

Vård- och omsorgsnämnden

**TORSDAGEN DEN 4 JUNI 2020, KL. 13.30 STADSHUSET SAL A**

**Med anledning av rådande situation gällande Covid-19/Coronaviruset kallas endast ordinarie ledamöter i nämnden till sammanträdet. I övrigt uppmanas att följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer att stanna hemma vid sjukdom, även vid lindriga symptom.**

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

**INFORMATIONSÄRENDEN**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1 | Avrapportering uppdrag – SKLs rekommendation om kvalitet nattetid på säbo                      | Jenny Fast  |
| 2 | Avrapportering uppdrag i beställningen – Öka andelen tillsyner med telefon/kamera              | Per-Uno Nilsson,<br>Kristina Östergren<br>Silverarfve |
| 3 | Avrapportering uppdrag i beställningen - Samordning av insatser för personer med samsjuklighet | Carolina Björkman,<br>Amanda Östlund                  |
| 4 | Avrapportering uppdrag i beställningen – Strukturerad plan för införande av välfärdsteknik     | Carolina Björkman,<br>Amanda Östlund                  |
| 5 | Avrapportering från arbetet med handlingsplan för anhörigstöd                                  | Monica Berg   |
| 6 | Lägesrapportering  | Carina Bark,<br>Marie Johnsson                        |

**BESLUTSÄRENDEN**

- |   |   |           |
|---|---|-----------|
| 1 | Utförarnas planer för att implementera riktlinjen om avvikelshantering  | VON20/7   |
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Sammanställning av verksamheternas rapporter och handlingsplaner av avvikelshantering</li><li>- Rapport Division Social omsorg</li><li>- Rapport Betelhemmet</li><li>- Rapport Invita Omsorg AB</li><li>- Rapport A&amp;O Ansvar och omsorg AB</li><li>- Rapport Olivia Hemomsorg AB</li></ul> |           |
| 2 | Uppföljning av åtgärder efter Lex Sarah rapporter 2019  | VON20/60  |
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Sammanställning av åtgärder 2019</li></ul>   |           |
| 3 | Uppdrag att ta fram en strategi för inriktningen av äldreomsorgen i Nyköpings kommun  | VON20/36  |
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Underlag: Utveckling av äldreomsorgen</li></ul>  |           |
| 4 | Antagande av riktlinjer för kost avseende äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning   | VON19/106 |
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Förslag till riktlinje</li></ul>   |           |
| 5 | Disponering av 2020 års stimulansmedel för att motverka ensamhet bland äldre och ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom  | VON20/35  |
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Inkommet underlag från DSO</li></ul>   |           |
| 6 | Revidering av "Funktionsprogram – Bostad med särskild service i form av gruppboende LSS 9§9"  | VON19/79  |
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Förslag till funktionsprogram</li></ul>  |           |

7	Ekonomisk uppföljning per april med prognos för helår	VON20/2
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Bilaga</li></ul>	
8	Resultat av interna tillsyner våren 2020	VON20/50
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Resultat av interna tillsyner våren 2020</li></ul>	
9	Principer för hyressättning	VON20/51
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li></ul>	
10	Yttrande över medborgarförslag om att anställa en MAR	VON20/49
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Förslag till yttrande</li><li>- Medborgarförslag</li></ul>	
11	Ej verkställda beslut enligt § 28 h Lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade, första kvartalet 2020	VON20/6
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li></ul>	
12	Ej verkställda beslut enligt 16 kap §§ f och h Socialtjänstlagen (SOL), första kvartalet 2020	VON20/5
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li></ul>	
13	Delegationsanmälningar	VON20/4
14	Anmälningsärenden	VON20/1

Sofia Amløh  
Ordförande

Therese Larsson  
Sekreterare

VON §

Dnr VON20/7

**Utförarnas planer för att implementera riktlinjen om avvikelshantering**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gjorde vintern 19/20 en uppföljning av efterlevnaden av den riktlinje som gäller kring avvikelshantering inom hälso- och sjukvården. Avvikelsehantering är ett led i det systematiska kvalitetsarbete som varje verksamhet är skyldig att ha. Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av tillbud eller negativa händelser och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Uppföljningen visade att en stor del av rapporterade avvikelser inte hanterades systematiskt med analys, åtgärder och uppföljning. Därför gav Vård- och omsorgsnämnden (§ 6) utförarna i uppdrag att återkomma med hur de avser att implementera riktlinjen om avvikelshantering och hur de sedan avser att säkerställa efterlevnad.

Alla berörda utförare har lämnat in handlingsplaner för implementering och efterlevnad. MAS konstaterar att de privata utförarna beskriver processerna och hur kvalitetssäkring ska ske löpande samt hur ansvarsfördelningen ser ut. Arbetet med implementering och det systematiska arbetet framgår tydligt. Division Social omsorg beskriver att riktlinje och rutiner är kända av alla och hur diskussioner förs kring avvikelser. Dock saknas helt ett processtänk – ”Vem gör vad och vem har ansvar?” Hur ska implementeringen göras och hur ska man sen säkerställa att riktlinjerna följs och fungerar som det är tänkt?

Division Social omsorg föreslås få förnyat uppdrag att rapportera hur man avser att implementera riktlinjen om avvikelshantering samt hur man sedan avser att säkerställa efterlevnad.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna ”Sammanställning av verksamheternas rapporter och handlingsplaner av avvikelshantering” enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-05-20.

**att** uppdra åt Division Social omsorg att skriftligen rapportera till MAS senast 2020-06-10 hur man avser att implementera riktlinjen om avvikelshantering samt hur man sedan avser att säkerställa efterlevnad.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

VON §

Dnr VON20/7

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg AB

Betelhemmet

Invita Omsorg AB

Olivia hemomsorg AB

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

## Utförarnas planer för att implementera riktlinjen om avvikelshantering

### Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gjorde vintern 19/20 en uppföljning av efterlevnaden av den riktlinje som gäller kring avvikelshantering inom hälso- och sjukvården. Avvikelsehantering är ett led i det systematiska kvalitetsarbete som varje verksamhet är skyldig att ha. Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av tillbud eller negativa händelser och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Uppföljningen visade att en stor del av rapporterade avvikelser inte hanterades systematiskt med analys, åtgärder och uppföljning. Därför gav Vård- och omsorgsnämnden (§ 6) utförarna i uppdrag att återkomma med hur de avser att implementera riktlinjen om avvikelshantering och hur de sedan avser att säkerställa efterlevnad.

Alla berörda utförare har lämnat in handlingsplaner för implementering och efterlevnad. MAS konstaterar att de privata utförarna beskriver processerna och hur kvalitetssäkring ska ske löpande samt hur ansvarsfördelningen ser ut. Arbetet med implementering och det systematiska arbetet framgår tydligt. Division Social omsorg beskriver att riktlinje och rutiner är kända av alla och hur diskussioner förs kring avvikelser. Dock saknas helt ett processtänk – ”Vem gör vad och vem har ansvar?” Hur ska implementeringen göras och hur ska man sen säkerställa att riktlinjerna följs och fungerar som det är tänkt?

Division Social omsorg föreslås få förnyat uppdrag att rapportera hur man avser att implementera riktlinjen om avvikelshantering samt hur man sedan avser att säkerställa efterlevnad.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

## Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna "Sammanställning av verksamheternas rapporter och handlingsplaner av avvikelshantering" enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-05-20.

**att** uppdra åt Division Social omsorg att skriftligen rapportera till MAS senast 2020-06-10 hur man avser att implementera riktlinjen om avvikelshantering samt hur man sedan avser att säkerställa efterlevnad.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg AB

Betelhemmet

Invita Omsorg AB

Olivia hemomsorg AB

## Sammanställning av verksamheternas rapporter och handlingsplaner av avvikelshantering

### Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) skrev en rapport till Vård- och omsorgsnämnden (VON) om verksamheternas avvikelshantering i februari - 20, "Rapport interna avvikelser i Hälso- och sjukvården inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2018 och 2019". Denna rapport påvisade brister i implementering av MAS riktlinjer och verksamheternas hantering av avvikelserna i sin helhet och för verksamhetsutveckling. VON beslutade att samtliga utförare skulle inlämna en skriftlig rapport till MAS senast 2020-04-30, om hur de avser att implementera riktlinjen om avvikelshantering samt hur de sedan avser att säkerställa efterlevnad.

### Resultat

Alla utförare har lämnat in handlingsplaner för implementering och efterlevnad i hantering av Hälso- och sjukvårds- (HSL) avvikelser. Se bilagor.

De privata utförarna beskriver processer och förbättringsåtgärder i sina handlingsplaner. Även hur kvalitetssäkring ska ske fortlöpande och hur ansvarsfördelning i alla led ser ut. Hur det arbetas med implementering och det systematiska arbetet framgår tydligt.

Den kommunala utföraren lyfter upp att riktlinjer och rutiner är kända av alla. Avvikelser bearbetas på olika nivåer och det finns manualer framtagna för bearbetning. Verksamheten kommer att fortsätta utveckla arbetet kring avvikelser.

### Allmänt

Avvikelshantering är en del av kärnverksamheten och det är en förutsättning för verksamhetsutveckling. Riskanalys och uppföljning är ett led i det proaktiva arbetet med mål om att tillhandahålla god och säker vård. Avvikelshantering är essentiellt för att få en förståelse för patientsäkerheten både ur patientperspektiv och att se hur närmiljön påverkar denna, enhetsnivån. Att få en klar överblick och insyn i hanteringsprocessen av avvikelser blir således en grundval för ledning och styrning av att säkerställa just god och säker vård.

Det finns vissa svårigheter när två datasystem inte är kompatibla, inte har en direkt koppling med varandra – journal och avvikelsemodul. Även om det skrivs in åtgärder på individnivå i journalen, måste detta även skrivas in i avvikelsemodulen separat, så att händelseutvecklingen går att följa i varje



avvikelse i sig. Detta innebär ett dubbelarbete, men det är viktigt att utredning, åtgärd och uppföljning går att följa i varje enskild avvikelse, även för att få en helhetsbild av olika åtgärder som genomförs, för översikt av effekter på enhetsnivå.

Som nämndens medicinskt sakkunniga efterfrågas en grundrutin för hur olika dokument implementeras i verksamheterna, vilket ansvar funktioner har på olika nivå, hur och när uppföljningar ska ske och på vems ansvar. På vilket sätt säkerställs efterlevnad, hur ofta sker återkommande uppföljningar. Vilket syfte ska avvikelshantering uppfylla i den egna verksamheten, måste klargöras för all personal, för att uppnå förändringsarbete.

Varje delsteg måste synliggöras i avvikelseprocessen, vem gör vad och när, vems ansvar är vad, skillnader i hanteringen, hur ser processer ut i de olika delstegen, vad är syftet med de olika delarna och varför. Omvårdnadspersonal och chefer har olika förutsättningar och skyldigheter, vilka stödstrukturer för genomförande av bearbetning finns det för att underlätta förfarandet. Ger ledningen rätt signaler om vikten av avvikelshantering.

Det behöver finnas tydliga rutiner och processer som underlättar för cheferna, att det finns en transparens av verksamhetsmål kontra resurser och vad som prioriteras. Synliggörande av högsta chefernas ansvar i att vara enhetschefer behjälpliga, skapa en trygghet för alla medarbetare, chefer såsom omvårdnadspersonal enligt Nyköpings kommuns värdegrund.

## **Bedömning**

Det saknas, hos Division Social omsorg, beskrivningar av processer vem gör vad och varför, uppföljningar generellt och hur det säkerställs att personalen faktiskt har kunskap om avvikelshantering och hur den verkställs på enheterna. Återkommande uppföljningar och hur efterlevnad ska säkerställas saknas också.

*Tarja Viitanen*

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska*

## **Återrapportering implementering av riktlinjer avvikelsehantering hälso-och sjukvård.**

- Riktlinjen för avvikelsehantering hälso-och sjukvård är känd i alla verksamheter som bedriver hälso-och sjukvård.
- Riktlinjer och rutiner går igenom vid introduktion av nya medarbetare i verksamheten, introduktionsmall finns, se IN och rutiner för hälso- och sjukvården.
- Rapportering av hälso-och sjukvårdsavvikelse sker digitalt via verksamhetssystemet Procapita avvikelsemodul.
- Inträffade avvikelser tas upp på arbetsplatsträffar för genomgång och för att lära av misstag som sker i verksamheten, chefer påminner medarbetare att skriva avvikelser som inträffar. Ett ständigt pågående arbete.  
Arbetsplatsträffar är ett bra forum för att arbeta och lyfta avvikelser för då träffas flera medarbetare samtidigt. Enhetschefen har då möjlighet att berätta om det som har inträffat och föra en dialog om hur verksamheten ska arbeta för att det inte inträffar igen. Här finns möjlighet att kunna ta lärdom och arbeta med att identifiera om det finns andra risker i verksamheten. Dessutom arbetar enhetschef individuellt med medarbetare.
- De olika ledningslagen som verksamhetschefer har med enhetschefer tar upp avvikelser för att lära av varandra samt för att bedöma om det behöver upprättas några nya gemensamma rutiner för verksamheten.
- Dokumentation av avvikelser görs i verksamhetssystemets avvikelsemodul, här finns manualer framtagna för bearbetning av avvikelser. Medicinskt ansvarig sjuksköterska läggs till som mottagare om avvikelser ska utredas vidare för en händelseanalys och eventuell bedömning för anmälan till IVO. (Lex Maria)
- Verksamhetschef för hälso- och sjukvården upprättar årligen en patientsäkerhetsberättelse där arbetet beskrivs kring avvikelsehantering.
- Verksamheten kommer att fortsätta utveckla arbetet med att följa och arbeta med avvikelsehantering. Rapportering som sker i olika separata delar detta behöver samordnas för att få en helhet. Det pågår en översyn av hela kvalitets- och ledningssystemet inom divisionen där hantering av avvikelsehantering utgör en del.

Verksamhetschefer

Carina Bark, Karin Lindgren och Päivi Kabran



# Implementering av riktlinjen om avvikelshantering på Betelhemmet

## Avvikelsehantering Betelhemmet

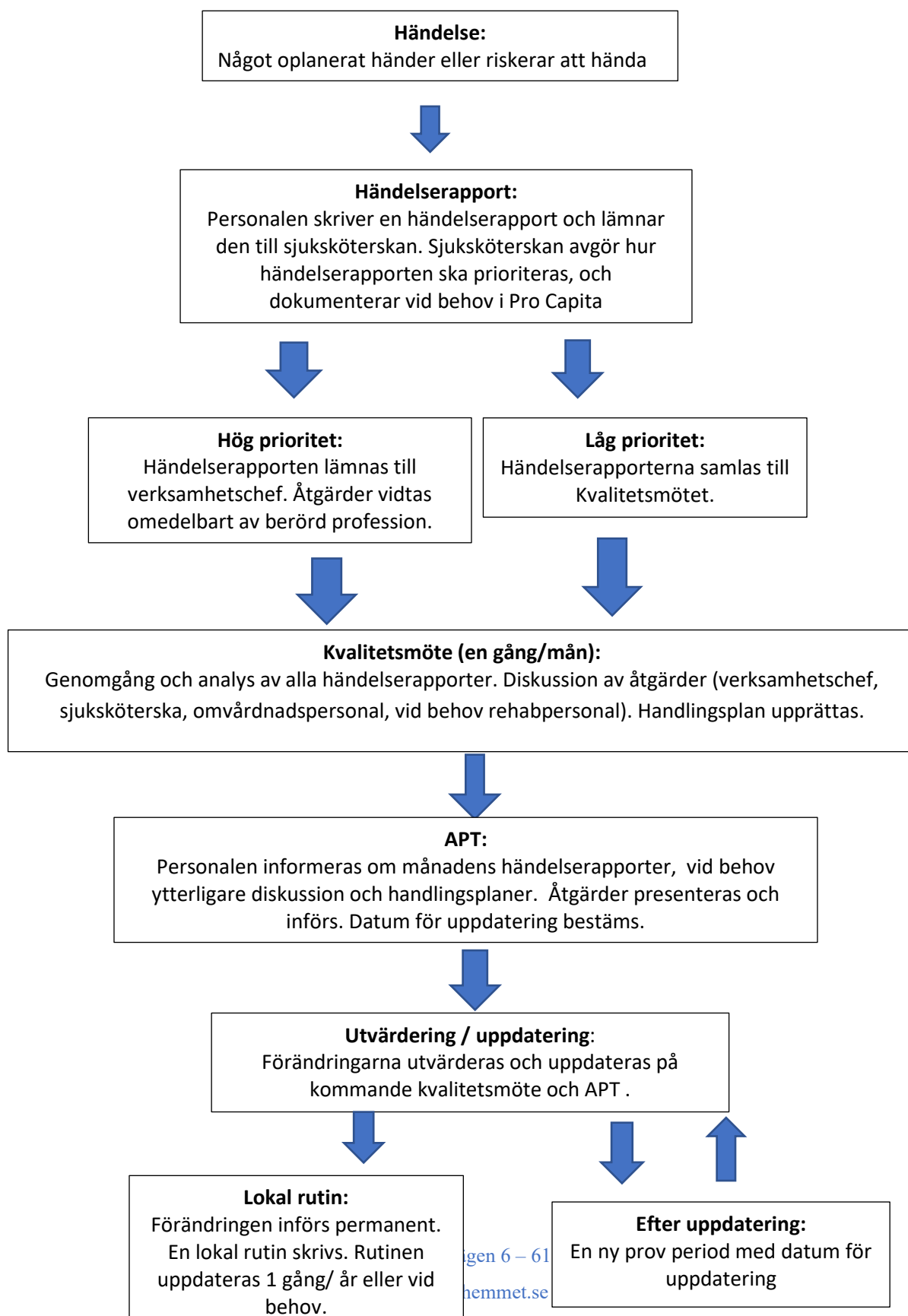
Betelhemmet har en väl inarbetad rutin för hantering av händelserapporter. Alla rapporter lämnas i första skedet på papper hos sjuksköterska som dokumenterar händelsen i Pro Capita om det gäller HSL. När sjuksköterskan är färdig med sina åtgärder och dokumentation överlämnas dessa rapporter till verksamhetschefen. Skulle händelserapporten innehålla ärende kopplat till SoL eller förbättringsprojekt lämnas den direkt vidare till verksamhetschefen.

Verksamhetschef samlar alla händelserapporter varje månad för statistik och analys av innehållet. Varje månad hålls ett kvalitetsmöte där alla rapporter diskuteras, personal får möjlighet att själva komma med förslag till tänkbara åtgärder. Resultatet från kvalitetsmötet tas upp på arbetsplatsträff varje månad så att alla i hela personalgruppen får samtidig information om åtgärder och planer. Detta leder även till samstämmighet i förbättringsarbete och förändringsåtgärder.

Olika förändringsåtgärder behöver mer eller mindre tid att implementeras. Händelserapport är ofta det första steget i en förändringsprocess.

