

Kanslienheten

Emma Svedin
Nämnd-/bolagssekreterare
0156-522 50
emma.svedin@trosa.se

Kallelse
Datum
2022-01-20



Tid: Onsdagen den 26 januari 2022, kl. 13.30 **Stängt sammanträde**
Plats: Kommunhuset, Apelviken*
Gruppmöte: Alliansen, se separat inbjudan
S och V, se separat inbjudan
SD, se separat inbjudan

**Samtliga ledamöter och ersättare deltar på distans genom Digitalt möte. Endast ordförande, sekreterare och vård- och omsorgschef deltar på plats i Apelviken.*

Kallelse till Vård- och omsorgsnämnden

Ärende	Dnr
1. Godkännande av dagordning	
2. Revidering av <i>Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder</i>	VON 2022/3
3. Revidering av <i>Riktlinje för dokumentation i hälso- och sjukvård</i>	VON 2022/4
4. Revidering av <i>Riktlinje för palliativ vård vid livets slut</i>	VON 2022/5
5. Revidering av <i>Riktlinje för läkemedelshantering i vård och omsorg</i>	VON 2022/6
6. Revidering av <i>Riktlinje för medicintekniska produkter</i>	VON 2022/7
7. Förändrad debiteringsform och avgiftsnivå för cyklar inom Hjälpmedelscentralens verksamhet	VON 2022/9
8. Granskning av utförarjournaler inom SoL och LSS 2021	VON 2022/8
9. Intensiv hemrehabilitering, IHR (Inga handlingar)	
10. Information om ärende enligt Lex Maria (Inga handlingar)	VON 2021/64
11. Punktprevalensmätning hygienrutiner (Inga handlingar)	
12. LOV förfrågningsunderlag uppföljning (Inga handlingar)	
13. Slutrapport IBIC (Inga handlingar)	
14. Information om ej verkställda beslut (Inga handlingar)	

- | | | |
|-----|---|-------------|
| 15. | Information om färdtjänst | |
| 16. | Information covid-19
(Inga handlingar) | VON 2020/34 |
| 17. | Nyckeltal
(Inga handlingar) | |
| 18. | Vård- och omsorgschef informerar
(Inga handlingar) | |
| 19. | Anmälan av delegationsbeslut | VON 2022/1 |
| 20. | Anmälningsärenden | VON 2022/2 |
| 21. | Övriga frågor | |

Helena Koch
Ordförande

Emma Svedin
Nämndsekreterare

2

Vård och omsorgskontoret
Samir Salkic
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
0156-52054
samir.salkic@trosa.se

Tjänsteskrivelse
Datum
2022-01-04
Diarienummer
VON 2022/3



Revidering av *Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder*

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden antar förslag till reviderad *Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder*.

Ärendet

Nyttillträdde medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, har gått igenom samtliga berörda styrdokument kopplade till hälso och sjukvård och konstaterar att *Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder* behöver revideras gällande delegering.

En genomförd delegering gäller inom Trosa kommun vård och omsorg vilket innebär att omvårdnadspersonalen har en giltig delegering både inom ordinärt, särskilt och LSS boende. Omvårdnadspersonalen behöver därmed inte genomgå ny delegeringsutbildning vid byte av team eller områden inom kommunal verksamhet. Delegeringsutbildningen kan genomföras i grupp och ska alltid ses som frivillig, dvs en delegering ska inte vara påtvingande. Den som har genomgått en delegering ska signera underlaget via verksamhetssystemet Treserva. För personal som inte har tillgång till Treserva sker delegeringen på en avsedd blankett där en kopia ges till personen som mottar delegeringen. När en delegering återkallas skall detta alltid meddelas ansvarig enhetschef och MAS.

En hänvisning kring egenvård har också uppdaterats.

Fredrik Yllman
Produktionschef

Samir Salkic
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Bilagor

Förslag till ändring av *Riktlinje för delegering av hälso och sjukvårdsåtgärder*

Beslut till

Författningssamlingen

Riktlinje för delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Antagen av:	Vård- och omsorgsnämnden 2022-01-26, § X, dnr VON 2022/3
Dokumentkategori:	Styrdokument
Dokumenttyp:	Riktlinje

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	2
Hälsa- och sjukvård	2
Delegering	2
Egenvård	3
Delegering över organisations- och vårdgivargränser	3
Kompetens	3
Formell kompetens	3
Reell kompetens	3
Ansvarsfördelning	4
Vårdgivarens ansvar	4
Verksamhetschefens ansvar	4
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) / Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för:	4
Enhetschef (EC) inom SoL, LSS och funktionshinderområdet	4
ansvarar för:	4
Delegerande legitimerad personal (fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor) ansvarar för att:	5
Omvårdnadspersonal med reell kompetens som åtar sig en arbetsuppgift genom delegering ansvarar för:	5
Riskbedömning.....	5
Bedöma sannolikhet för fel och konsekvens för patienten	6
Bedömning av sannolikhet	6
Bedömning av allvarlighetsgrad	6
RISKMATRIS	6
Poängbedömning	7
Arbetsuppgifter som aldrig får delegeras enligt MAS nätverket i Sörmlands gemensamma beslut	7
Delegeringsbeslut	7
Förvaring av delegeringsbeslut	7
Uppföljning av delegering	7
Delegeringen upphör	8
Återkallande av delegeringsbeslut	8
Dokumentation av utförd hälsa- och sjukvårdsinsats	8
Beordring av utförande, assistans och handräckning	8
Föreskrifter samt styrande och vägledande dokument	8

Bakgrund

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Sörmland har utarbetat länsgemensamma riktlinjer för delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder inom den kommunala vården och omsorgen, dessa utgör grunden för denna riktlinje.

Syftet är att få en enhetlig hantering av delegeringar i länets kommuner. Målet är att delegeringar som utfärdas inom länets kommuner är patientsäkra och ger den enskilda individen trygghet samt en god och säker vård.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Legitimerad personal (sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut) har den kompetens och lagliga rätt som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder på ett patientsäkert sätt.

Hälso- och sjukvårdsåtgärder kan utföras på olika sätt, av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, av patienten själv som egenvård eller av omvårdnadspersonal som fått åtgärden delegerad till sig av legitimerad personal (leg personal).

Delegering

Leg personal får delegera en eller flera hälso- och sjukvårdsåtgärder till icke legitimerad personal. Ett syfte med detta är att begränsa antalet personer som besöker en vårdtagare/brukare vid samma tillfälle. Delegeringen innebär att delegerad personal utför hälso- och sjukvårdsåtgärder trots att formellt kompetent personal finns tillgänglig i verksamheten.

Vårdgivaren kan aldrig föreskriva att vissa arbetsuppgifter ska delegeras.

Delegering får inte ges för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl och MAS avgör vilka arbetsuppgifter som får delegeras.

Endast legitimerad personal med både formell och reell kompetens får besluta om en arbetsuppgift kan delegeras till en person eller inte. Att delegera är alltid en leg persons personliga beslut och delegeringen ges till en enskild anställd. Delegering får inte ges till en grupp eller ett kollektiv personer, exempelvis personalen på en våning eller inom ett område.

Delegeringen ska begränsas till den delegerande leg personalens ansvarsområde vilket ska anges i delegeringshandlingen. Ansvarsområdet kan t.ex. vara ett geografiskt område, ett hemtjänstområde eller en våning. (En genomförd delegering gäller inom Trosa kommun vård och omsorg vilket innebär att omvårdnadspersonalen har en giltig delegering både inom ordinärt, särskilt och LSS boende. Omvårdnadspersonalen behöver därmed inte genomgå ny delegeringsutbildning vid byte av team eller områden inom kommunal verksamhet.) I kommunal verksamhet kan leg personals ansvarsområde sträcka sig över hela kommunen. Delegeringsutbildning kan genomföras i grupp och får inte ske mot någons vilja. Delegering får inte ske mot någons vilja.

Egenvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad (leg) hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient kan utföra själv, eller med handräckning/assistans. Vid egenvård betraktas åtgärden inte längre som en hälso- och sjukvårdsåtgärd och sorterar inte under Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Om patienten behöver assistans av icke legitimerad personal vid egenvård ska den ordinerande leg personalen fatta ett beslut om egenvård. Patienten ska därefter ansöka om social insats Egenvård hos biståndshandläggare och överlämna beslutet.

Hänvisning till styrande dokument nedan: Gemensamma riktlinjer gällande egenvård har fastslagits av länsstyrgruppen för närvård.

Delegering över organisations- och vårdgivargränser

Delegeringar kan ske oberoende av om den som delegerar och den som mottar arbetsuppgiften tillhör samma organisatoriska område eller inte, till exempel kommun - privat utförare - Region Sörmland. Förutsättningen för en sådan delegering är emellertid att mottagaren av uppgiften har sin arbetslednings tillåtelse att utföra arbetsuppgiften. Den som avser att delegera måste först samråda med mottagarens arbetsledning. MAS/MAR ska alltid informeras om delegeringar mellan huvudmän.

Kompetens

Formell kompetens

Formell kompetens innebär att en person har godkänd högskoleutbildning som leder till legitimerad yrkesexamen, vilket är en garanti för en bestämd kunskapsnivå och lämplighet för yrket. Exempel på yrken som har legitimation är sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist och läkare. Endast den som är legitimerad och därmed formellt kompetent för en viss arbetsuppgift kan delegera den vidare om hen även har reell kompetens.

Reell kompetens

Reell kompetens innebär att en person har tillräckliga kunskaper och färdigheter för att utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd på ett säkert sätt. För vissa åtgärder gäller att omvårdnadspersonal måste ha fått en delegering för att få utföra dem, även om de har skaffat sig kunskap så att de kan utföra åtgärden. Den som har fått en delegering för att utföra en medicinsk arbetsuppgift får inte lämna uppgiften vidare till någon annan.

Den som delegerar en medicinsk arbetsuppgift måste ha både den formella som den reella kompetensen.

Ansvarsfördelning

Vårdgivarens ansvar

Vårdgivaren – i detta fall kommunen - ansvarar för att kraven på god och säker vård kan uppfyllas bland annat genom att det finns personal med såväl formell som reell kompetens i tillräcklig omfattning. Vårdgivaren kan aldrig föreskriva att vissa medicinska arbetsuppgifter ska delegeras, den bedömningen får bara göras av en legitimerad yrkesutövare med såväl formell som reell kompetens för arbetsuppgiften.

Verksamhetschefens ansvar

Det är verksamhetschefens ansvar att leda arbetet och fördela arbetsuppgifterna allt efter art och svårighetsgrad med hänsyn tagen till behovet av kompetens och yrkeserfarenhet.

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns tillräckligt med personal i verksamheten med rätt kompetens för att kunna utföra olika arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt utifrån patientens behov utan att patientsäkerheten äventyras.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) / Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för:

- MAS ansvarar för att det finns rutiner i verksamheten för hur vårdåtgärder ska delegeras på ett patientsäkert sätt.
- MAS beslutar vilka åtgärder som får delegeras och att de är förenliga med en god och säker vård.
- MAS ansvarar för att det finns rutiner för att ompröva delegeringsbeslut och vid behov återkalla dem.
- MAS ska hålla sig underrättad om de delegeringar som ges inom kommunens hälso- och sjukvård.

Enhetschef (EC) inom SoL, LSS och funktionshinderområdet ansvarar för:

- att det finns tillräckligt antal personal med reell kompetens för att tillgodose patienternas behov av säker vård
- att i samråd med leg personal bedöma vilken personal som är lämplig för ev. delegering
- att delegerad personal har åtkomst till journalsystemet för att kunna läsa, dokumentera och signera utförda ordinationer i patientjournalens vårdplan
- att ge personal förutsättningar att studera inför delegering.
- att planera bemanning med hänsyn till behovet av delegerad personal
- att eftersträva kontinuitet kring vårdtagare där delegering krävs
- att i samråd med distriktssköterska/sjuksköterska och rehabpersonal planera för introduktion vid nyanställning
- informera legitimerad personal om nyanställningar, förlängning av vikariat/anställning och om personal som slutar sin tjänst
- vara uppdaterad om vilka delegeringar som finns på enheten

Delegerande legitimerad personal (fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor) ansvarar för att:

- bedöma om en ordination ska utföras som egenvård, delegeras eller utföras av leg personal
- med kunskapskontroller avgöra om personal är lämplig för delegering
- följa upp givna delegeringsbeslut
- vid behov återkalla delegeringsbeslut

Omvårdnadspersonal med reell kompetens som åtar sig en arbetsuppgift genom delegering ansvarar för:

- att få reell kompetens genom att ta emot information och undervisning om arbetsuppgiften
- att tala om när man inte anser sig ha tillräckliga kunskaper och/eller information för att kunna utföra arbetsuppgiften
- vara införstådd med att man tillhör hälso- och sjukvårdspersonal när man utför medicinska arbetsuppgifter och lyder under de bestämmelser som gäller för dessa.
- att den som tar emot en delegering själv bär det fulla ansvaret för att utföra den delegerade arbetsuppgiften efter bästa förmåga
- att meddela i god tid innan ett delegeringsbeslut går ut eller när en uppföljning ska göras
- att dokumentera i journalen (vårdplanen) eller med sin signatur på signeringslista i pappers- eller digital form

Riskbedömning

Leg personal ska alltid göra en riskbedömning. Detta görs genom att skatta hur stor sannolikhet det är för att en åtgärd inte utförs på ett riktigt sätt och hur allvarlig följden av ett felaktigt utförande kan bli för patienten (konsekvens).

Med hjälp av en matris för riskanalys kan ansvarig leg personal bedöma om en åtgärd ska utföras av leg personal, av delegerad personal eller som egenvård av patienten eller närstående.

Följande frågor kan användas vid riskbedömning:

- Vad kan gå fel i detta steg?
- Vilka konsekvenser leder det till för patienten?

Hög patientsäkerhet ska alltid eftersträvas.

Bedöma sannolikhet för fel och konsekvens för patienten

Leg personal ska bedöma hur stor sannolikheten är för att en delegerad arbetsuppgift inte utförs på rätt sätt och hur allvarlig följden av ett felaktigt utförande kan bli för patienten (konsekvens).

Bedömning av sannolikhet

Bedömning av hur stor sannolikheten är att insatsen inte utförs på rätt sätt.

Sannolikhet för inträffande	Förekomst/vanlighet
Mycket stor (4)	Kan inträffa dagligen
Stor (3)	Kan inträffa varje vecka
Liten (2)	Kan inträffa varje månad
Mycket liten (1)	Kan inträffa 1 gång/år

Bedömning av allvarlighetsgrad

Bedömning av hur allvarlig konsekvensen kan bli för patienten om insatsen inte utförs på rätt sätt.

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser
Katastrofal (4)	Dödsfall eller större kvarstående funktionsnedsättning/besvär
Betydande (3)	Kvarstående måttlig nedsatt funktionsnedsättning/besvär
Måttlig (2)	Övergående funktionsnedsättning/besvär
Mindre (1)	Obehag eller obetydlig skada

När allvarlighetsgrad och sannolikhet är skattade används en riskmatris (se nedan). för att bedöma riskens storlek i siffror. Detta görs genom att multiplicera sannolikheten för att en åtgärd inte utförs korrekt med hur allvarlig följden av ett felaktigt utförande kan bli för patienten (konsekvens).

Värdet i ovanstående tabeller kan anta 16 multiplikationskombinationer. Risken kan anta ett värde mellan 1-16. Exempel $4 \times 4 = 16$

RISKMATRIS

Allvarlighetsgrad					
Sannolikhet för inträffande		Mindre (1)	Måttlig (2)	Betydande (3)	Katastrofal (4)
	Mycket stor (4)	4	8	12	16
	Stor (3)	3	6	9	12
	Liten (2)	2	4	6	8
	Mycket liten (1)	1	2	3	4

Poängbedömning

När en risk får en hög poäng vid riskbedömningen innebär det att sannolikheten är stor för att en negativ händelse inträffar och att den negativa händelsen bedömts kunna vara mycket allvarlig. Ju högre poäng desto mer utbildning krävs för att omvårdnadspersonalen ska få utföra arbetsuppgiften.

Arbetsuppgifter som aldrig får delegeras enligt MAS nätverket i Sörmlands gemensamma beslut

- bedömning av hälso- och sjukvård och/eller rehabiliteringsinsatser
- bedömning av omvårdnadsbehov
- behandlingar vid instabilt hälsotillstånd
- bedömning och förskrivning av hjälpmedel/medicinsk tekniska hjälpmedel
- förestå läkemedelsförråd (akut- och buffertförråd/utökat läkemedelsförråd)
- vidaredelegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter
- infusioner
- hantering av perifera och centrala infarter
- tillföra läkemedel eller vätskor intravenöst
- komplicerad katetersättning
- sugning av nedre luftvägar
- vaccinationer
- fastställande av en människas död
- intyg för bostadsanpassning
- bastest/blodgruppering och blodtransfusion

Delegeringsbeslut

- ska alltid vara skriftligt
- ska gälla för en viss tid – högst ett år – eller för ett visst tillfälle
- ska innehålla följande:
 - till vem uppgiften delegeras
 - vilka arbetsuppgifter som delegeras
 - för vilka personer eller för vilken enhet/område delegeringen gäller
 - tidsperioden som delegeringen gäller
 - datum för delegeringsbeslutet
 - den delegerandes underskrift/elektronisk signering
 - uppgiftsmottagarens underskrift/elektronisk signering

Förvaring av delegeringsbeslut

Delegeringsbeslut till kommunens personal förvaras digitalt i kommunens verksamhetssystem Treserva. Delegeringsbeslut till personal hos privata utförare enl. LOV ska förvaras i pärm hos den leg personal som gett delegeringen och kopia sparas i pärm hos MAS. Den delegerade personalen ska behålla en kopia på delegeringsblanketten.

Uppföljning av delegering

En uppföljning ska alltid planeras i samband med delegeringsbeslutet. Vid uppföljning eller förnyelse av delegering ska den delegerande legitimerade personalen bedöma vilka kunskapskontroller som ska göras.

Delegeringen upphör

Ett delegeringsbeslut upphör att gälla efter att den som delegerat slutat sin anställning eller går på tjänstledighet mer än 3 månader. En kollega ska snarast göra en ny bedömning av ev. delegering. Under en övergångsperiod (maximalt 3 månader) kan en namngiven kollega inom samma verksamhetsområde, ansvara för förlängning av delegeringen.

Frånvaro från verksamhet i mer än 3 månader, kräver ny delegering.

Återkallande av delegeringsbeslut

Ett delegeringsbeslut ska återkallas om det visar sig att den som har tagit emot en delegering saknar förmåga eller förutsättningar för att utföra de delegerade arbetsuppgifterna på ett säkert och riktigt sätt.

