

Vård- och omsorgsnämnden

TORSDAGEN DEN 29 OKTOBER 2020, KL. 13.30 STADSHUSET SAL A

Med anledning av rådande situation gällande Covid-19/Coronaviruset uppmanas nämndens ledamöter och ersättare att följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer att stanna hemma vid sjukdom, även vid lindriga symptom.

SAMMANTRÄDET ÄR STÄNGT FÖR ALLMÄNHETEN

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

INFORMATIONSÄRENDEN

- | | | |
|---|-----------------------|---|
| 1 | Personligt ombud | Marie Karlsson, Ann-Sofie Andersson |
| 2 | Aktuellt läge VON/DSO | Jan Holmlund, Marie Johnsson |

BESLUTSÄRENDEN

- | | | |
|---|---|---------|
| 1 | Uppföljning av arbetet med avvikelshantering <ul style="list-style-type: none"> - Tjänsteskrivelse - Rapport | VON20/7 |
| 2 | Uppföljning legitimerad personal sommaren 2020 <ul style="list-style-type: none"> - Tjänsteskrivelse - Rapport | VON20/7 |
| 3 | Uppföljning av delegeringsförfarandet <ul style="list-style-type: none"> - Tjänsteskrivelse - Rapport - Frågeunderlag | VON20/7 |

| | | |
|----|--|-----------|
| 4 | Uppföljning efter identifierad brist i 2019 års internkontroll | VON19/34 |
| | <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport | |
| 5 | Handlingsplan för förbättrad patientsäkerhet | VON20/7 |
| | <ul style="list-style-type: none">- <i>Handlingar i ärendet skickas ut separat</i> | |
| 6 | Handlingsplan för förbättrad journalföring | VON20/7 |
| | <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport- Handlingsplan | |
| 7 | Slutrapport av det särskilda uppdraget att starta pilotprojekt kring Idéburet offentligt partnerskap | VON19/99 |
| | <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport | |
| 8 | Delårsrapport 2020 | VON20/2 |
| | <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport | |
| 9 | Uppföljning av reviderade riktlinjer avseende boendestöd | VON18/106 |
| | <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport | |
| 10 | Funktionsprogram för bostad med särskild service i form av servicebostad LSS samt enligt SOL | VON19/79 |
| | <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Funktionsprogram- Bilaga: Lokalprogram | |
| 11 | Yttrande över medborgarförslag om att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger | VON20/79 |
| | <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Yttrande- Medborgarförslag | |

- | | | |
|----|--|-----------|
| 12 | Reviderad delegationsordning för Vård- och omsorgsnämnden | VON19/124 |
| | <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Förslag till delegationsordning | |
| 13 | Upplägg av Vård- och omsorgsnämndens interna tillsyner från och med 2021 | VON20/90 |
| | <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Bilaga | |
| 14 | Delegationsärenden | VON20/4 |
| | <ul style="list-style-type: none">- Lista | |
| 15 | Anmälningssärenden | VON20/1 |
| | <ul style="list-style-type: none">- Lista | |

Sofia Amloh
Ordförande

Johanna Sterner
Sekreterare

VON §

Dnr VON20/7

Uppföljning av arbetet med avvikelshantering

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. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gjorde i början av året en uppföljning av efterlevnaden av den riktlinje som gäller kring avvikelshantering inom hälso- och sjukvården. MAS konstaterade då att en stor del av rapporterade avvikelser inte hanteras systematiskt med analys, åtgärder och uppföljning. Därför uppdrog Vård- och omsorgsnämnden åt samtliga utförare att skriftligen rapportera till MAS hur man avsåg att implementera riktlinjen om avvikelshantering samt hur man sedan avsåg att säkerställa efterlevnaden (VON § 6, § 36 och § 52, 2020).

MAS har nu gjort en förnyad uppföljning för att stämma av om handlingsplanerna börjar få effekt på avvikelshantering. Som framgår av bifogad rapport konstaterar MAS att mycket få avvikelser bearbetas i sin helhet. Det arbetas hårt med punktinsatser, vilket ökar allas arbetsbelastning, istället för att arbeta med det preventiva grundläggande förbättringsarbetet, vilket är syftet med avvikelshantering. Avslutningsvis konstaterar MAS att de privata utförarna påbörjat arbetet med att leva upp till de framtagna handlingsplanerna, medan ingen förbättring noteras inom DSO.

Vård- och omsorgsnämnden anser att en väl fungerande avvikelshantering är en nödvändig ingrediens i ett systematiskt kvalitetsarbete. Vi behöver ha en lärande organisation, så att inte misstag upprepas i onödan. Nämnden ser mycket allvarligt på att avvikelshantering fungerar så undermåligt på många håll i verksamheterna. Om det inte i MAS nästa uppföljning kan konstateras tydliga förbättringar, behöver nämnden vidta än mer kraftfulla åtgärder.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

VON §

Dnr VON20/7

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna "Rapport – Hälso-och sjukvårdsavvikelser inom Vård-och Omsorgsnämndens ansvarsområde 2020", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-15.

att uppdra åt samtliga utförare att fullt ut implementera MAS's riktlinjer rörande avvikelshantering till nästa års uppföljning, så att det då har skett tydliga förbättringar i avvikelshantering.

Beslut till:

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

Invita Omsorg AB

Olivia hemomsorg AB

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning av arbetet med avvikelshantering

Bakgrund

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. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gjorde i början av året en uppföljning av efterlevnaden av den riktlinje som gäller kring avvikelshantering inom hälso- och sjukvården. MAS konstaterade då att en stor del av rapporterade avvikelser inte hanteras systematiskt med analys, åtgärder och uppföljning. Därför uppdrog Vård- och omsorgsnämnden åt samtliga utförare att skriftligen rapportera till MAS hur man avsåg att implementera riktlinjen om avvikelshantering samt hur man sedan avsåg att säkerställa efterlevnaden (VON § 6, § 36 och § 52, 2020).