Händelserapporteringsystemet är fungerande och det är invand process i personalgruppen. Men då all personal först dokumenterar händelsen på papper blir det ett omfattande arbete för sjuksköterskan att dokumentera alla händelser i Pro Capita. Det händer också att rapporterna är ofullständiga och att sjuksköterskan därmed måste söka upp den personal som har skrivit för att få kompletterande information. Målet är därför att all personal ska kunna skriva in händelsen direkt i avvikelsemodulen i Pro Capita.

# Flödesschema



## **Mål och Åtgärder:**

För att både underlätta och kvalitetssäkra avvikelshanteringen kommer Betelhemmet att genomföra flera åtgärder:

- **Mål:** All omvårdnadspersonal ska skriva in avvikelser direkt i Pro Capita.  
**Åtgärd:** Utbildning för all personal att skriva in avvikelser direkt i ProCapita var inplanerad i mars, men blev på grund av rådande omständigheter inställd. Så fort det är möjligt ska all personal få den utbildningen och efter det kommer vi att genomföra förändringen.
- **Mål:** Dokumentationen kring den aktuella avvikelsen ska förbättras i Pro Capita.  
**Åtgärd:** Händelseanalys, åtgärd och uppföljning ska dokumenteras under den aktuella avvikelsen i Pro Capita. I dagsläget görs händelseanalys på kvalitetmöte och i vissa fall på APT. I samband med detta upprättas en handlingsplan som dokumenteras i mötesprotokoll och utvärderas på nästkommande möte. Bedömning, åtgärd och utvärdering dokumenteras också i patientjournalen, men det kan vara svårt att koppla till den aktuella avvikelsen.

# Handlingsplan för säkerställande av efterlevnad av avvikelshantering Invita Nyköping

Avvikelse rapportering sker enligt Invitas "Rutin för avvikelserapportering läkemedel".

Då vi uppmärksammat brister i dokumentationen vid avvikelserapportering har vi sedan hösten 2019 även vidtagit fördjupade åtgärder enligt nedan.

Beskrivning	Åtgärd	Ansvar	Tidplan (senast klart)	Kommentar	Uppföljning (Datum & ansvarig)
Ändring i tillvägagångssättet gällande rapportering av läkemedelsavvikelser	Rutin revideras. Samtlig personal instrueras/uppdateras i hur läkemedelsavvikelser rapporteras i procapita. Lathund delas ut till var & en	Respektive gruppchef Kval.kontroller ansvarar för rutinrevideringen.	2020-05-15	Arbetet pågår i samtliga grupper*.	Löpande på arbetsgruppsmöten samt individuellt vid behov. Respektive gruppchef
Skärpt tidsfrekvens gällande avvikelserapportering	Samtliga läkemedelsavvikelser rapporteras i procapita inom ett dygn efter händelsen	Respektive personal	2020-05-15		Löpande vid mottagande av avvikelse i verksamhetssystem Respektive gruppchef
Förtydligande/påminnelse i personalgruppen gällande hur läkemedelsavvikelser ska hanteras samt innebörden av delegeringsansvar	Ansvarig teamsköterska bjuds in till arbetsgruppsmöten för att informera om detta	Respektive gruppchef i samråd med resp. teamsköterska	2020-05-15	Teamsköterska deltar nu löpande på arbetsgruppsmöten i de flesta grupperna**.	2020-01-07 & 2020-03-13 Kvalitetscontroller

Säkerställande att information gällande avvikelserapportering i procapita når samtliga medarbetare	Stående punkt vid möte för de visstidsanställda som inte deltar på ordinarie arbetsgruppsmöten	Respektive gruppchef	Nuvarande visstidsanställda: 2020-05-15  Blivande visstidsanställda: Löpande individuellt i samband med introduktion		Nuvarande visstidsanställda: 2020-06-15 Kvalitetscontroller  Blivande visstidsanställda: Löpande 2 gånger/år enligt årsplan Kvalitetscontroller
--	--	----------------------	--	--	---

Utöver dessa åtgärder har MAS Ann Nordblom vid möte i november 2019 informerat samtliga chefer om avvikelserapportering samt om Hälso- och sjukvårdskulturen generellt i hemtjänsten.

**Handlingsplanen är upprättad av Maria Karlsson, kvalitetscontroller, Invita Omvårdnad AB i samråd med samtliga Invitas gruppchefer i Nyköping**

**2020-03-25**

---

**Maria Karlsson**

\*I vissa fall har vi fått justera tidsplanen på grund av fördröjning av SITHS-kort.

\*\*Svårighet att få respons från hemsjukvården i två av grupperna.



I enlighet med vård- och omsorgsnämndens beslut 200204 gällande avvikelshantering avser denna rapport tydliggöra hur vi på A&O Ansvar och Omsorg AB i Nyköping ämnar förbättra hantering av avvikelser. Nedan följer en punktlista på redan vidtagna åtgärder samt förbättringsåtgärder.

- Månatligen har vi något vi kallar kvalitetsråd. En tydlig beskrivning av dessa finns att läsa i verksamhetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse för respektive verksamhet. I korthet syftar dessa möten till att, på ett systematiskt sätt, analysera, diskutera åtgärder samt följa upp inträffade avvikelser. Detta förs sedan in i företagets eget kvalitetssystem Stratsys.  
*Förbättringsåtgärd: journalföra i avvikelsemodulen det som diskuteras på kvalitetsråd för att tydliggöra för uppdragsgivare att avvikelser hanteras på ett kvalitetssäkert och systematiskt vis.*
- Årligen utför A&O Ansvar och Omsorg AB en stor kvalitetsrevision där bland annat journalhandligar granskas.  
*Förbättringsåtgärd: Varje verksamhetschef ansvarar för att, kvartalsvis, granska att uppdragsgivare kan följa analys, åtgärd och uppföljning i journalsystem Procapita.*
- I dagsläget finns ingen tydlig rutin för vem som ska hantera olika typer av avvikelser.  
*Förbättringsåtgärd: framta en tydlig rutin där det, utan tvksamheter, framgår vilka avvikelser som ska hanteras av verksamhetschef samt vilka som ska hanteras av HSL-personal (sjuksköterska och paramedicinsk personal). Detta för att inga avvikelser ska förbises gällande uppföljning. Separat rutin skickas till MAS senast 200630 där det tydligt ska framgå uppdelat ansvar.*

Rapport framtagen av

Hanna Nyberg, verksamhetschef St Anna  
Rina Karlsson, bitr verksamhetschef Björkgården  
Charlotte Haggren, verksamhetschef Riggargatan

Vid frågor eller förtydligande vänligen kontakta Hanna Nyberg, 0155-260288



Handlingsplan implementering och efterlevnad i hantering av HSL avvikelser

Bakgrund: Enligt rapport från Nyköpings kommun, vård och omsorgsnämnden har det framkommit att det finns brister i hanteringen av avvikelser. Det som saknas är en tillräcklig analys, åtgärd och uppföljning av avvikelser som inkommit i Nyköpings kommun där Olivia Hemomsorg är en av de som utför vård och omsorg.

Regionchef och teamchef har vid egenkontroller redan vid övertagandet av verksamheten uppmärksammat brister i avvikelshanteringen då det inte finns en vana att skriva avvikelser och inte en vana att hantera dessa löpande så arbetet har varit pågående under hösten 2019 och våren 2020.

För att säkerställa en god vård och omsorg behöver riktlinje för avvikelshantering implementeras bättre och efterlevnad behöver säkras.

Vad behöver göras	Hur ska det göras	När ska det göras	Vem ansvarar	Status
Löpande gå igenom vikten av avvikelser och varför dessa görs	Regionchef och Teamchef har gått igenom detta på APT. Vi jobbar även i våra team med detta för att få till en dialog i mindre grupper  Genom att på apt och teammöten löpande ta upp avvikelser och jobba med åtgärder och återkoppling till hela gruppen säkras arbetet med avvikelser och förståelsen av varför detta görs.	Under hösten 2019 och under våren 2020 görs en mer ingående satsning på detta  månadsvis	teamchef och regionchef  teamchef och teamledare	Klart 15/4  pågående 30/4
Öka kompetensen i hur avvikelser hanteras systematiskt	Regionchef går igenom riktlinje och enhetens rutin för detta med teamchef och teamledare	mars-maj 2020 mer ingående  sen löpande månadsvis för att	Regionchef  regionchef/ teamchef	pågår 15/4

	<p>samt deltar i arbetet när avvikelser inkommer för att implementera arbetssättet</p>	<p>säkerhetsställa att det efterlevs</p> <p>En mer övergripande analys med åtgärder ingår i kvalitetsberättelse som görs årsvis</p>	<p>regionchef/ teamchef</p>	
<p>Säkra åtgärder och uppföljning</p>	<p>Vid möten med sjuksköterska som sker månadsvis ska inkomna avvikelser gås igenom. Analys och åtgärder ska ske i samverkan med sjuksköterska.</p>	<p>Månadsvis</p>	<p>Teamchef</p>	<p>pågår ny sjuksköterska på enheten så samverkansrutiner behöver gås igenom</p>

VON §

Dnr VON20/60

**Uppföljning av åtgärder efter Lex Sarah-rapporter 2019**

Enligt Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer ska Division Social omsorg (DSO) årligen följa upp tidigare års beslutade åtgärder efter Lex Sarah-rapporteringar för att se vilka åtgärder som genomförts och vilka effekter dessa fått. Syftet är att förebygga uppkomsten av nya missförhållanden.

Den nu rapporterade uppföljningen omfattar Lex Sarah-rapporter från 2019. Kvalitetsutvecklaren som genomfört uppföljningen konstaterar att flertalet åtgärder handlar om processer, riktlinjer och rutiner och hur dessa efterlevs. En annan viktig åtgärd är framtagandet av en samverkansmodell att använda då flera verksamheter är inblandade kring en brukare. Den ska användas för att undvika att brukaren hamnar mellan stolarna. Modellen är ännu inte helt implementerad.

Slutligen konstateras också att kompetensförsörjningen och personalomsättningen ofta ligger bakom bristerna, då det ger en utmaning i att få all personal att känna till och följa de rutiner som finns.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapporten "Sammanställning av uppföljning av åtgärder avseende inkomna lex Sarah rapporter 2019", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-05-19.

**att** uppdra åt Division Social omsorg att säkerställa implementeringen av samverkansmodellen och skriftligen rapportera hur det arbetet gått till nämnden senast 2020-08-24.

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

## Uppföljning av åtgärder efter Lex Sarah-rapporter 2019

### Bakgrund

Enligt Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer ska Division Social omsorg (DSO) årligen följa upp tidigare års beslutade åtgärder efter Lex Sarah-rapporteringar för att se vilka åtgärder som genomförts och vilka effekter dessa fått. Syftet är att förebygga uppkomsten av nya missförhållanden.

Den nu rapporterade uppföljningen omfattar Lex Sarah-rapporter från 2019. Kvalitetsutvecklaren som genomfört uppföljningen konstaterar att flertalet åtgärder handlar om processer, riktlinjer och rutiner och hur dessa efterlevs. En annan viktig åtgärd är framtagandet av en samverkansmodell att använda då flera verksamheter är inblandade kring en brukare. Den ska användas för att undvika att brukaren hamnar mellan stolarna. Modellen är ännu inte helt implementerad.

Slutligen konstateras också att kompetensförsörjningen och personalomsättningen ofta ligger bakom bristerna, då det ger en utmaning i att få all personal att känna till och följa de rutiner som finns.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att godkänna rapporten "Sammanställning av uppföljning av åtgärder avseende inkomna lex Sarah rapporter 2019", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-05-19.**

**att** uppdra åt Division Social omsorg att säkerställa implementeringen av samverkansmodellen och skriftligen rapportera hur det arbetet gått till nämnden senast 2020-08-24.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Division Social omsorg

## Sammanställning av uppföljning av åtgärder avseende inkomna lex Sarah rapporter 2019

### Sammanfattning:

På uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden har en sammanställning av verksamheternas uppföljning genomförts av vidtagna åtgärder i inkomna Lex Sarah rapporter för år 2019 och med en bedömning av effekterna av åtgärderna. Genom en enkät till berörda verksamhetschefer och enhetschefer har Lex Sarah rapporter som lett till åtgärder följts upp för år 2019. Totalt rapporterades 25 missförhållanden inom division Social omsorg varav 9 bedömdes vara missförhållanden som behövde åtgärdas.

Resultatet pekar på att det finns ett engagemang och medvetenhet inom verksamheterna och att många åtgärder har vidtagits för att förbättra vården och omsorgen inom divisionen. Det finns dock fortsatta utmaningar som divisionen behöver fokusera på som fortsatt kompetensförsörjning och övergripande organisationsfrågor och det speciellt med anledning av pågående pandemi.

De vanligaste förekommande åtgärderna kan kopplas till processer, riktlinjer och rutiner och hur de efterföljs. Personalomsättningen och brister i information till tillfälligt anställda antas påverka till viss del följsamheten till de rutiner och riktlinjer som finns.

Det kan även konstateras att kompetensförsörjningen hänger samman med en del brister som uppstår i verksamheterna och att det är kombinationer av flera insatser som antas leda till förbättringar.

### Bakgrund

Enligt riktlinje från Vård- och omsorgsnämnden ska division Social omsorg årsvis följa upp föregående års Lex Sarah rapporter för att se vilka åtgärder som har vidtagits och vilken effekt det har fått.

### Syfte

Genom att följa upp vidtagna åtgärder och bedöma om dessa ger önskad effekt kan verksamheten bli bättre på att analysera resultat och förutse risker för att vidta relevanta åtgärder och på så sätt förebygga uppkomsten av nya missförhållanden och höja kvaliteten inom verksamheterna.

### Metod

Som metod för uppföljningen har en enkät använts och svaren sammanställts. Enkäten har berörda chefer besvarat under April månad år 2020. Med anledning av pågående pandemi har inga intervjuer med enhetschefer utförts som vid tidigare mätningar.

Uppföljningar av åtgärder av Lex Sarah rapporter skall ske enligt rutin av ansvarig enhetschef och informeras medarbetare på arbetsplatsträffar och följas upp enligt åtgärdsplan. Lex Sarah rapporter informeras enligt rutin till verksamhetscheferna och åtgärder som är av övergripande karaktär följs upp på divisionens ledningslag.

Det pågår en översyn av hela kvalitets- och ledningssystemet inom divisionen där Lex Sarah rapporterna utgör en del.

## Underlag

I underlaget ingår en sammanställning av enkätsvar som ansvariga enhetschefer svarat på eller ansvarig verksamhetschef. Det är 9 svarande. År 2019 inkom totalt 25 Lex Sarah rapporter från Vård- och Omsorgsnämndens ansvarsområde. År 2018 inkom totalt 15 Lex Sarah rapporter. En ökning med 10 Lex Sarah rapporter för år 2019 i jämförelse med år 2018 kan konstateras. Av dessa 25 rapporter inkomna under år 2019 som avser Vård och Omsorgsnämndens ansvarsområde har 6 rapporter efter utredning bedömts som allvarliga och anmälts till Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO. Av de övriga rapporterna har 3 efter utredning visat på behov av åtgärder. Således ingår totalt 9 Lex Sarah rapporter i denna uppföljning. Det är en ökning i jämförelse med år 2018 då 3 ärenden anmälades till inspektionen för Vård och Omsorg och ytterligare 3 bedömdes vara i behov av åtgärder. Av de rapporterade Lex Sarah händelserna rör 8 utförande av insats och 1 brister i bemötande.

## Resultat

Nedan beskrivs antal inkomna Lex Sarah rapporter som lett till åtgärder under år 2019. Beskrivningen är områdesvis och anledning till anmälan och om mål uppfyllts på en 5 gradig skala. Uppnått mål eller att positiv förändring har skett, har alla svarat. Därav redovisas inte övriga svarsalternativ.

### Inkomna Lex Sarah rapporter som lett till åtgärder 2019

Område	IVO	Anledning	Åtgärder	Mål	Förändring
Pers ass	X	Utförande	X		X
Pers ass	X	Utförande	X	X	
Hemtjänst	X	Utförande	X		X
Hemtjänst		Utförande	X	X	
Äldreboende	X	Utförande	X	X	
Grupp/servicebostad	X	Bemötande	X	X	
Grupp/servicebostad	X	Utförande	X		X
Grupp/servicebostad		Utförande	X		X
Grupp/servicebostad		Utförande	X	X	

De åtgärder som vidtagits i verksamheterna handlar till stor del om att säkerställa att medarbetare använder de processer, rutiner och riktlinjer som redan finns. Det kan konstateras att det finns behov av information till och utbildning av medarbetare för att säkerställa att alla processer, rutiner och

riktlinjer är kända och framförallt för nya medarbetare. Det sker via introduktioner av nya medarbetare men även kontinuerligt på APT:n och i enskilda samtal med medarbetare.

Det har inte funnits behov av att upprätta nya processer, rutiner eller riktlinjer utifrån något fall. För rutin gällande för svar på trygghetslarm inom hemtjänsten är en översyn utförd 2019-12-02, för att säkerställa att kund erhåller hjälp och i detta fall inom 30 minuter.

I ett fall konstaterades behov av en teknisk lösning för att få till stånd en förbättring och för att säkerställa utförandet av vården. I det här fallet en automatisk påminnelse för administratörer att uppmärksamma att alla brukare fått hjälp vid dagens första pass inom personlig assistans. Det är utfört och påvisad effekt är att efter 6 månader har inga avvikelser rapporterats inom detta område.

I verksamheten där otillåtna begränsningsåtgärder användes hade insatser utförts under en längre tid i form av översyn av bemanning, kompetens och utbildning, handledning och miljöanpassning. Trots insatser beslutades slutligen att omplaceringar av personal var nödvändigt. Det för att säkerställa att b i a otillåtna begränsningar upphörde helt inom verksamheten och incidenter fortsättningsvis hanteras på annat sätt. Utbildning pågår te x i lågaffektivt bemötande.

I flera av ärendena har åtgärden varit att upprätta och ha uppdaterade genomförandeplaner där det saknats. Det har följts upp och skett i samtliga ärenden.

För att säkerställa att alla medarbetare får rätt information om brukares behov av insats är att alla medarbetare har inloggning i det administrativa systemet, procapita, även tillfälligt anställda. Det säkerställer även arbetet med att alla brukare har en uppdaterad genomförandeplan.

En återkommande åtgärd i inrapporterade ärenden är att säkerställa information, även för tillfälligt anställd personal. Det för att minska risken för att situationer uppstår som kan leda till missförhållanden som att insats uteblir för brukare eller att tillbud inträffar. Ett av de allvarigaste tillbudena 2019 handlade om brister i information om säkerhet vid rökning som olyckligtvis fick allvarliga konsekvenser för enskild.