Ett återkallande kan göras med omedelbar verkan och ska göras skriftligt av legitimerad personal om det anses nödvändigt. Vid tveksamhet ska leg personal samråda med MAS. Ansvarig chef och MAS ska alltid informeras **när en delegering återkallas.**

Dokumentation av utförd hälso- och sjukvårdsinsats

När en delegerad hälso- och sjukvårdsåtgärd ska utföras ska det alltid finnas en ordination tillgänglig i en Vårdplan, när delegeringen gäller läkemedelsadministration ska även en läkemedelslista finnas tillgänglig. Utförd åtgärd ska dokumenteras i vårdplan i patientjournalen eller på Signeringslista, digital eller på papper. Signeringsunderlaget är journalhandling och används för kontroll och uppföljning av exempelvis läkemedelshantering, träningsmoment och såromläggning.

Beordring av utförande, assistans och handräckning

I enstaka nödsituationer kan det bli nödvändigt för leg. personal att beordra en icke legitimerad personal att utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd eller att ge handräckning eller assistera den enskilde i att utföra en viss hälso- och sjukvårdsåtgärd. Detta är inte att betrakta som en delegerad arbetsuppgift (SOSFS 1997:14).

Se under föregående rubrik *Egenvård* och *Styrande dokument* nedan;
Gemensamma riktlinjer gällande egenvård har fastslagits av länsstyrgruppen för närvård. Sörmland

Föreskrifter samt styrande och vägledande dokument

Delegering av hälso- och sjukvård inom hälso- och sjukvård och tandvård,
Socialstyrelsens föfattning SOSFS:2017:14
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/1997-10-14.pdf>

Socialstyrelsens föfattning HSLFS-FS 2017:13 om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvård

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmannarad/konsoliderade-foreskrifter/201737-om-ordination-och-hantering-av-lakemedel-i-halso--och-sjukvarden/>

Gemensamma riktlinjer gällande egenvård har fastslagits av länsstyrgruppen för närvård, Sörmland

~~<https://samverkan.regionormland.se/for-vardgivare/narvard/>~~

<https://samverkan.regionormland.se/for-vardgivare/narvard/egenvard/>

Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (t.o.m. ändring HSLF-FS 2017:16)

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmannarad/konsoliderade-foreskrifter/20096-om-bedomningen-av-om-en-halso--och-sjukvardsatgard-kan-utforas-som-egenvard/>

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Socialstyrelsen, 2017

<https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/>

3

Vård och omsorgskontoret
Samir Salkic
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
0156-52054
samir.salkic@trosa.se

Tjänsteskrivelse
Datum
2022-01-04
Diarienummer
VON 2022/4



Revidering av *Riktlinje för dokumentation i hälso- och sjukvård*

Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden antar förslag till reviderad *Riktlinje för dokumentation i hälso- och sjukvård*.

Ärendet

Nyttillträdde medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, har gått igenom samtliga berörda styrdokument kopplade till hälso och sjukvård och konstaterar att *Riktlinje för dokumentation i hälso- och sjukvård* behöver revideras.

Den legitimerade personalen ska göra en anteckning i patientens journal att en menprövning är genomförd och vilket beslut som tagits i ärendet, dvs om journalhandlingen ska lämnas ut eller inte. Om en patient nekar till informationsöverföring vid tex ett kvalitetsregister ska även detta dokumenteras tydligt i patientens journal. Vidare har det skett en förändring som berör samverkan vid utskrivning från slutenvård där riktlinje hänvisade till SOSFS 2005:27. En ny lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård har istället tillkommit.

Fredrik Yllman
Produktionschef

Samir Salkic
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Bilagor

Förslag till revidering av *Riktlinje för dokumentation i hälso- och sjukvård*

Beslut till

Författningssamlingen

Riktlinje för dokumentation i hälso- och sjukvård

Antagen av:	Vård- och omsorgsnämnden 2022-01-26, § X, dnr VON 2022/4
Dokumentkategori:	Styrdokument
Dokumenttyp:	Riktlinje

Innehållsförteckning

Riktlinje för dokumentation i hälso- och sjukvård	2
Bakgrund.....	2
Patientjournalens syfte	2
Patientjournalens språk och dess innehåll	2
Hälso- och sjukvårdspersonal	3
Dokumentationsskyldighet	4
Patientens rätt att få ta del av sin journal och menprövning	4
Sekretess, samtycke och vårdpersonalens behörighet att ta del av journal	4
Bakgrund till vården.....	4
Anamnes	4
Status, aktuellt hälsotillstånd	4
Vårdplan	5
Åtgärder/Ordinationer	5
Uppföljning av vård och behandling	5
Epikris.....	5
Referenser och lagar som styr journalföring och informationshantering inom hälso- och sjukvård	5

Riktlinje för dokumentation i hälso- och sjukvård

Bakgrund

Inom hälso- och sjukvård hanteras mycket information, vården ges hela dygnet och många personer kan vara inblandade i den enskilda patientens vård. För att säkerställa en god och säker vård finns lagstadgad skyldighet att föra patientjournal med uppgifter om bedömningar, beslut, genomförande och utvärdering av den vård som ges. Patienten och de närstående ska informeras om vård och behandling och den information de fått ska dokumenteras. Informationen är en förutsättning för att patienten så långt det är möjligt ska kunna vara delaktig i planeringen.

Patientjournalen är ett arbetsredskap som ska vara tillgänglig för dem som planerar vården, de som deltar i den och för patienten själv. Informationen i journalen ska vara tillförlitlig och lätt att förstå, den ska vara skriven på svenska språket istället för latin när det är möjligt. En väl förd patientjournal innehåller aktuella händelser, mål för vården, planering, genomförande, utvärdering, uppföljning och resultat och är grunden för en god och säker vård.

En journalhandling är alla de handlingar och anteckningar som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd, andra personliga förhållanden och de åtgärder som genomförs eller planeras. En journalhandling kan vara på papper, elektronisk, bild eller upptagning som kan avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniskt hjälpmedel.

Patientjournalens syfte

En patientjournal är främst ett stöd och en informationskälla för de personer som ansvarar för eller vårdar patienten och för någon som inte tidigare träffat patienten så att hen ska kunna göra en riktig bedömning och besluta om åtgärder. Patientjournalen ska bidra till att patienten får en god och säker vård genom att beskriva aktuella händelser, mål för vården och olika steg i vårdprocessen såsom bedömning, planering, genomförande, utvärdering och resultat. Patientjournalen är även en källa för uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn, försäkringsärenden, rättsliga krav och forskning.

Patientjournalens språk och dess innehåll

Patientjournalerna i Trosa kommun förs elektroniskt i datajournaler, till journalen hör även information på papper som sparas i en journalmapp för varje patient. Patientjournalen ska vara skriven på lättförståelig svenska för att patient och personal ska förstå informationen, men facktermer får användas för ökad tydlighet. Endast förkortningar ur Medicinsk terminologi och Svenska Akademiens Ordlista får användas. Texten ska vara tydlig utformad med omsorg så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som kränkande av patienten eller dennes närstående.

Nedan följer de uppgifter som patientjournalen ska innehålla utöver förändringar i patientens hälsotillstånd, bedömningar, planerade och genomförda åtgärder, uppföljningar och resultat liksom samtal med närstående och externa vårdgivare. Journalen ska innehålla uppgift om;

- patientens identitet
- bakgrund till vården, vilket innebär aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- undersökningsresultat, medicinsk diagnos och grund för mera betydande åtgärder, t.ex. förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel och hjälpmedel
- vidtagna och planerade åtgärder, omvårdnadsåtgärder och ordinationer av till exempel läkemedel och olika behandlingar
- den information som lämnats till patienten om ställningstaganden inför val av behandlingsalternativ och om patientens möjlighet till en förnyad medicinsk bedömning
- en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling
- överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen efterfrågas och svaret dokumenteras
- vårdhygienisk smitta
- epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård
- vem som gjort en viss anteckning och när den gjordes
- lämnade samtycken till informationsöverföring och registrering i kvalitetsregister
- patientens egna önskemål om vård och behandling
- id-uppgifter till medicintekniska produkter så att de kan spåras
- intyg, remisser, behandlingsmeddelanden och andra inkommande och utgående uppgifter
- vårdplanering och samordnad individuell plan (SIP)
- ansvariga för vården både hos externa vårdgivare och planeringsansvariga i kommunen
- explosiva implantat
- skydds- och begränsningsåtgärder
- restriktioner

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal utgörs i Trosa kommun av legitimerad (leg) personal vilket är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter (sjukgymnaster) samt av omvårdnadspersonal som är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade arbetsuppgifter och när de biträder legitimerad yrkesutövare i hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Dokumentationsskyldighet

All legitimerad personal inom hälso- och sjukvård är skyldig att föra journal och i Trosa kommun för varje legitimerad (leg.) profession sin egen journal men har läsbehörighet till de övrigas. Journalanteckningar ska skrivas snarast för att aktuell information om patientens hälsotillstånd ska vara tillgänglig för dem som deltar i vården.

Patientens rätt att få ta del av sin journal och menprövning

Patienten har rätt att ta del av sin patientjournal efter att en s.k. menprövning har gjorts av ansvarig leg. personal. Menprövning innebär en bedömning av om journalen kan lämnas ut till patienten utan att uppgifter i den är till men, skada, för patienten eller de närstående. Socialstyrelsen avgör i de sällsynta fall där det bedöms finnas en risk för men. **Den legitimerade personalen ska göra en anteckning i patientens journal att en menprövning är genomförd och vilket beslut som tagits i ärendet, dvs om journalhandlingen ska lämnas ut eller inte.**

Sekretess, samtycke och vårdpersonalens behörighet att ta del av journal

Sekretesslagen kräver att patienten alltid måste tillfrågas och lämna sitt samtycke innan personliga uppgifter får lämnas ut till närstående eller en annan vårdgivare, Nationell patientöversikt (NPÖ), eller nationella kvalitetsregister.

Patienten har alltid rätt att neka informationsöverföring **vilket ska dokumenteras tydligt i patientens journal. och journalen läsas**

Endast personal som deltar i vården av en patient får ta del av hens personliga uppgifter och läsa journalen. Personalen har eget ansvar för att följa Sekretesslagen. Arbetsgivaren ger begränsad behörighet till journalåtkomst och kontrollerar följsamheten genom att via loggar följa upp vilka som har varit inne i en datajournal.

Bakgrund till vården

Bakgrunden bör innehålla information dels om tiden före vårdtillfället (anamnes) och dels om den aktuella situationen (status).

Anamnes

Innefattar patientens eller närståendes beskrivning av patientens hälsa och levnadsförhållanden fram till den aktuella vårdkontakten (Hälsohistoria).

Uppgifter som belyser patientens aktuella tillstånd och situation och förhållanden som påverkar vård, omvårdnad och rehabilitering.

Uppgifter som har bedömts med hjälp av olika instrument, prover och undersökningar (objektiva) och uppgifter från tidigare journaler.

Status, aktuellt hälsotillstånd

Varje leg. profession ska göra en första sammansatt bedömning av patientens aktuella hälsotillstånd byggd på intervjuer av patienten och/eller närstående, observationer och olika undersökningar.

Förändring i patientens hälsotillstånd och händelser som kan påverka det ska dokumenteras kontinuerligt, liksom nya eller ändrade ordinationer och annat som kan påverka vården.

Vårdplan

Målen för vården och planeringen för att nå dem ska dokumenteras i en vårdplan. Patientens problem, risker och egna resurser identifieras genom bedömning och analys. Målen för vården bestäms tillsammans med patienten, liksom tiden när de ska ha uppnåtts och därefter beslutas vilka åtgärder och ordinationer som ska leda till målen. Syftet med vårdplanen är att patienten och alla som är delaktiga i patientens vård ska arbeta mot samma mål och tillsammans genomföra de beslutade åtgärderna. En vårdplan ska upprättas snarast efter att en patient har skrivits in i hemsjukvården, antingen hen bor på ett särskilt boende (SÄBO), ett gruppboende eller i ordinärt boende (ordbo).

Åtgärder/Ordinationer

Med ordination menas en sakkunnig instruktion om en viss behandling eller åtgärd. Den som sätter in en ordination ska dokumentera och signera den i journalen så att den som ska utföra ordinationen förstår precis vad som ska göras och hur det ska göras. Den som har utfört en åtgärd ska dokumentera att det är gjort. Läkaren ordinerar medicinska åtgärder, sjuksköterskan ordinerar omvårdnadsåtgärder, arbetsterapeuten ordinerar arbetsterapi, sjukgymnasten ordinerar sjukgymnastik, träning och så vidare.

Uppföljning av vård och behandling

Resultatet av åtgärderna följs upp genom nya bedömningar och dokumenteras som förändrat status hos patienten. Patientens status jämförs med de uppsatta målen vid den beslutade tiden för uppföljning och resultatet, om målen uppnåtts eller inte, dokumenteras i vårdplanen.

Epikris

När vårdtiden avslutas genom att patienten skrivs ut, flyttar till en annan enhet eller avlider ska varje leg. profession skriva en epikris med sammanfattning och utvärdering av den vård och behandling som har getts.

Vårdförloppet ska kunna följas i efterhand genom epikris och vårdplan som ger en samlad bedömning av patientens behov och vilka av dessa som har kunnat tillgodoses.

Referenser och lagar som styr journalföring och informationshantering inom hälso- och sjukvård

- Patientdatalagen SFS 2008:355
- Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården SOSFS 2008:14
- ~~Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård SOSFS 2005:27~~
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård

- Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2008:14) Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården SOSFS 2013:7
- Patientlag 2014:821
- Vårdhandboken

4

Revidering av *Riktlinje för palliativ vård vid livets slut*

Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden antar förslag till reviderad *Riktlinje för palliativ vård vid livets slut*.

Ärendet

Nyttillträdde medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, har gått igenom samtliga berörda styrdokument kopplade till hälso och sjukvård och konstaterar att *Riktlinje för palliativ vård vid livets slut* behöver revideras.

Länsstyrgruppen i Sörmland har under hösten 2021 antagit en länsgemensam rutin kring palliativ vård som har sin utgångspunkt i det nationella vårdprogrammet för palliativ vård. Trosa kommuns riktlinje kring palliativ vård behövde därför uppdateras för att följa den länsgemensamma rutinen men även det nationella vårdprogrammet. Riktlinjen utgår från ett personcentrat, teambaserat arbetssätt med utgångspunkt från de legitimerade yrkesgruppernas uppdrag. De legitimerade yrkesgrupperna har ett ansvar att handleda omvårdnads personal. Palliativ vård förebygger och lindrar lidandet genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella symptom.

En god palliativ vård bygger på fyra hörnstenar som är: lindring av svåra symtom, teamarbete mellan professioner, kontinuitet i vården och betydelsen att närstående får tillräckligt med stöd.

Revideringen av riktlinjen berör även olika begreppsförklaringar som förekommer inom den palliativa vården vilket är av stor betydelse för att teamet kring patienten ska ha förståelse för vad olika begrepp innebär.

Med god planering är individen, närstående och vårdteamet bättre rustade att möta och lindra kommande försämring. Det är viktigt att göra planeringen känd för alla inblandade och att den dokumenteras på ett tydligt sätt i form av en SIP (Samordnad individuell plan). Definition av brytpunkt är den punkt i ett vårdförlopp då livsförlängande insatser inte längre har effekt, eller då effekten är marginell och att nettoeffekten av insatsen påverkar patientens livskvalité negativt.

Patient och närstående har ofta behov av mer än ett brytpunktssamtal för att kunna förhålla sig till sin situation. Samtalen ska dokumenteras så att patientens

önskemål och uppgjord plan blir kända av alla som deltar i vården. Vid brytpunktssamtalet ska läkaren informera om vårdens inriktning och mål i livets slutskede.

Vid ett brytpunktssamtal bör ställning tas av ansvarig läkare om och i så fall när sjukhusvård är aktuell samt att hjärt-lungräddning inte är indicerad ("Ej HLR"). Ställningstagande om inskränkt behandling, exempelvis att avstå från hjärt- och lungräddning (ej HLR), ska fattas individuellt för varje patient och grundas på en medicinsk bedömning. Ställningstagandet ska fattas av en legitimerad läkare som ska samråda med minst en annan legitimerad yrkesutövare, exempelvis en sjuksköterska. Dokumentera i patientens journal vilka beslut som tagits och att brytpunktsamtalet är genomfört.

För att avstå från försök till livsuppehållande åtgärder kan det finnas flera orsaker till. Några av dessa skäl kan sammanfattas som patientens egen vilja att avstå behandling, att bedömningen ses som utsiktslöst att återställa cirkulationen samt att åtgärden inte bedöms till gagn för patienten efter en sammanvägd bedömning där hänsyn tagits till flera faktorer som sjukdomstillstånd, prognos, risker i förhållande till nytta.

Det är viktigt att en bedömning om vak görs i samråd med patienten där det är möjligt. Det är alltid tjänstgörande sjuksköterska som får göra en bedömning att ett vak ska av någon anledning upphöra.

Samverkan mellan olika professioner är avgörande för att en god planering ska finnas när en försämring i patientens tillstånd blir aktuell. Det är alltid patient ansvarig läkare som ordinerar läkemedel och ser över syftet med läkemedelsbehandlingen. Region Sörmlands palliativa rutin ska vara en grund för vägledning när det gäller den palliativ vården och vilka läkemedel som ska ordinerar.

Fredrik Yllman
Produktionschef

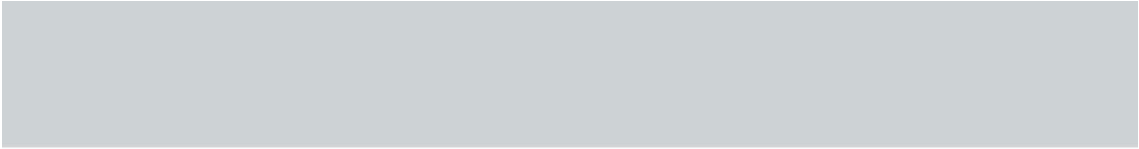
Samir Salkic
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Bilagor

Förslag till *Revidering av Riktlinje för palliativ vård vid livets slut.*

Beslut till

Författningssamlingen



Riktlinje för palliativ vård vid livets slut

Antagen av:	Vård- och omsorgsnämnden 2022-01-26, § X, dnr VON 2022/5
Dokumentkategori:	Styrdokument
Dokumenttyp:	Riktlinje

Riktlinje för palliativ vård vid livets slut	2
Bakgrund.....	2
Syfte.....	2
Begrepp och förklaringar	3
Vård i livets slut	3
Brytpunktssamtal	3
Vårdplan för palliativ vård i livets slutskede.....	4
Vak - inte dö ensam	4
Stöd till närstående.....	5
Samtal om livsfrågor och information om döendeprocessen	5
Symtomskattningsinstrument.....	5
Läkemedelsbehandling	5
Utbildning och handledning av personal.....	6
Omvårdnad	6
Styrande dokument	6

Riktlinje för palliativ vård vid livets slut

Bakgrund

Palliativ vård är ett förhållningssätt för att förbättra livskvaliteten för patienten och hans närstående i samband med en livshotande sjukdom som inte kan botas. Vården inriktas på att tidigt upptäcka, bedöma och behandla smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem för att kunna förebygga och lindra lidande. Riktlinjen tar sin utgångspunkt i det nationella vårdprogrammet för palliativ vård, vilket beskriver hur palliativ vård bör bedrivas, oavsett patientens diagnos, bakgrund, etnicitet eller vilken vårdform som är aktuell. Vårdprogrammet omfattar patienter över 18 år och beskriver hela det palliativa vårdförloppet, från tidig fas till sen fas.

