NYKÖPINGS KOMMUN **KALLELSE**

Vård- och omsorgsnämnden

TORSDAGEN DEN 1 FEBRUARI 2018, KL. 13.30 STADSHUSET SAL B

Sammanträdet inleds med prisutdelning av dokumentations- och innovationspriset.

SAMMANTRÄDET ÄR ÖPPET FÖR ALLMÄNHETEN

Gruppmöten kl. 12.30-13.30
S-, V- och MP-grupp: B-salen
M-, C-, L- och KD-grupp: Översikten
SD-grupp: Avsikten

ALLMÄNHETENS FRÅGESTUND

INFORMATIONSÄRENDEN

1	Utdelning av dokumentations- och innovationspris	
2	Information från pristagarna	
3	Nyttjande av aktivitetsbank	Verksamhets-chef Karin Lindgren, DSO
4	Verksamhetsbesök	Rauni Ringström (S)

BESLUTSÄRENDEN

1	Granskning av basal hygien inom särskilt boende för äldre hösten 2017 – Tjänsteskrivelse – Rapport	VON17/9
2	Interna och externa avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område 2017 – Tjänsteskrivelse – Rapport	VON17/9
3	Brukarundersökning inom funktionshinderområdet 2017 – Tjänsteskrivelse – Presentation	VON18/32

4	Verksamhetsberättelse 2017	VON18/29
	Samtliga handlingar skickas ut separat via e-post innan nämndsammanträdet	
5	Redovisning av personligt ombud för 2017	VON17/27
	– Tjänsteskrivelse	
	– Redovisning	
6	Internkontrollplan 2018	VON18/31
	– Tjänsteskrivelse	
	– Internkontrollplan	
7	Återrapportering med anledning av medborgarförslag om att utreda färdtjänsttaxan	VON17/48
	– Tjänsteskrivelse	
	– Sammanställning av prisnivåer	
8	Rapport från uppföljande tillsyn på gruppbostaden Björkgårdsvägen	VON17/50
	– Tjänsteskrivelse	
	– Tillsynsrapport	
9	Rapport från uppföljande tillsyn på Mariebergsgårdens demensenheter	VON17/50
	– Tjänsteskrivelse	
	– Tillsynsrapport	
10	Överenskommelse om äldrecenterverksamhet vid Tennishallen	VON17/124
	– Tjänsteskrivelse	
	– Avtal	
11	Tillägg till avtal med Fontänhuset	VON18/6
	– Tjänsteskrivelse	
	– Tillägg till avtal	

12	Yttrande över remiss: Förslag till riktlinje för styrdokument i Nyköpings kommun	VON17/127
	– Tjänsteskrivelse	
	– Yttrande	
	– Förslag till riktlinje för styrdokument i Nyköpings kommun	
13	Rapport till Kommunfullmäktige av uppföljning av privata utförare 2017	VON18/34
	– Tjänsteskrivelse	
	– Uppföljning av privata utförare inom nämndens ansvarsområde	
	– Uppföljning av föreningsdriven verksamhet inom nämndens ansvarsområde	
14	Revidering av villkor för Vård- och omsorgsnämndens dokumentationspris	VON16/83
	– Tjänsteskrivelse	
	– Reviderat regelverk	
15	Sammanställning av rapporter enligt Lex Sarah andra halvåret 2017	VON17/2
	– Tjänsteskrivelse	
	– Sammanställning	
16	Icke verkställda beslut enligt socialtjänstlagen kvartal 4 2017	VON17/7
	– Tjänsteskrivelse	
17	Icke verkställda beslut enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade kvartal 4 2017	VON17/8
	– Tjänsteskrivelse	
18	Delegationsbeslut	VON18/4
19	Anmälningsärenden	VON18/1

Veronica Andersson
Ordförande

Hannes Holmberg
Sekreterare

VON § Dnr VON17/9

Granskning av basal hygien inom särskilt boende för äldre hösten 2017

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, har tillsammans med personal från Smittskydd/Vårdhygien Sörmland genomfört en granskning av hur den basala hygienen följs vid två särskilda boenden för äldre.

I granskningen har ingått att se att arbetskläder finns och hanteras korrekt, att skyddskläder finns och att handhygien följs samt allmänt runt basal hygien där även status på lokaler ingår.

Två boenden har granskats, ett i kommunal regi och ett med privat utförare.

MAS är i sin rapport på det stora hela ganska positiv. Det finns rutiner som behöver ses över och uppdateras. Följsamheten till handhygien (inget nagellack eller konstgjorda naglar) kan bli bättre. Det saknas rutiner för städning av olika delar av lokalerna, förrådsförvaring samt för djur i verksamheten.

MAS sammanfattning är att de hygieniska aspekterna fungerar acceptabelt på de granskade boendena. Hon lyfter dock upp enhetschefs ansvar i att enheten ska nå upp till vårdhygienisk standard. Vikten av egenkontroller kan inte nog poängteras. I det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9 lyfts just egenkontrollerna som ett framgångskoncept i ett kvalitetsarbete. Egenkontrollerna ska dessutom dokumenteras så att verksamheten kan visa hur dessa genomförts.

Då resultatet från de båda granskade verksamheterna kan förmodas spegla hur det ser ut i de flesta verksamheter är de uppmaningar som MAS ger riktade inte bara till ledningen för de två boendena utan till ledningen för hela den kommunala regin och de privata utförare som finns i Nyköping.

MAS bedömer att ytterligare åtgärder inte behövs i nuläget. Fortsatt granskning och uppföljning görs under 2018.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna MAS rapport avseende granskning av basal hygien 2017 enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-17 och lägga den till handlingarna.

VON §

Dnr VON17/9

Beslut till:
Division Social omsorg
Ansvar och omsorg
Betelhemmet

54.

Nyköping
Nämndansvarig tjänsteman
Solweig Eriksson Kurg

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-17

Dnr
VON17/9

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON17/9

Granskning av basal hygien inom särskilt boende för äldre hösten 2017

Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS har tillsammans med personal från Smittskydd/Vårdhygien Sörmland genomfört en granskning av hur den basala hygienen följs vid två särskilda boenden för äldre.

I granskningen har ingått att se att arbetskläder finns och hanteras korrekt, att skyddskläder finns och att handhygien följs samt allmänt runt basal hygien där även status på lokaler ingår

Två boenden har granskats, ett i kommunal regi och ett med privat utförare.

Förslag

MAS är i sin rapport på det stora hela ganska positiv. Det finns rutiner som behöver ses över och/eller uppdateras. Följsamheten till handhygien (inget nagellack eller konstgjorda naglar) kan bli bättre. Det saknas rutiner för städning av olika delar av lokalerna med frekvens och att skilja rent från smutsigt. Det saknas rutiner för förrådsförvaring, tex. hur olika typer av gods ska förvaras. Det saknas rutiner för djur i verksamheten

MAS sammanfattning är att de hygieniska aspekterna fungerar acceptabelt på de båda granskade boendena. Hon lyfter dock upp enhetschefs ansvar i att enheten ska nå upp till vårdhygienisk standard. Vikten av egenkontroller kan inte nog poängteras. I det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9 lyfts just egenkontrollerna som ett framgångskoncept i ett kvalitetsarbete. Egenkontrollerna ska dessutom dokumenteras så att verksamheten kan visa hur dessa genomförts.

Då resultatet från de båda granskade verksamheterna kan förmodas spegla hur det ser ut i de flesta verksamheter är de uppmaningar som MAS ger riktade inte bara till ledningen för de två boendena utan till ledningen för hela den kommunala regin och de privata utförare som finns i Nyköping.

Mas bedömer att ytterligare åtgärder inte behövs i nuläget. Fortsatt granskning och uppföljning görs under 2018.

Postadress
Nyköpings kommun
Nämndansvarig tjänsteman
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn
solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna MAS rapport avseende granskning av basal hygien 2017 enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-17 och lägga den till handlingarna

Solweig Ericsson-Kurg

Solweig Ericsson-Kurg

Nämndansvarig tjänsteman

Beslut till:

Division Social omsorg

Ansvar och omsorg

Betelhemmet

55.

Nyköping

Division Social omsorg
Tarja Viitanen

Tjänsteanteckning

Datum
2018-01-17

Dnr
NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON 17/9

Rapport; Granskning av basal hygien hösten 2017 inom Vård och omsorgsnämndens ansvarsområde

Bakgrund

För att bedriva god vårdkvalitet förutsätter det en god hygienisk standard. Detta specificeras som krav i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30). Det är viktigt att verksamheter inom hälso-och sjukvård förstår och tillämpar Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien (SOSFS 2015:10).

Föreskriften om basal hygien, gäller inom verksamheter som omfattas av

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Socialtjänstlagen, ordinärt boende och särskilt boende (2001:453)
- Stöd och särskild service enligt LSS (1993:387)

Vårdgivaren måste vidta de åtgärder som krävs för att uppnå kravet på god hygienisk standard, bland annat vad gäller lokaler, utrustning, personal och tillgången till vårdhygienisk kompetens, för att förebygga och förhindra smittspridning. Vårdtagaren har därmed rätt att ställa krav på en god och säker vård, oavsett vilken boendeform och vilken personalkategori som ger vården.

Det är viktigt att verksamheterna har förutsättningar att följa de föreskrifter som finns inom området. Utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt Mikrobiologiska arbetsmiljörisker (AFS 2005:1) krävs det rutiner, tydliga riskbedömningar, engagerad ledning samt följsam personal för att uppnå god hygienisk standard. Egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver verksamheten skall kunna säkra sin kvalitet.

I basal hygien ingår bland annat:

- Arbetskläder med kort ärm
- Skyddskläder (engångsförkläde, engångshandskar)
- Handhygien – handdesinfektion och tillgång till handtvätt, inga smycken på händer eller underarmar, inget nagellack eller konstgjord material på naglar.

Postadress
Nyköpings kommun
Division Social omsorg
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Ö Rundgatan 11

Tfn 0155-457727
tarja.viitanen@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Hygienrond

Smittskydd/Vårdhygien i Sörmland är en verksamhet som har i uppgift att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar i Sörmland. Det sker genom övervakning, information, råd, stöd och utbildning till verksamheterna. Hygiensjuksköterska från Vårdhygien i Sörmland har på uppdrag av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) utfört granskning gällande basal hygien inom Särskilt boende inom nämndens ansvarsområde.

Granskningarna har skett under november 2017. De två äldreboendena (SÄBO), en i kommunal regi och en privat utförare, som var med i årets granskning har inte haft översyn senaste fem åren. Vid granskningarna har enhetschef, hygienombud alt. omvårdnadspersonal och sjuksköterska deltagit. Inspektionen har skett utifrån de förutsättningar och hinder som finns för verksamheten att följa gällande lag och författningar. Granskningen har utförts genom samtal om hur följsamheten till basala hygienrutiner ser ut samt genomgång av lokalerna och vilka rutiner som finns när det gäller ex. tvätt och städning, förrådsförvaring, omklädningsrum och djur i vården.

Resultat

Arbetskläder, omklädningsrum och tvättmöjligheter av kläderna finns och används i tillräcklig utsträckning. Finns även skåp och kläder till vikarier. Skyddsutrustning och möjlighet till god handhygien finns på alla boenderum och i kök.

Vissa delar gällande rutiner, t ex städning av tvättstuga, omklädningsrum, behöver arbetas med. Städrutiner behöver skrivas och revideras för att öka förutsättningar för att arbeta med basal hygien på ett enklare sätt. Vissa ytskikt är väldigt slitna och svåra att göra rent. Personal har inte tillgång till spol- och disk desinfektor för rengöring av gods och instrument.

Ena verksamheten har gott om förråd, innehållande många varierande saker och ingen tydlig struktur om vad som skall förvaras var.

Smittan ESBL finns i en av verksamheterna, i den andra verksamheten saknas uppgift om någon multiresistent bakterie finns på boendet. Besökande djur förekommer och att personal har djur med sig. På en verksamhet finns två katter som rör sig fritt på hela boendet. Det saknas tydliga rutiner för djur i vården och detta bör finnas utifrån ett vårdhygieniskt perspektiv.

Återkommande är att verksamheterna behöver se över rutiner för:

- Funktionsbeskrivning för hygienombuden

- Förbättra följsamhet till basala hygienrutiner, inga konstnaglar eller nagellack
- Tillgång till handsprit på strategiska platser
- Skölj/desinfektionsrum saknas – måste finnas skriftlig rutin för hantering manuellt
- Städning av olika delar av lokalerna- ta fram tydliga rutiner- frekvens av städning - rätt städmaterial – skilja rent från smutsigt
- Förrådsförvaring – ta fram rutiner för hur olika typer av gods ska förvaras, rent, höggradigt rent, sterilt material – förutsättningar för rätt förvaring

Bedömning

I stort fungerar det hygieniska aspekterna på ett acceptabelt sätt. Det positiva är att på dessa verksamheter används arbetskläder, finns även för vikarie, på rätt sätt. Det finns omklädningsrum som används och tvätt möjligheter i tillräcklig utsträckning. Hygienombud finns i varje personalgrupp men saknar dock funktionsbeskrivning. Skyddsutrustning och möjlighet till god handhygien finns på alla boenderum och i allmänna kök, fast visst översynsbehov av placeringar finns av t ex handdesinfektion.

Enhetschef har ett stort ansvar i att verksamheten uppnår vårdhygienisk standard, det behövs ökad kunskap hos ledning och enhetschefer när det gäller vårdhygieniskt arbete och basala hygienrutiner. Att arbeta med vårdhygien är ett ständigt pågående process som alltid behöver vara i fokus med tanke på smittspridning. Hygienombud med en tydlig funktionsbeskrivning, möjlighet till fortbildning och tid avsatt för kunskapsöverföring till kollegor, behövs i varje arbetsgrupp. Hygienombuden ska i samarbete med enhetschefen och sjuksköterska, driva och stötta det preventiva vårdhygieniska arbetet framåt.

För att kunna hålla en hög standard behöver alla delar i det förbyggande hygieniska arbetet fungera. Att det finns en följsamhet i omvårdnadspersonalens basala handhygien, inga smycken, korta naglar och uppsatt/kort hår, enligt styrande dokument (SOSFS 2015:10). Detta ska informeras om i början av en anställning och helst med kontinuitet, av enhetschef och även sjuksköterska.

Det ska finnas tydliga rutiner om sådant som vidrör hygiensaspekter, allt från städmaterial, städmetoder, frekvens, förvaring i förråd, rent – smutsigt – hög rent – sterilt, personalkläder, tvätt och förvaring av dessa, manuell hantering av instrument och att skyddsutrustning är strategiskt placerade. Det behövs en översyn i verksamheterna om hygien rutiner, även på central nivå. Det skulle även vara av vikt med en inventering av nedslitna lokaler och eventuella behov

av underhåll och/eller uppfräschning av olika ytskikt för att underlätta att renlighet kan upprätthållas.

Verksamheterna, varje enhet, behöver utöva egenkontroll av hygienrutiner och hygienrond minst en gång per år, för att kontrollera nivån på den egna vårdhygieniska standarden. Personalen bör göra självskattning av följsamhet i basal hygien, en – två gånger per år, detta som en påminnelse om vad som gäller dem själva, deras bidrag till att förhindra smittspridning och hålla hygien aspekten aktuell.

Djur i vården kan på många sätt ha en positiv effekt på välbefinnandet hos en individ t ex vårdhundar i terapeutiskt syfte. I dessa verksamheter förekommer besökande, personalens och/eller permanenta husdjur som kan bidra till smittspridning. Det finns ett omfattande regelverk kring olika djur i vård sammanhang. Det finns en vägledning för att skapa lokala rutiner som vårdgivaren i enlighet med "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" har ansvar för att utarbeta och följa upp (Djur i vården Vårdhygieniska rekommendationer 2017).

Båda enheterna bör göra en riskanalys kring hygien och besökande djur (hundar), vidta åtgärder och skriva rutiner, avseende risker för smittspridning och vårdrelaterade infektioner. Verksamheten med permanent boende katter behöver, utöver riskanalys, se över utrustning, organisering och planering kring dessa frigående katter, i preventivt smittskyddsarbete.

Tarja Viitanen

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

VON § Dnr VON17/9

Interna och externa avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område 2017

Årligen gör medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, en avrapportering till Vård- och omsorgsnämnden avseende avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område. Syftet är att uppmärksamma problemområden och utveckling som ett led i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och att säkerställa att patienterna får god och säker vård.

Rapporten redovisar statistik över antalet registrerade avvikelser internt för Nyköpings kommun både i egen regi och privat utförare avseende:

- avvikelser medicingivning
- fall
- allmän omvårdnad
- specifik omvårdnad/rehab

Rapporten redovisar också avvikelser mellan landstinget och Nyköpings kommun.

Mest relevant är inte antalet avvikelser utan bristen på åtgärder. MAS rapporterar att åtgärd i många fall inte vidtagits, vilket är anmärkningsvärt. Orsaken till att avvikelser ska rapporteras är just att de ska användas för kvalitets- och verksamhetsutveckling. Det saknas en systematisk kvalitetsutveckling där verksamheterna lär av de misstag och avvikelser som inträffar. I 86 % av de rapporterade avvikelserna som rör fall har personen ramlat tidigare, något som kanske kunde ha förebyggds av en systematisk analys och riskbedömning.

Ett felaktigt användande av hjälpmedel har ökat. Här är MAS kritisk till att legitimerad personal inte har tillräckligt med tid för utbildning och uppföljning.

MAS lyfter också fram kritik mot att så få avvikelser rapporterats av sjuksköterska. Här är tilliten till att omvårdnadspersonal ska rapportera alltför stor.

En dålig svarsfrekvens både från Landstinget och från kommunens sida i de avvikelser som rapporterats mellan huvudmännen är ett klart förbättringsområde för båda parter. Det borde vara ett ömsesidigt mål mellan kommun och landsting att besvara samtliga inkomna avvikelser inom en bestämd tidsram eller att kommunen hade samma datasystem, vilket underlättar hanteringen.

VON § Dnr VON17/9

Sammanfattningsvis ser MAS brister i själva avvikelsemodulen som skulle kunna förtydligas och utvecklas för att förbättra och förenkla användningen och rapporteringen av avvikelser. Detta arbete har påbörjats.

Det strukturerade och systematiska kvalitets- och utvecklingsarbetet måste få en prioriterad plats i alla verksamheter. En avvikelse ska tas emot, utredas, analyseras och åtgärdas (systematik).

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapport från Medicinskt ansvarig sjuksköterska avseende avvikelser inom hälso- och sjukvårdsområdet 2017 enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-18.

Beslut till:
Division Social omsorg
Samtliga privata utförare

56.

Nyköping
Nämndansvarig tjänsteman
Solweig Eriksson Kurg

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-18

Dnr
VON17/9

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON17/9

Rapport från medicinskt ansvarig sjuksköterska avseende avvikelser 2017

Bakgrund

Årligen gör medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, en avrapportering till Vård och Omsorgsnämnden avseende avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område. Syftet är att uppmärksamma problemområden och utveckling som ett led i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och att säkerställa att patienterna får god och säker vård.

Förslag

Rapporten redovisar statistik över antalet registrerade avvikelser internt för Nyköpings kommun både i egen regi och privat utförare:
- avvikelser medicingivning
- fall
- allmän omvårdnad
- specifik omvårdnad/rehab

Rapporten redovisar också avvikelser mellan landstinget och Nyköpings Kommun.

Det som är intressant är inte antalet avvikelser utan bristen på åtgärder. MAS rapporterar att åtgärd inte vidtagits i många fall vilket är anmärkningsvärt. Orsaken till att avvikelser ska rapporteras är just att de ska användas för kvalitets- och verksamhetsutveckling. Det saknas en systematisk kvalitetsutveckling där verksamheterna lär av de misstag/avvikelser som inträffar.

I 86 % av de rapporterade avvikelserna som rör fall har personen ramlat tidigare. Kunde en systematisk analys och riskbedömning ha hindrat något av fallen?

Ett felaktigt användande av hjälpmedel har ökat. Här är MAS kritisk till att legitimerad personal inte har tillräckligt med tid för utbildning och uppföljning.

Postadress
Nyköpings kommun
Nämndansvarig tjänsteman
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn
solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Mas lyfter också fram kritik mot att så få avvikelser rapporterats av sjuksköterska. Här är tilliten till att omvårdnadspersonal ska rapportera alltför stor.

En dålig svarsfrekvens både från Landstinget och från kommunens sida i de avvikelser som rapporterats mellan huvudmännen är ett klart förbättringsområde för båda parter. Det borde vara ett ömsesidigt mål mellan kommun och landsting att besvara samtliga inkomna avvikelser inom en bestämd tidsram eller att kommunen hade samma datasystem som underlättar hanteringen.

Sammanfattningsvis ser MAS brister i själva avvikelsemodulen som skulle kunna förtydligas och utvecklas för att förbättra/förenkla användningen och rapporteringen av avvikelser. Detta arbete har påbörjats.

Det strukturerade och systematiska kvalitets- och utvecklingsarbetet måste få en prioriterad plats i alla verksamheter. En avvikelse ska tas emot, utredas, analyseras och åtgärdas (systematik).

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapport från Medicinskt ansvarig sjuksköterska avseende avvikelser inom hälso- och sjukvårdsområdet 2017 enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-18

Solweig Eriksson-Kurg

Solweig Eriksson-Kurg

Nämndansvarig tjänsteman

Beslut till:

Division Social omsorg

Samtliga privata utförare

57.

Nyköping

Division Social omsorg
Tarja Viitanen

Tjänsteanteckning

Datum
2018-01-18

Dnr
VON17/9

Rapport interna och externa avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område 2017

Bakgrund

Årligen gör medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) en avrapportering till Vård och Omsorgsnämnden avseende avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område. Detta gäller de interna avvikelser som är inrapporterade i Procapita avvikelsemodul samt de externa avvikelserna i informationsöverföring mellan Nyköpings kommun och Landstinget Sörmland.

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON17/9

Antal lägenheter under 2017:

DSO äldreboende: 476

Privata äldreboende: 153

Kortidsboende: 24 (totalt flöde på avdelningen; 284 patienter)

Bostad med särskild service: 140

Inskrivna i hemsjukvård: ca 270-300 patienter

Syfte

Att uppmärksamma problemområden och utveckling som ett led i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och att säkerställa att patienterna får god och säker vård.

Metod

Uppgifter hämtades genom Procapita avvikelsemodul och Platina diarieförda avvikelser för tiden 170101–171231.

Interna avvikelser

Resultat

Läkemedel HSL

Avvikelser som rapporteras under Läkemedel HSL avser; utebliven dos eller signatur på lista för given dos, förväxling, feldosering, felaktig beredningsform eller tidpunkt.

Postadress
Nyköpings kommun
Division Social omsorg
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Ö Rundgatan 11

Tfn 0155-457727
tarja.viitanen@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Verksamhet	2017	2016	2015	2014
DSO äldreboende	476	403	408	393
Privat äldreboende	344	297	279	276
DSO Hemtjänst	167	225	230	251
Privat Hemtjänst	59	88	42	42
Kortidsboende	21	14	13	23
Bostad med särskild service	130	93	125	130
Dagvård	0	0	0	0
Boendestöd	8	3	11	39
Personlig assistans	10	1	5	9
Hemsjukvård	1	7	1	1
Totalt	1208	1131	1114	1164

Läkemedelsavvikelserna har ökat marginellt senaste året, jämfört med tidigare år. Äldreboenden, både DSO och de privata, har ökat i avvikelser, medan hemtjänsten generellt har minskat. Bostad med särskild service har ökat. Korttidboende, boendestöd och personlig assistans har stadigt låga nivåer av läkemedelsavvikelser.

71 % (68 %)* av avvikelserna gäller utebliven dos, 13% (19 %) ej signerat på signeringslista att dos givits, 5 % fel tidpunkt, 3 % är för stor dos, 2 % för liten dos och 2 % (3 %) förväxling läkemedel.

