skola	43740	0	0	0,00
	Totalt	93139	0	0	0,00
Södra	Förskola	49489	1	1	0,00
	Skola	121766	0	0	0,00
	Totalt	171255	0	0	0,00
Västra	Förskola	34065	0	0	0,00
	Skola	65407	0	0	0,00
	Totalt	99472	0	0	0,00
Övriga	Skola	82957	0	0	0,00
	Totalt	82957	0	0	0,00
Totalt		446823	1	1	0,00

*(Antal inskrivna barn/elever) x (antal skoldagar)-(schablon frånvaro 15 % barn/10 % elever).

Åtgärd, slutberedningskök

Avvikelsen rör en förskola där barnen åt med engångsbestick och ett barn svalde ner en bit av besticken, engångsbestick användes på grund av att diskmaskinen var trasig. Efter olyckan användes ordinarie rostfria bestick.

Måltidsservice arbetar kontinuerligt med att erbjuda välsmakande, kvalitetssäkrade och näringsriktiga måltider. Vid avvikelser sker analys och felsökning och åtgärder vidtas för att eliminera eller minimera avvikelser i framtiden. Bland annat sker dialog med berörd personal för att undersöka orsak till avvikelse. Detta är en del i det kvalitetsarbete som bedrivs inom måltidsservice.

Analys, slutberedningskök

Totalt rör avvikelserna 0,002 % av slutberedda portioner under tertial 3, vilket är mycket lågt.

Inrapporterad avvikelse rörde en förskola där åtgärder vidtogs omgående för att undvika att likande händelse skulle ske igen.

Helena Lundberg
Kostchef
Måltidsservice



§ 8

Avvikelseberättelse måltidsservice tertial 3 2021

Diarienum 22FSN8

Beslut

Fastighets- och servicenämnden godkänner redovisningen avseende perioden 2021-09-01--2021-12-31.

Fastighets- och servicenämnden uppdrar till Måltidsservice att, vid behov, löpande vidta åtgärder med anledning av inkomna avvikelserapporter.

Fastighets- och servicenämnden beslutar att avvikelserapportering måltidsservice sker två gånger per år.

Socialnämnden delges redovisningen.

Barn- och utbildningsnämnden delges redovisningen.

Ärendebeskrivning

2014-01-01 tog Fastighets- och serviceförvaltningen över sammanställningen av avvikelserapporter enligt överenskommelse mellan Socialtjänsten och Fastighets- och serviceförvaltningen. Kost- och servicenämnden redovisar avvikelser rörande ordinärt boende från och med 1 januari 2019 på grund av ny politisk organisation.

Avvikelsena ska utgöra underlag för kvalitetsförbättringar inom respektive förvaltning. Det finns ett inarbetat system för återkoppling och dialog på alla nivåer mellan Socialtjänsten och Fastighets- och serviceförvaltningen.

Resultaten från genomförda uppföljningar under senare år har varit relativt likartade, de visar att det totalt är en låg andel avvikelser och att de flesta avvikelserna rapporteras rörande matkvalitet och leverans. Fastighets- och serviceförvaltningen föreslår därför att redovisning av avvikelserapportering framöver sker två gånger per år.

Beslutsunderlag

- 2021 tertial 3, Avvikelseberättelse måltidsservice FSN

Paragrafen är justerad



§ 4

Avvikelseberapportering Öjebyns produktionskök

Diarienumr 22GKN8

Beslut

Gemensam Kost- och servicenämnd Piteå - Luleå godkänner redovisningen avseende perioden 2021-09-01 -- 2021-12-31.

Gemensam Kost- och servicenämnd Piteå - Luleå uppdrar till Måltidsservice att, vid behov, löpande vidta åtgärder med anledning av inkomna avvikelserapporter.

Gemensam Kost- och servicenämnd Piteå - Luleå beslutar att avvikelserapportering sker två gånger per år.

Socialnämnden, Luleå kommun delges redovisningen.

Socialnämnden, Piteå kommun delges redovisningen.

Ärendebeskrivning

I februari 2019 startade Kost- och servicenämnden sin verksamhet som omfattar produktion av mat till ordinärt boende i Piteå kommun och socialtjänstens verksamheter i Luleå kommun.

Ett system för rapportering av avvikelser finns, en gemensam e-tjänst, där berörda i respektive kommun dokumenterar inträffade avvikelser. Avvikelserna är underlag för kvalitetsförbättringar inom respektive förvaltning.

Det finns system för återkoppling och dialog på alla nivåer mellan socialtjänsten i respektive kommun och Fastighets- och serviceförvaltningen.

Resultaten från genomförda uppföljningar har varit relativt likartade, de visar att det totalt är en låg andel avvikelser och att de flesta avvikelserna rapporteras rörande leverans. Ledningsgruppen föreslår därför att redovisning av avvikelserapportering framöver sker två gånger per år.

Beslutsunderlag

- 2021 T3 Avvikelse måltidsleveranser sammanställning GKN1.0

Paragrafen är justerad

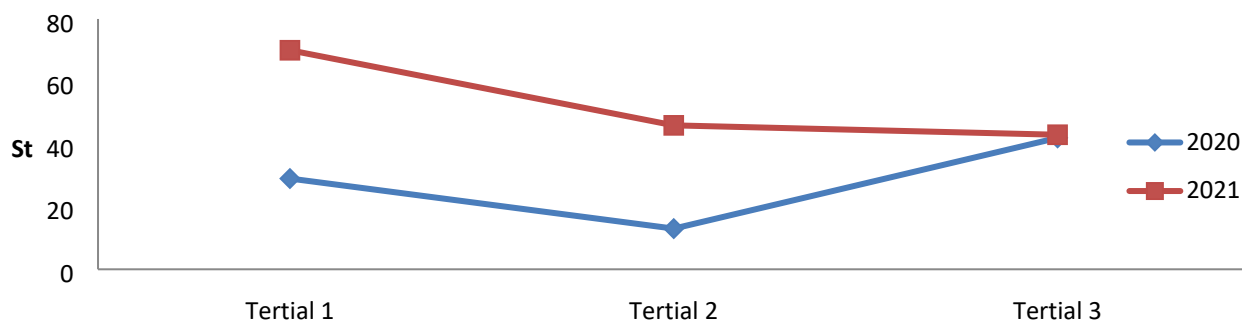


Sammanställning avvikelserapporter Öjebyns produktionskök T3, Kost- och servicenämnden

Inrapporterade avvikelser rörande produktion av mat till ordinärt boende i Piteå och Luleå kommun samt särskilt boende i Luleå kommun under tredje tertiet 2021 redovisas i detta dokument.

I avvikelssystemet har 29 avvikelser rörande 175 portioner registrerats som inte rör kost- och servicenämndens verksamhet, dessa avser ansvar tillhörande Luleå kommun samt Samhall och har därför inte tagits med i nedanstående sammanställningar.

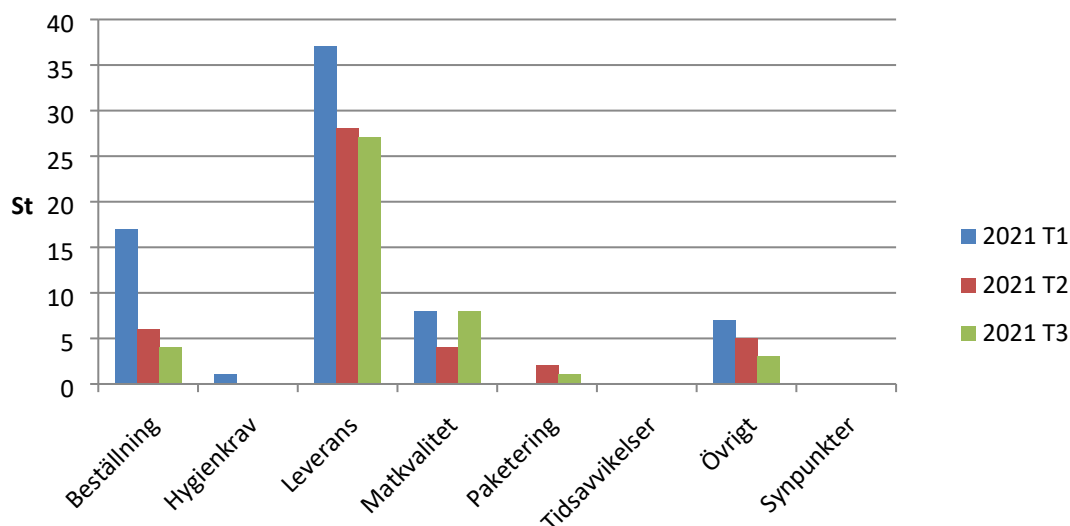
Sammanställning 2021



I tabellen ovan redovisas antal inrapporterade avvikelser rörande mat som levererats till ordinärt och särskilt boende i Luleå samt ordinärt boende i Piteå under 2021. Inkomna avvikelser har ökat mellan 2020 och 2021. Under 2021 rapporterades 70 avvikelser tertial 1, 45 avvikelser tertial 2 och under tredje tertiet rapporterades 43 avvikelser. Vid en jämförelse på årsbasis rapporterades 159 avvikelser under 2021, 84 avvikelser under 2020 och 138 avvikelser under 2019.

I tabell nedan har inkomna avvikelser sorterats utifrån kategori.

Resultat per tertial 2021



Beställning:	Beställning/avbokning enligt överenskommelse
Hygienkrav:	Boxar, vagnar och kantiner uppfyller inte hygienkraven
Leverans:	Fel vara skickad/utebliven/returnerad
Matkvalitet:	Fel temperatur, fel konsistens.
Paketering:	Trasig förpackning
Tidsavvikelser:	För tidig/för sen leverans
Övrigt:	Kryddning, utseende
Synpunkter:	Egna synpunkter

Avvikelsena under tredje tertiet ligger på samma nivå som tertial 2. 42 avvikelser avser normalkost, 1 avvikelse rör specialkost. Nedan återges vad avvikelserna inom respektive kategori avser.

- Leverans avser främst utebliven leverans, men även felaktig leverans förekommer. Samtliga avvikelser avser normalkost.
- Matkvalitet avser konsistens, kvalitet och många ben i en fiskrätt. Samtliga avvikelser avser normalkost.
- Beställning avser felregistrering av kundens beställning och oro då kunden blev dålig i magen. Samtliga avvikelser avser normalkost.
- Paketering avser trasig förpackning. Avvikelsen avser specialkost.
- Övriga avvikelser rör förekomsten av ben i fiskrätt och främmande föremål i maten. Samtliga avvikelser rör normalkost.

Inskickade avvikelser per verksamhet 2021-09-01-2021-12-31

Produktions Kök	Verksamhet	Antal levererade portioner T3	Antal Avvikelser T3	Berörda portioner T3		Avslutade T3
				antal	%	
Öjebyn	Ordinärt boende Piteå	16 410	0	0	0,00	0
	Ordinärt boende Luleå	44 711	34	74	0,17	34
	Särskilt boende Luleå	242 044	9	135	0,06	9
Totalt		303 165	43	209	0,07	43

Antalet inskickade avvikelser var totalt 43 under tertial 3. I ovanstående tabell återfinns "Berörda portioner", i avvikelserrapporten ska antal portioner som avvikelsen avser anges. Inkomna avvikelser berör endast en mycket liten andel, 0,07 %, av producerade portioner. Samtliga ärenden avslutades under tertiet.

Åtgärd

Måltidsservice arbetar aktivt för att leveranserna ska vara kompletta och att maten ska vara näringsriktiga, kvalitetssäkrade och välsmakande. Avvikelser som rör specialkosten är prioriterat. Avvikelser som rapporteras diskuteras med berörd personal för att påtala, utreda och undvika dessa i framtiden.

Följande åtgärder har skett under tertial 3;

- Utveckla ny rutin vid felregistrering av kundens beställning
- Markerar tydligare när kund beställt fler portioner än en
- Skickat matprov på analys
- Genomgång rutiner; packrutin till kund,
- Receptutveckling
- Reviderat meny, maträtt utgår
- Felsökning av främmande föremål i maten
- Reklamation till grossist
- Samhall och Luleå kommun tar fram ny avvikelserutin för ärenden som inte rör Öjebyns produktionskök

Analys

Antalet avvikelser har ökat sedan föregående år, vilket bedöms bero på socialtjänstens uppmaningar till vård- och omsorgsboendena i Luleå att rapportera avvikelser. Det är väsentligt att avvikelser rapporteras så att dessa går att undvika eller minimera framgent.

Rapporterade avvikelser 2021 berör 0,16 % av totalt producerat antal portioner, vilket bedöms vara mycket lågt. Det är främst avvikelser rörande leverans som rapporterats. Utvecklingen är positiv under året för samtliga kategorier utom matkvalitet som ligger kvar på samma låga nivå. Det systematiska kvalitetsarbetet som sker vid Öjebyns produktionskök bedöms vara tillförlitligt och säkerställer att avvikelser ligger på en låg nivå. Åtgärder vidtas löpande för att säkerställa att beställningar, flödet i köket, märkning och packning fungerar tillfredsställande.

Under andra tertialet, då semesterperioden infaller, rapporteras allmänt ett färre antal avvikelser vilket bedöms bero på att antal beställda måltider minskar och att det är sommarvikarier inom socialtjänsten. Den förväntade ökningen av avvikelser tertial 3 har uteblivit, antalet inrapporterade avvikelser ligger på samma nivå som tertial 2. Även andelen berörda portioner ligger kvar på en mycket låg nivå, 0,07 %.

Avvikelsena rörande leverans har minskat i relation till föregående tertial, men ligger på samma nivå. Det rör främst mat som inte levererats. Leveransavvikelser är den största orsaken till avvikelser och fortsatt kvalitetssäkring kommer att ske för att de ska minska ytterligare.

Antalet avvikelser rörande matkvalitet ligger på samma nivå samtliga tertial. Avvikelsena bedöms inte vara systematiska då de är få till antal och inte avser samma maträtter. Utifrån avvikelserapporterna och de positiva återkopplingar som delges Öjebyns produktionskök tillsammans med resultaten från genomförda kundundersökningar bedömer vi att matkvaliteten är bra.

Avvikelser som rör beställningar har minskat i relation till första tertialet. Åtgärder har vidtagits för att komma till rätta med beställningarna och avvikelserna har minskat i antal under året. Felregistrering av kundens beställning kommer att analyseras av Samhall, det är inte kost- och servicenämndens ansvar. Inskickat matprov visade inte på något avvikande.

Övriga kategoriers avvikelser är få och visar inte på någon systematisk avvikelse utan är mer att betrakta som tillfälligheter.

2022-01-07

Utredning om förutsättningar och möjlighet att införa mottagande avdelning på etiketter har tidigare skjutits upp med anledning av pandemin. Under tertiäl tre genomfördes utredningen och det fastslogs att befintlig rutin rörande packning och etikettinformation är tillräcklig.

Helena Lundberg

Kostchef

Måltidsservice

§22

Av ledamöter väckta frågor

22SN9

§23

Patientsäkerhetsberättelse 2021

22SN14



Patientsäkerhetsberättelse för kommunal hälso- och sjukvård i Piteå kommuns socialtjänst 2021



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 är ny från 2021. Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav. Patientsäkerhetsberättelsen är upprättad av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

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	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	7
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens	7
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	
Öka kunskap om inträffade vårdskador	8
Tillförlitliga och säkra system och processer	9
Säker vård här och nu.....	9
Riskhantering.....	10
Stärka analys, lärande och utveckling	10
Avvikelse	10
Klagomål och synpunkter	10
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	12
Genomförd internkontroll, egenkontroll och MAS-uppföljning	14

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen för Piteå kommuns socialförvaltnings kommunala hälso- och sjukvård utgår från ledningssystemet, internkontrollplanen, avdelningarnas inlämnade egenkontrolluppgifter och rapporterade avvikelser samt observationer från MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska).

Året har återigen till stor del handlat om pandemin och arbete relaterat till den. År två i pandemin har dock varit mer ”ordnad” då många strukturer funnits på plats, inflödet av informationsmängderna till viss del minskat, kunskapen om sjukdomen har utökats och fram för allt tillkomst av vaccin. Den patientgrupp som kommunen ansvarar för tillhör bland de mest sköra i befolkningen vilket gör att tillskott av kunskap och läkemedel har varit oerhört välkommet. Både nationellt och lokalt ses tydliga skillnader i andel som tillfrisknat från sjukdomen efter vaccinets tillkomst.

Under året har vårdgivaren beslutat om en riktlinje för egenkontroll i förvaltningen. Riktlinjen är gemensam för egenkontroll inom omsorg och hälso- och sjukvård. Denna antogs mot slutet av året och gäller från 2022. Utgångspunkten i ett förändrat arbetssätt är att avdelningarna självständigt ska jobba med egenkontroll och säkerställa kvalitet och patientsäkerhet. Pararellt med det skapats ny ordning för nämndens internkontrollarbete och internkontrollarbetet kommer inte som idag att spänna över respektive lagrum utan hållas ihop för all internkontroll i förvaltningen. MAS har ett uppdrag att ta fram en MAS-uppföljningsplan för att säkerställa att de ansvarsområden som åligger MAS följs upp.

Under året har socialchefen fattat beslut om en handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet. Ur patientsäkerhetsperspektivet var syftet att samla upp de förbättringsområden som bland annat kommit fram i tidigare patientsäkerhetsberättelser och att de tas om hand och åtgärdas. Handlingsplanen har ett treårs-perspektiv.

Fördelning och omfattning av patienter i förvaltningen

- Hemsjukvården. Patienterna inrymms inom avdelningen ordinär boende, stöd till vuxna funktionsnedsatta samt privata personliga assistansbolag eller enbart som ”ren” hemsjukvård utan involvering från annan utförare: 403 st. (401 st. 2020),
- Äldrecentrat: 36 st. (36 st. 2020). Vissa av dessa patienter kan ibland samtidigt vara inskrivna i hemsjukvården,
- Särskilt boende för äldre (avd: vård och omsorgsboende): 526 st. (531 st. 2020), 5 platser är stängda, 4 på grund av arbetsmiljöskäl och en plats är omgjort till personalrum.
- Psykosocialt stöd till vuxna: 171 st. (168 st. 2020),
- Antal beslut Daglig verksamhet/sysselsättning inom avdelning Psykosocialt stöd till vuxna: 273 st. (258 st. 2020). Av dessa var 146 män och 77 kvinnor,
- Antal beslut om dagverksamhet för äldre var 72. Av dessa var 37 män och 35 kvinnor.

Totalt sett ansvarar förvaltningen upp till sjuksköterskenivå för 1136 (1136 st. 2020) patienters hälso- och sjukvård/dygn årets alla dagar. Utöver detta ansvarar den kommunala hälso- och sjukvården för hälso- och sjukvård som bedrivs på de dagliga verksamheterna.

Antal verkställda beslut vid särskilt boende för äldre under året var 692st (687 st. 2020). Av det var 451 kvinnor (65 %) och 241 män (35 %). Två kvinnor var under 65 år. Det rör sig jämförelsevis med förra året om några fler personer som haft insatsen särskilt boende för äldre. Andelen män är något ökande, 1 %.

Antal verkställda beslut särskilt boende stöd och omsorg så var det 188 st. som haft ett pågående och verkställt beslut under aktuellt år. 60 % var män och 40 % var kvinnor.

Resultaten i korthet:

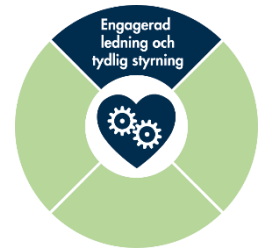
- Trycksåren har minskat, särskilt de som uppstått i egen verksamhet,
- Antalet utfärdade delegeringar har minskat marginellt för sjuksköterskor men ökat för rehabpersonalen,
- De som får fler än tio läkemedel har ökat. Vissa läkemedels som är olämpliga för äldre har ökat och vissa har minskat,
- I uppföljning av läkaravtalet ses en liten ökning av de som fått en läkemedelsgenomgång inom särskilt boende för äldre medan det kraftigt försämrats med läkemedelsgenomgångar inom särskilt boende stöd och omsorg. Generellt har de flesta patienter en fast läkarkontakt,
- I frågan om blåsdysfunktion kan man se att fler har fått en utredning för sin inkontinens, men från en mycket låg nivå vilket innebär att det är många som fortsatt saknar utredning. I övrigt har samtliga parametrar försämrats sedan föregående år,
- Uppmätta resultat kopplat till rutiner för basal hygien har markant förbättrats under pandemiåren, men trots omfattande arbete inom området finns det fortsatt personal som jobbar med ringar, klockar, nagellack, lösnaglar eller inte bär skyddsförkläde vid de tillfällen det ska användas,
- Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournaler visar generellt på försämrade resultat,
- Generellt har färre skyddsåtgärder ordinerats under året, resultaten rörande ordination och dokumentation har förbättrats jämfört med föregående år,
- Antalet rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvård har minskat,
- Antalet fall har minskat, det var färre som fick en fraktur men det var fler som fick en konsekvens av fallet, ex. svullnad, sår eller vrickning/stukning.
- En ny uppföljning har införts under året. Det rör uppföljningar efter att en person fallit. Uppföljningen visar på att det krävs omfattande förbättringsarbete i den frågan.