Palliativ vård betyder omsorg om den döende människan och kan ges under lång tid, parallellt med livsförlängande behandling. Hur länge denna period varar skiljer sig från person till person, det kan röra sig om de sista dagarna, eller om månader och år. Riktlinjen utgår från ett personcentrat, teambaserat arbetssätt med utgångspunkt från de legitimerade yrkesgruppernas uppdrag. De legitimerade yrkesgrupperna har ett ansvar att handleda omvårdnads personal.

Slutligen inträffar en brytpunkt när livsförlängande behandling inte längre ger effekt och då övergår den palliativa vården till palliativ vård i livets slutskede och målet med vården är att lindra lidande och öka livskvalitet.

Vård i livets slutskede kan vara både allmän och specialiserad vård som ges under en persons sista tid i livet. De här framförda påståendena om vad lindrande vård innebär och vilken effekt den har på patientens livskvalitet har starkt vetenskapligt stöd enligt referenslistan.

Syfte

Syftet med palliativ vård i livets slutskede är att hjälpa individen till bästa möjliga livskvalitet ~~hela livet~~ och till en god och värdig död.

Palliativ vård och omsorg ska vara individuellt anpassad och främja välbefinnande genom god symtomlindring, självbestämmande och delaktighet. De närstående ska informeras och erbjudas samtal och avlastning.

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid icke-botbar sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidandet genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella symptom.

Information om hur döendeprocessen brukar fortskrida och hur kroppens olika funktioner avtar alltmer brukar minska oro. De närstående ska erbjudas psykiskt stöd och ges möjlighet till vila genom att personal stannar hos patienten.

En god palliativ vård vilar på fyra hörnstenar

1. Den första handlar om lindring av svåra symptom som smärta, illamående och oro.
2. Den andra hörnstenen markerar betydelsen av teamarbete mellan olika professioner, allt efter patientens behov.
3. Hörnsten tre betonar kontinuitet i vården och bra kommunikation mellan sjuka, närstående och vårdpersonal oavsett huvudman.

4. Den fjärde hörnstenen understryker att närstående får tillräckligt stöd eftersom vård i livets slutskede ofta bygger på stora insatser från närstående. Vården ska därför ges i samverkan med dem och deras önskemål så mycket som möjligt. De närstående måste känna att de får information och att deras närvaro och medverkan är betydelsefull.

Begrepp och förklaringar

En förutsättning för att patienten ska få jämlik och säker vård är att vårdpersonalen känner till olika begrepp som förekommer inom ramen för palliativ vård.

Palliativt förhållningssätt - Förhållningssätt som kännetecknas av helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut

Palliativ vård - "Hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvalitet för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående".

Palliativ vård i livets slutskede - Palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet.

Brytpunkt till palliativ vård i livets slutskede - Övergång till palliativ vård i livets slutskede när det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede - Samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagande att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

Vård i livets slut

Vård i livets slutskede inleds efter att sjuksköterskan rådgjort med övriga i teamet och sedan kontaktat patientansvarig läkare som bedömer att det inte finns någon möjlighet till förbättring av tillståndet och att patienten är i livets slutskede. Läkaren beslutar att vården ska övergå från att vara botande till att vara palliativ, vilket innebär att vara lindrande vid livets slut. Läkarens beslut dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Brytpunktssamtal

Att ligga steget före är av största vikt vid palliativ vård. Det finns ofta gott om tid att föra dialog med personen om behov och önskemål. Med god planering kan teamet kring patienten gå igenom frågor som är viktiga för hen men som kan vara svåra att tala om. Med god planering är individen, närstående och vårdteamet bättre rustade att möta och lindra kommande försämring. Det är viktigt att göra planeringen känd för alla inblandade och att den dokumenteras på ett tydligt sätt i form av en SIP (Samordnad individuell plan). Definition av brytpunkt är den punkt i ett vårdförlopp då livsförlängande insatser inte längre har effekt, eller då effekten är marginell och att nettoeffekten av insatsen påverkar patientens livskvalité negativt.

När läkaren har beslutat att vården ska övergå till palliativ vård i livets slut ska

hen ha ett eller flera s.k. brytpunktssamtal med patienten och de närstående, om patienten inte motsätter sig det. Förutom patienten och de närstående bör ansvarig sjuksköterska närvara för att säkerställa kontinuiteten. I brytpunktsamtalet bör vårdteamet ta reda på hur patienten tänker om sin sjukdom och vad hen har för önskemål vid ytterligare försämring. Patient och närstående har ofta behov av mer än ett brytpunktssamtal för att kunna förhålla sig till sin situation. Samtalen ska dokumenteras så att patientens önskemål och uppgjord plan blir kända av alla som deltar i vården. Vid brytpunktssamtalet ska läkaren informera om vårdens inriktning och mål i livets slutskede.

Samtalet bör även innehålla en genomgång av patientens ordinerade läkemedel där syftet bör vara att sätta ut läkemedel som patienten inte längre har nytta av och istället ordinera palliativa läkemedel mot oro, smärta och andnöd. Vidare bör ställning tas av ansvarig läkare om och i så fall när sjukhusvård är aktuell samt att hjärt-lungräddning inte är indicerad ("Ej HLR"). Ställningstagande om inskränkt behandling, exempelvis att avstå från hjärt- och lungräddning (ej HLR), ska fattas individuellt för varje patient och grundas på en medicinsk bedömning. Ställningstagandet ska fattas av en legitimerad läkare som ska samråda med minst en annan legitimerad yrkesutövare, exempelvis en sjuksköterska. Dokumentera i patientens journal vilka beslut som tagits och att brytpunktsamtalet är genomfört.

Det finns 3 huvudsakliga skäl att avstå från försök till livsuppehållande åtgärder

- Patientens egen vilja
- Det bedöms utsiktslöst att återställa spontan cirkulation och andningsfunktion
- Försök till HLR är inte till gagn för patienten, även om det finns en viss möjlighet till överlevnad. Det handlar om en sammanvägd bedömning av aktuellt hälsotillstånd, prognos, risk i förhållande till nytta, patientens inställning till behandlingen och patientens egen värdering av sin livskvalitet. (Palliativ vård i livets slutskede - Nationellt vårdprogram, RCC 2021)

Informationen kan förebygga oro och missförstånd och öka döende patienters känsla av trygghet och förbättra deras livskvalitet (~~vetenskapligt stöd finns~~). Kontinuerliga samtal om vårdens inriktning och mål under livets sista tid minskar patientens oro och ångest.

Vårdplan för palliativ vård i livets slutskede

Den döende människans önskningar ska så långt som möjligt styra hur den följande vården ska genomföras och patienten, de närstående och vårdteamet ska planera vården tillsammans. Sjuksköterskan ska dokumentera denna gemensamma överenskommelse i en *Vårdplan för vård vid livets slut*, som all personal ska ha tillgång till. Vårdplanen uppdateras fortlöpande eller när behov finns.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter medverkar också i att göra en gemensam vårdplan vid vård i livets slutskede. Vårdplanen fördelas sedan till all berörd personal som medverkar i vården av patienten.

Vak - inte dö ensam

En människa som inte vill dö ensam ska erbjudas att ha någon hos sig oavsett om hen bor på särskilt boende (SÄBO) eller i ordinärt boende (ordbo). De närstående ska erbjudas vila genom att det finns personal som stannar hos patienten. Tjänstgörande sjuksköterska avgör när personal ska finnas hos den

döende och planerar i samråd med enhetschefen för att vid behov ta in extra vårdpersonal. Det är viktigt att en bedömning om vak görs i samråd med patienten där det är möjligt. Det är tjänstgörande sjuksköterska som även får göra en bedömning att ett vak ska av någon anledning upphöra.

Stöd till närstående

Stöd till närstående innebär ofta att dessa erbjuds att delta i vården och kan också innebära ett emotionellt och ett praktiskt stöd, såväl under patientens sjukdomstid som efter dödsfallet. Ett emotionellt stöd handlar ofta om någon form av samtal såväl under patientens sjukdomstid som efter dödsfallet. Ett praktiskt stöd kan till exempel bli aktuellt om patienten vårdas i hemmet, det kan handla om att den närstående får hjälp med hushållssysslor, blir avlöst några timmar och även under nätterna. I kommunen finns även anhörigstöd som kan vara aktuellt att involvera i den palliativa vården där anhöriga behöver stöttning.

Samtal om livsfrågor och information om döendeprocessen

Möjlighet till samtal om livsfrågor har en positiv effekt på patientens livskvalitet. Information till både patienten och de närstående om hur döendet brukar fortskrida brukar ge lugn. Informationen kan vara att döendet brukar vara mycket lugnt, livsprocesserna upphör sakta, hunger och törst minskar alltmer för att slutligen försvinna helt utan att saknas, medvetandet minskar sakta och växlar mellan vakenhet och djup sömn men hörseln och en medvetenhet om omvärlden finns kvar.

Symtomskattningsinstrument

Symtomskattningsinstrument ska användas regelbundet. En strukturerad bedömning med hjälp av bedömningsinstrument ger bättre möjlighet till optimal symtomlindring och utvärdering av insatt behandling än ostrukturerad bedömning.

Flertalet olika skattningsinstrument finns att tillgå och är lämpliga i olika situationer. Visuellt Analog Skala (VAS) är den mest kända och förutsätter att patienten kan markera graden av symptom på en synlig justerbar skala. Abbey Pain Scale (APS) användas för kognitivt sviktande patienter eftersom undersökningen då bygger på beteende, kroppsliga uttryck och förändringar i vitala parametrar. Smärta ska bedömas regelbundet och det ska finnas ordinationer för läkemedel att ge vid behov.

En munhälsobedömning, lämpligen enligt Revised Oral 13 Assessment Guide (ROAG), är därför en lämplig åtgärd att göra både tidigt i det palliativa skedet samt ytterligare vid behov och när livet närmar sig slutet är det extra nödvändigt att genomföra denna bedömning. I ett tidigare skede kan åtgärder vara hjälp med fullständig munhygien medan i senare skede kan det endast bli aktuellt med mycket frekvent smörjning och fuktning av slemhinnorna. Bedömningen samt behövda åtgärder ska dokumenteras i patientjournalen samt att utförandet och täta uppföljningar ska dokumenteras i patientjournalen och utvärderas.

Läkemedelsbehandling

Innan läkemedelsbehandling blir aktuellt är det viktigt att behandlingen som erbjuds anpassas efter förväntad nytta för individen och att en helhetsbedömning utifrån individens behov och önskemål görs. Samverkan mellan olika professioner är avgörande för att en god planering ska finnas när en försämring i patientens

tillstånd blir aktuell. Det är alltid patient ansvarig läkare som ordinerar läkemedel och ser över syftet med läkemedelsbehandlingen. Region Sörmlands palliativa rutin ska vara en grund för vägledning när det gäller den palliativa vården och vilka läkemedel som ska ordineras. Palliativa rådet i Sörmland rekommenderar läkemedel som kan lindra de besvär man kan få vid livets slut. Dessa ska alltid vara ordinerade till palliativa patienter vid livets slut för att kunna ges vid behov.

Utbildning och handledning av personal

Personal som vårdar patienter i livets slut ska få utbildning och handledning och personalens kompetens ska upprätthållas genom regelbunden utbildning.

Omvårdnad

God omvårdnad kan vara att ge små smakportioner eller lite dryck, fukta och torka ur munnen, släta till sängen, hjälpa till med den personliga hygien, förebygga trycksår med hjälp av trycksårsförebyggande madrass och lägesändringar. Att lyssna på patienten eller de närstående om de vill berätta om sina funderingar kan vara ett gott stöd och innebär inte att man som personal ska kunna trösta eller svara på existentiella frågor, det viktiga är att lyssna.

Insatser från arbetsterapeut och fysioterapeut

Den palliativa vården bygger på ett teamarbete där varje profession utgår från att skapa förutsättningar utifrån patientens behov, att lindra symtomen och minska lidande. Utgångspunkt i arbetet är att betona patientens kvarvarande resurser och visa på möjligheter för att underlätta det dagliga livet, oavsett vårdform/vårdplats och om kvarvarande tid att leva är kortare eller längre. Vid vård i livets slutskede kan insatser från rehabiliteringspersonal vara ett komplement till övriga insatser. Det är av stor vikt att rehabiliteringspersonalen får kontakt med patienten i tidig palliativ fas för att kunna göra bedömning och planera för det fortsatta behovet.

Kvalitetsindikatorer – Palliativa registret

Socialstyrelsen har i det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård 2013 (5) tagit fram ett antal indikatorer för kvalitet i den palliativa vården. Dessa indikatorer finns samlade i det nationella kvalitetsregistret (Palliativa registret).

Registreringen ska ske så snart som möjligt efter dödsfallet och utförs av det arbetsteamet som hade mest kännedom kring den avlidne. Att föra register är en förutsättning för att den palliativa vården på enheten ska kunna utvecklas.

Ansvariga enhetschefer för respektive enhet har ansvar att initiera arbetet och efterfråga följsamhet för att kunna på ett systematiskt sätt utvärdera och förbättra verksamheten.

Styrande dokument

Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer – Stöd för styrning och ledning

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014

<http://media.palliativ.se/2015/08/Natpall1.pdf>

Palliativa rådets rekommendationer för vård vid livets slut

<https://www.fou.sormland.se/media/1374/palliativa-radets-pm-for-var-d-i-livets-slut.pdf>

Kunskapsguiden.se Palliativ vård

<https://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/palliativ-var-d/Sidor/Default.aspx>

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/palliativ-var-d-av-aldre-personer/>

Vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall HSLFS-FS 2015:15

Socialstyrelsens föreskrifter

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2015-10-13.pdf>

Region Sörmland, samverkanswebben antagen Palliativ rutin 210818

<https://samverkan.regionsormland.se/for-var-dgivare/nar-var-d/avtal-riktlinjer-och-overenskommelser/>

5

Vård och omsorgskontoret
Samir Salkic
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
0156-52054
samir.salkic@trosa.se

Tjänsteskrivelse
Datum
2022-01-04
Dnr
VON 2022/6



Revidering av *Riktlinje för läkemedelshantering i vård och omsorg*

Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden antar förslag till reviderad *Riktlinje för läkemedelshantering i vård och omsorg*.

Ärendet

Nyttillträdde medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, har gått igenom samtliga berörda styrdokument kopplade till hälso och sjukvård och konstaterar att *Riktlinje för läkemedelshantering i vård och omsorg* behöver revideras.

Flera hänvisningar i nuvarande riktlinjer behövde uppdateras för att vara giltiga. Ett förtydligande kring kontrollräkning av narkotika samt hållbarhetskontroll i både buffert och patientbundna läkemedel ska göras av sjuksköterska.

Fredrik Yllman
Produktionschef

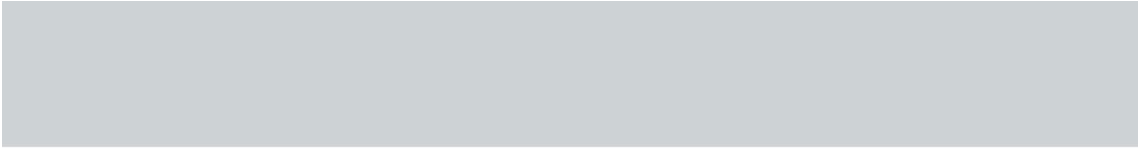
Samir Salkic
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Bilagor

Förslag till *Riktlinje för läkemedelshantering i vård och omsorg*

Beslut till

Författningssamlingen



Riktlinje för läkemedelshantering i vård och omsorg

Antagen av:	Vård- och omsorgsnämnden 2022-01-26, § X, dnr VON 2022/6
Dokumentkategori:	Styrdokument
Dokumenttyp:	Riktlinje

Innehållsförteckning

Riktlinje för läkemedelshantering i vård och omsorg.....	2
Riktlinjer och rutiner	2
Lokal instruktion för läkemedelshantering i Trosa kommun.....	2
<i>Lokal instruktion för läkemedelshantering i Trosa kommun ger</i>	<i>2</i>
<i>Rutiner för Läkemedel, ansvariga och rutiner på enheten xxx.....</i>	<i>2</i>
Apotekets kvalitetsgranskning	3
Behörighet att hantera läkemedel	3
Kontroll vid iordningställande av läkemedel.....	3
Rimlighetsbedömning	3
Märkning	3
Kontroll innan administrering eller överlämnande av läkemedel	4
Ansvar	4
Vårdgivaren	4
Verksamhetschefs (VC)	4
Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar	4
Enhetschefens ansvar.....	4
Läkarens ansvar	5
Sjuksköterska ansvarig för läkemedelsförråd.....	5
Sjuksköterska	5
Omvårdnadspersonal med delegering för läkemedelshantering	6
Författningar.....	6

Riktlinje för läkemedelshantering i vård och omsorg

Region Sörmland och länets kommuner har kommit överens om att dokumentet *Läkemedelshantering i Sörmland* med dess bilagor innehåller riktlinjer för läkemedelshantering i öppen vård, tandvård och kommunal hälso- och sjukvård i hela länet. Dokumentet med bilagor har tagits fram gemensamt av Läkemedelskommittén i Region Sörmland och länets Medicinskt ansvariga sjuksköterskor för att få en patientsäker läkemedelshantering av god kvalitet i hela länet.

Dokumentet *Läkemedelshantering i Sörmland* innehåller gemensamma överenskommelser, styrande dokument och rutiner för läkemedelshantering i Sörmland och förtydligar vad som krävs för att läkemedelshantering ska vara säker. Dokumentet beskriver ansvar, vad som ingår i olika professioners och funktioners uppdrag, skötsel av läkemedelsförråd, beställning av läkemedel, ordinationer enligt generella direktiv, Akut- och buffertförråd m.m.