De flesta avvikelser 92 % (80 %) har skett vid ordinarie bemanning och 6 % (4,3 %) vid färre i tjänst än enligt schema.

De flesta avvikelser sker på morgonen och förmiddagen 40 % (38 %) därefter kommer kvällstid 34 % (33 %). Nattetid har 3 % av avvikelserna skett.

Som orsak till avvikelsen uppges 71 % (70 %) vara mänskliga faktorn, 7 % stress och 10 % (13 %) bristande rutiner.

Genomgång av avvikelsen och rutiner har skett i 32 % och i 31 % har ingen åtgärd gjorts.

4 % av avvikelserna uppges vara orsakade av sjuksköterska, detta ligger på samma nivå som året innan.

*Alla siffror inom parantes, avser 2016 procentsats.

Fall HSL

Avser avvikelser där någon oavsiktligt fallit.

Verksamhet	2017	2016	2015	2014
DSO äldreboende	1322	1055	1129	949
Privat äldreboende	310	376	401	357
DSO Hemtjänst	260	168	71	52
Privat Hemtjänst	42	61	14	24
Kortidsboende	104	108	105	81
Bostad med särskild service	41	19	39	35
Dagvård	1	2	0	1
Boendestöd	0	0	0	2
Personlig assistans	2	3	5	6
Hemsjukvård	1	1	0	0
Totalt	2084	1793	1764	1507

Fallavvikelserna har ökat något i totalen. Det är en ökning av fall i DSO äldreboende och DSO hemtjänst och en minskning hos de privata utförarna.

Demensboenden står för 37 % av fallavvikelserna. De flesta fall sker när personen är ensam 80 % (85 %). 62 % (66 %) av fallen sker i den egna lägenheten, 17 % (16 %) i allmänna utrymmen och 2 % utomhus. Fallen sker under alla tider på dygnet, jämnt fördelat.

Skador, 0,05 % (0,05 %) höftledsfrakturer, 0,05 % (0,06 %)övriga frakturer. Höftskyddsbyxa användes i 8 % av totala fallen. 75 % av alla fall föranledde ingen skada.

86 % (87 %) av alla fall berör personer som ramlat tidigare och i 65 % (67 %) av alla fall har fallriskutredning gjorts före fallet. 33 % hade läkemedel som påverkar.

5 % av fallen har resulterat i sjukhusbesök, 27 % sjuksköterskekontakt och 53 % egen åtgärd av omvårdnadspersonal.

*Alla siffror inom parantes, avser 2016 procentsats.

Allmän omvårdnad HSL

Avvikelser som rapporterats under Allmän omvårdnad HSL avser; brister i hygien, munvård, lägesändring, avvik kring larm, tillsyn, mat och vätskeintag.

Verksamhet	2017	2016	2015	2014
DSO äldreboende	101	54	56	44
Privat äldreboende	59	41	43	47
DSO Hemtjänst	51	31	17	35
Privat Hemtjänst	27	18	5	2
Kortidsboende	2	1	0	1
Bostad med särskild service	17	10	2	8
Dagvård	0	2	0	1
Boendestöd	0	0	0	0
Personlig assistans	0	1	1	4
Hemsjukvård	0	0	1	1
Totalt	264	158	125	143

Äldreboenden och hemtjänst, både DSO och privat samt bostad med särskild service har ökat antalet avvikelser i allmän omvårdnad. Övriga områden ligger på noll, liknande nivå som föregående år.

27 % (25 %) av avvikelserna avser larm, 12 % (24 %) brister i hygien, 13 % (10 %) bristande tillsyn och 36 % övrigt. Avvikelserna sker på kvällen 24 % och natten 24 % och varaktigheten är ett dygn i 79 % upp till en vecka 10 %.

Ingen känd skada för individen i 76 % av fallen, psykiskt lidande 5 % och smärta 6 %.

Genomgång av avvikelsen och rutiner har skett i 25 % och i 32 % har ingen åtgärd gjorts.

Specifik omvårdnad/ rehab

Avvikelser som rapporterats under specifik omvårdnad/ rehabilitering avser exempelvis ordinerad träning och behandling, sondmatning, stomivård, såromläggning, katetervård som ordinerats av legitimera hälso- och sjukvårdspersonal samt handhavande av hjälpmedel.

Verksamhet	2017	2016	2015	2014
DSO äldreboende	51	49	42	23
Privat äldreboende	19	14	17	18
DSO Hemtjänst	3	12	3	2
Privat Hemtjänst	7	6	5	3
Kortidsboende	5	1	0	0
Bostad med särskild service	6	15	3	2
Dagvård	0	0	0	0
Boendestöd	0	0	0	0
Personlig assistans	0	0	0	0
Hemsjukvård	0	0	1	1
Totalt	101	97	71	49

Av totala antalet avvikelser i specifik omvårdnad, avser 57 % (40 %) felaktig handhavande av hjälpmedel, 12 % (14 %) ej utförd ordinerad träning och 13 % (14 %) ej utförd ordinerad behandling.

*Alla siffror inom parantes, avser 2016 procentsats.

Hälso- och sjukvård

Sjuksköterskor inom särskilt boende har rapporterat tre läkemedelsavvikelser, vid överlämnande fasen. Från hemsjukvårdens distriktssköterskor/sjuksköterskor har sex avvikelser inkommit. Tre avvikelser om utebliven träning, två om utebliven läkemedel och en om allmän omvårdnad. Av hemsjukvårdens sex avvikelser var fyra riktade till privat hemtjänst utförare och två till kommunens utförare. Inga skador har rapporterats.

Externa avvikelser

Avvikelser mellan Nyköpings kommun och Landstinget Sörmland

Resultat

Under 2017 fanns totalt 110 avvikelser mellan Nyköpings kommun och Landstinget Sörmland registrerade i DSO diariet. 99 avvikelse har skickats från kommun till landstinget och 11 avvikelser från landstinget till kommun. Totalt 20 av dessa har besvarats.

2017	**Totalt**	**Besvarade**
Jan	10	
Febr	17	
Mars	19	5
April	10	
Maj	5	
Juni	6	1
Juli	5	
Aug	6	4
Sept	6	2
Okt	13	5
Nov	7	2
Dec	6	1
Totalt	110	20

Avvikelser skickade från Nyköpings kommun var 13 % riktade till vårdcentraler och 87 % till olika avdelningar på Nyköpings lasarett. Landstinget har besvarat 19 % av dessa. Ungefär hälften av avvikelserna som rapporterats är utebliven överrapportering inför hemgång, avsaknaden av epikriser och läkemedelslistor. Den andra hälften handlar om att hjälpmedel saknas vid hemkomst.

Landstinget Sörmlands avvikelser till kommunen var fem stycken från Vårdcentraler och berör felaktigt handhavande med provtagningar. Två stycken från ambulanssjukvården och fyra från sjukhusets avdelningar, dessa tar upp bristande kommunikation. Kommun har besvarat en avvikelse.

Bedömning

Interna Avvikelser

Läkemedelavvikelserna har ökat något under året, avvikande händelser sker under ordinarie bemanning dagtid och beror på den mänskliga faktorn. I 31 % av avvikelserna hade ingen åtgärd gjorts, vilket kan indikera att avvikelserna inte hanteras korrekt. Det är ett gemensamt ansvar på legitimerad personal och enhetschef att bearbeta varje avvikelse, utreda orsak och vidta förbättringsåtgärder samt återkoppla till omvårdnadspersonalen. Att använda negativa händelser som lär-tillfällen och möjlighet att förbättra rutiner på enheten. Delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter som läkemedelshantering bör kunna säkerställas med mer närvaro, handledning och möjlighet till uppföljning av legitimerad personal, som ett led i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

I förbättringssyfte kommer verksamheten att börja titta på digital signering av läkemedelsöverlämnande. Ser med tillförsikt framemot säkrare läkemedelshantering med mindre missade läkemedelsdoser till patienter när detta införs. Önskvärt med en nollvision i läkemedelsavvikelser.

Fallavvikelserna har ökat marginellt mot föregående år, men det är svårt att veta om det är personalens medvetenhet om att fallavvikelse ska skrivas eller om fallen faktiskt har ökat. 75 % eller 1571 personer fick inga skador vid fallen medan 12 personer drabbades av höftledsfraktur och 12 personer fick frakturer av annat slag. Individer boende på demensavdelningar står för stor del av fallen, största delen av fallen sker i den egna lägenheten och när personen är ensam. Eftersom de flesta fall sker när personal inte är närvarande, är svårt att veta vad som utlöser fallen. Viss del av fallolyckor går inte att undvika, trots fallriskbedömningar och fallförebyggande åtgärder enligt vägledning från kvalitetsregistret Senior Alert. Det gäller att teamarbetet, av all personal, kring fallpreventionen av enskilda individer är systematisk och evidensbaserad, för att minimera fall och fallskador. Här har även patient ansvarig läkare ett ansvar att genomföra årliga läkemedelsgenomgångar för att minimera olämpliga läkemedel till äldre.

Avvikelser i allmän omvårdnad är larmsystem övervägande del, förutom övrigt och vad som är övrig är svårdefinierat i statistisk mening. Händelserna sker på kvällar och nätter och varar ett dygn 79 % men 10 % kvarstår i en vecka. I 25 % har en genomgång av avvikelsen/rutinen skett men intressant är att i 32 % av fallen har inget gjorts.

I specifik omvårdnad är det övervägande felaktig handhavande av hjälpmedel som lett till avvikelser och äldreboenden står för 68 % av dessa. Omvårdnadspersonal som inte följer ordinerade träningsprogram behöver

kunskap om vilka effekter och konsekvenser detta får för individen. Utbildningsinsatserna till omvårdnadspersonalen från kommun rehabiliteringen har varit ogenomförbara på grund av underbemanning. Individuell genomgång hos patienten har skett men sen förutsetts det att omvårdnadspersonalen kan informera resten av arbetsgruppen. Detta är inte patientsäkert, felanvändning av hjälpmedel kan föranleda omfattande kroppsskador hos patienten. För att förebygga dessa negativa händelser och för att öka omvårdnadspersonalens kunskap behövs genomgång och utbildning. Ordinationer av träningsprogram och vid användande av hjälpmedel behöver legitimerad personal få tid till utbildning, handledning och uppföljning av hur omvårdnadspersonal utför arbetsuppgifterna som ett led i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och för att kunna minska antalet avvikelser.

När det gäller allmän och specifik omvårdnad finns det troligen en begreppsförvirring om vad som egentligen är vad, SOL och HSL avvikelse kan vara svåra att särskilja. Avvikelsemodulen skulle kunna förtydligas och rehabiliteringens insatser separeras som en egen avvikelse.

Bristen på avvikelser skrivna av legitimerad personal i hälso-och sjukvården är anmärkningsvärt. Att sjuksköterskor som har omvårdnadsansvar inte ser några negativa händelser i bemötande av patient eller anhöriga, informationsöverföring, följsamhet i ordinationer och andra brister i rutiner eller kollegors oavsiktliga fel, leder inte till förbättringsarbete eller systematisk patientsäkerhet. Sjuksköterskorna förlitar sig på att omvårdnadspersonal ska ta ensamt ansvar i att skriva avvikelser, vilket inte leder till att säkerställa god vård i alla led.

Bedömning

Externa avvikelser

Svarsfrekvensen på de gemensamma avvikelserna gäller framtill 31/12-17. Under januari månad -18 har det kommit in ett flertal svar på gångna årets avvikelser som inte är medräknade i statistiken.

Avvikelsehanteringen vid informationsöverföring och samordnad vårdplanering är gemensamt för Nyköpings kommun och Landstinget Sörmland, via pappersformulär som diarieförs i DSO. Detta ställer krav på en översiktlighet i kommunen som kan vara svår få. Landstinget Sörmland använder datasystemet Synergi i sin avvikelsehantering. Svarfrekvensen av avvikelsehantering är låg från båda parter. Detta medför en risk att avvikelsehanteringen inte leder till förbättringsarbete. Det borde vara ett ömsesidigt mål mellan kommun och landsting att besvara samtliga inkomna avvikelser inom en bestämd tidsram eller att kommunen hade samma datasystem som underlättar hanteringen.

Landsting och kommuner har i och med "Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård" använt Prator, gemensamt system, och dess avvikelse system (loop) senaste halv året, hösten -17. En felmarginal kan finnas i antalet gemensamma avvikelser då en del bara använt loop och inte skrivit avvikelsen i pappersform enligt rutin. Mas/Verksamhet har inte tillgång till avvikelser i Prator loop, därför ska fortfarande avvikelser hanteras enligt rutin, för att få till ett förbättringsarbete.

Bedömning

Statistik

Att ta fram all statistik från Procapita avvikelsemodul är ett tidsödande och avancerat manuellt administrativt arbete som bör kunna levereras av verksamheten inför sammanställning av rapporten.

Det förekommer felmarginaler i statistikuppgifterna beroende på hur noggrant en verksamhets medarbetare har skrivit avvikelsen. Kunskapsnivån kring avvikelserna varierar i alla led. Registrering i Procapita avvikelsemodul är en viktig del i introduktionen av all ny personal, även bearbetning av varje enskild avvikande händelse och för förståelsen av förbättringsåtgärder som kan föranledas av en avvikelse. När en avvikelse inte registreras på rätt sätt, i rätt lagrum, alla uppgifter ifyllda, rätt organisationskoppling och skickad till rätt personer, ger detta felmarginaler i totala statistiken. Felmarginalerna har korrigerats till viss del men det inte är möjligt att gå igenom varje enskild avvikelse. Sannolikheten är också att det finns, av olika orsaker, ett antal avvikelser som aldrig blir dokumenterade. För några år sedan gjordes en utbildningsinsats i avvikelsehantering och behovet av en ny utbildningssatsning är aktuell igen då sammanställningen av denna statistik påvisar brister i alla led.

Verksamheterna behöver arbeta strukturerat med avvikelserna för att hitta förbättrings åtgärder i ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. I avvikelse-modulen som ligger till grund för statistik har en del av avvikelserna behandlats enligt rutinen, men långtifrån alla. Att arbeta i team, där alla berörda yrkesgrupper ingår, med avvikelserna på arbetsplatserna och att lära av varandra är viktigt för att få ett effektivt förbättringsarbete som gagnar vårdtagarna.

Tarja Viitanen

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

VON § Dnr VON18/32

Brukarundersökning inom funktionshinderområdet 2017

Division Social omsorg genomför årligen en brukarundersökning inom funktionshinderområdet inom den egna regin omfattande

- Daglig verksamhet och sysselsättning
- Grupp- och servicebostad
- Boendestöd
- Personlig assistans
- Boende för personer med psykisk funktionsnedsättning

Förslag
Det har varit en försämrad svarsfrekvens under flera år och 2017 varierade den mellan 33 och 85 %. Det gör att resultatet i flera fall inte är lämpliga att dra för stora slutsatser av. Av bilaga till tjänsteskrivelse framgår 2017 års enkätresultat.

I grova drag kan man konstatera att den sammantagna nöjdheten ligger på en hög nivå och även har ökat inom såväl grupp- som servicebostad, liksom inom personlig assistans. Den dagliga verksamheten får genomgående bra resultat. Störst försämring under det senaste året kan noteras för boende för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Division Social omsorg kommer nu att analysera orsakerna till den låga svarsfrekvensen och se hur undersökningsmetoderna kan utvecklas.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapport enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-16.

Nyköping
Vård- och omsorgsnämnden
Marie Johnsson

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-16

Dnr
VON18/32

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON 18/32

2017 års brukarundersökning inom funktionshinderområdet

Bakgrund

Division Social omsorg (DSO) genomför årligen en brukarundersökning inom funktionshinderområdet inom den egna regin omfattande

- Daglig verksamhet och sysselsättning
- Grupp- och servicebostad
- Boendestöd
- Personlig assistans
- Boende för personer med psykisk funktionsnedsättning

Förslag

Det har varit en försämrad svarsfrekvens under flera år och 2017 varierade den mellan 33 och 85 %. Det gör att resultatet i flera fall inte är lämpliga att dra för stora slutsatser av. Av bilaga till tjänsteskrivelse framgår 2017 års enkätresultat.

I grova drag kan man konstatera att den sammantagna nöjdheten ligger på en hög nivå och även har ökat inom såväl grupp- som servicebostad, liksom inom personlig assistans. Den dagliga verksamheten får genomgående bra resultat. Störst försämring under det senaste året kan noteras för boende för personer med psykisk funktionsnedsättning.

DSO kommer nu att analysera orsakerna till den låga svarsfrekvensen och se hur man kan utveckla undersökningsmetoderna.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

Postadress
Nyköpings kommun
Vård- och omsorgsnämnden
611 83 NYKÖPING

Besöksadress

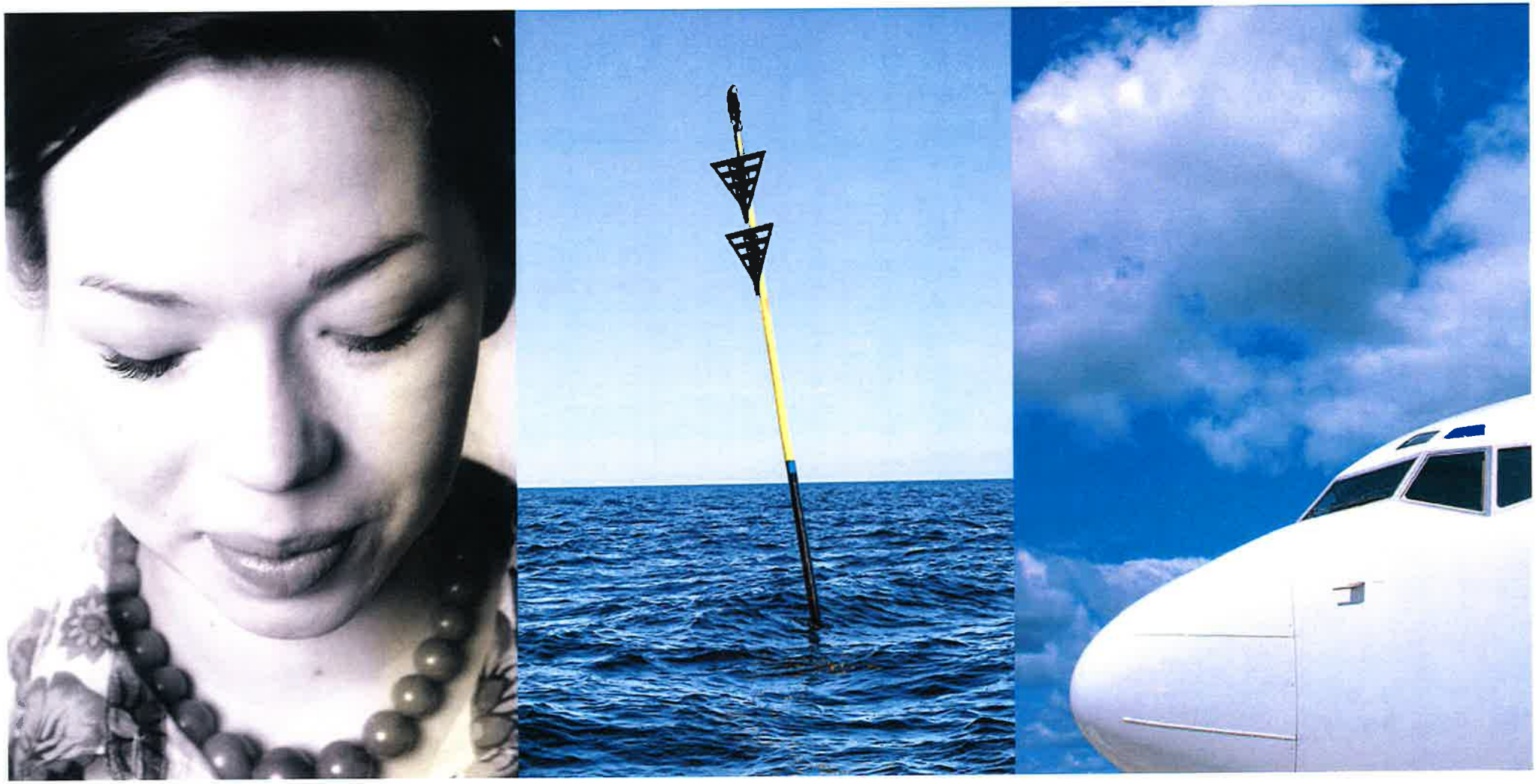
Tfn
marie.johnsson.1@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

att godkänna rapport i form av Power Point-material enligt bilaga till tjänste-skrivelse daterad 2018-01-16.

Marie Johnsson

Marie Johnsson
Nämndansvarig tjänsteman



Division Social omsorgs brukarundersökning inom omsorg om funktionsnedsatta 2017

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON18/32

Nyköping

Om undersökningen

- Frågor framtagna av enhetschefer med hjälp av kvalitetsutvecklare
- Genomförs av divisionen
- Postenkät
- Undersökning av verksamheter i egen regi

Nyköping

Om undersökningen

- Daglig verksamhet och sysselsättning
- Grupp- och servicebostad
- Boendestöd
- Personlig assistans
- Boende för personer med psykisk funktionsnedsättning (SoL)

Nyköping

Låga svarsfrekvenser

Nedgång i svarsfrekvens under flera år

För flertalet är resultaten ej generaliserbara

- Boendestöd 37%
- Boende för personer med psykisk funktionsnedsättning 59% (förra året 45%)
- Daglig verksamhet 47%
- Gruppbostad 33%
- Servicebostad 46%
- Personlig assistans 85%

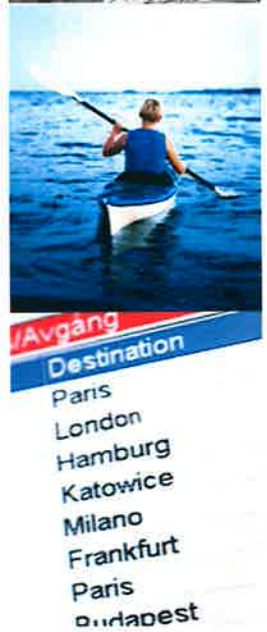
Nyköping

Preliminär bortfallsanalys

- Information om undersökningen
- Företrädares tillgång till enkäten
- Sent utskick av påminnelse
- Kvalitetssäkring av adresslistor

Nyköping

Utfall mot nämndmål (låg svarsfrekvens för GB och SB)



Nöjd med boendet – Nämndens mål 87%

Sammanslaget grupp- och servicebostad 91%

- Gruppbostad 87% (85%)
- Servicebostad 95% (85%)

Nöjd med assistansen – Nämndens mål 95%

- Resultat 94% (92%)

Nyköping

Grupp och servicebostad (låg svarsfrekvens)

Planerar hjälp tillsammans med personal

- GB 77% (82%) SB 88% (79%)

Får den hjälp som planerats

- GB 73% (82%) SB 79% (86%)

Upplever sig lyssnade på

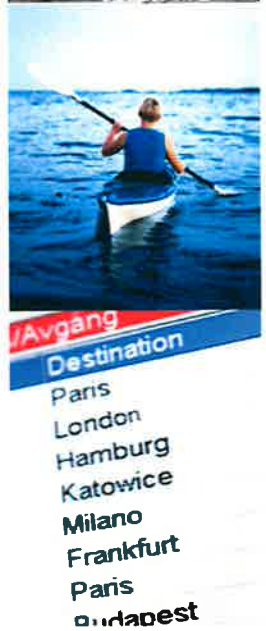
- GB 87% (85%) SB 86% (85%)

Nöjd med personalens bemötande

- GB 81% (79%) SB 88% (90%)

Nyköping

Personlig assistans (hög andel svar m h a personal)



- 15 av 17 får den assistans de kommit överens om med personalen (13 av 14)
- 15 av 17 är trygga med sin assistans (14 av 14)
- 17 av 17 anger att personalen lyssnar på dem (14 av 14)

Nyköping

Daglig verksamhet och sysselsättning (låg svarsfrekvens)

85% trivs på sitt jobb (90%)

88% upplever sig lyssnade på (83%)

91% får det stöd de behöver på jobbet (87%)

Nyköping

Socialpsykiatri

Boendestöd (låg svarsfrekvens)

73% är som helhet mycket nöjda med stödet (79%)

80% får det stöd som är överenskommet (80%)

86% upplever att personalen lyssnar på dem (81%)

Boende för personer med psykisk funktionsnedsättning (svarsfrekvens 59%)

76% är som helhet mycket nöjda med boendet

73% får det stöd som är överenskommet (93%)

75% upplever att personalen lyssnar på dem (93%)

Nyköping

Fokus på verksamhetens resultat

Socialpsykiatrin – mäta resultat

Det stöd jag får hjälper mig att leva ett självständigt liv

- Boendestöd 79% (låg svarsfrekvens)
- Boende för personer med psykisk funktionsnedsättning 69%

Nyköping

Fortsatt arbete

- Bortfallsanalys
- Utvärdering av undersökningen
- Metodutveckling

Nyköping

VON § Dnr VON18/29

Verksamhetsberättelse 2017

Handlingar skickas ut separat via e-post innan nämndsammanträdet.