MAS har nu gjort en förnyad uppföljning för att stämna av om handlingsplanerna börjar få effekt på avvikelshandlingen. Som framgår av bifogad rapport konstaterar MAS att mycket få avvikelser bearbetas i sin helhet. Det arbetas hårt med punktinsatser, vilket ökar allas arbetsbelastning, istället för att arbeta med det preventiva grundläggande förbättringsarbetet, vilket är syftet med avvikelshantering. Avslutningsvis konstaterar MAS att de privata utförarna påbörjat arbetet med att leva upp till de framtagna handlingsplanerna, medan ingen förbättring noteras inom DSO.

Vård- och omsorgsnämnden anser att en väl fungerande avvikelshantering är en nödvändig ingrediens i ett systematiskt kvalitetsarbete. Vi behöver ha en lärande organisation, så att inte misstag upprepas i onödan. Nämnden ser mycket allvarligt på att avvikelshandlingen fungerar så undermåligt på många håll i verksamheterna. Om det inte i MAS nästa uppföljning kan konstateras tydliga förbättringar, behöver nämnden vidta än mer kraftfulla åtgärder.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna "Rapport - Hälso-och sjukvårdsavvikelser inom Vård-och Omsorgsnämndens ansvarsområde 2020", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-15.

att uppdra åt samtliga utförare att fullt ut implementera MAS's riktlinjer rörande avvikelshantering till nästa års uppföljning, så att det då har skett tydliga förbättringar i avvikelshantering.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslut till:

Division Social omsorg
Ansvar & omsorg
Betelhemmet
Invita Omsorg AB
Olivia hemomsorg AB

Rapport – Hälso-och sjukvårdsavvikelser inom Vård-och Omsorgsnämndens ansvarsområde 2020

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 brister i verksamheternas hantering av Hälso-och sjukvårds (HSL) avvikelser i sin helhet. VON beslutade att samtliga utförare skulle inlämna en handlingsplan till MAS senast 2020-04-30, om hur de avser att implementera riktlinjen om avvikelshantering samt hur de sedan avser att säkerställa efterlevnad. Dessa handlingsplaner redovisades i en MAS sammanställning i VON 2020-06-04. Utöver detta fick Division social omsorg (DSO) ytterligare förnyat uppdrag att förtydliga verksamhetens processer i implementering och säkerställan av efterlevnad, redovisades i VON 2020-06-25.

I de handlingsplaner som MAS sammanställde beskrev de privata utförarna behövliga processer, hur kvalitetssäkring kommer att ske löpande, ansvarsfördelningen och det systematiska arbetet framgår tydligt.

Handlingsplanen från DSO saknade processer och implementeringsförfarande. De beskrev att riktlinjer, rutiner är kända av alla och hur det diskuteras kring avvikelser. Efter komplettering av handlingsplanen framkom det vilka åtgärder DSO tänker vidta, ansvarsfördelning och när åtgärderna är tänkta att genomföras. Det som fortsatt uteblev i beskrivningen är enhetschefernas utrednings- och dokumentationsskyldighet.

Framöver kommer uppföljning av avvikelshantering att ingå i MAS årliga rapporteringsplan och kommer att ske varje år.

Syfte

En uppföljning till rapporten i nämnden 2020-02-04 av avvikelshantering. För att se om de förbättringsåtgärder som verksamheterna redovisade har haft något genomslag i avvikelshanteringen och för att se om det redan finns en tendens till förbättring i hanteringen av avvikelser.

Metod

Uppgifter hämtades från Procapita sammanställningsverktyg under avvikelser. Alla hälso-och sjukvårds (HSL) avvikelser under perioden 200101 - 200930. Manuell genomgång av alla kommentarer från enhetschef, händelseutredning, orsak, åtgärd, återkoppling till rapportör, kommentar från sjuksköterska samt om patienten/anhöriga informerats om avvikelser inom samma perioder som ovan. Sammanställda i tabeller, indelade i totalen, DSO som helhet och de privata utförarna sammanslagna.

Resultat

Tabell 1 Totalt antal registrerade HSL Avvikelser

| | Totalen | DSO | Privata utförare |
|------------------------|-------------|-------------|------------------|
| Allmän omvårdnad | 261 | 151 | 110 |
| Fall | 1965 | 1546 | 419 |
| Informationsöverföring | 35 | 26 | 9 |
| Läkemedel | 1423 | 1013 | 410 |
| Specifik omvårdnad | 59 (hj 39) | 33 | 26 |
| Summa | 3743 | 2769 | 974 |

Totalt antal HSL avvikelser 200101 – 201001, inrapporterade i alla verksamheter. Redovisas i antal avvikelser. I totalen ingår alla verksamheter, DSO är alla kommunala verksamheter och privata utförare sammanslaget (här ingår särskilda boenden och hemtjänst utförare). Vid specifik omvårdnad, siffran inom parentes gäller avvikelser i hantering av hjälpmedel.

Tabell 2 Andelen av samtliga registrerade HSL avvikelser, där en händelseutredning dokumenterats

| | Totalen | DSO | Privata utförare |
|------------------------|--------------|------------|------------------|
| Allmän omvårdnad | 13 % | | |
| Fall | 6,6 % | | |
| Informationsöverföring | 48,6 % | | |
| Läkemedel | 9,7 % | | |
| Specifik omvårdnad | 17 % | | |
| Summa | 8,7 % | 8 % | 11 % |

Kolumnen "Totalen" redovisas i procent, av den totala andelen i varje indelad kategori. Summan redovisas i procent i totalen och fördelat på de olika verksamheternas samtliga registrerade avvikelser.