Länk; <https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/lakemedel/lakemedelshantering/>

Riktlinje för läkemedelshantering i vård och omsorg klargör att den gemensamma riktlinjen *Läkemedelshantering i Sörmland* gäller som riktlinje för vård och omsorg och hänvisar till den via länkar.

Riktlinjer och rutiner

Under rubriken **Arbetsrutiner** **Styrdokument** på Trosas Intranät och i mappen Kollektiv (K) finns de styrande och rådgivande författningar, webbutbildningar, riktlinjer, instruktioner och rutiner som ska användas i läkemedelshantering.

Länk;
<https://intranat.trosa.se/Om-Trosa-kommun/Vard-omsorg/Arbetsrutiner-kvalitets-och-ledningssystem/i-lakemedelshantering/>

[Vägvisning till den gemensamma K-mappen;](#)
[Kollektiv \(\\GINNUNGAGAP\)\(K:\)/ Vård- och omsorgskontoret/ Riktlinjer och rutiner/ HSL/ LÄKEMEDELSHANTERING](#)

Lokal instruktion för läkemedelshantering i Trosa kommun

Lokal instruktion för läkemedelshantering i Trosa kommun ger en detaljerad information om hur läkemedel ska hanteras i Trosa kommun och vem som har ansvar för säkerhet och kontroll.

Rutiner för Läkemedel, ansvariga och rutiner på enheten xxx innehåller namn och kontaktuppgifter till ansvarig läkare och ansvarig sjuksköterska på varje enskild enhet samt de rutiner kring läkemedelshantering som gäller för just den enheten.

Apotekets kvalitetsgranskning

Apotekare granskar årliga sjuksköterskors (ssk) och omvårdnadspersonals hantering av läkemedel och lämnar en gemensamt framtagna åtgärdsplan för förbättringar. Granskningen gäller läkemedelsförråd, narkotikakontroller, läkemedelslistor, signeringslistor, avvikelser, rutiner och patienternas läkemedelsskåp i hemmet när ssk har övertagit ansvaret för deras läkemedel. *Lokal instruktion för läkemedelshantering i Trosa kommun och Läkemedel, ansvariga och rutiner på enheten xxx* revideras vid behov av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) efter granskningen.

Behörighet att hantera läkemedel

Sjuksköterskor är formellt behöriga att iordningställa, administrera och överlämna läkemedel men för att utföra detta krävs tillgång till den skriftliga, signerade läkemedelsordinationen, uppgifter om vem som har ordinerat läkemedlet och tidpunkten för ordinationen. Uppdraget att iordningställa läkemedel kan delegeras till annan personal enligt särskilda bestämmelser.

Kontroll vid iordningställande av läkemedel.

Den som iordningställer ett läkemedel till en patient ska ha en aktuell, skriftlig ordination och kontrollera följande;

1. patientens identitet,
2. läkemedelsnamn eller aktiv substans,
3. läkemedelsform,
4. läkemedlets styrka,
5. dosering,
6. administreringsätt,
7. administreringstillfällen.

Rimlighetsbedömning

Den som iordningställer ett läkemedel ska göra en rimlighetsbedömning av såväl den ordinerade som den iordningställda dosen.

Märkning

Ett iordningställt läkemedel som inte omedelbart administreras eller överlämnas till en patient ska märkas med uppgifter om;

1. patientens namn och personnummer. Detta får utelämnas om läkemedlet förvaras i patientens låsta läkemedelsskåp
2. läkemedelsnamn eller aktiv substans
3. läkemedlets styrka
4. tidpunkten för iordningställandet
5. tidpunkten när läkemedlet ska administreras eller överlämnas (uppgiften får utelämnas).
6. namn på den som har iordningställt läkemedlet

Den som iordningställer ett läkemedel ska administrera det. Undantag får göras men kräver att läkemedlet är märkt och att den som ska administrera det kontrollerar dess märkning mot den skriftliga ordinationen.

Sjuksköterskan kan delegera att administrera och överlämna läkemedel till omvårdnadspersonal efter att denna fått utbildning. Den enskilda sjuksköterskan ska personligen ha bedömt personens lämplighet och den som ska ta emot delegeringen ska acceptera den.

Kontroll innan administrering eller överlämnande av läkemedel

Den som administrerar eller överlämnar ett läkemedel ska kontrollera nedanstående mot ordinationshandlingen/läkemedelslista

1. Patientens identitet
2. Läkemedlets namn eller aktiv substans
3. Läkemedelsform
4. Läkemedlets styrka
5. Dosering
6. Administrationssätt
7. administreringstillfällen

Ansvar

Vårdgivaren

Vårdgivaren, vilket är Vård- och omsorgsnämnden i Trosa, har det övergripande ansvaret för en god hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. Ansvaret innebär att planera, leda och kontrollera verksamheten, att förebygga vårdskador och att tillse att det finns ett ledningssystem som beskriver de processer och rutiner som behövs för att uppfylla författningarnas krav.

Vårdgivaren har det övergripande ansvaret för kvaliteten i läkemedelshanteringen, återkommande egenkontroller och att läkemedelshanteringen granskas av extern apotekare varje år.

Verksamhetschefs (VC)

Verksamhetschefen ansvarar för att det tillräckligt antal personal med erforderlig kompetens i verksamheten för att tillgodose en säker läkemedelshantering.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

MAS ansvarar för att det finns en *Lokal instruktion för läkemedelshantering* och ska följa upp att denna är känd och används. MAS ansvarar för årlig granskning av *Lokal instruktion...* och *Läkemedel, ansvariga och rutiner på enheten xxx* och ska tillse att det finns nödvändiga rutiner för läkemedelshantering i kommunen och granska dessa.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen (EC) har ansvar för att rutiner och instruktioner är kända och tillämpas samt att personalen får tid för att fortlöpande utbildas. EC ansvarar för att följa upp och hantera avvikelser gällande läkemedelshantering och ta fram rutiner för enheten som förbättrar säkerheten. EC ska bedriva kvalitetssäkerhetsarbete kring läkemedelshanteringen och vara delaktig vid apotekares granskning.

Läkarens ansvar

Läkaren har ansvar för att ställa diagnos och ordinera lämplig läkemedelsbehandling, ta en läkemedelsanamnes på aktuella läkemedel inklusive receptfria och naturläkemedel.

Läkemedelsordinationerna ska skrivas på en ordinationshandling/läkemedelslista för att ge en samlad bild av patientens hela läkemedelsterapi. När patienten skrivs ut ska läkaren skriva en Läkemedelsberättelse med information till patienten och mottagande vårdgivare om fortsatt behandling, syftet med behandlingen, vilka förändringar som är att vänta, hur ev. biverkningar skall observeras och hur nyinsatta läkemedel ska följas upp samt en signerad, uppdaterad läkemedelslista. Läkaren ska bedöma om den enskilde själv kan ta ansvar för sina läkemedel på ett säkert sätt s.k. egenvård och om det inte bedöms säkert ska uppdraget att överta ansvaret för läkemedelshantering i hemsjukvård lämnas till sjuksköterska i den kommunala hälso- och sjukvården. Läkaren ska informera patienten om grunden för beslutet.

Sjuksköterska ansvarig för läkemedelsförråd

På varje enhet ska det finnas minst en sjuksköterska (ssk) ansvarig för läkemedelsförråd (LM-förråd) och dess skötsel som utses av enhetschefen för sjuksköterskor. Ssk:s namn och ansvarsområden ska anges i *Lokal instruktion för läkemedelshantering*. Uppdraget kan se olika ut på olika enheter men brukar innehålla;

- huvudansvar för rekvisition av läkemedel
- kontroll av leveranser från läkemedelsleverantör, restnoteringar och leveransmeddelanden
- registrering av hemkommen narkotika
- läkemedelsförrådets ordning
- åtgärda indragningsskrivelser och meddelanden från leverantör
- kontroll att lista över bassortiment, generella ordinationer och ev. utbyteslista är aktuella
- vara kontaktperson mot läkemedelsleverantör

Sjuksköterska

- Sjuksköterska är behörig att iordningställa, administrera och överlämna läkemedel.
- Patientansvarig sjuksköterska har ett övergripande ansvar för den enskilde patientens läkemedelshantering och att den sker på ett för patienten säkert sätt.
- Sjuksköterskan ansvarar för att läkarens ordinationer och anvisningar blir riktigt utförda.
- Sjuksköterskan kan delegera delar av läkemedelshanteringen till omvårdnadspersonal.
- Patientansvarig sjuksköterska upprättar vårdplan för läkemedelshantering.
- Vara delaktig i utredningar av avvikelser.
- Kontrollräkning av narkotika samt hållbarhetskontroll i både buffert och patientbundna läkemedel ska göras av sjuksköterska

Omvårdnadspersonal med delegering för läkemedelshantering

Delegerad omvårdnadspersonal räknas som hälso- och sjukvårdspersonal vid det tillfälle då den utför den delegerade uppgiften. De ansvarar för att:

- de delegerade uppgifterna blir korrekt utförda.
- inom ramen för sin kompetens, uppmärksamma förändringar i patientens tillstånd och informera ansvarig sjuksköterska om detta.
- rapportera avvikelser och brister i patientens läkemedelshantering till ansvarig sjuksköterska och chef.
- informera ansvarig sjuksköterska och enhetschef i god tid innan delegeringen behöver förnyas.

Författningar

Ordnation och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvård (HSLF-FS 2017:37)
Socialstyrelsens författning och allmänna råd om

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201737-om-ordination-och-hantering-av-lakemedel-i-halso--och-sjukvarden/>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Patientsäkerhetslag (SOSFS 2010:659)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/Ledningssystem/>

Patientlag (2014:821)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Patientdatalag (2008:355)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2016-4-44.pdf>

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201640-om-journalforing-och-behandling-av-personuppgifter-i-halso--och-sjukvarden/>

6

Vård och omsorgskontoret
Samir Salkic
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
0156-52054
samir.salkic@trosa.se

Tjänsteskrivelse
Datum
2022-01-04
Diarienummer
VON 2022/7



Revidering av *Riktlinje för medicintekniska produkter*

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden antar förslag till reviderad *Riktlinje för medicintekniska produkter*.

Ärendet

Nyttillträdde medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, har gått igenom samtliga berörda styrdokument kopplade till hälso och sjukvård och konstaterar att *Riktlinje för medicintekniska produkter* behöver revideras gällande hänvisning till Övriga styrande dokument.

Fredrik Yllman
Produktionschef

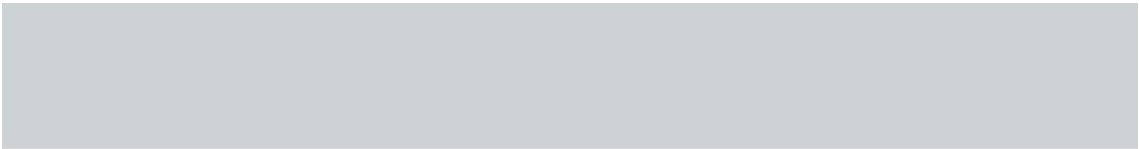
Samir Salkic
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Bilagor

Förslag till ändring av *Riktlinje för medicintekniska produkter*.

Beslut till

Författningssamlingen



Riktlinje för medicintekniska produkter

Antagen av:	Vård- och omsorgsnämnden 2022-01-20, § X, dnr VON 2022/7
Dokumentkategori:	Styrdokument
Dokumenttyp:	Riktlinje

Innehållsförteckning

Riktlinje för medicintekniska produkter	2
Bakgrund	2
Dokumentation	2
Allmänt	3
Säkerhet	3
Ansvar	4
Vårdgivarens ansvar	4
Verksamhetschefen	4
Enhetschef	4
Förskrivaren	5
Förskrivningsprocessens olika faser	5
Personal som använder en MTP ska ha kunskap om	5
Grundutrustning, lokal förteckning över MTP och lokal rutin för hantering	5
Negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter	6
Anmälningssplikt	6
Omhändertagande av medicinteknisk produkt vid negativ händelse eller tillbud	7
Uppföljning	7
Lagar och föreskrifter	7
Övriga styrande dokument	7

Riktlinje för medicintekniska produkter

Riktlinjen är framtagen i samverkan mellan medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Sörmlands län 2015 och reviderad 2019 med anledning av ny Hälso- och sjukvårdslag SFS 2017:30.

Bakgrund

Med en medicinteknisk produkt (MTP) avses i lagen en produkt som enligt tillverkarens uppgift ska användas, separat eller i kombination med annat, för att hos människor

- påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom
- påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller en funktionsnedsättning
- undersöka, ändra eller ersätta anatomin eller en fysiologisk process, eller
- kontrollera befruktning

MTP omfattar därmed en mängd olika produkter, från enkla förbrukningsartiklar som katetrar och sterila förbrukningsartiklar till komplicerade högteknologiska utrustningar. De omfattar också hjälpmedel och medicintekniska behandlingshjälpmedel som exempelvis inhalatorer och syrgaskoncentratorer. MTP som används i den kommunala vården kan vara

- hyrda från Hjälpmedelscentralen (HMC)
- inköpta av verksamheten
- tillhandahållna av primärvården

MTP kan delas in i följande grupper;

- individuellt förskrivna hjälpmedel (rollatorer, antidecubitusmadrasser, inkontinenshjälpmedel)
- grundutrustning av MTP på en enhet är hjälpmedel inköpta för att kunna användas av flera brukare enheten (sjukhussäng, duschstol)
- övriga MTP och laboratorieprodukter (blodtrycksmanschett, infusionsaggregat)

Dokumentation

Dokumentationen av de medicintekniska produkterna ska innehålla all information som behövs för att en produkt ska kunna användas på ett sätt som är säkert för patienter, närstående och personal. I detta ingår att ansvarsfördelning, behörighet att förskriva samt information om installation, ankomstkontroll, märkning, utbildning samt hur förebyggande och avhjälpande underhåll ska utföras. Dessutom ska det finnas dokumenterat hur felanmälan och avvikelser med MTP ska hanteras samt när och hur kassering ska ske.

Allmänt

En medicinteknisk produkt ska vara lämplig för sin användning. Produkten är lämplig om den vid normal användning för sitt ändamål uppnår den prestanda som tillverkaren avsett och tillgodoser höga krav på skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa för patienter, användare och andra.

De risker som kan vara förknippade med en teknisk produkt måste alltid bedömas i förhållande till den nytta som produkten eller behandlingen medför för patienten.

Säkerhet

En MTP ska vara konstruerad och byggd så att den inte orsakar skada vid förutsägbar och oförutsägbar användning.

För att förebygga tillbud och olyckor i största möjliga utsträckning är det viktigt att:

- kravspecifikation upprättas i samband med upphandling
- ankomstkontroll görs vid leverans av hjulförsedda och mer avancerade MTP, rutin ska finnas för vilka MTP som avses och vem som ska utföra kontrollen
- produkten godkänns för användning
- säkerhetskontroll utförs regelbundet av kompetent personal
- regelbundet underhåll görs i förebyggande syfte, speciellt på livsuppehållande utrustning
- personalen utbildas i hur man sköter utrustningen. Utrustningen ska användas återkommande så att kompetensen behålls
- rutiner för användning, funktionskontroll och övriga kontroller av produkten enligt tillverkarens anvisningar utarbetas, följs, revideras och uppdateras kontinuerligt
- händelser som avviker från rutinen dokumenteras och rapporteras.

Minimikrav på MTP som används för diagnostik, behandling eller rehabilitering/omvårdnad:

- endast för ändamålet lämpliga produkter används
- konstruktionen ska vara säker för ändamålet
- installationen ska vara säkert utförd
- rätt apparat ska användas på rätt sätt
- informationen ska anpassas till användaren
- säkra rutiner ska finnas och vara dokumenterade
- underhåll ska utföras så att säkerheten kan upprätthållas
- system för avvikelshantering dokumenteras och rapporteras
- rutiner för utrangering och omdispositioner utarbetas

Ansvar

Vårdgivarens ansvar

Varje vårdgivare (Patientdatalagen SFS 2008:255) beslutar om vilken nämnd som ansvarar för ledningen av hälso- och sjukvården och för att hälso- och sjukvårdslagens krav på god och säker vård uppfylls. I ansvaret ingår att utse verksamhetschef samt ge direktiv och säkerställa att det i vårdgivarens ledningssystem finns rutiner för att möjliggöra en säker användning och hantering av medicintekniska produkter.

Verksamhetschefen

Verksamhetschefen ansvarar för att:

- endast säkra och medicinskt ändamålsenliga medicintekniska produkter (MTP) och till dessa anslutna informationssystem, används på patienter,
- endast säkra och medicintekniskt ändamålsenliga MTP förskrivs, utlämnas, respektive tillförs till patienter
- MTP och de till dessa anslutna informationssystem är kontrollerade och korrekt installerade innan de används på patienter,
- information/bruksanvisning från tillverkare och myndigheter finns tillgänglig på eller i nära anslutning till MTP
- rutinerna inom kommunens Kvalitetsledningssystem är tillgängliga för hälso- och sjukvårdspersonalen samt för annan berörd personal
- MTP som förskrivits, utlämnats eller tillförts till patienter kan spåras.

Verksamhetschef har också att bedöma om hälso- och sjukvårdspersonal och annan berörd personals utbildning är adekvat mot bakgrund av den kompetens som krävs för att:

- vara utbildningsansvarig
- förskriva och utlämna MTP
- ta fram skriftliga anvisningar för MTP
- Verksamhetschef ska utse den personal som har dessa uppdrag och föra förteckning över vem som fått uppdragen.

Enhetschef

Enhetschef för sociala insatser ansvarar för att:

- det finns en lokal förteckning över enhetens inköpta MTP
- lokal rutin för hantering upprättas och följs upp.

Enhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att:

- det finns en förteckning vem som ska kontrollera hjulförsedda och andra mer avancerade MTP innan de lämnas till brukaren, leverantören eller leg. hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen
- att MTP kontrolleras enl. tillverkarens instruktion när sådan finns

Förskrivaren

Förskrivaren ska vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och är ansvarig för att:

- alla faserna i förskrivningsprocessen utförs,
- det finns en bruksanvisning på eller i direkt anslutning till tekniskt mer avancerade MTP
- kontrollera förskrivna MTP enligt tillverkarens anvisningar innan de används till patienter.