Behov av ökad samverkan mellan verksamheterna i flera ärenden har konstaterats. Det finns en framtagen samverkansmodell inom divisionen för att underlätta i samarbetet mellan olika verksamheter. Åtgärd har förelegat om implementering av samverkansmodellen och göra den mer känd inom hela divisionen. Åtgärden gäller speciellt när en boende flyttar från en boendeform till en annan och att det sker en planering inför flytt mellan berörda verksamheter. Samverkansmodellen bedöms inte vara helt implementerad i alla verksamheter utan utgör fortsatt en fråga för ledningen att hantera vidare.

Alla verksamheter har svarat att åtgärdsplanerna följs upp på arbetsplatsträffar. För flertalet verksamheter har uppföljningarna lett till återkommande diskussioner och ämnen att diskutera som vid te x



handledningstillfällen. Effekter har uppfattats uppnådda då alla åtgärder är vidtagna.

## **Analys**

Det kan konstateras ett engagemang då åtgärdsplanerna diskuteras på arbetsplatsträffar och ett eget lärande antas uppstå i verksamheterna som också är syftet med lex Sarah.

De ärenden där man bedömt efter utredning varit allvarliga missförhållanden har åtgärdats och man bedömer att åtgärderna helt uppfyllt målen och eller lett till positiv utveckling. Det som påverkar hur länge effekterna håller i sig antas påverkas av personalomsättning av både medarbetare och chefer.

Kompetensförsörjningen hänger troligen samman med en del brister som uppstår i verksamheterna och att information om gällande rutiner och riktlinjer inte alltid når de med tillfällig anställning som är en utmaning för divisionen att hantera.

Det är kombinationer av flera insatser som leder till förbättringar. Fler åtgärder förväntas tillsammans leda till förändringar och ge effekter.

VON §

Dnr VON20/36

**Uppdrag att ta fram en strategi för inriktningen av äldreomsorgen i Nyköpings kommun**

Äldreomsorgen står inför en rad utmaningar. Det gäller såväl inom Nyköpings kommun som på nationell nivå. Åldersgruppen > 80 år kommer att öka med ca 50 % fram till år 2030, medan den arbetsföra befolkningen ökar betydligt blygsammare. Att fortsätta organisera och utföra äldreomsorg på samma sätt som idag skulle innebära kraftigt ökade kostnader. Det behövs en förstärkning av tidiga, förebyggande insatser, för att senarelägga behovet av tyngre kostsamma insatser. Nyköpings äldreomsorg behöver präglas av kostnadseffektivitet, god kompetensförsörjning och god kvalitet.

Kommunstyrelsen föreslås föreslå Kommunfullmäktige att ge Vård- och omsorgsnämnden i uppdrag att ta fram en strategi för den framtida äldreomsorgen i kommunen som svarar upp mot de kommande utmaningarna och behoven. Strategin bör sträcka sig fram till runt år 2035. Som styrgrupp för arbetet föreslås Vård- och omsorgsnämnden parlamentariskt sammansatta budgetgrupp.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden föreslår Kommunstyrelsen att föreslå Kommunfullmäktige

**att** ge Vård- och omsorgsnämnden i uppdrag att ta fram ett förslag till strategi för den framtida äldreomsorgen i Nyköpings kommun som sträcker sig fram till runt år 2035

**att** strategin ska vara beslutad av Kommunfullmäktige senast 2021-12-31

**att** Vård- och omsorgsnämndens parlamentariskt sammansatta budgetgrupp utses till styrgrupp för strategiarbetet.

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

## Uppdrag att ta fram en strategi för inriktningen av äldreomsorgen i Nyköpings kommun

### Bakgrund

Äldreomsorgen står inför en rad utmaningar. Det gäller såväl inom Nyköpings kommun som på nationell nivå. Åldersgruppen > 80 år kommer att öka med ca 50 % fram till år 2030, medan den arbetsföra befolkningen ökar betydligt blygsammare. Att fortsätta organisera och utföra äldreomsorg på samma sätt som idag skulle innebära kraftigt ökade kostnader. Det behövs en förstärkning av tidigare, förebyggande insatser, för att senarelägga behovet av tyngre kostsamma insatser. Nyköpings äldreomsorg behöver präglas av kostnads-effektivitet, god kompetensförsörjning och god kvalitet.

Kommunstyrelsen föreslår Kommunfullmäktige att ge Vård- och omsorgsnämnden i uppdrag att ta fram en strategi för den framtida äldreomsorgen i kommunen som svarar upp mot de kommande utmaningarna och behoven. Strategin bör sträcka sig fram till runt år 2035. Som styrgrupp för arbetet föreslås Vård- och omsorgsnämnden parlamentariskt sammansatta budgetgrupp.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden föreslår Kommunstyrelsen att föreslå Kommunfullmäktige

**att** ge Vård- och omsorgsnämnden i uppdrag att ta fram ett förslag till strategi för den framtida äldreomsorgen i Nyköpings kommun som sträcker sig fram till runt år 2035.

**att** strategin ska vara beslutad av Kommunfullmäktige senast 2021-12-31

**att** Vård- och omsorgsnämndens parlamentariskt sammansatta budgetgrupp utses till styrgrupp för strategiarbetet.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Kommunstyrelsen för beslut

## Utveckling av äldreomsorgen i Nyköpings kommun

Äldreomsorgen står inför en rad utmaningar. Det gäller såväl inom Nyköpings kommun som på nationell nivå. Befolkningen blir allt äldre och fram till år 2030 kommer åldersgruppen > 80 år att öka med ca 50 % jämfört med idag. Det är också inom den gruppen merparten av äldreomsorgens kunder finns. Samtidigt ökar befolkningen i arbetsför ålder betydligt blygsammare. Från och med år 2020 uppstår detta glapp som sedan successivt ökar.

Den här situationen får ett antal konsekvenser, som måste hanteras för att Nyköping ska kunna ha

- en kostnadseffektiv verksamhet,
- en god kompetensförsörjning,
- en verksamhet av god kvalitet.

### En kostnadseffektiv verksamhet

Tydligt är att skatteintäkterna inte kommer att matcha kostnaderna. Att fortsätta organisera och utföra äldreomsorg på samma sätt som vi gör idag, skulle innebära dramatiskt ökade kostnader. För att säkerställa en långsiktigt hållbar ekonomi behöver verksamheten vara kostnadseffektiv. Det kommer bland annat att krävas förändringar i arbetssätt och tankesätt, liksom högre grad av samverkan. Det är en utmaning att över tid hålla en ekonomi i balans, men det är en nödvändighet för den långsiktiga hållbarheten.

### En god kompetensförsörjning

Redan idag är personal- och kompetensförsörjningen en utmaning och den kommer successivt att bli allt större. Allt färre ska ta hand om allt fler. Dessutom ser vi att den åldrande befolkningen har ett mer omfattande och komplext omvårdnadsbehov än tidigare.

### En verksamhet av god kvalitet

Självklart måste vi, oavsett utmaningarna, leverera en verksamhet av god kvalitet i enlighet med gällande lagstiftning och som möter de förväntningar som finns.

Nyköping ligger högt i en jämförelse när det gäller andelen > 65 år som bor på särskilt boende för äldre. Andelen här är 4,4 %, medan andelen i länet är 3,5 och i riket 4,0 %. Särskilt boende är vanligtvis den dyraste insatsen. Först vid brytpunkten runt 110 timmars hemtjänst per månad, blir det billigare med särskilt boende ur kommunens synvinkel. Vi behöver på olika vis arbeta för att behovet av plats på särskilt boende senareläggs. Hemtjänsten behöver utformas så att den täcker behoven längre upp i åldrarna och samtidigt bidrar till en meningsfull tillvaro. Det behöver också finnas mötesplatser för social samvaro och olika aktiviteter. Tillgången på platser på trygghetsboende kan också påverka efterfrågan på äldreboendeplatser. Behovet och effekten av olika boendeformer behöver belysas. Vi vet också att förebyggande, rehabiliterande och habiliterande insatser har stor påverkan på varje enskild persons kommande behov av övriga insatser. Detta är ett viktigt utvecklingsområde för Nyköpings del.

Digitalisering och nyttjande av välfärdsteknik är ett måste för att klara omsorgen av allt fler med en proportionellt allt mindre personalgrupp. Redan idag nyttjas teknik i form av exempelvis tillsynskameror, blöjsensorer och GPS-larm, men en strategisk plan behöver finnas över vilken teknik som ska nyttjas och vilka effekter den ska ge.

Den kommande utvecklingen och den förväntansbild som finns, kräver också en aktiv samverkan mellan olika aktörer. Det är viktigt att samverkan med Regionen fungerar på ett bra sätt och följer de överenskommelser som är gjorda. Eftersom befolkningens förväntan på oss är högre än vårt utrymme att leverera, behöver också samverkan med den ideella sektorn och föreningslivet utvecklas. Exempelvis kan denna samverkan handla om öppna aktiviteter på särskilda boenden för äldre.

Vi behöver ha en sådan verksamhet och ett sådant ledarskap att vi både behåller personal och attraherar ny personal. En modern bild av vad vård- och omsorgsyrkena innebär behöver ges. De blir allt mer komplexa och ställer betydligt fler krav på personalen än de kanske gjorde tidigare. Vi måste löpande anpassa personalens kompetens efter invånarnas behov och därför vara aktiva med olika kompetensutvecklingsinsatser vartefter behov uppstår.

## **Slutsats**

Mot bakgrund av de utmaningar som samhällsutvecklingen och demografin ger oss inom äldreomsorgen, behöver Nyköpings kommun arbeta fram en strategi för framtidens äldreomsorg i kommunen för att vi ska kunna svara upp mot de kommande behoven med en verksamhet som är kostnadseffektiv och av god kvalitet.

VON §

Dnr VON19/106

**Antagande av riktlinjer för kost avseende äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning**

Från och med 2020-04-01 gäller en ny kostpolicy inom Nyköpings kommun. Den beskriver principer, grunder och värderingar avseende måltidsproduktion och måltidssituation med helhet. Nu framtagna riktlinjer är en konkretisering av policyn avseende Vård- och omsorgsnämndens målgrupper. Riktlinjerna är strukturerade och sedan konkretiserade efter följande fokusområden:

- Maten ska vara god
- Maten ska vara näringsriktig
- Hanteringen av maten ska vara säker
- Måltiden ska vara trivsamt
- Förhållningssätt och hantering ska vara hållbar
- Måltiderna ska integreras i den löpande verksamheten

Riktlinjerna gäller såväl kommunala som privat drivna verksamheter som Vård- och omsorgsnämnden har avtal med för målgrupperna.

Utförarna inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning ansvarar för att ta fram de rutiner som behövs för att kostpolicy och riktlinjerna ska efterlevas.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** fastställa Riktlinjer Kost – Äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-05-15

**att** riktlinjerna gäller från och med 2020-07-01.

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande



Vård- och omsorgsnämnden

## Riktlinjer Kost – Äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning

### Bakgrund

Från och med 2020-04-01 gäller en ny kostpolicy inom Nyköpings kommun. Den beskriver principer, grunder och värderingar avseende måltidsproduktion och måltidssituation med helhet. Nu framtagna riktlinjer är en konkretisering av policyn avseende Vård- och omsorgsnämndens målgrupper. Riktlinjerna är strukturerade och sedan konkretiserade efter följande fokusområden:

- Maten ska vara god
- Maten ska vara näringsriktig
- Hanteringen av maten ska vara säker
- Måltiden ska vara trivsamt
- Förhållningssätt och hantering ska vara hållbar
- Måltiderna ska integreras i den löpande verksamheten

Riktlinjerna gäller såväl kommunala som privat drivna verksamheter som Vård- och omsorgsnämnden har avtal med för målgrupperna.

Utförarna inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning ansvarar för att ta fram de rutiner som behövs för att kostpolicy och riktlinjerna ska efterlevas.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att fastställa Riktlinjer Kost – Äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-05-15.**

**att riktlinjerna gäller från och med 2020-07-01.**



Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och  
omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Kommunstyrelsen för kännedom

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

Måltidsservice

FÖRSLAG  
RIKTLINJER



# Kost – Äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning

Antagna av Vård- och omsorgsnämnden 2020-06-04

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrundsanalys och överväganden</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Mål och inriktning</b> .....	<b>3</b>
3.1	Övergripande mål.....	3
3.2	Inriktning.....	3
<b>4</b>	<b>Riktlinjernas genomförande</b> .....	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Uppföljning och revidering av riktlinjerna</b> .....	<b>6</b>

## 1 Inledning

Mat är en central del av livet för alla människor. Den utgör grunden för hälsa, välmående och en bra miljö. Nyköpings kommuns kostpolicy beskriver principer, grunder och värderingar avseende måltidsproduktion och måltidssituation som helhet. Dessa riktlinjer är en konkretisering av policyn avseende Vård- och omsorgsnämndens målgrupper. Riktlinjerna gäller tills vidare med en årlig uppföljning.

## 2 Bakgrundsanalys och överväganden

Som en konsekvens av att Nyköpings kommun tog över måltidsproduktionen i egen regi, har en ny kostpolicy tagits fram. Detta i sin tur skapar behovet av riktlinjer avseende kost och måltider för äldre och personer med funktionsnedsättning. Riktlinjerna gäller såväl kommunala som privat drivna verksamheter som Vård- och omsorgsnämnden har avtal med för dessa målgrupper.

## 3 Mål och inriktning

### 3.1 Övergripande mål

Kostpolicyns övergripande mål är:

*Den kommunala måltidsservicen i Nyköping ska servera Sveriges bästa offentliga måltider.*

För uppföljning av det övergripande målet används följande indikator:

Indikator	Mätning	Utfall 2019	Förväntat resultat			
			2020	2021	2022	2023
Andelen som svarat Mycket bra eller Ganska bra på frågan ”Hur brukar maten smaka?”	Socialstyrelsens årliga brukarundersökning avseende särskilt boende för äldre	65 %	70 %	75 %	80 %	85 %

Nämndens sakkunniga tjänsteman tar fram utfallet och ansvarig för Måltidsservice lämnar kommentar. Avrapportering sker i samband med den årliga uppföljningen av dessa riktlinjer.

## 3.2 Inriktning

För att nå det övergripande målet ska arbete ske med följande fokusområden:

- Maten ska vara god
- Maten ska vara näringsriktig
- Hanteringen av maten ska vara säker
- Måltiden ska vara trivsamt
- Förhållningssätt och hantering ska vara hållbar
- Måltiderna ska integreras i den löpande verksamheten

### 3.2.1 Maten ska vara god

Måltiderna utgår från brukarnas behov och önskemål. Det är viktigt att lyssna på brukarna och erbjuda flexibla lösningar inom verksamheten. Brukarnas nyfikenhet och sinnen lockas med färg, form, doft och smak på ett tilltalande sätt. Detta kräver engagerad personal som har utrymme för kreativitet.

Inom detta fokusområde gäller att

- måltiderna ska utgå från brukarnas behov och önskemål
- maten ska dofta gott, ha en bra smakbalans och ha en anpassad konsistens
- det vid behov ska erbjudas alternativa rätter
- maten ska serveras tilltalande med tillbehör och måltidsdryck
- det ska finnas en levande dialog mellan matgäst och kock
- personal som arbetar med måltider ska ha tillräckliga kunskaper för att kunna vägleda individer till bra val
- det ska finnas kompetensutvecklingsplaner för den personal som deltar vid måltiderna

### 3.2.2 Maten ska vara näringsriktig

Alla måltider som serveras planeras utifrån de nordiska näringsrekommendationerna och ska ge den energi och näring som brukarna behöver.

Inom detta fokusområde gäller att

- måltiderna ska täcka behovet av näring och energi
- mat och måltider ska individanpassas vid behov

- måltiderna ska fördelas jämnt under dygnet och bestå av tre huvudmåltider och minst tre mellanmål
- samtliga måltider ska vara energi- och näringstätta
- nattfastan ska vara högst 11 timmar
- tillskott av D-vitamin ska ges vid behov
- vätskebehovet ska tillgodoses

### 3.2.3 Hanteringen av maten ska vara säker

Alla måltider som serveras ska vara säkra att äta. Brukarna ska känna sig trygga i att inte bli sjuka eller få en allergisk reaktion av maten. Rutiner och utbildning säkerställer att maten är säker.

Inom detta fokusområde gäller att

- ingen brukare ska bli sjuk eller få en allergisk reaktion av måltiderna
- upprättade egenkontrollprogram i kök och på avdelning ska finnas och efterföljas

### 3.2.4 Måltiden ska vara trivsam

Måltidsmiljön har stor betydelse för helhetsupplevelsen - från mötet med personal och andra brukare till rummets utformning, dofter och ljud. Stämningen ska upplevas stressfri, lugn och trivsam.

Inom detta fokusområde gäller att

- det ska finnas tillräckligt med tid för måltiden
- måltidsmiljön ska vara tilltalande och anpassad för brukarna
- sittplatsen ska vara ergonomiskt utformad och det ska finnas tillgång till hjälpmedel
- det ska finnas möjlighet att välja att äta måltiden i sällskap med andra eller enskilt
- framtagen checklista för måltidsmiljön ska användas

### 3.2.5 Förhållningssätt och hantering ska vara hållbar

Måltidsproduktionen, från livsmedelsupphandling till servering, ska anpassas till ett hållbart sätt som bidrar positivt till den biologiska mångfalden och som minimerar klimatbelastningen.

Inom detta fokusområde gäller att

- logistiken anpassas för att minimera matsvinn från kök till servering
- köken klimatanpassas på ett hållbart sätt
- svinnet halveras till år 2022 enligt Göteborgsmodellen<sup>1</sup>
- färsk frukt och grönsaker serveras efter säsong
- hantering av kemikalier och avfall sker på ett ansvarsfullt sätt
- WWF:s modell "One planet plate" efterföljs i stor utsträckning<sup>2</sup>

### 3.2.6 Måltiderna ska integreras i den löpande verksamheten

Måltiderna utgör en grundsten inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med en funktionsnedsättning och är en självklar del i verksamheten.

Inom detta fokusområde gäller att

- personal deltar i måltiderna genom att äta "Omsorgsmåltider" tillsammans med de boende.
- av varje brukares genomförandeplan ska syftet med måltiden och vem som ansvarar för vad framgå
- det ska finnas möjlighet att påverka vilken måltid som serveras samt när och hur den serveras
- måltiderna ska skapa sociala sammanhang
- samsyn och tvärprofessionell samverkan ska genomsyra hela måltidskedjan

## 4 Riktlinjernas genomförande

Utförarna inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning ansvarar för att ta fram de rutiner som behövs för att kostpolicy och dessa riktlinjer ska efterlevas. De rutiner som tas fram inom verksamheten ska stämmas av med Måltidsservice. Andra rutiner behöver tas fram i samverkan mellan verksamhet och Måltidsservice.

Livsmedelsverkets råd för offentliga måltider, SKRs riktlinjer avseende måltider till äldre, samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ska följas.