Tabell 3 Andelen av undersökningar av orsaken till HSL avvikelser/händelsen, som dokumenterats

| | Totalen | DSO | Privata utförare |
|------------------------|--------------|--------------|------------------|
| Allmän omvårdnad | 8,4 % | | |
| Fall | 2,4 % | | |
| Informationsöverföring | 25,7 % | | |
| Läkemedel | 6,7 % | | |
| Specifik omvårdnad | 11,8 % | | |
| Summa | 4,8 % | 3,7 % | 8 % |

Kolumnen ”Totalen” redovisas i procent, av den totala andelen i varje indelad kategori. Summan redovisas i procent i totalen och fördelat på de olika verksamheternas samtliga registrerade avvikelser.

Tabell 4 Andelen utförda åtgärder kopplade till HSL avvikelser som dokumenterats

| | Totalen | DSO | Privata utförare |
|------------------------|---------------|-------------|------------------|
| Allmän omvårdnad | 46 % | | |
| Fall | 33 % | | |
| Informationsöverföring | 68 % | | |
| Läkemedel | 40 % | | |
| Specifik omvårdnad | 40 % | | |
| Summa | 36,8 % | 40 % | 27,3 % |

Kolumnen ”Totalen” redovisas i procent, av den totala andelen i varje indelad kategori. Summan redovisas i procent i totalen och fördelat på de olika verksamheternas samtliga registrerade avvikelser.

Tabell 5 Information om avvikelser till drabbad patient eller anhörig, totalt av alla registrerade avvikelser

| | Patient | Anhörig | |
|------------------------|------------------|------------------|--|
| Allmän omvårdnad | 12 | 8 | |
| Fall | 142 | 107 | |
| Informationsöverföring | 1 | 2 | |
| Läkemedel | 143 | 20 | |
| Specifik omvårdnad | 2 | 2 | |
| Summa | 300 = 8 % | 139 = 4 % | |

Kolumnerna uppdelad i antal patienter och antal anhöriga som har informerats om att en avvikelse har hänt samt att en avvikelse har skrivits för bearbetning och analys för att minimera upprepning. Summan redovisas i antal och i procent av den totala summan av alla avvikelser.

Legitimerad personal har kommenterat i 2270 (60%) av alla avvikelser.

Av totala antalet avvikelser, 3743, är 1440 (38%) inte avslutade eller bearbetade.

Sammanställning

Även om detta inte är ett helårsresultat påvisar siffrorna i resultat en likvärdig utveckling som tidigare år, i antalet avvikelser.

Förvånande är hur få avvikelser som bearbetas i sin helhet. Siffrorna visar att både händelseutredning och orsak till händelsen beskrivs inte utan man går direkt till åtgärder. Vilket väcker frågan om åtgärden är rätt åtgärd utan utredning?

Det som är påtagligt vid genomgången är att de privata utförarna har blivit bättre i sin dokumentation i helhet, även om innehållet kan fortsatt förbättras och bli mer detaljerat. Uppfattningen MAS får är att de förbättringsförslag som beskrevs i handlingsplanerna börjar ge viss effekt. DSO påvisar dock en viss försämring i sin helhet av hanteringen av avvikelser. Dokumentationen ser likadan ut som tidigare, mest hänvisningar till hälsokonferenser eller arbetsplatsträffar. Vilket indikerar för MAS att det som beskrevs i handlingsplanen inte har implementerats eller fått genomslag i verksamheterna.

Patientsäkerhetslagen 3 kap 1–4 § (PSL 2010:659) skriver väldigt tydligt om de skyldigheter som en verksamhet ska uppfylla i avseende planering, styrning, förebyggande för skador, utredningsskyldighet och patient/anhörig delaktighet. Detta gör MAS betänksam utifrån resultatets siffror om verksamheterna verkligen förstår sin lagskyldighet i att ha en fungerande avvikelshantering. MAS har även svårigheter att förstå varför dokumentationen fallerar; är det att cheferna inte har rätta förutsättningar, oklara direktiv från ledning, att det inte efterfrågas lärdom eller det preventiva arbetssättet inte finns ?

Det finns dock vissa enheter inom DSO som sticker ut i sin avvikelshantering, t ex särskilda boendet, Hället/Arken, som står för största delen av antalet som har informerat patienten och anhöriga att en avvikelse har hänt, vilket är glädjande. Patientlagen 11 kap 2§, lyfter upp vikten av att patient snarast ska informeras om en händelse som medfört skada och vilka åtgärder som vidtas för att liknande händelser inte ska ske igen. Det känns som en verksamhet har påbörjat och förstått informationsskyldigheten till patient/anhöriga och nästa steg bör vara delaktigheten i åtgärdshanteringen. Detta borde vara en självklarhet i alla verksamheter. De som bor och vårdas i verksamheterna förväntas få god och säker vård med en delaktighet, även av anhöriga, då bör informationen och transparensen gentemot individen vara en självklarhet.