Förskrivningsprocessens olika faser

- Identifiera den enskildes behov.
- Prova ut, anpassa och välja lämplig specifik produkt.
- Specialanpassa vid behov – initiera och utfärda anvisning, t ex anpassa till hemmiljö.
- Beskriva ansvar för säkerhetsåtgärder.
- Information.
- Instruktion och träning.
- Registrering i system för underhåll och uppföljning och utvärdering.
- Följa upp och utvärdera funktion och nytta.

Personal som använder en MTP ska ha kunskap om

- produktens funktion,
- riskerna vid användning av produkten på patient,
- hanteringen av produkten
- vilka åtgärder som behöver vidtas för att begränsa en vårdskadas omfattning, när en negativ händelse har inträffat.

Grundutrustning, lokal förteckning över MTP och lokal rutin för hantering

Varje enhet kan ha en grundutrustning med inköpta MTP, som och inte är förskrivna till en specifik brukare, utan kan användas av flera olika. Enhetschefen ansvarar för dessa MTP och ska konsultera legitimerad personal innan inköp för att säkerställa att endast lämpliga produkter används. Enhetschefen ansvarar för att det förs en aktuell förteckning över dessa MTP och att det finns en skriftlig rutin för kontroll och hantering.

Förteckningen ska innehålla:

- typ av produkt
- datum för inköp/installation
- rutin för ankomstkontroll
- kontaktuppgifter till den som levererat MTP
- kontaktuppgifter till den som utför besiktning, service och tidsintervall för detta

Rutin ska finnas för:

- att säkerhetskontroll utförs regelbundet av kompetent personal
- att utbilda omvårdnadspersonalen i hur man sköter utrustningen. Utbildningen ska vara återkommande så att kompetensen bibehålls
- dokumenterad ansvarsfördelning
- kassering
- hur felanmälan och avvikelser ska hanteras.

Vid rengöring och återlämnande av hjälpmedel till Hjälpmedelscentralen (HMC) ska Hygienrutiner för kommunal hälso- och sjukvård i Sörmland följas.

Negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter

Avvikelse är en s.k. negativ händelse, vilken orsakat vårdtagare eller annan person skada eller en risk för att en sådan händelse skulle kunna inträffa. Avvikelsen kan bero på funktionsfel, försämring av MTP:s egenskaper, fel eller brist i märkning eller på brister i handhavandet. Vid avvikelse rörande MTP skall en avvikelserapport skrivas enl. lokal avvikelserutin. Enhetschefen ansvarar för att avvikelsen blir känd av berörd legitimerad personal, att den följs upp enligt rutin för avvikelshanteringen och att Medicinskt ansvarig sjuksköterska snarast informeras vid allvarlig skada eller risk för sådan.

Anmälningsplikt

När MTP varit inblandad vid en händelse som har orsakat, eller skulle kunnat orsaka, en persons död eller en allvarlig försämring av en persons tillstånd, ska medicinskt ansvarig sjuksköterska informeras snarast. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) är anmälningsansvarig och skall så snart som möjligt göra en anmälan till tillverkaren, IVO och Läkemedelsverket. I de fall MTP har beställts genom Hjälpmedelscentralen ska en överenskommelse göras om MAS eller Hjälpmedelscentralen ska anmäla till tillverkaren.

Omhändertagande av medicinteknisk produkt vid negativ händelse eller tillbud

- produktens identitet skall säkerställas
- produkten, eller produkterna, skall tas tillvara tillsammans med bruksanvisningen för att möjliggöra utredning.
- vårdgivaren skall biträda tillverkaren och Läkemedelsverket med den information de önskar för utredningen.
- vårdgivaren skall underlätta tillverkarens möjlighet att snarast möjligt undersöka MTP i vårdgivarens lokaler.

Uppföljning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att följa upp resultatet av de utredningar som görs av Inspektionen för vård och omsorg IVO och för att informera vårdtagaren, de närstående om vårdtagaren samtycker och berörd personal om resultatet.

Lagar och föreskrifter

Hälso- och sjukvårdslag, HSL SFS 2017:30

Lag om medicintekniska produkter (1993:584)

Förordning 1993:876 om medicintekniska produkter

Patientsäkerhetslag SFS 2010:659

Läkemedelsverkets föreskrifter LVFS 2003:1) om medicintekniska produkter

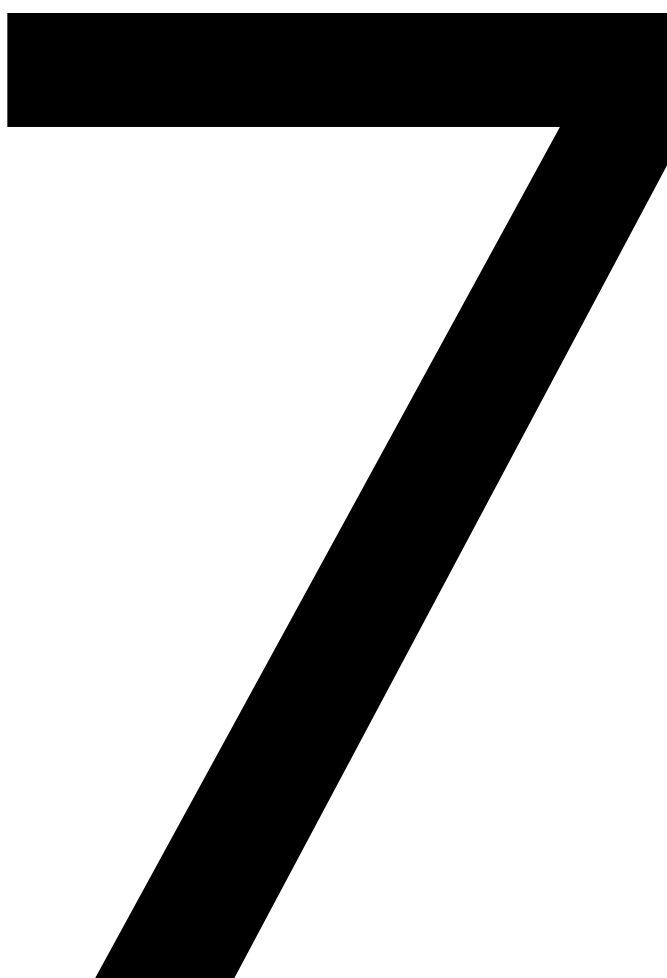
Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2008:1 om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården med ändringsföreskrift SOSFS 2013:6

Övriga styrande dokument

Vårdhandboken www.vardhandboken.se

Hjälpmedelsinstitutet <http://www.hi.se/hjalpmedel/>
~~Landstinget Sörmland, Vårdhygien kommunal vård och omsorg~~

Samverkanswebben, Region Sörmland
<https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/smittskydd-och-vardhygien/a-o-lista-for-sjukdomar/>



Kanslienheten

Emma Svedin
Nämnd-/bolagssekreterare
0156-522 50
emma.svedin@trosa.se

Tjänsteskrivelse

Datum
2022-01-13
Diarienummer
VON 2022/9



Förändrad debiteringsform och avgiftsnivå för cyklar inom Hjälpmedelscentralens verksamhet

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämndens förslag till kommunfullmäktige:

1. Cyklar som hjälpmedel till vuxna ska tillhöra debiteringsformen försäljningshjälpmedel från och med den 1 april 2022.
2. Engångsavgifter för övertagande av hjälpmedel i form av cykel antas enligt följande:
 - a) Ny cykel – 5000 kronor
 - b) Begagnad cykel – 2500 kronor
 - c) Redan förskriven cykel – 2500 kronor

Ärendet

Hjälpmedelscentralen ska tillgodose behov av hjälpmedel för personer i länet med funktionsvariationer. Det stora flertalet hjälpmedel är så kallade samhällsbetalda hjälpmedel som kan tillhandahållas på olika sätt; som hyreshjälpmedel eller försäljningshjälpmedel. Cyklar som tidigare har förskrivits till vuxna, exklusive patienter med synnedsättning, tillhör debiteringsformen hyreshjälpmedel. Ett hyreshjälpmedel innebär att patienten hyr ett hjälpmedel och Hjälpmedelscentralen ansvarar för reparationer, leveranser och förvaring. Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (Region Sörmland) har den 29 oktober 2021 beslutat att föreslå regionfullmäktige att besluta att cyklar för vuxna från och med den 1 april 2022 ska tillhöra debiteringsformen försäljningshjälpmedel där patienten betalar ett subventionerat pris och sedan äger och övertar hela ansvaret för sin cykel.

Regionfullmäktige ska fatta beslut på sammanträde den 15 februari 2022. Eftersom både regionen och länets kommuner ansvarar för förskrivning och tillhandahållande av hjälpmedlen för brukare och patienter i länet föreslås att likalydande beslut fattas i både regionfullmäktige och länets kommunfullmäktige.

Fredrik Yllman
Produktionschef

Bilagor

Protokoll Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård, 2021-10-29 § 23/21.

Beslut till

Kommunstyrelsen
Region Sörmland

§ 23/21 Förändrad debiteringsform och avgiftsnivå för cyklar inom Hjälpmedelscentralens verksamhet

Diarienummer: NSV21-0024

Behandlat av	Mötesdatum	Ärendenr
1 Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård	2021-10-29	§ 23/21

Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vårds förslag till regionstyrelsens förslag till regionfullmäktiges beslut

1. Cyklar som hjälpmedel till vuxna ska tillhöra debiteringsformen försäljningshjälpmedel från och med den 1 april 2022.
2. Engångsavgifter för övertagande av hjälpmedel i form av cykel antas enligt följande:
 - a) Ny cykel – 5000 kr
 - b) Begagnad cykel – 2500 kr
 - c) Redan förskriven cykel – 2500 kr
3. Länets kommuner rekommenderas att fatta likalydande beslut om förändrad debiteringsform och avgift för cyklar inom Hjälpmedelscentralens verksamhet före den 1 april 2022 då beslutet föreslås träda ikraft.
4. Beslutet gäller från och med 1 april 2022.

Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vårds beslut

5. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Proposition

Ordförande Jacob Sandgren (S), ställer förvaltningens förslag under proposition och finner att det bifalls.

Ärende

Bakgrund

Hjälpmedelscentralen ska tillgodose behov av hjälpmedel för personer i länet med funktionsvariationer. Det stora flertalet hjälpmedel är så kallade samhällsbetalda hjälpmedel som kan tillhandahållas på olika sätt; som hyreshjälpmedel eller försäljningshjälpmedel.

Cyklar som tidigare har förskrivits till vuxna, exklusive patienter med synnedsättning, tillhör debiteringsformen hyreshjälpmedel. Ett hyreshjälpmedel innebär att patienten hyr ett hjälpmedel och Hjälpmedelscentralen ansvarar för reparationer, leveranser och förvaring. I samband med uthyrningen informeras patienten om regler, ansvar och förutsättningar för lånet.

Aktuellt förslag

Cyklar föreslås nu istället övergå till att tillhöra debiteringsformen försäljningshjälpmedel där patienten äger och övertar hela ansvaret för sin cykel. Det innebär att när kriterierna för att förskrivas en cykel är uppfyllda erbjuds patienten att betala en subventionerad summa på 5 000 kr för en ny cykel eller 2 500 kr för en begagnad cykel. Efter det att beloppet betalats övergår ägandet till patienten.

För patienter med synnedsättning betraktas cyklar redan nu som ett försäljningshjälpmedel. Det framtagna förslaget innebär att hanteringen av förskrivna cyklar blir densamma, oavsett patientens funktionsvariation. Den subventionerade summan som betalas av patienten blir densamma för alla vuxna som får en cykel förskriven.

Förslaget att ändra debiteringsformen från hyreshjälpmedel till försäljning föreslås gälla för vuxna. Barn med förskriven cykel får under året de fyller 19 år ett erbjudande om att köpa sin cykel för 2500 kr, inklusive moms, alternativt återlämna sin cykel till Hjälpmedelscentralen senast 1 januari det år hen fyller 20 år.

Engångsavgift för hjälpmedel i form av cyklar

Ny cykel – 5000 kr

Begagnad cykel – 2500 kr

Redan förskrivna cyklar – 2500 kr



Ärendets beredning och beslut

Förslaget har beretts av Länsstyrgruppen och beredningsgruppen som ställer sig bakom förslaget. Brukarrådet har informerats och erbjudits möjlighet att inkomma med frågeställningar och synpunkter. Inga synpunkter på förslaget har inkommit.

Enligt 2 kap. 5 § kommunallagen (2017:725) får kommuner och regioner ta ut en avgift för tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. Fullmäktige beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller av annars större vikt för kommuner och regioner enligt 5 kap. 1 § kommunallagen. Det är fullmäktige som ska fatta beslut om viktiga ekonomiska frågor som taxor och avgifter. Eftersom både regionen och länets kommuner ansvarar för förskrivning och tillhandahållande av hjälpmedel för brukare och patienter i länet ska beslut fattas i både regionfullmäktige och kommunfullmäktige.

Omvärldsbevakning

Flera regioner tillhandahåller cyklar i sortimentet endast för barn. Fem regioner tillhandahåller cyklar för både barn och vuxna. Flera regioner har en struktur där patienten övertar ägandet av cykeln, antingen i samband med utprovning av cykeln, eller när barnet blir vuxet. Processen och patientens kostnad ser olika ut i de olika regionerna.

Beslutsunderlag

Tjänsteutlåtande 2021-10-05

Beslutet expedieras till

Länets kommuner
Hjälpmedelscentralen
Akten



8

Granskning av utförarjournaler inom SoL och LSS 2021

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner granskningen av 2021 års utförda egenkontroll av dokumentation så som genomförandeplaner och den sociala dokumentationen enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ärendet

Egenkontroll av dokumentation så som genomförandeplaner och den sociala dokumentationen genomförs för att få en överblick över hur verksamheterna arbetar i förhållande till lagstiftningen. Egenkontroll sker som kontrollmoment enligt internkontrollplanen och i form av granskning av ett slumpvist urval med 25% av gällande journaler. Journaler har granskats från varje enhet, vilket innefattar hemtjänst inom ordinärt boende, vård- och omsorgsboende, korttidsboende, dagverksamhet, daglig verksamhet, LSS och boendestöd enligt SoL.

Sammanfattningsvis visar granskningen följande:

Journalanteckningarna

Den sociala dokumentation som görs är fortsatt genomgående bra och har i de flesta enheter behållit en hög godkänd andel anteckningar. Till stor del uppfyller dokumentationen ställda krav. De flesta journalanteckningarna beskriver väl vad som hänt. Jämfört med föregående granskning är förekomsten av daganteckningar inte lika hög. I de granskade journalerna skrivs numera till stor del vardagliga händelser som avviker från genomförandeplanen eller som är av väsentlig betydelse för genomförandet. Fortsatt skrivs det inom vissa enheter mer hälso- och sjukvårdsinformation än sociala anteckningar. Inga kränkande uttryck hittades. Hos de flesta enheter saknas fortsatt anteckningar om när genomförandeplan upprättats i de flesta verksamheterna.

Genomförandeplanerna

I granskningen har framkommit att det inte finns genomförandeplaner för samtliga brukare. Planerna är till stor del överskådliga och koncentrerade till de uppgifter som ska finnas med. En stor del av genomförandeplanerna uttrycker väl hur

vårdtagaren/brukaren vill få sina insatser utförda men andra är alltför knapphändiga och ger inte mycket stöd till den som ska utföra insatsen. Det framgår sällan hur den enskilde har deltagit och varför, om så är fallet. Generellt kan sägas att de enheter som har en lägre procentuell andel sociala journalanteckningar och genomförandeplaner behöver fortsätta att utveckla sin dokumentation så att den blir utförligare och förbättra genomförandeplanerna så att de tydligt beskriver hur brukaren vill ha sitt stöd eller sin omsorg utförd, om brukaren deltagit och mål för stödet.

Koppling till IBIC – Individens behov i Centrum

Det som är nytt vid granskningen av genomförandeplaner och journal för 2021 är att arbetssättet IBIC varit igång i nästan ett år. Granskningen visar på att kopplingen från handläggarnas uppdrag med mål för insatserna inte speglas i genomförandeplanerna. Ett beslut togs i ledningsgruppen att alla verksamheter skulle använda den "utökade genomförandeplanen" i verksamhetssystemet Treserva, där målen från handläggaren kopieras över automatiskt till genomförandeplanen och där utförarna kan förtydliga målen och även bryta ner till delmål för insatsen. Vid granskningen visar det sig att man trots allt inte använt denna mall, utan valt en enklare mall. Genom detta kommer inte målen för brukaren med i genomförandeplanen och måluppfyllelsen för brukaren går inte att följa vid uppföljning.

Rekommendationer

Under 2019- 2021 har kvalitetsenheten tillsammans med berörda enheter arbetat för att hitta arbetsverktyg som leder till ett förbättringsarbete med att få genomförandeplaner på plats och bättre social journaldokumentation.

I det pågående förbättringsarbetet rekommenderas en fortsatt översyn av utformningen arbetet i nuvarande genomförandeplaner så att de bättre svarar på de punkter som Socialstyrelsen anger som är viktiga att uppnå och som granskningen i hög grad utgått ifrån. Arbetet med framtagande av lathundar, där det saknas, behöver fortsatt ske och att dessa förankras samt efterlevs i förvaltningen.

Det är en viktig uppgift för ledningen att fortlöpande utbilda och kommunicera syftet med genomförandeplaner så att personalen uppfattar att de kan vara det stöd som lagstiftaren hade i åtanke. Det som annars blir risken är att genomförandeplaner ses som administrativt arbete enbart.

I och med implementeringen av IBIC, individens behov i centrum, behövs ännu mer fokus på social dokumentation och målarbete för att kunna ta ut individuell statistik samt statistik på gruppnivå. Detta för att följa om vi arbetar rätt och den enskilde når sina mål.

Fredrik Yllman
Vård- och omsorgschef

Sejla Salkic
Kvalitetschef

Bilagor

Granskning av utförarjournaler i SoL och LSS 2021

Granskning av dokumentation och genomförandeplaner i utförarjournaler inom SoL och LSS

Bakgrund

Enligt kommunallagen skall nämnderna inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska ansvara för att internkontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Internkontrollplanen innehåller kontrollmoment som bidrar till att det blir tydligt. Två av kontrollmomenten angivna i nämndens riskanalys är grunden för denna granskning. Att säkerställa att alla brukare har en journal där dokumentationen är aktuell och ändamålsenlig samt att alla brukare har en aktuell genomförandeplan som följer gällande föreskrifter.

Syfte

Egenkontroll av dokumentation så som genomförandeplaner och den enskildes sociala journal görs för att få en överblick över hur verksamheterna arbetar i förhållande till lagstiftningen.

Målet för dokumentationen i genomförandeplaner är att alla brukare som beviljats en insats skall ha en genomförandeplan. Genomförandeplanen skall följas upp var sjätte månad, och tätare om ändringar görs. Målet med den sociala journalen är att den ska vara aktuell och ändamålsenlig.