---

<sup>1</sup> Ett program utarbetat av Göteborgs stad och som resulterat i "Handbok för nationellt matsvinn". Det handlar om att arbeta systematiskt för att minska svinn i storkök. Utifrån KS-uppdrag pågår ett projekt i Nyköpings kommun, vilket kommer att starta med att ta fram ett nuläge.

<sup>2</sup> Modellen hjälper oss att planera och servera hållbara måltider. Modellen tar hänsyn till den biologiska mångfalden och till minskad klimatpåverkan.

## **5 Uppföljning och revidering av riktlinjerna**

Kostpolicyn ska aktualitetsprövas vid varje mandatperiod, vilket även föranleder en översyn av riktlinjerna. I övrigt revideras riktlinjerna vid behov.



VON §

Dnr VON20/35

**Disponering av 2020 års stimulansmedel för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom**

Regeringen genomför en treårig satsning på stimulansmedel till landets kommuner för att ge dem möjlighet att rikta insatser för att motverka ensamhet bland äldre och en ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom. Nyköpings kommun har rekviderat 3 949 341 kronor enligt Socialstyrelsens fördelningsnyckel.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 28 att senare under våren återkomma med beslut om hur medlen ska användas. Framtaget förslag innebär satsning på ytterligare ett demensteam som komplement till det team som redan finns inom hemtjänsten. Det nya teamet ska finnas till för samtliga verksamheter inom äldreomsorgen i hela kommunen, oavsett utförare. Division Social omsorg har arbetat fram ett underlag kring detta. Underlaget presenterar syfte och mål, vad teamet ska erbjuda och vilka resurser som behövs för detta. Dock saknas en komplett ekonomisk kalkyl och uppgift om när teamet beräknas kunna vara igång.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** återremittera underlaget till Division Social omsorg för komplettering. Reviderat underlag ska vara Vård- och omsorgsnämnden tillhanda senast 2020-06-10.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|



Vård- och omsorgsnämnden

## **Disponering av 2020 års stimulansmedel för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom**

### **Bakgrund**

Regeringen genomför en treårig satsning på stimulansmedel till landets kommuner för att ge dem möjlighet att rikta insatser för att motverka ensamhet bland äldre och en ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom. Nyköpings kommun har rekvirerat 3 949 341 kronor enligt Socialstyrelsens fördelningsnyckel.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 28 att senare under våren återkomma med beslut om hur medlen ska användas. Framtaget förslag innebär satsning på ytterligare ett demensteam som komplement till det team som redan finns inom hemtjänsten. Det nya teamet ska finnas till för samtliga verksamheter inom äldreomsorgen i hela kommunen, oavsett utförare. Division Social omsorg har arbetat fram ett underlag kring detta. Underlaget presenterar syfte och mål, vad teamet ska erbjuda och vilka resurser som behövs för detta. Dock saknas en komplett ekonomisk kalkyl och uppgift om när teamet beräknas kunna vara igång.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** återremittera underlaget till Division Social omsorg för komplettering. Reviderat underlag ska vara Vård- och omsorgsnämnden tillhanda senast 2020-06-10.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och  
omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Division Social omsorg

## Underlag från DSO

# Demensteam Nyköpings kommun för att öka kvalitén i vården av äldre med demenssjukdom.

### Bakgrund

Antalet personer som insjuknar i demenssjukdom ökar vilket gör att Nyköpings kommun behöver arbeta för att kunna möta upp det ökade vårdbehovet.

Personer med demenssjukdom har behov av många insatser och enligt socialstyrelsen brister det i samordningen mellan region och kommun. Regeringen har därför gjort bedömningen att demensteam som arbetar efter ett standardiserat insatsförlopp **(1)** för stöd och hjälp till dessa personer har stort värde både för personen med demenssjukdom och de anhöriga.

I de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom **(2)** ger Socialstyrelsen rekommendationer om omsorg och vård vid demenssjukdom. Syftet med riktlinjerna är både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område. I de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom står det om Socialstyrelsens rekommendation gällande demensteam, med kompetenser som arbetar i såväl hälso- och sjukvården som omsorgen, samt att det finns en samordnande funktion för hela teamet.

Utifrån de nationella riktlinjerna har FoU i Sörmland arbetat fram länsgemensamma programmet **(3)**. Programmet är uppbyggt för att skapa en struktur att följa i Sörmlands län. Programmet stärker och förtydligar de nationella riktlinjerna utifrån att det nationella riktlinjernas *bör*, i länets program blir ett *ska*.

Socialstyrelsen gör bedömningen att antalet multiprofessionella team behöver öka i hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och särskilt demensteam där landsting, regioner och kommuner samverkar. De menar även att Socialstyrelsens modell för standardiserat insatsförlopp **(1)** efter diagnosticering av demenssjukdom kan bidra till att ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten stöd för samverkan och ett systematiskt arbetssätt kring personen med demenssjukdom och deras anhöriga.

### Mål

Starta ett multiprofessionellt demensteam som arbetar med socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp. Demensteamet är ett stöd för verksamheten, teamet utbildar/handleder även också övriga medarbetare i socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp. Detta för att säkerställa att personer med demenssjukdom och deras anhöriga får en god och säker vård genom tidiga insatser. Insatserna ska planeras bättre och vården blir mer jämlik.

### Syfte

Demensteamet arbetar gränsöverskridande mellan region och kommun. Detta för att hjälpa personer med demenssjukdom och deras anhöriga att underlätta vardagen och ge dem så god livskvalité som möjligt under demenssjukdomens förlopp. Teamets samverkan är en förutsättning för att säkerställa samordningen av vård och omsorg, vilket är kvalitetshöjande för personen med demenssjukdom samt tids- och resurssparande.

Vid konstaterad demenssjukdom kopplas teamet in och på så sätt får personen med demenssjukdom och anhöriga en "lots" som guidar och stöttar under demensresan. SIP- samordnad individuell planering bör användas för att få till det gränsöverskridande arbetet.

### Organisatoriskplacering

Då teamet ska arbeta med hela Nyköping kommun bör placeringen av teamet vara inom hemsjukvården.

Hemsjukvården arbetar idag med alla verksamheter både kommunala och privata.

### Demensteamet kan erbjuda:

- Som en trygg lots vid demenssjukdom (Många har uttryckt att de känner sig lämnade ensamma efter diagnosbeskedet).
- Råd och information
- Stödsamtal
- Hembesök bland annat med biståndsbedömare
- Aktivitets-och funktionsbedömning
- Samtalsgrupper för person med demenssjukdom
- Anhöriggrupper
- Undervisning om demens till allmänhet, på boenden, anhöriga med fler.
- Stöd vid BPSD/utåtagerande
- Stjärnmärka demensverksamheter
- Tätt samarbete med dagverksamhet, växelvård, demensboende för att underlätta informationsöverföring och kännedom om person.

### Vilka funktioner bör ingå:

Demenssjuksköterska, specialistundersköterska, arbetsterapeut och/eller fysioterapeut, biståndsbedömare. Samtliga professioner ska vidareutbildning inom demensområdet.

Vid behov kallas andra professioner in till exempel läkare, dietist och kurator.

Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-22.pdf>

2) Nationella riktlinjerna:

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/demens/>

3) Läns gemensamt program vid demenssjukdom:

<https://fou.sormland.se/media/1971/lansgemensamt-program-vid-demenssjukdom-191017.pdf>

## Med vänlig hälsning

Åsa Pihlström | Demenssjuksköterska/Silviasjuksköterska

Carina Bark Verksamhetschef

## Resurser personal

- Sjuksköterska demens 1,0 åa (resurs finns idag från beställningen från VoN)
- 1 rehab (sjukgymnast alt. arbetsterapeut, resurs finns inte idag behöver läggas till i beställningen från VoN)
- 2 specialist undersköterskor i demens (resurs finns inte idag behöver läggas till i beställningen från VoN)
- 0,5 Enhetschef (resurs finns inte idag behöver läggas till ifrån beställningen från VoN)

## Ekonomi

Personal	Årskostnad
SSK 1,0 åa	700 584
2,åa rehab/biståndshandläggare	1 331 110
2 åa usk	980 818
0,5 Enhetschef	394 079
	<b>3 406 591/ år</b>

## Övriga driftkostnader

Datorer

Telefoner

Bil

Lokal

Utbildningsmaterial

VON §

Dnr VON19/79

**Revidering av "Funktionsprogram – Bostad med särskild service i form av gruppboende LSS 9§9"**

Under de närmaste åren finns ett stort behov av ytterligare platser på gruppboende LSS och ett flertal byggnationer är därför planerade. Det är angeläget att alla berörda verksamheter inom Nyköpings kommun har en samsyn kring lokaler och bostäder, så att dessa fungerar bra för såväl boende som personal. Samtidigt ska de fungera ur ett driftsperspektiv och även byggas till en sådan kostnad att hyresnivåerna sedan blir rimliga. Funktionsprogram bidrar mycket till att skapa denna samsyn, liksom till ökad effektivitet och minskad tidsåtgång.

Vård- och omsorgsnämnden fattade beslut om funktionsprogram för gruppboende i juni 2019. Det är detta som nu revideras. I bilagan är tillägg markerade med grönt, medan borttag är markerade med rött och överstruken text. Föreslagna förändringar kan sammanfattas enligt följande punkter:

- Större fokus på miljöfrågorna
- Förtydligande av vad som är ska- respektive börkrav
- Krav på markplan respektive wifi
- Krav på förhållningssätt vid möblering
- Benämningen lägenhet är utbytt mot bostad
- Förändrad struktur i dokumentet

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** fastställa det reviderade funktionsprogrammet för bostad med särskild service i form av gruppboende LSS 9§9, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-04-23.

**att** detta funktionsprogram gäller vid kommande nybyggnationer

**Beslut till:**

Division Social omsorg  
Kommunfastigheter  
Samhällsbyggnad

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

## Revidering av ”Funktionsprogram – Bostad med särskild service i form av gruppboende LSS 9§9”

### Bakgrund

Under de närmaste åren finns ett stort behov av ytterligare platser på gruppboende LSS och ett flertal byggnationer är därför planerade. Det är angeläget att alla berörda verksamheter inom Nyköpings kommun har en samsyn kring lokaler och bostäder, så att dessa fungerar bra för såväl boende som personal. Samtidigt ska de fungera ur ett driftsperspektiv och även byggas till en sådan kostnad att hyresnivåerna sedan blir rimliga. Funktionsprogram bidrar mycket till att skapa denna samsyn, liksom till ökad effektivitet och minskad tidsåtgång.

Vård- och omsorgsnämnden fattade beslut om funktionsprogram för gruppboende i juni 2019. Det är detta som nu revideras. I bilagan är tillägg markerade med grönt, medan borttag är markerade med rött och överstruken text. Föreslagna förändringar kan sammanfattas enligt följande punkter:

- Större fokus på miljöfrågorna
- Förtydligande av vad som är ska- respektive börkrav
- Krav på markplan respektive wifi
- Krav på förhållningssätt vid möblering
- Benämningen lägenhet är utbytt mot bostad
- Förändrad struktur i dokumentet

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar



**att** fastställa det reviderade funktionsprogrammet för bostad med särskild service i form av gruppbofastad LSS 9§9, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-04-23.

**att** detta funktionsprogram gäller vid kommande nybyggnationer

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Kommunfastigheter

Samhällsbyggnad

## FÖRSLAG



# Funktionsprogram

## Bostad med särskild service i form av gruppbofastad LSS 9§9

Reviderad version antagen av Vård-och omsorgsnämnden 2020-06-04

Version 1.0

## Innehållsförteckning

<b>Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>Verksamhets- och funktionsytor .....</b>	<b>4</b>
<b>Övergripande funktionskrav .....</b>	<b>5</b>
<b>Enskilda bostaden .....</b>	<b>7</b>
<b>Gemensamma utrymmen .....</b>	<b>10</b>
<b>Personalutrymmen .....</b>	<b>12</b>
<b>Övriga utrymmen och funktioner .....</b>	<b>13</b>
<b>Utemiljö .....</b>	<b>14</b>
<b>Att tänka på .....</b>	<b>16</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>18</b>

## Inledning

Det är viktigt för flera olika verksamheter inom Nyköpings kommun att vi når en samsyn kring lokaler som fungerar bra för brukarna och för personalen, men som även fungerar ur ett förvaltar- och driftsperspektiv. Dessutom finns behov av att kontrollera att rätt funktioner byggs till rätt kostnad så att hyreskostnader landar på en rimlig nivå för målgruppen.

Ett annat syfte med funktionsprogrammet är att spara tid. Dels genom att varje steg i kommunens lokalprocessmodell effektiviseras. Dessutom innebär ett funktionsprogram att tiden och insatsen från verksamhetschefer och personal minskas och de kan istället lägga merparter av sin tid på sitt huvuduppdrag. Vi vet vad vi vill ha och behöver inte lägga tid på att beskriva det om och om igen.

Funktionsprogrammet för bostad med särskild service för gruppboende enligt LSS 9§9 beskriver hur gruppboendet, utöver gängse byggnadskrav Boverkets byggregler (BBR) ska utformas för personer i behov av särskild boendeform, verksamhetsklass 5B. Funktionsprogrammet baseras på samlade erfarenheter av tidigare utföranden och programarbete samt regelverk och råd från olika instanser. Det som presenteras är krav på byggnationen och förslag på tekniska lösningar utöver de generella byggbestämmelser som gäller fullvärdiga bostäder i allmänhet.

En gruppboende riktas till personer med kontinuerligt tillsyns- och omvårdnadsbehov med närvaro av personal. Ett litet antal bostäder, max sex stycken, grupperade kring gemensamma utrymmen som samlingspunkt för de boende - nära bostäderna, lätta att nå och i ett plan.

### Tekniska standarder

Nyköpings kommuns tekniska standarder ska användas vid alla nybyggnationer och ombyggnationer som genomförs i egen regi. Eventuella avsteg kan göras, men dessa behöver i förekommande fall godkännas av chef för Kommunfastigheter. Uppdaterade tekniska standarder tillhandahålls i respektive projekt vid projekteringsstart.

### Lokalprogram

Funktionsprogrammet kompletteras med ett lokalprogram där ytorna för respektive funktion beskrivs. Ytorna är inte exakta utan ska användas som referensytor som ger en inriktning och exempel på fördelning mellan olika funktioner. Lokalprogram bifogas som underlag för respektive projektering.

### Miljö och klimat

Klimatanpassade val ska göras vid alla om- och nybyggnationer samt vid reinvesteringar. Detta innebär att i de fall det finns två alternativ vad gäller till exempel utrustning eller material, ska det alternativ som ger minst miljöpåverkan väljas. Det kan också få betydelse vid planering av tillkommande boenden då platser som ligger nära allmänna kommunikationer och kräver färre transporter ska prioriteras.

## Verksamhets- och funktionsytor

En gruppboende är en insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det innebär en bostad anpassad för personer med fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar, till exempel med utvecklingsstörning, autism, hjärnskada eller rörelsehinder. Utvecklingsstörning och autism ger kognitiva svårigheter. Till exempel brister logisk förmåga, förmåga att förstå konsekvenser, kunna planera och tolka sinnesintryck. Många har även rörelsehinder, syn- och hörselnedsättning.

Målet är att ge personen möjlighet att bo i ett fullvärdigt hem, utan institutionsprägel, för permanent bruk. Boendet erbjuder personal som ger stöd och service dygnet runt. Ett boende ska ge trygghet, värme, gemenskap och livskvalitet för både den enskilde och de anhöriga. Boendet ska även vara en attraktiv arbetsplats för personalen.

En gruppboende kan inrymmas i friliggande hus/villor eller i flerbostadshus (i markplan).

En gruppboende skiljer sig från bostadsmönstret i stort. Det är ett vårdboende i kollektiv form där flera egna små bostäder samlas kring gemensamma samlingsrum utrymmen och personalutrymmen (se BBR 5:243, Särskilt boende för personer med vårdbehov).

Det är viktigt att tidigt i projekteringen ha med gruppboendets särskilda egenskaper. Gruppboendets utformning ska följa SIS standard för höjd nivå/utökad tillgänglighet SS 91 42 21.

Total yta för en gruppboende blir vanligen omkring 400-500 m<sup>2</sup> (BRA<sup>1</sup>), med sex bostäder på 35-55 m<sup>2</sup> samt gemensamt kök med matplatser, utrymme för samvaro, tvättstuga, bostads- och rullstolsförråd och personalutrymmen mm.

Alla bostäderna ska ligga i samma plan som gemensamhets- och personalutrymmena. Hyresgäst eller personal ska enkelt kunna ta sig mellan bostad och gemensamma utrymmen utan att behöva gå utomhus.

I boendet ska förberedas för att kunna använda moderna IT-lösningar, till exempel begåvningsstödjande hjälpmedel för personer med utvecklingsstörning.

Konsultation ska ske med personer med lämplig kompetens yrkesgruppen arbets-terapeuter samt hörsel- och synkonsulenter kring anpassning och hjälpmedel. Under projektering och byggnation ska kommunen ha möjlighet att anpassa boendet för dessa lösningar i de fall kommunen bygger och driver verksamheten i egen regi (detta hanteras i form av option i upphandlingen).

---

<sup>1</sup> Bruttoarea, BTA. Bruttoarean är summan av alla våningsplans area och begränsas av de omslutande byggnadsdelarnas utsida. I bruttoarean inräknas bland annat mellanvåning (entresol).

## Övergripande funktionskrav

### Allmänt

Generella byggregler som gäller för bostäder i allmänhet enligt Boverkets byggregler (BBR) med en utökad tillgänglighet enligt svensk standard, SS 91 42 21:2006 **ska** följas. Lokalerna **ska** vara tillgängliga för personer som använder rullstol/elrullstol samt anpassas för personer med till exempel kognitiva svårigheter, rörelsehinder och syn- och hörselnedsättning.

Boendet utformas, planeras och integreras i det ordinära bostadsbeståndet. Boendet **ska** inte ligga i nära anslutning till andra boendeenheter för personer med funktionsnedsättning eller vård- och omsorgsboende för äldre för att inte få en prägel av institution. Det **bör** lokaliseras med närhet till kollektivtrafik och övrig samhällsservice som matbutik, bibliotek, café, vårdcentral, apotek etcetera.

Tidigt i programarbetet **bör** det göras en solanalys på tomten för att hitta lämpligaste placering av huset med hänsyn till solinstrålning, dagsljuskrav, bästa läge för uteplatser och val av tak- och fasadmateriäl.

Allmänt gäller att skapa en ombonad miljö genom färgval, material och liknande. Planlösningen **ska** vara överblickbar med logiska och enkla rumssamband. Lättskötta ytor och inredning är viktigt.

Trösklar får inte förekomma. Utrymmen för stadigvarande vistelse ska ha minst 2.70 m i takhöjd.

Förebyggande åtgärder mot vägglöss ska vidtas. Till exempel kan kiselgur läggas bakom golvlister för att förebygga problemet.