Målet rörande bearbetning av avvikelser på ett adekvat sätt borde vara 100 % på alla nivåer. Även det preventiva arbetet med riskanalyser borde prioriteras högt i verksamheterna. Likväl som kravet på dokumentation, borde efterfrågas av de ansvariga, att de ska bearbeta avvikelser inte bara på individnivå utan för

att uppnå ett förbättringsarbete på enhetsnivå också. Spårbarheten till åtgärder kopplade till enskild avvikelse måste beskrivas i själva avvikelsen, vilket inte görs, utan det görs en härledning t ex tas på HK som i sig inte är en åtgärd utan en del av förfarandet. Det som framkommer på HK av åtgärder ska summeras och skrivas in i avvikelsen och som även innebär att åtgärden ska beskrivas i patientens journal, vid alla avvikelser (detta har inte kontrollerats), eftersom varje avvikelse är personlig.

MAS har svårigheter att förstå varför det arbetas så hårt med punktinsatser, vilket ökar allas arbetsbelastning, istället för att arbeta med det preventiva grundläggande förbättringsarbetet. MAS saknar fortfarande det preventiva arbetet på enhetsnivå med riskanalyser och handlingsplaner för förbättringsarbete, för att minska antalet avvikelser. Det preventiva arbetssättet (t ex PDSA-hjulet = Planera-genomföra-följa upp-förbättra - kontinuerligt) är inget som går att ta fram statistiskt ur verksamhetssystemet utan detta ska vara ett arbetssätt som implementeras på enheterna med ett dokumentationssystem öppet för alla. Detta för att alla ska kunna ta lärdom av varandra istället för att dubbelarbeta. Var är lärdomarna från avvikelserna?

Om avvikelshanteringens uppgift av egenkontroll skulle fungera processenligt så vore det även underlättande vid detaljbeskrivning vid årliga Patientsäkerhetsberättelsen, som skulle kunna ge läsaren ingående inblick hur det arbetas med förbättringar i verksamheterna.

MAS Bedömning

Dessa siffror som redovisats är undermåliga på alla nivåer! Att avvikelser inte bearbetas är tydligt! Ser dock en ansats hos de privata utförarna att påbörja arbetet att leva upp till handlingsplanerna.

Handlingsplanerna som inlämnats ska implementeras fullt ut till nästa årsuppföljning. Det ska vara tydliga förbättringar i avvikelshanteringens med adekvata beskrivningar i alla olika delarna, både på en individ som enhetsnivå.

Utifrån detta underlag är det svårt att dra några slutsatser, mer än att verksamheterna inte arbetar enligt gällande lagar!

Den 14/10-20

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Tarja Viitanen

VON §

Dnr VON20/7

Uppföljning legitimerad personal sommaren 2020

Inför varje sommar görs en riskanalys för perioden av reducerad bemanning av legitimerad personal. Syftet är att belysa och identifiera riskområden samt planera åtgärder för att upprätthålla patientsäkerheten under sommarmånaderna. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har nu gjort en uppföljning av sommaren ur denna aspekt.

Till stora delar har sommarbemanningen fungerat på ett bra sätt, vilket är glädjande. Undantaget från detta gäller de särskilda boendena för äldre. Detta är ytterligare ett tydligt tecken på behovet av det påbörjade arbetet inom DSO som handlar om en översyn av hela personalplaneringen för att skapa förutsättningar för en bättre struktur och resursfördelning. Tanken är att organisationen i högre grad ska präglas av stabilitet, samordning och flexibilitet i planering och administration av personalresurser, med implementeringsstart under 2021.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporteringen av genomförd uppföljning av den legitimerade personalen sommaren 2020, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-15.

att uppdra åt Division Social omsorg att inför sommaren 2021 ta hänsyn till de åtgärdsbehov som MAS identifierat.

Beslut till:

Division Social omsorg
Ansvar & omsorg
Betelhemmet

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning legitimerad personal sommaren 2020

Bakgrund

Inför varje sommar görs en riskanalys för perioden av reducerad bemanning av legitimerad personal. Syftet är att belysa och identifiera riskområden samt planera åtgärder för att upprätthålla patientsäkerheten under sommarmånaderna. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har nu gjort en uppföljning av sommaren ur denna aspekt.

Till stora delar har sommarbemanningen fungerat på ett bra sätt, vilket är glädjande. Undantaget från detta gäller de särskilda boendena för äldre. Detta är ytterligare ett tydligt tecken på behovet av det påbörjade arbetet inom DSO som handlar om en översyn av hela personalplaneringen för att skapa förutsättningar för en bättre struktur och resursfördelning. Tanken är att organisationen i högre grad ska präglas av stabilitet, samordning och flexibilitet i planering och administration av personalresurser, med implementeringsstart under 2021.

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 av genomförd uppföljning av den legitimerade personalen sommaren 2020, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-15.

att uppdra åt Division Social omsorg att inför sommaren 2021 ta hänsyn till de åtgärdsbehov som MAS identifierat.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslut till:

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

Rapport – Uppföljning bemanning legitimerad personal i DSO, sommaren 2020

Bakgrund

Inför varje sommar ska en riskanalys göras för perioden av reducerad bemanning av legitimerad personal i Division Social Omsorg (DSO). Syftet är att belysa och identifiera riskområden samt planera åtgärder för att upprätthålla patientsäkerheten under sommarmånaderna. Riskanalysen till sommaren 2020 gjordes av enhetscheferna (Ec) inom Hälso-och sjukvården (HSO).

Patientsäkerhetsrisker som identifierades i riskanalysen:

- Risk att uppföljningar av åtgärder/behandlingar prioriteras bort
- Minskade möjligheter till handledning
- Viss risk för korttidsfrånvaro vid ökad belastning
- Minskad kontinuitet i vården när ordinarie legitimerad personal är ledig
- Mycket skört under v 29–32 inom hemsjukvården (HSV) till följd av bemanningssvårigheter
- Risk för ökad arbetsbelastning till följd av covid-19

Det kommer under sommaren att finnas minst en enhetschef på plats hela semesterperioden.