Granskningen har gjorts för att se i vilken omfattning brukaren har en aktuell genomförandeplan som beskriver hur brukaren vill få sina insatser utförda, om brukaren varit delaktig i upprättandet av planen och om sociala händelser som är viktiga för brukaren dokumenteras i journalen.

Genomförande

Ett slumpvist urval med 25 % av gällande journaler, har granskats från varje enhet, vilket innefattar hemtjänst inom ordinärt boende (ordbo), vård- och omsorgsboende (VÅBO), korttidsboende, dagverksamhet, daglig verksamhet, LSS och boendestöd enligt SoL.

När det gäller personer i ordinärt boende har stickprov gjorts hos brukare som beviljats andra insatser än enbart trygghetslarm. Genomförandeplanerna godkändes om de var max ett år och den sociala journalen godkändes om det fanns minst en journalanteckning under september till november månad, som innehöll något om brukarens sociala livssituation och inte bara handlade om hälso- och sjukvård.

Granskning gjordes av 175 akter av totalt 656 för att urvalet ska bli 25%. I granskningen har precis som tidigare beaktats de olika områdena inom hemtjänst som i dagsläget hanteras av två hemtjänstchefer. När det gäller LSS, kvarstår

samtliga enheter under en rubrik för ett bättre statistiskt underlag, med förtydligande i texten kring vilka områden som avses.

Lagstiftning

Det finns skyldighet enligt lagstiftningen att dokumentera insatser som rör enskilda inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet.

Insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 § SoL). Hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras bör dokumenteras i genomförandeplan. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd är styrande för innehåll i genomförandeplanen och journalen¹.

Det anges bland annat att syftet med genomförandeplanen är att skapa tydlig struktur för det praktiska genomförandet och uppföljningen av beslutad insats. Genom planen tydliggörs för den enskilde och personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur. En genomförandeplan underlättar arbetet för vad som ska antecknas i journalen. Så som framgår av Socialstyrelsens råd/föreskrifter om genomförandeplanens innehåll har utredare tittat på följande frågeställningar vid granskningen.

- Hur är genomförandeplanernas utformning
- framgår beviljade insatser
- framgår det mål för insatserna när och hur insatsen ska verkställas,
- om den enskilde varit delaktig när planen framställs
- vilka har deltagit i planeringen
- när planen framställs och samt när och hur planen följs upp.

Syftet med den sociala journalen är att det ska gå att följa vad som görs och hur situationen ser ut för den enskilde i förhållande till hens ansökan, behov och genomförande av beslutade insatser. Journalen ska innehålla kronologiska anteckningar som ska ge läsaren en bild av vad som hänt och vad som planeras i ärendet, genomförandet eller uppföljningen av en insats. Det är åtgärder, faktiska omständigheter och händelser av betydelse som ska antecknas.

Journalanteckningarna bör vara kortfattade och innehålla tydliga hänvisningar till andra handlingar i akten som kan ge mer information. Anteckningarna ska föras fortlöpande och utan oskäligt dröjsmål. Det är inte tänkt att man ska skjuta på dokumentationen till lediga stunder framåt i tiden.

Resultat

Vård- och omsorgsboendena

Andelen brukare som hade en aktuell genomförandeplan och sociala journalanteckningar varierade mellan vård- och omsorgsboendena.

Ängsgården visar i år på en ökning i antal aktuella genomförandeplaner. Av sex

¹ I 11 kap. 5 § SoL samt 4 och 6 kap. SOSFS 2014:5

granskade akter framkommer att samtliga har aktuella genomförandeplaner. Det framgår inte hur eller om brukaren deltagit i upprättandet av planen. I endast en journal står det att genomförandeplanen är upprättad. Ingen av genomförandeplanerna stödjer arbetssättet IBIC med tydliga mål med stödet. När det gäller de sociala journalanteckningarna, som även i årets granskning uppgår till 100 %, framkommer väsentlig information. Dock görs fortfarande anteckningar om tex promenader som framgår tydligt i genomförandeplanen att det ska göras. Vi ser också flertalet förkortningar som inte går att utläsa vad de står för. Detta bör man tänka på då den enskilde skulle kunna begära ut sin journal.

Granskningen visar vidare på att Häradsgården fortsätter att minska något procentuellt i antal aktuella genomförandeplaner, av 10 granskade hade 6 en aktuell genomförandeplan. En brukare som flyttade in i juni hade fortfarande ingen genomförandeplan då granskningen genomfördes i november. En plan är upprättad enligt IBIC med mål för stöd. Tidigare granskningar har visat på enskilds deltagande vid upprättande av genomförandeplan, men vid årets granskning finns detta ej noterat vid någon plan. När det gäller den sociala journalen framkom i de granskade journalerna namn på andra än brukaren, men ingen förklaring vem det var. Detta blir inte tydligt om den brukaren skulle vilja ta del av sin journal.

Trosagården har fortsatt förbättrat sitt resultat gällande aktuella genomförandeplaner. Endast 1 av 12 granskade ärenden saknade genomförandeplan. Ingen genomförandeplan stödjer dock IBIC. Det framgår i 2 ärenden hur och varför den enskilde ej deltagit i upprättandet av genomförandeplan på ett bra sätt. I social journalen fanns det väsentliga och tydliga anteckningar. I 7 av 12 journaler står att genomförandeplanen är upprättad, vilket är mycket positivt. Det finns fortfarande en del förkortningar och slarvigt språk.

Den sammantagna bilden när det gäller de genomförandeplaner som granskades på vård- och omsorgsboendena är att dessa var bra utformade och beskrev hur vårdtagaren önskade att insatserna skulle utföras, när och på vilket sätt. Fortfarande saknas i dessa mål för de olika insatserna och om den enskilde deltagit och på vilket sätt, vem som deltagit vid upprättandet samt när uppföljning ska ske. Vid införandet av arbetssättet IBIC (Individens Behov i Centrum) togs beslut av ledningsgruppen att den genomförandeplan som stödjer arbetssättet och som benämns "utökad" skulle användas. Efter precis ett år efter detta beslut framgår att den inte används, utan man väljer den enklare genomförandeplanen utan möjlighet till att arbeta med målsättning och följa upp resultat.

Hur genomförandeplanerna skrivs och vilken information som framgår varierar beroende på vem som skriver genomförandeplanerna. När planen framställs och när den ska följas upp är något som i vissa genomförandeplaner framgår medan inte i andra. Trots utbildning i social dokumentation så visar granskningen att man inte noterar datum för nästa uppföljning av genomförandeplanen. Det framgår inte heller generellt när den har upprättats samt att den har följts upp. Att detta har skett ska och kan framgå i den sociala journalen och i enbart ett fåtal av samtliga granskade journaler inom dessa enheter fanns det en journalanteckning om att

genomförandeplanen har följts upp. Det framkommer fortfarande skillnader i hur genomförandeplanerna skrivs, i jagform eller namnform. De få nya genomförandeplanerna, enligt IBIC, som vi sett i år, är bättre utformade för uppfyllande av samtliga krav som ställs på den.

Det som kan konstateras är att samtliga boenden behöver förbättra uppföljningen av genomförandeplanerna samt framtagandet av nya genomförandeplaner.

Den sociala dokumentationen ligger på en hög nivå och har innehållsmässigt blivit bättre under det gångna året. En av bidragande faktorerna till detta kan tänkas vara genomgångna informationsträffar om social dokumentation som all personal deltagit vid. Några exempel på förbättringar är att det inte förekommer lika mycket arbetsanteckningar, avsteg från genomförandeplanen antecknas, där en brukare tackar nej till insats förekommer oftast en anledning till detta. Framför allt Trosagården har flera anteckningar om att genomförandeplanen är upprättad/uppdaterad.

Likväl som vid föregående granskningar visar denna genomlysning att vissa enheter skriver mer än andra och att det fortfarande förekommer mycket hälso- och sjukvårdsinformation. Informationen i genomförandeplanen behöver förbättras. En fortsatt kompetensutveckling genom årlig uppdatering på APT om social dokumentation och dess innebörd är en åtgärd som fortsatt föreslås.

Korttidsverksamheten Novum

När det gäller korttidsverksamheten Novum visar granskningen på en markant försämring. Endast ett av tre granskade ärenden hade genomförandeplan. I detta ärende finns notering att den är genomgången med brukaren och står i journal att planen är upprättad. Det syns tydligt att man har fått många nya uppdrag vid granskningstillfället på kort tid, vilket kan vara orsak till att genomförandeplan saknas. Social journal finns i samtliga ärenden. Den sociala journalen har bra innehåll och uppfyller samtliga krav på social dokumentation.

Journalanteckningarna visar på en tydlighet och en röd tråd i händelseutvecklingen som sker.

Socialpsykiatri och boendestöd neuropsykiatri

Inom enheten socialpsykiatri har i år dokumentationen avseende genomförandeplanerna inte förbättrats. Två av fyra granskade ärenden hade fortfarande ingen genomförandeplan. Dokumentationen i den sociala journalen ligger kvar på 100 %.

Ett fortsatt förbättringsarbete behöver ske i fråga om genomförandeplanerna. Den enskildes medverkan måste framgå, vilka som deltagit vid upprättande och när planen ska följas upp.

När det gäller boendestöd neuropsykiatri saknade endast en brukare genomförandeplan vilket är en markant förbättring jämfört med föregående år. Två genomförandeplaner är skrivna enligt IBIC och i en av dem framgår på ett mycket bra sätt varför brukaren ej varit delaktig i upprättandet.

Innehållet i genomförandeplanerna uppfyller samtliga krav som ställs enligt

föreskrifter, det som dock behöver justeras är vem som deltagit vid upprättande av genomförandeplanen, mål för insatsen och formen.

När det gäller de sociala journalanteckningarna ligger dessa fortsatt på 100%. Dock finns det bara i en journal antecknat att genomförandeplan är upprättad.

Återvinningsbutiken

Vid föregående granskning var inte Återvinningsbutiken en del av vård och omsorg, vilket de är idag.

I de granskade journalerna är de sociala journalanteckningarna välskrivna och det finns en röd tråd. Inga kränkande ord hittades, informationen var respektfullt skrivet och tydligt. Genomförandeplanerna fanns för samtliga brukare. Samtliga aktuella genomförandeplaner är välskrivna, tydliga och bra strukturerade. I samtliga framgår om brukaren varit delaktig och på vilket sätt samt vilka andra som deltagit vid framtagandet av genomförandeplanen. Mål, insatser och när uppföljning ska ske framgår. Det är dock endast två genomförandeplaner som är upprättade enligt IBIC. Att genomförandeplanen är upprättad ska dokumenteras i journalen, men görs endast i en journal.

Överlag görs ett bra arbete inom social dokumentation inom enheten.

LSS

I granskningen LSS slås enheterna Paletten, Rubinen, Korttidstillsyn, Ledsagare, Kontaktperson och Servicebostad ihop, då enheterna var för sig är relativt små. Granskningen visar att dokumentationen både gällande aktuella genomförandeplaner ökar något och sociala journalanteckningar minskar i år jämfört med tidigare. Den sociala dokumentationen är överlag bra och bedöms vara ändamålsenlig trots minskningen. Enbart enheter såsom bostad för serviceboende LSS, daglig verksamhet, korttidsverksamhet och tillsyn efter skolans slut hade samtliga journalanteckningar under angiven period.

Av 18 granskade journaler hade enbart 10 brukare en genomförandeplan som följer kriterier enligt föreskrifter. Två genomförandeplaner var skrivna enligt IBIC.

Förbättring behöver göras vid delaktighetsmomentet om den enskilde varit delaktig men också om man skriver i jagform eller namnform beroende på delaktighet. De enheter som saknade genomförandeplaner och sociala journalanteckningar var ledsagarservice och kontaktpersoner vilket gjorde att procentsatsen i sammanlagt antal var lägre.

När det gäller genomförandeplaner inom bostad med särskild service hade endast två av fem en genomförandeplan. Att det saknas genomförandeplaner inom denna enhet är en anmärkning med tanke på den livslånga insats som avses.

Inom korttidsverksamheten hade samtliga granskade ärenden en genomförandeplan.

Andelen anteckningar i den sociala dokumentationen har också minskat något sedan senaste granskningen totalt sett, men inom boende, korttidstillsyn och daglig verksamhet hade alla utom en, aktuella anteckningar.

En anmärkning i och med denna granskning, liksom förra gången, är att det behöver ske en uppdatering av namn på aktuella genomförandeplaner för att det ska bli lättare inom framförallt LSS verksamheten att veta vilken plan som gäller för

vilken insats. Exempelvis "Genomförandeplan boende" Detta förändringsarbete kommer behöva ske under 2022.

Ett förbättringsarbete behöver även ske under kommande år för att undersöka skäl till det låga antalet genomförandeplaner och sociala journalanteckningar inom vissa enheter.

Enheter o antal ärenden (ä)	Andel synade journaler i %	Antal synade journaler	% Aktuella genomförandeplaner		% Journal-anteckningar	
			2020	2021	2020	2021
Häradsgården 39 ä	25%	10	73%	70%	100%	100%
Hemtjänst 373 ä	25%	93	44%	66%	74%	74%
Trosagården 48 ä	25%	12	73%	92%	100%	100%
Ängsgården 22 ä	25%	6	67%	100%	100%	100%
LSS 73 ä	25%	18	35%	56%	88%	78%
Boendestöd NP 30 ä	25%	8	33%	88%	100%	100%
Boendestöd SP 13 ä	25%	4	50%	50%	100%	100%
Novum 12 ä	25%	3	100%	25%	100%	100%
Gästis 21 ä	25%	5	100%	50%	100%	100%
ÅV-Butiken 25 ä	25 %	6	83%	100%	100%	100%
S:a % synade journaler	25%	175				
Antal ärenden 656						
Totalt vårdtagare 530						

Hemtjänsten

Hemtjänsten är indelat i två områden och sammanlagt hade 66 % av de synade journalerna genomförandeplan och 74 % social journalanteckning, men variationen var stor mellan de olika områdena. Om man tittar områdesmässigt Trosa respektive Vagnhärad (Västerljung, natt, demens) kan man se att vissa områden behöver göra stora förbättringar i dokumentationen avseende både genomförandeplan och de sociala journalanteckningarna. Granskningen visar att brukare saknade genomförandeplan trots att de haft insatser i flera år. Det saknas journalanteckningar som ger läsaren en bild av vad som hänt och vad som planeras i ärendet, genomförandet eller uppföljningen av en insats.

Hemtjänst sammantaget:

Enheter o antal vårdtagare (vt)	Andel synade journaler i %	Antal synade journaler	% aktuella Genomförandeplaner	% Journal-anteckningar
Hemtjänst 373 vt	25%	92	66%	74%

Enheterna Demens, Vagnhärad och Trosa Öster har ökat i antalet genomförandeplaner medan enheten Trosa Väster/Tryggbo minskat från en redan låg nivå. De genomförandeplaner som fanns var bra utformade och uppfyllde de flesta ställda krav förutom att målarbete inte går att tyda. Ingen genomförandeplan var skriven som stödjer IBIC. Ett förbättringsarbete behöver ske i beskrivningen

vilka som deltagit vid upprättandet av genomförandeplanen samt målen för insatsen.

Gällande den sociala dokumentationen har det skett en negativ utveckling under det gångna året. Samtliga enheter har försämrats när det gäller att skriva anteckningar förutom enheten Demens. De anteckningar som finns är väl skrivna och tydliga. De uppfyller ställa krav på utformning och innehåll.

Förbättringsområden som granskningen visar på är att det behöver noteras när en genomförandeplan är upprättad samt hur och om brukaren deltagit i upprättandet av genomförandeplan. I enheten Trosa Östra finns flest anteckningar om att genomförandeplanen är upprättad.

Hemtjänstens områden redovisade var för sig:

Enheter o antal vårdtagare (vt)	Andel synade journaler i %	Antal synade journaler	% aktuella Genomförandeplaner		% Journalanteckningar	
			2021	2020	2021	2020
HMTJ Trosa Ö 128 vt	25%	32	56%	21%	75%	93%
HMTJ Tryggb/Väst 81 vt	25%	20	40%	43%	75 %	100%
HMTJ Vagnhärad 112 vt	25%	28	89%	45%	68%	100%
HMTJ Demens 36 vt	25%	9	100%	71%	100 %	100%
HMTJ Natt 13 vt	25%	3	33%	25%	33%	100%

Bedömning

Journalanteckningarna

Den sociala dokumentation som görs är fortsatt genomgående bra och har i de flesta enheter behållit en hög godkänd andel anteckningar. Till stor del uppfyller dokumentationen ställda krav. De flesta journalanteckningarna beskriver väl vad som hänt. Jämfört med föregående granskning är förekomsten av daganteckningar inte lika hög. I de granskade journalerna skrivs numera till stor del vardagliga händelser som avviker från genomförandeplanen eller som är av väsentlig betydelse för genomförandet. Fortsatt skrivs det inom vissa enheter mer hälso- och sjukvårdsinformation än sociala anteckningar. Inga kränkande uttryck hittades. Hos de flesta enheter saknas fortsatt anteckningar om när genomförandeplan upprättats i de flesta verksamheterna.

Genomförandeplanerna

I granskningen har framkommit att det inte finns genomförandeplaner för samtliga brukare. Planerna är till stor del överskådliga och koncentrerade till de uppgifter som ska finnas med. En stor del av genomförandeplanerna uttrycker väl hur vårdtagaren/brukaren vill få sina insatser utförda men andra är alltför knapphändiga och ger inte mycket stöd till den som ska utföra insatsen. Det framgår sällan hur den enskilde har deltagit och varför, om så är fallet.

Generellt kan sägas att de enheter som har en lägre procentuell andel sociala journalanteckningar och genomförandeplaner behöver fortsätta att utveckla sin dokumentation så att den blir utförligare och förbättra genomförandeplanerna så att de tydligt beskriver hur brukaren vill ha sitt stöd eller sin omsorg utförd, om brukaren deltagit och mål för stödet.

Koppling till IBIC – Individens behov i Centrum

Det som är nytt vid granskningen av genomförandeplaner och journal för 2021 är att arbetssättet IBIC varit igång i nästan ett år. Granskningen visar på att kopplingen från handläggarnas uppdrag med mål för insatserna inte speglas i genomförandeplanerna. Ett beslut togs i ledningsgruppen att alla verksamheter skulle använda den "utökade genomförandeplanen" i verksamhetssystemet Treserva, där målen från handläggaren kopieras över automatiskt till genomförandeplanen och där utförarna kan förtydliga målen och även bryta ner till delmål för insatsen. Vid granskningen visar det sig att man trots allt inte använt denna mall, utan valt en enklare mall. Genom detta kommer inte målen för brukaren med i genomförandeplanen och måluppfyllelsen för brukaren går inte att följa vid uppföljning.