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 §

Några övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet för 2021 i syfte att säkra verksamhetens kvalitet fanns inte. Har tagits fram för 2022.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har antagit en internkontrollplan för verksamhetens egenkontroll, nämndens interna kontroll och medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens patientsäkerhet.

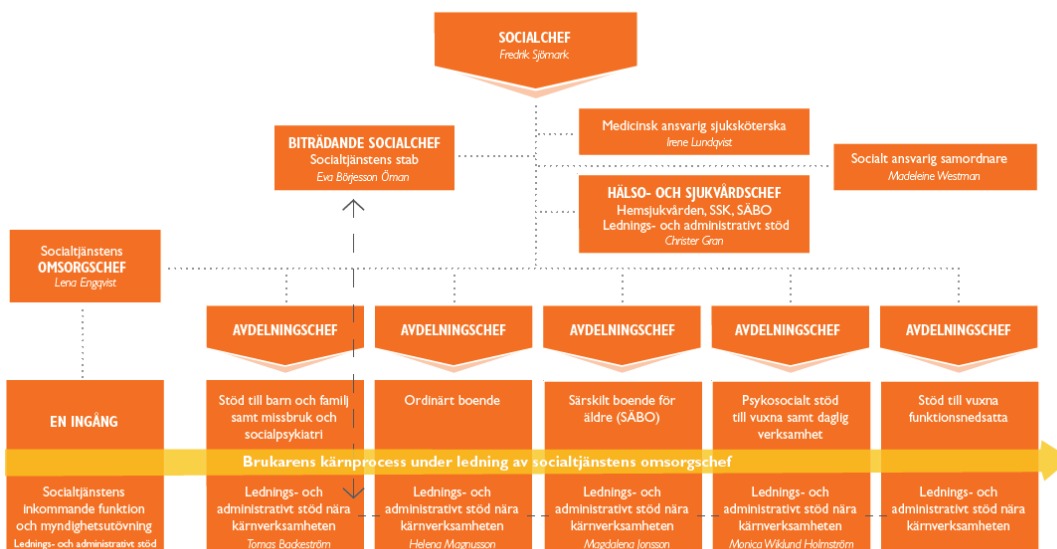
I övrigt har vårdgivaren antagit riktlinjer ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i syfte att förtydliga det systematiska kvalitetsarbetet och fördela ansvaret. Där har man angett från vårdgivarnivån till medarbetaransvaret för respektive paragraf inom föreskriften hur ansvaret ska utövas i förvaltningen. Riktlinjen finns med som bilaga till patientsäkerhetsberättelsen. Bilaga 1.

Patientnämndsverksamhet har vårdgivaren ingått avtal med region Norrbotten.

Stöd i basala hygienfrågor har förvaltningen fått via regionen Norrbottens enhet för vårdhygien. Denna har varit ett viktigt och bra stöd för verksamheterna under pandemin. Under året har det förts dialog om avtal och planen är att ingå avtal i frågan under våren 2022.

Förvaltningens organisation

SOCIALTJÄNSTEN 2021



Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Extern samverkan.

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

Hälso- och sjukvårdsledningsfunktioner inom förvaltningen samverkar regelbundet med regionens ledningsfunktioner på lokal nivå.

Intern samverkan

Med anledning av att många hälso- och sjukvårdsinsatser utförs på delegation är den interna samverkan av särskild vikt och betydelse. Dokumenterad och återkommande samverkan finns internt mellan hälso- och sjukvårdsavdelningen (HSL-avdelningen) och personlig assistans, HSL-avdelningen och ordinärt boende samt HSL-avdelningen och stöd- och omsorg. Samverkan mellan HSL-avdelningen och särskilt boende för äldre sker på initiativ och dokumentation för samverkan mellan avdelningarna saknas.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Arbetet med informationssäkerhet sker via förvaltningens IT-strateg som självständigt sammanställer en rapport till socialnämnden senast den 28 februari årligen. I den rapporteras riskanalyser som har gjorts av informationssäkerheten, incidenter som har påverkat informationssäkerheten och som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada, uppföljningar som har gjorts, förbättringsåtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten, sammanställning av rapporterade IT-incidenser som rapporterats inom förvaltningen under året, och sammanställning av loggkontroller som görs i förvaltningen och resultaten av dessa.

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.



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 ökat mellan avdelningarna och ger ett naturligt sätt för funktionerna att mötas och stämma av behov av kompetensutvecklingsbehov för olika grupper. Ett konkret exempel är en pågående utbildning för att generellt höja kunskapen kopplad till trycksår i förvaltningen.



Under året är det förändrat från att en delegerande sjuksköterska eller fysioterapeut alltid måste överlämna ett delegeringsbeslut till närmsta arbetsledare för den delegerade personalen. Tidigare har det räckt med information till närmast arbetsledare. Grunden är att cheferna måste veta vilken personal som har vilken delegering för att kunna schemaplanera på ett säkert sätt.

Det finns ett flertal olika grupper och konstellationer för att samla sig, kunskapshöja sig och likrikta vården. Exempelvis träffar med palliativa ombud och kvalitetsgrupper.

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 ska så långt som möjligt utformas och genomföras 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.



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.

Det systematiska kvalitetsarbetet finns beskrivet och beslutat i vårdgivarens riktlinje.

Under 2021 så antog vårdgivaren en internkontrollplan för hälso- och sjukvården. Planen innefattade krav på verksamhetens egenkontroll och innefattade även den medicinskt ansvarige sjuksköterskans kontrollansvar. Under året har en ny riktlinje för egenkontroll i förvaltningen beslutats inför nästkommande år. Pararellt med detta har det även tagits fram ett nytt arbetssätt för förvaltningens interna kontroll och inför 2022 så ska den medicinskt ansvarige sjuksköterskan ta fram en egen uppföljningsplan.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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



Förvaltningens struktur för arbete med rapportering och utredning av vårdskador är konstruerat utifrån fyra delar.

1. Rapportering av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskador.
Det finns utöver rapporteringsrutinen framtaget en lokal rutin för rapportering och utredning som beskriver hur man ska lägga till ansvariga, vem som främst ska jobba med utredningar med

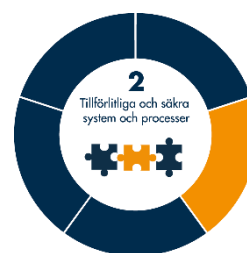
mera. Detta ansågs behövas med anledning av att hälso- och sjukvårdspersonalen är organiserad i en del och den delegerade personalen i en annan del och att man behövde beskriva hanteringen ner på detaljnivå.

2. Utredning av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskador. Rutin.
3. Anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada – Lex Maria. Rutin.
4. Externa avvikelser. Rutin.

Generellt sammanfattat är det all personals ansvar att rapportera och oftast är det sjuksköterskor som utreder. I vissa fall behövs dock utredning även av chef för delegerad personal då en rapport exempelvis kan bero på brister i bemanningsplanering.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Nedan följer exempel på hur verksamheterna jobbat med att införa nya eller förändrade arbets sätt som anses ha betydelse för att komma till rätta med problem och som bedöms påverka patientsäkerheten:

- Ett generellt återkommande problem är att ordinerade uppgifter glöms bort. Flera verksamheter anger att de infört ett digitalt påminnelsesystem där den delegerade personalen kvitterar utförda arbetsuppgifter. Om de inte utförs larmas det för att påminna om uppgiften.
- En verksamhet beskriver att de lämnar ut rutinen vård i livets slut till personalen för att använda den som en checklista för att lätt kunna stämma av alla moment och därmed säkerställa god och säker vård i livets slut.
- Då det inte längre varit möjligt att delegera personal i samma utsträckning så beskriver en verksamhet hur de tagit fram en checklista för hur personal utan delegering ska jobba när de behöver påkalla personal från annan enhet som kan utföra delegerade arbetsuppgifter.
- En korttidsverksamhet beskriver att de jobbat med att patienter som har hemsjukvård när de är i hemmet tar med sig signeringslista för delegerade insatser i syfte att säkerställa att de får sin medicin på samma sätt som när de är hemma.
- Hemsjukvården beskriver förändringar i arbetet med kunskapstestning inför delegeringar.

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

Det har under året varit problem att fram för allt kunna anställa sjuksköterskor i den omfattning som det har funnits behov av. För att försöka säkerställa ny eller inhyrd personal har HSL-enheten angett att de jobbat fram en checklista för att undvika att vissa viktiga moment inte faller mellan stolarna i dessa fall.



En ny struktur för utbildning inom dokumentation har jobbats fram under året. Syftet är att säkerställa en säker, likvärdig och tillförlitlig hälso- och sjukvårdsdokumentation.

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 rapporteras på samma sätt och i samma system som negativa händelser. Verksamheten har inte infört något särskilt system för riskhantering (ex Gröna korset).

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.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Avvikelser

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

Alla som arbetar i Socialtjänsten 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. Alla utredningar ska även bedömas (vidimeras) av enhetschef eller enhetschefer om det även förekommit att delegerad personal varit involverad i händelsen, och slutligen följa upp vidtagna och planerade åtgärder. Verksamheterna jobbar olika med uppföljning och lärande men viss exemplifierar med att de har kvalitetsgrupper och vissa hänvisar till arbetsplatsträffar som forumet där lärandet hanteras.

Externa rapporteringar/avvikelser

Det finns en särskild rutin och modulblankett 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. Vi kan se att det framkommit effekter av detta som troligen stärkt patientsäkerheten, exempelvis nya rutiner hos våra vårdgrannar.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomålshantering

Klagomålshanteringen styrs via riktlinjer från vårdgivaren/socialnämnden. Kommunen har en klagomålshantering via kommunens hemsida där det också inkommer klagomål till förvaltningen. Hälso- och sjukvården har ett striktare regelverk för hur klagomål ska hanteras än exempelvis socialtjänst. För hälso- och sjukvården finns därför särskilt rutin framtagen eftersom arbetet med de

klagomålen skiljer sig från de övriga. Förvaltningens socialt ansvarige socionom (SAS) sammanställer verksamheternas inrapporterade klagomål och hantering av dessa årligen i socialnämndens årsredovisning. Redovisningen omfattar samtliga inkomna klagomål i förvaltningen.

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. Nämnden är alltid den som besvarar dessa ärenden.

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.

Årlig extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen

En vanligt förekommande arbetsuppgift för både legitimerad personal och för omsorgspersonal med delegation är läkemedelshandling. Större delen av de som har insatser har hjälp av kommunen med sin hälso- och sjukvård har insatsen hjälp med läkemedelshandling. Läkemedelshandling är också föremål för överlägset flest avvikelser i förvaltningen (88 % av alla rapporterade HSL-avvikelser). På varje enhet där det ingår ansvar för hälso- och sjukvård samt förekommer läkemedelshandling ska det finnas en läkemedelsansvarig sjuksköterska. Vidare ska varje enhet ha en lokal instruktion som beskriver deras lokala handtering av läkemedel. För detta finns en mall som stöd och styrning framtaget som verksamheterna utgår från. Förutom detta finns förvaltningsövergripande rutiner som gäller för läkemedelshandling och delegering. Verksamheter som hanterar läkemedel genomgår årligen en extern kvalitetsgranskning av sin läkemedelshandling. 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. 2021 genomfördes granskningen digital. Bland annat genomfördes en enkät till all delegerad personal.

Det finns i princip alltid något som behöver åtgärdas 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 i överlag har god ordning gällande styrning och ledning av läkemedelshandlingen. Att det ska göras kvalitetsgranskningar av läkemedelshandlingen är reglerat i Socialstyrelsens föreskrift om läkemedelshandling.

Utmaningen i frågan om läkemedelshandling ligger främst inom delegeringsområdet där det återkommande framkommer brister i följsamhet till rutiner för delegerade uppgifter rörande läkemedelshandling. Att andelen undersköterske-utbildad 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.

MAS är den funktion i verksamheten som är utsedd att besluta om delegering av vårdansvar är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS granskar alla genomförda delegeringsbeslut.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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

Hälso- och sjukvårdsenheten har tagit fram följande mål och strategier för 2022:

Strategi	Mål
Säkerställa samverkan. Samverkan, med avdelningar som utför delegerad HSL i syfte att stärka patientsäkerheten	Samverkande enheter ska ha inrättat samverkansformer och dessa ska vara dokumenterade/område. HSV + Ordbo HSV+ Pers ass HSL säbo so + Söbo SO Säbo fä HSL + Säbo fä
Samla legitimerad personal under samma avdelning.	Från 1 april 2020 så pågår ett arbete för att nå detta mål. Fortsatt finns delar kvar i avdelning ordinärt boende men där pågår arbete även under 2022 för omorganisation för att sortera legitimerad personal i samma avdelning. Syftet ur ett patientsäkerhetsperspektiv är att nå synergieffekter och bättre kunna hålla ihop HSL-processerna.
Under 2021 inrättades strategiska hälso- och sjukvårdsträffar där enhetschefer med legitimerad personal möter verksamhetschef HSL samt medicinskt ansvarig sjuksköterska 3 gånger per år.	Syftet ur ett patientsäkerhetsperspektiv är att nå synergieffekter och bättre kunna hålla ihop HSL-processerna och att information delges varandra vid samma tidpunkt. Under 2022 är målet att utöka dessa träffar då de bedömts ska mervärde.
Under 2020 inrättades HSL-råd. Detta genomförs ca. 1gång/månad. Deltagare är avdelningschefer som utför delegerad HSL, förvaltningschef, omsorgschef, HSL-chef och MAS.	Ha ett forum där rätt personer kan hantera HSL fokusfrågor och arbetet runt nära vård.
Nytt angreppssätt för att möta upp socialnämndens rutin och leva upp till den: Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	<i>Angreppssättet är samverkan med andra avdelningar som utför delegerad HSL – ”tillsammans”. Ex. trycksår, hur kopplar man mot andra professioner ex. omsorgspersonal och rehab.</i> Kunskapshöja EC-HSL
Jobba med preventivt arbetssätt inom hemsjukvården.	Omstart trygg hemma-projektet.
Komma till rätta med bristande journalföringen.	Inrätta en checklista till legitimerade sjuksköterskor i verksamheten

Säkerställa tillförlitlighet i kvalitetshandbok HSL.	Succesivt städarbete under 2022-2024 av kvalitetshandboken.
Läkemedelshanteringen ska bli säkrare	<p>Hemsjukvården: Utbildning av fast anställd baspersonal kopplat till delegerade uppgifter bl.a. läkemedelshantering. Uppföljning hösten 2022.</p> <p>SO Säbo: Baspersonal ska genomgå ”nya” delegeringsutbildningen. Uppföljning hösten 2022</p> <p>ÄO Säbo: Översyn av delegeringsutbildning för baspersonal. Uppföljning hösten 2022</p>
Rehabilitering i förvaltningen kvalitetssäkras och säkerställs	Rehabenheten: Kvalitetsgruppen arbetar med signeringslistor och säkerställande av att ordinerade behandlingar utförs. Uppföljning hösten 2022.

Inför patientsäkerhetsberättelsen 2022 så är ett mål att frågeställningar som går ut inför sammanställningen ut till verksamheterna måste korrigeras för att harmonisera bättre till denna nya mall. MAS tar fram ett sådant underlag.

Genomförd internkontroll, egenkontroll och MAS-uppföljning

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 mm. Nedan visas sammanställningar utifrån genomförd egenkontroll/internkontroll/MAS-uppföljning och sammanställningar i förvaltningen som är gjorda främst under hösten 2021. Utgångspunkten är vårdgivarens beslut om internkontrollplan 2021 som socialnämnden antog 210623.

Trycksår

Bakgrund

Under v. 40/41 2021, egenkontrollerade de särskilda boendena, äldrecentrat samt hemsjukvården förekomst av trycksår.

Det är tredje gången förvaltningen följer upp förekomst av trycksår baserat på en sexradig nationell skala. Tidigare uppföljningar har enbart följt upp om det finns trycksår eller ej och var dessa har uppstått, i egen eller annan vårdgivares verksamhet. Anledningen till byte av egenkontrollmetod var att det var varit nödvändigt att anpassa metoden mot ett nationellt förhållningssätt och detta kommer framgent att ge en mer korrekt jämförbarhet både lokalt och nationellt.

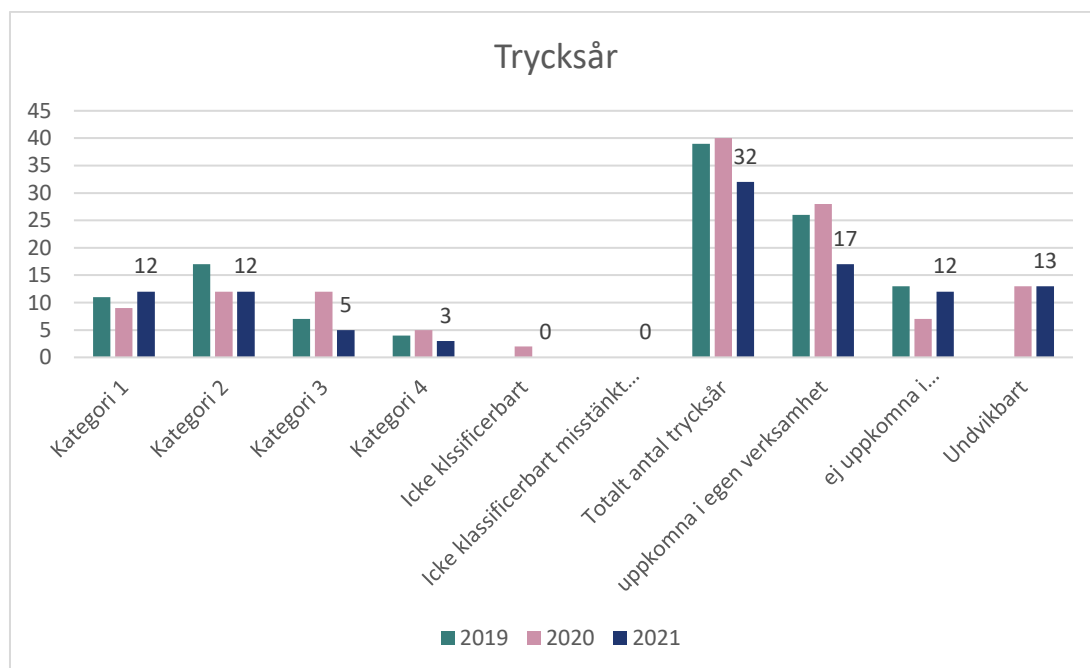
Orsaken till att trycksår uppkommer kan indelas i direkta orsaker: tryck, skav och värme och faktorer som samverkar med dessa: tid, friktion, fukt och bristande hygien.

Mål:

Förvaltningen har inga fastställda mål för trycksår.

Resultat:

Hela förvaltningen:



Avdelningsnivå:

Särskilt boende för äldre. 16 trycksår uppmättes varav 7 angavs ha uppkommit i egen verksamhet. I jämförelse med föregående år är det en minskning av antalet och fram för allt ses en minskning av att såren uppkommit i egen verksamhet.

I stöd- och omsorgsboendena uppmättes inga trycksår. Det är en minskning då avdelningen under förra året hade två trycksår.

Från äldrecentrat rapporteras att det vid mättillfället fanns ett trycksår, patienten hade detta med sig vid ankomsten från sjukhuset till enheten. Det är ett färre än föregående år.

I hemsjukvården rapporterades 15 trycksår. Det är en minskning med ett trycksår jämfört med föregående år. Dock ses en minskning i vart trycksåren uppkommit och det är 15 % färre trycksår detta år som uppstått i den egna verksamheten i jämförelse med tidigare år.

Förekomsten av trycksår är 32. Totalt sett har det skett en minskning av trycksår i verksamheten, ser man till antalet som uppstått i den egna verksamheten så har det även där skett en minskning.

Analys av resultat

Förekomsten av trycksår kan ses som ett kvalitetsmått på den omvårdnad och det riskförebyggande arbete som ges/utförs och därför följs förekomsten av trycksår upp årligen. 2021 var förekomsten av trycksår 3 %. Det är en minskning sedan föregående år med 1 %.