VON § Dnr VON17/27

Redovisning av verksamheten personligt ombud 2017

Verksamheten personligt ombud finansieras delvis genom statsbidrag från Länsstyrelsen. Verksamheten är en samverkan mellan Nyköpings, Gnesta och Oxelösunds kommuner. Nyköpings kommun har arbetsgivaransvaret. Trosa kommun som tidigare varit med i samverkan har nu en egen verksamhet men deltar fortfarande i ledningsgruppens möten.

Verksamheten har två ombud anställda på heltid. De har sina lokaler vid Fontänhuset på Folkungagatan. Ombuden är verksamma i alla tre kommunerna. Redovisning bifogad till tjänsteskrivelse är lämnad till Länsstyrelsen.

Statsbidrag utgår med 604 800 kr men hela verksamheten kostar cirka 1,2 mnkr. Överkostnaden delas mellan kommunerna i förhållande till antal invånare.

Antalet kvinnor som söker stöd av personligt ombud ökar starkt. Till ledningsgruppen för personligt ombud rapporteras även antalet klienter per kommun. Antalet klienter i Gnesta är högt i förhållande till antalet invånare och det motsatta förhållandet gäller i Oxelösund.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen av personligt ombud för 2017 enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-11 och lägga denna till handlingarna.

14.

Nyköping
Nämndansvarig tjänsteman
Solweig Eriksson Kurg

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-11

Dnr
VON17/27

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON17/27

Redovisning av verksamheten personligt ombud 2017

Sammanfattning

Verksamheten personligt ombud finansieras delvis genom statsbidrag från Länsstyrelsen. Verksamheten är en samverkan mellan Nyköping, Gnesta och Oxelösunds kommuner. Nyköping har arbetsgivaransvaret. Trosa som tidigare varit med i samverkan har nu en egen verksamhet men deltar fortfarande i ledningsgruppens möten.

Förslag

Verksamheten har 2 ombud anställda på heltid. De har sina lokaler vid Fontänhuset på Folkungagatan. Ombuden är verksamma i alla tre kommunerna. Bifogad redovisning är lämnad till Länsstyrelsen.

Statsbidrag utgår med 604 800 kr men hela verksamheten kostar ca 1,2 mnkr. Överkostnaden delas mellan kommunerna i förhållande till antal invånare.

Vi ser en stark ökning av antalet kvinnor som söker stöd av personligt ombud. Till ledningsgruppen för personligt ombud rapporteras även antalet klienter per kommun. Vi ser där att antalet klienter i Gnesta är högt i förhålande till antalet invånare och det motsatta i Oxelösund.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen av personligt ombud för 2017 enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-11 och lägga denna till handlingarna.

Solweig Ericsson-Kurg

Solweig Ericsson-Kurg

Nämndansvarig tjänsteman

Postadress
Nyköpings kommun
Nämndansvarig tjänsteman
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn
solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Beslut till:

Division Social Omsorg

Gnesta Kommun

Oxelösunds kommun

Trosa Kommun

LÄNSSTYRELSEN
Södermanlands län

Datum

Dnr

REDOVISNING
Statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud

Sänds in till
Länsstyrelsen i Södermanlands län
Ref. Anne-Louise Gjuse
611 86 Nyköping

Statsbidrag avseende år 2017

Kontaktuppgifter till den kommun som beviljats statsbidraget

Kommun Nyköpings kommun		
Utdelningsadress	Postnummer 61183	Postort Nyköping
Kontaktperson Solweig Ericsson-Kurg	Avdelning/Enhet Beställarkontoret	
Nämnd Vård- och omsorgsnämnden	Telefon (inkl. rikt-nummer) 0155-248939	E-postadress Solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

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

Kommun/kommuner Verksamheten omfattar Nyköping, Gnesta och Oxelösunds kommuner

1. Statsbidrag

1.1 Beviljade medel

Beviljat statsbidrag, kr	Årsanställningar[1] på heltid/deltid
604 800 kr	2

1.2 Förbrukade medel

Förbrukat statsbidrag, kr	Årsanställningar[1] på heltid/deltid exkl. tjänstledighet
604 800 kr	2

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

2. Utförare av verksamheten med personligt ombud

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

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

4. Personliga ombud

	Antal kvinnor	Antal män	Annan[2]
Personliga ombud	2	0	0

4.1 Utbildning

	Ja	Nej
Ombuden har erbjudits utbildning.	X	
Om ja, ange vilken/vilka utbildningar. Grundkurs för personligt ombud Föreläsning om psykisk ohälsa 1 dag Föreläsning – hur bemöta människor med rättshaveristiskt beteende Regionala nätverksträff lunch – lunch 1 gång/år Länsnätverksträffar		
Om nej, ange varför		

4.2 Handledning

	Ja	Nej
Ombuden har erbjudits handledning.		X
Om ja, ange vilken slags handledning.		
Om nej, ange varför. Handledaren klev av sitt uppdrag. Länsnätverksträffarna har ersatt handledning.		

[2] Antal personer som uppger annan könstillhörighet eller ej har velat uppge könstillhörighet

5. Klienter

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

	Antal Kvinnor	Antal män	Annan
5.1 Totalt antal klienter	61	41	
därav mellan 18 och 29 år	7	14	
därav mellan 30 och 49 år	37	15	
därav mellan 50 och 64 år	16	10	
därav 65 år och över	1	2	

5.2 Antal nya klienter	48	29	
därav mellan 18 och 29 år	4	11	
därav mellan 30 och 49 år	26	11	
därav mellan 50 och 64 år	15	6	
därav 65 år och över	3	1	

5.3 Antal avslutade klienter	42	24	
därav mellan 18 och 29 år	5	9	
därav mellan 30 och 49 år	24	9	
därav mellan 50 och 64 år	11	10	
därav 65 år och över	2	1	

	Antal kvinnor	Antal män	Annan
5.4 Klienter som, helt eller delvis, har hemmavarande barn under 18 år[3] vilka är kända för verksamheten.	19	0	

[3] Inkluderar även barn till *maka/make/reg. partner/sambo* som är hemmavarande hos klienten.

5.5 Kontakt med verksamheten

Ange orsaken/orsakerna till att nya klienter tar kontakt med verksamheten. Ange antalet orsaker. *Flera orsaker kan anges per person.*

	Kvinnor	Män	Annan
Ekonomi	15	7	
Bostad	3	9	
Sysselsättning	1	3	
Struktur i vardagen	5	4	
Bryta isolering	1	0	
Relationsfrågor	0	0	
Existentiella frågor	0	0	
Stöd i kontakten med myndighet	24	13	
Stöd i kontakten med sjukvården	13	10	
Annan orsak	0	0	
Om annan orsak, ange vilken.			

Eventuell kommentar, om förändringar har noterats av orsaker till att klienter tar kontakt med personligt ombud, ange dessa. Ökning av klienter som vill ha hjälp med överklagande av Försäkringskassans beslut

5.6 Tillgång till personligt ombud

	Ja	Nej
Bedömningsriktlinjer eller prioriteringsordning finns för tillgång till personligt ombud.	X	
Om ja, ange dessa. Personligt ombud har att i alla lägen prioritera barnperspektivet. -Uppdrag där barn finns inblandade har alltid företräde. -Beakta sin anmälningsskyldighet avseende barn som far illa -Samverka med socialtjänsten om barn.		

Om nej, ange varför.

5.7 Tillgång till samhällsservice

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

Tyvärr har vi inte formellt rapporterat några brister 2017. Vi har inför 2018 satt det som ett av våra mål att rapportera brister. Vi har även påbörjat ett samarbete med Trosa angående detta för att både vi och Trosa ska bli bättre på det. Direkta kontakter med olika huvudmän har dock tagits i de fall det funnits brister och dessa har kunnat lösas för den enskilde individen.

Beskriv de tre allvarligaste bristerna på respektive nivå som har identifierats föregående år:

Med handläggarnivå avses brister som blir synliga i möten mellan klienten och de olika organisationernas medarbetare, med lokal nivå avses brister för hur det offentliga välfärdsarbetet kring denna grupp leds och organiseras, med central/ nationell nivå avses brister i lagstiftning och andra regelverk.

a) på handläggarnivå:

b) på lokal nivå:

c) på central/nationell nivå:

Ge exempel på brister som har åtgärdats under föregående år på respektive nivå:

Med handläggarnivå avses brister som blir synliga i möten mellan klienten och de olika organisationernas medarbetare, med lokal nivå avses brister för hur det offentliga välfärdsarbetet kring denna grupp leds och organiseras, med central/ nationell nivå avses brister i lagstiftning och andra regelverk.

a) på handläggarnivå: svårt att få kontakt, svårt att få tid

b) på lokal nivå:

c) på central nivå:

6. Myndigheter och organisationer som ingår i ledningsgruppen för verksamheten

6.1 Myndigheter som ingår i ledningsgruppen

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

6.2 Organisationer som ingår i ledningsgruppen

	Ja	Nej	Om ja, ange vilken/vilka
Patientorganisationer			NSPH (samma person som IFSAP)
Brukarorganisationer			
Anhörigorganisationer			IFSAP (samma person som NSPH)
Annan organisation			

Om ledningsgruppen inte har någon representant från kommunen, landstingets primärvård och psykiatri, Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan, ange varför
Kommunen arbetar för att få representanter för dessa huvudmän att delta i ledningsgruppen, ange hur

7. Övrigt

Om förändringar har noterats vad gäller vilka grupper som tar kontakt och söker stöd av personligt ombud, beskriv på vilket sätt Vi ser en stark ökning av antalet kvinnor som söker hjälp av PO. Däremot är det ingen skillnad i orsak mellan kvinnor och män.
Synpunkter och övriga reflektioner på verksamheten

8. Underskrift av behörig företrädare för kommunen

Datum 2108-01-08	
Namnteckning	Namnförtydligande Solweig Ericsson-Kurg
Titel Nämndansvarig tjänsteman	Tjänsteställe Beställarkontoret
Telefon (inkl. riktnummer) 0155-248939	E-postadress Solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

VON § Dnr VON18/31

Internkontrollplan 2018

I kommunallagens 6 kap 6 § anges att "nämnderna skall var och en 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 skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när vården av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap 1 § har lämnats över till någon annan."

Internkontroll handlar om att ha grepp över verksamheten - vad som görs, hur det går till, när det görs och varför. Med andra ord - styrning, effektivitet och kvalitet, i syfte att ge trygghet för medborgare, anställda och politiker.

Nämndens internkontroll ska vara systematisk och bygga på en riskanalys.

Förslaget till internkontrollplan har arbetats fram av Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsgrupp, bestående av en representant från vardera parti. Till stora delar kvarstår de hot/risker och kontrollmoment som fanns med i internkontrollplanen för 2017. Kvalitetsgruppen bedömer att det finns anledning att ha samma fokus under ytterligare ett år. Kontrollen rörande personaltäthet nattetid har utgått och ersatts av rutiner för utrymning vid brand.

De identifierade hoten/riskerna har bedömts utifrån sannolikheten att de ska inträffa samt vilken konsekvens detta i så fall får. Dessa bedömningar resulterar i ett riskvärde. Av planen framgår även vad som ska kontrolleras, hur detta ska göras, hur ofta det ska ske samt vem som har ansvaret.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att anta internkontrollplan för 2018 i enlighet med bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-11.

Beslut till:
Kommunstyrelsen
Revisorerna

Nyköping
Vård- och omsorgsnämnden
Marie Johnsson

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-11

Dnr
VON18/31

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON 18/31

Internkontrollplan för Vård- och omsorgsnämnden 2018

Bakgrund

I kommunallagens 6 kap 6 § anges att "nämnderna skall var och en 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 skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när vården av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap 1 § har lämnats över till någon annan."

Internkontroll handlar om att ha grepp över verksamheten - vad som görs, hur det går till, när det görs och varför. Med andra ord - styrning, effektivitet och kvalitet, i syfte att ge trygghet för medborgare, anställda och politiker.

Nämndens internkontroll ska vara systematisk och bygga på en riskanalys.

Förslag

Bifogat förslag till internkontrollplan har arbetats fram av Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsgrupp, bestående av en representant från vardera parti. Till stora delar kvarstår de hot/risker och kontrollmoment som fanns med i internkontrollplanen för 2017. Kvalitetsgruppen bedömer att det finns anledning att ha samma fokus under ytterligare ett år. Kontrollen rörande personaltäthet nattetid har utgått och ersatts av rutiner för utrymning vid brand.

De identifierade hoten/riskerna har bedömts utifrån sannolikheten att de ska inträffa samt vilken konsekvens detta i så fall får. Dessa bedömningar resulterar i ett riskvärde. Av planen framgår även vad som ska kontrolleras, hur detta ska göras, hur ofta det ska ske samt vem som har ansvaret.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att anta internkontrollplan för 2018 i enlighet med bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-11.

Postadress
Nyköpings kommun
Vård- och omsorgsnämnden
611 83 NYKÖPING

Besöksadress

Tfn
marie.johnsson.1@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Marie Johnsson
Nämndansvarig tjänsteman

Beslut till:

Kommunstyrelsen
Revisorerna

Nyköping

FÖRSLAG

INTERNKONTROLLPLAN

2018-01-10

Kontrollområde (process/styrdokument/rutin)	Hot/risk	Kontrollmoment	Ansvar	Metod	Frekvens	Konsekvens/ Sannolikhet	Rapport till
Internöverenskommelse/ avtal med privata utförare	Att missförhållanden inte rapporteras enligt Lex Sarah eller Lex Maria	Finns rutiner? Är de kända av personalen? Följs rutinerna? Hur säkrar man upp det? APT/Skriftligt? Hur gör man med vikarier?	NAT+MAS	Tillsyn Avtalsuppföljning	Enligt tillsynsplan Stckprov en gång	12	VON
Internöverenskommelse/ avtal med privata utförare	Personaltätheten dagtid räcker inte för att verkställa beslutade insatser	Finns avvikelser på detta? Vad tycker brukarna? Hur ser schemana ut? Bemannas enligt schema?	NAT+Handläggare	Avvikelsestatistik Nationell brukarenkät Tillsyn Kontraktsuppföljning	Enligt tillsynsplan Stickprov 2 gånger	12	VON
Internöverenskommelse/ avtal med privata utförare	Personalen känner inte till rutinerna för backup vid nyckelfri hantering	Finns rutiner? Är de kända av personalen? Följs rutinerna? Hur säkrar man upp det? Hur gör man med vikarier? Har alla kunder nyckelfritt? Finns samtliga reservnycklar på larmcentralen? Fungerar returrutinen?	NAT	Tillsyn Kontraktsuppföljning Intervju med personal	Enligt tillsynsplan I övrigt en gång	12	VON
Internöverenskommelse/ avtal med privata utförare	Personalen känner inte till rutinerna för utrymning vid brand	Finns rutiner? Är de kända av personalen? Hur säkrar man upp det? Hur gör man med vikarier? Görs brandgenomgångar?	NAT	Tillsyn Avtalsuppföljning Intervju med personal	Enligt tillsynsplan I övrigt en gång	20	VON
Internöverenskommelse/ avtal med privata utförare	Anhöriga får inte det stöd som lagen föreskriver respektive känner ej till parternas skyldigheter och rättigheter kring insatser	Hur fungerar anhörigcenters verksamhet? Hur jobbar utförarna med frågan? Hur tas anhörigas åsikter tillvara? Hur säkras kunskap om rättigheter och skyldigheter?	NAT	Tillsyn Kontraktsuppföljning Intervju med personal	Enligt tillsynsplan I övrigt en gång	9	VON

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON 18/31

VON § Dnr VON17/48

Återrapportering med anledning av medborgarförslag om att utreda färdtjänsttaxan

Vård- och omsorgsnämnden lämnade vid sitt sammanträde 2017-04-27 ett yttrande över ett medborgarförslag om att utreda möjligheten att ändra färdtjänsttaxan så att den motsvarar nivåerna i grannkommunerna. Nämnden var i sitt yttrande positiv till förslaget och föreslog att en grundligare utredning kring skillnader i prisnivån skulle göras, vad dessa skillnader beror på och om en förändring av taxan är möjlig och lämplig.

Beställarkontoret har tillsammans med Sörmlands kollektivtrafikmyndighet, SKTM, gjort en sammanställning över hur Sörmlands kommuners taxor och avgifter för färdtjänst ser ut. Se bilaga till tjänsteskrivelse. Det visar sig "spreta" väldigt mycket. Det är väldigt många olika regler och avgifter. SKTM ser fördelar med att försöka få till en gemensam översyn av taxorna men säger att när de vid tidigare tillfällen lyft frågan har de inte nått hela vägen fram. Alla kommuner vill hävda sin egen självbestämmanderätt.

Kanske kan den framtida regionbildningen bidra till att frågan hittar en enklare lösning.

Beställarkontorets bedömning är att det i nuläget inte är möjligt eller lämpligt att ändra befintlig färdtjänsttaxa för Nyköpings kommun. Motiveringen är att om nämnden ändrar för att jämna ut skillnaderna mot till exempel Gnesta kommun, som medborgarförslaget lyfter, kommer skillnader med andra kommuner i Sörmland att kvarstå. Beställarkontoret rekommenderar därför att Nyköpings kommun på politisk nivå lyfter frågan till den politiska styrningen av SKTM så att en gemensam översyn av taxorna inom Sörmland kan komma till stånd.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna återrapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2018-01-17 och överlämna den till Kommunstyrelsen.

Beslut till:
Kommunstyrelsen

8.

Nyköping
Nämndansvarig tjänsteman
Solweig Eriksson Kurg

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-17

Dnr
VON17/48

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON17/48

Återrapportering till Kommunstyrelsen med anledning av medborgarförslag om att utreda färdtjänsttaxan

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden lämnade vid sitt sammanträde 2017-04-27 ett yttrande över ett medborgarförslag. Medborgarförslaget föreslår att möjligheten att ändra färdtjänsttaxan utreds så att den motsvarar nivåerna i grannkommunerna. Nämnden var i sitt yttrande positiv till förslaget och föreslog att en grundligare utredning kring skillnader i prisnivån skulle göras, vad dessa skillnader beror på och om en förändring av taxan är möjlig och lämplig.

Förslag

Beställarkontoret har tillsammans med Sörmlands kollektivtrafikmyndighet, SKTM gjort en sammanställning över hur Sörmlands kommuners taxor och avgifter för färdtjänst ser ut. Se Bilaga. Det visar sig "spreta" väldigt mycket. Det är väldigt många olika regler och avgifter. SKTM ser fördelar med att försöka få till en gemensam översyn av taxorna men säger att när de vid tidigare tillfällen lyft frågan har de inte nått hela vägen fram. Alla kommuner vill hävda sin egen självbestämmanderätt.

Kanske kan den framtida regionbildningen bidra till att frågan hittar en enklare lösning.

Beställarkontorets bedömning är att det i nuläget inte är möjligt eller lämpligt att ändra befintlig färdtjänsttaxa för Nyköpings Kommun. Motiveringen är att om nämnden ändrar för att jämna ut skillnaderna mot tex Gnesta kommun, som medborgarförslaget lyfter, kommer skillnader med andra kommuner i Sörmland att kvarstå. Beställarkontoret rekommenderar därför att Nyköpings kommun på politisk nivå lyfter frågan till den politiska styrningen av SKTM så att en gemensam översyn av taxorna inom Sörmland kan komma till stånd.

Postadress
Nyköpings kommun
Nämndansvarig tjänsteman
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn
solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporteringen och överlämna den till Kommunstyrelsen

Solweig Ericsson-Kurg

Solweig Ericsson-Kurg

Nämndansvarig tjänsteman

Beslut till:

Kommunstyrelsen

9.

Färdtjänst taxa Sörmlands kommuner

Eskilstuna	0-10 km	30 kr
	10-20 km	40 kr
	20-30 km	50 kr
Därefter ökar egenavgift med 40 kr per påbörjad mil		
Barn upp till 19 år betalar 50%		
Oxelösund		
Minsta kostnad 45 kr högst 110 kr		
maxkostnad inom kommunen 60 kr		
Barn upp till 10 år gratis		
Ungdom 10-18 år betalar 50%		
Katrineholm		
	0-6 km	46 kr
	6-11 km	56 kr
	11-30 km	66 kr
Därefter ökar egenavgift med 20 kr per påbörjad mil		
Barn upp till 10 år åker gratis därefter full egenavgift		
Max kostnad inom kommunen 66 kr		
Flen		
	0-5 km	30 kr
	5-10 km	40 kr
	10-30 km	50 kr
Därefter ökar egenavgift med 30 per påbörjad mil		
barn upp till 16 år betalar 50%		
Gnesta		
	0-15 km	30 kr
	15-20 km	40 kr
	20-30 km	50 kr
Därefter ökar egenavgift med 20 kr per påbörjad mil		
Barn 0-7 år gratis		
Barn 7-18 betalar 50%		
Trosa		
	0-10 km	25 kr
	10-20 km	35 kr
	20-30 km	45 kr
Därefter ökar egenavgift med 20 kr per påbörjad mil		
Om resan överstiger 50 km ökar kostnad med 30 kr per påbörjad mil		
Barn upp till 7 år åker gratis		
Barn 7-18 år betalar 50%		
Max kostnad inom kommunen 45 kr		

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON 17/48

Vingåker		
	0-20 km	60 kr
	20-30 km	
		70 kr
Därefter ökar egenavgift med 30 kr per påbörjad mil		
Barn upp till 10 år åker gratis därefter 100%		
Max kostnad inom kommunen 70 kr		
Strängnäs		
	0-10 km	30 kr
	10-20 km	40 kr
	20-30 km	50 kr
Därefter ökar egenavgift med 40 kr per påbörjad mil		
Finns ingen barntaxa		
Nyköping		
beroende på resans längd		45-60 kr
utom kommunen men inom länet för de första 3 milen		60 kr
över 3 mil/ påbörjad mil		35 kr
barn och ungdom halv avgift så länge de kanresa med ungdomsrabatt inom kollektivtrafiken		
Arbetsresor = samma kostnad som månadskort inom kollektivtrafiken		

VON § Dnr VON17/50

Rapport från uppföljande tillsyn på gruppbostaden Björkgårdsvägen

Tillsynen är en följd av en tidigare Lex Sarah-rapport. Rapporten avslutades, men nämndansvariga tjänstemän fick i uppdrag att göra en förnyad tillsyn för att se om framtagen åtgärdsplan fått avsedd effekt.

Lex Sarah-rapporten handlade om en situation där en brukare fick problem vid ett epileptiskt anfall och behövde hjärt-lung-räddning. En i personalen var motvillig till att hjälpa till och följde inte de råd som gavs från 112. Utredningen som gjordes utifrån rapporten, visade att det fanns stora motsättningar och problem i personalgruppen.