Rekommendation

Under 2019- 2021 har kvalitetsenheten tillsammans med berörda enheter arbetat för att hitta arbetsverktyg som leder till ett förbättringsarbete med att få genomförandeplaner på plats och bättre social journaldokumentation.

I det pågående förbättringsarbetet rekommenderas en fortsatt översyn av utformningen arbetet i nuvarande genomförandeplaner så att de bättre svarar på de punkter som Socialstyrelsen anger som är viktiga att uppnå och som granskningen i hög grad utgått ifrån. Arbetet med framtagande av lathundar, där det saknas, behöver fortsatt ske och att dessa förankras samt efterlevs i förvaltningen.

Det är en viktig uppgift för ledningen att fortlöpande utbilda och kommunicera syftet med genomförandeplaner så att personalen uppfattar att de kan vara det stöd som lagstiftaren hade i åtanke. Det som annars blir risken är att genomförandeplaner ses som administrativt arbete enbart.

I och med implementeringen av IBIC, individens behov i centrum, behövs ännu mer fokus på social dokumentation och målarbete för att kunna ta ut individuell statistik samt statistik på gruppnivå. Detta för att följa om vi arbetar rätt och den enskilde når sina mål.

15

Riktlinjer och taxa för färdtjänst och riksfärdtjänst

Gäller från 1 juli 2020

Antagen av:	Kommunfullmäktige 2020-06-10, § 53, dnr KS 2020/120
Dokumentkategori:	Styrdokument
Dokumenttyp:	Riktlinje, föreskrift

Innehållsförteckning

Inledning	2
Färdtjänst	2
Utredning om färdtjänsttillstånd	2
Tillståndets giltighet	3
Resor med färdtjänsttillstånd	3
Färdtjänstresa i annan kommun	5
Barns rätt till färdtjänst	5
Riksfärdtjänst	6
Utredning om riksfärdtjänsttillstånd	6
Föreskrift om färd sätt	7
Resor med riksfärdtjänst	7
Barns rätt till riksfärdtjänst	8
Övriga regler för färdtjänst och riksfärdtjänst	9
Djur	9
Bagage	9

Inledning

Enligt färdtjänstlagen ansvarar varje kommun för att färdtjänst ordnas inom kommunen och, om det finns särskilda skäl, mellan kommunen och en annan kommun. En kommun får för sina kommuninvånare anordna färdtjänst också i eller mellan andra kommuner, men det finns ingen lagstadgad skyldighet till detta.

Färdtjänst är till för dem som på grund av ett stort och varaktigt funktionshinder inte kan resa med allmän kollektivtrafik. Färdtjänsten är att betrakta som allmän kollektivtrafik, specialanpassat efter resenärens funktionshinder. Samordning av resan med andra resenärer är brukligt. Beställningscentralen har därför rätt att förskjuta resenärens önskade restid. Till resor till vårdcentral och andra vårdinrättningar gäller inte färdtjänst utan sjukresa.

Riksfärdtjänst gäller för resor mellan kommuner och är ett skydd mot de ökade kostnader som eventuellt kan tillkomma vid resor över kommungränserna.

Färdtjänst

Utredning om färdtjänsttillstånd

För att beviljas färdtjänst krävs att den sökande är folkbokförd i Trosa kommun. Endast personer med en stadigvarande fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning kan beviljas färdtjänst. Funktionshindret ska ha en beräknad varaktighet av minst 6 månader. Den sökande ska ha "väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand" genom att inte kunna gå längre sträckor än 200 meter. Funktionsnedsättningen och varaktigheten ska vara styrkt via ett läkarintyg. Ett läkarutlåtande i sig berättigar i allmänhet inte till färdtjänst, utan utgör endast en del av ett vidare beslutsunderlag. En kompletterande utredning som syftar till att kartlägga den sökandes behov görs efter att den enskilde sökt om färdtjänsttillstånd. Ansökan kan inkomma muntligen eller skriftligen till vård- och omsorgskontoret.

En utredning om färdtjänst syftar till att kartlägga om lagens krav för tillstånd är uppfyllda, och fokuserar på:

- Är funktionshindret tillfälligt eller varaktigt?
- Funktionshindrets art och omfattning?
- Vad är anledningen till funktionshindret?
- Medför funktionshindret väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmän kollektivtrafik?
- På vilket sätt och i vilken utsträckning medför funktionshindret svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmän kollektivtrafik?
- Kan den sökande använda allmän kollektivtrafik men inte ta sig till närmaste hållplats?
- Den sökandes behov av hjälpmedel vid förflyttning, t.ex. rullstol, rollator eller krycka, behov av levande stöd.

- Är det funktionshindret eller avståndet som gör att den sökande inte kan ta sig till hållplatsen?
- Uppgifter om sökandens boendeförhållanden, typ av bostad, förekomst av hiss och hjälpmedel i bostaden samt bostadens belägenhet i förhållande till allmänna kommunikationsmedel, affärer och annan service.

Funktionsnedsättningen ska regelmässigt förorsaka stora svårigheter att använda kollektivtrafik. Vid bedömning ska hänsyn tas till den enskildes förmåga och behov. Behov som uppkommer på grund av avsaknad av allmänna kommunikationer, lång väg till busshållplats eller ett glest utbud av allmänna kommunikationer är inte skäl som i sig berättigar till färdtjänst.

Färdtjänsttillståndet ska förenas med en individuell föreskrift om den sökande bedöms ha väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand och närmaste busshållplats är beläget längre än sträckan den sökande kan gå samtidigt som den sökanden kan använda allmänna kommunikationsmedel. Färdtjänsttillståndet förenas då med föreskriften om att tillståndet endast gäller för resa till och från närmaste hållplats om avståndet överstiger sträckan som den enskilde kan gå.

Ett beslut om avslag eller ett beslut om att förena ett tillstånd med föreskrifter och villkor kan överklagas enligt förvaltningslagens bestämmelser. Utredningen måste klart utvisa anledningen till varför den sökande inte är berättigad färdtjänsttillstånd och varför individuella föreskrifter och villkor är motiverade.

En utredning om att återkalla tillståndet på grund av allvarliga eller upprepade överträdelser av de föreskrifter eller villkor som gäller för tillståndet ska klargöra vilka överträdelser det handlar om, omfattningen av dessa samt konsekvenser av överträdelserna.

Tillståndets giltighet

Beslut om färdtjänst ska tidsbegränsas och giltighetstiden kan fastställas till högst 4 år. Då osäkerhet gäller om funktionshindrets varaktighet, ska kortast möjliga giltighetstid beslutas. I de fall den sökande har förflytningsproblem som hänger samman med snö, kyla eller halka, kan beslut fattas om färdtjänst under vintertid. Vintertillståndet gäller under perioden 1 november till 30 april. Tillsvidarettillstånd lämnas enbart till boende i kommunens särskilda boenden för äldre.

Färdtjänsttillståndet ska återkallas om tex förutsättningarna för tillståndet ändrats eller om den som är berättigad till färdtjänst gjort sig skyldig till allvarliga eller upprepade överträdelser då det gäller föreskrifter och villkor som avser färdtjänst.

Resor med färdtjänsttillstånd

Kommunens ansvar enligt färdtjänstlagen innebär en skyldighet att anordna färdtjänst inom den egna kommunen och, om det finns särskilda skäl, mellan den

egna kommunen och en annan kommun. Särskilda skäl kan vara att den sökande har sitt arbete i grannkommunen eller måste göra en nödvändig serviceresor till en närliggande kommun. I propositionen till lagen anges även att om det finns starka skäl kan skyldigheten även omfatta resor till en mera avlägsen kommun.

Med utgångspunkt av barnets bästa i beaktan kan det finnas starka skäl att barnets eller föräldrarnas färdtjänsttillstånd även ska omfatta resor till en mer avlägsen kommun.

Tillståndet för färdtjänst gäller obegränsat resande inom Trosa kommun. Innehavare av färdtjänstlegitimation får åka totalt 20 enkelresor per år till följande resmål:

- Till Nyköpings tätort
- Till annan plats i Sörmlands län
- Till Södertälje kommun
- Till Stockholms centralstation
- Liljeholmens station

Tider för färdtjänstresa

Måndag-torsdag: 06.00-23.00

Fredag, lördag samt helgdagsafton: 06.00-01.00

Söndag och helgdag: 06.00-23.00

Övriga tider hänvisas till vanlig taxiresa och bekostas då helt av resenären.

För resor till annan kommun eller ytterligare resor till annan plats utanför Trosa kommun kvarstår lagstadgad rätt att ansöka om riksfärdtjänst.

Egenavgifter

Avgifterna ska vara skäliga och får inte överstiga tillståndsgivarens självkostnader.
Lag (2010:1068)

Resenären betalar en egenavgift i taxin, vilket baseras på kostnaden för allmän kollektivtrafik i Trosa kommun med omnejd. Resterande kostnad för resan bekostas av Trosa kommun. Egenavgiften följer Sörmlandstrafikens avgifter för resor med allmän kollektivtrafik, enkelbiljett vuxen (köp ombord eller hos ombud).

Zonerna är indelade enligt Sörmlandstrafikens regler. Grundregeln är att en kommungräns också utgör zongräns.

I Trosa kommun utreds behovet av resor till och från daglig verksamhet enligt färdtjänstlagen och registreras vid bifall som omsorgsresor. Vid omsorgsresor till daglig verksamhet tas ut en avgift motsvarande periodbiljett 30-dagarsbiljett vuxen.

Medresenär

Resenären har rätt att ta med sig en medresenär eller egna underåriga barn. Medresenären stiger alltid av och på vid samma adress som resenären. Medresenären betalar samma kostnad som resenären vid resan. Barn 0-7 år åker gratis till och med juni månad det året barnet fyller 7 år. Efter det betalar barnet halv avgift till och med juni månad det året barnet fyller 16 år.

Service

En färdtjänstresa innebär normalt endast en transport från en adress till en annan adress med normal taxiservice, det vill säga att chauffören hjälper resenären i och ur bilen, med säkerhetsbältet och till och från entrédörr.

Ledsagare

En ledsagare är en person som följer med resenären på grund av att denne måste stor ha hjälp *under* själva resan. Ledsagaren betalar inte någon egenavgift. För att beviljas ledsagare ska en eller flera av följande omständigheter vara uppfyllda:

- Medicinskteknisk utrustning som inte klaras utan hjälp
- Stor psykisk funktionsnedsättning
- Kan inte sitta utan stöd
- Barn under 18 år med behov av vuxenstöd
- Övriga speciella skäl

Ensamåkning/resor utan samåkning

För att beviljas ensamåkning/resa utan samåkning krävs att funktionshindret omöjliggör kontakt med andra resenärer.

Enkelresor och väntetid

Avbrott i samband med färdtjänstresa tillåts ej. Färdtjänst kan endast beställas som enkelresa utan uppehåll. Undantag är kyrkogårdsbesök då resa till och från kyrkogården räknas som en resa om besöket tar högst 15 minuter samt under förutsättning att resan börjar och slutar på samma adress. Egenavgift beräknas på den totala reslängden.

Färdtjänstresa i annan kommun

Resenären som är färdtjänstberättigad i Trosa kommun har rätt att anlita färdtjänst i annan kommun. Resenären får då själv lägga ut kostnaden för resan. Trosa kommun ersätter resenärens färdtjänstkostnad, minus egenavgiften, i efterhand.

Barns rätt till färdtjänst

Barn under 10 år kan som regel inte beviljas resor med färdtjänst. I den åldern reser barn i allmänhet inte med kollektivtrafiken utan medverkan från förälder eller annan vårdnadshavare. Beslut om färdtjänst kan dock fattas om barnet på grund av sitt funktionshinder har skrymmande hjälpmedel, är starkt infektiöskänslig eller om funktionsnedsättningen i sig omöjliggör resa med kollektivtrafik trots medverkan från förälder eller annan vårdnadshavare. Om barnet beviljas färdtjänst har förälder eller annan vårdnadshavare rätt att utan egenavgift medfölja barnet

vid resa. Om den som ansöker om färdtjänst är under 18 år ska prövningen göras i förhållande barn utan funktionsnedsättning i motsvarande ålder.

Riksfärdtjänst

Utredning om riksfärdtjänsttillstånd

Beslut om riksfärdtjänst fattas enligt lag om riksfärdtjänst (SFS 1997:735) Riksfärdtjänst innebär att ersättning lämnas för reskostnader om den sökandes funktionshinder är så stort att resan inte kan företas till normala reskostnader. Resorna ska göras inom Sverige och från en kommun till en annan och ändamålet för resan ska vara rekreation, fritidsverksamhet eller någon annan enskild angelägenhet. Utgångspunkt för vad som avses med normala reskostnader är vad motsvarande resa med billigaste allmänna kommunikationer kostar. Enligt 4 § lag om riksfärdtjänst prövas frågor om tillståndet av den kommun där den sökande är folkbokförd. Riksfärdtjänstresa kan ske med tåg, flyg och andra allmänna kommunikationer, taxi eller annat särskilt anpassat färdtjänstfordon. Ansökan görs för varje enskild resa.

Enligt lagen om riksfärdtjänst 1 § skall funktionshindret vara stort och varaktigt. Enbart hög ålder, mindre funktionsnedsättningar, rädsla, oro och eller allmänna svårigheter att resa med den reguljära kollektivtrafiken räcker inte för att vara berättigad till riksfärdtjänst. Enligt § 5 ska funktionshindret medföra att resorna inte kan ske till normala reskostnader. Det innebär att resor inte kan genomföras på egen hand med allmänna kommunikationer och med den service som normalt kan erhållas av trafikbolaget. Funktionshindret ska ha en varaktighet av minst 6 månader. Tillstånd till riksfärdtjänst kan beviljas om resan till följd av den sökandes funktionshinder inte till normala reskostnader kan göras med allmänna kommunikationer eller inte kan göras utan ledsagare.

Resan får inte av någon annan anledning bekostas av det allmänna. Glest utbud av allmänna kommunikationer är inte något skäl som i sig berättigar till riksfärdtjänst. Bedöms den sökande klara att resa med tåg på egen hand kan inte riksfärdtjänst beviljas. Bedöms sökande att klara en tågresor med ledsagares hjälp kan inte riksfärdtjänstresa med annat färdmedel bli aktuellt pga att tågtiderna inte passar. Riksfärdtjänst kan inte beviljas för tillfälliga funktionshinder eller sjukdomar. Kortvariga funktionshinder t ex sådana som är orsakade av olyckor berättigar inte till riksfärdtjänst. Riksfärdtjänst kan inte heller beviljas innan behandling eller rehabilitering visat att funktionshindret blir bestående, eller har en varaktighet om minst 6 månader.

Utredning om riksfärdtjänsttillstånd ska ge svar på:

- Vad är syftet med resan och vilket datum avser personen att åka?
- Är funktionshindret tillfälligt eller varaktigt?
- Funktionshindrets art och omfattning?

- Vad är anledningen till funktionshindret?
- Medför funktionshindret väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmän kollektivtrafik?
- På vilket sätt och i vilken utsträckning medför funktionshindret svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmän kollektivtrafik?
- Kan den sökande använda allmän kollektivtrafik men inte ta sig till närmaste hållplats?
- Den sökandes behov av hjälpmedel vid förflyttning, t.ex. rullstol, rollator eller krycka, behov av levande stöd.
- Är det funktionshindret eller avståndet som gör att den sökande inte kan ta sig till hållplatsen för att påbörja resan?
- Finns det behov av ledsagare under själva resan?
- Uppgifter om sökandens boendeförhållanden, typ av bostad, förekomst av hiss och hjälpmedel i bostaden samt bostadens belägenhet i förhållande till allmänna kommunikationsmedel, affärer och annan service.

Föreskrift om färd sätt

Enligt 7 § lag om riksfärdtjänst får tillstånd förenas med föreskrifter om färd sätt. Resan ska genomföras på det sätt som är billigast för kommunen, med hänsyn till den sökandes möjligheter att färdas. Detta innebär att tåg eller bussresa med ledsagare ska prövas i första hand. På de flesta tåg finns rullstolslyft samt särskilt anpassade vagnar vilket gör att även rullstolsburna kan klara tågresa. Tågen är helt rökfria och det finns särskilda vagnar avsedda för allergiker. Tågtrafiken handikappanpassas fortlöpande. Behov av ledsagare vid tågresa kan vara befogat för att resan ska kunna genomföras. Ledsagaren kan behöva hjälpa resenären på toalettbesök eller vara ett allmänt stöd för att resan ska kunna genomföras. Beslut om tågresa med ledsagare kan vid behov kompletteras med färdtjänstfordon för att resenären ska komma fram till besöksadressen. Flyg kan i vissa lägen vara ett billigare alternativ än tåg med ledsagare. Flyget har generellt en hög servicenivå och för resenärer med funktionshinder finns ofta extraservice. På grund av begränsningar i flygförbindelserna kan riksfärdtjänstresa komma att kompletteras för tillstånd för tåg med ledsagare eller färdtjänstfordon. Tillstånd att åka personbil hela resvägen kan bli aktuellt när sökande, inte ens med hjälp av ledsagare, har förutsättningar att på ett rimligt sätt klara att resa med allmänna kommunikationer.

Resor med riksfärdtjänst

Ensamåkning/samåkning

Resorna samordnas vilket innebär att resenären måste beräkna extra tid för det på grund av samåkning med andra riksfärdtjänstresenärer. Detta innebär även att om inte särskilda skäl föreligger kan resa med personbil tidigare- eller senareläggas i samråd med resenären. Hur stor förskjutning i tiden som är möjligt och rimligt är beroende av resenärens hälsa och syftet med resan. Ensamåkning, undantag från samåkning, kan beviljas om funktionshindret omöjliggör kontakt med andra

resenärer.

Fordon

Resorna sker med anpassade personbilar, till exempel minibuss med ramp eller lift.

Medresenär

Önskad antal medresenär vid tåg- och flygresor kan följa med resenären. Medresenären betalar ordinarie biljettkostnad. Vid resa med färdtjänstfordon får även ett antal medresenärer följa med. Större fordon än vad som krävs på grund av resenärens funktionsnedsättning får dock ej nyttjas. Medresenären betalar ordinarie avgift för resan.