Informationsöverföring mellan slutenvården, Regionen (NLN) och kommunen säkerställs via kommunikationssystemet Prator. Detta bidrar till en säkrare kommunikation och information mellan verksamheterna vid in- och utskrivningar.

Förstärkt bemanning med undersköterskor i Hemsjukvården ska avlasta sjuksköterskor samt ta hälso-och sjukvårdsuppdrag om det saknas delegerad personal i hemtjänsten, boendestöd och personlig assistans.

Delegeringsanvisningen ska vara känd av alla enhetschefer och legitimerad personal. Bedömning av kompetensnivån hos sommarvikarierande omvårdnadspersonal som får delegering ska säkerställas av Ec och delegerande legitimerad personal, vilket ska bidra till bibehållen patientsäkerhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gjorde ett undantag till Riktlinjen för delegeringar under våren 2020 till följd av covid-19. Detta innebar att även utbildad omvårdnadspersonal kunde få delegering endast på att ge dosdispenserade läkemedel. Detta undantag gällde även under sommaren.

Metod

Enskild enkät till all legitimerad personal skickades ut i slutet av augusti 2020. Frågorna i enkäten utgick från den enskilde personalens upplevelse av sommaren. Varje enhetschef i HSO, 3 personer, fick också frågeställningarna för att göra en grupsammanställning av sommaren på legitimerad personals arbetsplatsträff (APT).

Sammanställning av inkomna svar

Varje Ec från HSO inlämnade in en grupsammanställning. Enskilda svar från legitimerad personal inkom i en mindre mängd, från både kommunala och privata.

Legitimerad personal hos privata utförare

De beskriver en stabil bemanning samt god generell samverkan, både externt och internt. De skriver att de har klarat sommaren med god arbetsbelastning med undantag för några veckor med extra belastning, till följd av nya rutiner runt testning av covid-19. Upplevelsen av att hålla löpande diskussioner kring hygienrutiner och rekommendationer på alla nivåer, har underlättat upprätthållandet på enheterna.

Legitimerad personal inom kommunala utförare

Kommun Rehab

Personalgruppens samlade uppfattning av sommaren är att den varit hanterbar även om belastningen i perioder varit hög. Ärenden som rehab hanterar sommartid är samma inflöde som övriga året men under sommaren är det reducerad arbetsstyrka, vilket leder till en hög belastning. Vikarierande arbetsterapeuter och samarbete i de egna grupperna har underlättat arbetsbelastningen.

Rehabs sammanställning påvisar att de inte upplevt att omprioriteringar har gjorts eller bedömningar av patienter har skjutits upp på grund av otillräckliga resurser. Däremot har akuta hemgångar från Nyköpings lasarett lett till omstrukturering i planering. Uppföljningar av åtgärder har skett via telefon eller att ordinarie rehab personal har följt upp sina egna efter semestern, men kollegors åtgärder följs inte upp. Samarbetet med Regionen har fungerat men inte optimalt till följd av deras sommarbemanning. Bristfälliga överrapporteringar, hastiga utskrivningar, ej utprovade hjälpmedel och sämre kommunikation via Prator har förekommit.

Kompetensen bland omvårdnadspersonalen har varit varierande. Kontaktvägen och när rehab ska kontaktas har det inte funnits vetskap om bland personalen. Delegering/ordinationer till kompetent omvårdnadspersonal har också varit varierande och individrelaterat och det har varit svårare att få information att spridas vidare inom arbetsgruppen.Handledning har inte skett i samma ut-

sträckning som vanligt till följd av covid-19, utan rehab har arbetat mer som jour. Personalen inom Rehab ser ett behov av gemensam grundutbildning för sommarvikarier i rehabiliterande förhållningssätt.

Folkhälsomyndighetens/smittskydds rekommendationer har följts men vissa arbetslokaler ger inte förutsättningar att hålla avstånd. Hygienrutiner på enheterna har efterlevts bättre än före covid-19 men sämre på sina håll. Skyddsmaterial har använts i enlighet med rutin, men det har ibland varit dubbla budskap när det gäller användande av munskydd eller visir, t ex att anhöriga på besök ska använda munskydd men inte personal. Det efterfrågas även mer information från MAS vid covid-19.

Sjuksköterskeorganisation

Legitimerad personal i Hemsjukvården (HSV)

Arbetsbelastningen på HSV har upplevts som bra, bemanningen har varit tillräcklig och legitimerad personal hade god planering inför sommaren. Endast en kortare period hade man en belastning, men det uppfattades ändå hanterbart. Uppföljningar av åtgärder har gjorts och det har funnits tid för dokumentation. Det har funnits undersköterskor kvällar och helger under hela sommaren, vilket underlättat arbetsbelastningen.

Läkarsamverkan har varierat. Jourtid och några vårdcentraler har fungerat väldigt bra, medan samarbetet, ronder och tillgänglighet varit sämre när det gäller andra vårdcentraler. Samordning med NLN har varit som under övrig tid på året; undermåliga utskrivningar, saknade läkemedel, övriga ordinationer och utan planering. Upplevelsen är att HSV-personalen behöver bli bättre på att skriva avvikelser när samordning brister. Prator-kommunikationen med vårdcentralerna har fungerat dåligt förutom med en vårdcentral.

Gruppen upplever att det varit färre delegeringar än vanligt och att hemtjänsten planerat bättre för delegerad personal ute i verksamheterna. Legitimerad personal tycker också att det funnits utrymme att följa upp de delegeringar som varit, då SSK varit placerade i ordinarie team och träffat personalen.

Basala hygienrutiner har följts, rekommendationer från folkhälsomyndigheten har efterlevts och skyddsutrustning har använts enligt gällande rutin.