Åtgärdsplanen handlade i grova drag om utbildningar till all personal samt planeringsdagar för att diskutera värdegrund och hur man i personalgruppen ska bete sig mot varandra.

Åtgärdsplanen är till stora delar genomförd, men utan att ha fått avsedd effekt. Personalen är uppdelad i två grupperingar. Stora delar av personalgruppen följer inte brukarnas genomförandeplaner och väljer sina egna sätt att arbeta, trots ständiga påminnelser från enhetschef och kollegor. Den personal som deltog på tillsynen har heller inte någon större förhoppning om att det kommer att åstadkommas en förbättring av situationen.

Det är angeläget att ledningen tar situationen på allvar och bistår enhetschef i hennes arbete för att göra det tydligt för personalen vad som gäller.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna tillsynsrapport enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2017-12-20, samt

att ge nämndansvariga tjänstemän i uppdrag att göra en förnyad tillsyn på gruppboendet Björkgårdsvägen före sommaren 2018 för avrapportering på nämndmötet 2018-08-30.

VON § Dnr VON17/50

Beslut till:
Division Social omsorg
Kommunstyrelsen för kännedom
Webredaktör, Beställarkontoret

32.

Nyköping
Vård- och omsorgsnämnden
Marie Johnsson

Tjänsteskrivelse

Datum
2017-12-20

Dnr
VON17/50

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON17/50

Uppföljande tillsyn, gruppbostaden Björkgårdsvägen 2017-12-13

Bakgrund

Tillsynen är en följd av en tidigare Lex Sarah-rapport. Rapporten avslutades, men nämndansvariga tjänstemän fick i uppdrag att göra en förnyad tillsyn för att se om framtagen åtgärdsplan fått avsedd effekt.

Lex Sarah-rapporten handlade om en situation där en brukare fick problem vid ett epileptiskt anfall och behövde hjärt-lung-räddning. En i personalen var motvillig till att hjälpa till och följde inte de råd som gavs från 112. Utredningen som gjordes utifrån rapporten, visade att det fanns stora motsättningar och problem i personalgruppen.

Förslag

Åtgärdsplanen handlade i grova drag om utbildningar till all personal samt planeringsdagar för att diskutera värdegrund och hur man i personalgruppen ska bete sig mot varandra.

Åtgärdsplanen är till stora delar genomförd, men utan att ha fått avsedd effekt. Personalen är uppdelad i två grupperingar. Stora delar av personalgruppen följer inte brukarnas genomförandeplaner och väljer sina egna sätt att arbeta, trots ständiga påminnelser från enhetschef och kollegor. Den personal som deltog på tillsynen har heller inte någon större förhoppning om att det kommer att åstadkommas en förbättring av situationen.

Det är angeläget att ledningen tar situationen på allvar och bistår enhetschef i hennes arbete för att göra det tydligt för personalen vad som gäller.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna tillsynsrapport enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2017-12-20.

Postadress
Nyköpings kommun
Vård- och omsorgsnämnden
611 83 NYKÖPING

Besöksadress

Tfn
marie.johnsson.1@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

att ge nämndansvariga tjänstemän i uppdrag att göra en förnyad tillsyn på gruppboendet Björkgårdsvägen före sommaren 2018 för avrapportering på nämndmötet 2018-08-30.

Marie Johnsson

Marie Johnsson

Nämndansvarig tjänsteman

Beslut till:

Division Social omsorg

33.

Nyköping

Dnr
VON17/50

Vård- och omsorgsnämnden
Marie Johnsson

Datum
2017-12-20

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON17/50

Uppföljande tillsyn – Gruppbostad Björkgårdsvägen 2017-12-13

Bakgrund

Tillsynen genomförs som ett samtal med enhetschef Eva-Lena Nordin och två ur personalen och är en följd av en tidigare Lex Sarah-rapport. Ordförande för Vård- och omsorgsnämnden fattade beslut om att avsluta Lex Sarah-rapporten utan att anmäla den till IVO, men gav nämndansvariga tjänstemän i uppdrag att göra en uppföljande tillsyn för att se om den framtagna åtgärdsplanen gett resultat.

Lex Sarah-rapporten handlade om en situation där en brukare fick problem vid ett epileptiskt anfall och behövde hjärt-lung-räddning (HLR). En i personalen var motvillig till att hjälpa till och följde inte de råd som gavs från 112. Det hela slutade dock väl.

Den utredning som gjordes i samband med Lex Sarah-rapporteringen visade att det finns stora problem bland personalen. Det råder konflikter mellan olika grupperingar och det finns ett bristande förtroende dessa emellan. Dessutom har man olika syn på hur man ska arbeta med brukarna. Den personal som var föremål för Lex Sarah-rapporten, finns idag inte kvar på boendet.

Genomförande av åtgärdsplan

Utifrån Lex Sarah-rapporten togs en åtgärdsplan fram av enhetschef:

Planeringsdag på tema värdegrund och medarbetarpolicy
Ett arbetsmiljö-APT genomfördes under enhetschefs ledning. Då diskuterades personalens mående på arbetsplatsen och hur man beter sig motvarandra.

Dessutom har två planeringsdagar genomförts under 2017. Vid det första tillfället diskuterades värdegrunden och då närvarade även verksamhetschef. Det andra tillfället handlade om teamkänsla.

Handledning för all personal för att skapa samarbete och förtroende inom personalgruppen
En konsult har anlitats för att arbeta med gruppen. Utöver det gruppvisa arbetet får all personal individuell handledning vid tre tillfällen.

Även socialpedagog har varit och hjälpt till i utvecklingen och i början av 2018 kommer en utvärdering av de insatserna att göras.

Enhetschef har också börjat med att före varje APT, ha en individuell pratstund med var och en av medarbetarna. Det gör att alla på ett tydligare vis blir sedda och får chansen att göra sin röst hörd, om man kanske har svårt att uttala sig i större grupp.

HLR-utbildning för all personal
Utbildning har genomförts under Röda korsters ledning på ett mycket bra sätt.

Utbildning till all personal om döv/blindhet
Någon sådan utbildning har inte genomförts. Enhetschef har haft problem med att hitta någon som kan hålla i den, men sökandet fortgår.

Utvärdering av åtgärderna

Flertalet beslutade åtgärder har således genomförts. Det som framkommer vid tillsynen är dock att de inte gett önskat resultat och att situationen inte har förbättrats i någon nämnvärd utsträckning.

Både enhetschef och personalrepresentanter menar att planeringsdagar och handledningstillfällen varit bra och har känts bra. Det har varit en bra diskussion och alla har verkat vara överens, men när mötena är slut, går allt tillbaka till det gamla och problemen kvarstår.

När det gäller den individuella handledningen är det för tidigt att uttala sig om vad den ger för resultat.

Situationen

Personalgruppen består av ett fåtal medarbetare med lång erfarenhet och en större grupp yngre medarbetare utan eller med kortare erfarenhet. Det är de mer erfarna som är med på tillsynsbesöket. Dessa upplever att det hos de yngre finns en tendens att sätta personalen före brukarna. Genomförandeplanerna följs inte, vilket gör att brukarna blir förvirrade när deras rutiner inte följs. För brukare med den problematik som gäller för brukarna på Björkgårdsvägen, är det viktigt att ha fasta rutiner för att skapa lugn och trygghet. Såväl erfaren personal som enhetschef lyfter ständigt vikten av att följa genomförandeplanerna, men än så länge utan att riktigt nå fram.

På frågan om personalrepresentanterna tror på att situationen på boendet och arbetsklimatet i gruppen kommer att utvecklas till det bättre och att åtgärderna kommer att ge avsedd effekt, svarar de nej.

Samtliga i personalen får successivt genomgå såväl autismutbildning som utbildning i lågaffektivt bemötande.

Enhetschef har ansvar för tre olika boenden och är vanligtvis på plats en halv dag i veckan. Vissa veckor är hon inte där alls. Planen är att enhetschef ska börja delta i omvårdnaden om brukarna i viss utsträckning för att lättare förstå vad personalen menar i olika diskussioner.

Bedömning

Enhetschef har följt åtgärdsplanen och det mesta är genomfört eller påbörjat. Till stora delar har dock inte åtgärderna haft avsedd effekt.

De två tydliga grupperingarna inom personalgruppen kvarstår och slående är personalens uppgivenhet. De har låga eller inga förhoppningar om att förbättring kommer att ske. Det faktum att detta fortgår och att stora delar av personalen fortsätter att inte följa genomförandeplanerna och väljer sina egna sätt att arbeta, är inte OK. Här behövs en tydlig uppstyrning. Enhetschef finns på plats en halv dag de flesta veckor, vilket är alldeles för lite även i en väl fungerande verksamhet. Nu handlar det dessutom om en verksamhet med problem. Det är angeläget att ledningen tar situationen på allvar och bistår enhetschef i hennes arbete för att göra det tydligt för personalen vad som gäller.

Sammanfattningsvis ser man här vikten av att följa upp huruvida åtgärdsplanerna ger effekt. En sådan uppföljning ska Division Social omsorg göra två gånger per år avseende samtliga Lex Sarah-rapporteringar och tillhörande åtgärdsplaner.

VON § Dnr VON17/50

Rapport från uppföljande tillsyn på Mariebergsgårdens demensenheter

Våren 2016 gjorde nämndansvariga tjänstemän en tillsyn vid Mariebergsgårdens demensenheter. Personalen var utarbetad och upplevde en resursbrist, och brukarnas omvårdnad hade blivit likriktad med bristande personlig anpassning. På hösten samma år gjordes en förnyad tillsyn och situationen var då sämre, trots uppdrag till division Social omsorg (DSO) att vidta åtgärder. Därefter tog DSO fram en åtgärdsplan, vilken nu stämts av vid denna tillsyn.

Det har också gjorts ett antal Lex Sarah-rapporteringar från Mariebergsgårdens demensenheter.

Inspektionen för Vård och omsorg (IVO) har på eget initiativ också gjort tillsyn vid verksamheten. De har nu avslutat ärendet som en följd av den åtgärdsplan som presenterats. Under våren 2018 kommer IVO göra en uppföljning för att se om utvecklingen går i rätt riktning.

Vid aktuell uppföljande tillsyn var enbart personalrepresentanter med. Syftet med mötet var att se om personalen bild stämmer överens med chefernas mycket positiva bild. Nämndansvariga tjänstemäns samlade bild av mötet är att mycket har hänt. Personalgruppen ger ett mycket positivit intryck och de säger själva att den värsta negativa stämningen har vänt.

Nämndansvariga tjänstemäns bedömning är att en förändringsprocess inletts och har kommit en bra bit på väg, men att en del återstår och här är det viktigt att personalen känner sig delaktig. Bedömningen är att Mariebergsgårdens demensenheter nu kan säga att de bedriver en patientsäker verksamhet med ett gott omhändertagande och att tillsyn kan återgå till normal planering.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapport från Mariebergsgårdens demensenheter enligt tjänsteskrivelse daterad 2018-01-18, samt

att tillsyn vid Mariebergsgårdens demensenheter kan återgå till normal planering.

VON § Dnr VON17/50

Beslut till:
Division Social omsorg
Kommunstyrelsen för kännedom
Webredaktör, Beställarkontoret

30.

Nyköping
Nämndansvarig tjänsteman
Solweig Eriksson Kurg

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-18

Dnr
VON17/50

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON17/50

Uppföljning tillsyn Mariebergsgårdens demensenheter 2018-01-18

Bakgrund

Våren 2016 gjorde nämndansvariga tjänstemän en tillsyn vid Mariebergsgårdens demensenheter och mötte en trött och håglös personalgrupp och dito enhetschef. Personalen var utarbetad och upplevde en resursbrist. Brukarnas omvårdnad hade blivit likriktad med bristande personlig anpassning i ett försök att vara effektiv.

På hösten samma år gjordes en förnyad tillsyn och situationen var då snarast sämre, trots uppdrag till Division Social omsorg (DSO) att vidta åtgärder. Därefter tog DSO fram en åtgärdsplan, vilken nu stämts av vid denna tillsyn.

Det har också gjorts ett antal Lex Sarah-rapporteringar från Mariebergsgårdens demensenheter.

Inspektionen för Vård och omsorg (IVO) har på eget initiativ också gjort tillsyn vid verksamheten. De har nu avslutat ärendet som en följd av den åtgärdsplan som presenterats. Under våren 2018 kommer de dock att göra en uppföljning för att se om utvecklingen går i rätt riktning.

I november 2017 gjordes en uppföljning och vid samtal med enhetschefer framkom att situationen var betydligt positivare nu än tidigare. Vid denna tillsyn fanns ingen personal med varför ytterligare en uppföljning planerades in till i början av 2018.

Förslag

Vid mötet i november bedömdes att mycket har hänt sedan förra gången. Det finns nu ett kompetent och stabilt ledarskap som har en ambition och en målbild som man arbetar aktivt för att nå. Det finns många tecken på att personalen mår bättre och börjar få en ny brukarvänlig inställning.

Vid dagens möte 18 januari 2018 finns enbart personalrepresentanter med. Syftet med mötet var att se om personalen bild stämmer överens med chefernas mycket positiva bild.

Postadress
Nyköpings kommun
Nämndansvarig tjänsteman
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn
solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Nämndansvariga tjänstemäns samlade bild av mötet är att mycket har hänt sen sist! Personalgruppen ger ett mycket positivit intryck och de säger själva att den värsta negativa stämningen har vänt.

Två saker som personalen lyfter är lämpligt att ytterligare lyfta:

1) Brist på kommunikation. Personalen upplever att de inte riktigt vet vad cheferna håller på med och de frågar "hur lång tid får det ta"

2) Ett närvarande ledarskap. Personalen upplever att cheferna skulle behöva vara mer ute i verksamheten för att verkligen förstå deras situation och vad som behöver förändras.

Nämndansvariga tjänstemäns bedömning är att en förändringsprocess verkligen startat och har kommit en bra bit på väg men det återstår en hel del jobb och här är det viktigt att personalen känner sig delaktig. Vår bedömning är att Mariebergsgårdens demensenheter nu kan säga att de bedriver en patientsäker verksamhet med ett gott omhändertagande och att tillsyn nu kan återgå till normal planering.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapport från Mariebergsgårdens demensenheter enligt tjänsteskrivelse daterad 2018-01-18

att tillsyn vid Mariebergsgårdens demensenheter kan återgå till normal planering

Solweig Ericsson-Kurg

Solweig Ericsson-Kurg
Nämndansvarig tjänsteman

Marie Johnsson

Marie Johnsson
Nämndansvarig tjänsteman

Beslut till:

Division Social omsorg

Kommunstyrelsen för kännedom

Maria Hamnevik för publicering

J/.

Tillsynsrapport – Mariebergsgårdens demensenheter 2018-01-18

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON17/50

Bakgrund

Våren 2016 gjorde nämndansvariga tjänstemän en tillsyn vid Mariebergsgårdens demensenheter och mötte en trött och håglös personalgrupp och dito enhetschef. Personalen var utarbetad och upplevde en resursbrist. Brukarnas omvårdnad hade blivit likriktad med bristande personlig anpassning i ett försök att vara effektiv.

På hösten samma år gjordes en förnyad tillsyn och situationen var då snarast sämre, trots uppdrag till Division Social omsorg (DSO) att vidta åtgärder. Därefter tog DSO fram en åtgärdsplan, vilken nu stämts av vid denna tillsyn.

Det har också gjorts ett antal Lex Sarah-rapporteringar från Mariebergsgårdens demensenheter.

Inspektionen för Vård och omsorg (IVO) har på eget initiativ också gjort tillsyn vid verksamheten. De har nu avslutat ärendet som en följd av den åtgärdsplan som presenterats. Under våren 2018 kommer de dock att göra en uppföljning för att se om utvecklingen går i rätt riktning.

I november 2017 gjordes en uppföljning och vid samtal med enhetschefer framkom att situationen var betydligt positivare nu än tidigare. Vid denna tillsyn fanns ingen personal med varför ytterligare en uppföljning planerades in till i början av 2018.

Tillsynen

Dagens tillsyn 2018-01-18 genomförs som ett samtal med 3 personal från Kristallen och Opalen. Tyvärr fanns ingen personal från Safiren och Smaragden med vid mötet.

Nytt ledarskap

Personalen uppger att de blev glada när de fick höra att det skulle vara två enhetschefer. Det har tidigare varit ett alltför stort område att vara ensam chef för fyra avdelningar, men de upplever att de fortfarande är kvar på "att-lära-känna-stadiet" de har inte sett så många fördelar ännu. Fortfarande upplevs att mycket ligger kvar på personalen bl.a. schemaläggning och arbetsstruktur. Detta trots att det är klart uttalat att bemanning ska ingå i den biträdande enhetschefens roll. De skulle vilja kunna släppa vissa bitar tex schemaförändringar som beror på kollegornas rätt att arbeta heltid. De tycker det borde vara ett jobb för chefen. Personalen upplever att cheferna svarar att "de håller på" men det har inte hänt så mycket praktiskt ännu. Personalen skulle vilja få tillfälle att träffas tillsammans alla fyra avdelningarna för att hitta en utökad samverkan.

Ambitionen med en demensenhet

Personalen uttrycker att de är positiva till ett utökat samarbete men säger att "vi är inte där ännu", det är fortfarande fyra olika enheter. Visst hjälps de åt men då bara den närmaste avdelningen. De borde ha mycket mer samarbete. En i intervjugruppen uttrycker att det finns många bra idéer men det saknas verkstad.

Lära-känna-samtal

Cheferna hade lära-känna-samtal med all personal i samband med att de tillträdde i höstas. Här är gruppen väldigt positiv till initiativet. De upplever att de fick möjlighet att "spy ur sig", som en av de intervjuade säger. De kände sig lyssnade till och det var första gången som de faktiskt fick skriva under på vad som kommit fram och vad de kommit överens om i samtalet. De säger att det var mycket positivt och gruppen vill ge cheferna stor kredit för att de genomförde dessa samtal och att samtalen också har bidragit till att arbetsklimatet blivit lättare.

Känner ni er lyssnade till?

Personalen svarar att de håller på att lära sig att kommunicera. Det kommer ofta ut en order från cheferna t.ex. att de ska gå på en utbildning men det finns inget personligt i kommunikationen.

Personalen framför att de skulle vilja se cheferna mycket mer ute på avdelningarna varje dag, att de visade lite mer intresse för vardagen. Vi är ju lite pessimistiska säger en i gruppen med ett skratt "men vi är ju också väldigt självgående så vi hoppas ju på att de sitter här nere och tänker ut nåt bra för oss"! Men hittills har dock inget hänt.

Trötthet/uppgivenhet

Gruppen uttrycker att det är stor skillnad i dag mot förra tillsynstillfället. De känner sig inte alls lika trötta och uppgivna idag som då. Den största anledningen säger de är att flera av de boende som tidigare krävde mycket tid och kraft nu har antingen flyttat till annat boende eller avlidit. Tidigare var vi helt slut men nu finns det ganska mycket arbetsglädje i grupperna. De flesta jobbar fortfarande kvar och när vi frågar vad det beror på svarar gruppen att "vi brinner ju för vårt jobb".

Kollektiv och rationell hantering

Gruppen säger att en kollektiv hantering delvis är ett måste för att få verksamheten att gå runt. Det gäller att tänka lite annorlunda. Kontinuitet i personalgruppen är oerhört viktigt säger gruppen. De upplever att de haft många vikarier som inte fungerar, de har inte rätt syn på sitt arbete, de saknar helt känsla för de människor de möter. De säger också att det har varit väldigt svårt att få bort de som inte fungerar. I vissa fall har det gått så långt att det inte varit helt säkert för brukarna säger en i

gruppen. Svårigheten att få tag på bra vikarier påverkar den ordinarie personalen väldigt mycket. De måste inte bara göra sitt eget jobb utan måste också se till att andra gör på rätt sätt.

Aktiviteter

Alla tre i personalgruppen säger att de verkligen försöker att prioritera aktiviteter. Det behöver inte vara så stort utan det kan handla om att sitta runt ett bord och prata. Den mera jämna nivån på brukarna som beskrivits ovan upplevs av personalen som att det blir lättare att hitta enkla aktiviteter att genomföra. Gruppen säger också att nu har vi den bemanning vi ska ha så nu är det lättare att få tid till aktiviteter. De beskriver att de jobbar med olika färgkoder för olika uppdrag som delas ut varje dag och aktivitet är en av färgerna. Det gör också att det finns med mera naturligt idag. De beskriver att en omtyckt aktivitet är att de spelar gamla låtar på sina telefoner för de boende. Det är mycket uppskattat men personalen påpekar att de måste använda sina egna telefoner. Önskemål är att det fanns annan utrustning på avdelningen som kunde användas för detta.

Gruppen lyfter också fram FIA-gruppen som finns på Mariebergsgården. De gör väldigt mycket bra. Några boende klarar av att vara med på dessa lite större arrangemang. Det har diskuterats om de en gång per månad skulle kunna ordna en gemensam kvällsaktivitet. Gruppen är mycket positiv till detta.

Serviceteam

Fantastiskt! Vi är i himmelriket! Två uttryck som spontant kommer från personalen när vi frågar vad de tycker om de serviceteam som inrättats. Serviceteamen jobbar bara vardagar så på helgen märks det väldigt snabbt att de inte finns där och tar hand om all service. De bakar och fixar och donar, hjälper till med maten och ställer ordning i köket mm. De är guld värda.

Serviceteamen finansieras via stimulansmedel och är personal som går utöver den ordinarie bemanningen.

Utbildning

All personal har fått gå en utbildning i BPSD-registret innan sommaren. Skattning enligt BPSD-verktygen har gjorts men just nu har jobbet stannat av lite. Det är dags att ta upp på nytt. Utbildning runt palliativ vård erbjöds enbart till vissa men sen tog pengarna slut och nu är det ingenting. Personalgruppen tycker att cheferna tänker lite för mycket kollektivt när det gäller utbildning. På medarbetarsamtal frågas efter vad varje enskild medarbetare behöver men sen blir det en kollektiv utbildning i alla fall. Behoven är olika! Gruppen tycker inte att de utbildningar som erbjuds är anpassade efter de boendes olika behov.

Genomförandeplan

Personalen tycker fortfarande det är svårt att göra en genomförandeplan. Vi gör det så sällan säger en i gruppen. De upplever att de haft stor nytta av de stödpedagoger som varit ute och hjälpt till med genomförandeplanerna, men nu är det tyvärr bara en stödpedagog kvar. Två har slutat och inte ersatts.

Anhöriga

Vid vår förra tillsyn upplevde vi att personalen tyckte de anhöriga var ett störningsmoment. Nu ger gruppen oss en helt annan bild. De säger att de tyvärr inte har något särskilt forum för anhöriga ännu men att de gärna skulle vilja ha det. De säger att de behöver ta upp det i personalgrupperna igen. Det

är ett stort spann på de anhörigs behov av stöd på olika sätt. Gruppen tycker att det är superviktigt med så kallade "tamburmöten", d.v.s. att personalen ser och uppmärksammar de anhöriga när de kommer och går.

Övrigt

De intervjuade kommer tillbaka till frågan "Hur lång tid får det ta"? De upplever som sagt att det inte händer så mycket och att de inte känner sig så involverade i vad cheferna planerar. Gruppen berättar att det enligt cheferna pågår ett arbete med att förändra schemat men ingen från personalen finns med i det arbetet. Gruppen säger att det är svårt att få klara besked från ledningen.

Som avslutning

Gruppen säger själva att de är mycket mer positiva idag än vid den förra tillsynen. De anger att arbetsgruppen själva har en stor del i känslan. De vill ju göra ett bra jobb. Vi måste titta framåt säger de alla tre samlat.