På senior alterts hemsida anges de [nationella mätresultaten](#). Där anges förekomst av andel trycksår i medverkande kommuner i landet vara 5,8 % hösten 2021. I relation till det så står sig således Piteå bättre än genomsnittskommunen. Samtidigt så är den nationella uppfattningen att samtliga trycksår går att undvika, så i relation till det så är förvaltningens uppmätta resultat för höga och det innebär att ett förbättringsarbete finns att göra inom området.

En analys är vidare att andelen trycksår som uppstått i den egna verksamheten markant har minskat.

Åtgärd

Under 2021 har en utbildning i syfte att minska trycksår tagits fram. Utbildningen hålls gemensamt av distriktsköterska och rehabpersonal. Utbildningen har genomförts inom avdelningen särskilt boende för äldre och planeras att genomföras i hemtjänst och i de särskilda boenden inom stöd och omsorg där det finns patienter med risk för att utveckla trycksår.

Det finns utveckling att göra rörande riskbedömningar av trycksår. Inom särskilt boende för äldre har tidigare riskbedömning för trycksår legat mycket högt men har de två senaste åren markant försämrat antalet patienter som fått en riskbedömning inom utsatta tider. Inom särskilt boende stöd och omsorg har resultaten av riskbedömningar markant ökat men trots det är det bara ¼ av patienterna som fått en riskbedömning. I hemsjukvården hade ingen fått någon riskbedömning.

Uppföljning

Egenkontroll.

Delegationer utfärdade av distriktssköterskor, sjuksköterskor och fysioterapeuter/sjukgymnaster

Bakgrund

Fördelning av arbetsuppgifter mellan personalgrupper inom hälso- och sjukvård sker i regel genom att befattningar inrättas och att dessa är förknippade med vissa formella kompetenskrav. En sjuksköterska ska normalt utföra uppgifter som hon i sin egenskap av sjuksköterska är utbildad för och därför formellt kompetent för. Delegering av arbetsuppgift innebär att en person som är formellt kompetent för en uppgift inom hälso- och sjukvård överför uppgiften till en person som besitter reell kompetens att utföra den. Socialstyrelsen styr via föreskrift (SOSFS 1997:14) hur delegeringar ska utformas och hanteras. I kommunen finns också lokala rutiner för verksamheten att förhålla sig till och det finns också en delegeringsguide som beskriver inom vilka områden som delegering är möjligt att använda. I föreskriften framgår också att delegeringsmöjligheten kan användas i undantagsfall. Delegering är inte avsett att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl.

I kommunen ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som bland annat ska ansvara för att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten. (Hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80. 4 kap.6.4§). I föreskrift om delegering framgår att den som har det yttersta ansvaret för att delegeringar tillgodoser patientsäkerheten kan meddela restriktioner i fråga om delegeringar inom verksamheten. Vidare framgår av föreskriften att den som är ytterst ansvarig befattningshavare fortlöpande hålls underrättad om delegeringsbeslut. Den senaste tillgodoses genom att MAS kontrollerar alla delegeringar som görs inom verksamheten. Att kontrollera enskilda delegeringar ger dock en ensidig bild över delegeringsförfarandet och en aggregerad analys behöver också ske utifrån ansvar inom ledningssystemet för kvalitet.

Omsorgspersonalen som är anställda inom socialtjänsten är inte anställda som hälso- och sjukvårdspersonal men träder in i den rollen när vid de tillfällen då de biträder en legitimerad personal exempelvis genom delegering.

Mål:

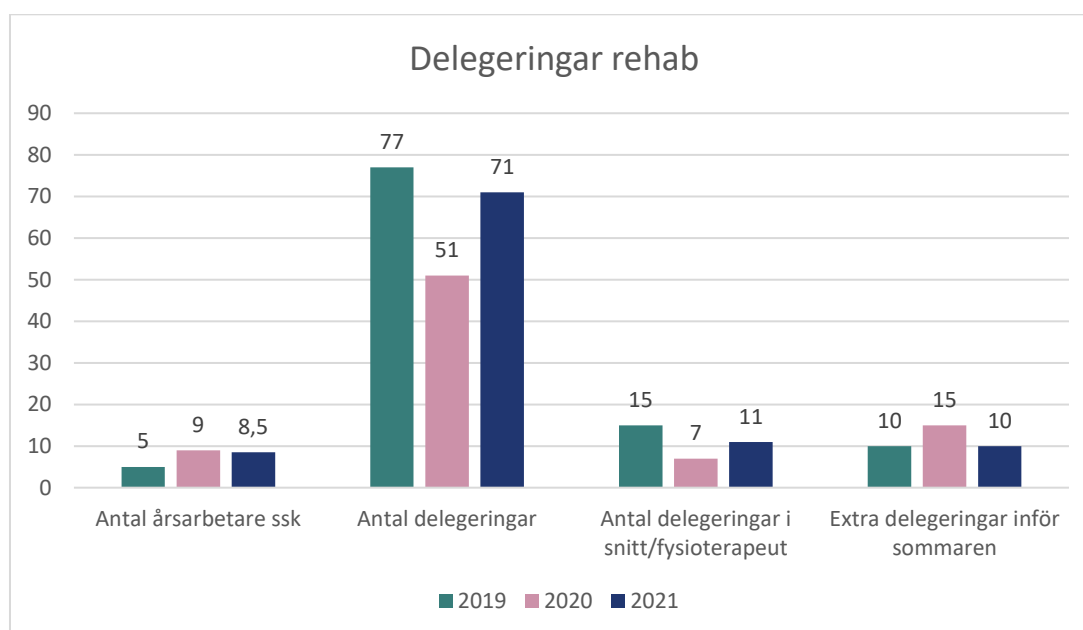
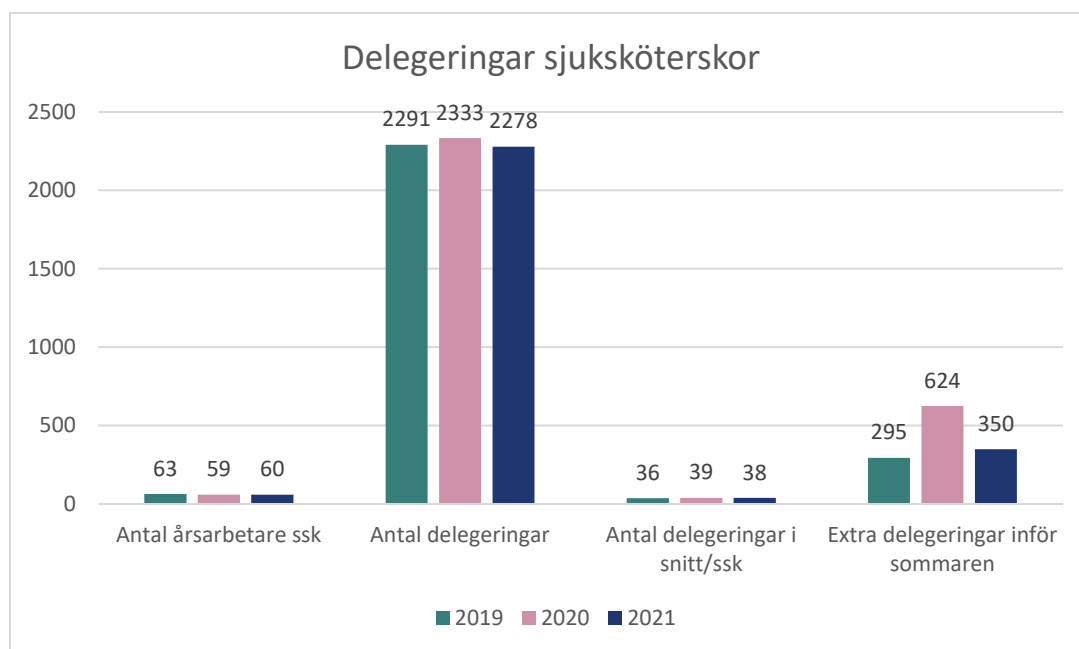
Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal kan överlåta en arbetsuppgift till en annan person, endast under förutsättning att det är förenligt med en god och säker vård och att det bedöms vara förenligt med god och säker vård av samtliga involverade parter.

Delegeringar av medicinska arbetsuppgifter får inte göras slentrianmässigt.

Krav på god kvalitet och hög säkerhet för patienterna är en grundförutsättning för att nyttja delegeringsmöjligheten. Varje delegeringsbeslut ställer mycket stora anspråk på gott omdöme, goda kunskaper och noggrannhet hos såväl den som delegerar som den som genom delegering mottar en medicinsk arbetsuppgift. Den som överlåter (delegerar) en arbetsuppgift skall försäkra sig om att den som skall motta uppgiften verkligen har förutsättning för att fullgöra den. Detta ska ske genom kontroll av de praktiska och teoretiska färdigheterna.

Det är en förutsättning att antalet delegeringar per sjuksköterska eller fysioterapeut anpassas så att förutsättningarna är rimliga för att kunna leva upp till föreskriftens intentioner.

Resultat



I dagsläget finns inga uttalade rekommendationer från Socialstyrelsen gällandes hur många delegeringar som kan vara rimligt/sjuksköterska att ansvara för. Tidigare har myndigheten uttalat sig och en skrivning som finns med i slutrapport om hemsjukvård inför övertagandet som säger att en rimlig nivå gällande delegeringar innebär ca 30 delegeringar i genomsnitt. MAS bedömning är att detta kan vara ett klokt riktmärke utifrån att förvaltningens sjuksköterskor även har ett omfattande patientansvar. Arbetet runt delegeringar innebär många gånger omfattande kunskapsöverföring, testning och uppföljning av utförda delegeringar ska följas upp kontinuerligt av den som delegerat en uppgift.

Inventeringen visar endast på hur många personer en sjuksköterska har delegerat, inget om mängden överförda uppdrag som finns i varje delegering. Den vanligaste uppgiften att delegera är att överlämna läkemedel.

Totalt sett så har sjuksköterskornas delegeringar minskat något. I snitt i förvaltningen har varje sjuksköterska 38 delegeringar. Det är dock mycket stora skillnader på antalet beroende på inom vilken avdelning sjuksköterskorna jobbar. I hemsjukvården är antalet delegeringar i snitt 71 delegeringar/årsarbetare sjuksköterska. I stöd och omsorg har varje sjuksköterska i snitt 87 delegeringar. Inom stöd och omsorg har också antalet delegeringar minskat kraftigt under året.

Gällande delegationer som är utfärdade av sjukgymnaster/fysioterapeuter så kan man konstatera att Äldrecentrat inte utfärdat några delegeringar. Inom rehabenheten har det totalt sett utfärdats 71 delegeringar under året och snittet för en fysioterapeut är 11 delegeringar/årsarbetare, vilket är en ökning då det i fjol enbart var 7 delegeringar/fysioterapeut.

Analys av resultat

Både hemsjukvården och stöd och omsorg måste sjuksköterskorna anses ha för många delegeringar utifrån riktmärke i övertagande rapport hemsjukvård samt socialstyrelsens tidigare riktmärke. Det är dock positivt att man kan se en minskning av antalet delegeringar inom stöd och omsorg. Antalet delegeringar inom särskilt boende för äldre och äldrecentrat ligger inom en klart acceptabel nivå.

Uppföljning

Egenkontroll.

Läkemedelsanvändningen i särskilt boende för äldre

Bakgrund

Läkemedelsanvändningen i särskilt boende för äldre rapporterades enligt av socialnämnden beslutad internkontrollplan vecka 40-41 I 2021 års mätning ingick 490 personer.

De läkemedel som är med i undersökningen är läkemedel som Socialstyrelsen anser olämpliga för äldre eller ska användas med försiktighet.

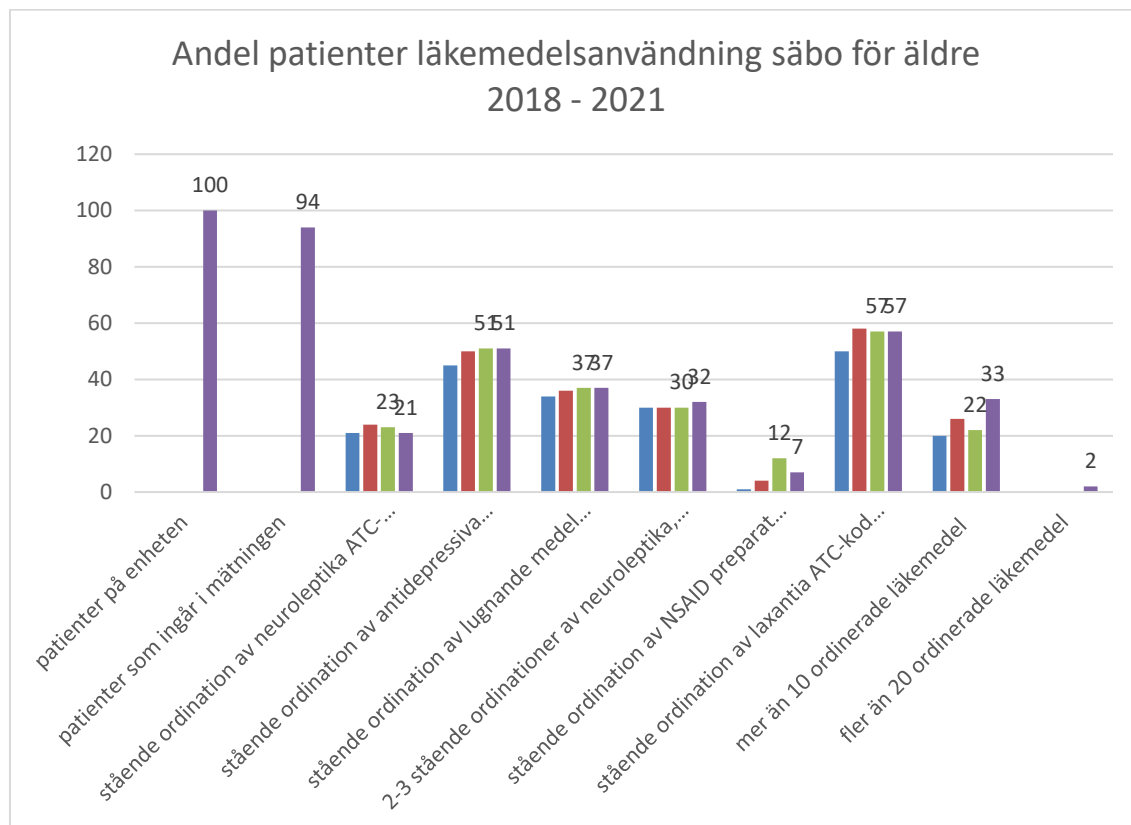
Socialstyrelsen skriver att läkemedelsanvändningen hos äldre ökat kontinuerligt under de senaste 25 åren och det är särskilt påtagligt i särskilda boendeformer. Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Ett flertal studier genom åren har också visat att det förekommer irrationell och potentiellt olämplig behandling med vissa läkemedel hos äldre, bland annat antipsykotiska läkemedel, läkemedel med antikolinerga effekter och långverkande lugnande medel och sömnmiddel. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att omkring en av tio akuta inläggningar av äldre på sjukhus, beror, helt eller delvis, på läkemedelsbiverkningar.

Äldre människor är mer känsliga för effekter och biverkningar av läkemedelsbehandling på grund av att kroppens förmåga att omsätta läkemedel försämras samtidigt som organens känslighet för läkemedel ökar med stigande ålder. Det kan till exempel yttra sig i att lugnande medel och sömnmiddel får en förlängd verkan med kvarstående trötthet och däsighet under lång tid.

Kommunen har inga egna läkare anställda. Läkarna är anställda av Region Norrbotten. Kommunen har ansvar upp till sjuksköterskekompetens. Detta är viktigt i sammanhanget utifrån att det enbart är läkare som får ordinera och förskriva läkemedel i kommunens särskilda boenden.

Resultat

Enbart stående ordinerade läkemedel har räknats in i undersökningen, ej vid behovs läkemedel.



Neuroleptika används vid psykotiska tillstånd. Användningen har minskat med två procent jämfört med föregående år. Användning av antidepressiva läkemedel ligger kvar på samma nivå som föregående år. Antiinflammatoriska smärtstillande ligger på sju procent. Det är en minskning sedan förra årets höga mätning. Andel av äldre med 2–3 stående ordinationer av neuroleptika, antidepressiva, lugnande medel och sömnmedel har ökat något i andel som föregående år medan andelen av de som har en stående ordination av lugnande läkemedel och sömnmedel ligger kvar på samma andel som föregående år. Sammantaget visar denna analys på att det ökar inom vissa områden och minskar inom vissa.

Andelen av de äldre som har mer än 10 ordinerade läkemedel har ökat kraftigt (11 %) och ligger nu på 33%.

Analys

Vissa parametrar har minskat och vissa har ökat.

Socialstyrelsen anger i sin rapport [Vård och omsorg för äldre 2021](#) att ” personer som är 75 år eller äldre använder idag i genomsnitt knappt fem olika läkemedel [103]. Äldre som är multisjuka och äldre som bor på särskilt boende är p.g.a. sviktande funktioner eller olika sjukdomar mest känsliga för läkemedel. Dessa grupper använder i genomsnitt närmare tio olika läkemedel. Förskrivningen av olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer till dem som fyllt 75 år har emellertid minskat kontinuerligt sedan 2005. Socialstyrelsen har mätt förändringen med hjälp av fem olika indikatorer. Samtidigt har den totala användningen av läkemedel ökat. Andelen äldre med tio eller fler läkemedel ökade under perioden 2005–2017 med 27 procent. En liten minskning sågs 2018, men andelen har nu åter ökat till 2017 års nivå.”

Tidigare ansågs fler än tio läkemedel vara en indikator på för mycket läkemedel, men den dialogen ses inte i samma omfattning i nuläget. En viktig faktor i sammanhanget är att det görs läkemedelsgenomgångar kontinuerligt så att patienterna verkligen har de läkemedel de ska ha. 2021 var det drygt 80 % av patienterna som fick en läkemedelsgenomgång. Det var en högre andel än året innan.

Verksamhetsansvarig beskriver att verksamheten under 2020 och 2021 har haft hög personalomsättning i sjuksköterskeorganisationen jämfört med tidigare. Således är det troligt att ny eller inhyrd personal inte har samma kännedom om rutiner för att initiera läkemedelsgenomgångar som fast anställd personal.

Åtgärder

Läkemedelsanvändningen är en fråga som sker i samverkan med läkaren. Det är viktigt att ha dialoger både på operativ och strategisk nivå.

Samverkan ska ses som ett ledord i frågan om läkemedelsanvändningen. Det är viktigt i sammanhanget att påtala att det enbart är läkaren som har rätt att förskriva läkemedel. Därför är det viktigt att den årliga uppföljning av läkemedelsanvändningen ska finnas som underlag för dialog och samarbete vid de möten som sker mellan ansvarig hälsocentral och aktuellt särskilt boende för äldre. Hälso- och sjukvårdschefen har beslutat att be sjuksköterskorna gå igenom de nu uppmätta resultaten rörande läkemedelsanvändning med berörda läkare vid rond så de får till sig respektive enhets resultat.

För att ha kontinuerlig kontroll på de äldres läkemedelsanvändning så är minst årliga läkemedelsgenomgångar för målgruppen av största vikt. Kommunens personal kan vara behjälpliga till att påminna läkaren om detta och förbereda läkemedelsgenomgångar i möjligaste mån. Samtliga särskilda boenden för äldre ska ha lokala rutiner som samverkats fram med ansvarig hälsocentral om formerna för läkemedelsgenomgångar.

Uppföljning

Egenkontroll.