Legitimerad personal i Särskilda boenden (SÄBO)

Arbetsbelastningen har varit hög på grund av reducerad bemanning i kombination med ökad belastning i form av smittspårning, nya rutiner, patienter som mått extra dåligt efter isolering och osäker omvårdnadspersonal. Våren har dessutom varit intensiv och med en konstant anspänning, varför personalen var trött redan innan sommaren.

Uppföljningar av åtgärder som har prioriterats har hunnits med, men det har varit hårda prioriteringar. Ibland har journaldokumentationen fått ske dagen efter på grund av hög belastning. Kvalitén på bemanningssjuksköterskor har varit undermålig, vilket har belastat ordinarie SSK mer än det avlastat. Bland annat har det varit svårt att få bemanningssköterskor att lära sig journal-systemet, vilket löpande krävt handledning.

Man har upplevt svårigheter kring läkarsamverkan. Det har varit svårt att få kontakt vid behov och läkare har inte varit vana att arbeta med SÄBO-patienter. Detta har gjort att mycket har skjutits framåt och det har varit svårigheter vid telefonronder. Brister i kommunikationen vid utskrivningar, sena utskrivningar och missade ordinationer från NLN har varit andra problem. Prator har dock fungerat bra, även om meddelanden och information ibland kommit i efterhand, efter att patienten återkommit till boendet.

Det är ett fåtal Ec som följer rutinen kring delegeringsförfarandet och skickar bevakningar till legitimerad personal, att vikarier behöver delegering.

Basala hygienrutiner efterföljs förvånansvärt dåligt på många håll. De flesta hade förutsatt att detta skulle fungera bättre efter den här våren. Omvårdnadspersonal vet inte när handskar och förkläden ska användas i omvårdnaden och på flera ställen finns dessa inte ens framplockade. ”Varför lägga tid och pengar på att utbilda semestervikarier - de gör ju som ordinarie personal när de kommer ut på enheten”, påpekas av flera SSK. Besöksrestriktionerna har inte följts av anhöriga och omvårdnadspersonalen har stått väldigt ensamma utan stöd från chefer. Vid konstaterad eller misstanke om smitta har skyddsutrustning använts, men det brister dock i det basala hygienarbetet.

Semesterplaneringen var dålig på så sätt att MAS och koordinator var lediga samtidigt. Det blev för mycket för Ec, att själv täcka alla bitar och räcka till för personalen.

Förbättringsförslag från verksamheterna inom HSO

- * Inskolning, bättre kännedom om rutiner i alla yrkesgrupper
- * Bibehålla hög grundbemanning i rehab. Belastningen går inte ner sommartid
- * Logistikhjälp med hjälpmedelsleveranser
- * Delaktighet från Rehab vid inskolning av sommarvikarier
- * Undersköterskor som förstår och följer hygienrutiner, säbo
- * Högre kompetens hos bemanningssköterskor
- * Bättre och mer fungerande samarbete med NLN och Vårdcentralerna
- * HSV har behov av bättre lokaler - dålig arbetsmiljö i värmen

MAS sammanställning

Det är skillnader mellan personalens upplevelser i de olika verksamheterna. Sammanfattningsvis känns det som att sommaren, trots covid-19, varit hanterbar för de flesta verksamheterna.

De privata sjuksköterskorna har en bra planering, samarbetar inom enheten och arbetar för att hålla rutiner aktuella, även sommartid, vilket är positivt.

Kommunrehab och HSV redogör för att sommaren som helhet har fungerat relativt bra med vissa problemområden, som även förekommer under övriga året. Dessa problemområden, t ex samverkan vid utskrivningar och kommunikationsbrister med Regionen, ska det finnas forum för, att i samarbete med Regionen försöka komma till rätta med och förbättra.

Bättre planering av delegerad personal i hemtjänsten är positivt och glädjande. Detta ger all personal utrymme och förutsättningar att göra ett bra arbete tillsammans hos våra patienter. Positivt är också att basala hygienrutiner och rekommendationer från myndigheter har efterföljts av personalen och även blivit bättre under året. Att däremot omvårdnadspersonal på enheterna inte vet kontaktvägarna eller när Rehab ska kontaktas är oroande och påvisar att någonting missas i inskolningen och att kompetensnivån är för låg. Vet personalen när sjuksköterskan ska kontaktas?

SÄBO däremot redovisar en icke fungerade verksamhet, med hög arbetsbelastning bland sjuksköterskorna (som dessutom redan innan sommaren var trötta), ytterligare pålagda rutiner, extra belastning med inskolningar och patienter som mår sämre i rådande omständigheter. Var finns stödet från cheferna?

Läkarsamverkan med vårdcentralerna behöver förbättras och säkerställas. Har problemen påtalats med hjälp av avvikelser, så att det finns en möjlighet att återkoppla svårigheterna till berörd ledning för åtgärder? Detsamma gäller vid utskrivning från NLN.

Det är ett fåtal Ec som följer riktlinjen för delegeringsförfarandet, vilket innebär en ytterligare belastning för sjuksköterskorna. Ec ska göra första bedömningen om personal har kompetens för att kunna delegeras och skicka bevakning - detta för att sjuksköterskan ska kunna planera tid för delegering och inte bli överrumplad av att personalen står och knackar på dörren oanmäld. Det framkommer också i svaren att MAS's undantag från delegeringsriktlinjen inte använts adekvat.