### Akustik

Med hänsyn till eventuella kognitiva svårigheter hos hyresgästerna ska, vid placering nära trafikbuller, skolor och förskolor mm, åtgärder för att undvika effekter av detta vidtas. I de fall gruppboenden planeras i flerfamiljshus **bör** åtgärder vidtas för att minska störningar. Till exempel bör sovrumsvägg intill trapphus undvikas.

Ljudklass C enligt SS 25267:2015 gäller för byggnaden i stort och ljudklass B **gäller ska gälla** mellan bostäder samt mellan bostad och utrymme direkt utanför, **det vill säga korridor och gemensamhetsutrymme.**

Den boende kan på grund av perceptionsstörningar störas av ljud som förekommer både inom och utanför bostaden. Det är därför viktigt med ljudisolering mellan lägenheterna och att byggnaden uppförs enligt standard (ljudklass B).

Även omgivningen kan ibland bli störd av den boende, därför eftersträvas en god ljudavskiljning.

### Arbetsmiljö

Arbetsmiljöverkets rekommendationer för verksamhetsklassen **ska** uppfyllas. Vid planering av en gruppboende **bör behövas** också eventuell risk för hot och våld beaktas. Till exempel **bör** reträttvägar planeras (se AFS 1993:2).

## Brand

Brandskyddsfrågor såsom brandcellsindelning, utrymning, larm och sprinklers **ska** utformas **alltid** i enlighet med gällande brandskyddskrav och **bör** diskuteras i ett tidigt stadium med brandskyddskonsult.

Verksamhetsklass 5B (BBR 5:215) gäller för dessa gruppbestäder och utrymmena förses med automatiska släcksystem, boendesprinkler typ 3. **Det ska planeras in yta för separat sprinklertank.**

I gruppbestaden är varje bostad en separat brandcell. För att garantera att bostadsdörrar stängs om brand utbryter kan dörrarna kompletteras med automatisk stängare.

Brandlarm med rökdetektor **ska** finnas i de utrymmen som brandskyddskonsult finner nödvändiga. Larmet kopplas till larmtablå i personalutrymme. Larmsignal **ska** höras i alla bostäder. Larmet ska vara med fördröjning för alla bostäder utom där det ryker/brinner. Larmet behöver normalt inte kopplas automatiskt vidare till SOS eftersom en gruppbestad definitionsmässigt är bemannad dygnet runt. Om så inte är fallet ska larmet däremot vara vidarekopplat.

Det **ska** finnas minst två av varandra oberoende utrymningsvägar från gruppbestaden. Altandörr från bostad **ska** förses med cylinderlås på utsidan för att kunna nå alla boende från utsidan vid händelse av brand.

## Data och tele

Planering **ska** ske **sker** i ett tidigt skede. **Heltäckande Wifi ska finnas i byggnaden samt fungera även vid uteplatserna.**

Fiber **ska** dras in till varje bostad, gemensamhetsutrymmen och kontor **samt vissa teknikutrymmen.** För gemensamhetsutrymmen och kontor dras fibern till ett centralt utrymme, såsom ställ eller skåp. Brukarna ombesörjer sin egen IT-lösning för sin egen bostad, **även för TV.**

## El-abonnemang

**Individuell mätning ska ske i varje bostad och debiteras hyresgästen. Individuell mätning och debitering per lägenhet. Hyresgästen tecknar eget el-abonnemang för sin bostad.** Övriga utrymmen har separat elmätare där förbrukningen ska debiteras verksamheten.

## Färgsättning

Generellt **ska** synskador och problem med bristande rumsuppfattning beaktas varför en tydlig kontrast mellan vägg och dörrar/dörrfoder är viktig. Rumsuppfattningen i sin helhet **bör** **kan** också förstärkas genom att skapa kontraster med avvikande kulör eller ton på golv, vägg och tak. Mörka kulörer undviks, särskilt på golv.

## Låsning

De boende i gruppbestaden **ska** kunna låsa sin bostad och endast personal **ska** ha möjlighet att komma in. De boende **ska** även ha behörighet till det gemensamma

kök-/samvarorummet och till bostads-/rullstolsförråd. Till personalutrymmen och medicinskåp **ska** bara personal ha behörighet.

Låsschema **ska** upprättas av entreprenör och granskas av beställaren.

### Påkallningslarm

Påkallningslarm används enbart efter individuell behovsbedömning. Principen är att minst integritetskränkande åtgärd vidtas först. I de fall aktiva eller passiva påkallningslarm ändå bedöms vara nödvändiga, tillämpas kommunens påkallningslarm avseende särskilt boende.

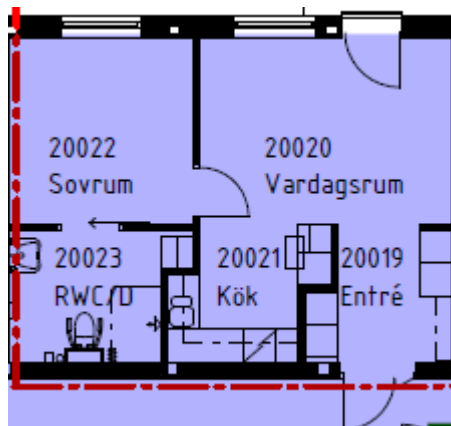
Under projektering **bör** det särskilt utredas var vägguttag ska finnas i byggnaden. Behov utöver standard föreligger i vissa fall på grund av att bland annat hjälpmedel kräver uttag.

### Ventilation

Enligt normal standard för verksamhet. **Detta beskrivs i BBR och AFS 2009:2.**

## Enskilda bostaden

En gruppbostad **ska** samlas på ett plan och ha så nära som möjligt till gemensamhetsutrymmet. De boendes bostäder **bör** vara vända mot en öppen yta och inte en **alltför** lång korridor för att underlätta passage och undvika institutionskänsla. **Gruppboendet är de boendes hem och kan så vara under en lång tid, varför det är angeläget med en hemtrevlig miljö.**



Exempel på bostad i Koggen, 2019.

I bostaden ska det finnas ett rum eller avskiljbar del av rum för daglig samvaro, sömn och vila eller matlagning enligt BBR 3:223 Tillgänglighet, bostadsutformning.

### Ytterdörr

Namnskylt med den boendes namn och tittöga. **Dörren ska uppfylla gällande tillgänglighetskrav för LSS 9:9.**

**Lägenhetens ytterdörr ska ha cylinderlås i lägenhetsstandard. Brandklassad släplista istället för tröskel förordas.**

Respektive bostadsdörr **ska** inte placeras mitt emot närliggande bostadsdörrar.



Lägenheter ska förses med elektroniska lås och så kallad "hotellåsning" som öppnas av de boende med en individuell enhet med möjlighet till långdistansavläsning, så kallad keyless dörröppning.

Lägenhetsdörrar förses med funktionen split spindel där trycket alltid öppnar från insidan och cylinder monterad för nödöppning utifrån. Det ska vara möjligt att montera ett vred så att den boende vid behov kan låsa med vred inifrån och personal ska kunna öppna med tagg utifrån.

### Hall

I hallen ska vändradie för rullstol vara tillräcklig, 1 500 mm. Det **bör ska** finnas en höj- och sänkbar hatthylla.

Det **ska** finnas ett låsbart kombinerat medicin- och värdeskåp. Medicinskåpet **bör** ha elektronisk loggfunktion som ska vara kompatibel med kommunens standard. Det **ska** vara olika lås till de två olika delarna.

Säkringsskåp **bör** placeras på låg höjd med låsbar lucka. Bostäderna **ska** ha egna abonnemang och elmätare.

### Mat- och umgängesdel

Utrymmet ska användas för måltider och umgänge. Det **ska** finnas utrymme för bord och stolar för måltid med plats för tre personer varav en i rullstol samt plats för möblering för avkoppling och umgänge för lika många.

Belysning **ska** kunna regleras med dimmer.

### Köksdel

Köket **ska vara fullt utrustat** så att man kan laga mat i bostäderna: Spishäll, ugn, diskbänk, arbetsyta, kyl/frys, **diskmaskin (eller förberett för)** och plats för mikrovågsugn samt en mindre variant av golvdiskmaskin (eller förberett för).

Engreppsblandare med förlängt handtag och hög pip **ska** finnas vid diskbänken. Spis **ska** förses med spisvakt och **alla minst ett** eluttag vid köksbänk förses med timer. Spishäll **ska** vara en infälld induktionshäll med fyra plattor med separat vredpanel på framkant.

**Det ska finnas** kombinerad kyl/ frys (självavfrostande) i fullhöjd med magnetsläpp i handtagen, inbyggd varmluftsugn gärna med sidohängd lucka och teleskopskenor till plåtar. Ett låsbart skåp eller låda. Utdragbar insats för källsortering i underskåp. Minst 800 mm bänkskivor med postformad framkant. Matt stänkskydd.

### Sovrum

Säng, minst 900 mm bred, **ska** kunna placeras vinkelrätt från vägg med betjäning på båda sidor och passagebredd 900 mm vid fotändan (förhöjd standard enligt SIS). Om vårdbehov inte föreligger **ska** säng kunna placeras utmed vägg med sängbord vid huvudändan. Oavsett placering får ej huvudände vara under fönster.

Hygienutrymmet **bör** placeras i direkt anslutning till sovrummet så att förflyttning till och från säng kan ske med mobil personlyft.



Exempel på sängens placering. Källa: SIS, 2019.

### Hygienutrymme

Hygienrummet **ska** både tillgodose bra tillgänglighet för den boende och bra arbetsmiljö för personalen. Om det är möjligt placeras fönster mot yttervägg i hygienutrymmet. Vred och handtag **ska** vara anpassade för personer med funktionsnedsättning. Belysningen **ska** inte vara automatisk utan istället ha en enkel strömställare på väggen.

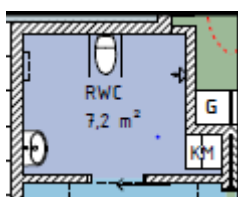
Skjutbar dörr i avvikande kulör och fjädrande gummitröskel **ska finnas** vid dörröppning. **Utrymmet ska vara anpassat för rullstol, vändradie 1 500 mm.** Kombinerad tvättmaskin och torktumlare på sockel med utdragbar korg, gärna placerad i en nisch. Golvyta **ska vara** halkfri och tåla desinfektionsmedel och det måste samtidigt vara möjligt att städa på ett enkelt sätt.

I våtzon 1 **bör ska** ytskiktet vara kakel men i övriga delar av hygienutrymmet kan andra material väljas. Matt kakel med avvikande kulör bakom toalett och tvättställ.

Duschutrymmet **ska** vara utformat så att en duschbrits (800 x 1 800 mm) kan köras in och att utrymme finns för assistans på var sida. Minimal lutning till golvbrunn. Duschdraperiskena monteras. Rostfritt förvarings-skåp för bland annat inkontinensskydd. Det **ska** finnas möjlighet att hänga kartong med förkläden för personalen.

**C-stol ska vara förhöjd eller kunna monteras på olika höjd.** Toalettens placering **bör** vara mittemot dörren och inte vara på motsatt vägg mot spegelns. Det **ska** finnas plats på båda sidor för assisterande personer.

**Det ska finnas** stödhandtag i duschdel och vara förberett för **uppfäll-/justerbara** resningsstöd vid toalett. Tvättstället **bör ska** vara framskjutet och höj- och sänkbart, engreppsblendare med förlängt handtag monteras. Hög badrumsspegel med underkant direkt vid tvättställ. Duschslangen **ska** kunna nås från toalettstolen **och vara vit.** Det **ska** finnas minst ett eluttag på nåbar höjd för rullstolsburen person. **Det ska finnas kontrastmarkeringar bakom toalettstol och tvättställ.**



Exempel på toalett, badrum med dusch. Plats finns för överflyttning mellan rullstol och lös duschstol.

### Uteplats i den enskilda bostaden

Uteplats **bör ska** finnas och vara insynsskyddad, försedd med tak **eller markis** samt utrustad med belysning. **Maximalt 2,5 cm nivåskillnad.**  
Dörr **ska** försees med lås på både in- och utsidan.

**I de fall gruppboendet placeras i ett flerbostadshus, måste uteplatsen ersättas med balkong.** Nivåskillnad mellan innergolv, tröskel och golvet på uteplatsen **bör ska** minimeras. Om nivåskillnader är oundvikliga ska de lösas med tröskelkil och/eller förhöjt golv på uteplatsen.

**Observera att balkongräckets höjd, även efter en höjning av balkonggolvet, ska uppfylla gällande säkerhetskrav. Dörr ska försees med lås på båda sidor.**

**Det är viktigt med tillgång till en ljuddämpad uteplats i de lägen som är utsatta för omgivningsbuller.**

### Övrigt

Bostadsutformningen ska uppfylla BBR 3:223 när det gäller mått. När det gäller tillgänglighet ska SS 91 42 21: 2006 uppfyllas.

För att ge en mer praktisk och trivsamt miljö kan förvaringen med fördel utformas som en helhet, gärna med plats för personliga föremål i öppen hylladel mot rum. Förvaringslängder enligt Svensk standard 91 42 21:2006 överstiger i de flesta fall behoven, och tar en oproportionerligt stor del av bostaden i anspråk **(fem stycken 60 cm garderober plus kapphylla och 1 m<sup>2</sup> förråd samt plats för en rullstol/cykel/rullator och en barnvagn).** Därför bör särskild vikt läggas vid framtagandet av lämpliga förvaringsenheter. Avstegen ska skriftligen godkännas av beställaren. För avstegen ska motivering/förklaring till hur man uppfyllt förvaringsbehovet och därmed BBR:s krav finnas redovisade, eftersom man med mindre mängder än SS avviker från BBR:s råd.

Minst två nätverksuttag/tv-uttag med olika placering **ska finnas**. Övrig utrustning enligt gängse standard i huset i övrigt.

**Utåtgående hörn ska monteras med hörnskydd.**

**Det ska vara möjligt att använda mobil personlyft i samtliga bostäder.** Transport av boende **ska** kunna ske från sovplatsen in i hygienutrymmet.

## Gemensamma utrymmen

En öppen planlösning förordas för att tillgodose tillgängligheten.

### Gruppboendets entrédörr

Dörren **ska** automatiskt gå i lås, så att varken boende eller personal behöver känna efter att dörren låses vid passage.

Tittöga **eller fönster** i dörren **ska finnas**. Mekanisk eller elektronisk ringklocka.

Entrédörr **ska försees** med dörröppningsautomatik **om den har dörrstängare**. Hyresgäst- och personalnyckel **ska finnas passa** om inte elektroniskt passagesystem installeras.

### Entré till gruppbestaden via hiss (flerbostadshus)

Nyckelstyrning av hissen till gruppbestadens våningsplan, personal- och hyresgästnyckel. Signal ska ges när hissen kommer till våningsplanet.

Hisspanel med taktila knappar placeras vågrätt på tillgängligt avstånd och höjd.

### Byggnadens entréhall

Tillräcklig vändradie för rullstol, 1 500 mm. Kapphylla **bör finnas** för besökare.

**Det ska finnas en namntavla i entrén.** På namntavlan i entrén ska namnen på hyresgästerna i gruppbestaden stå. Gruppbestaden betecknas för sig på tavlan.

Postfacken **ska** anpassas i höjd, 80 – 100 cm från golv, så att rullstolsburna själva kan **nå sina egna postfack och** hantera sin post. **Alla boende i gruppbestaden ska ha ett eget postfack och tidningshållare utanför den egna dörren.** **Personalen på** gruppbestaden skall ha ett eget postfack.

**Säkrings-skåp placeras på standardhöjd med låsbar lucka. Lägenheterna ska ha egna abonnemang och elmätare, enligt standard i huset. Verksamheten står för abonnemang i den gemensamma delen samt personaldelen.**

### Kök, matplats och samvaro

Mat- och samvarodel **ska** dimensioneras så att hyresgäster och personal i gruppbestaden kan samlas för gemensamma måltider om så önskas (plats för åtta - tio personer varav två i rullstol). En öppen planlösning kan vara att föredra för att lättare tillgodose krav på tillgänglighet och alternativa möbleringar.

Samvaro **ska** ha plats för soffor, fåtöljer och tillhörande bord. **Om soffor och fåtöljer har tygklädsel ska de gå att ta av och tvätta och desinficera.**

**Det ska finnas** separat handtvättställ för personalen. Köket **ska** utrustas med ugn, diskbänk, arbetsyta, **normalstor golv** diskmaskin och mikrovågsugn. Separat kyl och självavfrostande frys i fullhöjd med magnetsläpp i handtagen. Spishåll **ska** vara en infälld induktionshåll. Inbyggd varmluftsugn gärna med sidhängd lucka och teleskopskenor till plåtar.

Engreppsblandare med förlängt handtag och hög pip **ska** finnas vid diskbänken. Spis förses med spisvakt och alla eluttag kring köksbänk förses med timer. Utdragbar insats för källsortering i underskåp.

Bänkskåp **ska finnas** med minst två låsbara lådor **samt väggskåp**. Köket **ska** också ha hållare för tvål, desinfektionsmedel och torkpappershållare. Plats för förbrukningsvaror samt torrvaror.

Bänkskivor **ska** vara minst 1 600 mm och utformas med postformad framkant. **Ett överskåp och en besticklåda ska vara låsbart.** Matt stänkskydd.

I mat- och samvarodel **ska** belysningen kunna regleras med dimmer.

### Tvättutrymme

I tvättutrymmet inom gruppbestaden **ska** det finnas en större tvättmaskin, en torktumlare och ett torkskåp för boendet. Det **ska** även finnas en separat tvättmaskin för

personalen (kombinerad tvättmaskin och torktumlare) om det inte finns i personalutrymmet. Maskinerna **ska** stå på sockel.

Det **ska** finnas tvättbänk med utslagsvask och tvättställ. Arbetsbänk och förvaringshyllor **ska** också finnas.

Det är viktigt att rummets utformning möjliggör ett flöde från smutsigt till rent.

### Rullstolsförvaring

I byggnadens komplementutrymmen eller inom gruppbestaden **ska** det finnas tillgänglighetsanpassat utrymme med möjlighet att förvara **minst fyra** rullstolar. Det ska finnas möjlighet att ladda, fylla på luft i och spola rent rullstolar. Varmt och kallt vatten för avspolning samt golvbrunn med grus-fång. Eluttag för laddning placeras 80 cm över golv. Hyllplan på vägg. Automatisk dörröppnare krävs.

### Städförråd

Städförrådet **ska** finnas med plats för städvagn, väggfast städsethylla, väggfasta förvaringshyllor, handdukstork och utslagsback (med kallt och varmt vatten).

Det **ska** vara förberett för installation av en mopptvättmaskin i utrymmet.

Det är viktigt att rummets utformning möjliggör ett flöde från smutsigt till rent.

### Närförråd

Förråd **ska** finnas med **plats för** väggfasta förvaringshyllor för boendets gemensamma saker, exempelvis säsongsbetonade attiraljer.