Uppföljning lokalt samverkansavtal läkarmedverkan

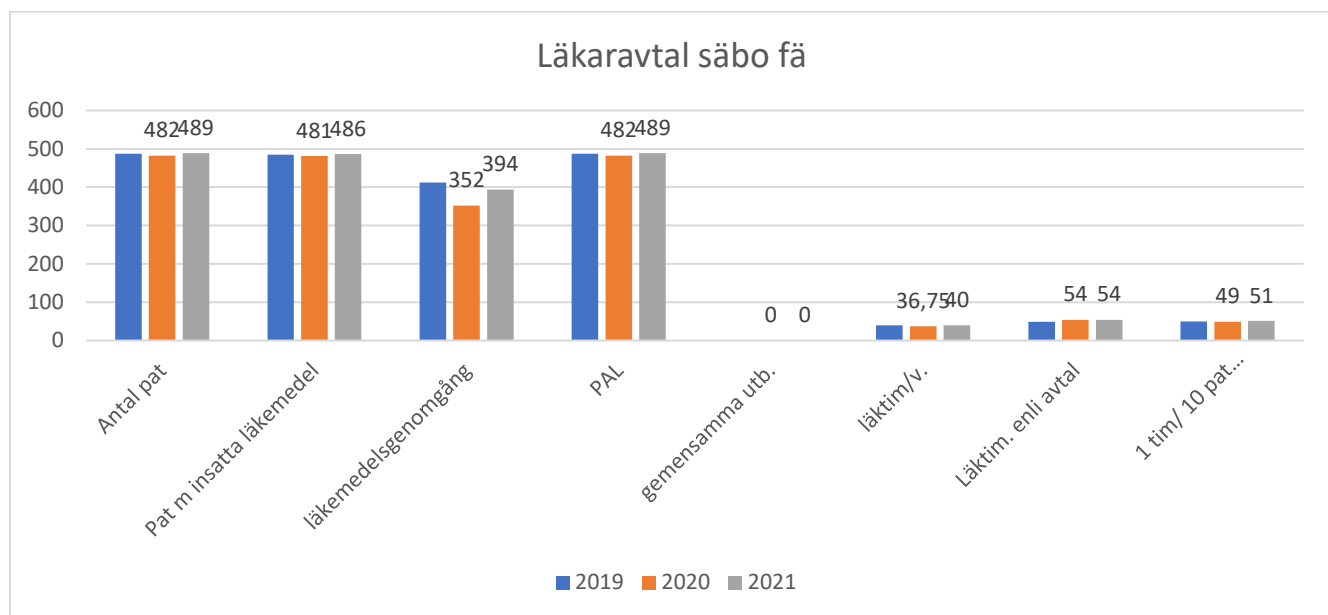
Bakgrund

Uppföljning avser det lokala samverkansavtalet som gäller läkarinsatser för särskilda boendeformer i Piteå. Avtalet är skrivet med Primärvården i Piteå och ska följas upp årligen. Uppföljningen är gjord i enkätform i kommunen. Parterna följer självständigt upp avtalet. Till grund för det lokala avtalet finns ett avtal framtaget på regional nivå där det framgår att det ska finnas ett lokalt avtal.

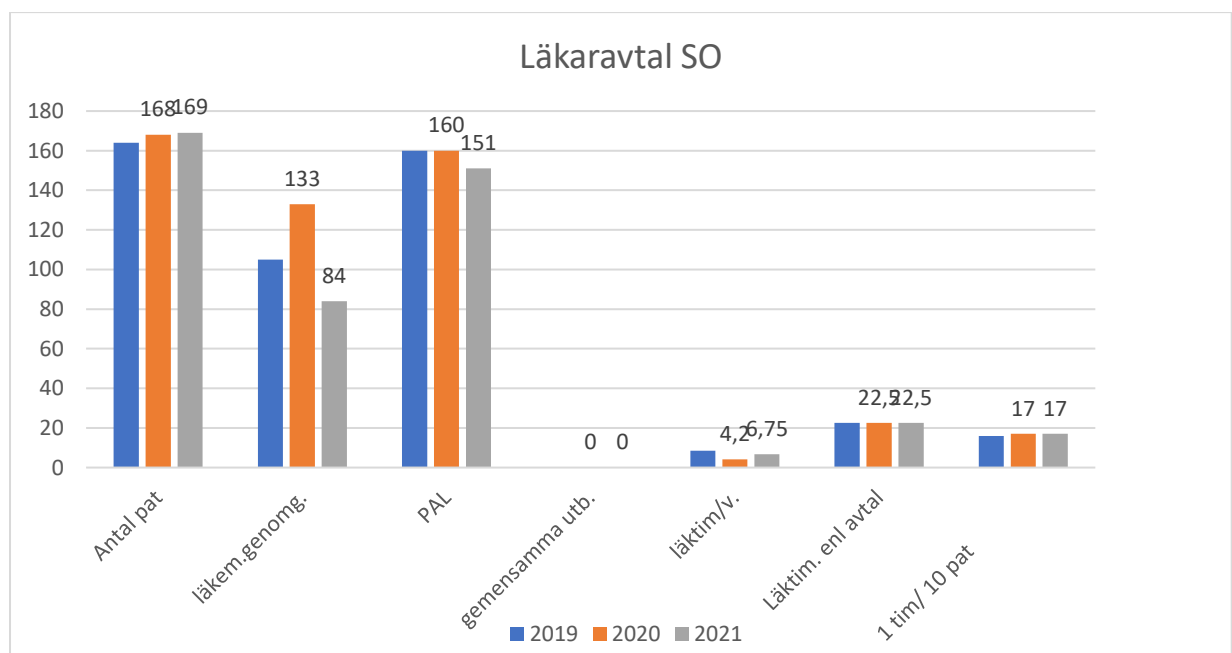
Under 2016 förhandlades ett nytt länsavtal för medverkan i särskilda boenden fram. Under 2017 togs en lokal överenskommelse om läkarmedverkan fram. Den lokala överenskommelsen reviderades under 2020.

Resultat

Särskilt boende för äldre



Särskilt boende stöd och omsorg



Analys av resultat särskilt boende för äldre

Av de som bor i ett särskilt boende för äldre har alla en fastställd behandlingsansvarig läkare.

I det lokala samverkansavtalet så finns minimum 54 tim./v avsatta för fast konsultationstid/vecka om alla patienter på det särskilda boendet är listade på ansvarig hälsocentral. I uppföljningen redovisar de särskilda boendena för äldre att de erhållit ca 40 tim./v. Detta är fler timmar än vid föregående års mätning. Ingen enhet uppger att någon gemensam utbildning med regionen har förekommit under året. Läkemedelsgenomgångar har gjorts på 81 % av patienterna vid särskilt boende för äldre. Det är en förbättring jämfört emot föregående år då det enbart var 73% som hade fått en läkemedelsgenomgång. Det är ett boende som markant sticker ut kopplat till brister i läkemedelsgenomgång. Information om vikarier för patientansvarig läkare saknas vid två särskilda boenden för äldre.

Sammanfattningsvis är resultaten generellt bättre. Dock behöver fler patienter få en läkemedelsgenomgång och det förefaller som om att minimitiden för läkartiden inte levereras från regionen även om timantalet var högre detta är än föregående år.

Analys av resultat stöd- och omsorgs särskilda boenden

89 % av patienter har en behandlingsansvarig läkare. Det är en försämring mot förra året då 95 % hade en behandlingsansvarig läkare. 50 % av de som bor i ett stöd- och omsorgsboende fick en läkemedelsgenomgång under året. Det är särskilt noterbart att det är främst i psykiatriboenden som läkemedelsgenomgångar inte har genomförts. Detta är en kraftig försämring sedan föregående år då 84 % fick en läkemedelsgenomgång. Verksamheten anger att de får ca 6,75 läkartimmar/v. Minimitiden för fast läkarkontakt är 1 tim./10 patienter. Då det finns 169 patienter i särskilda boenden på stöd och omsorg får alltså verksamheterna för lite läkartid. Enligt avtalet så ska det fördelas 22,5 läkartimmar/vecka. Hälso- och sjukvårdschefen anger att en trolig orsak till detta kan röra sig om personalomsättningsbrister på sjuksköterskesidan som lett till en sämre kontinuitet.

Åtgärder

Inför 2022 ser personalläget bättre ut på de enheter som hade få läkemedelsgenomgångar. Gäller för båda avdelningarna.

Under året har HSL-chefen haft fokus på att samverkanmöten mellan enhetschefer inom kommunal HSL och regionen återigen börjat komma igång. Viktigt vid dessa möten är att verksamhetsansvariga lyfta de brister som framkommer i uppföljningen i samverkan med region Norrbotten. Det är stora individuella skillnader så därför behöver vissa delar lyftas med vissa hälsocentraler och vissa med andra. I grundavtalet finns beskrivet att region Norrbotten ska avsätta 1 tim./10 patienter/v. vilket verksamheterna kan förhålla sig till när de för samverkansdiskussioner med ansvariga hälsocentraler. Samverkansdiskussionerna behöver också innefatta diskussioner om vikten av att det finns bra samverkansrutiner gällande exempelvis årskontroller, diabetespatienter, och andra författningssenliga dokument som kräver en god samverkan då det finns två vårdgivare involverade i patienter som finns i kommunal regi.

Uppföljning

Egenkontroll.

Uppföljning av blåsdysfunktion/urininkontinens

Bakgrund

Socialstyrelsen skriver i *skriften Blåsdysfunktion hos äldre personer* att blåsdysfunktion är ett folkhälsoproblem. I Sverige beräknas 530 000 personer över 65 år besväras av urinläckage minst en gång per vecka. Personer med inkontinens, oavsett orsak till besvären, drabbas av fler fallolyckor, använder fler läkemedel, har ett större antal andra hälsoproblem och sjukdomar samt rapporteras ha en lägre livskvalitet, vid jämförelse med personer som inte har inkontinens

Vidare anger myndigheten att blåsdysfunktion inte är en del av åldrandet utan ett symptom på att något är fel. Därför är det viktigt att alla med blåsdysfunktion blir erbjudna en basal utredning, där det ingår att identifiera bakomliggande orsaker och utesluta medicinska skäl.

Socialstyrelsen beskriver att de i sina uppföljningar konstaterar att få äldre personer med inkontinens fått en förklaring till varför inkontinens förekommer. Socialstyrelsen beskriver vidare att behandlingen i första hand är inriktad på inkontinenshjälpmedel, utan föregående utredning. Rätt utrett och rätt inkontinenshjälpmedel är förutom en livskvalitetsfråga för den enskilde även en stor kostnadsfråga i verksamheten.

Socialstyrelsen uppger vidare att det blivit allt vanligare att använda begreppet blåsdysfunktion som ses som ett vidare begrepp som beskriver fler symptom (urinläckage, tömningsproblem och trängningar).

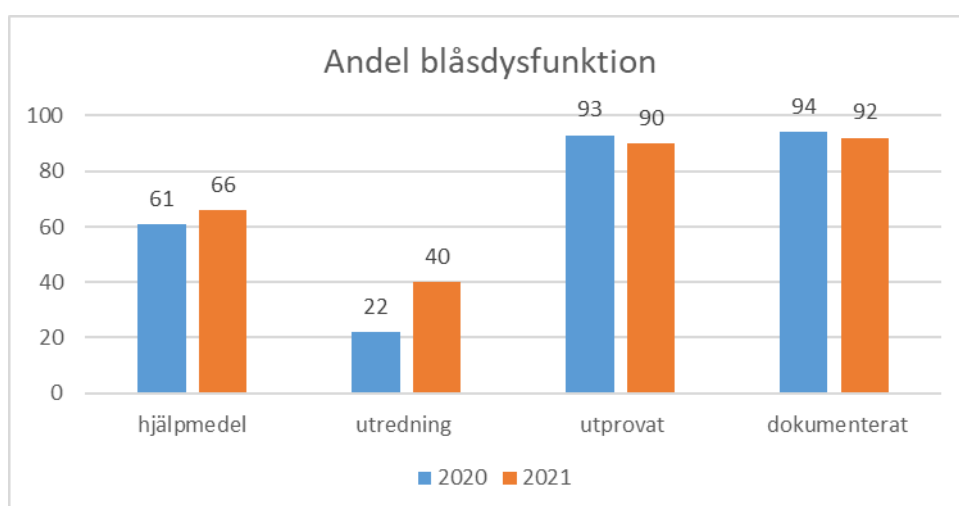
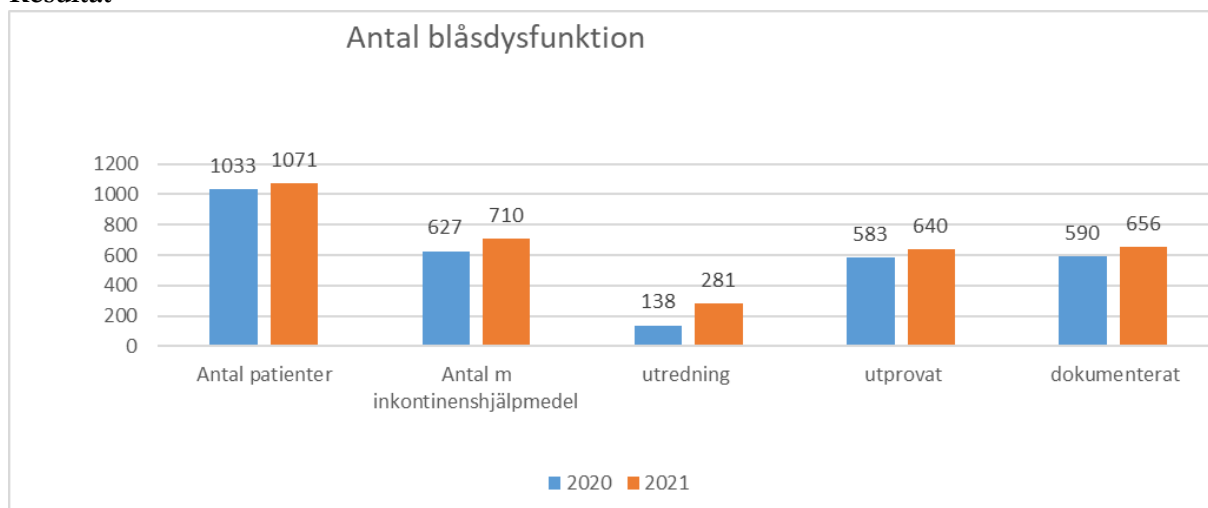
Definition inkontinens: ”ofrivilligt urinläckage som är objektivt påvisbart och som utgör ett socialt eller hygieniskt problem för individen”. Basal utredning vid urininkontinens syftar till att identifiera bakomliggande orsaker och utesluta eventuella medicinska skäl till inkontinensen. Utprovning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel sker utifrån den enskilde personens behov. Det ska ske enligt Socialstyrelsens föreskrifter om användningen av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2021:52) ske av hälso- och sjukvårdspersonal som är behöriga och utsedda att förskriva inkontinenshjälpmedlet. Den individuella utprovningen av inkontinenshjälpmedel ska dokumenteras i patientjournalen.

Förvaltningsövergripande styrdokument finns upprättat beträffande att det är sjuksköterskor anställda inom socialtjänsten som har behörighet att utprova och förskriva förbrukningsartiklar vid urininkontinens, urinretention och tarminkontinens.

Mål:

Det finns inga mål upprättade för blåsdysfunktion (inkontinens).

Resultat



Följande fem frågor ställdes till särskilt boende för äldre, särskilda boenden stöd- och omsorg samt hemsjukvården: Antal personer med inkontinenshjälpmedel? Sker utprovning om behov uppstår av inkontinenshjälpmedel? Antal personer med genomförd inkontinens utredning avseende urinläckage?, Antal personer med individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel?, och antal som har inkontinenshjälpmedlet dokumenterat i hälso- och sjukvårdsjournalen?

I resultatet kan man se att det är 66 % av patienterna som har inkontinenshjälpmedel. I särskilt boende för äldre är det 87 % som har hjälpmedlet, inom särskilt boende stöd och omsorg är det 24 % och för hemsjukvårdspatienterna är det 60 % som har behov av inkontinenshjälpmedel.

Analys av resultat

Andelen patienter som har behov av inkontinenshjälpmedel har ökat sedan föregående år med 5 %.

Det är positivt att andelen patienter som fått en utredning dubblerats, men det är fortsatt ett stort behov av utveckling inom området då fortsatt 6/10 patienter saknar en utredning.

Risken med att inte utreda personer för sina inkontinensbesvär är att det finns personer som skulle kunna ha behandlats för en grundåkomma och kanske helt eller delvis blivit av med sina besvär.

Det finns vidare utrymme för förbättringar då inte alla patienter har sitt hjälpmedel utprovat och dokumenterat.

Det är väldigt stora individuella skillnader mellan enheterna. Man kan se att vissa enheter jobbar helt enligt gällande författningar medan vissa inte har någon patient som exempelvis fått en utredning.

Åtgärder

Hälso- och sjukvårdschefen kommer att aktualisera frågan om de stora individuella skillnaderna i resultatför särskilt boende för äldre med ledningen inom området.

Uppföljning

Egenkontroll.

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Bakgrund

Det är Socialstyrelsen som fastställer regleringen för basal hygien i vård och omsorg. Reglerna är reglerat i detalj och sedan 2015 så omfattar reglerna inte bara hälso- och sjukvården utan även insatser som utförs inom socialtjänstlagen i hemtjänsten eller särskilda boenden samt inom lagen för lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade när insatsen ges inom särskilt boende. Föreskriften omfattar även den som är under utbildning.

Reglerna ska följas när det är arbetsmoment som innebär fysisk kontakt med patienter (vård) eller vid de arbetsmoment som innebär fysisk kontakt med den som beviljats insatsen (omsorg).

Orsaken till regleringen är att minska/förhindra smittspridning.

Korrekt följsamhet av basala hygienrutiner innebär att:

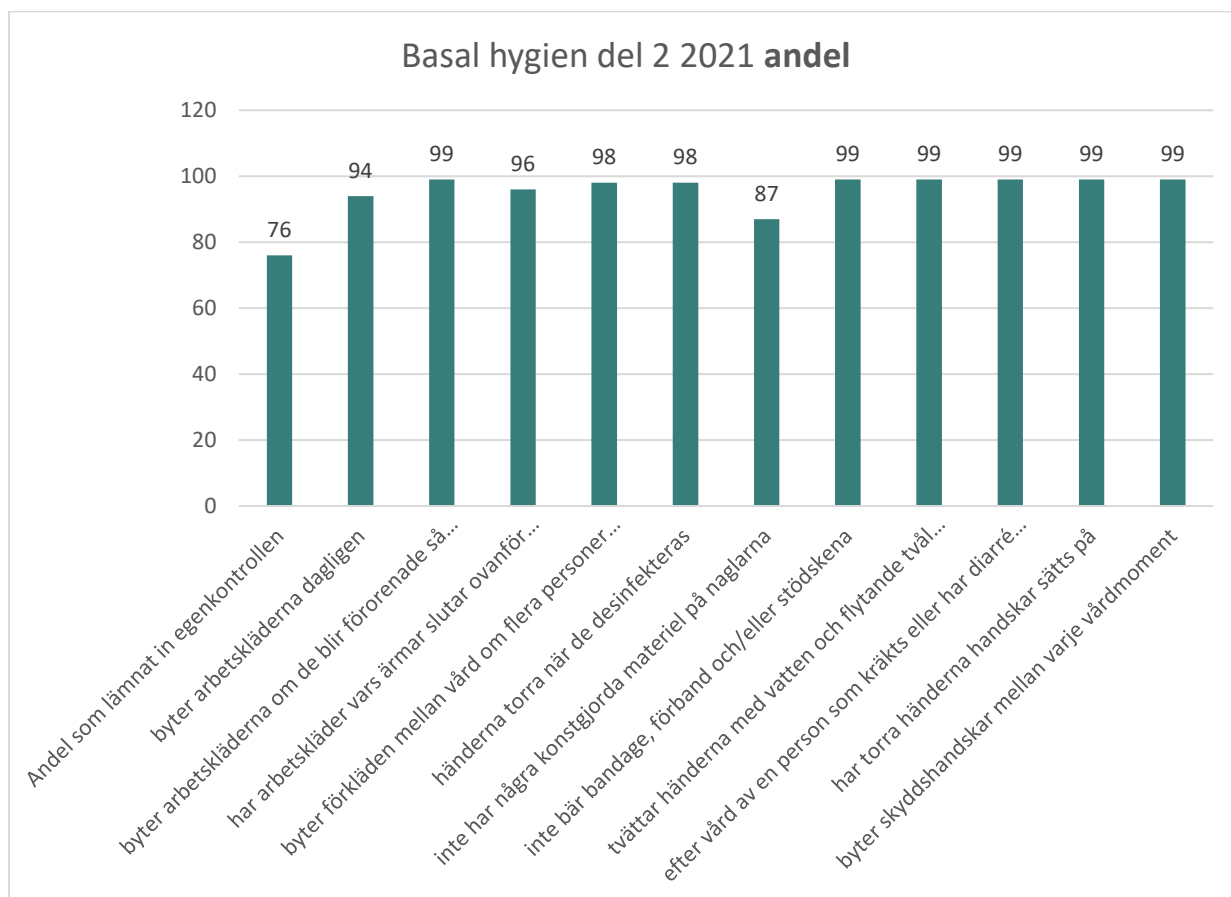
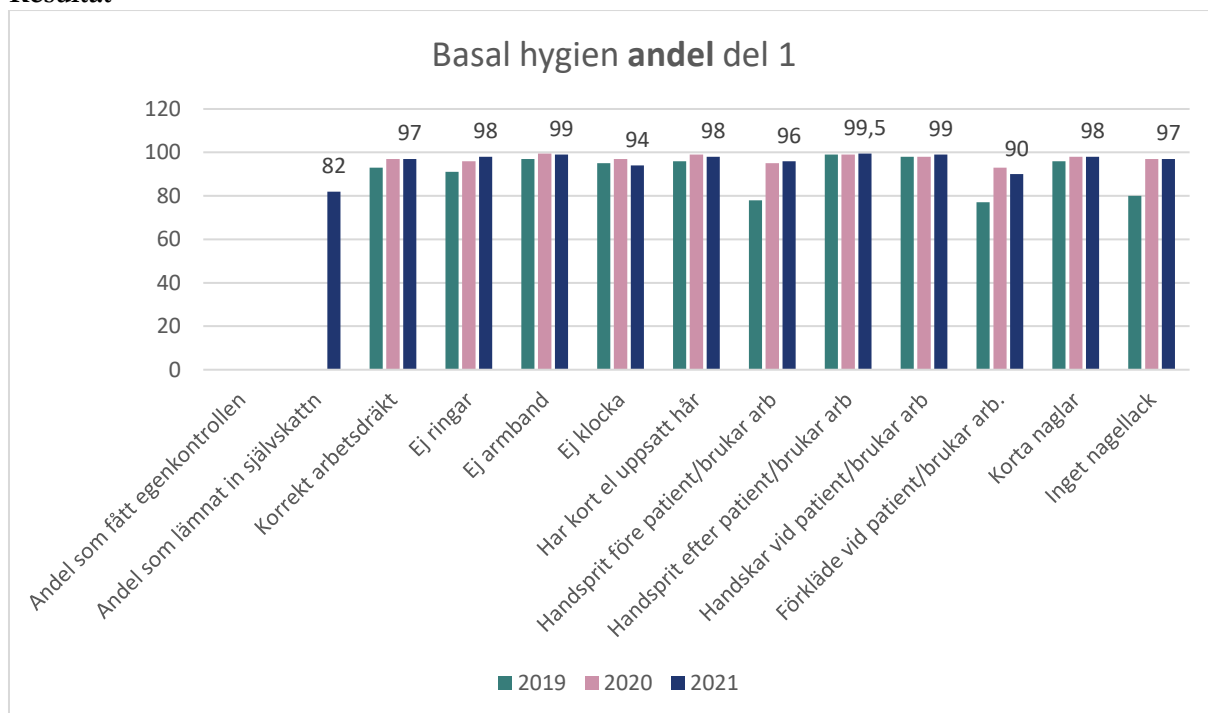
- Händerna ska desinfekteras med ett alkoholbaserat handdesinfektionsmedel, eller något annat medel med motsvarande effekt, omedelbart före och efter ett vård- eller omsorgsmoment. Händerna ska vara torra innan de desinfekteras. Händerna ska tvättas med vatten och flytande tvål före desinfektion, om de är eller kan antas vara smutsiga. Efter vård av eller omsorg om en person som kräks eller har diarré ska händerna alltid tvättas med vatten och flytande tvål före desinfektion.
- Skyddshandskar ska användas, om händerna riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor under ett vård- eller omsorgsmoment. Händerna ska vara torra när handskarna sätts på. Skyddshandskar som används i vård och omsorg ska vara för engångsbruk och avsedda för ändamålet. De ska bytas mellan varje vård- och omsorgsmoment.
- Om kläderna riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material under ett vård- eller omsorgsmoment, ska plastförkläde, skyddsrock eller motsvarande skyddskläder användas utanpå arbetskläderna. Om skyddskläder används vid vård av eller omsorg om flera personer efter varandra, ska de bytas mellan varje person.