Bedömning

Nämndansvariga tjänstemäns samlade bild av mötet är att mycket har hänt sen sist! Personalgruppen ger ett mycket positivit intryck och de säger själva att den värsta negativa stämningen har vänt.

Två saker som personalen lyfter är lämpligt att ytterligare lyfta:

Brist på kommunikation. Personalen upplever att de inte riktigt vet vad cheferna håller på med och de frågar "hur lång tid får det ta"

Ett närvarande ledarskap. Personalen upplever att cheferna skulle behöva vara mer ute i verksamheten för att verkligen förstå deras situation och vad som behöver förändras.

Nämndansvariga tjänstemäns bedömning är att en förändringsprocess verkligen startat och har kommit en bra bit på väg men det återstår en hel del jobb och här är det viktigt att personalen känner sig delaktig. Vår bedömning är att Mariebergsgårdens demensenheter nu kan säga att de bedriver en patientsäker verksamhet med ett gott omhändertagande och att tillsyn nu kan återgå till normal planering.

VON § Dnr VON17/124

Överenskommelse om äldrecenterverksamhet vid Tennishallen

Vård- och omsorgsnämnden har sedan Fruängskällans äldreboende öppnade 2005 haft en överenskommelse med en aktivitetsgrupp från Sveriges kommunalpensionärers förbund, SKPF, om öppen verksamhet för äldre i Tennishallens lokaler.

Den aktivitetsgrupp inom SKPF som drivit verksamheten fram till nu kommer att upphöra och överenskommelsen tas över av SKPF som förening. I övrigt innebär det inga större förändringar av verksamheten.

I bifogat förslag till överenskommelse ges SKPF i uppdrag att driva verksamhet i form av aktiviteter för äldre i Tennishallens lokaler. Verksamheten ska vara öppen för alla äldre/pensionärer utan krav på medlemskap. Verksamheten ska präglas av en social gemenskap och ska bygga på aktiviteter av förebyggande karaktär.

Vård- och omsorgsnämnden betalar för bredband via Gästabudsstaden och betalar årligen för en storstädning av lokalerna. I övrigt utgår ingen ersättning till SKPF för uppdraget.

Verksamheten ska vara öppen måndag-fredag minst fem timmar/dag. Helger och röda dagar stängt. Semesterstängning får ske om 4 veckor under sommaren.

Överenskommelsen gäller för år 2018 men förlängs med ett år i taget om ingen av parterna säger upp överenskommelsen.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att teckna överenskommelse med Sveriges kommunalpensionärers förbund avd 43 att driva äldrecenter vid Tennishallen enligt bilaga till tjänsteskriveles daterad 2018-01-11.

Beslut till:
Sveriges kommunalpensionärers förbund avd 43

1.

Nyköping
Nämndansvarig tjänsteman
Solweig Eriksson Kurg

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-11

Dnr
VON17/124

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON17/124

Överenskommelse om äldrecenterverksamhet vid Tennishallen

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden har sedan Fruängskällans äldreboende öppnade 2005 haft en överenskommelse med en aktivitetsgrupp från Sveriges kommunalpensionärers förbund, SKPF, om öppen verksamhet för äldre i området runt "gamla" Tennishallen.

Den aktivitetsgrupp inom SKPF som drivit verksamheten fram till nu kommer att upphöra och överenskommelsen tas över av SKPF som förening. I övrigt innebär det inga större förändringar av verksamheten.

Förslag

I bifogat förslag till överenskommelse ges SKPF i uppdrag att driva verksamhet i form av aktiviteter för äldre i Tennishallens lokaler. Verksamheten ska vara öppen för alla äldre/pensionärer utan krav på medlemskap. Verksamheten ska präglas av en social gemenskap och ska bygga på aktiviteter av förebyggande karaktär.

Vård- och omsorgsnämnden betalar för bredband via Gästabudsstaden och betalar årligen för en storstädning av lokalerna. I övrigt utgår ingen ersättning till SKPF för uppdraget.

Verksamheten ska vara öppen måndag-fredag minst fem timmar/dag. Helger och röda dagar stängt. Semesterstängning om 4 veckor under sommaren är okey.

Överenskommelsen gäller för år 2018 men förlängs med ett år i taget om ingen av parterna säger upp överenskommelsen.

Postadress
Nyköpings kommun
Nämndansvarig tjänsteman
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn
solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att teckna överenskommelse med Sveriges Kommunalpensionärers förbund avd 43 att driva äldrecenter vid Tennishallen enligt bilaga till tjänsteskriveles daterad 2018-01-11

Solweig Ericsson-Kurg

Solweig Ericsson-Kurg

Nämndansvarig tjänsteman

Beslut till:

Sveriges kommunalpensionärers förbund avd 463

2.

Nyköping

Datum

Dnr

VON17/124

Nämndansvarig tjänsteman

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON17/124

FÖRSLAG

Överenskommelse om äldrecenterverksamhet vid Tennishallen mellan Vård- och omsorgsnämnden och Sveriges kommunalpensionärers Förbund, SKPF, avd 43

1 Parter/ombud

Ombud för Sveriges kommunalpensionärers förbund, SKPF, är: Margaretha Roslund, ordförande

Ombud för Vård- och omsorgsnämnden är: Solweig Ericsson-Kurg, Nämndansvarig tjänsteman

2 Avtalstid

Avtalstid är 2018-01-01 till 2018-12-31.

Överenskommelsen förlängs med ett år i taget om ingen av parterna sagt upp avtalet.

3 Uppsägning

Uppsägning av överenskommelsen ska ske skriftligt med tre (3) månaders uppsägningstid för vardera parten.

4 Uppdrag

Vård- och omsorgsnämnden uppdrar till SKPF att driva verksamhet i form av aktiviteter för äldre i Tennishallens lokaler, nedan kallad Tennishallens äldrecenter. Den ska vara öppen för alla äldre/pensionärer, utan några krav på medlemskap. Detta gäller även boende på Fruängskällans äldre- och demensboende som har rätt att delta på anordnade aktiviteter. Dock finns inget krav att ordna särskilda aktiviteter för de boende på Fruängskällan.

5 Kvalitet

Verksamheten ska präglas av en social gemenskap. Verksamheten ska bygga på aktiviteter som är av förebyggande karaktär, förebyggande så till vida att den äldre kan delta i det sociala samhället och bo kvar i ett ordinärt boende under en längre tid.

Aktiviteter ska finnas som tillgodoser deltagarnas behov och önskemål.

Postadress
Nyköpings kommun
Nämndansvarig tjänsteman
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn 0155-24 80 00
Fax 0155-24 83 30

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

6 Öppettider

Verksamheten ska vara öppen måndag till fredag minst fem timmar per dag. Det finns inget krav på öppethållande på helgdagar som infaller måndag till fredag.

Semesterstängning om fyra sammanhängande veckor får ske vid lämplig tidpunkt under sommaren.

Verksamheten ska gå att nå under dagtid.

7 Samverkan

Samverkan med andra verksamheter och andra huvudmän ska finnas. Syftet med samverkan är dels att göra verksamheten känd och dels att i möjligaste mån tillgodose de behov som finns.

Samverkansmöte med Nämndansvariga tjänstemänska ske en gång per år. SKPF bjuder in till dessa möten

8 Lokaler och inventarier

För verksamheten upplåter Vård- och omsorgsnämnden anvisade lokaler. Lokalerna disponeras kostnadsfritt av SKPF. Felanmälan görs till Kommunfastigheter.

SKPF ansvarar för normal skötsel och vård av lokalerna inkl. städning. Storstädning, en ggn per år, betalas av Vård- och omsorgsnämnden. Beställning av storstädning görs av SKPF via kommunens städsamordnare.

SKPF ansvarar för möbler och övriga inventarier som behövs för verksamheten.

9 Ersättning

Vård- och omsorgsnämnden betalar en månatlig kostnad för den bredbandsanslutning som behövs för verksamheten. Kostnaden betalas direkt till leverantör.

I övrigt utgår ingen ersättning till verksamheten.

Då lokalen används för SKPF´s egna föreningsaktiviteter, erläggs en hyra om 500 kr per gång till Vård- och omsorgsnämnden som fakturerar SKPF två ggr per år.

10 Övrigt

SKPF svarar för övrig utrustning som behövs för verksamhetens drift.

SKPF får ta ut ersättning av aktivitetsdeltagare för material och annat som används i verksamheten.

11 Uppföljning

SKPF ska årligen lämna en verksamhetsberättelse över genomförda aktiviteter.

Nämndansvariga tjänstemän följer dessutom upp verksamheten enligt Vård- och omsorgsnämndens tillsynsplan.

Denna överenskommelse har upprättats i två likalydande exemplar varav parterna tagit var sitt.

Nyköping den

För Vård- och omsorgsnämnden	För SKPF
Veronica Andersson ordförande	

VON § Dnr VON18/6

Tillägg till avtal med Fontänhuset

Nämndansvariga tjänstemän har under hösten fört diskussioner med representanter för Stiftelsen Fontänhuset om ersättning för verksamhetsåret 2018.

Fontänhuset har under 2017 gått med förlust. Orsaken till förlusten är flera men en stor bidragande orsak är de pensionskostnader som Fontänhuset har.

Med anledning av den ekonomiska situationen föreslår därför Beställarkontoret att en engångssumma om 250 tkr utbetalas till Stiftelsen Fontänhuset under 2018 utöver den i avtalet fastställda ersättningen.

Åtgärder för att minimera det ekonomiska underskottet pågår inom verksamheten men vissa åtgärder tar tid innan de ger resultat.

Alternativet skulle vara att Fontänhuset inte längre klarar sitt uppdrag och därför tvingas lägga ner. De brukare som vistas i verksamheten skulle då ha behov av andra insatser från kommunens sida. Insatser som idag inte finns. Kostnaden för att inrätta dessa insatser bedöms vara högre än att tillfälligt utöka ersättningen till Fontänhuset.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna tillägg till avtal med Stiftelsen Fontänhuset enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-11 och för år 2018 utbetala 250 tkr som extra ersättning, samt

att finansiering av det extra bidraget sker inom befintlig ram.

Beslut till:
Stiftelsen Fontänhuset

1.

Nyköping
Nämndansvarig tjänsteman
Solweig Eriksson Kurg

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-11

Dnr
VON18/6

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON18/6

Tillägg till avtal med stiftelsen Fontänhuset

Förslag

Nämndansvariga tjänstemän har under hösten fört diskussioner med representanter för Stiftelsen Fontänhuset om ersättning för verksamhetsåret 2018.

Fontänhuset har under 2017 gått med förlust. Orsaken till förlusten är flera men en stor bidragande orsak är de pensionskostnader som Fontänhuset har.

Med anledning av den ekonomiska situationen föreslår därför Beställarkontoret att en engångssumma om 250 tkr utbetalas till Stiftelsen Fontänhuset under 2018 utöver den i avtalet fastställda ersättningen.

Åtgärder för att minimera det ekonomiska underskottet pågår inom verksamheten men vissa åtgärder tar tid innan de ger resultat.

Alternativet skulle vara att Fontänhuset inte längre klarar sitt uppdrag och därför tvingas lägga ner. De brukare som vistas i verksamheten skulle då ha behov av andra insatser från kommunens sida. Insatser som idag inte finns. Kostnaden för att inrätta dessa insatser bedöms vara högre än att tillfälligt utöka ersättningen till Fontänhuset.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna tillägg till avtal med Stiftelsen Fontänhuset enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-11 och för år 2018 utbetala 250 tkr som extra ersättning

att finansiering av det extra bidraget sker inom befintlig ram

Solweig Ericsson-Kurg

Solweig Ericsson-Kurg
Nämndansvarig tjänsteman

Postadress
Nyköpings kommun
Nämndansvarig tjänsteman
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn
solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Beslut till:

Stiftelsen Fontänhuset

2.

Nyköping

Datum

Dnr

VON18/6

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON18/6

FÖRSLAG

Tillägg till avtal von15/43, med Stiftelsen Fontänhuset om verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning

1 Parter/ombud

Ombud för Vård- och omsorgsnämnden: Marie Johnsson, Nämndansvarig tjänsteman
Ombud för Stiftelsen Fontänhuset: Mikael Malm, ordförande

2 Avtalstid

Avtalet gäller 2018-01-01-till 2018-12-31

3 Ersättning

Efter förhandling inför verksamhetsåret 2018 har parterna enats om en förhöjd ersättning om 250 000 kronor. Beloppet är en engångsersättning och utgår enbart under 2018.

4 Öppettider

Under verksamhetsåret 2018 accepterar Nyköpings Kommun begränsade öppettider under helger.

Lördagar håller verksamheten stängt

Söndagar är verksamheten öppen varannan söndag

I övrigt inga förändringar avseende öppettider.

Denna överenskommelse har upprättats i två likalydande exemplar varav parterna tagit var sitt.

Postadress
Nyköpings kommun
Vård- och omsorgsnämnden
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn 0155-24 80 00
Fax 0155-24 83 30

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Nyköping den

För Nyköpings kommun	För Stiftelsen Fontänhuset
Veronica Andersson ordförande	Mikael Malm ordförande

VON § Dnr VON17/127

Yttrande över remiss: Förslag till riktlinje för styrdokument i Nyköpings kommun

Förslag till Riktlinje för styrdokument i Nyköpings kommun är framtaget. Vård- och omsorgsnämnden har fått möjlighet att yttra sig över förslaget.

Ett förslag till yttrande har upprättats, där det framgår att nämnden stödjer framtagandet av denna typ av dokument rent principiellt, men har ett antal synpunkter.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att anta yttrande enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-12.

Beslut till:
Kommunledningskansliet

2.

Nyköping
Vård- och omsorgsnämnden
Marie Johnsson

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-12

Dnr
VON17/127

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON17/127

Yttrande avseende förslag till Riktlinje för styrdokument i Nyköpings kommun

Bakgrund

Förslag till Riktlinje för styrdokument i Nyköpings kommun är framtaget. Vård- och omsorgsnämnden har fått möjlighet att yttra sig över förslaget.

Ett förslag till yttrande har upprättats, vilket innebär att nämnden stödjer framtagandet av denna typ av dokument rent principiellt, men dock har ett antal synpunkter.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att anta yttrande enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-12.

Marie Johnsson
Nämndansvarig tjänsteman

Beslut till:

Kommunstyrelsen

Postadress
Nyköpings kommun
Vård- och omsorgsnämnden
611 83 NYKÖPING

Besöksadress

Tfn
marie.johnsson.1@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

3.

Nyköping
Vård- och omsorgsnämnden
Marie Johnsson

Yttrande

Datum
2018-01-12

Dnr
VON17/127

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON17/127

Kommunstyrelsen

FÖRSLAG

Yttrande avseende förslag till Riktlinje för styrdokument i Nyköpings kommun

Vård- och omsorgsnämnden har fått möjlighet att yttra sig över framtaget förslag till Riktlinje för styrdokument i Nyköpings kommun och lämnar följande synpunkter:

Nämnden tycker att initiativet med ett förtydligande är mycket positivt. Det är angeläget för Nyköpings kommun att få struktur, tydlighet och enkelhet när det gäller de styrande dokumenten.

Dokument som kallas styrdokument bör samtliga vara styrande. Det skapas en onödig otydlighet då styrdokument i vissa fall sägs vara styrande och i andra fall vägledande (sid 5). I ett avsnitt som beskriver vad ett vägledande dokument är, poängteras dessutom att "de är dock på inga sätt mindre styrande" (sid 11).

Nämnden ifrågasätter också varför styrdokument bara ska finnas för sådant man vill förändra alternativt förbättra (sid 5). De borde finnas för områden man anser är extra viktiga att styra oavsett om det är ett förbättringsområde eller ej.

Den föreslagna strukturen för styrdokument (sid 6) visar en invecklad och teoretisk indelning av de olika dokumenten. Nu finns där tre sätt att sortera dokumenten på:

- Styrande/vägledande
- Färdriktning/förhållningssätt
- Policy/strategi/riktlinje/reglemente

Detta måste kunna renodlas och förenklas, vilket nämnden också tror är nödvändigt för att få ambitionerna kring styrdokument att förankras i organisationen. En revidering av denna föreslagna riktlinje för styrdokument, borde kunna bygga på endast den sistnämnda sorteringen.

När det gäller strategier, föreslås i riktlinjen att en lista på aktiviteter ska tas fram och resultera i uppdrag riktade till nämnder. Nämnden i sin tur tar med

Postadress
Nyköpings kommun
Vård- och omsorgsnämnden
611 83 NYKÖPING

Besöksadress

Tfn
E-post marie.johnsson.1@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

det i sin beställning till produktionen (sid 7). Det är klokt och lämpligt att ta i samband med ordinarie budgetprocess, så som föreslås. När det däremot gäller återkopplingen föreslås i riktlinjen att produktionen återkopplar till kommunstyrelsen/produktionsstyrelsen. Vård- och omsorgsnämnden hävdar att den återkopplingen måste ske till den nämnd varifrån uppdraget kommer, som sen i sin tur får återkoppla vidare.

Slutligen anser nämnden att framtaget förslag inte bör kallas riktlinje, då det inte uppfyller föreslagna kriterier för en sådan, utan snarare har karaktären av en rutin.

Som ett övrigt medskick vill Vård- och omsorgsnämnden poängtera vikten av att redan befintliga styrdokument ses över. De som ska gälla måste vara tydliga och finnas ett behov av. Det måste också finnas en löpande uppföljning av att de efterlevs. Övriga styrdokument bör avvecklas.

Veronica Andersson
Ordförande

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2017 -12- 27
Dnr: VOH 17/127

Remiss om riktlinje för styrdokument i Nyköpings kommun

Detta är ett förslag till ny riktlinje för styrdokument i Nyköpings kommun. Synpunkter och förslag kring riktlinjen kan lämnas till och med 28 februari 2018, till kommun@nykoping.se.

Bakgrund till och syfte med riktlinjen för styrdokument

Styrdokumenten i Nyköpings kommun finns till för att vägleda och styra den kommunala organisationens verksamheter. De ska tydliggöra den politiska viljan och på vilket sätt verksamheterna ska agera för att uppnå denna. De ska vara ett stöd i arbetet att driva förändring och förbättring.

En allt för omfattande mängd styrdokument i kommunen kan skapa svåröverskådlighet, både för allmänheten och för verksamheten. Mängden dokument kan också medföra risk för onödig byråkrati, ineffektivitet och ökade kostnader. Utöver kommunens styrande dokument kan verksamheterna även ha andra aktörers styrdokument, överenskommelser och olika samverkansdokument att förhålla sig till.

Likartad utformning och hantering av styrande dokument ökar dokumentens kvalitet och ger större effekt. Verksamheten får bättre förutsättningar att agera enligt den politiska viljan. Gemensam struktur och terminologi och en tydlig namngivning av dokumenten efter deras olika ändamål underlättar både för dem som ska skriva dokumenten och för dem som ska förstå och använda dokumenten i verksamheten.

Sedan början av 2017 har det i kommunen bedrivits ett projekt kring styrdokument (KK17/158) med syfte att

- förenkla arbetet med framtagande och uppföljning av styrdokumenten
- förtydliga den organisatoriska hemvisten för styrdokumenten; vilken organisation som ansvarar för att äga och följa upp styrdokumenten
- öka effekten av styrdokumenten; att säkra att genomslagskraften blir den som förväntas.

Förslag till riktlinje har tagits fram med hjälp av en referensgrupp av tjänstemän och i avstämning med den politiska majoritetens kommunalråd. Det ska både styra och vara ett stöd för handläggare som utformar ett styrdokument. Det ska också utgöra ett stöd i arbetet med genomförande och uppföljning av styrdokumenten.

Synpunkter och förslag kring riktlinjen för styrdokument

Förslaget till riktlinje ska också vara ett stöd för hela organisationen i arbetet med styrdokument. Det är därför av vikt att nämnderna får möjlighet till genomläsning och att lämna synpunkter innan slutgiltigt beslut fattas kring riktlinjen.

Det finns inga formella lagkrav på remissförfarande men för oss är det ändå av ett stort värde att få in synpunkter som kan berika riktlinjens innehåll.

Förslaget till riktlinje är bifogat.

Synpunkter och förslag skickas till kommun@nykoping.se eller Nyköpings kommun, Kommunledningskansliet 611 83 Nyköping. Var god ange diarienummer KK17/158.

Svaren ska vara kommunledningskansliet tillhanda senast 2016-02-28.

Eventuella frågor besvaras av Sofie Wigerblad, projektledare för arbetet med riktlinjen, telefon 0155-24 80 00.

Sändlista

Verksamhetsnämnder:

Barn- och ungdomsnämnden

Bygg- och tekniknämnden

Kultur- och fritidsnämnden

Miljönämnden

Socialnämnden

Utbildnings- arbetsmarknads- och integrationsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden

Nyköping

RIKTLINJE

Riktlinje för Styrdokument i Nyköpings kommun

KK17/xxxxx

Antagen i Kommunfullmäktige xx xxx 2017 (kapitel 1-6)
Antagen i Kommunstyrelsen xx xxx 2017 (kapitel 7-8)

Innehållsförteckning

1 Inledning ... 3
1.1 Syfte ... 3
1.2 Omfattning ... 3
1.3 Avgränsningar ... 3
1.4 Dokumentets innehåll ... 4
2 Definition ... 5
3 Struktur för styrdokument ... 6
3.1 Vision med övergripande målområden ... 6
3.2 Policy ... 7
3.3 Strategi ... 7
3.4 Budget med flerårsplan ... 8
3.5 Riktlinje ... 8
3.6 Reglementen ... 8
3.7 Övriga politiskt fattade styrande dokument ... 9
3.8 Stödjande dokument ... 9
4 Beslutsfattande ... 10
5 Styrande respektive vägledande styrdokument ... 11
6 Mål i styrdokument ... 12
7 Framtagande av styrdokument ... 13
7.1 Policys och strategier ... 13
7.2 Riktlinjer och reglementen ... 14
8 Uppföljning av styrdokument ... 15
8.1 Policys, strategier och särskilda uppdrag ... 15
8.2 Riktlinjer och reglementen ... 15
Bilagor ... 16

1 Inledning

Styrdokumenten i Nyköpings kommun finns till för att vägleda och styra den kommunala organisationens verksamheter. De ska tydliggöra den politiska viljan och på vilket sätt verksamheterna ska agera för att uppnå denna. De ska vara ett stöd i arbetet att driva förändring och förbättring.

En allt för omfattande mängd av styrdokument i kommunen riskerar att det blir svåröverskådligt, både för allmänheten och för verksamheten. Mängden dokument kan också medföra risk för onödig byråkrati, ineffektivitet och ökade kostnader. Utöver kommunens styrande dokument kan verksamheterna även ha att förhålla sig till andra aktörers styrdokument, överenskommelser och olika samverkansdokument.

Likartad utformning och hantering av styrande dokument ökar dokumentens kvalitet och gör att effekten i det som avses hända genom styrdokumenten ökar. Verksamheten får bättre förutsättningar att agera enligt den politiska viljan. Gemensam struktur och terminologi och en tydlig namngivning av dokumenten efter deras olika ändamål underlättar både för dem som ska skriva dokumenten och för dem som ska förstå och använda dokumenten i verksamheten.

1.1 Syfte

Syftet med detta dokument är att fastställa en definition för vad som är styrdokument samt att skapa en enhetlig struktur för styrdokumenten. Det ska öka tydligheten i utformandet av styrdokument och skapa förutsättningar för ett effektivt användande.

Dokumentet ska både styra och vara ett stöd för handläggare som utformar ett styrdokument. Det ska också utgöra ett stöd i arbetet med genomförande och uppföljning av styrdokumenten.

1.2 Omfattning

Detta dokument gäller för Nyköpings kommuns samtliga nämnder och styrelser (däremot inte för bolagen; se kapitel 3.2.7).

Detta dokument ersätter *Struktur för styrdokument i Nyköpings kommun* antagen av Kommunfullmäktige 2012-05-08 (KF § 109).