## Personalutrymmen

I personaldelen ska det finnas separat kontor/expedition, separat jour- och vilrum, WC/duschrum med tvättmöjligheter och plats för omklädning samt separat rastum med pentry. **Sammanlagt cirka 40 m<sup>2</sup>**

### Kontor/expedition

**Det ska finnas** låsbar dörr med tittöga eller med fönster mot gemensamhetsdel. Det **ska** finnas plats för skrivare/kopiator, skrivbord **med plats för dator**, stol, **viss dokumentation**, nyckelskåp och värdeförvaring. Rummet **ska** ha fönster med dagsljusinsläpp.

### Jour- och vilrum

**Det ska finnas** låsbar dörr **med tittöga**. Plats för säng och sängbord. Utrymmet ska ligga nära toalett och gärna intill kontoret/expeditionen. Linneskåp för sängkläder. Rummet **bör** ha fönster eller dagsljusinsläpp.

### Omklädningsutrymme för personal

**Det ska finnas** låsbar dörr **med tittöga**. Inreds med sex låsbara Z-förvaringskåp för kläder och värdesaker.

Personaltoalett med dusch inreds enligt normer och i närheten av jour- och vilrum. ~~Antalet handdukhängare ska vara anpassat till personalgruppens storlek.~~ Smalt högskåp för förvaring. Kombinerad tvättmaskin och torktumlare på sockel.

### Pentry/rastrum

Inreds med minst trinett, kyl med frysfack och diskho samt plats för mikrovågsugn och överskåp. Plats för bord och fyra stolar och ~~det bör finnas plats för gärna~~ en mindre soffa. Rummet **ska** ha fönster med dagsljusinsläpp.

## Övriga utrymmen och funktioner

### Angöring till byggnaden

Angöring **ska** kunna ske intill huvudentrén, max tio meter. Entrén skall vara fullt tillgänglig. Markunderlaget fram till entrén **ska** vara anpassat för rullstol. Om rullstolsramp krävs i samband med angöring får denna ha en lutning på högst 1:20.

~~Allmänt gäller dörrars passagemått enligt tillgänglighetsstandard. Vänddiameter för rullstol beräknas till 1 500 mm (dessa och följande måttangivelser har hämtats ur Boverkets byggregler, BBR, och "Bygg i kapp Handikapp" Svensk Byggtjänst).~~

God men inte bländande belysning **ska** finnas vid entrédörrar samt utomhus på lämpliga ställen.

~~Det bör finnas en porttelefon. Om det finns porttelefon, ska den vara kopplad till gruppbestadens gemensamhetsutrymmen inte till enskilda lägenheten.~~

Elektronisk läsare **ska** placeras intill armbågskontakt. Porttelefon, läsare ~~(för typ ARX bricka)~~ och eventuell armbågskontakt **ska** vara anpassad för rullstolsburen person och placeras enligt bilder nedan. Tröskel **bör** vara avfasad.

### Bostadsförråd och förråd för gruppbestaden

Inom gruppbestaden ~~eller i komplementbyggnad~~ **ska** låsbart bostadsförråd, ~~minst 1,5 m<sup>2</sup>~~, finnas till varje bostad. Bostadsförråden **ska** inredas med väggfasta hyllor och klädstång.

Det **ska** finnas ett låsbart förråd i anslutning till utemiljön med plats för trädgårds- möbler, krukor och aktivitetsmaterial för utomhusbruk.

### Teknik- och driftsutrymmen

**Ska** nås utifrån ~~markplan~~ så att driftpersonal enkelt kommer åt utrymmena vid underhållsåtgärder utan att störa den pågående verksamheten. Allt kan samlas i ett teknik- och driftsrum eller delas upp i flera utrymmen.

### Avfallshantering och miljörum

Källsortering **ska** hanteras i respektive bostad såväl som i boendets ~~övriga delar gemensamhetsdel~~. Ytor för detta behöver planeras in.

- ~~I den enskilda bostadens kök bör det finnas möjlighet att källsortera alla förpackningar samt matavfall och restavfall.~~

- I köket i det gemensamma utrymmet **ska** det finnas möjlighet att källsortera alla förpackningar samt matavfall och restavfall.
- Även returpapper (tidningar o dylikt) **ska** källsorteras. Det är lämpligt att källsortering av returpapper finns i de gemensamma utrymmena.
- Personalen **ska** också kunna källsortera sitt avfall i personalutrymmet.

Miljörummet/huset behöver inte ligga i gruppbestadens huskropp utan kan uppföras som fristående på tomten inom cirka 25 meter från entrén. Vägen dit ska vara tillgänglighetsanpassad.

Utformningen av miljörummet **ska** ske i enlighet med teknisk standard för renhållning avseende avfall, och om något avsteg planeras **ska** detta stämmas av med sakkunnig (driftchef Insamlingen) på Renhållningen. Det är viktigt att miljörummet utformas med ytor som rymmer kärl till alla fraktioner som ska sorteras ut (8 fraktioner).

Tillräckligt stort miljörum för sorterade sopor ska finnas i anslutning till inlastning. Där ska även finnas anvisad plats för pallar och emballage. Hämtningsavstånd och möjligheter ska beaktas. Det behöver även finnas någonstans att göra rent sopkärlen om inte tjänsten ska köpas in. Kommunens gällande avfallshanteringsregler ska följas.

## Utemiljö

Gruppbestadens utemiljö består av:

- entré
- trädgård
- uteplats
- parkering, angöring

Tomten bör vara omkring 2 000 – 2 300 m<sup>2</sup> för att inrymma ovanstående funktioner samt en gruppbestad med sex lägenheter i ett plan.

### Entré

Gruppbestadens entré **ska** vara tydlig och inbjudande för de boende, personal och besökare och skyddande från regn och blåst. Det **ska** finnas sittplatser under tak.

Entrén **bör** utformas så att boendet smälter in i det övriga bostadsbeståndet i området, oavsett om det är i friliggande villa eller i flerbostadshus.

Gruppbestadens utemiljö ska vara inbjudande för de boende, personal och besökare. Entrén ska aviseras tydligt samtidigt som det är viktigt att skapa insynsskydd för gruppbestadens utemiljö.

### Trädgård

Den gemensamma trädgården **ska** vara en trivsamt plats som gynnar sociala möten. Det **bör** **ska** finnas planteringar och möjlighet att odla, även för rullstolsburna. Växter **bör** **ska** spegla årstiderna genom höstfärger, dofter och inte minst bärbuskar och blommor som lockar till sig fåglar och insekter. Starkt allergiframkallande eller giftiga växter **ska** **får** inte användas.

Staket (ej stängsel), häck eller annan avgränsning ska omge trädgården.

Markbeläggning ska vara tillgänglig för rullstolar och andra gånghjälpmedel samt enkla att underhålla, snöröja och halkbekämpa. Gångvägar ska vara tillgänglighetsanpassade.

Vattenutkastare ska finnas tillgänglig i trädgården eller på husfasad. Den ska vara självdränerande och fryssäker, även om slangen är ansluten.

Belysningen utomhus ska bidra till att trädgården upplevs som inbjudande och trygg året runt. Belysningsarmaturer ska vara utformade så att ljuset kan riktas ner och avskärmas.

Om gruppbestaden ligger i ett flerbostadshus kan trädgård delas med övriga i flerbostadshuset. Det är då viktigt att uteplatser som tillhör gruppbestaden utformas så att de blir insynsskyddade och upplevs privata.

Förråd för säsongsutrustning och verktyg ska finnas behövs och placeras med fördel i anslutning till den gemensamma uteplatsen.

### Uteplats

En gemensam uteplats i anslutning till det gemensamma vardagsrummet ska inrymma utemöbler för åtta-tio personer. Max 2,5 cm nivåskillnad.

Material och nivåskillnader ska anpassas så att uteplatsen kan tillträdas med rullstol, både inifrån och från den gemensamma gården. Det ska finnas regn och solskydd, belysning och eluttag vid uteplatsen.

Med hjälp av vegetation eller byggda element ska den skyddas mot insyn från omgivningen (om detta inte uppfylls av trädgårdens insynsskydd).

### Parkering

Angöring ska kunna ske så nära huvudentrén som möjligt, men som mest 25 m. Entrén ska vara fullt tillgänglig. Markunderlaget fram till entrén ska vara anpassat för rullstol. Om rullstolsramp krävs i samband med angöring ska denna ha en lutning på högst 1:20.

Vad gäller parkeringsmöjlighet bör behövs antalet platser utredas och planeras beroende på var boendet placeras. Ett riktmärke kan vara att det bör ska finnas parkeringsplatser för ca sex bilar (inklusive två gästparkeringar) samt cykelparkering eller cykelförråd för minst 10 cyklar. Cykelparkeringen ska vara försedd med tak och sådant cykelställ att det är möjligt att låsa fast cykeln i detta.

Boende, personal och besökare (samt gruppbestadens minibuss i de fall sådan finns) delar på platserna. Minst en av platserna anordnas för rörelsehindrade. Angöring för taxi och färdtjänst ska möjliggöras i anslutning till huvudentrén. Angöringsslinga eller vändplan är att föredra. Backningsrörelser bör undvikas.



## Att tänka på

1. ~~Nivåskillnader av byggtekniska skäl ska minimeras.~~
2. Plastmattor ska vara halvmatta samt halkdämpade. Golvmaterial ska vara anpassade för offentlig verksamhet och tåla högt slitage. Mattor med diskret mönster godtas. Kulör på mattor skall vara mörkare än väggar men inte för mörka.
3. Blanka och reflekterande ytor på bänkar och kakel undviks.
4. Samtliga fasta belysningsarmaturer ska vara av LED-diodtyp med 70 % kvar av ljuset efter 50 000 timmar med 2 700–3 000 kelvin. De ska vara flimmerfria och bör vara dimningsbara.
5. ~~Gällande elsäkerhetsföreskrifter, standard för elinstallationer och gällande ellag.~~
6. ~~Gällande standarder för datanät typ CAT 6 och fibernät.~~
7. ~~Gällande standarder för kabelnät för television och radionät.~~
8. ~~Nödbelysning och utrymningsskyltning enligt brandskyddsdocumentation samt gällande lagkrav.~~
9. Glasväggar och fönster från golv till tak ska undvikas. Eventuella glaspartier ska markeras och vara okrossbara.
10. Säkerhetsbeslag på fönster, balkong-/altandörrar förses med dörrbroms kopplat till handtag.
11. Fasade hörn på pelare och utstående vägghörn alt. hörnlistor monteras.
12. Stöttåliga väggar/hörn/karmar på utsatta platser med tanke på **förslitning** **högt slitage** av rullstolar/rollatorer.
13. Tydliga kontraster på dörrar, dörröppningar och golv/vägg.
14. Lägre fönster medger bättre utsikt för rullstolsburna.
15. Persienner, solskydd och insynsskydd monteras i samtliga fönster.
16. **Vid framtagande av krav- och produktspecifikation inför upphandling av möbler, ska utgångspunkten vara behov och funktion. Det är viktigt att ta hänsyn till var möblerna ska placeras och hur de ska nyttjas för att säkerställa att behovet tillgodoses. Avsteg från detta riskerar att resultera i ökade kostnader.**

~~Att följa riktlinjerna innebär inte att alla gruppboende kommer att se likadana ut, men de ska ges samma förutsättningar och kvalitativa egenskaper när det gäller exempelvis efterfrågade funktionskrav, teknik samt materialval.~~

~~Byggnadens utformning ska bidra till att uppnå kommunens krav på byggnaders specifika energianvändning.~~

Planering, projektering och uppförande av gruppboenden ska följa de grundläggande krav som lagstiftning, förordning, föreskrifter och branschregler föreskriver.

## Referenser

Arbetsmiljölagen, Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverkets föreskrift AFS 2009:2 om arbetsplatsens utformning

Boverkets byggregler (BBR) med en utökad tillgänglighet enligt svensk standard, SS 91 42 21:2006

Boverkets byggregler (BBR) 3:223 Tillgänglighet, bostadsutformning

Bygg ikapp Handikapp, 6:e upplagan 2015, Svensk Byggtjänst

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, Ds 2008:23

Folkhälsomyndighetens råd om inomhustemperatur, FOHMS 2014:17

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), 9 § p. 9  
SIS förhöjd standard

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service (SOSFS 2002:9)

Svensk standard SS 91 42 21:2006 – byggnadsutformning – bostäder – invändiga mått, höjd nivå

Svensk standard för belysningsstyrka arbetsområden SS-EN 12464-1

Systematiskt arbetsmiljöarbete AFS 2001:1, Arbetsmiljöverkets författningssamling

Tekniska riktlinjer, SRF Br008:3 – Automatiska brandlarmanläggningar och släcksystem

Våld och hot i arbetsmiljön AFS 1993:02, Arbetsmiljöverkets författningssamling

VON §

Dnr VON20/2

**Ekonomisk uppföljning efter april med prognos för året**

Vård- och omsorgsnämnden beräknar efter april ett årsresultat på + 29,8 mnkr. Se resultaträkning i bilaga.

Detta är en förbättring med 14,2 mnkr jämfört med februariprognosen. Det beror huvudsakligen på ny bedömning av ianspråktagandet av det nybyggda äldre- och demensboendet Koggen. Tidigare var bedömningen att hälften av platserna skulle öppnas i maj och resterande i september. Nu ser vi att behovet minskat - sannolikt delvis beroende på Covid 19. Nu planeras endast 19 platser öppnas i augusti och en avdelning nyttjas till evakuering av Myntan. Prognosförbättringen förklaras också av lägre hemtjänstkostnader, vilket med all sannolikhet hänger samman med att många kunder av sagt sig insatser på grund av pandemin.

Även avvikelsen från budget förklaras naturligtvis av Koggen och hemtjänsten. Utöver det kommer inte den budgeterade utökningen av antalet kortvårdsplatser att genomföras. Budgetavvikelsen, avrundad till jämna mnkr, består av följande:

	mnkr
Koggen	+16
Kortvård	+ 8
Hemtjänst	+ 3
Övrigt	+ 3
Summa	+ 30

Det är svårt att isolerat se vilken ekonomisk konsekvens Covid 19 gett, men en ungefärlig bedömning är en positiv nettoeffekt på 1,5 mnkr i form av lägre hemtjänstkostnader, men samtidigt lägre avgiftsintäkter.

I år finns det större osäkerhetsfaktorer än vanligt i Vård- och omsorgsnämndens prognos. Anledningen är förstås det förändringsarbete som behöver starta inom Division Social omsorg, där en rad åtgärder krävs, med ekonomisk effekt på olika lång sikt. Vilka åtgärder som kommer att bli aktuella är i dagsläget inte klart. De kommer att ge störst effekt på divisionens resultat, men även nämndens ekonomi kommer att påverkas.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

\_\_\_\_\_

VON §

Dnr VON20/2

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna den ekonomiska uppföljningen efter april med prognos för året enligt tjänsteskrivelse daterad 2020-05-08 med tillhörande bilaga.

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

## Ekonomisk uppföljning efter april med prognos för året

### Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden beräknar efter april ett årsresultat på + 29,8 mnkr. Se resultaträkning i bilaga.

Detta är en förbättring med 14,2 mnkr jämfört med februariprognosen. Det beror huvudsakligen på ny bedömning av ianspråktagandet av det nybyggda äldre- och demensboendet Koggen. Tidigare var bedömningen att hälften av platserna skulle öppnas i maj och resterande i september. Nu ser vi att behovet minskat - sannolikt delvis beroende på Covid 19. Nu planeras endast 19 platser öppnas i augusti och en avdelning nyttjas till evakuering av Myntan. Prognosförbättringen förklaras också av lägre hemtjänstkostnader, vilket med all sannolikhet hänger samman med att många kunder av sagt sig insatser på grund av pandemin.

Även avvikelsen från budget förklaras naturligtvis av Koggen och hemtjänsten. Utöver det kommer inte den budgeterade utökningen av antalet kortvårdsplatser att genomföras. Budgetavvikelsen, avrundad till jämna mnkr, består av följande:

	mnkr
Koggen	+16
Kortvård	+ 8
Hemtjänst	+ 3
Övrigt	+ 3
Summa	+ 30

Det är svårt att isolerat se vilken ekonomisk konsekvens Covid 19 gett, men en ungefärlig bedömning är en positiv nettoeffekt på 1,5 mnkr i form av lägre hemtjänstkostnader, men samtidigt lägre avgiftsintäkter.

I år finns det större osäkerhetsfaktorer än vanligt i Vård- och omsorgsnämndens prognos. Anledningen är förstås det förändringsarbete som behöver starta inom Division Social omsorg, där en rad åtgärder krävs, med ekonomisk effekt på olika lång sikt. Vilka åtgärder som kommer att bli aktuella är i dagsläget inte

klart. De kommer att ge störst effekt på divisionens resultat, men även nämndens ekonomi kommer att påverkas.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna den ekonomiska uppföljningen efter april med prognos för året enligt tjänsteskrivelse daterad 2020-05-08 med tillhörande bilaga.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

## Bilaga till tjänsteskrivelse – Ekonomisk uppföljning efter april med prognos för året

Resultaträkning, mnkr

	Budget helår 2020	Prognos helår 2020	Diff
<b>Intäkter</b>			
Nämnden	0,0	0,0	0,0
Gemensamt	3,3	3,6	+0,3
Hälso- och sjukvård	0,2	0,2	0,0
Äldreomsorg	105,3	99,7	-5,6
Funktionsnedsatta	3,4	3,7	+0,3
<b>S:a intäkter</b>	<b>112,2</b>	<b>107,2</b>	<b>-5,0</b>
<b>Kostnader</b>			
Nämnden	-2,3	-2,3	0,0
Gemensamt	-88,7	-88,4	+0,3
Hälso- och sjukvård	-54,5	-54,4	+0,1
Äldreomsorg	-682,6	-647,3	+35,3
Funktionsnedsatta	-388,3	-389,2	-0,9
<b>S:a kostnader</b>	<b>-1 216,4</b>	<b>-1 181,6</b>	<b>+34,8</b>
<b>Nettoresultat</b>			
Nämnden	-2,3	-2,3	0,0
Gemensamt	-85,4	-84,8	+0,6
Hälso- och sjukvård	-54,3	-54,2	+0,1
Äldreomsorg	-577,3	-547,6	+29,7
Funktionsnedsatta	-384,9	-385,5	-0,6
<b>Nettoresultat</b>	<b>-1 104,2</b>	<b>-1 074,4</b>	<b>+29,8</b>



VON §

Dnr VON20/50

**Resultat av interna tillsyner våren 2020**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och nämndens sakkunniga tjänsteman har under våren gjort interna tillsyner på sju äldre- och demensboenden i enlighet med nämndens tillsynsplan. De sedvanliga besöken på boendena har dock denna gång ersatts av skriftliga frågor.