Korrekt följsamhet av klädregler innebär att:

- Arbetskläder får endast bäras i arbetet. Om arbetet bedrivs på flera platser, får de dock även bäras vid färd mellan dessa. Arbetsklädernas ärmar ska vara så korta att de slutar ovanför armbågen. Arbetskläderna ska bytas dagligen. Om de blir förorenade eller om det annars finns behov av det, ska de bytas så snart som möjligt.
- Underarmar och händer ska hållas fria från armbandsur, smycken, bandage, förband, stödskenor eller motsvarande. Naglarna ska vara korta och fria från konstgjorda material.
- Håret ska vara kort eller uppsatt om det längre än axellångt eller riskerar att hänga ner.

Under året gjordes ytterligare en uppföljning i frågan om basal hygien. Anledningen till det vara att inspektionen för vård och omsorg under året granskade enheten för vårdhygien i Region Norrbotten och då ställde frågor till kommunen som inte kunde besvaras. Dessa frågor avser resultatgrafnen som benämns som del 2.

Resultat



Analys av resultat

Generellt rörande resultaten av del 1 kan man konstatera att förvaltningen fått en avsevärt förbättrad följsamhet till föreskrift om basal hygien under de två gångna pandemiåren.

Det är dock anmärkningsvärt att 10 % inte använder förkläde vid patientnära arbete.

I del två som således är en ny uppföljning så föreligger följsamheten vara generellt god förutom att det konstateras att det finns ett flertal medarbetare som har konstgjorda materiel på sina naglar.

Åtgärd

I dialog med avdelningschefer diskuterades bland annat försämrade resultat för sjuksköterskor inom stöd och omsorg som separat kommer att följas upp. Det fanns också önskemål om att inlämningsandelen bör ha varit högre. Berörda avdelningschefer kommer att verka för en ökad inlämning av egenkontrollerna. Bristen kopplat till konstgjorda naglar tas vidare i chefsleden för hantering.

Uppföljning

Egenkontroll.

Granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler

Bakgrund

I vårdgivarens internkontrollplan för 2021 framgår att 10 % av hälso- och sjukvårds (HSL) journalerna ska journalgranskas.

HSL-journaler inom särskilt boende för äldre, särskilt boende stöd- och omsorg och hemsjukvården har granskats var för sig. Totalt sett har 108 HSL-journaler granskats (105 stycken 2020). Granskningen är genomförd och rapporterad av inom hälso- och sjukvårdsavdelningen utsedda personer. Granskningen bygger på krav i Patientdatalagen samt parametrar som av förvaltningen bedömts som av betydelse att följa. Granskningen behöver också ske med anledning av krav på egenkontroll. I grunden handlar det om att säkerställa om att det bedrivs en god och säker vård av förvaltningens patienter.

Det ses som särskilt viktigt och utvecklingsfrämjande att journalerna granskas av verksamhetsnära personer för att få ett så stort nära lärande direkt i verksamheten som möjligt. Granskningen görs också av de som har som uppdrag att internutbilda förvaltningens legitimerade personal i dokumentation. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och verksamhetschef träffar minst årligen de utsedda personerna för genomgång av dels nya sökord i journalen och utbildningsplanering.

Granskningsparametrarna skiljer sig något mellan de olika verksamhetsområdena. Parametrar som verksamheterna har granskat är om följande finns med i journalen: namngiven hälsocentral och läkare, namngiven sjuksköterska (fast vårdkontakt), samtycke, överkänslighet, medicinsk diagnos, läkemedelshantering, hälsohistoria, riskbedömningar för tryck, fall, nutrition, blåsdysfunktion och munhälsobedömning, omvårdnadsstatus, vårdplan och eventuella förekomster av behandlingsstrategier.

Under hösten 2020 genomförde IVO en tillsyn utifrån pandemin i två särskilda boende. I beslutet från IVO så framkommer att det inte gick att följa vårdförloppet.

Resultat

Det förekommer skillnader mellan de olika verksamheterna. Inom särskilt boende för äldre kan man se en försämring på nästan alla uppmätta parametrar. Det som särskilt sticker ut är avsaknad av namngiven läkare (27 %), avsaknad av uppgifter om överkänslighet (12 %) och andelen patienter som har fått riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition och blåsdysfunktion har alla försämrats. Den enda parameter som har förbättrats är andelen som fått en munhälsobedömning, men trots det så är det nästan 50 % av patienterna inom särskilt boende för äldre som inte fått någon munhälsobedömning.

Inom hemsjukvårdens granskning ses generellt likvärdiga resultat med föregående års granskning. Tyvärr ses något försämrade resultat rörande namngiven läkare, samtycke och överkänslighet. Dokumentation om överkänslighet ska alltid fyllas i journalen oavsett om patienten har en överkänslighet eller ej. Status har förbättrats resultatmässigt. Hemsjukvården har förbättringspotential rörande att jobba med projektet trygg hemma. I det är tanken att man ska utse vilka som är fokuspatienter utifrån vissa parametrar. Med anledning av att det arbete inte fungerar fullt ut så är det få patienter som återfinns i journalgranskningen. I årets journalgranskning återfanns enbart en fokuspatient och den patienten hade inte fått någon riskbedömning vilket är kravställt när det gäller fokuspatienter i hemsjukvården.

Inom särskilt boende stöd- och omsorg har det skett kraftiga försämringar under året rörande dokumentationen. I mer än hälften av alla parametrar har resultaten försämrats, för de övriga är resultatet lika. Ingen av de granskade parametrarna har förbättrats under året. Det är allvarligt att det saknas uppgifter om överkänslighet i 65 % av journalerna.

Analys av resultat

Om viktiga uppgifter i journalen, ex. vårdplan, inte blir dokumenterade blir det svårt att följa vårdförloppet och få en helhetsbild. Att uppgifter om vården finns i journalen är också en rättssäkerhetsfråga. Det är ytterst patientsäkert om exempelvis uppgifter om överkänslighet saknas. Eftersom många uppgifter delegeras till omsorgspersonalen är det viktigt att de kan ta del av hur uppdrag som delegerats ska genomföras i journalen. Det blir således svårt för den personalgruppen att bilda sig en uppfattning om hur de ska genomföra överförda vårduppgifter om dessa inte finns dokumenterade. Ex. hur läkemedelshandlingen ska gå till.

Åtgärd

Som akut åtgärd när enheternas uppföljning inkom till MAS togs kontakt med verksamhetsansvariga i syfte att akut hantera avsaknaden av överkänslighet i journalerna. Ett stoppdatum i mitten av december sattes som sista datum för att sjuksköterskor skulle ha uppdaterat avsaknaden av främst överkänslighet i journalerna.

HSL-avdelningen har tagit fram en checklista med punkter för att hjälpa sjuksköterskorna med viktiga hållpunkter som ska finnas med i basdokumentationen.

Inom stöd-och omsorg har enheten resursförstärkt i syfte att jobba med att säkerställa bristerna som framkommit i dokumentationen.

HSL-avdelningen har under året jobbat fram en ny utbildningsstruktur. Det innebär att det kommer att finnas utbildningstillfällen för ny personal så att de när de anställs i förvaltningen får en likartad grundutbildning och genomgång av dokumentation. Vidare kommer det årligen att hållas utbildning för befintlig personal där man dels går igenom uppdatering av nya sökord men även repeterar sådant som behöver anpassas, exempelvis utifrån resultaten i journalgranskningen. Det är samma personer som genomför journalgranskningar som genomför utbildningarna.

Uppföljning

Egenkontroll.

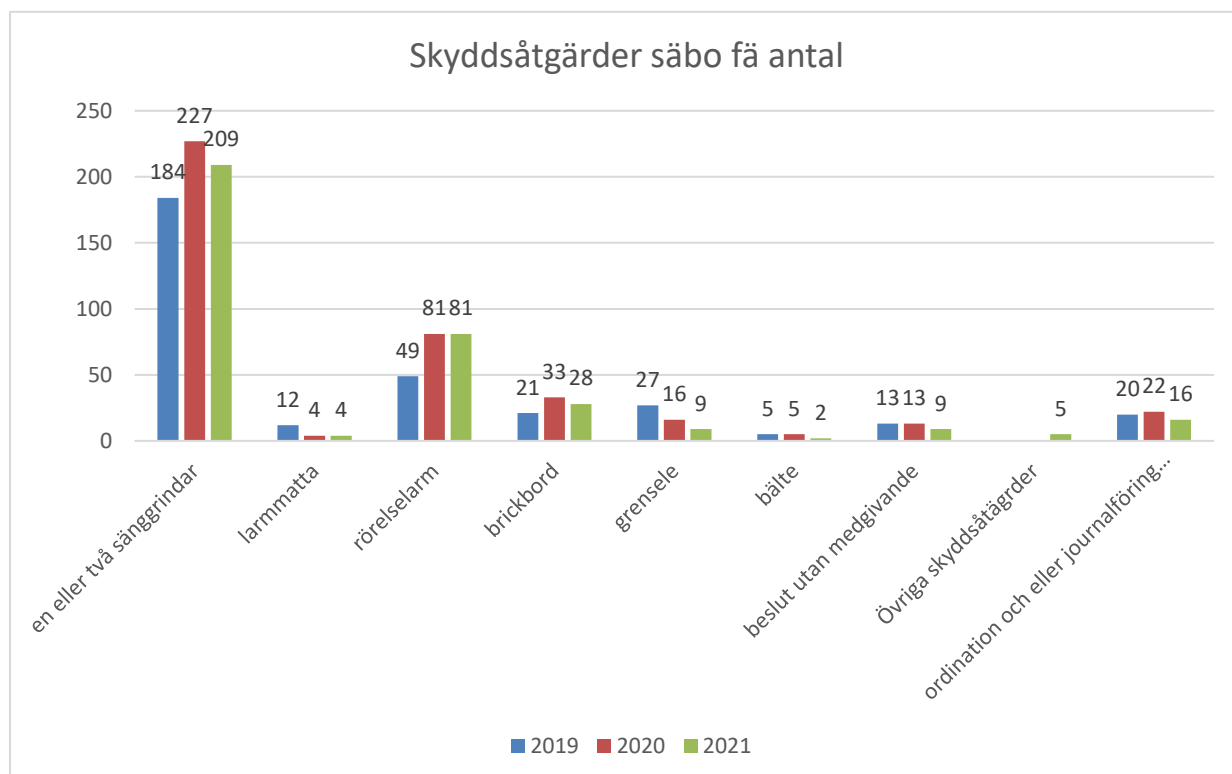
Skyddsåtgärder, särskilt boende för äldre och särskilt boende stöd- och omsorg

Bakgrund

Egenkontrollen är gjord under v. 40–41.

De skyddsåtgärder som räknades var de individuella och ska vara ordinerade, medgivna och om de var dokumenterade. Exempel är brickbord, sänggrindar, larmmattor och greselar.

Resultat särskilt boende för äldre



Skyddsåtgärder används för 28 % av de boende om sänggrindar räknas bort. Detta är en minskning med 1 % jämfört med föregående år.

42 % av de som bor på särskilt boende för äldre har sänggrindar. Detta är en minskning med 5 % jämfört med föregående år. 2 av totalt 209 sänggrindarna finns inte dokumenterat i HSL – journalen. Det är en markant förbättring sedan föregående år då det saknades hos 18 personer. Som skäl anges för de två där det saknas att personerna självständigt bestämmer om de önskar grind eller ej dag från dag.

När det gäller övriga skyddsåtgärder så finns det tre brickbord som inte är dokumenterade i HSL-journalen. Här beskrivs oklarheter i ordinationer mellan enheten och rehab.

Nio personer uppges ha skyddsåtgärder utan medgivande. Det är något färre än föregående år. Vid en enhet anges att man korrigerat detta. Vid den enhet som angett flest (7 st) så anger man att man jobbar med presumtiva samtycken men att det upplevs som en svår gränsdragning när personerna är dementa.

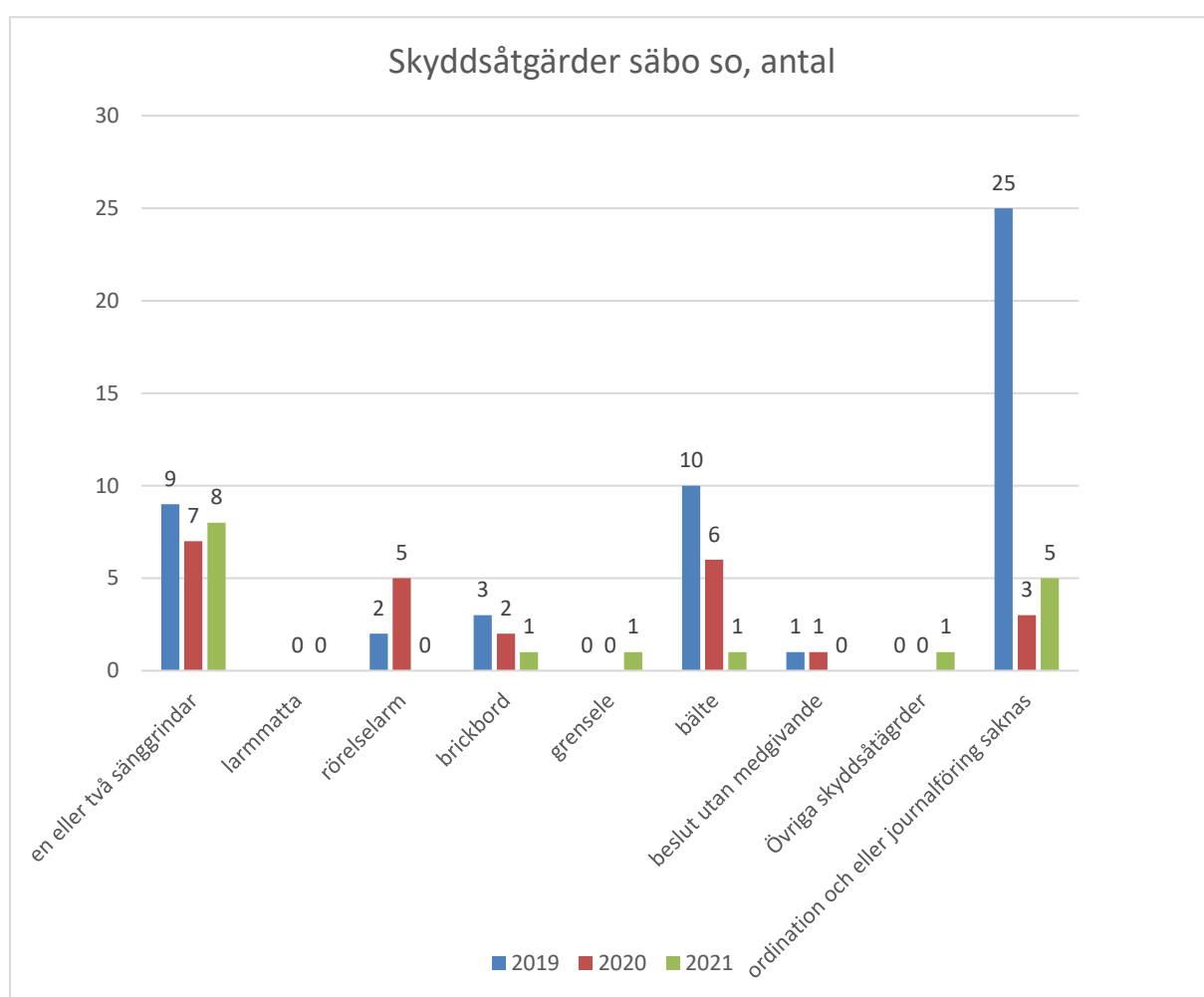
Inom särskilt boende för äldre har det angetts att fem personer hade övriga skyddsåtgärder. Dessa uppges vara dörlarm.

Analys särskilt boende för äldre

Skyddsåtgärder (sänggrindar, larmmattor, brickbord, rörelselarm, grensele och bälten) används för individen för att förebygga skada. Sänggrindar används dels för att den boende själv ska kunna vända sig i sängen, känna trygghet och för vissa personer för att inte ramla ur sängen.

Frågan om medgivande vid åtgärder är komplex. En mycket stor andel av de som bor på särskilt boende för äldre uppges ha kognitiv svikt och därför inte kunna svara ”regelrätt” på frågan om medgivande. Verksamheten beskriver att de försöker tolka patienternas viljeyttringar för att utifrån det leva upp till kravet om medgivande. Att inte sätta in skyddsåtgärder skulle kunna vara en brist utifrån identifierade fallriskproblem.

Resultat särskilt boende stöd- och omsorg



Skydds- och begränsningsåtgärder används för 7 % av de boende. Fem av totalt 11 skydd- och begränsningsåtgärder finns inte dokumenterade i journalen. De anger att det finns dokumenterat i vårdplanen men ordinationen förefaller oklar. Inga personer uppges ha skydds- eller begränsningsåtgärder utan medgivande.

Analys stöd- och omsorgsboenden

Skydds- och begränsningsåtgärder (sänggrindar, larmmattor, brickbord, rörelselarm, grensele och bälten) används för individen för att förebygga skada. Sänggrindar används dels för att den boende själv ska kunna vända sig i sängen, känna trygghet och för vissa personer för att inte ramla ur sängen.