”Varför lägga tid och pengar på att utbilda semestervikarier - de gör ju som ordinarie personal när de kommer ut på enheten”, påtalades i flera svar från

sjuksköterskorna. Hur arbetar ordinarie personal ute på enheterna med basal hygien? En närvarande Ec ska säkerställa att omvårdnadspersonalen arbetar enligt föreskrift. Görs detta? Har Ec förutsättningar att utföra sitt arbete? Omvårdnadspersonalen har inte fått stöttning i bemötandet av anhöriga i dessa covid-19 tider, . Att utlämna enskild personal i detta är undermåligt. Var finns den övergripande ledningen? MAS uppfattar att det inte finns mycket till kontroll ute i enheterna, vilket äventyrar patientsäkerheten i stort.

Det påtalas även dålig planering kring ledande funktioner - att MAS, koordinator och flera Ec var sommarlediga samtidigt. Detta blev för mycket för en Ec att täcka alla områden, räcka till för personalen och vara tillgänglig. Detta är inte tillfredsställande. Var är riskanalysen kring ledande funktioner och semesterplanering?

Det är beklagligt att riskanalysen tycks vara kopierad från föregående år utan vidare handlingsplan i hur riskerna rent praktiskt ska minimeras. Anmärkningsvärt är att det med tanke på covid-19 inte tillkommit mer omfattande eller utförligare analyser. Exempelvis är det anmärkningsvärt att det inte innefattar något utökad risk för sjuksköterskorna på natten, då de dessutom bara är två personer som ska vara tillgängliga för hela kommunen hos både kommunala och privata utförare. Inte heller det faktum att verksamheterna tar in bemannings-SSK har varit föremål för någon riskanalys. Vad innebär detta för verksamheten och patientsäkerheten?

Att DSO gör en riskanalys inför sommaren är bra, men MAS undrar om verksamheterna gör någon egen uppföljning av sommaren, eller är det endast MAS's rapport som utgör uppföljningen. Fungerar det med förbättringar inför nästa års sommar utifrån MAS's förslag? MAS saknar hänvisning till rutiner i riskanalysen, t ex vilka planerade arbetsuppgifter som inte behöver göras under reducerad period. Vem avgör och hur avgörs det vilka uppgifter som inte ska utföras? De förslag MAS hade förra året verkar inte ha tagits i beaktande, trots att nämnden beslutade att så skulle göras. Delegeringsförfarandet fungerar fortfarande inte fullt ut- Kompetensnivån säkerställs inte och rutiner är inte framtagna. Allt detta gör att ansvaret för uppföljning av riskanalysen inför sommaren med förbättringar till nästkommande år borde vara verksamhetens ansvar. MAS ska sen delges uppföljningen för inspektion, för säkerställan av att patientsäkerheten bibehålls och att riktlinjer efterlevs.

MAS Bedömning

Sommarperioden har uppfattats som hanterbar av legitimerad personal och patientsäkerheten i verksamheterna har bibehållits i stort sett, förutom inom SÄBO där patientsäkerheten är skör.

Förutsättningar och bättre planering i alla led är nödvändig. Implementeringsförfarandet när det gäller avgörande författningar och riktlinjer måste ses över. 1:a linjechefer behöver få till struktur och förutsättningar att leda personalen. Legitimerad – och omvårdnadspersonal i verksamheterna ska ha förutsättningar att utföra sitt arbete på ett patientsäkert sätt. Personalen måste ha förutsättningar att kunna följa rekommendationer och riktlinjer med handledning av Ec och sjuksköterska.

Det är nödvändigt att göra riskanalys och större planering inför sommaren kring ledande funktioner. En ensam Ec kan inte upprätthålla upp till 5-6 funktioners områden samtidigt och klara av att vara en närvarande och ledande chef.

Verksamheterna behöver börja göra egna uppföljningar som en naturlig del av verksamheternas egenkontroller. Att ta hänsyn till de förbättringsförslag som kommer direkt från de egna leden och MAS rapporter.

Den 14/10-20

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Tarja Viitanen

VON §

Dnr VON20/7

Uppföljning av delegeringsförfarandet

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomför varje år, enligt Vård- och omsorgsnämndens beslutade plan, en uppföljning av delegeringsförfarandet. Dessutom konstaterades i genomförandet av 2019 års internkontroll att risken var mycket hög att delegerad personal inte hade undersköterskeutbildning. Resultatet av nu genomförd uppföljning presenteras i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-16. MAS konstaterar att delegeringsförfarandet hos de privata utförarna fungerar på ett säkert sätt, men att de kommunala verksamheterna inte är patientsäkra. Den av MAS fastställda riktlinjen rörande delegering följs inte och delegering ges personal som inte uppfyller kraven och utan kännedom om kunskapsnivån. Vård- och omsorgsnämnden ser ytterst allvarligt på detta. Åtgärder måste vidtas utan dröjsmål.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporten "Delegeringar av Hälso-och sjukvårdsuppgifter inom Vård och omsorgsnämndens ansvarområde 2020", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-16.

att uppdra åt Division Social omsorg att till Vård- och omsorgsnämndens sammanträde i december 2020 inkomma med en konkret handlingsplan för hur man snarast avser att implementera riktlinjen om delegering och hur man sedan löpande kommer ha kontroll över att den följs.