Ledsagare

Enligt 6 § lag om riksfärdtjänst kan avgiftsfri ledsagare beviljas. Många funktionshindrade kan använda den reguljära trafiken om de har en ledsagare med sig. Insatser av ledsagare kan i vissa fall vara nödvändigt även under flygresor. Personalen ger dock i allmänhet så god service att synnerliga skäl ska föreligga för att bevilja ledsagare under flygresor. Särskilda skäl bör också föreligga om ledsagare ska beviljas för resor med färdtjänstfordon. Hjälpbehovet ska vara sådant att det inte är möjligt eller rimligt att föraren av fordonet ska bistå i dessa situationer. Hjälpbehovet ska vara av personligt slag. För ledsagare betalas ingen egenavgift. För att beviljas ledsagare gäller generellt att det är behovet av hjälp under själva resan som är berättigande. Hjälpbehov före och efter resa är i sig inte berättigande. Kommunen ersätter ledsagarens reskostnader. Sökande får själv ordna en person som kan ställa upp som ledsagare. Att sökande inte har någon som kan ställa upp som ledsagare, utgör ingen grund för att bevilja riksfärdtjänst med särskilt riksfärdtjänstfordon hela vägen.

Egenavgift

Vid resa med riksfärdtjänst skall tillståndshavaren betala en avgift (egenavgift) som motsvarar normala reskostnader med allmänna färdmedel och beräknas efter vägavståndet i kilometer. Egenavgiften regleras i *Förordning (1993:1148) om egenavgifter vid resor med riksfärdtjänst*.

Barns rätt till riksfärdtjänst

Barn under 10 år kan som regel inte beviljas resor med riksfärdtjänst. I den åldern reser barn i allmänhet inte med kollektivtrafiken utan medverkan från förälder eller annan vårdnadshavare. Om den som ansöker om färdtjänst är under 18 år ska prövningen göras i förhållande barn utan funktionsnedsättning i motsvarande ålder.

Övriga regler för färdtjänst och riksfärdtjänst

Djur

Synskadad får ha ledarhund med, i övrigt tillåts inga pälsdjur.

Bagage

Bagage får medtagas i samma utsträckning som vid resa med allmänna kommunikationer, det vill säga max 3 kassar eller motsvarande.

19

Anmälan av delegeringsbeslut

Löpnr/ Dnr	Punkt i del. ordning	Ärende och beslut	Datum för beslut	Delegat, titel
	3.5	Fullmakt för Region Sörmland, Inköp Sörmland-Västmanland, att genomföra direktupphandling av Egenmonitorering i samverkan region och kommun för Trosa kommun	2021-11-30	Fredrik Yllman, produktionschef
	3.5	Tilldelningsbeslut upphandlingsärenden Kemisk-tekniska produkter	2021-11-30	Fredrik Yllman, produktionschef
	1.12	Inspektionen för vård och omsorg har begärt nämndens yttrande avseende ett ej verkställt beslut om bo- endestöd enligt SoL. Beslut att avge yttrande som på grund av ärendets innehåll kan bedömas utan behandling i nämnden	2021-12-09	Mirna Basic myndighetschef
	2.1	Beslut om tillfälligt förordnande enhetschef myndighetsenheten	2021-12-22	Fredrik Yllman, produktionschef

Trosa**Beslutsstatistik**

Sida 1(2)

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut**Framställd:** 2022-01-17 09:34**Beställd av:** Örjan Svensson**Anledning:** ..**Urval:**

Beslut	1900-1927	1928-1937	1938-1952	1953-2020	-	-	-	-	Totalt
Anhörigbidrag	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Avlösning i hemmet	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Beslut om extern verkställighet	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Beslut under utredningstid	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Boendestöd	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Dagverksamhet	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Egenvård	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Hemliv	2	11	10	2	0	0	0	0	25
Hemtjänst i särskilt boende	0	2	1	0	0	0	0	0	3
Kontaktperson	0	0	1	2	0	0	0	0	3
Korttidsboende	0	10	9	0	0	0	0	0	19
Ledsagare	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Matdistribution	0	3	2	1	0	0	0	0	6
Personlig vård	2	12	13	1	0	0	0	0	28
Rekreation och fritid	1	3	1	0	0	0	0	0	5
Sommargäst (beslut annan bosättningskommun)	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Särskilt boende (behov	0	1	1	0	0	0	0	0	2

Källa: Treserva

Sida 1(2)

Trosa**Beslutsstatistik**

Sida 2(2)

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut**Framställd:** 2022-01-17 09:34**Beställd av:** Örjan Svensson**Anledning:** ..**Urval:**

och verkställande)										
Tillfällig utökning av hemtjänst	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Trygghetsbesök	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Trygghetslarm	0	6	12	1	0	0	0	0	0	19
Växelvård	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Totalt antal beslut:	6	52	58	11	0	0	0	0	0	127

Antal unika ärenden: 73**Antal unika huvudpersoner:** 73**Antal unika ärendepersoner:** 0**Varav kvinnor:** 41**Varav kvinnor:** 0**Varav män:** 32**Varav män:** 0**Varav okända:** 0**Varav okända:** 0**Varav barn < 18 år:** 0**Varav barn < 18 år:** 0**Varav flickor:** 0**Varav flickor:** 0**Varav pojkar:** 0**Varav pojkar:** 0

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 1(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
73622	2021-11-22	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73623	2021-11-22	Trygghetslarm	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73625	2021-11-22	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73626	2021-11-22	Trygghetslarm	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73640	2021-11-22	Personlig vård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73650	2021-11-22	Beslut om extern verkställighet	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 1(24)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 2(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
-----------	--------------	--------	----------------	-----------	---------------------

Beslutsform

Avslag

73653	2021-11-23	Personlig vård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	----------------	----------------	-----------	-----------------

Bifall

73685	2021-11-24	Trygghetslarm	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	---------------	----------------	-----------	-----------------

Bifall

73688	2021-11-24	Hemliv	Outagourte, Anna-Karin	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	--------	------------------------	-----------	-----------------

Bifall

73709	2021-11-25	Växelvård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	-----------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

73712	2021-11-25	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	----------------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

Källa: Treserva

Sida 2(24)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 3(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
73724	2021-11-25	Korttidsboende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73731	2021-11-25	Rekreation och fritid	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73756	2021-11-26	Korttidsboende	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73785	2021-11-26	Hemliv	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73822	2021-11-30	Trygghetslarm	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73829	2021-11-30	Korttidsboende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 4(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
73832	2021-11-30	Korttidsboende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73837	2021-11-30	Korttidsboende	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73841	2021-12-01	Personlig vård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73842	2021-12-01	Hemliv	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73846	2021-12-01	Rekreation och fritid	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 5(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
73847	2021-12-01	Trygghetslarm	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73851	2021-12-01	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73852	2021-12-01	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73855	2021-12-01	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73857	2021-12-01	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73859	2021-12-01	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 5(24)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 6(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
73867	2021-12-01	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73868	2021-12-02	Trygghetslarm	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73869	2021-12-02	Matdistribution	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73870	2021-12-02	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73871	2021-12-02	Trygghetsbesök	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 7(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
73872	2021-12-02	Personlig vård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73874	2021-12-02	Hemliv	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73901	2021-12-02	Korttidsboende	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73955	2021-12-06	Korttidsboende	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73963	2021-12-07	Trygghetslarm	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73965	2021-12-07	Trygghetslarm	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 8(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
73966	2021-12-07	Hemliv	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73975	2021-12-07	Boendestöd	Outagourte, Anna-Karin	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
73995	2021-12-07	Korttidsboende	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74026	2021-12-09	Personlig vård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74042	2021-12-10	Särskilt boende (behov och verkställande)	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Källa: Treserva

Sida 8(24)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 9(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74050	2021-12-10	Trygghetslarm	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74052	2021-12-10	Trygghetslarm	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74053	2021-12-10	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74061	2021-12-13	Korttidsboende	Outagourte, Anna-Karin	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74064	2021-12-13	Kontaktperson	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74070	2021-12-14	Avlösning i hemmet	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 10(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
74072	2021-12-14	Anhörigbidrag	Outagourte, Anna-Karin	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74073	2021-12-14	Dagverksamhet	Outagourte, Anna-Karin	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74090	2021-12-14	Korttidsboende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74092	2021-12-14	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74094	2021-12-14	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 11(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74103	2021-12-15	Matdistribution	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74114	2021-12-15	Trygghetslarm	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74116	2021-12-15	Personlig vård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74118	2021-12-15	Hemliv	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74140	2021-12-16	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74141	2021-12-16	Egenvård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 12(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
74144	2021-12-16	Hemtjänst i särskilt boende	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74147	2021-12-16	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74148	2021-12-16	Trygghetslarm	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74157	2021-12-13	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74162	2021-12-17	Trygghetslarm	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Källa: Treserva

Sida 12(24)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 13(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74163	2021-12-17	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74164	2021-12-17	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74165	2021-12-17	Matdistribution	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74173	2021-12-17	Matdistribution	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74185	2021-12-17	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74187	2021-12-17	Rekreation och fritid	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 14(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
74189	2021-12-17	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74191	2021-12-17	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74192	2021-12-17	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74193	2021-12-17	Rekreation och fritid	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74196	2021-12-17	Korttidsboende	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 15(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74203	2021-12-20	Trygghetslarm	Basic, Mirna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74216	2021-12-20	Personlig vård	Basic, Mirna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74223	2021-12-20	Hemliv	Basic, Mirna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74231	2021-12-20	Personlig vård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74232	2021-12-20	Hemliv	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74239	2021-12-20	Personlig vård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 16(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
74246	2021-12-20	Korttidsboende	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74248	2021-12-20	Kontaktperson	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74252	2021-12-21	Personlig vård	Basic, Mirna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74253	2021-12-21	Hemliv	Basic, Mirna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74258	2021-12-21	Korttidsboende	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 17(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74297	2021-12-22	Personlig vård	Basic, Mirna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74306	2021-12-22	Trygghetslarm	Basic, Mirna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74308	2021-12-22	Boendestöd	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74324	2021-12-22	Trygghetslarm	Basic, Mirna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74326	2021-12-22	Trygghetslarm	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74327	2021-12-22	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 18(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
74340	2021-12-23	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74341	2021-12-23	Dagverksamhet	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74362	2021-12-27	Kontaktperson	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74379	2021-12-28	Tillfällig utökning av hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74389	2021-12-29	Korttidsboende	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Källa: Treserva

Sida 18(24)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 19(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74401	2021-12-29	Korttidsboende	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74406	2021-12-29	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74407	2021-12-29	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74408	2021-12-29	Matdistribution	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74409	2021-12-29	Rekreation och fritid	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74422	2022-01-01	Korttidsboende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 20(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
74426	2022-01-03	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74427	2022-01-03	Avlösning i hemmet	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74435	2022-01-03	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74442	2022-01-04	Korttidsboende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74445	2022-01-04	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 21(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74458	2022-01-04	Dagverksamhet	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74460	2022-01-05	Växelvård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74465	2022-01-05	Korttidsboende	Outagourte, Anna-Karin	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74489	2022-01-05	Särskilt boende (behov och verkställande)	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74490	2022-01-05	Hemtjänst i särskilt boende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 22(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74492	2021-12-10	Beslut under utredningstid	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74495	2021-12-10	Matdistribution	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74502	2022-01-05	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74550	2022-01-10	Trygghetslarm	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74553	2022-01-12	Personlig vård	Outagourte, Anna-Karin	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74570	2022-01-13	Trygghetslarm	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 22(24)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 23(24)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
74582	2022-01-13	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74583	2022-01-13	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74601	2022-01-14	Ledsagare	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Avslag					
74604	2022-01-14	Hemtjänst i särskilt boende	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74606	2022-01-14	Korttidsboende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:31

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
-----------	--------------	--------	----------------	-----------	---------------------

Beslutsform

Bifall

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut

Framställd: 2022-01-17 09:35

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslut	1900-2020	-	-	-	-	-	-	-	Totalt
Beslut inleda omprövning av befintligt bistånd	1	0	0	0	0	0	0	0	1
LSS 9:10, Daglig verksamhet	1	0	0	0	0	0	0	0	1
LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	20	0	0	0	0	0	0	0	20
LSS 9:2, Personlig assistans	1	0	0	0	0	0	0	0	1
LSS 9:2, Tillfällig ökning	2	0	0	0	0	0	0	0	2
LSS 9:4, Kontaktperson	5	0	0	0	0	0	0	0	5
LSS 9:6, Korttidsvistelse	1	0	0	0	0	0	0	0	1
LSS 9:9, Bostad med särskild service (vuxna)	1	0	0	0	0	0	0	0	1
LSS Förhandsbesked Boende vuxna	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Totalt antal beslut:	33	0	0	0	0	0	0	0	33
Antal unika ärenden:	22								
Antal unika huvudpersoner:	22	Antal unika ärendepersoner:		0					
Varav kvinnor:	6	Varav kvinnor:		0					

Trosa

Beslutsstatistik

Sida 2(2)

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut

Framställd: 2022-01-17 09:35

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Varav män:	12	Varav män:	0
Varav okända:	0	Varav okända:	0
Varav barn < 18 år:	4	Varav barn < 18 år:	0
Varav flickor:	1	Varav flickor:	0
Varav pojkar:	3	Varav pojkar:	0

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 1(7)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:33

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
73707	2021-11-25	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
73882	2021-12-01	LSS 9:4, Kontaktperson	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
73998	2021-12-08	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
73999	2021-12-08	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74000	2021-12-08	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 2(7)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:33

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
74001	2021-12-08	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74002	2021-12-08	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74003	2021-12-08	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74004	2021-12-08	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74005	2021-12-08	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 2(7)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 3(7)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:33

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
-----------	--------------	--------	----------------	-----------	---------------------

Beslutsform

Bifall

74006	2021-12-08	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	--	--------------	-----	-----------------

Bifall

74007	2021-12-08	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	--	--------------	-----	-----------------

Bifall

74081	2021-12-14	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	--	--------------	-----	-----------------

Bifall

74085	2021-12-14	LSS 9:2, Personlig assistans	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	---------------------------------	--------------	-----	-----------------

Avslag

Källa: Treserva

Sida 3(7)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 4(7)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:33

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74099	2021-12-15	LSS Personkrets 1	Outagourte, Anna-Karin	LSS	Biståndsenheten
74101	2021-12-15	LSS 9:9, Bostad med särskild service (vuxna)	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74104	2021-12-01	LSS 9:4, Kontaktperson	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74166	2021-12-06	LSS Förhandsbesked Boende vuxna	FörvaltR/KamR/RegR	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74174	2021-12-16	LSS 9:4, Kontaktperson	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
Avslag					
74211	2021-12-20	LSS 9:2, Tillfällig ökning	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 5(7)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:33

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Delavslag					
74214	2021-12-20	LSS 9:2, Tillfällig ökning	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Avslag					
74316	2021-12-22	LSS Personkrets 1	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
74318	2021-12-22	LSS 9:6, Korttidsvistelse	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74320	2021-12-22	LSS 9:4, Kontaktperson	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74343	2021-12-23	LSS 9:4, Kontaktperson	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74345	2021-12-23	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 6(7)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:33

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
-----------	--------------	--------	----------------	-----------	---------------------

Beslutsform

Bifall

74395	2021-12-29	LSS Personkrets 1	Outagourte, Anna-Karin	LSS	Biståndsenheten
74397	2021-12-29	LSS 9:10, Daglig verksamhet	Outagourte, Anna-Karin	LSS	Biståndsenheten

Bifall

74614	2022-01-14	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	---------------------------------------	--------------	-----	-----------------

Bifall

74615	2022-01-14	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	---------------------------------------	--------------	-----	-----------------

Bifall

74616	2022-01-14	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	---------------------------------------	--------------	-----	-----------------

Bifall

Källa: Treserva

Sida 6(7)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 7(7)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-01-17 09:33

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74617	2022-01-14	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74618	2022-01-14	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74619	2022-01-14	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74620	2022-01-14	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					

Antal beslut: 35

Källa: Treserva

Sida 7(7)

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut

Framställd: 2022-01-17 10:22

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslut	1900-2021	-	-	-	-	-	-	-	-	Totalt
Avsluta utredning färdtjänst/riksfärdtjänst	35	0	0	0	0	0	0	0	0	35
Färdtjänst	26	0	0	0	0	0	0	0	0	26
Inleda utredning färdtjänst/riksfärdtjänst	30	0	0	0	0	0	0	0	0	30
Riksfärdtjänst enstaka resa	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Totalt antal beslut:	97	0	0	0	0	0	0	0	0	97

Antal unika ärenden: 36

Antal unika huvudpersoner: 36

Antal unika ärendepersoner: 0

Varav kvinnor: 24

Varav kvinnor: 0

Varav män: 11

Varav män: 0

Varav okända: 0

Varav okända: 0

Varav barn < 18 år: 1

Varav barn < 18 år: 0

Varav flickor: 0

Varav flickor: 0

Varav pojkar: 1

Varav pojkar: 0

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2022-01-17 10:19

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2021-11-24	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-11-25	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-11-25	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-11-25	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-11-25	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-11-25	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
Bifall				

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 2(6)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2022-01-17 10:19

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2021-11-25	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-11-29	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-11-29	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-11-29	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-12-03	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-12-03	Färdtjänst	Erlandsson, Hanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 2(6)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 3(6)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2022-01-17 10:19

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2021-12-03	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-12-03	Riksfärdtjänst	Erlandsson, Hanna	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-12-06	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-12-09	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-12-09	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-12-09	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 3(6)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 4(6)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2022-01-17 10:19

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2021-12-14	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Avslag				
2021-12-17	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-12-20	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-12-20	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-12-22	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2021-12-22	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 4(6)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 5(6)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2022-01-17 10:19

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2021-12-29	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-01-05	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-01-10	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-01-10	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-01-13	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-01-13	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 5(6)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 6(6)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2022-01-17 10:19

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: ..

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
--------------	-----------	----------------	--------	---------------------

Beslutsform

2022-01-14	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	------------------------	------------	-----------------

Bifall

2022-01-14	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	------------------------	-----------------------------	-----------------

Bifall

Antal beslut: 32

20

Kommunkontoret
Emma Svedin
Nämndsekreterare
0156-522 50
emma.svedin@trosa.se

Tjänsteskrivelse
Datum
2022-01-17
Diarienummer
VON 2022/2



Anmälningssärenden

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av anmälningarna.

Regionfullmäktige

- Beslut 2021-11-23. § 130/21. Revidering av reglemente för nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård.

Äldre- och omsorgsrådet

- Protokoll 2021-11-17.

Integritetsskyddsmyndigheten

- Beslut 2021-12-21. IMY beslutar att avsluta ärende som rör anmälan.

Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård

- Protokoll 2021-12-08.

Gemensamma patientnämnden

- Protokoll 2021-12-02.

Emma Svedin
Nämndsekreterare