Andelen skydd- och begränsningsåtgärder har minskat med 4 % sedan föregående års mätning.

Åtgärder

HSL-chefen riktar åtgärder mot den enhet där det har förekommit beslut om skydd- och begränsningsåtgärder utan medgivande.

Uppföljning

Egenkontroll.

Fall och fallskador i särskilt boenden och äldrecentrat.

Bakgrund

Fall och fallskador är ett stort folkhälsoproblem. Det är den vanligaste orsaken till att äldre skadar sig och konsekvenserna kan bli allvarliga. Fallolyckor är den i särklass viktigaste olyckstypen i Sverige. Det är den vanligaste orsaken till att äldre skadar sig konsekvenserna kan bli allvarliga. Bland de viktigaste åtgärderna inom hälso- och sjukvården när det gäller att förhindra fall och fallskador är att bedöma om en patient har förhöjd risk att falla och därefter utreda vilka åtgärder som ska sättas in.

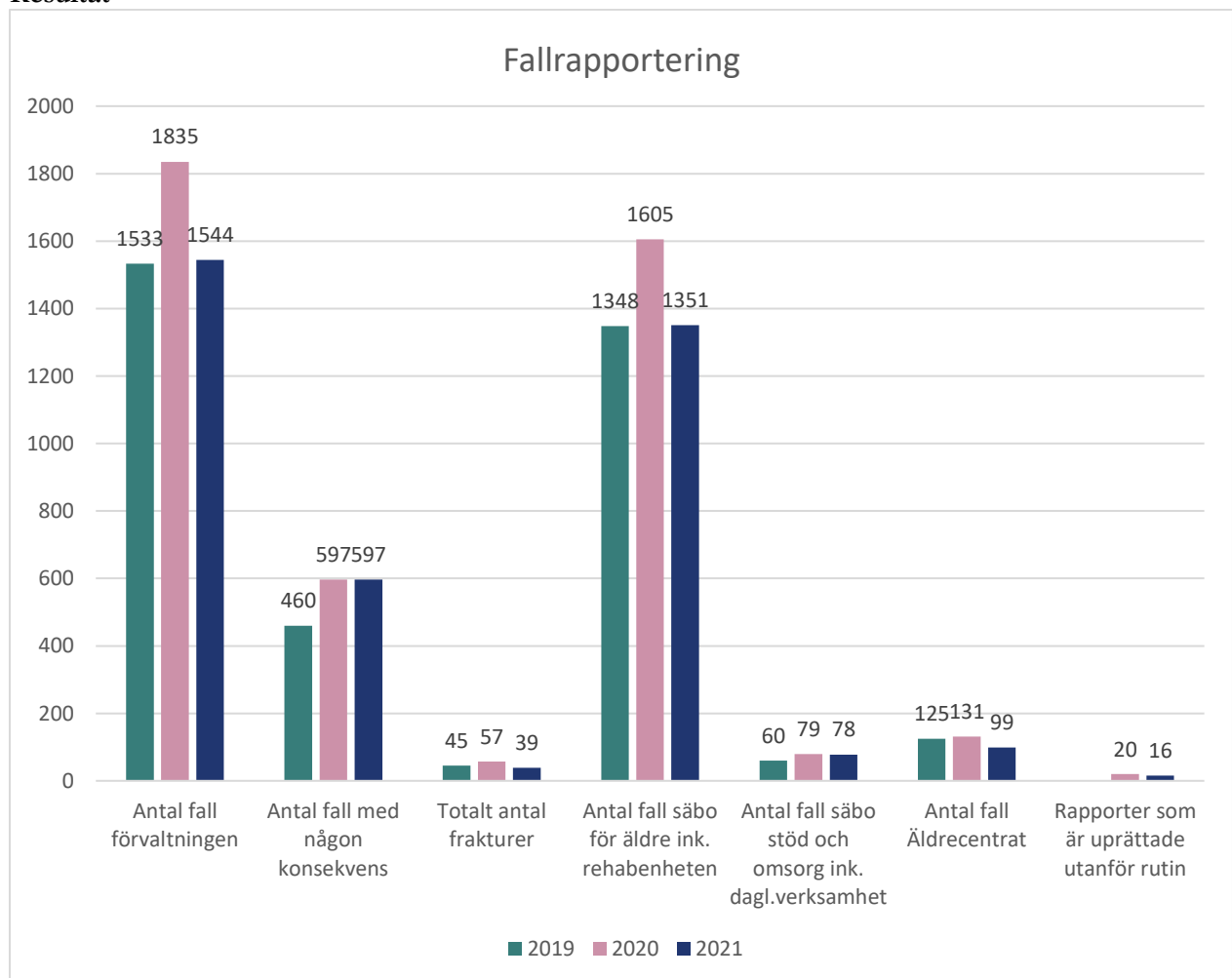
Definitionen av fallskada är en fysisk konsekvens som uppstår vid ett fall.

En viktig del för hälso- och sjukvårdens ansvar i kommunen är att jobba med riskbedömningar och utifrån riskbedömningarna jobba med åtgärder utifrån det. Fallrapporter finns som verktyg för särskilt boende och äldrecentrat att arbeta med. Uppmärksammas brister i arbetet med fallolycksrapportering ska det hanteras enligt avvikelshanteringsprocessen. En fallolycka kan således leda till antingen en SOL eller HSL-rapportering (avvikelse).

Mål:

Det finns inga mål för fall och fallskador.

Resultat



2021 upprättades totalt 1544 fallrapporter i särskilda boenden och på äldrecentrat..

Analys

Det är färre som fallit i jämförelse med föregående år. Antalet som fått en konsekvens av fallet är dock likvärdigt och det innebär att andelen som fått en konsekvens av fallet ökat under året. Andelen som fått en konsekvens av fallet har ökat med 6 % sedan föregående år, däremot har andelen frakturer minskat med 1 procent sedan föregående år. Majoriteten av fallen och frakturerna har skett i särskilt boende för äldre.

Förekommande konsekvenser kan vara skrubbsår, blåmärken, blödning, smärta, svullnad, vrickning/stukning och fraktur.

Verksamheten har som krav att jobba med riskbedömningar för alla som bor på ett särskilt boende för äldre. En riskvärdering gällande fallrisk ska göras inom ett dygn från det att en person flyttat in på ett sådant boende. En riskbedömning ska vara gjord senast en vecka efter att en boende flyttat in. Riskbedömningar ska göras minst två gånger per år, oftare vid behov. Åtgärder kopplade till riskbedömningen ska sättas in vid behov. Riskbedömningar och eventuellt insatta åtgärder ska journalföras och följas upp.

I den journalgranskning som genomförts på särskilt boende för äldre så uppmättes även i hur många journaler det fanns dokumenterat att fallriskbedömning var genomförd. Fallriskbedömning fanns registrerade i 87 % av journalerna. Sedan föregående år har riskbedömningar för fall i särskilda boenden för äldre minskat med 9 %.

Åtgärd:

Verksamhetschefen har kortat tiden från det att någon flyttar in på boende och får en fallriskbedömning från en månad till en vecka. Det behöver ske aktiva analyser av resultaten på de olika enheterna eftersom på vissa enheter har alla fått riskbedömningar och på vissa saknas det eller är inte utfört inom angivet tidsspann hos fler än en.

Under året så har ytterligare en uppföljning gjorts för att mer djupgående få en bild över hur riskbedömningar och insättande av åtgärder efter fall har hanterats i verksamheterna. Se separat uppföljning.

Uppföljning

Fallrapporteringsmodulen

Granskning av hälso- och sjukvårdsåtgärder efter inträffade fall i särskilda boenden och äldrecentrat

Bakgrund

I förvaltningens rutin för fallförebyggande, fall och fallskador i särskilda boenden, äldrecentrat och dagliga verksamheter framgår följande om ett fall har inträffat:

” Uppföljning av ordinerad bedömning/ ordination ansvarar tjänstgörande sjuksköterska för”.

I samma rutindokument under fallhändelseutredning/fallrapport och eventuell avvikelse framgår att

” Den personal som upptäcker ett fall ska skriva en fallrapport. Fallrapporten överlämnas ifylld till ansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskan fyller i sin del av rapporten, analyserar uppgifterna och dokumenterar i HSL-journalen vad som hänt och *gör en ny bedömning av fallrisken* i teamet eller självständigt.” Det verktyg som finns i förvaltningens ledningssystem för att göra riskbedömningar är Downton Fall Risk Index (DFRI). Tillika finns det dokumentet som mall i förvaltningens verksamhetssystem.

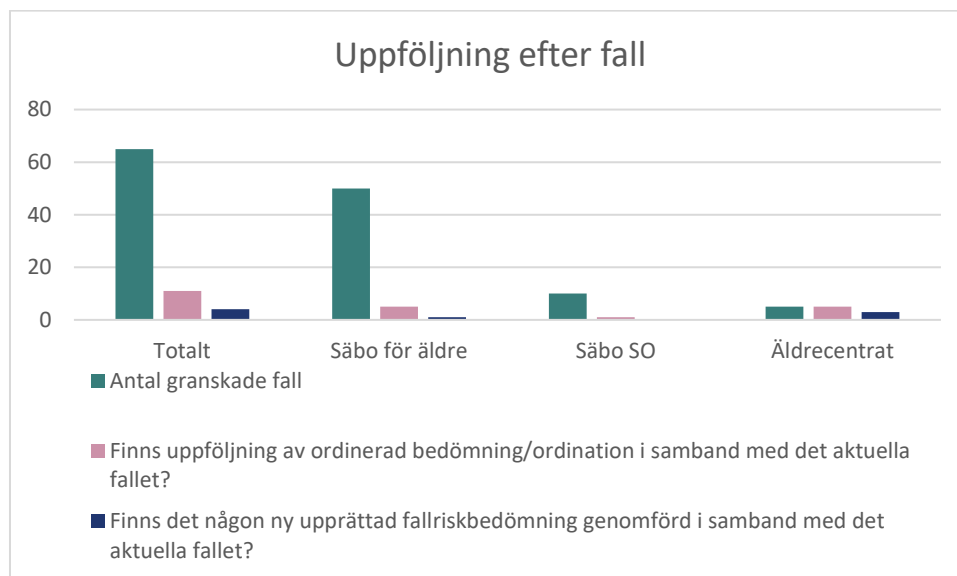
I ett enskilt klagomål via inspektionen för vård och omsorg (IVO) till förvaltningen så framkom brister i följsamhet till ovan gällande rutiner i det aktuella ärendet och mot verksamheten riktades kritik. I samband med denna granskning beslutades att frågan behövde följas upp ur ett större perspektiv för att få en uppfattning om likartade brister förekommer på fler ställen i verksamheterna. Med detta som bakgrund beslutade vårdgivaren att genomföra en egenkontroll inom området. Det är första gången egenkontrollen görs i förvaltningen.

Frageställningarna i granskningen var följande:

Finns uppföljning av ordinerad bedömning/ordination i samband med det aktuella fallet?

Finns det någon ny upprättad fallriskbedömning genomförd i samband med det aktuella fallet?

Resultat



Inom särskilt boende granskades 50 fall. Resultatet visar 5 korrekta uppföljningar i 50 journaler av ordinerad bedömning/ordination i samband med det aktuella fallet. 1 korrekt ny upprättad fallriskbedömning inom 24 timmar efter det aktuella fallet.

Inom särskilt boende stöd och omsorg granskades 10 fall. Resultatet visar 1 korrekt uppföljning av 10 journaler av ordinerad bedömning/ordination i samband med det aktuella fallet. Ingen korrekt ny upprättad fallriskbedömning inom 24 timmar efter det aktuella fallet.

För äldrecentrat granskades 5 fall. Resultatet visar 5 korrekta uppföljningar i 5 journaler av ordinerad bedömning/ordination i samband med det aktuella fallet. 3 av 5 journaler visar korrekt ny upprättad fallriskbedömning inom 24 timmar efter det aktuella fallet. De journaler som ej räknades med var fallriskbedömning gjord efteråt, men det hade gått mer än 24 timmar.

Analys av resultat

Inom särskilt boende för äldre anges följande av granskarna: ” I ett 10-tal granskade fall noterade vi att sjuksköterska inte blivit kontaktad. I några fall noterade vi att sjuksköterskan inte gjort någon anteckning i journalen trots att denne blivit kontaktad. ”Vi noterar däremot att i de allra flesta fall har sjuksköterskan gjort en mycket bra undersökning och dokumentation av eventuella skador och ordinationer att följa upp eventuella symtom efter fallet.”

Inom särskilt boende stöd och omsorg anges följande av granskare: ” I flertal av fallen är det samma patient som granskats, men vid olika tillfällen. Eftersom det rör sig om ofta unga, relativt friska personer är det inte en stor spridning på fallen, utan oftast rör det sig om samma personer som ramlar.”

För äldrecentrat anges följande av granskare: ” i de flesta fall har sjuksköterskan gjort en mycket bra undersökning och dokumentation av eventuella skador och ordinationer av att följa upp eventuella symtom efter fallet.”

Det finns ett stort behov av förbättringar inom de särskilda boendena.

Åtgärd

MAS och verksamhetschef har lyft frågan vid hälso- och sjukvårdsträff med sjuksköterskor och deras chefer och fört dialog om gällande rutin. Information om bristerna i egenkontrollen är informerade till berörda avdelningschefer. Rutinen för fall är reviderad i syfte att förtydliga.

Uppföljning

Egenkontroll

Rapporterade läkemedelshändelser och övriga hälso- och sjukvårdsrapporter

Bakgrund

Den som arbetar i Socialtjänsten 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. Alla utredningar ska även bedömas (vidimeras) av enhetschef eller enhetschefer om det även förekommit att delegerad personal varit involverad i händelsen, och slutligen följa upp vidtagna och planerade åtgärder. Rapporter/utredningar som har högre än 4 riskpoäng och rapporter som innehåller händelser med läkemedlet insulin skickas till den anmälningsansvarige som bedömer om inrapporterade avvikelser ska rapporteras enligt Lex Maria. Om händelsen medfört allvarlig vårdskada, alternativt risk för sådan skall avvikelsen hanteras som ett ärende som anmäls till inspektionen för vård- och omsorg (Lex Maria ärende).

Avvikelsehanteringsprocessen är vårdgivarens absolut viktigaste verktyg i patientsäkerhetsarbetet, det är vidare viktigt med högsta möjliga följsamhet till arbetet runt avvikelser. Målet är att värden ska leda till färre vårdskador och därmed en ökad patientsäkerhet.

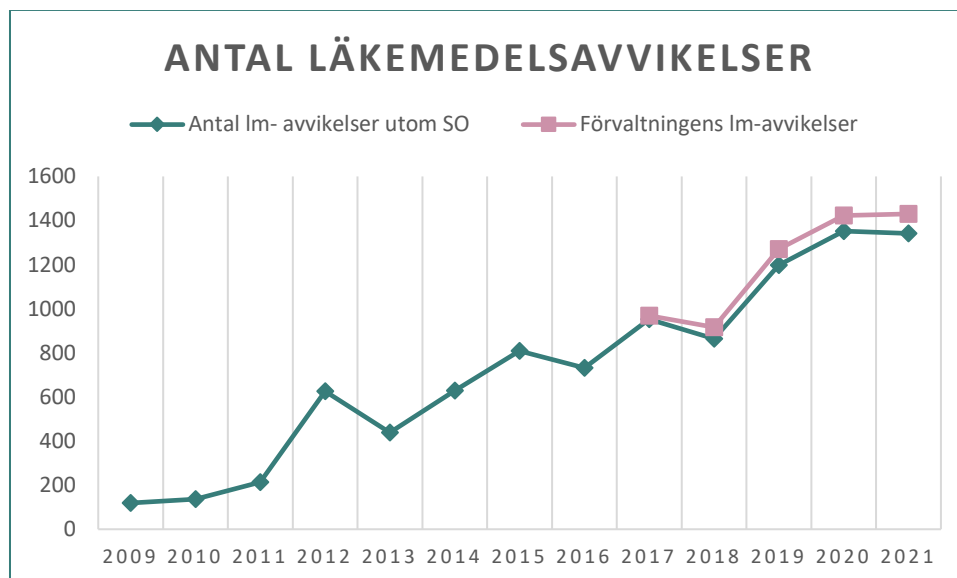
Mål

Målet är att ha en hög rapportering av risker och en låg, eller helst ingen, frekvens av patientpåverkan.

Resultat och analys av resultat

Totalt rapporterades 1629 (1669 st. 2020) HSL-händelser under året. De flesta inom läkemedelsområdet.

Läkemedelsrapporter



1430 (- 7) läkemedelsrapporter har inrapporterats i förvaltningen. 96 (- 3) patienter har fått någon form av reaktion av de inträffade läkemedelshändelserna.

De vanligast förekommande rapporterna sker i samband med överlämnande av läkemedel (59 %), och 68 % (+ 4 %) av de rapporterade läkemedelshändelserna var utebliven dos. Personalen har missat att ge patienten läkemedlet.

Andelen inrapporterade läkemedelhändelser har minskat något. Rent generellt var förväntan att antalet rapporter om läkemedel skulle ha minskat i större omfattning än av som skett, särskilt kopplat till

överlämnande av läkemedel. Detta med anledning av att verksamheterna i stor utsträckning angett att de jobbat mycket med att hjälpa personalen att strukturera sitt arbete med hjälp av olika verktyg. Antingen en manuell version som kallas PPP där personalen för utskrivna listor med arbetsuppgifter eller i digital version med ett system som är infört vid flera enheter (Senovic).

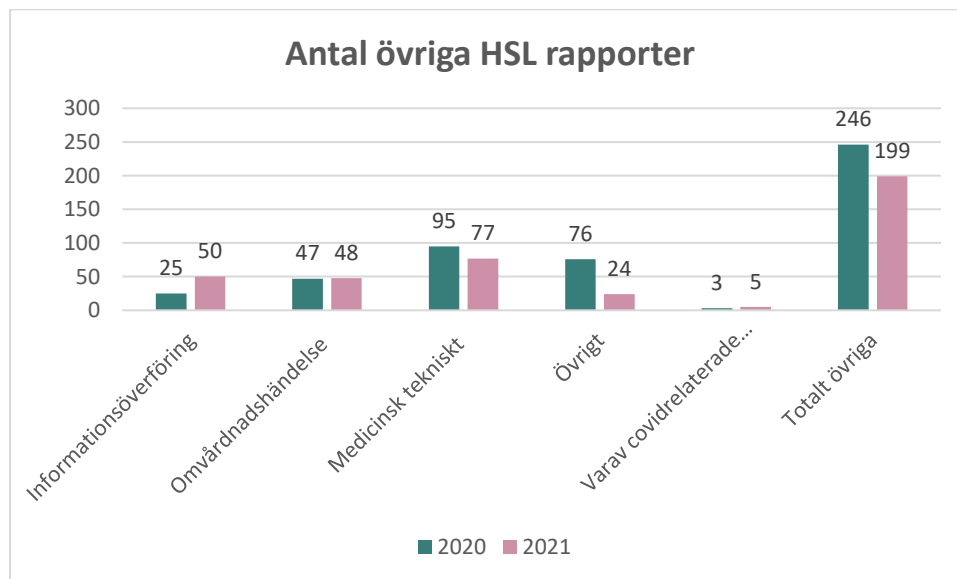
Bristande följsamhet till fastställda rutiner och brister i utförandet (73 %) anges vara de vanligaste förekommande orsakerna till läkemedelsavvikelserna.

Detta år anges ca. 7 % ha fått någon konsekvens av den inträffade händelsen, det är samma andel som föregående år. Förekommande konsekvenser anges ha varit ökad smärta/värk, oro, sämre sömn, obehagskänsla, illamående, påverkan av blodsockret, förlängd/förkortad penicillinbehandling, och trötthet.

I 89 % av alla inrapporterade läkemedelsavvikelser anges som åtgärd ”kontaktat sjuksköterska”. Det noteras att i några rapporter har personalen angett att man inte fått tag på sjuksköterskan.

Inrapporteringsfrekvensen är fortsatt mycket ojämn från de olika enheterna vilket indikerar på att det fortsatt finns verksamheter som med största sannolikhet skulle kunna öka sin frekvens av rapportering. Man kan skönja att antalet rapporter i hemsjukvården och äldrecentra har ökat. Men trots det står de hemsjukvården och äldrecentrat enbart för 32 % (+ 8 %) av de inrapporterade läkemedelshändelserna trots att de nästan har hälften av patienterna. Stöd- och omsorgsboendena står för 6 % (+1 %) av rapporterna. Särskilt boende för äldre stod för 62 % av de inrapporterade läkemedelshändelserna.