Genom kommunfullmäktiges beslut träder detta dokument i kraft och ska tillämpas när arbete inleds med att ta fram nya styrdokument samt vid revidering och uppdatering av redan befintliga styrdokument.

1.3 Avgränsningar

I vissa fall kan det finnas särskilda skäl till alternativ utformning och benämning av styrdokument. Det gäller dokument som regleras i lag eller förordning vad gäller förekomst, benämning, utformning och beslutanderätt.

Exempel på detta är avfallsförordning, energiplan och översiktsplan. Plan- och bygglagen har en särskild uppbyggnad av styrdokument och där ska utformningen, benämningen och beslut ske på det sätt som anges i lag eller förordning. Detta dokuments krav ska dock tillämpas på dessa lagstadgade styrande dokument där så är möjligt.

Finns det en rekommenderad utformning för ett styrdokument från Sveriges Kommuner och Landsting bör den användas i syfte att undvika särlösningar.

Detta dokument innefattar inte stödjande dokument. Stödjande dokument är arbetsrelaterade vardagsdokument som ska hjälpa medarbetaren att utföra sitt arbete. Exempel är rutiner, instruktioner, manualer, promemoria, guider, råd, mallar, blanketter, formulär, informationsmaterial, utbildningsmaterial och handböcker.

1.4 Dokumentets innehåll

Kapitel 2 Definierar styrdokument i Nyköpings kommun

Kapitel 3 Beskriver struktur för styrdokument i Nyköpings kommun.

Kapitel 4 Redogör för vem som har rätt att fatta beslut om ett styrdokument.

Kapitel 5 Beskriver vilka styrdokument som tillhör kategorin styrande respektive vägledande dokument och vad som gäller för de olika dokumenten.

Kapitel 6 Beskriver mål i styrdokument.

Kapitel 7 Beskriver hur framtagande av ett styrdokument ska utformas.

Kapitel 8 Innehåller beskrivning av hur uppföljningen av styrdokumenten ska fungera.

2 Definition

Styrdokument i Nyköpings kommun ger **ramar** för och **stöttning** till verksamheterna och **anvisningar** om hur olika frågor ska hanteras.

Nationell lagstiftning står över styrdokument. Styrdokument tas i vissa fall fram för att beskriva kommunens tolkning av lagstiftningen.

Vissa styrdokument (strategier) kan innehålla **mål**, men måste inte det. Målen kan vara både mätbara och icke mätbara.

Det ska framgå om ett styrdokument är ***styrande*** eller ***vägledande***.

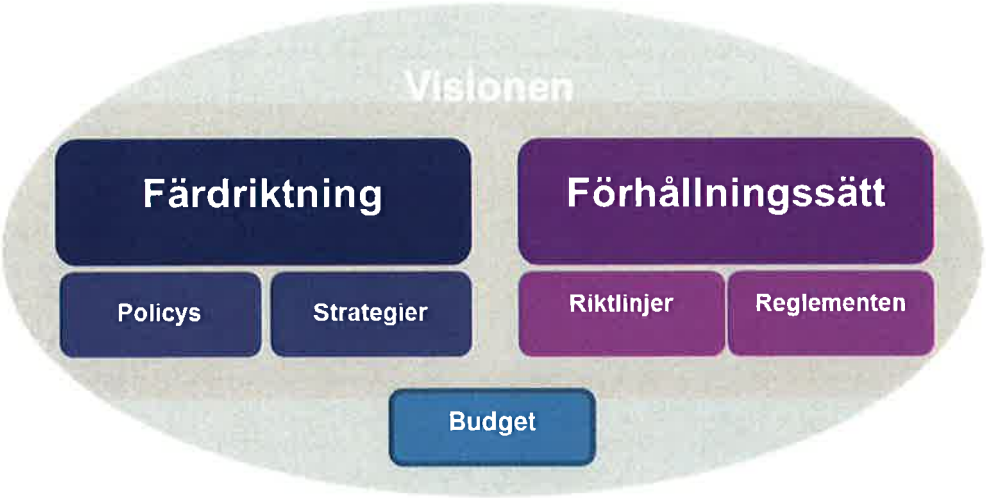
Ett styrdokument ska ha en **tydlig avsändare** och en **tydlig adressat**.

Styrdokument ska finnas för de områden som kommunen vill **förändra** eller **förbättra** sig inom.

Dokumentet gäller under den tid som anges i respektive styrdokument. Om styrdokumentet inte aktualitetsförklaras eller revideras slutar det att gälla per automatik.

3 Struktur för styrdokument

De politiskt fattade styrdokumenten kan delas in i två huvudgrupper: de som visar på färdriktningen för verksamheten och de som visar på ett förhållningssätt i en eller flera givna situationer.



Policys och strategier visar färdriktning och riktlinjer och reglementen visar förhållningssätt. Visionen är övergripande och påverkar båda delarna.

Budgeten ska också överensstämma med styrdokumenten som beskriver båda färdriktning och förhållningssätt men är också ett resultat av analys av föregående års resultat och omvärldsfaktorer.

Utöver dessa finns det föreskrifter som riktar sig till medborgare och samhället utanför den kommunala organisationen. De kan också rikta sig mot fullmäktige, en eller fler nämnder och bolagsstyrelser och de handlar i dessa fall om att reglera arbetsformer och organisation.

Exempel på föreskrifter är allmänna ordningsföreskrifter, bolagsordningar, arbetsordning, delegationsordning, etc. Dessa ska enligt Kommunallagen finnas samlade så att allmänheten kan ta del av dem på ett enkelt sätt.

3.1 Vision med övergripande målområden

Vision 2030 för den kommunala organisationen är överordnad övriga styrdokument:

"Visionen är en politisk viljeinriktning
som visar synen på hur Nyköpings kommun ska utvecklas
för våra medborgare, företagare och besökare fram till 2030."

Visionen är antagen av Kommunfullmäktige i politisk enighet och beskriver långsiktigt ett eftersträvansvärt tillstånd i Nyköping. Visionen stäcker sig över en längre tidsperiod. Till visionen finns prioriterade målområden kopplade som den politiska majoriteten fokuserar på under gällande mandatperiod. För vart och ett av dessa målområden ska det finnas en policy.

3.2 Policy

En policy beskriver ett önskvärt framtida tillstånd inom det specifika målområdet.

Policys kan även finnas för andra områden än bara målområdena. De kan visa och förtydliga kommunens allmänna förhållningssätt inom en viss fråga eller visa kopplingen till nationella strategier eller handlingsplaner. Policys ska visa vilka värderingar och grunder som ska styra arbetet inom avgränsade områden.

En policy ska vara kortfattad. Policys ska inte innehålla uppföljningsbara mål men kan beskriva målsättningar inom området. De ska inte ta ställning till utförande eller föreslå metoder.

Policys är med fördel brett politiskt förankrade. Likaså är det viktigt att det finns en god kännedom bland tjänstemännen kring vad som står i kommunens policys.

En policy initieras och antas av kommunfullmäktige.

3.3 Strategi

En strategi anger inriktning, vägledning och prioriteringar som är kommunövergripande för att uppnå Nyköpings kommuns vision och majoritetens övergripande mål; vad som ska ske i verksamheterna för att nå ett visst resultat. Strategin anger inte konkreta aktiviteter.

Beroende på vad den politiska majoriteten ser för utvecklingsområden eller områden som man vill satsa på tas strategier fram som på olika sätt ska göra att den kommunala organisationen uppnår det som stipuleras i policys. Det kan innebära att ett övergripande målområde har en strategi i vissa fall och att det i andra fall finns målområden med ett flertal strategier.

I största möjliga mån ska antalet strategier hållas nere. Strategier ska endast tas fram när det finns behov av förändring eller förbättring inom ett område.

Till varje strategi ska en årligt reviderad lista på förslag på aktiviteter tas fram och fastställas i budget som **särskilda uppdrag** riktade till nämnder att ta med i beställning av verksamhet från produktionen eller direkta produktionsaktiviteter som produktionen återkopplar till Kommunstyrelsen/produktionsstyrelsen.

Förslagen på aktiviteter tas fram av en arbetsgrupp kopplad till respektive strategi som också löpande under året arbetar med uppföljning och återrapportering till Kommunstyrelsen (och till utskott om styrdokumentet är kopplat till ett sådant). Arbetsgruppen ska ha en bred representation från kommunens verksamheter.

En strategi initieras av Kommunstyrelsen och antas av Kommunfullmäktige.

3.4 Budget med flerårsplan

Fullmäktigebudget är ett styrdokument som fastställs varje år för en planperiod på tre år. Den tas fram i budgetberedning efter analys och värdering av tidigare års resultat och bygger på visionen, övergripande mål, policys och strategier.

I budgetberedningen beslutas kring vilka **särskilda uppdrag** som ska genomföras under kommande år eller under kommande treårsperiod.

De särskilda uppdragen i Kommunfullmäktiges budget innehåller aktiviteter som antingen bedöms kunna lösas inom ordinarie verksamhet, eller att det tilldelas särskilda medel för finansiering. På detta sätt kan budgetberedningen prioritera medelstilldelning till de aktiviteter som bedöms viktigast att genomföra, antingen som drift eller investering.

De särskilda uppdragen blir på detta sätt kopplingen mellan Kommunfullmäktiges budget som ett särskilt styrande dokument för verkställighet och vision, policy och strategier. Därmed skapas en direkt rak tråd mellan de övergripande målen via nämnd respektive Kommunstyrelsen/Produktionsstyrelsen, till aktiviteter i verksamheten.

3.5 Riktlinje

Syftet med riktlinjer är att säkerställa att den befintliga verksamheten bedrivs effektivt, rättssäkert och med god kvalitet. Riktlinjer avser främst frågor som rör ren verkställighet. Riktlinjer ska förtydliga vad som gäller i olika situationer.

Riktlinjer kan betraktas som en slags handbok som ska ange ramarna för vårt handlingsutrymme i en viss fråga på en sådan nivå att det lämnar utrymme för handläggaren själv att utforma detaljerna. (Rutiner tas ofta fram av verksamheterna för att beskriva hur detta ska gå till.)

Riktlinjer initieras och antas av Kommunstyrelsen eller nämnd.

3.6 Reglementen

Reglementen beskriver ansvarsfördelning och verksamhets- och arbetssätt/arbetsformer för en viss styrelse/nämnd.

Kommunfullmäktige ska fatta beslut om reglementen.

3.7 Övriga politiskt fattade styrande dokument

Det finns ett antal övriga politiskt styrdokument såsom till exempel översiktsplan och ägardirektiv. Dessa har sin egen form och både framtagande och uppföljning av dessa följer sin egen process.

När det gäller de kommunalt ägda bolagen så finns ägardirektiv där det bland annat framgår vilka styrdokument som bolagen ska följa.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tagit fram underlag och mallar som hjälp i framtagande av bolagsordningar, bolagsordningsbestämmelser och ägardirektiv (se www.skl.se).

3.8 Stödjande dokument

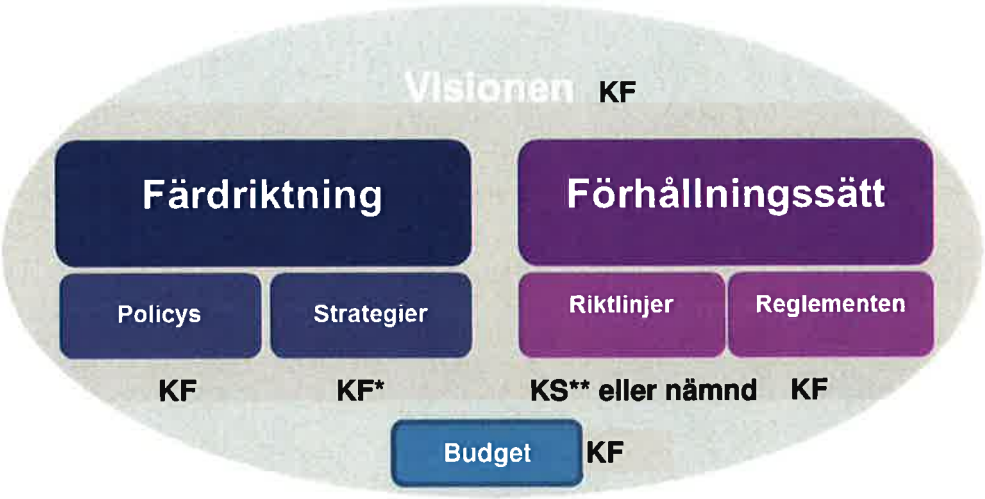
Det finns ett antal dokument som styr eller stöttar olika verksamheter på olika sätt men som inte är politiskt fattade styrdokument.

Till dessa hör till exempel anvisningar, avgifter, avtal, bilaga, blankett, checklista, dokumentation, dokumenthanteringsplan, guide, handbok, information, instruktion, kommunikationsplattform, lathund, mall, prislista, processkartläggning, regler, samverkan, taxa, utbildningsmaterial, verksamhetsberättelse, vägledning, årsplan.

Stödjande dokument tas fram och beslutas av enskilda verksamheter på tjänstemannanivå.

4 Beslutsfattande

Följande instanser (svart text) fattar beslut kring politiska styrdokument:



* Kommunstyrelsen kan initiera strategier (men Kommunfullmäktige beslutar)

** Riktlinjer: kan beslutas av både nämnd eller Kommunstyrelsen (i de fall det handlar om principiell beskaffenhet eller är av större vikt.)

Innan ett nytt styrdokument tas fram krävs ett godkännande från den instans som sedan kommer att besluta om styrdokumentets antagande. Ska en policy tas fram behöver beslut om initiering alltså ske i Kommunfullmäktige. Undantaget är strategier som kan initieras av KS.

I framtagandeprocessen ska det utredas om en strategi ska vara kopplad till ett utskott och iså fall ska det beskrivas vilken utskottets roll är och hur det ska fungera. Utskott fattar aldrig beslut kring styrdokument men kan däremot vara rådgivande och vara ett forum för förankring och diskussion kring styrdokumentets ämnesområde.

I varje styrdokument ska det framgå hur länge dokumentet gäller. När beslut fattas att godkänna ett styrdokument ska det framgå från när detta ska gälla och vilket eller vilka andra styrdokument som det ersätter (om sådant eller sådana finns). Generellt gäller:

- En policy är ett dokument som ska gälla under längre tid; allra helst under flera mandatperioder.
- Strategier ska ha kortare livslängd än policys. Det bör eftersträvas att strategier inte behöver revideras och tas fram om och om igen utan att ett fokuserat arbete inom området gör att ytterligare strategi inte krävs.

5 Styrande respektive vägledande styrdokument

Detta kapitel beskriver vilka styrande dokument som tillhör kategorin styrande respektive vägledande dokument och vad som gäller för de olika dokumenten.

Vägledande dokument är styrdokument av sådan art att de beskriver ett sätt att arbeta eller ett uppnått tillstånd som vi strävar efter att uppnå. Dessa innehåller inga uppföljningsbara mål. De är dock på inga sätt mindre styrande.

Vision, policys, riktlinjer och reglementen är vägledande dokument.

Styrande dokument är styrdokument som stipulerar mål som kan följas upp om de nåtts/genomförts eller inte. Dessa återfinns i strategierna.

Kommunfullmäktiges budget med flerårsplan är ett särskilt styrdokument som årligen revideras och fastställer verkställighet samt för detta avsatta resurser.

6 Mål i styrdokument

Uppföljningsbara mål ska endast finnas i strategier och i budget med flerårsplan. Det ska eftersträvas att ha så få mål som möjligt och i de fall de är mätbara ska styrdokumentet tydligt beskriva hur målet mäts och vem som gör detta.

Målen ska följas upp i Kommunfullmäktiges budget, i bokslut för både delår (när så är möjligt) och helår.

7 Framtagande av styrdokument

7.1 Policys och strategier

Detta kapitel beskriver processen när ett styrande dokument ska utformas. Detta gäller för de styrdokument som tas fram på uppdrag av KS, KF eller nämnder och gäller policys och strategier.

Framtagandet ska vara utformat i likhet med övriga projekt i kommunen som ska bedrivas enligt NYMO-modellen[1] och innehålla följande steg

- Initiering
- Etablering
- Genomförande
- Avslut

I varje fas behöver vissa frågor besvaras. Som hjälp i detta arbete finns checklistor framtagna för beställare och projektledare (se bilagorna till detta dokument)

Checklistorna är att ses som bruttolistor. I början av arbetet med styrdokument sker planering och upplägg av arbetsgången för respektive styrdokument, vilket ger förutsättningarna för vilka delar av dessa bruttolistor som behöver användas.

En eller flera styrgrupper ska kopplas till projektet. I början av arbetet fattas beslut om både tjänstemannastyrgrupp och politisk styrgrupp ska finnas, vilka som ska ingå och vilken roll de ska ha i arbetet.

Efter varje fas behöver beställaren av styrdokumentet fatta beslut om att godkänna beslutspunkterna innan påföljande fas kan sättas igång:

I arbetet med alla styrdokument ska det framgå hur dokumentet ska hanteras när det är färdigställt och vem som gör detta. Följande delar ska ingå:

- Handläggare (eller funktion) som fungerar som ansvarig för styrdokumentet.

[1] NYMO-modellen = Nyköpings projektmodell (mer information på Nyköpings kommuns intranät IN).

- Verksamhetsövergripande arbetsgrupp (i de fall sådan utses): medlemmar (alternativt funktioner) som ska ingå i styrdokumentets arbetsgrupp som löpande arbetar kommunövergripande med genomförandet. Handläggaren är sammankallande och drivande av arbetsgruppen. I början av projektet för framtagande av styrdokumentet ska en projektgrupp sättas samman. Projektgruppen ska bestå av personer/funktioner som kan bidra med kunskap inom ämnesområdet, har möjlighet att fatta beslut inom sitt ämnesområde eller har med sig tydligt mandat från respektive chef. Dessa personer bör i möjligaste mån även vara med i det fortsatta arbetet med/genomförandet av styrdokumentet. Det är av stor vikt att resurser för arbetet från alla berörda funktioner tillsätts för både framtagande och genomförande.

- Hur ska implementationen gå till? En plan för implementation som beskriver hur styrdokumentet ska förankras och leda till förändring (till exempel utbildning, seminarier eller andra informationsinsatser)

- Om styrdokumentet ska vara kopplat till ett utskott och i så fall på vilket sätt utskottet ska arbeta med styrdokumentet (vilken roll utskottet har).

7.2 Riktlinjer och reglementen

Framtagande av riktlinjer och reglementen kan använda NYMO-modellen som stöd (se kapitel 7.1).

Vid framtagande av riktlinjer och reglementen är det av vikt att identifiera vilka intressenter som behöver ta del av riktlinjen eller reglementet och på vilket sätt detta ska ske.

8 Uppföljning av styrdokument

Uppföljningen skiljer sig åt beroende på om det handlar om policy, strategi, särskilda uppdrag eller om det handlar om riktlinjer och reglementen.

8.1 Policys, strategier och särskilda uppdrag

Vid framtagande av respektive styrdokument ska det stipuleras:

1. När dokumentet ska revideras. (Om dokumentet inte revideras upphör det att gälla.)
2. Vilken funktion som är ansvarig för att genomföra revideringen
3. Hur detta ska hanteras

Ovan ska beslutas av Kommunfullmäktige och Kommunstyrelsen.

Uppföljning på de mål som finns i strategierna och de särskilda uppdrag som givits i budget följs upp i ordinarie budgetprocess med delårsbokslut och helårsbokslut.

Uppföljningen analyseras av arbetsgruppen kopplad till respektive strategi och resultatet leder in till nästa års budget då nya särskilda uppdrag ges beroende på utfall av uppföljningen och den analys som görs.

8.2 Riktlinjer och reglementen

Vid framtagande av respektive styrdokument ska det stipuleras:

1. När dokumentet ska revideras. (Om dokumentet inte revideras upphör det att gälla.)
2. Vilken funktion som är ansvarig för att genomföra revideringen
3. Hur detta ska hanteras

Kommunfullmäktige fattar beslut när det gäller reglementen. För riktlinjer fattas beslut i berörd nämnd/styrelse.

Bilagor

Checklista beställare av styrdokument 594512 Checklista beställare av styrdokument

Checklista projektledare för styrdokument 594513 Checklista projektledare för styrdokument

Checklista projektledare av styrdokument

Följande checklista är att ses som en bruttolista. I början av arbetet med styrdokumentet sker planering och upplägg av arbetsgången för styrdokumentet, vilket ger förutsättningarna för vilka delar av denna bruttolista som behöver användas.

Initiering	
	• Förstår jag vad styrdokumentet ska handla om, vad projektet ska åstadkomma och vilka resurser som finns till förfogande? • Finns angivet vilken nämnd, enhet/funktion som fått uppdraget att ta fram styrdokumentet? • Framgår det tydligt vilken målgrupp som styrdokumentet berör? • Framgår det vilka aktörer/intressenter som bör delta i framtagande av styrdokumentet samt får yttra sig under remissrundan? • Är förutsättningar rimliga och tillräckliga för att jag kan påbörja planeringen av arbetet med styrdokumentet? • Har jag förtroende för beställarens förmåga att stötta projektet och mig under projektet? • Har jag kunskap om mitt ansvar som projektledare enligt NYMO och har jag förstått vad projektarbetsformen innebär? • Har jag de kvalifikationer och den tid som krävs att leda arbetet i mål?
Etablering	
Övergripande	• Har jag samma bild som beställaren kring projektets syfte och mål? • Bedömer jag beställningen som rimlig, eller behöver jag diskutera en justering av beställningen med beställaren? • Har jag tänkt igenom och beskrivit alla avsnitt i projektplanen? • Framgår det vilka behov dokumentet avser att svara upp mot,

	syfte/relevans? • Har den politiska intentionen uppfattats och inkluderats? • Framgår det vad som är kommunens skyldighet enligt lag/förordning? • Är förslaget genomförbart? • Känns den framtagna projektplanen rimlig och möjlig att genomföra? • Har styrdokumentet beröringspunkter med annat/andra styrdokument? Finns det målkonflikter med visionen eller andra styrdokument? • Finns det andra styrdokument som ska upphävas eller revideras på grund av det nya styrdokumentet?
Organisation och resurssäkring (i de fall arbetsgrupp tillsätts)	• Har jag format en arbetsgrupp som har den kompetens som krävs? • Är en tidsuppskattning gjord för alla i projektet och är den realistisk? • Är denna tid säkrad hos resursägarna och projektgruppsmedlemmarna? • Stämmer den totala resursramen som angetts i beställningen med den beräknade resursåtgången? • Känner projektgruppen att projektplanen är rimlig och projektet möjligt att genomföra? • Har alla projektgruppsmedlemmar förstått sin roll och sitt ansvar i projektet? • Behöver jag en referensgrupp och/eller referenspersoner knutna till mig under projektet? Om styrdokument till exempel även gäller de kommunalt ägda bolagen behöver kanske representanter för ett eller flera bolag finnas med i referensgruppen.
Aktivitetsplanering och tidplan	• Är tidplanen realistisk? • Har hänsyn tagits till ledigheter eller andra viktiga faktorer? • Täcker planeringen in alla aktiviteter som behövs för att nå arbetets mål? • Har alla beslutspunkter som behövs planerats in?

	• Behövs en etappindelning eller uppdelning i delprojekt? • Framgår hur och vem som har ansvaret när målen och uppdragen i styrdokumentet ska följas upp? • Finns det angivet när styrdokumentet ska revideras och vem som ansvarar för revideringen?
Genomförande	
Uppföljning	• Följer jag upp arbetet och ser till att det löper enligt plan? • Får jag det stöd jag behöver av beställaren? • Ger jag tidiga signaler till beställaren om risker och förändringar i arbetet? • Vid förändringar – ser jag till att beställaren tar nödvändiga beslut? • Följer jag de beslutspunkter som angetts och levererar statusrapporter till dem? • Levererar jag enligt beställning och plan? • Behöver tidplanen förändras? • Behöver justeringar göras i budget eller i överenskommelser om arbetstid?