De verksamheter som frågorna ställts till är:

- Väverskan (äldreboende)
- Mariebergsgården, avd 2 och 3 (demensboende)
- Myntan avd 1A, 2A, 2B (äldreboende) och 3C (demensboende)
- Myntan avd 2C, 2D och 3D (demensboende)
- Rönnliden (äldre- och demensboende)
- Lundagården (demensboende)
- Björkgården (äldre- och demensboende)

Frågorna har varit inriktade på aktuella ämnen och sådant som tidigare konstaterats vara i behov av förbättring.

Arbetet med aktiviteter och utevistelser för de boende har förbättrats och det finns nu ett strukturerat arbetssätt för att säkerställa att alla erbjuds att exempelvis få komma ut. Positivt är också att arbetet med kvalitetsregistret BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) har gått framåt.

De brister vi kan konstatera är:

1. Det systematiska kvalitetsarbetet
2. Att enhetschef sällan säkerställer att beslut, nya rutiner mm får genomslag i praktiken
3. Att IBIC (individens behov i centrum) inte ligger till grund för verksamheten
4. Att det inte finns ett närvarande ledarskap nattetid

Samtliga brister har konstaterats även vid tidigare tillsyner.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

VON §

Dnr VON20/50

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapporten "Resultat av interna tillsyner våren 2020" bilagd till tjänsteskrivelse daterad 2020-05-20.

**att** uppdra åt Division Social omsorg att senast 2020-08-24 till nämnden redovisa en skriftlig plan, inklusive tidplan, för hur man avser att åtgärda de identifierade bristerna.

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg AB

Kommunstyrelsen för kännedom

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

## Resultat av interna tillsyner våren 2020

### Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och nämndens sakkunniga tjänsteman har under våren gjort interna tillsyner på sju äldre- och demensboenden i enlighet med nämndens tillsynsplan. De sedvanliga besöken på boendena har dock denna gång ersatts av skriftliga frågor.

De verksamheter som frågorna ställts till är:

- Väverskan (äldreboende)
- Mariebergsgården, avd 2 och 3 (demensboende)
- Myntan avd 1A, 2A, 2B (äldreboende) och 3C (demensboende)
- Myntan avd 2C, 2D och 3D (demensboende)
- Rönnliden (äldre- och demensboende)
- Lundagården (demensboende)
- Björkgården (äldre- och demensboende)

Frågorna har varit inriktade på aktuella ämnen och sådant som tidigare konstaterats vara i behov av förbättring.

Arbetet med aktiviteter och utevistelser för de boende har förbättrats och det finns nu ett strukturerat arbetssätt för att säkerställa att alla erbjuds att exempelvis få komma ut. Positivt är också att arbetet med kvalitetsregistret BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) har gått framåt.

De brister vi kan konstatera är:

1. Det systematiska kvalitetsarbetet
2. Att enhetschef sällan säkerställer att beslut, nya rutiner mm får genomslag i praktiken
3. Att IBIC (individens behov i centrum) inte ligger till grund för verksamheten
4. Att det inte finns ett närvarande ledarskap nattetid

Samtliga brister har konstaterats även vid tidigare tillsyner.

## **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

## **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapporten "Resultat av interna tillsyner våren 2020" bilagd till tjänsteskrivelse daterad 2020-05-20.

**att** uppdra åt Division Social omsorg att senast 2020-08-24 till nämnden redovisa en skriftlig plan, inklusive tidplan, för hur man avser att åtgärda de identifierade bristerna.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

## **Beslut till:**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg AB

Kommunstyrelsen för kännedom

## Resultat av interna tillsyner våren 2020

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och nämndens sakkunniga tjänsteman har under våren gjort interna tillsyner på sju äldre- och demensboenden i enlighet med nämndens tillsynsplan. De sedvanliga besöken på boendena har dock denna gång ersatts av skriftliga frågor.

De verksamheter som frågorna ställts till är:

- Väverskan (äldreboende)
- Mariebergsgården, avd 2 och 3 (demensboende)
- Myntan avd 1A, 2A, 2B (äldreboende) och 3C (demensboende)
- Myntan avd 2C, 2D och 3D (demensboende)
- Rönnliden (äldre- och demensboende)
- Lundagården (demensboende)
- Björkgården (äldre- och demensboende)

Frågorna har varit inriktade på aktuella ämnen och sådant som vi sett behöver förbättras.

Nedan följer för varje ställd fråga, en sammanfattning av de inkomna svaren samt en slutlig kommentar från MAS och sakkunnig.

### **Beskriv hur du har ett närvarande ledarskap generellt och hur du säkerställer att nattpersonalen upplever ett närvarande ledarskap**

Flera enhetschefer (EC) börjar tidigt på morgonen alternativt stannar kvar vissa kvällar för att träffa nattpersonalen. En EC svarar att nattpersonal kan vänta kvar på morgonen om de vill träffa henne. Generellt sett är EC anträffbara via telefon, sms och mail och de flesta arbetar med öppen dörr för att vara välkomnande för kontakt. Flera är också ute på avdelningarna de flesta dagar.

Kommentar: Dagtid finns det lite olika inställning från EC, men på de flesta håll finns ett närvarande ledarskap. De flesta EC ser till att träffa nattpersonalen, men ingen närvarar under någon natt per termin för att se hur det faktiskt är på natten. Det skulle behövas för att kunna säga att kravet på ett närvarande ledarskap är uppfyllt nattetid. Vid tidigare nattliga interna tillsyner har nattpersonalen ofta gett uttryck för att de känner sig bortglömda och inte räknas.

### **Hur skulle du beskriva ditt systematiska kvalitetsarbete?**

EC beskriver vilka olika aktiviteter som genomförs inom det systematiska kvalitetsarbetet, såsom arbetsplatsträffar (APT), hälsokonferenser, riskanalyser och egenkontroller.

Kommentar: Många olika aktiviteter genomförs, men ingen lyfter just systematiken i form av planering – åtgärd – uppföljning, för att åstadkomma den successiva verksamhets- och kvalitetsutveckling som är syftet.

### **Hur arbetar du med riskanalyser i förebyggande syfte?**

EC anger oftast att riskanalyser görs vid förändringar.

Kommentar: Även här saknar vi den medvetna systematiken. Påfallande är också att riskanalyserna ofta handlar om att minska riskerna för personalen och inte för de boende. Riskanalyser görs också ofta på personnivå, vilket behövs, men man tappar enhetsnivån.

### **Hur arbetar du med avvikelser? Hur säkrar du upp att de leder till verksamhetsutveckling?**

Generellt lyfts avvikelser på APT och där förs en diskussion.

Kommentar: Avvikelserna som nämns handlar oftast om fall eller läkemedel, men det finns många andra kategorier. Även här saknar vi systematiken. Få av EC har svarat på frågan om hur EC säkrar upp att avvikelserna leder till verksamhetsutveckling.

### **Har du infört hygienronder? Om ja – beskriv ert arbete med hygienronder. Om nej – hur ser din plan ut för ett införande?**

Endast på ett boende görs hygienronder regelbundet två gånger per år. På övriga boenden planerar man att börja arbetet och checklistor håller på att tas fram.

Kommentar: Det är bra att ett arbete pågår för att få till regelbundna hygienronder. I samband med pandemin har kunnat konstateras att det finns ställen där den basala hygien inte fungerar fullt ut.

### **Beskriv vilka egenkontroller ni gör och hur de går till**

Vanligtvis handlar egenkontrollerna om livsmedel, läkemedel och städning. En EC anser att egenkontroller görs för sällan och har planer för att förbättra arbetet.

Kommentar: Det finns fler områden som borde vara föremål för egenkontroller, såsom delegeringar och kontaktmannaskap. Självskattningar är också något som bör göras betydligt tätare än idag. En självskattning kan exempelvis handla om handhygien.

### **Hur säkrar du upp att alla boende får ett helt individuellt omhändertagande?**

EC lyfter att genomförandeplanerna diskuteras med personalen. De lyfts bland annat på hälsokonferenserna. Något annat som gagnar det individuella omhändertagandet är välkomstsamtalet som sker med boende och dennes anhöriga vid inflyttning.

Kommentar: Det sker olika åtgärder i syfte att skapa ett individuellt omhändertagande, men vi får inte veta hur EC säkrar upp att det blir så.

### **Hur säkerställer du att personalen inte gör s k "blöjronder" nattetid?**

Önskemålen diskuteras på APT och hälsokonferenser. En EC säger att det kräver ständiga dialoger för att ändra en sen länge inarbetad kultur. En EC berättar att man arbetar aktivt med inkontinenskort för att hitta det personligen bästa skyddet.

Kommentar: Här konstaterar vi att EC inte vet hur det går till egentligen, vilket också blir svårare då de aldrig är på plats under natten. Vid genomförd natttillsyn har personalen sagt att de gör sina blöjronder, för att de "alltid har gjort så och tycker att det ingår i att göra ett bra jobb". Arbetet med inkontinenskort och att hitta den individuellt bästa lösningen är mycket bra. Inkontinensombud borde finnas även nattetid.

### **Hur arbetar du för att alla boende som inte säger nej får en dokumenterad levnadsberättelse och hur säkerställer du att den blir känd av personalen?**

Önskemålet tas alltid upp på välkomstsamtalet. Skrivna levnadsberättelser presenteras på APT. En EC erkänner en brist och har en plan för förbättring.

Kommentar: Det är positivt att det finns ett fokus på detta. Man kan inte tvinga någon boende eller anhöriga att bidra till en levnadsberättelse, men frågan är om man tydligt förklarar syftet med en sådan. Framför allt på demensavdelningar fyller de en stor funktion i att skapa en tillvaro som så långt som möjligt möter upp de önskemål personen hade före sitt insjuknande.

### **Hur säkerställer du att genomförandeplanerna dygnet runt används och lever?**

Ett utvecklingsarbete har gjorts så att genomförandeplanerna nu även omfattar natten. Planerna går igenom på APT och hälsokonferenser. Vissa verksamheter arbetar med omvårdnadskort, som ett mer lättarbetat komplement till genomförandeplanen.

Kommentar: Det är bra att planerna nu oftast omfattar hela dygnet. Svaren beskriver hur man arbetar med genomförandeplanerna och hur det är tänkt att fungera, men vi får inte veta hur EC säkerställer att de används.

### **Hur säkerställer du att den boende får sällskap till läkare, frisör o dyl?**

Ofta finns frisör och till exempel fotvård på boendet, vilket självklart gör besök där enkla att genomföra. I övrigt tillfrågas alltid i första hand anhöriga om de har möjlighet att följa med. I andra hand följer personal med. Några EC påpekar att detta görs då det är möjligt.

Kommentar: Vi ser att verksamheten behöver bli mer flexibel i hur man nyttjar personalen över gränserna för att i de flesta fall kunna möjliggöra sällskap. I nämndens kvalitetskrav på särskilt boende för äldre står att utföraren ska svara för att lämplig person kan följa med.

### **Utevistelse ska alltid ingå som en normal del av vardagen. Hur säkerställer du att det fungerar så hos dig?**

Flera EC svarar att alla erbjuds regelbundet att få komma ut. Några medger att bemanningen ibland sätter hinder. Flera EC hänvisar också till att balkongerna används flitigt. En EC lyfter promenad som en lämplig åtgärd enligt BPSD (kvalitetsregister för demens).

Kommentar: Detta är ett område som har förbättrats efter ett arbetssätt som tagits fram av aktivitetssamordnaren. Av en sammanställning framgår vilka aktiviteter som är aktuella och vilka boende som får erbjudande om att vara med. Sen kan en uppföljning göras av den statistiken.

### **Hur minimerar du problemen för de boende med att viss personal har svårt med språket?**

Detta är ett problem på flera håll. Ibland ges samma utbildning flera gånger. Ofta löses problemen genom att språkstark personal blandas med språksvag.

Kommentar: Det är viktigt att den personal som anställs har en tillräcklig språkkunskap för att kunna läsa och ta till sig information, skriva förståeligt och att tala och göra sig förstådda av såväl kollegor som boende. Det är ytterst en säkerhetsfråga. Den viktigaste åtgärden är att skapa en sådan verksamhet så att befintlig personal vill vara kvar, så att man inte ser sig nödgad att anställa personer som är för språksvaga.

### **Hur många boende är det per personal nattetid?**

Här är spannet stort; från 6,4 till 16.

Kommentar: Grundkravet är att man ska hinna uppmärksamma behov utan dröjsmål. Här är det också avgörande hur lokalerna är utformade. Är man som personal ensam med boenden som är fördelade på två olika korridorer eller två olika våningsplan, är det mycket tveksamt om kravet uppfylls. En flexiblare schemaläggning skulle kunna öka möjligheterna.



### **Hur arbetar du med fallprevention?**

Fallavvikelse går igenom på hälsokonferenser och APT, där flera professioner deltar. Man nyttjar också kvalitetsregistret Senior Alert. En EC uppger att man har en personal med huvudansvar för detta.

Kommentar: Det varierar hur aktivt man arbetar med detta. Man kan konstatera att det arbete som görs oftast är på personnivå. Till det behöver också ett arbete göras på enhetsnivå. "Vilka fallrisker har vi här på avdelningen och hur åtgärdar vi dem i ett förebyggande syfte?" Det preventiva arbetet behöver alltså utvecklas.

### **Hur arbetar du med rehabilitering/funktionsbevarande? Hur säkerställer du att ordinationer från rehabpersonal följs?**

Detta diskuteras på APT och hälsokonferenser där paramedicinsk personal deltar. Signeringslistor används, vilka sen kontrolleras så att alla ordinationer har följts.

Kommentar: Vi har vid oannonserad tillsyn fått höra av personal att detta inte alltid fungerar. Vi ser också att det dagliga funktionsbevarande arbetet ofta prioriteras bort.

### **Hur säkerställer du att ordinationer från sjuksköterska efterlevs?**

Detta fungerar enligt samma rutiner som gäller för rehabiliterande ordinationer.

Kommentar: Bedömningen är att det är vanligare att ordinationer från sjuksköterska följs än de som ges av rehabiliteringspersonal. Här spelar det stor roll att sjuksköterska alltid finns på plats.

### **Hur arbetar du som enhetschef och sjuksköterska gemensamt? Hur fås konsensus?**

Ett par EC har möte med sjuksköterska en gång i veckan, medan övriga i princip har daglig kontakt. Alla uppger att de är nöjda med samarbetet.

Kommentar: Det är bra och betydelsefullt för de boende att samarbetet fungerar.

### **Hur fungerar delegeringen? Hur går din bedömning av vilka som är delegeringsbara till?**

Det är en diskussion mellan EC, sjuksköterska och personal som ger vilka som kan vara redo för delegering. Hur lång tid det kan ta bedöms mycket olika bland EC. Spannet är från två veckor till två månader.

Kommentar: Här finns rutiner som följs enhetligt. Det som skiljer är tidsaspekten. MAS's riktlinjer säger att det krävs en inskolningsperiod på minst tre veckor innan

frågan om delegering kan vara aktuell. Rekommendationen är generellt att bedömning om eventuell delegering bör göras först efter två månader. Det är då endast utbildade undersköterskor eller de med likvärdig utbildning som kan delegeras.

### **Hur arbetar ni med BPSD respektive de senaste nationella riktlinjerna kring demenssjukdom?**

Utbildningar har genomförts eller planeras. Vissa boenden arbetar aktivt med skattningar, medan andra nu kommer igång så smått.

Kommentar: Här ser vi en positiv utveckling, från enbart registrering till att även jobba med åtgärder och uppföljningar.

### **Slutsats**

Det är en bit kvar tills vi kan säga att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete. Många aktiviteter görs, men systematiken och säkerställandet att det skapar goda effekter på kvaliteten och verksamheten saknas.

EC har god kontroll på vilka aktiviteter som ska göras och görs, men vår slutsats är att de sällan säkerställer att saker och ting görs som det är sagt och att personalen är med på syftet. Det finns en övertro till att allt som tas upp på APT också får genomslag i praktiken.

Natten är en del av dygnet som behöver mer fokus. EC känner inte riktigt till hur den går till och hur den delen av verksamheten skulle behöva utvecklas.

Det är likaså en bit kvar tills vi har en verksamhet som grundar sig i IBIC (Individens behov i centrum).

Positivt är att arbetet med aktiviteter och utevistelser utvecklats på ett bra sätt med underlättande verktyg.

Vi ser också att arbetet med BPSD går i rätt riktning mot att användas på ett sätt som skapar en bättre livssituation för individen och en förbättrad arbetssituation för personalen.

VON §

Dnr VON20/51

**Principer för hyressättning**

Under de senaste två åren har nybyggnationer av boenden inom såväl äldreomsorg som omsorgen om funktionsnedsatta gjorts, utifrån identifierat behov. Ytterligare grupp- och serviceboenden är planerade. De stigande kostnadsnivåerna på byggmarknaden har gjort att hyrorna för brukarna hamnar på en så hög nivå att vissa av ekonomiska skäl inte har möjlighet att flytta in.

Det har hittills inte funnits någon beslutad princip för hur hyrorna ska beräknas. Utifrån ovan beskrivna situation finns nu ett behov av att fastställa en sådan princip. Olika alternativ handlar om hur stor del av hyran för de gemensamma ytorna som ska belasta brukarna. Om denna hyra fördelas proportionellt på berörda lägenheter, innebär det att brukarna belastas med en hyra som de många gånger inte har råd att betala.

Förslaget är nu att brukaren enbart betalar hyra för ytan på den egna lägenheten samt eventuellt tillhörande förråd och att kommunen står för hyran för de gemensamma ytorna. Den principen har använts på det senast byggda serviceboendet Havsörnen och även på äldre- och demensboendet Myntan. Förelås görs också att denna princip gäller vid byggnation inom äldreomsorgen och omsorgen om funktionsnedsatta från och med år 2020.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** fastställa hyressättningsprinciper beskrivna i tjänsteskrivelse daterad 2020-05-15

**att** principerna gäller vid nybyggnation inom äldreomsorg och omsorg om funktionsnedsatta fr o m år 2020.

**Beslut till:**

Kommunfastigheter  
Division Social omsorg

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

## Principer för hyressättning

### Bakgrund

Under de senaste två åren har nybyggnationer av boenden inom såväl äldreomsorg som omsorgen om funktionsnedsatta gjorts, utifrån identifierat behov. Ytterligare grupp- och serviceboenden är planerade. De stigande kostnadsnivåerna på byggmarknaden har gjort att hyrorna för brukarna hamnar på en så hög nivå att vissa av ekonomiska skäl inte har möjlighet att flytta in.

Det har hittills inte funnits någon beslutad princip för hur hyrorna ska beräknas. Utifrån ovan beskrivna situation finns nu ett behov av att fastställa en sådan princip. Olika alternativ handlar om hur stor del av hyran för de gemensamma ytorna som ska belasta brukarna. Om denna hyra fördelas proportionellt på berörda lägenheter, innebär det att brukarna belastas med en hyra som de många gånger inte har råd att betala.