Övriga HSL-rapporter



Avvikelserapporter inom hälso- och sjukvården som inte var rapporterade som läkemedelsrelaterade var 199 st. Det är 12 % (- 3 % jämfört med föregående år) av alla rapporter inom HSL. Således är andra rapporter än läkemedelsrelaterade förhållandevis få.

Exempel på vad som rapporterats inom övriga HSL-rapporter:

Informationsöverföring:

Rapporterna omfattar att det skrivits ut insatslistor på fel skrivare, missad måltid och sondmatning, brister i informationsöverföring efter rond, brister i rapportering, bristande omkoppling av telefon så läkare ej kunde rapportera till ansvarig sjuksköterska, bristande/avsaknad av dokumentation, försenad anhöriginformation i samband med avliden patient

Medicinsk teknik:

Utdragen syrgasslang, patient satt på lyftsele i rullstolen, ej påslaget rörelselarm, klämma på sondslang som ledde till larm i sondapparaten och skavmärke av inkontinensskydd. Vid genomgång noteras att väldigt många av de rapporter som finns under medicinsk teknik egentligen är läkemedelsavvikelser. Ex. har det rapporterats flera gånger att läkemedelsskåp ej var låst vilket egentligen borde ha rapporterats under läkemedelsavvikelser.

Omvårdnadshändelse:

Rapporterna omfattar att man inte öppnat och stängt kateterklämma enligt ordination, inte öppnat ventilen på kateterpåsen, ej utfört provtagning, inte satt på halksocka enligt ordination, inte slagit på golvlarm, trycksår, felinställd tryckavlastande madrass, patient fått sitta på lyftsele i rullstolen, uppdragen sänggrund trots avsaknad av ordination, ej satt på stödstrumpa och ej utförd rehab-träning.

Övrigt:

Rapporterna omfattade händelser som uppmärksammats från annan vårdgivare, exempelvis brister i provtagning och hantering av provtagningsremisser och missar kopplat till uppdrag från dietist, missad provtagning, missad tillsyn, person som gått iväg, fall i samband med fotvård (oljiga fötter), inkomna klagomål från anhöriga, felaktigt placerad dyna i rullstol, väntetid för hjälpmedel, bristande ståträning, ej genomförda träningar. Även under övrigt återfinns rapporterade läkemedelshändelser.

Exempel på sådant som rapporterats som konsekvens är otrygghet, smärta, försenad behandling/omhändertagande, vätskebrist, svullnad, trycksår, blåmärke, smitta, fraktur, fall och blött inkontinenshjälpmedel.

Med anledning av pandemin så görs en uppföljning utifrån hur många rapporter som upprättats med ordet Covid inkluderat. De som finns upprättade handlar om oklarheter i frågan om behandlingsbegränsningar, att omsorgspersonal inte muntligen kontaktats med information om förkyld patient vilket ledde till bristande skyddsutrustning (covidtest var dock negativt), rapporter om konstaterat smittad patient där utredning säger att personalen följt gällande rutiner och att det är oklart var patienten har smittats och vaccinering.

Alla rapporter har inte utretts enligt gällande rutiner.. Det är en brist eftersom verksamheten är skyldig att utreda alla rapporter som kommer in.

Åtgärd

Under året så beslutades om en handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet. Konstruktionen av handlingsplanen bygger på organisationens avdelningar men också på förvaltningsövergripande nivå. Många åtgärder i den handlingsplanen handlar om åtgärder inom det systematiska kvalitetsarbetet, bland annat åtgärder kopplat till avvikelshantering.

Varje verksamhet måste fortsättningsvis reflektera över varför avvikelshantering är så ojämn mellan de jämförda verksamheterna. Att ständigt återkomma till diskussioner om att avvikelshantering är ett viktigt verktyg för att förbättra processer och kvalitén i förvaltningen är en viktig chefsuppgift.

Avvikelshantering är det i särklass viktigaste verktyget förvaltningen har för att kunna finna risker, brister och att kunna arbeta förbyggande både strukturellt och i varje enskild avvikelse. Det är viktigt att chefer på alla nivåer, inklusive högsta ledningen, aktualiserar och diskuterar och följer upp avvikelshanteringsprocessen återkommande och att alla chefer själv säkerställer att de har en bild över avvikelser och förbättringsarbete som finns i den egna verksamheten. Avvikelshantering måste fullt ut bli en naturlig del i det vardagliga förbättringsarbetet för att se enskilda och strukturella brister som

åtgärdas eller lyfts till rätt nivå. I arbetet med systematiskt förbättringsarbete ska även att patienter och närstående ska vara delaktiga.

MAS har under året gjort oannonserade stickprovskontroller för att kontrollera att utredningar skett. När det upptäcks outredda rapporter skickar MAS uppmaningar om utredning till utredningsansvariga och berörda chefer. Det har även genomförts möten med ansvarig avdelningschef för att gå igenom bristerna kopplat till utredningar.

Uppföljning

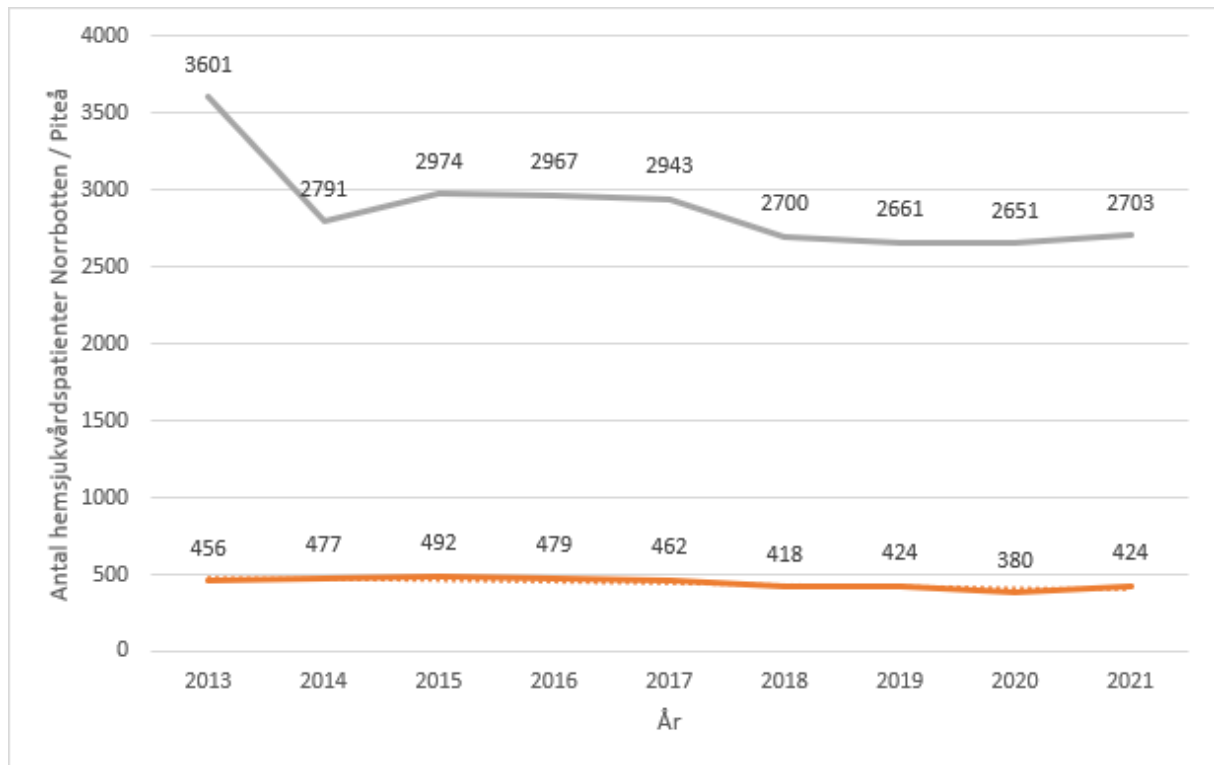
Avvikelsehanteringsmodulen

Specifika uppföljningsparametrar för hemsjukvården

Antal hemsjukvårdspatienter.

403 (enheten har inte svarat på frågan om könsfördelning). Det är en minskning sedan föregående år med 2.

Vid den årliga mätningen 211126 såg antalet ut på följande sätt:



Den orange linjen är Piteå och den gråa Norrbotten.

Fokuspatienter i hemsjukvård.

Genom arbetssättet trygg hemma så styrs via en gemensam rutin med regionen att hemsjukvården ska jobba med fokuspatienter och på dessa patienter vidta bland annat riskbedömningar. Vid mätningen var det 13 (9K, 4M) patienter som var registrerade som fokuspatienter. Det är en fler än föregående år. Totalt har det på dessa patienter utförts 40 riskbedömningar av något slag (fall, trycksår, undernäring, blåsdysfunktion, munhälsa och/eller riskbedömning). Det är en förbättring med 25 st sedan föregående års mätning.

Upprättandet av samordnade individuella planer (SIP) under året.

Alla hemsjukvårdspatienter hade en SIP.

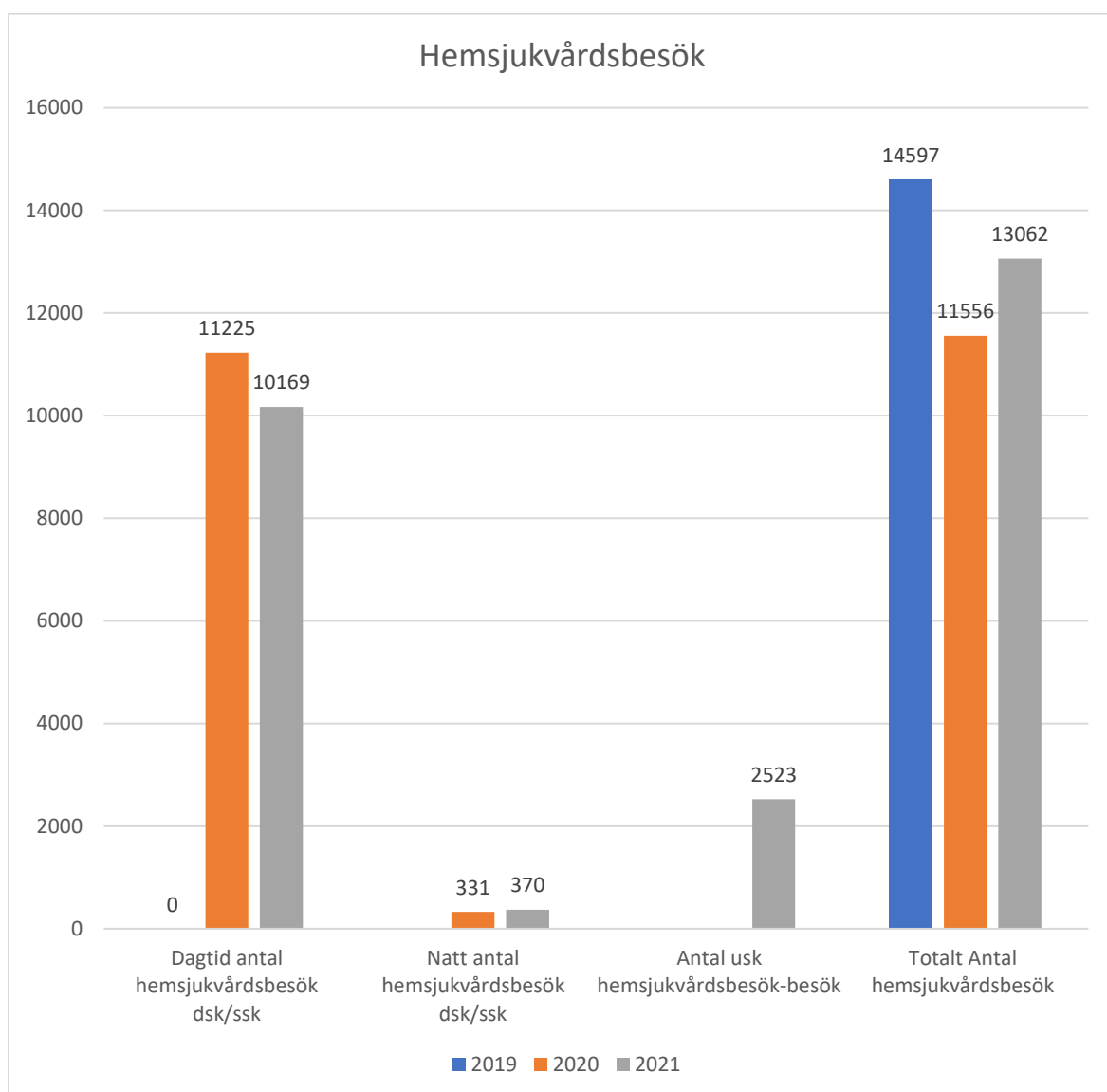
Hemsjukvårdspatienter med namngiven behandlingsansvarig läkare.

Fanns för 96 % av patienterna. Det är fem procent bättre än föregående år.

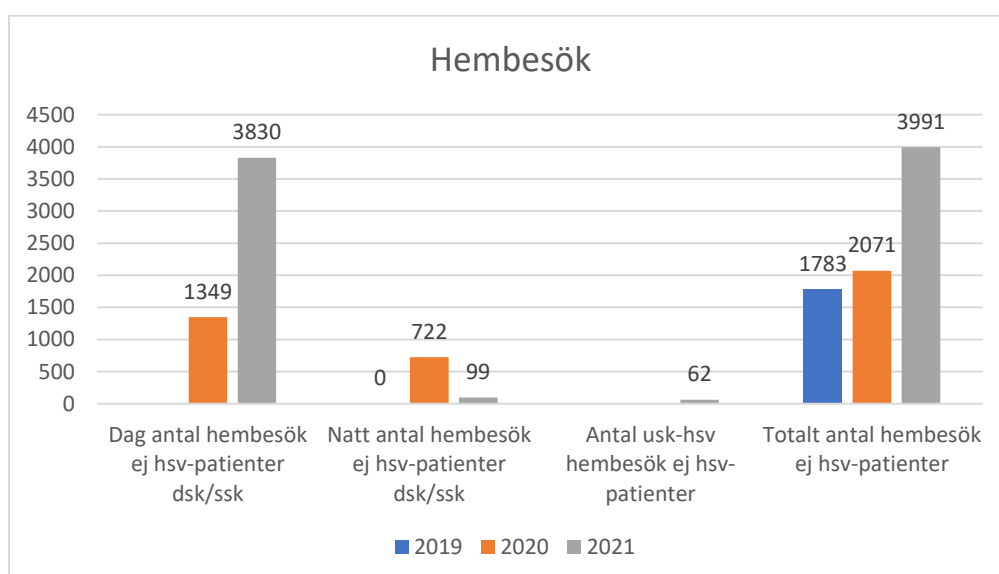
Hemsjukvårdspatienter med en patientansvarig sjuksköterska (fast vårdkontakt).

Samtliga hemsjukvårdspatienter hade en fast vårdkontakt. Det är samma resultat som föregående år.

Hemsjukvårdsbesök hemsjukvårdspatienter:



Hembesök icke hemsjukvårdspatienter



**Socialnämndens riktlinjer
ledningssystem för
systematiskt
kvalitetsarbete**



Piteå kommun



Socialnämndens riktlinje Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Innehåll

1. **Syftet med riktlinjen**
2. **Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete**
 - 2.1 Syftet med ledningssystemet
 - 2.2 Ansvar för och användning av ledningssystemet
 - 2.3 Utgångspunkter för att fastställa ledningssystem
 - 2.3.1 Definition kvalitet
 - 2.3.2 Krav och mål som gäller för verksamheten
 - 2.3.3 Vägledning i betydelsen av krav eller mål
3. **Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad**
 - 3.1 Ledningssystemets inriktning och omfattning
 - 3.2 Processer och rutiner socialtjänst och verksamhet enligt LSS
 - 3.3 Kvalitetssäkring samverkan Socialtjänst och LSS
 - 3.4 Kvalitetssäkring samverkan hälso- och sjukvård
4. **Systematiskt förbättringsarbete**
 - 4.1 Riskanalys
 - 4.2 Egenkontroll
 - 4.3 Utredning av avvikelser
 - 4.3.1 Klagomål och synpunkter
 - 4.3.2 Rapporteringsskyldighet
 - 4.3.3 Sammanställning och analys

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer	2 (22)	

5 Förbättrande åtgärder i verksamheten

6 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

6.1 Säkerställa personalens ansvar att arbeta enligt processer, rutiner

6.2 Säkerställa personalens skyldighet i patientsäkerhet

6.3 Säkerställa personalens skyldighet i socialtjänst och verksamhet enligt LSS

7 Dokumentationskyldighet

8 Ansvarsfördelning

8.1 Socialnämnd

8.2 Socialchef

8.3 Avdelningschef

8.4 Enhetschef

8.5 Personal

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer	3 (22)	

1. Syfte med riktlinjen

Socialnämndens riktlinje är framtagen för tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

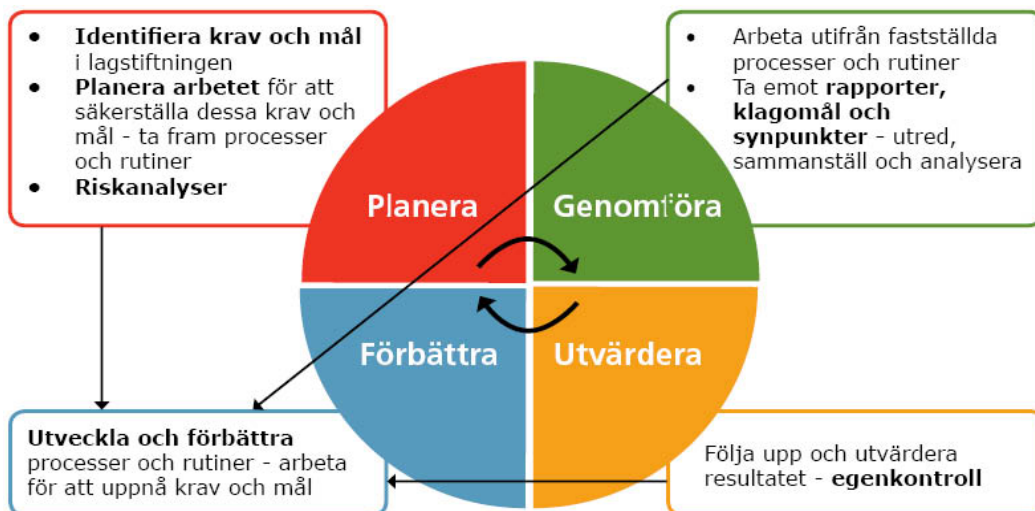
2. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

2.1 Syfte med ledningssystemet

- fastställa principer för ledning av verksamheten,
- göra det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt,
- möjliggöra ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS kan förebyggas.

Genom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete arbetar man utifrån ett systemperspektiv med fokus på att skapa strukturer för verksamhetens ledning och styrning och att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer. Innehållet i ledningssystemet kan åskådliggöras som ett förbättringshjul som visar tidsordning för de fyra faserna planera, genomföra, utvärdera, förbättra och att kvalitetsarbete pågår ständigt. De långa pilarna visar att underlag för utveckling och förbättring av verksamheternas processer och rutiner kommer fram under alla faser.

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare		Beslutat av Socialnämnden	
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete		Dokumenttyp Riktlinjer	4 (22)



2.2 Ansvar för och användning av ledningssystemet

Föreskrifter SOSFS 2011:9

3 kap 1 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

3 kap. 2 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

3 kap. 3 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

Socialnämnden ansvarar för att säkerställa ett ledningssystem i enlighet med ovan reglering, att fördela uppdrag i det systematiska kvalitetsarbetet, följa upp att bestämmelserna efterlevs och vidta åtgärder vid behov.

2.3 Utgångspunkter för att fastställa ledningssystem

2.3.1 Definition kvalitet

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer	5 (22)	

2 kap. 1 §

Kvalitet definieras med att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Definitionen av kvalitet är av central betydelse för kvalitetsarbetet och kvalitetsdefinitionen kan ses som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i dessa andra lagar och föreskrifter eller beslut som gäller för verksamheten. Utöver kännedom om vad som ska uppnås i det systematiska kvalitetsarbetet behöver det klargöras vilken verksamhet som bedrivs:

- Är verksamheten som bedrivs socialtjänst eller verksamhet enligt LSS?
- Är det endast socialtjänst som bedrivs eller är det även hälso- och sjukvård?
- Är det som bedrivs en socialtjänstverksamhet som endast genomför insatser för vuxna eller är det också fråga om insatser för barn?
- Vad ingår i den hälso- och sjukvård som bedrivs, hanteras till exempel läkemedel eller används medicintekniska produkter?