Projektorganisation (i de fall projekt-grupp tillsätts)	• Kan jag motivera och leda projektgruppen på ett bra sätt? • Ser jag till att alla utför de arbetsuppgifter som är överenskomna? • Är alla projektmedlemmar aktiva och ger jag alla utrymme i projektet? • Behöver projektgruppen förändras? • Använder jag mig av de referenspersoner eller den referensgrupp som är knuten till mig på bästa sätt?
Avslut	
	• Har jag tillsammans med projektgruppen utvärderat arbetet och dokumenterat erfarenheter samt re-kommendationer i en projektrapport? • Har projektgruppen och övriga som varit knutna till mig fått återkoppling på sitt arbete? • Har jag återlämnat eller avvecklat alla resurser? • Har alla relevanta dokument diarieförts? • Finns det frågor som behöver hanteras efter arbe-tets avslut och framgår dessa i så fall i projektrap-porten? • Framgår tydligt vilka delar av i organisationen och/eller vilka områden styrdokumentet berör/omfattar/reglerar?

Checklista för beställare av styrdokument

Följande checklista är att ses som en bruttolista. I början av arbetet med styrdokumentet sker planering och upplägg av arbetsgången för styrdokumentet, vilket ger förutsättningarna för vilka delar av denna bruttolista som behöver användas.

Initiering	
Skriva beställning	• Lyckas jag ge en tydlig bild av vad arbetet med styrdokumentet ska åstadkomma och varför? Framgår det varför styrdokumentet ska tas fram och vilka behov/krav det ska svara upp mot (syfte/relevans)? • Framgår det vilken typ av styrdokument som ska tas fram? • Är målen SMARTa, det vill säga specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsatta? • Är arbetet väl avgränsat? • Ger jag rimliga förutsättningar för att arbetet nå sina mål? • Har jag fört en dialog med projektledaren kring projektbeställningen? • Finns det styrdokument som kommer att upphävas eller på annat sätt påverkas av det styrdokument som nu tas fram? Hur hanteras detta iså fall? • Framgår det vilken lagstiftning som styr det aktuella området? • Framgår den politiska intentionen och ambitionsnivån? • Framgår det när styrdokumentet ska vara klart?
Beställarens eget arbete	• Har jag förstått mitt, projektledarens och andras ansvar enligt projektmodellen NYMO samt vad projektarbetsformen innebär? • Har jag möjlighet att aktivt stödja projektledaren under hela projekttiden? • Har jag resurssäkrat kompetenserna på en övergripande nivå?
Val av projektorganisation	• Har projektledaren kunskap, tid och mitt förtroende att driva projektet?

	• Har jag funderat på om det behöv en styrgrupp (tjänstemannastyrgrupp, politisk styrgrupp eller både och)? • Har jag förklarat styrgruppens roll i projektet och är jag beredd att leda den? • Har jag funderat på om jag behöver en referensgrupp och/eller enskilda referenspersoner knutna till mig?
Etablering	
	• Finns jag tillgänglig som stöd för projektledaren eller ser jag att hen behöver stöd i någon speciell fråga i denna del av projektarbetet? • Har projektledaren tagit fram en projektplan som möjliggör att arbetet med styrdokumentet når sina mål? • Har projektledaren, i samråd med mig och resursägare, format projektgruppen? • Har jag försäkrat mig om att alla resurser är säkerställda för projekttiden? • Vill jag ha stöd av eventuell styrgrupp inför godkännandet av projektplanen? • Ska projektet gå vidare till genomförandefasen eller avslutas i förtid?
Genomförande	
	• Stöttar jag aktivt projektledaren i genomförandet av arbetet? • Genomför jag de beslutspunkter som bestämts och tar beslut i övriga frågor som projektledaren för upp? • Tar jag mitt ansvar att säkra resurser i arbetet när behov uppstår? • Har jag regelbunden avstämning med projektledaren om arbetets utveckling? • Genomför jag de styrgruppsmöten som behövs? • Använder jag de referenspersoner- eller grupp som är knutna till mig på bästa sätt?

Projektavslut	
	• Har jag formellt godkänt den och därmed avslutat projektet? • Har projektledaren återlämnat eller avvecklat alla resurser? • Har jag gett projektledaren återkoppling på sitt arbete?

KS § 425 Dnr KK17/158

Remiss av riktlinje för styrdokument

Styrdokumenten i Nyköpings kommun finns till för att vägleda och styra den kommunala organisationens verksamheter. De ska tydliggöra den politiska viljan och på vilket sätt verksamheterna ska agera för att uppnå denna. De ska vara ett stöd i arbetet att driva förändring och förbättring.
En allt för omfattande mängd styrdokument i kommunen kan skapa svåröverskådlighet, både för allmänheten och för verksamheten. Mängden dokument kan också medföra risk för onödig byråkrati, ineffektivitet och ökade kostnader. Utöver kommunens styrande dokument kan verksamheterna även ha andra aktörers styrdokument, överenskommelser och olika samverkansdokument att förhålla sig till.
Likartad utformning och hantering av styrande dokument ökar dokumentens kvalitet och ger större effekt. Verksamheten får bättre förutsättningar att agera enligt den politiska viljan. Gemensam struktur och terminologi och en tydlig namngivning av dokumenten efter deras olika ändamål underlättar både för dem som ska skriva dokumenten och för dem som ska förstå och använda dokumenten i verksamheten.

Sedan början av 2017 har det i kommunen bedrivits ett projekt kring styrdokument (KK17/158) med syfte att

- förenkla arbetet med framtagande och uppföljning av styrdokumenten
- förtydliga den organisatoriska hemvisten för styrdokumenten; vilken organisation som ansvarar för att äga och följa upp styrdokumenten
- öka effekten av styrdokumenten; att säkra att genomslagskraften blir den som förväntas.

Förslag till riktlinje har tagits fram med hjälp av en referensgrupp av tjänstemän och i avstämning med den politiska majoritetens kommunalråd. Det ska både styra och vara ett stöd för handläggare som utformar ett styrdokument. Det ska också utgöra ett stöd i arbetet med genomförande och uppföljning av styrdokumenten.

Förslaget till riktlinje ska också vara ett stöd för hela organisationen i arbetet med styrdokument. Det är därför av vikt att det finns möjlighet till genomläsning och återfödandet av synpunkter från nämnderna innan slutgiltigt beslut fattas kring riktlinjen.

KS § 425 Dnr KK17/158

Inlägg i ärendet görs av Anna af Sillén (M).

Erik Carlgren, kommundirektör, svarar på frågor.

Kommunstyrelsen beslutar

att förslag till riktlinje för styrdokument skickas på remiss till kommunens verksamhetsnämnder, samt

att remissvar ska inkomma senast 28 februari 2018.

Beslut till
Sofie Wigerblad

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunstyrelsen

PROTOKOLL
Sammanträdesdatum
2017-12-18

nl

Plats och tid	Stadshuset, Sal B måndag 18 december kl. 13:30-16.00

Ledamöter och ersättare	**Beslutande**	**Ersättare**
	Urban Granström (S) ordf.	Marjo Gustafsson (S)
	Malin Hagerström (MP) 1:e v ordf.	Gunilla Andersson (S)
	Anna af Sillén (M), 2:e v ordf.	Sofia Amloh (S)
	Carina Wallin (S)	Karina Josevski (MP)
	Kent Pettersson (S) §415-437	Linn Jonsson (V)
	Veronica Andersson (S)	Adéle Bergentoft (M)
	Anne Marie Wallin (MP)	Johan Schenström (M)
	Nicklas Franzén (V)	Sofia Remnert (L)
	Petter Söderblom (M)	
	Anniola Nilsson (M)	
	Martina Hallström (C)	
	Marita Göransson (KD)	
	Per Frostbygd (SD)	
	Carl-Åke Andersson (S) tj ers.§414	
	Kjell Johansson (C) tj ers.	

Övriga deltagare	Peter Knutsson, Anna Ulf, Christian Udin, Birgitta Harvyl, Peter Palmebäck, Lars-Göran Bergman, Annika Hedberg, Maria Fredriksson, Anna Selander, Tomas Wieslander, Erik Carlgren, Mikael Karlsson, Solweig Ericsson-Kurg, Marie Jonsson

Underskrifter	Sekreterare	Caroline Svensson	Paragrafer §§ 414-421 och 424-437
	Ordförande	Urban Granström	Omedelbart justerade 422-423
	Justerande	Anna af Sillén	

ANSLAG/BEVIS

Protokollet har justerats och justeringen har tillkännagivits genom anslag på kommunens anslagstavla

Organ	Kommunstyrelsen		
Sammanträdesdatum	2017-12-18	**Sista dag för överklagande**	2018-01-15
Anslag uppsatt den	2017-12-21	**Datum för anslags nedtagande**	2018-01-16
Protokollet förvaras hos	Kommunledningskontoret/kansli		
Underskrift	Caroline Svensson		

Utdragsbestyrkande

VON § Dnr VON18/34

Rapport till Kommunfullmäktige av uppföljning av privata utförare 2017

Kommunfullmäktige antog 2017-05-09 ett program för uppföljning av privata utförare. I 5 kap 3 § Kommunallagen (2017:725) stadgas att Kommunfullmäktige för varje mandatperiod ska anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer på området ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses.

Syftet med programmet är att lyfta frågorna om uppföljning och insyn till en politisk strategisk nivå för att där lägga fast grundkrav och omfattning, struktur och ansvar samt krav på återkoppling till brukare och allmänhet.

I programmet uppdras till samtliga nämnder att redovisa vilka avtal nämnden har. En redovisning ska lämnas till Kommunfullmäktige i samband med bokslut varje år. Redovisningen ska innehålla vilka avtal nämnden följt upp, graden av kvalitet utifrån fastställda krav, utvärdering av levererad tjänst samt efterlevnad av det uppdrag som den privata utföraren utför.

Redovisning bifogad till tjänsteskrivelse visar hur Vård- och omsorgsnämnden genomfört sin uppföljning av de avtal med privata utförare som finns inom nämndens ansvarsområde. Redovisningen svarar på de frågor som programmet innehåller.

Beställarkontoret redovisar en tillsynsrapport till nämnden då tillsyn genomförts. Runt hemtjänstutförare sker tillsynen oftast på ett annat sätt. Beställarkontorets personal granskar fakturaunderlag och redovisning av insats och tid samt allmänt om den sociala dokumentationen. Om brister upptäcks kallas utföraren in och bristerna gås igenom och en formell begäran om rättelse lämnas över. Om bristerna kvarstår görs ytterligare en begäran om rättelse och ytterst kan avtalet komma att sägas upp om inte rättelse sker.

I redovisningens kolumn "eventuella åtgärder" visas på nuvarande status. I några ärenden pågår en tillsyn och där fortsätter uppföljningen då bedömningen är att vi inte är helt nöjda med det utförda resultatet.

VON § Dnr VON18/34

Beställarkontoret har också redovisat uppföljningen av föreningsdrivna verksamheter inom nämndens ansvarsområde. Dessa ligger inte med i det formella kravet i lagstiftningen då de inte är upphandlade i lagens mening. Men det är ändå intressant att redovisa vilken uppföljning som gjorts även här.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen av uppföljning av privata utförare, samt

att överlämna den till Kommunfullmäktige.

Beslut till:
Kommunfullmäktige

1.

Nyköping
Nämndansvarig tjänsteman
Solweig Eriksson Kurg

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-16

Dnr
VON18/34

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON18/34

Rapport till Kommunfullmäktige: Uppföljning av privata utförare inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2017

Bakgrund

Kommunfullmäktige antog 2017-05-09 ett program för uppföljning av privata utförare. I 5 kap 3 § Kommunallagen (2017:725) stadgas att Kommunfullmäktige för varje mandatperiod ska anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer på området ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses.

Syftet med programmet är att lyfta frågorna om uppföljning och insyn till en politisk strategisk nivå för att där lägga fast grundkrav och omfattning, struktur och ansvar samt krav på återkoppling till brukare och allmänhet.

I programmet uppdras till samtliga nämnder att redovisa vilka avtal nämnden har. En redovisning ska lämnas till Kommunfullmäktige i samband med bokslut varje år. Redovisningen ska innehålla vilka avtal nämnden följt upp, graden av kvalitet utifrån fastställda krav, utvärdering av levererad tjänst samt efterlevnad av det uppdrag som den privata utföraren utför.

Förslag

Bifogad redovisning visar hur Vård och omsorgsnämnden genomfört sin uppföljning av de avtal med privata utförare som finns inom nämndens ansvarsområde. Mallen är avsedd att svara på de frågor som programmet kräver svar på.

Till nämnden finns redovisat en tillsynsrapport då Beställarkontoret genomfört en tillsyn. Runt hemtjänstutförare sker tillsynen oftast på ett annat sätt. Beställarkontorets personal granskar fakturaunderlag och redovisning av insats och tid samt allmänt om den sociala dokumentationen. Om brister upptäcks kallas utföraren in och bristerna gås igenom och en formell begäran om rättelse lämnas över. Om bristerna kvarstår görs ytterligare en begäran om rättelse och ytterst kan avtalet komma att sägas upp om inte rättelse sker.

Postadress
Nyköpings kommun
Nämndansvarig tjänsteman
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn
solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

I redovisningens kolumn "eventuella åtgärder" visas på nuvarande status. I några ärenden pågår en tillsyn och där fortsätter uppföljningen då bedömningen är att vi inte är helt nöjda med det utförda resultatet.

Beställarkontoret har också redovisat uppföljningen av föreningsdrivna verksamheter inom nämndens ansvarsområde. Dessa ligger inte med i det formella kravet i lagstiftningen då de inte är upphandlade i lagens mening. Men det är ändå intressant att redovisa vilken uppföljning som gjorts även här.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen av uppföljning av privata utförare

att överlämna den till Kommunfullmäktige

Solweig Ericsson-Kurg

Solweig Ericsson-Kurg
Nämndansvarig tjänsteman

Beslut till:

Kommunfullmäktige

2.

Uppföljning av privata utförare 2017 Vård- och omsorgsnämnden

Redovisningen avser Nämndens avtal med privata utförare samt genomförda uppföljningar och dess resultat. Redovisningen är ett sätt att svara på programmets fyra frågor:

- Vilka avtal nämnden har tecknat och vilka som har följts upp under året
- Graden av kvalitet utifrån fastställda krav
- Utvärdering av levererad tjänst
- Efterlevnad av det uppdrag som den privata utföraren utför

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON18/34

Vilka avtal har nämnden	Har avtalen följts upp? * ja, nej, delvis	Uppfylls ställda krav? ja, nej, delvis	Lever utföraren upp till förväntat resultat? ja, nej, delvis	Ev åtgärd
Ansvar och Omsorg AB	Ja	Ja	Ja	
Betelhemmet	Nej **			Uppföljning enl. plan 2019
Vionord Omsorg AB	Ja	Delvis	Delvis	Fortsatt uppföljning
Invita Service AB	Ja	ja	ja	
Attendo Ab	Ja	ja	ja	
Mirabilia AB	Nej ***			
Nyköpings omsorg	Ja	Delvis	Delvis	Fortsatt uppföljning
Näckrosens hemtjänst	Ja	Delvis	Delvis	Fortsatt uppföljning
Enspiro Care AB	Ja	ja	ja	
Pensio AB	ja	ja	ja	
Steget Vidare	ja	Ja	Ja	
V.O.S hemservice AB	Nej ****			Stickprov under 2018
Sangala AB*****	Ja	Nej	Nej	Avtalet avslutat juni 2017
Svea Quality*****	Ja	Nej	Nej	Avtalet avslutat juli 2108

*Om svaret är nej på denna fråga anges orsaken till varför avtalen inte följts upp.

** Avtalet följs enligt plan upp vart 3:e år. Senast 2016 ua.

*** utföraren har enbart 1 kund. Uppföljning görs på individnivå

**** Utföraren har startat upp sin verksamhet per 2017-10-01.

*****Avtalen avslutades per juni/juli 2017 pga brister

Uppföljning av privata utförare 2017 Vård- och omsorgsnämndens avtal om föreningsdriven verksamhet

Redovisningen avser Nämndens avtal med privata utförare samt genomförda uppföljningar och dess resultat. Redovisningen är ett sätt att svara på programmets fyra frågor:

- Vilka avtal nämnden har tecknat och vilka som har följts upp under året
- Graden av kvalitet utifrån fastställda krav
- Utvärdering av levererad tjänst
- Efterlevnad av det uppdrag som den privata utföraren utför

Vilka avtal har nämnden	**Har avtalen följts upp? *** **ja, nej, delvis**	**Uppfylls ställda krav?** **ja, nej, delvis**	**Lever utföraren upp till förväntat resultat?** **ja, nej, delvis**	**Eventuell åtgärd**
Stiftelsen Fontänhuset	Ja	Ja	Ja	
Kooperativet Silvermånen	Ja	Ja	Ja	
SKPF äldrecenter tennishallen	Ja	Ja	Ja	
Stigtomta Vrena församling äldrecenter	Nej**			

*Om svaret är nej på denna fråga anges orsaken til varför avtalen inte följts upp.

** Avtalet följs upp enligt plan vart 3: år. Senaste uppfölning 2015 ua

VON § Dnr VON16/83

Revidering av villkor för Vård- och omsorgsnämndens dokumentationspris

2016 instiftade Vård- och omsorgsnämnden ett dokumentationspris. Priset ska delas ut till den verksamhet som kan uppvisa en bra samlad dokumentation innehållande både genomförandeplan, social dokumentation och eventuell hälso- och sjukvårdsdokumentation.

I de beslutade reglerna ska nominering ske av nämndansvariga tjänstemän som efter aktgranskning kan ge förslag på lämplig kandidat. Inför 2017 års pris har en stickprovsgranskning av akter genomförts och tyvärr har ingen verksamhet som sticker ut hittats. Då det just nu är ett stort fokus på dokumentation vill beställarkontoret föreslå att villkoren för priset ändras så att även verksamheten själv kan nominera person eller grupp till priset. Det föreligger också ett behov av att förtydliga att priset inte kan tilldelas samma person eller verksamhet två år i följd samt att om lämplig kandidat inte hittas delas priset inte ut.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att revidera villkoren för Dokumentationspriset i enlighet med bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-17.

Beslut till:
Division Social omsorg
Samtliga privata utförare

8.

Nyköping
Nämndansvarig tjänsteman
Solweig Eriksson Kurg

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-17

Dnr
VON16/83

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON16/83

Revidering av villkor för Vård- och omsorgsnämndens dokumentationspris

Bakgrund

2016 instiftade Vård- och omsorgsnämnden ett Dokumentationspris. Priset ska delas ut till den verksamhet som kan uppvisa en bra samlad dokumentation innehållande både genomförandeplan, social dokumentation och eventuell hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Förslag

I de beslutade reglerna ska nominering ske av nämndansvariga tjänstemän som efter akt granskning kan ge förslag på lämplig kandidat. Inför 2017 års pris har en stickprovsgranskning av akter genomförts och vi har tyvärr inte lyckats hitta någon verksamhet som sticker ut. Då det just nu är ett stort fokus på dokumentation vill Beställarkontoret föreslå att villkoren för priset ändras så att även verksamheten själv kan nominera person eller grupp till priset. Vi ser också ett behov av att förtydliga att priset inte kan tilldelas samma person/verksamhet två år i följd samt att om lämplig kandidat inte hittas delas priset inte ut.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att revidera villkoren för Dokumentationspriset i enlighet med bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-17

Solweig Eriksson-Kurg

Solweig Eriksson-Kurg
Nämndansvarig tjänsteman

Postadress
Nyköpings kommun
Nämndansvarig tjänsteman
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn
solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Beslut till:

Division social omsorg

Samtliga privata utförare

9.

Nyköping
Nämndansvarig tjänsteman
Solweig Eriksson Kurg

Information

Datum
Reviderad 2017-02-01

Dnr
VON16/83

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON 16/83

FÖRSLAG

Vård- och omsorgsnämndens dokumentations-pris

Fr o m 2017 (avseende 2016) delar Vård- och omsorgsnämnden varje år ut ett pris för bästa dokumentation inom äldreomsorgen samt omsorgen om funktionshindrade. Med dokumentation menas det som ska finnas för varje brukare i form av genomförandeplan, social dokumentation och eventuell hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Pristagaren

Pristagaren kan finnas antingen inom Division Social Omsorg eller hos någon av de privata utförarna.
Nominering kan ske av verksamhet själv eller av nämndansvariga tjänstemän.
Därefter är det Vård- och omsorgsnämndens presidium som utser den slutliga pristagaren.

Priset kan inte tilldelas samma verksamhet två år i följd. Om lämplig pristagare inte finns delas priset inte ut.

Priset

Priset är på 5 000 kronor samt ett diplom och delas ut till en enskild medarbetare som stått för dokumentation av hög kvalitet. Prissumman ska användas till personalbefrämjande åtgärder inom den enhet där pristagaren är anställd. Priset delas ut på en liten ceremoni i samband med nämndmötet i februari nästföljande år.

Efter att prissumman använts ska återrapportering göras till nämndansvariga tjänstemän, kring vad summan gått till.

Postadress
Nyköpings kommun
Nämndansvarig tjänsteman
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn
solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

VON § Dnr VON17/2

Sammanställning av rapporter enligt Lex Sarah andra halvåret 2017

Enligt nämndens riktlinjer om Lex Sarah – skyldigheten att anmäla missförhållanden inom vård, omsorg och socialtjänst – ska nämnden två gånger per år få en sammanställning över rapporter och åtgärder.

Under andra halvåret 2017 har nämnden tagit emot 20 rapporter enligt Lex Sarah från Division Social omsorg (DSO). Se sammanställning bifogad till tjänsteskrivelse. Utredning har inkommit i 18 ärenden. Nämndens ordförande har avslutat 15 av ärendena på delegation. Tre har anmälts vidare till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO), då de betraktats som allvarliga missförhållanden. Två av dessa har nu avslutats av IVO, som varit nöjd med de åtgärder nämnden presenterat. Det återstående ärendet är så färskt att IVO inte hunnit hantera det. I samtliga ärenden som anmälts vidare, har DSO och nämnden varit eniga i detta.

Av utredningarna framgår att man i de flesta fall hanterat de rapporterade händelserna på ett bra sätt. Man har tagit hand om berörda brukare och de åtgärder man sen vidtagit för att händelserna inte ska upprepas, framgår av bifogad sammanställning. Ofta handlar det om framtagande av rutiner alternativt att säkra upp att befintliga rutiner blir kända och följs. Ibland handlar det om att lyfta värdegrunds- och etiska frågor i personalgruppen. I ett fall som inte anmälts vidare, har inte nämnden varit nöjd med DSOs hantering och DSO har därför fått i uppdrag att återkomma med en konkret handlingsplan samtidigt som nämndansvariga tjänstemän fått uppdraget att under 2018 göra en tillsyn för att följa upp arbetet med åtgärdsplanen.

En jämförelse mellan helåren 2016 och 2017 visar följande:

	2016	2017
Antal Lex Sarah-rapporter	31	41
Antal anmälda till IVO	6	7
Andel anmälda till IVO	19 %	17 %

Privata utförare ska enligt nämndens riktlinjer själva skicka eventuella rapporter direkt till IVO. Dessa ingår inte i denna sammanställning.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapport *Sammanställning Lex Sarah-rapporter andra halvåret 2017* enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-03.

37.

Nyköping
Vård- och omsorgsnämnden
Marie Johnsson

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-03

Dnr
VON17/2

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON 17/2

Sammanställning av rapporter enligt Lex Sarah andra halvåret 2017

Bakgrund

Enligt nämndens riktlinjer om Lex Sarah – skyldigheten att anmäla missförhållanden inom vård, omsorg och socialtjänst – ska nämnden två gånger per år få en sammanställning över rapporter och åtgärder.