Förslaget är nu att brukaren enbart betalar hyra för ytan på den egna lägenheten samt eventuellt tillhörande förråd och att kommunen står för hyran för de gemensamma ytorna. Den principen har använts på det senast byggda serviceboendet Havsörnen och även på äldre- och demensboendet Myntan. Föreslås görs också att denna princip gäller vid byggnation inom äldreomsorgen och omsorgen om funktionsnedsatta från och med år 2020.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att fastställa hyressättningsprinciper beskrivna i tjänsteskrivelse daterad 2020-05-15**

**att** principerna gäller vid nybyggnation inom äldreomsorg och omsorg om funktionsnedsatta fr o m år 2020.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Kommunfastigheter

Division Social omsorg

VON §

Dnr VON20/49

**Yttrande avseende medborgarförslag om att anställa en MAR  
(medicinskt ansvarig för rehabilitering)**

Vård- och omsorgsnämnden har fått ett medborgarförslag om att anställa en MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) på remiss. Yttrandet från nämnden ska överlämnas till Kommunstyrelsen.

Ett förslag till yttrande har upprättats, vilket går ut på att nämnden håller med förslagsställare om vikten av att arbeta med rehabilitering och att ha en MAR-funktion. Under året kommer rekrytering av ytterligare en MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) att göras och då är kravet att även MAR-rollen ska täckas.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** anta yttrandet enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-04-27.

**Beslut till:**

Kommunstyrelsen  
Division Social omsorg

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

## **Yttrande avseende medborgarförslag om att anställa en MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering)**

### **Bakgrund**

Vård- och omsorgsnämnden har fått ett medborgarförslag om att anställa en MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) på remiss. Yttrandet från nämnden ska överlämnas till Kommunstyrelsen.

Ett förslag till yttrande har upprättats, vilket går ut på att nämnden håller med förslagsställare om vikten av att arbeta med rehabilitering och att ha en MAR-funktion. Under året kommer rekrytering av ytterligare en MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) att göras och då är kravet att även MAR-rollen ska täckas.

### **Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen**

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** anta yttrandet enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-04-27.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Kommunstyrelsen

Division Social omsorg



**FÖRSLAG**

Kommunstyrelsen

## **Yttrande avseende medborgarförslag om att anställa en MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering)**

Vård- och omsorgsnämnden har fått ett medborgarförslag på remiss. Förslagsställaren föreslår att kommunen ska anställa en MAR, d v s en person med det medicinska ansvaret för rehabilitering.

Nämnden håller med förslagsställaren om vikten av MAR-funktionen och att det förebyggande respektive rehabiliterande förhållningssättet ger både höjd livskvalitet för individen och sänkta kostnader för kommunen. Därför kommer det att vara en central ingrediens i arbetsprocesserna inom Division Social omsorg (DSO).

Idag har DSO en MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) anställd, men på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden kommer rekrytering av ytterligare en att genomföras under året. Enligt kravspecifikationen i rekryteringen, ska den person som anställs även kunna ta MAR-rollen.

---

Sofia Amlöh  
Ordförande

Från: <server@nykoping.se>  
Till: <kommun@nykoping.se>  
Ärende: medborgarförslag  
Datum: 2018-02-22 20:48:57

---

Beslut: Anställer en MAR, medicinskt ansvarig rehabiliterare.

Motivering: För att öka förmågan, självständigheten men även livskvalitén hos våra invånare, samt kunna arbeta effektivt och patientsäkert. Forskning har visat att en MAR även har ekonomiska vinster.

Följande är hämtat från debattartikel i Dagens medicin 2015 (se länk nedan):

Susanne Iwarsson, professor och doktor i medicinsk vetenskap vid Lunds universitet: Rollen som medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering ska inte kombineras i en och samma individ. Det är en förenkling att tro att en enda person ska kunna greppa både omvårdnads- och rehabiliteringsperspektivet.

Även Margareta Lilja, professor i arbetsterapi vid Luleå tekniska högskola, och Magnus Zingmark, doktor i arbetsterapi vid Umeå universitet, står bakom idén. Zingmark har skrivit en avhandling som visat att många äldre som ansökte om hemtjänst klarade av vardagsbestyren på egen hand efter att ha fått stöttning av en arbetsterapeut. Detta, om något, borde kunna få beslutsfattare att inse vikten av större fokus på rehabilitering, menar Magnus Zingmark.

– Pengar talar ett språk som är väldigt tydligt. Flera studier har visat att en relativt kort insats med arbetsterapeut gör skillnad i kostnadsutvecklingen över ett flerårsperspektiv.

<https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2015/10/15/forskare-sluter-upp-bakom-krav-pa-mar/>



VON §

Dnr VON20/6

**Ej verkställda beslut enligt § 28 h Lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade, första kvartalet 2020**

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt LSS för beslut som inte verkställts inom tre månader under första kvartalet 2020 till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar 19 beslut, varav 18 funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har sju beslut verkställts. Två beslut har tagits bort från inrapporteringen p g a avslut på enskilda begäran. I två andra fall har insatsen blivit en annan än ursprungligen beslutad.

Tabellen specificerar de 19 ej verkställda besluten.

Antal	Tid för beslut	Kommentar
Bostad med särskild service		
13	Apr 2016 – Jun 2019 (2016 1 st beslut, 2017 3 st)	Flertalet har andra beslut verkställda under väntetiden, såsom daglig verksamhet, servicebostad och boendestöd.
Kontaktperson		
3	Dec 2018 – Dec 2019	Svårigheter att hitta rätt person för uppdraget.
Daglig verksamhet		
3	Aug 2017 – Apr 2019 (2017 1 st beslut)	

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2020-05-20.

**Beslut till:**

Kommunfullmäktige

Revisorerna

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

--	--	--

Vård- och omsorgsnämnden

## Ej verkställda beslut enligt § 28 h Lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade, första kvartalet 2020

### Bakgrund

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt LSS för beslut som inte verkställts inom tre månader under första kvartalet 2020 till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar 19 beslut, varav 18 funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har sju beslut verkställts. Två beslut har tagits bort från inrapporteringen p g a avslut på enskilda begäran. I två andra fall har insatsen blivit en annan än ursprungligen beslutad.

Tabellen specificerar de 19 ej verkställda besluten.

Antal	Tid för beslut	Kommentar
Bostad med särskild service		
13	Apr 2016 – Jun 2019 (2016 1 st beslut, 2017 3 st)	Flertalet har andra beslut verkställda under väntetiden, såsom daglig verksamhet, servicebostad och boendestöd.
Kontaktperson		
3	Dec 2018 – Dec 2019	Svårigheter att hitta rätt person för uppdraget.
Daglig verksamhet		
3	Aug 2017 – Apr 2019 (2017 1 st beslut)	

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

## **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2020-05-20.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

## **Beslut till:**

Kommunfullmäktige

Revisorerna

VON §

Dnr VON20/5

**Ej verkställda beslut enligt 16 kap §§ f och h Socialtjänstlagen (SOL), första kvartalet 2020**

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt Socialtjänstlagen för beslut som inte verkställts inom tre månader under första kvartalet 2020 till Inspektionen för Vård- och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar åtta beslut, varav fyra funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har sex beslut verkställts.

Tabellen specificerar de åtta ej verkställda besluten.

Antal	Tid för beslut	Kommentar
Särskilt boende		
6	Jul 2019 – Dec 2019	Flertalet har fått kommande inflyttning planerad.
Särskilt boende socialpsykiatri		
2	Nov 2018 – Sep 2019	I väntan på boende finns insatsen boendestöd.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2020-05-20.

**Beslut till:**

Kommunfullmäktige

Revisorerna

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

## Ej verkställda beslut enligt 16 kap §§ f och h Socialtjänstlagen (SOL), första kvartalet 2020

### Bakgrund

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt Socialtjänstlagen för beslut som inte verkställts inom tre månader under första kvartalet 2020 till Inspektionen för Vård- och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar åtta beslut, varav fyra funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har sex beslut verkställts.

Tabellen specificerar de åtta ej verkställda besluten.

Antal	Tid för beslut	Kommentar
Särskilt boende		
6	Jul 2019 – Dec 2019	Flertalet har fått kommande inflyttning planerad.
Särskilt boende socialpsykiatri		
2	Nov 2018 – Sep 2019	I väntan på boende finns insatsen boendestöd.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2020-05-20.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och  
omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Kommunfullmäktige  
Revisorer



VON §

Dnr VON20/4

**Delegationsärenden**

*För att ta del av anmälda delegationsbeslut på nämndsammanträde, var god kontakta nämndsekreterare senast två arbetsdagar innan mötet för att säkerställa att handlingarna hinner tas fram.*

*För begäran om allmän handling, kontakta ansvarig registrator.*

Bilagat finns en förteckning över delegationsbeslut fattade till och med 2020-05-26.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** lägga förtecknade delegationsärenden till handlingarna.

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

**Vård- och omsorgsnämnden**

## Delegationsbeslut

<b>Pt</b>	<b>Dnr</b>	<b>Handlingsrubrik</b>	<b>Beslutande</b>	<b>Beslutsdatum</b>
5.14.1	VON20/34:4	Beslut att avsluta Lex sarah-rapport från Sommarvägens LSS-boende	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2020-03-27
5.14.1	VON20/41:3	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport från Narcissvägens gruppboende	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2020-03-27
1.1.1	VON20/43:1	Delegationsbeslut med anledning av Covid-19 : Inga omsorgsinsatser till kunder med tillfälliga vistelser i Nyköpings kommun		2020-04-05
1.1.1	VON20/47:1	Beslut om äldre- och demensboende gällande öppnande av Koggen samt evakuering av Myntan	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2020-04-17
1.1.1	VON20/55:7	Beslut samt yttrande, till SIS, om förslag till standard för bostad med särskild service för vuxna, LSS	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2020-05-07

**Vård- och omsorgsnämnden**

Delegationsbeslut

2020-06-04

<b>Pt</b>	<b>Dnr</b>	<b>Handlingsrubrik</b>	<b>Beslutande</b>	<b>Beslutsdatum</b>
	VON20/4:3	Lista över beslut, februari 2020	Division Social omsorg	2020-02
	VON20/4:6	Lista över beslut, mars 2020	Division Social omsorg	2020-03
	VON20/4:7	Lista över beslut, april 2020	Division Social omsorg	2020-04

VON §

Dnr VON20/1

**Anmälningssärenden**

*För att ta del av anmälningssärenden på nämndsammanträde, var god kontakta nämndsekreterare senast två arbetsdagar innan mötet för att säkerställa att handlingarna hinner tas fram.*

*För begäran om allmän handling, kontakta ansvarig registrator.*

Bilagat finns en förteckning över inkomna anmälningssärenden till och med 2020-05-26.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** lägga rubricerade anmälningssärenden till handlingarna.

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

**Vård- och omsorgsnämnden**

## Anmälningar

Nr	Från	Handlingsrubrik	Dnr
1	Beställarkontoret	Verksamhetsrapport 2019 - Lekoteket, från FUB Södra Sörmland	VON19/46:2
2	Beställarkontoret	Verksamhetsberättelse 2019 - FUB Södra Sörmland	VON19/46:3
3	Södermanlands Nyheter	Inkommen fråga om antalet avvikelser under 2018 och 2019	VON20/38:2
4	Södermanlands Nyheter	Svar på inkommen fråga om antalet avvikelser 2018 och 2019	VON20/38:3
5	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Gruppboenden Narcissvägen 2	VON20/41:1
6		Inkommen medborgarkommentar om hantering av sjukvårdsmateriel	VON20/40:1
7		Svar på medborgarkommentar om hantering av sjukvårdsmateriel	VON20/40:2
8	Beställarkontoret	Protokoll från sammanträde med Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård 2020-03-05	VON20/14:1
9	Socialstyrelsen	Information: Höjt statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud	VON19/104:11
10	Inspektionen för vård och omsorg	Beslut att avsluta tillsyn av Arkens demensboende, avd Sörgården, Dnr 8.5-28165/2019	VON19/97:12
11	Division Social omsorg	Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Sommarvägen 6	VON20/34:2
12	Beställarkontoret	Missiv/e-post: Utjämning av LSS-kostnader mellan kommuner, utjämningsåret 2020, reviderat utfall	VON20/1:7
13	Division Social omsorg	Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Gruppboenden Narcissvägen 2	VON20/41:2
14	Division Social omsorg	Åtgärdsplan efter Lex Sarah-rapport från Sommarvägens LSS-boende	VON20/34:3
15	Beställarkontoret	Protokollsutdrag Kommunfullmäktige § 68 2020-03-10 Kostpolicy för Nyköpings kommun	VON19/91:4
16	Beställarkontoret	Protokoll från Kommunala Pensionärsrådet, Nyköpings kommun, 2019-12-13	VON19/1:24
17	Beställarkontoret	Protokoll från Kommunala Pensionärsrådet, Nyköpings kommun, 2020-02-21	VON20/1:8
18	Beställarkontoret	För kännedom: Delegationsbeslut - Inga garanterade hemtjänstinsatser vid tillfällig vistelse i Laxå kommun med anledning av Covid-19	VON20/1:17.1
19	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Division Social omsorg	VON20/48:1

20	Beställarkontoret	Patientsäkerhetsberättelse Riggargatans äldreboende 2019	VON19/25:19
21	Beställarkontoret	Verksamhetsberättelse Riggargatan 2019	VON19/25:20
22	Beställarkontoret	Kompetensutvecklingsplan 2020 Riggargatan	VON20/12:6
23	Beställarkontoret	Verksamhetsplan Riggargatan 2020	VON20/12:5
24	Beställarkontoret	Verksamhets- och kvalitetsberättelse 2019 Olivia Hemomsorg	VON19/54:13
25	Beställarkontoret	Resultaträkning 2019 Olivia Hemomsorg	VON19/54:14
26	Beställarkontoret	Balansräkning 2019 Olivia Hemomsorg	VON19/54:15
27	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Specialteamet i hemtjänsten	VON20/54:1
28	Beställarkontoret	För kännedom: Inga garanterade hemtjänstinsatser vid tillfällig vistelse i Västerviks kommun	VON20/43:2
29	Beställarkontoret	För kännedom: Ordförandebeslut tillfällig vistelse i Falkenbergs kommun med anledning av Covid-19	VON20/43:3
30	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut från Vadstena kommun med anledning av Covid-19, Inga garanterade omsorgsinsatser till kunder med tillfälliga vistelser i Vadstena kommun	VON20/43:4
31	Beställarkontoret	För kännedom: Ordförandebeslut från Östra Göinges kommun gällande verkställande av insatser enligt 2 a kap. 6 § SoL med anledning av Covid-19	VON20/43:5
32	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut från Kinda kommun med anledning av Covid-19, om tillfälliga omsorgsinsatser	VON20/43:6
33	Beställarkontoret	För kännedom: Ordförandebeslut tillfällig vistelse i Kävlinge kommun med anledning av Covid-19	VON20/43:7
34	Beställarkontoret	För kännedom: Ordförandebeslut tillfällig vistelse i Upplands Väsby kommun med anledning av Covid-19	VON20/43:8
35	Beställarkontoret	Missiv - För kännedom: Beslut från Laxå kommun om tillfälliga hemtjänstinsatser med anledning av Covid-19	VON20/43:9
36	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut från Socialnämndens sammanträde den 16 april 2020 § 36 - Verkställande av insatser inom hemtjänst i Lindesbergs kommun utifrån vistelsebegreppet i samband med Covid-19, Corona	VON20/43:10
37	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut avseende omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i kommunen, Vänersborgs kommun med anledning av Corona-(Covid-19)	VON20/43:11
38	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut om verkställighet av hemtjänstinsatser för vistelsekommunen, med anledning av Corona (Covid-19) - från Nynäshamns kommun	VON20/43:12
39	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfälliga vistelser i Ale kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:17

40	Beställarkontoret	För kännedom: Ordförandebeslut humanistiska nämnden, Örnsköldsviks kommun, gällande verkställande av insatser enligt 2 kap. 6 § SoL med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:18
41	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfälliga vistelser i Vansbro kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:19
42	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Hudiksvalls kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:20
43	Beställarkontoret	För kännedom: Delegationsbeslut från Boxholms kommun Inga omsorgsinsatser till kunder med tillfälliga vistelser i Boxholms kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:21
44	Beställarkontoret	För kännedom: Ordförandebeslut från Botkyrka kommun om omsorgsinsatser vid tillfälliga vistelser med anledning av Corona (Covid19)	VON20/43:22
45	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Vingåkers kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:23
46	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut att inte utföra service- och omsorgsinsatser till personer med tillfälliga vistelser i Färgelanda kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:24
47	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut från Vård- och omsorgsnämnden gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Tingsryds kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:25
48	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut från Arboga kommun Socialnämnden 2020-04-22 § 63 Inga garanterade hemtjänstinsatser vid tillfällig vistelse i Arboga kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:26
49	Beställarkontoret	För kännedom: Delegationsbeslut från Arvidsjaur kommun avseende insatser vid tillfällig vistelse i Arvidsjaur kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:27
50	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Södertälje kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:28
51	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Trelleborgs kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:29
52	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Värmdö kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:30
53	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Oxleösunds kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:31
54	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Hallstahammars kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:32

55	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Herrljunga kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:33
56	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Skellefteå kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:34
57	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Mora kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:35
58	Beställarkontoret	Skrivelse avseende situation på Invita hemtjänst med anledning av Corona (Covid19)	VON20/43:36
59	Beställarkontoret	Svar på skrivelse angående Invitas arbete kring Corona (Covid 19)	VON20/43:37
60	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Motala kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:38
61	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Nora kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:39
62	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Tierps kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:40
63	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Laholms kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:41
64	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Ånge kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:42
65	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Mölndals kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:43
66	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Sollefteå kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:44
67	Beställarkontoret	Skrivelse med frågor gällande Nyköpings kommuns beslut om stängning av daglig verksamhet under Corona-epidemin	VON20/43:45
68	Beställarkontoret	Svar på skrivelse med frågor gällande Nyköpings kommuns beslut om stängning av daglig verksamhet under Corona-epidemin	VON20/43:46
69	Beställarkontoret	Avtal mellan Vård- och omsorgsnämnden och Mirabilia AB om utförande av hemtjänst för i avtalet angiven kund	VON20/19:1
70	Beställarkontoret	Tillägg till överenskommelse, VON18/9:6, med Väntjänsten om aktiviteter för perioden 2019-2021	VON20/53:2
71	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Kalix kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:47



72	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Höörs kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:52
73	Revisorerna	Revisionsrapport: Grundläggande granskning av styrelsens och nämndernas ansvarsutövande 2019	VON20/58:1
74	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Bergs kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:53
75	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Flens kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:54
76	Division Social omsorg	Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Specialteamet i hemtjänsten	VON20/54:2
77	Division Social omsorg	Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Division Social omsorg	VON20/48:2
78	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Timrå kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:55