När det klargjorts kan det som är kvalitet för just den verksamheten också klargöras. Det görs genom en kartläggning av vilka krav och mål som finns i lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade, och i beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter, som gäller för verksamheten. Det arbetet behöver göras fortlöpande eftersom nya lagar och föreskrifter kan tillkomma, befintliga kan upphävas eller förändras.

De verksamheter som bedrivs inom socialtjänsten redogörs i socialnämndens planeringsförutsättningar.

2.3.2 Krav i lagstiftningen

Krav och mål för verksamheten framgår bland annat av följande lagar:

- Socialtjänstlag (SFS 2001:453) (SoL)
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387) (LSS)
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) (HSL)
- Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) (PSL)
- Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (SFS 1990:52) (LVU)
- Lag om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870) (LVM)

Nämndens mål för verksamheten framgår av nämndens verksamhetsplan.

2.3.3 Vägledning i betydelsen av krav eller mål

Kunskaper i verksamheterna om sociala insatsers resultat och avsedd effekt är en förutsättning för att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet i enlighet med 3 kap. 3 § SoL och 6 § LSS. På motsvarande sätt krävs kunskap för att kunna arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet inom hälso- och sjukvården i

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare		Beslutat av Socialnämnden	
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete		Dokumenttyp Riktlinjer	6 (22)

enlighet med 6 kap. 1 § PSL. Det är därför väsentligt att tillräcklig kunskap om detta kan erhållas i verksamheter och att det beaktas vid fastställandet av processer och rutiner. Vägledning att tolka krav och mål kan hittas i lagars förarbeten, allmänna råd, handböcker, nationella riktlinjer, vägledningar och andra publikationer från Socialstyrelsen, avgöranden från domstolar och beslut från

3. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

3.1 Ledningssystemets inriktning och omfattning

Föreskrifter SOSFS 2011:9

4 kap. 1 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning.

Socialnämnden ansvarar för att det finns ett anpassat ledningssystem.

3.2 Processer och rutiner socialtjänst och verksamhet enligt LSS

4 kap. 2 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

4 kap. 3 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska i varje process enligt 2 §

1. identifiera de aktiviteter som ingår, och
2. bestämma aktiviteternas inbördes ordning.

Föreskrifter SOSFS 2011:9

4 kap. 4 §

För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Kraven uppnås genom att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS inom förvaltningen:

- identifierar de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet,

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare		Beslutat av Socialnämnden	
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete		Dokumenttyp Riktlinjer	7 (22)

- beskriver aktiviteter som ingår i processerna och deras inbördes ordning,
- upprättar de rutiner som behövs för att säkra kvaliteten,
- säkerställer att beskrivna processer och rutiner dokumenteras och fastställs,

Fortlöpande arbete ska göras gällande att:

- identifiera krav i lagar och föreskrifter,
- bedriva systematiskt kvalitetsarbete,
- använda processer för att utveckla och säkerställa kvaliteten,
- använda rutiner för att utveckla och säkerställa kvaliteten.

3.3. Kvalitetssäkring samverkan socialtjänst och LSS

Föreskrifter SOSFS 2011:9

Socialtjänst och LSS

4 kap. 5 §

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Kraven uppnås genom att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS inom förvaltningen:

- identifierar de processerna där samverkan behövs för att säkerställa kvalitet och förebygga att brukare drabbas av missförhållande,
- anger i processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten för att förebygga att brukare drabbas av missförhållande,
- anger i processerna och rutinerna hur samverkan möjliggörs med andra verksamheter, vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Samverkanskraven innefattar även att:

- skapa förutsättningar för intern samordning i enskilda ärenden.
- skapa förutsättningar för extern samverkan i enskilda ärenden.

3.4 Kvalitetssäkring samverkan hälso- och sjukvård

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer	8 (22)	

Föreskrifter SOSFS 2011:9

Hälso- och sjukvård

4 kap. 6 §

Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Kraven uppnås genom att vårdgivare inom förvaltningen:

- identifierar de processerna där samverkan behövs för att säkra för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.
- anger i processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,
- anger i processerna och rutinerna hur samverkan möjliggörs med andra verksamheter, vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Samverkanskraven innefattar även att:

- skapa förutsättningar för intern samordning i enskilda ärenden.
- skapa förutsättningar för extern samverkan i enskilda ärenden.

4. Systematiskt förbättringsarbete

4.1 Riskanalys

Föreskrifter SOSFS 2011:9

5 kap. 1 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS 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 vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och
2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare		Beslutat av Socialnämnden	
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete		Dokumenttyp Riktlinjer	9 (22)

Kraven uppnås genom att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS inom förvaltningen:

- genomför riskanalyser inom verksamhetens samtliga delar,
- identifierar händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. identifiera risker,
- uppskattar sannolikheten för att händelsen inträffar,
- bedömer vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Tar ställning om riskanalyser behöver genomföras;

- innan förändringar av en verksamhet,
- inför förändringar av personalens sammansättning,
- innan nya arbetssätt eller metoder börjar tillämpas.

4.2 Egenkontroll

Föreskrifter SOSFS 2011:9

2 kap. 1 §

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

5 kap. 2 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Kraven uppnås genom att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS inom förvaltningen:

- systematiskt följer upp och utvärderar verksamheten,
- kontrollerar att processerna och rutinerna är ändamålsenliga,
- kontrollerar att verksamhet bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i förvaltningens ledningssystem,
- granskar att verksamheten uppnår ställda krav och mål.

Arbetet ska ske genom att:

- bedriva egenkontroll enligt reglering och socialnämndens riktlinje.

4.3 Utredning av avvikelser

4.3.1 Klagomål och synpunkter

Föreskrifter SOSFS 2011:9

5 kap. 3 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare		Beslutat av Socialnämnden	
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete		Dokumenttyp Riktlinjer	10 (22)

- ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från
1. vård- och omsorgstagare och deras närstående,
 2. personal,
 3. vårdgivare,
 4. de som bedriver socialtjänst,
 5. de som bedriver verksamhet enligt LSS,
 6. myndigheter, och
 7. föreningar, andra organisationer och intressenter.

Kraven uppnås genom att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS inom förvaltningen:

- hanterar klagomål och synpunkter enligt reglering och socialnämndens riktlinje,
- gör ställningstagande om det förekommit avvikelser i verksamheten. Med avvikelse avses att verksamheten inte når upp till krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

4.3.2 Rapporteringsskyldighet

Föreskrifter SOSFS 2011:9

§ kap 4 § Bestämmelser om rapporteringsskyldighet

- r
a
v
e
n
1. för hälso- och sjukvårdspersonal finns i 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659),
 2. för den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse finns i 14 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), och
 3. för den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade finns i 24 b § LSS.

ska uppnås genom att samtliga inom socialtjänsten som har rapporteringsskyldighet rapporterar

- sådant som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada,
- missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande,
- rutiner för att informera om rapporteringsskyldigheter finns.

4.3.3 Bestämmelser om skyldighet att utreda

Föreskrifter SOSFS 2011:9

5 kap 5 § Bestämmelser om skyldighet

1. för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada finns i 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659),
2. för den som bedriver socialtjänst att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), och

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare		Beslutat av Socialnämnden	
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete		Dokumenttyp Riktlinjer	11 (22)

3. för den som bedriver verksamhet enligt LSS att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 24 e § LSS.

Kraven ska uppnås genom att

- vårdgivare i förvaltningen utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada
- den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS i förvaltningen utan dröjsmål dokumenterar, utreder, avhjälper eller undanröjer ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande.

4.3.3 Sammanställning och analys

Föreskrifter SOSFS 2011:9

5 kap. 6 §

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Kraven ska uppnås genom att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS inom förvaltningen:

- sammanställer och analyserar avvikelser, klagomål och synpunkter enligt reglering och socialnämndens riktlinjer.

5 Förbättrande åtgärder i verksamheten

Föreskrifter SOSFS 2011:9

5 kap. 7 §

På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 5 kap. 1–6 §§ ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

5 kap. 8 §

Om resultaten av de aktiviteter som anges i 5 kap. 1–6 §§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

Kraven uppnås genom att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS inom förvaltningen:

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare		Beslutat av Socialnämnden	
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete		Dokumenttyp Riktlinjer	12 (22)

- följer reglering och socialnämndens riktlinjer,
- vidtar de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet utifrån resultaten av egenkontroll, riskanalyser, utredningar av klagomål och synpunkter,
- förbättra processer och rutiner vid behov.

6 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

6.1 Säkerställa personalens ansvar att arbeta enligt processer, rutiner

Föreskrifter SOSFS 2011:9

6 kap 1 §

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Kraven uppnås genom att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS inom förvaltningen:

- utövar egenkontroll gällande att processer och rutiner följs.

6.2 Säkerställa personalens skyldighet i patientsäkerhet

Föreskrifter SOSFS 2011:9

6 kap 2 §

Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Kraven uppnås genom att vårdgivaren:

- utövar egenkontroll gällande patientsäkerhet i enlighet med reglering och socialnämndens riktlinjer.

6.3 Säkerställa personalens skyldighet i socialtjänst och verksamhet enligt LSS

Föreskrifter SOSFS 2011:9

6 kap 3 §

Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Kraven uppnås genom att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS inom förvaltningen:

- utövar egenkontroll gällande kvalitet i enlighet med reglering och socialnämndens riktlinjer.

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer	13 (22)	

7. Dokumentationskyldigheten

Föreskrifter SOSFS 2011:9

7 kap. 1 §

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Den som bedriver verksamhet ska dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Det innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Det innebär även att arbetet med planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och hantera klagomål, synpunkter och rapporter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som framkomna avvikelser har gett upphov till.

Kraven uppnås genom att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS inom förvaltningen:

- dokumenterar resultat av det systematiska kvalitetsarbetet,
- dokumenterar resultat av patientsäkerhetsarbetet,
- följer socialnämndens riktlinjer, mallar för dokumentation.

7.1 Kvalitetsberättelse

Allmänna råd SOSFS 2011:9

Allmänna råd till 7 kap. 1 §

Vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå

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

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad

- att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Socialnämnden ansvarar för att årlig kvalitetsberättelse upprättas.

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer	14 (22)	

7.2 Patientsäkerhetsberättelse

Föreskrifter SOSFS 2011:9

7 kap. 2 §

Enligt 3 kap. 10 § PSL ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § PSL ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur

1. ansvaret enligt 3 kap. 9 § PSL har varit fördelat,
2. patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats,
3. samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,
4. risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap.,
5. rapporter enligt 6 kap. 4 § PSL har hanterats, och
6. inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 § som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats. Av patientsäkerhetsberättelsen ska det vidare framgå hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § PSL under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Socialnämnden ansvarar för att årlig patientsäkerhetsberättelse upprättas.

8 Hur uppgifterna i kvalitetsarbetet är fördelade i verksamheten.

Grundläggande principer för ansvarsfördelning

Socialnämnden ansvarar för övergripande ledning och styrning genom att besluta om ledningssystem, planer och riktlinjer som ställer krav på förvaltningen att bedriva verksamheterna så att kvalitet säkerställs, patientsäkerhet uppnås och ger bästa möjliga nytta för individen.

8.1 Socialnämnd

Ansvarar för;

- att det finns ett ledningssystem för verksamheten,
- att ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet,
- att med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten,
- att det av ledningssystemet framgår hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet är fördelade i verksamheten.
- det finns ett anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete,
- ge direktiv för att säkerställa att ledningssystemet fungerar och följs,

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer	15 (22)	

- årlig uppföljning av ledningssystemet.

8.2 Socialchef

Ansvarar för;

- leda förvaltningens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utifrån reglering, politiska beslut och socialnämndens riktlinjer
- löpande följa utvecklingen av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och initiera utvecklings-, samt förbättringsarbete vid behov.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), socialt ansvarig samordnare (SAS) och economicontroller har uppdrag att stödja socialchef i att leda och styra förvaltningens verksamheter i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Processer och rutiner	Säkerställa att de processer och rutiner som krävs på förvaltningsnivå är identifierade, dokumenterade, kända och lättillgängliga.
Samverkan	Organisera och styra den samverkan som krävs på förvaltningsnivå för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.
Risakanalys	Genomföra, organisera riskanalyser på förvaltningsnivå. Identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att förvaltningen inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. Ta ställning om riskanalyser behöver genomföras; <ul style="list-style-type: none"> - innan förändringar av en verksamhet eller, - inför förändringar av personalens sammansättning och - innan nya arbetsätt eller metoder börjar tillämpas.
Egenkontroll	Säkerställa att förvaltningen bedriver systematiskt arbete med att följa upp och utvärdera verksamheterna. Säkerställa att avdelningarna bedriver egenkontroll enligt reglering och socialnämndens riktlinje. Följa upp resultat av egenkontroll. Vid behov vidta förvaltningsövergripande åtgärder utifrån resultatet av egenkontrollen.
Avvikelser	Säkerställa att förvaltningen hanterar avvikelser enligt reglering och socialnämndens riktlinje. Säkerställa att åtgärder vidtas vid behov för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.
Klagomål och synpunkter	Säkerställa att förvaltningen hanterar klagomål och synpunkter enligt reglering och socialnämndens riktlinje. Säkerställa att åtgärder vidtas vid behov för att säkerställa kvalitet

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer	16 (22)	

	och patientsäkerhet.
Förbättrande åtgärder	Säkerställa att på grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Säkerställa att processer och rutiner förbättras om resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ visar att de inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet.
Dokumentation	Säkerställa att förvaltningen hanterar dokumentation av arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med reglering och socialnämndens riktlinjer.

8.3 Avdelningschef

Ansvarar för;

- leda avdelningens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utifrån reglering, politiska beslut och socialnämndens riktlinjer,
- tydliggöra ansvar för och fördela uppdrag till enhetschefer att bedriva det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet,
- löpande följa utvecklingen av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och initiera utvecklings-, samt förbättringsarbete vid behov.

Processer och rutiner	Säkerställa att de processer och rutiner som krävs inom avdelningen är identifierade, dokumenterade, kända och lättillgängliga
Samverkan	Organisera och styra den samverkan som krävs på avdelningsnivå för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet
Risakanalys	Genomföra, organisera riskanalyser på avdelningsnivå. Identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. Ta ställning om riskanalyser behöver genomföras; <ul style="list-style-type: none"> - innan förändringar av en verksamhet eller, - inför förändringar av personalens sammansättning och innan nya arbetssätt eller metoder börjar tillämpas.
Egenkontroll	Säkerställa att avdelningen bedriver systematiskt arbete med att följa upp och utvärdera verksamheterna. Säkerställa att enheterna bedriver egenkontroll enligt reglering och socialnämndens riktlinje. Följa upp resultat av egenkontroll. Vid behov vidta förvaltningsövergripande åtgärder utifrån

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer	17 (22)	

	resultatet av egenkontrollen.
Avvikelser	Säkerställa att förvaltningen hanterar avvikelser enligt reglering och socialnämndens riktlinje. Säkerställa att åtgärder vidtas vid behov för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.
Klagomål och synpunkter	Säkerställa att avdelningen hanterar klagomål och synpunkter enligt reglering och socialnämndens riktlinje. Säkerställa att åtgärder vidtas vid behov för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.
Skyldigheter att rapportera och utreda vårdskador och missförhållande samt risker för sådana	Säkerställa på avdelningsnivå att rapporteringsskyldigheten, utredning av vårdskador, missförhållanden samt risker för sådana hanteras i enlighet med reglering och socialnämndens riktlinje. Säkerställa att åtgärder vidtas vid behov för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.
Sammanställning och analys av avvikelser, klagomål och synpunkter	Säkerställa att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs, analyseras på avdelningsnivå nivå för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Säkerställa att det sker i enlighet med reglering och socialnämndens riktlinjer.
Förbättrande åtgärder	Säkerställa att på grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ vidtas de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Säkerställa att processer och rutiner förbättras om resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ visar att de inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet.
Dokumentation	Säkerställa att avdelningen hanterar dokumentation av arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med reglering och socialnämndens riktlinjer.

8.4 Enhetschef

Ansvarar för;

- leda enhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utifrån reglering, politiska beslut och socialnämndens riktlinjer,
- tydliggöra ansvar för och fördela uppdrag till medarbetare att medverka i att bedriva det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet,
- löpande följa utvecklingen av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och initiera utvecklings-, samt förbättringsarbete vid behov.

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer	18 (22)	

Processer och rutiner	Säkerställa att enhets specifika processer och rutiner som krävs för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet är identifierade, dokumenterade, kända och lättillgängliga
Samverkan	Organisera och styra den samverkan som krävs på enhetsnivå för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet
Risikanalyser	Genomföra, organisera riskanalyser på enhetsnivå. Identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. Ta ställning om riskanalyser behöver genomföras; <ul style="list-style-type: none"> - innan förändringar av en verksamhet eller, - inför förändringar av personalens sammansättning och innan nya arbetssätt eller metoder börjar tillämpas.
Egenkontroll	Säkerställa att enheten bedriver systematiskt arbete med att följa upp och utvärdera verksamheterna. Säkerställa att enheten bedriver egenkontroll enligt reglering och socialnämndens riktlinje. Följa upp resultat av egenkontroll. Vid behov vidta förvaltningsövergripande åtgärder utifrån resultatet av egenkontrollen.
Avvikelse	Säkerställa att enheten hanterar avvikelser enligt reglering och socialnämndens riktlinje. Säkerställa att åtgärder vidtas vid behov för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.
Klagomål och synpunkter	Systematiskt ta emot, utreda, åtgärda, återkoppla, sammanställa och analysera klagomål och synpunkter samt urskilja mönster och trender som indikerar på brister i verksamheten. Säkerställa följsamhet till riktlinjen för klagomål och synpunkter inom enheten.
Skyldigheter att rapportera och utreda vårdskador och missförhållande samt risker för sådana	Säkerställa på enhetsnivå att rapporteringsskyldigheten, utredning av vårdskador, missförhållanden samt risker för sådana hanteras i enlighet med reglering och socialnämndens riktlinje. Säkerställa att åtgärder vidtas vid behov för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer	19 (22)	

Förbättrande åtgärder	Säkerställa att på grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Säkerställa att processer och rutiner förbättras om resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ visar att de inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet.
Egenkontroll	Ansvara för att kontroller utförs enligt reglering och socialnämndens riktlinjer. Sammanställa, analysera och dokumentera resultatet egenkontroll på enhetsnivå. Vidta åtgärder utifrån resultatet av egenkontroll.
Dokumentation	Säkerställa att enheten hanterar dokumentation av arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med reglering och socialnämndens riktlinjer.

8.5 Personal

Ansvarar för;

- medverka i enhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utifrån reglering, politiska beslut och socialnämndens riktlinjer,
- löpande följa utvecklingen av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och initiera utvecklings-, samt förbättringsarbete vid behov.

Processer och rutiner	Följa fastställda processer och rutiner för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.
Samverkan	Medverka i samverkan som krävs på enhetsnivå för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet
Risakanalys	Medverka vid arbete med riskanalyser på enhetsnivå.
Egenkontroll	Medverka vid det systematiska arbetet med att följa upp och utvärdera verksamheterna. Medverka vid arbetet med egenkontroll enligt reglering och socialnämndens riktlinje.
Avvikelser	Rapportera och hantera avvikelser enligt reglering och socialnämndens riktlinje.

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer	20 (22)	

Klagomål och synpunkter	Systematiskt ta emot klagomål och synpunkter och rapportera dessa till enhetschef i enlighet med reglering och socialnämndens riktlinje.
Skyldigheter att rapportera och utreda vårdskador och missförhållande samt risker för sådana	Rapportera vårdskador, missförhållanden samt risker för sådana i enlighet med reglering och socialnämndens riktlinje.
Förbättrande åtgärder	Medverka i arbetet med systematiskt arbete att följa upp och utvärdera verksamheterna. Medverka vid åtgärder som vidtas vid behov för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet.
Dokumentation	Hantera dokumentation av arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med reglering och socialnämndens riktlinjer.

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer	21 (22)	

Hänvisningar

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 (M och S)

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsen.

HSLF-FS 2018:10 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg, Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) (HSL).

Hälso- och sjukvårdsförordning (SFS 2017:80)

Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (SFS 1990:52) (LVU).

Lag om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870) (LVM).

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

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) (PSL).

Patientdatalag (SFS 2008:355).

Socialtjänstlag (SFS 2001:453) (SoL).

Kvalitetsdokument	Upprättat (dat.) 2011-12-14	Giltigt (till och med) Tills vidare	Senast reviderat (dat.) 2021-06-23
Redaktör Socialt ansvarig samordnare	Beslutat av Socialnämnden		
Dokumentnamn Ledningssystem systematiskt kvalitetsarbete	Dokumenttyp Riktlinjer		22 (22)