Förslag

Under andra halvåret 2017 har nämnden tagit emot 20 rapporter enligt Lex Sarah från Division Social omsorg (DSO). Se bifogad sammanställning. Utredning har inkommit i 18 ärenden. Nämndens ordförande har avslutat 15 av ärendena på delegation. Tre har anmälts vidare till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO), då de betraktats som allvarliga missförhållanden. Två av dessa har nu avslutats av IVO, som varit nöjd med de åtgärder nämnden presenterat. Det återstående ärendet är så färskt att IVO inte hunnit hantera det. I samtliga ärenden som anmälts vidare, har DSO och nämnden varit eniga i detta.

Av utredningarna framgår att man i de flesta fall hanterat de rapporterade händelserna på ett bra sätt. Man har tagit hand om berörda brukare och de åtgärder man sen vidtagit för att händelserna inte ska upprepas, framgår av bifogad sammanställning. Ofta handlar det om framtagande av rutiner alternativt att säkra upp att befintliga rutiner blir kända och följs. Ibland handlar det om att lyfta värdegrunds- och etiska frågor i personalgruppen. I ett fall som inte anmälts vidare, har inte nämnden varit nöjd med DSOs hantering och DSO har därför fått i uppdrag att återkomma med en konkret handlingsplan samtidigt som nämndansvariga tjänstemän fått uppdraget att under 2018 göra en tillsyn för att följa upp arbetet med åtgärdsplanen.

En jämförelse mellan helåren 2016 och 2017 visar följande:

	2016	2017
Antal Lex Sarah-rapporter	31	41
Antal anmälda till IVO	6	7
Andel anmälda till IVO	19 %	17 %

Postadress
Nyköpings kommun
Vård- och omsorgsnämnden
611 83 NYKÖPING

Besöksadress

Tfn
marie.johnsson.1@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Privata utförare ska enligt nämndens riktlinjer själva skicka eventuella rapporter direkt till IVO. Dessa ingår inte i denna sammanställning.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapport "Sammanställning Lex Sarah-rapporter andra halvåret 2017" enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2018-01-03.

Marie Johnsson

Marie Johnsson

Nämndansvarig tjänsteman

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 23
Dnr: VON17/2

Sammanställning Lex Sarah-rapporter andra halvåret 2017

	Dnr	Datum	Enhet	Händelse	Åtgärd	Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
1	VON17/83	2017-06-30	Nattpatrullen	Personal kunde inte hantera lyft, varför brukaren inte kunde komma till toaletten.	Rapport skrevs avseende annan verksamhet (Vionord), vilket inte kan göras. Lämnades till utföraren för åtgärd.	-
2	VON17/86	2017-07-14	Hemtjänst Brandkärr	Brukare blev bestulen på guldkedja.	Polisanmälan.	-
3	VON17/90	2017-08-23	Fruängskällan	Dokumentation om fall saknades. Då brukaren kom till lasarett visade det sig att lårbenshalsen var bruten.	Händelsen bedömdes som en avvikelse. Inga specifika åtgärder ansågs nödvändiga.	-
4	VON17/92	2017-09-05	Hemtjänst Norr	Medarbetare hade med sig vän i bilen ut till kunder.	Sekretessförbindelsen sågs över. Att introduktion görs enligt plan säkrades upp. En diskussion om vikten av sekretess och tystnadsplikt hölls på arbetsplatsträff (APT).	Anmält till IVO. Brukare upplevde otrygghet och risken för upprepning bedömdes som stor. IVO har avslutat ärendet.
5	VON17/93	2017-09-05	Hemtjänst Tystberga	En brukare fick beslut om utökade insatser, men verkställighet dröjde nio dagar.	Schemat för planerare sågs över.	-
6	VON17/94	2017-09-05	Personlig assistans	Brukare fick tillbringa natten sittande i sin elrullstol p g a olöst vakanssituation.	Att all personal känner till rutin kring bemanning av vakanser säkrades upp. Detsamma gäller ansvar och befogenheter utanför kontorstid.	-
7	VON17/95	2017-09-26	Serviceboende Spindelplan	Brukare var i för dåligt skick för boendeformen. Personal upplevde sig	Då enhetschef inte kallat till SIP (samordnad individuell	-

38.

				inte kunna ta hand om brukaren på rätt sätt.	planering) såg man att denna rutin behövde säkras upp i de fall då behov finns och brukare samtycker.	
8	VON17/98	2017-10-04	Gruppbostad Ekebobacken	Oro runt flera boende och brist på personal under sommaren orsakade nedstämdhet och irritation hos en brukare.	Lugnande samtal fördes med brukaren. Händelsen bedömdes som en avvikelse och verksamheten måste vidta förebyggande åtgärder inför nästa sommarperiod.	-
9	VON17/99	2017-10-04	Gruppbostad Ekebobacken	Brukare blev rädd av annan brukares utåtagerande beteende, som bedömdes bero på fel bemanning över sommaren.	Se ovan.	-
10	VON17/100	2017-10-04	Gruppbostad Ekebobacken	Stress och självdestruktivitet hos brukare p g a att inarbetade rutiner föll samman under sommaren.	Brukaren avskiljdes för att inte andra brukare skulle komma till skada. Personalen hittade på aktiviteter för att bemöta brukarens otrygghet. Därutöver samma som ovan.	-
11	VON17/101	2017-10-04	Gruppbostad Ekebobacken	En brukare uppvisade utåtagerande och självdestruktivt beteende.	Dessa fyra rapporter avsåg samma händelse men olika brukare. Se ovan.	-
12	VON17/103	2017-10-10	Hemtjänst Väster 1	Bankkort och kontanter försvann från brukares hem.	Samtal med anhörig hölls. "Rutin för privata medel i hemtjänst" gicks igenom på APT. Brukare vars privata medel hanteras av hemtjänsten inventerades.	Anmält till IVO. Liknande händelser har skett vid flera tillfällen och Division Social omsorg (DSO) har inte tagit konsekvenserna av dessa. Risken för

						upprepning bedöms stor. IVO har avslutat ärendet.
13	VON17/104	2017-10-11	Myndighetsfunktionen	Brukare som skrevs ut från korttidsboende, men saknade egen bostad, fick ej beslutade insatser och fick boende på vandrarhem och hotell som inte anpassats efter behoven.	Rapporten var gemensam med Socialnämnden. Brukaren flyttades slutligen till ett kommunalt särskilt boende. Samtliga processer rörande samsjukliga personer genomlystes. Ett kollegium mellan vuxenenheten och myndighetsfunktionen ska bildas för att säkra helhetsansvar, så att ingen ska falla mellan stolarna. Boendelösningar för akuta situationer för dessa brukare ska ordnas. En utbildning om varandras ansvarsområden ska hållas.	Anmält till IVO. Brukaren var i en extra utsatt situation och divisionens agerande ledde till att denne stod utan stöd och hjälp vid två tillfällen. IVO har ännu inte hanterat ärendet.
14	VON17/106	2017-10-19	Serviceboende Herrhagsvägen	En brukare blev polisanmäld efter att ha uppträtt störande på bussen till daglig verksamhet och blev sedan hänvisad till färdtjänst till en hög kostnad.	Händelsen kunde inte hanteras inom ramen för missförhållande enligt Lex Sarah. Beslut om färdtjänst faller under annan lagstiftning och är överklagningsbart.	-
15	VON17/107	2017-10-24	Gruppbostad Björkgårdsvägen	Vikarie berättade att blöjor användes på brukarna för att det var bekvämt för personalen och att personal pratade illa om kollegor och chef.	Utredningen visade att det rapporteringsbara kring blöjorna inte var korrekt.	-
16	VON17/113	2017-11-10	Myntan	Nattpersonal hittades sovande på morgonen av personal från annan	Händelsen var en avvikelse och det fanns inte behov av	-

				avdelning.	specifika åtgärder.	
17	VON17/120	2017-12-05	Gruppbostad Östra Trädgårdsgatan	En brukare hade mycket dålig hygien, som personalen inte hjälpte till med. Det visade sig också att brukarens farmor var den som städade och att personalen upplevdes nöjda med den situationen.	Händelsen sågs som en avvikelse och konstaterade brister i dokumentation ska åtgärdas skyndsamt. Personalens inställning ska hanteras i samverkan med HR-funktion.	- Nämnden har begärt in en åtgärdsplan från DSO och nämndansvariga tjänstemän har fått i uppdrag att göra en tillsyn för att följa upp åtgärdsplanen.
18	VON17/121	2017-12-05	Gruppbostad Östra Trädgårdsgatan	En brukare som slussats ut från Karsudden ville inte bo på gruppbostaden p g a dåligt bemötande från personalens sida.	Se ovan.	-
19	VON17/126	2017-12-21	Hemtjänst Norr	Brukare med blödande åderbråck larmade, men det dröjde längre än nödvändigt innan nyckel och personal kom på plats.	Utredning pågår.	-
20	VON17/128	2017-12-28	Serviceboende Trillingsbergsvägen	Personal hade stulit varor från mataffär genom att gömma varorna i brukarens rullstol respektive väska.	Utredning pågår. Personalens anställning avslutades med omedelbar verkan.	-

VON § Dnr VON17/7

Icke verkställda beslut enligt socialtjänstlagen kvartal 4 2017

Division Social omsorg har lämnat redogörelse enligt socialtjänstlagen för beslut som inte verkställts inom tre månader under fjärde kvartalet 2017 till Inspektionen för vård och omsorg. Följande sammanställning är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna enligt socialtjänstlagen 16 kap 6 f och h §§.

Rapporteringen för fjärde kvartalet 2017 omfattar totalt 17 beslut. Av dessa har 8 rapporterats som ej verkställda i tidigare rapportering. Det äldsta beslutet är från 2016-09-19 och avser kontaktperson.

Av de rapporterade besluten avser sex särskilt boende, de flesta till socialpsykiatrins verksamhet och övriga avser kontaktperson/familj.

Under kvartal fyra har 5 beslut verkställts som tidigare varit rapporterade.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporten enligt tjänsteskrivelse daterad 2018-01-11 och överlämna den till Kommunfullmäktige och revisorerna.

Beslut till:
Kommunfullmäktige
Revisorerna

8.

Nyköping
Nämndansvarig tjänsteman
Solweig Eriksson Kurg

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-11

Dnr
VON17/7

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON17/7

Vård- och omsorgsnämnden

Rapportering av ej verkställda beslut enligt 16 kap §§ 6 f och h Socialtjänstlagen under fjärde kvartalet 2017

Sammanfattning

Division Social omsorg har lämnat redogörelse enligt socialtjänstlagen för beslut som inte verkställts inom tre månader under fjärde kvartalet 2017 till Inspektionen för vård och omsorg. Följande sammanställning är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna enligt socialtjänstlagen 16 kap 6 f och h §§.

Förslag

Rapporteringen för fjärde kvartalet 2017 omfattar totalt 17 beslut. Av dessa har 8 rapporterats som ej verkställda i tidigare rapportering. Det äldsta beslutet är från 2016-09-19 och avser kontaktperson.

Av de rapporterade besluten avser sex särskilt boende, de flesta till socialpsykiatrins verksamhet och övriga avser kontaktperson/familj.

Under kvartal fyra har 5 beslut verkställts som tidigare varit rapporterade.

beslutsdatum	antal	kommentar	återstår
sept -16	1	kontaktperson	1
jan -17	2	1 avser säbo 1 avesr kontaktperson	2
feb -17	1	avser säbo soc.psyk	1
april -17	1	avser säbo soc.psyk	1
juni -17	3	1 avser säbo soc.psyk 2 avser kontaktperson	3
juli -17	4	2 avser kontaktperson och 2 avser kontaktfamilj	4
aug -17	1	avser säbo soc.psyk	1
sept -17	4	1 avser säbo, 2 avser kontaktperson 1 avser kontaktfamilj	4
summa	17		17

Postadress
Nyköpings kommun
Nämndansvarig tjänsteman
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn
solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporten enligt tjänsteskrivelse och överlämna den till Kommunfullmäktige och revisorerna

Solweig Ericsson-Kurg

Solweig Ericsson-Kurg

Nämndansvarig tjänsteman

Beslut till:

Kommunfullmäktige

Revisorerna

VON § Dnr VON17/8

Icke verkställda beslut enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade kvartal 4 2017

Division Social omsorg lämnar efter varje kvartal redogörelse enligt LSS för beslut som inte verkställts inom tre månader till Inspektionen för vård och omsorg. Följande sammanställning är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna

Rapporteringen för kvartal fyra 2017 omfattar totalt 19 beslut. Av dessa har 13 rapporterats som ej verkställda i tidigare rapporteringar. Det äldsta beslutet är från 2015-11-25 och avser kontaktperson.

Av de rapporterade besluten avser 10 särskilt boende, 7 avser kontaktperson och 2 avser daglig verksamhet.

Under kvartal tre har 5 beslut verkställts.

Den främsta orsaken till icke verkställda beslut som avser särskilt boende är bristen på grupp- och servicebostäder. Behovet har rapporterats till Kommunstyrelsen. Division Social omsorg och Kommunfastigheter arbetar intensivt med frågan och en planering finns där nyproduktion under 2018 ska till stor del avhjälpa det akuta behovet.

Orsaken till icke verksställda beslut som avser kontaktpersoner är främst svårigheten att hitta lämpliga personer för uppdraget.

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporten enligt tjänsteskrivelse och överlämna den till Kommunfullmäktige och revisorerna

Beslut till:
Kommunfullmäktige
Revisorerna

8.

Nyköping
Nämndansvarig tjänsteman
Solweig Eriksson Kurg

Tjänsteskrivelse

Datum
2018-01-11

Dnr
VON17/8

Vård- och omsorgsnämnden

NYKÖPINGS KOMMUN
Kommunledningskontoret
2018 -01- 22
Dnr: VON17/8

Rapportering av ej verkställda beslut enligt 28 h § Lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade under fjärde kvartalet 2017

Sammanfattning

Division Social omsorg lämnar efter varje kvartal redogörelse enligt LSS för beslut som inte verkställts inom tre månader till Inspektionen för vård och omsorg. Följande sammanställning är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna

Förslag

Rapporteringen för kvartal fyra 2017 omfattar totalt 19 beslut. Av dessa har 13 rapporterats som ej verkställda i tidigare rapporteringar. Det äldsta beslutet är från 2015-11-25 och avser kontaktperson.

Av de rapporterade besluten avser 10 särskilt boende, 7 avser kontaktperson och 2 avser daglig verksamhet.

Under kvartal tre har 5 beslut verkställts.

beslutsdatum	antal	kommentar	återstår
nov -15	1	Avser kontaktperson	1
jan -16	1	avser säbo har erbjudits men ej verkställts pga renovering	1
april -16	1	avser säbo. Är fn LVU-placerad	1
maj -16	1	avser säbo, förhandsbesked - bor i annan kommun. Tackat nej till erbjudande 171212	1
aug -16	2	avser säbo + daglig verksamhet. Externt placerad i avvaktan	1
okt -16	1	avser säbo har tackat nej till två erbjudanden	1
dec -16	1	avser säbo. Tackat nej till ext plac i avvaktan	1
jan -17	1	avser kontaktperson	1
april -17	1	avser säbo, bor i servicebostad men anses vara i behov av gruppbostad	1

Postadress
Nyköpings kommun
Nämndansvarig tjänsteman
611 83 NYKÖPING

Besöksadress
Stadshuset, plan 1

Tfn
solweig.eriksson.kurg@nykoping.se

Org nr 21 20 00-29 40
Bg 619-03 42
kommun@nykoping.se
www.nykoping.se

maj -17	3	2 avser kontaktperson och 1 avser säbo	3
juli -17	1	avser kontaktperson	1
aug -17	3	2 avser säbo 1 avser daglig verksamhet	3
sept -17	2	avser kontaktperson	3
Summa	19		19

Den främsta orsaken till icke verkställda beslut som avser särskilt boende är bristen på grupp- och servicebostäder. Behovet har rapporterats till Kommunstyrelsen. Division Social omsorg och Kommunfastigheter arbetar intensivt med frågan och en planering finns där nyproduktion under 2018 ska till stor del avhjälpa det akuta behovet.

Orsaken till icke verksställda beslut som avser kontaktpersoner är främst svårigheten att hitta lämpliga personer för uppdraget.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporten enligt tjänsteskrivelse och överlämna den till Kommunfullmäktige och revisorerna

Solweig Ericsson-Kurg

Solweig Ericsson-Kurg

Nämndansvarig tjänsteman

Beslut till:

Kommunfullmäktige

Revisorerna

VON § Dnr VON18/4

Delegationsärenden

För att enklast ta del av underliggande handling i något av ärendena ombeds du kontakt nämndregistrator eller nämndsekreterare i god tid innan sammanträdet.

Förteckning över beslut fattade på delegation av:

Nr	Från	Innehåll	Dnr
1	Division Social omsorg	Beslut avseende bostadsanpassningsbidrag, oktober 2017	VON17/4:25
2	Veronica Andersson, ordf VON	Beslut att avsluta Lex Sarah rapport från Ekebobackens gruppboende om eventuellt missförhållande	VON17/100:5
3	Veronica Andersson, ordf VON	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande på Myntan 3D	VON17/113:4
4	Veronica Andersson, ordf VON	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport från boendet Östra Trädgårdsgatan och att initiera åtgärdsplan och intern tillsyn	VON17/120:4
5	Veronica Andersson, ordf VON	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande på boendet Östra Trädgårdsgatan	VON17/121:4
6	Veronica Andersson, ordf VON	Beslut att anmäla Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Myndighetsfunktionen för äldre och personer med funktionsnedsättning, till Inspektionen för vård och omsorg	VON17/104:6
7	Division Social omsorg	Beslut december 2017, avseende färdtjänst, ledsagarservice, kontaktperson, särskilt boende, korttidsvistelse, riksfärdtjänst mm	VON17/4:27 Sekr.
8	Division Social omsorg	Beslut december 2017, avseende bostadsanpassning	VON17/4:28

VON §		Dnr VON18/4	
9	Veronica Andersson, ordf VON	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport avseende ekonomiskt missförhållande - Samordningscentralen/Larmpatrullen	VON18/33:4

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att lägga rubricerade delegationsärenden till handlingarna.

VON § Dnr VON18/1

Anmälningsärenden

För att enklast ta del av underliggande handling i något av ärendena ombeds du kontakt nämndregistrator eller nämndsekreterare i god tid innan sammanträdet.

Nr	Från	Innehåll	Dnr
1	Division Social omsorg	Redovisning av åtgärder gällande Lex Sarah rapport avseende missförhållande för brukare - Ekebobacken	VON17/100:3
2	Sörmlandstrafiken	Information om ändrade ägarförhållanden på Riksfärdtjänsten	VON17/1:43
3	Division Social omsorg	Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Myntan 3 D	VON17/113:2
4	Landstinget Sörmland, Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård	Överenskommelse med Landstinget Sörmland om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från sluten vård	VON17/33:5
5	Inspektionen för vård och omsorg	Rapport: Tydliga mål kan ge bättre strokevård, en granskning av strokevårdskedjan i två län	VON17/1:44
6	Division Social omsorg	Utredning angående Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Myndighetsfunktionen för äldre och personer med funktionsnedsättning	VON17/104:3 Sekr.
7	Inspektionen för vård och omsorg	Beslut: Avslut av anmälan rörande Lex Sarah rapport avseende ekonomiskt missförhållande för brukare, Hemtjänst Väster 1, Dnr 8.1.2-42773/2017-3	VON17/103:8
8	Kommunala Pensionärsrådet	Skrivelse: Kommunala Pensionärsrådets erfarenhet och synpunkter bör tas tillvara i ett tidigt skede i samband med planering av nya boenden för äldre- och demenssjuka	VON17/123:1

VON §		Dnr VON18/1	
9	Kommunala Pensionärsrådet	Protokoll 2017-11-27, med verksamhetsplan 2018	VON17/1:45
10	Division Social omsorg	Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande för brukare, på boende Östra Trädgårdsgatan	VON17/120:2 Sekr.
11	Division Social omsorg	Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande för brukare, på boende Östra Trädgårdsgatan	VON17/121:2 Sekr.
12	SKPF Pensionärerna Avd 43	Redovisning av hur beviljat bidrag använts till Pensionärernas gästabud 1 oktober 2017	VON17/49:5
13	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande, Hemtjänst Norr	VON17/126:1 Sekr.
14	Statistiska Centralbyrån (SCB)	Utjämning av LSS-kostnader mellan kommuner, utjämningsåret 2018, utfall	VON17/1:47
15	Landstinget Sörmland	Protokoll 2017-12-08, från sammanträde med nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård	VON17/6:8
16	Kommunala Funktionshinderrådet	Protokoll från Kommunala Funktionshinderrådet 2017-11-29, samt deras verksamhetsplan 2018	VON17/1:48
17	Kommunstyreslen	KS protokoll § 428 171218 - Avtal gällande inhyrning av äldreboende och gruppboende på fastigheten Koggen	VON17/1:49
18	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande, Serviceboende, Trillingsbergsv. 59	VON17/128:1 Sekr.

VON §		Dnr VON18/1	
19	Länsstyrelsen, Södermanlands län	Information om Länsstyrelsens uppdrag från regeringen 2018-2021, att arbeta med att stödja kommuner, landsting, regioner och andra aktörer i föräldraskapssamordning för föräldrar med barn upp till 18 år	VON18/1:1
20	Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting	Rapport: Vård och omsorg om äldre - jämförelser under åren 2007 -2016	VON18/1:2
21	Anhörig	Skrivelse med klagomål avseende missförhållande för brukare - Vionord Omsorg & Service	VON17/19:12 Sekr.
22	Vionord Omsorg & Service	Utredning med anledning av skrivelse med klagomål avseende missförhållande för brukare - Vionord Omsorg & Service	VON17/19:13
23	Kommunala Pensionärsrådet	Protokoll 2017-12-15	VON17/1:50
24	S:t Anna äldre- och demensboende	Månadsbrev från S:t Anna, december 2017	VON17/20:27
25	Riggargatan	Månadsbrev från Riggargatan, oktober 2017	VON17/20:28
26	Björkgårdens äldreboende	Redovisning av Björkgårdens verksamhet, december 2017	VON17/20:29
27	Anhörig	Skrivelse avseende ohållbar situation för dement anhörig	VON18/30:1 Sekr.
28	Riggargatan	Månadsbrev från Riggargatan december 2017	VON17/20:30
29	Anhörigcenter	Anhörigcenters program våren 2018	VON18/1:3
30	Division Social omsorg	Redovisning av åtgärder gällande Lex Sarah rapport avseende missförhållande för brukare, på boende Östra Trädgårdsgatan	VON17/120:5

VON §		Dnr VON18/1	
31	Division Social omsorg	Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende ekonomiskt missförhållande – Samordnings-centralen/Larmpatrullen	VON18/33:2
32	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Gruppboende Svärtavägen 21	VON18/35:1 Sekr.
33	Division Social omsorg	Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande, Hemtjänst Norr	VON17/126:2
34	Inspektionen för vård och omsorg	Rapport: Fungerar daglig verksamhet för personer med autism och normalbegåvning? – sammanställning av iakttagelser från IVO:s tillsyn	VON18/1:4
35	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport om missförhållande - Sommarvägens tränings+boende	VON18/36:1 Sekr.
36	Vionord	Lex Sarah-rapport från Vionord, 2017-01-17	VON18/28:1
37	S:t Anna, avdelning Flora	Lex Sarah-rapport från S:t Anna, avdelning Flora 2017-01-18	VON18/28:2
38	Ansvar och Omsorg AB/Vård- och omsorgsnämnden	Tillägg till avtal KK14/65 med Ansvar och Omsorg AB, org nr 556445-7207, om drift av särskilt boende för äldre vid Riggargatan	VON17/20:31

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att lägga rubricerade anmälningsärenden till handlingarna.