Beslut till:

Division Social omsorg
Ansvar & omsorg AB
Betelhemmet

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning av delegeringsförfarandet

Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomför varje år, enligt Vård- och omsorgsnämndens beslutade plan, en uppföljning av delegeringsförfarandet. Dessutom konstaterades i genomförandet av 2019 års internkontroll att risken var mycket hög att delegerad personal inte hade undersköterskeutbildning. Resultatet av nu genomförd uppföljning presenteras i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-16. MAS konstaterar att delegeringsförfarandet hos de privata utförarna fungerar på ett säkert sätt, men att de kommunala verksamheterna inte är patientsäkra. Den av MAS fastställda riktlinjen rörande delegering följs inte och delegering ges personal som inte uppfyller kraven och utan kännedom om kunskapsnivån. Vård- och omsorgsnämnden ser ytterst allvarligt på detta. Åtgärder måste vidtas utan dröjsmål.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporten "Delegeringar av Hälso-och sjukvårdsuppgifter inom Vård och omsorgsnämndens ansvarområde 2020", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-16.

att uppdra åt Division Social omsorg att till Vård- och omsorgsnämndens sammanträde i december 2020 inkomma med en konkret handlingsplan för hur man snarast avser att implementera riktlinjen om delegering och hur man sedan löpande kommer ha kontroll över att den följs.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslut till:

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg AB

Betelhemmet

Rapport – Delegeringar av Hälso-och sjukvårdsuppgifter inom Vård och omsorgsnämndens ansvarområde 2020

Bakgrund

I Medicinskt ansvariga sjuksköterskans (MAS) årsplan ingår uppföljning av hur delegerad personal är fördelat, undersköterska/vårdbitråde/annan personal, inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarområde.

MAS har skrivit en riktlinje i delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter (HSL) som reviderades 2020-01-01 och som beskriver ansvarsfördelningen i alla led - vad som ingår innan en initiering till delegering får ske, vad legitimerad personal är skyldig att kontrollera och vad den som emottar en delegering är ansvarig att göra. Dessutom finns det en väl beskriven processkarta i vem som gör vad och när. Denna är tyvärr inte tillgänglig för de privata utförarna - därav den beskrivande MAS riktlinje. Delegeringsriktlinjen ska vara känd av alla enhetschefer och all legitimerad personal.

MAS gjorde ett undantag från Riktlinjen för delegeringar under våren 2020 till följd av covid-19. Detta innebar att även utbildad omvårdnadspersonal kunde få delegering, men då endast för att ge dosdispenserade läkemedel. Detta undantag gällde även under sommaren.

Delegering innebär att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal överlåter en eller flera arbetsuppgifter till någon annan genom beslut om att delegera utförandet. Den som åtar sig att utföra en arbetsuppgift genom delegering ska ha reell kompetens. Reell kompetens innebär att en person har skaffat sig tillfredsställande kunskaper och färdigheter för arbetsuppgiften genom yrkesutbildning, t ex undersköterska, eller genom lång erfarenhet i sin praktiska yrkesverksamhet. Den som tar emot en delegering ansvarar personligen för att arbetsuppgiften utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Delegering får endast ske när det är förenligt med god och säker vård och en vårdgivare kan inte kräva att någon ska delegera en medicinsk arbetsuppgift. Inte heller är någon tvungen att ta emot en delegering. Det får heller inte delegeras för verksamhetens bekvämlighet.

Till detta tillkommer verksamheternas skyldighet att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med egenkontroller (SOSFS 2011:9) avseende hur många delegerade medarbetare som finns i verksamheterna. I kvalitetskraven från Vård- och omsorgsnämnden på utförarna, står att omvårdnadspersonal som ska utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter ska vara utbildad

undersköterska eller ha liknande utbildning. Det står även att utföraren ska tillhandahålla utbildad delegeringsbar personal i den omfattning som krävs för en patientsäker hälso- och sjukvård.

Metod

Utdrag av statistik från verksamhetssystemets delegeringsmodul i ProCapita har gjorts för att se antalet ordinarie omvårdnadspersonal, undersköterska/vårdbiträde/annan personal, som har en pågående delegering för hälso- och sjukvårdsuppdrag under tiden januari – september 2020, med separat fördelning för sommarperioden 20200601 - 20200831.

Enkätfrågor till alla enhetschefer (Ec) inom funktionshinderområdet, hemtjänst och särskilda boenden, Division social omsorg och alla privata utförare, skickades ut via mail. Frågeställningarna handlade om hur delegeringsförfarandet går till (se bilaga), och om antalet anställda med delegering, både ordinarie och vikarier, samt antal sommarvikarier anställda under sommarmånaderna.

Enkätfrågor skickades via mail till alla sjuksköterskor inom särskilda boenden (SÄBO), både kommunal och privata utförare, och till hemsjukvården (HSV). Frågorna handlade om delegeringsprocessen och hur många delegeringar den enskilde sjuksköterskan (SSK) har (se bilaga).

Resultat

Nästa alla enhetschefer från de olika verksamheterna, både kommunala och privata utförare, har lämnat in enkätsvar. Från sjuksköterskor har svarsfrekvensen varit mindre. Siffrorna är motsägelsefulla mellan system, anställningsform och faktiskt redovisade delegeringar från Ec. Därför redovisas inte siffrorna i denna rapport. Nedan finns en samlad bild av svaren på frågorna.

De flesta kommunala Ec har beskrivit frågorna på en basal nivå men ett fåtal har utvecklat detaljer i genomförande. Det framkommer mycket stor variation i utförande med skiftande grad av kontroll över verksamhet.

Flera Ec hänvisar initieringsansvaret till legitimerad personal, medan många sjuksköterskor beskriver osäkerhet runt förfarandet kring just initierande av delegering. Här framkommer även att delegeringar initieras av omvårdnadspersonal själv men utförligare förklaring runt bakomliggande behovsbedömning av ansvarig saknas. Ansvarsfördelning beskrivs vara otydligt på många håll, från både Ec och SSK, likväl fortlöpande ansvar som runt uppföljning. Många hänvisar till frånvarande dokumentering runt specifika delegeringar då stora delar av processen hanteras muntligt. I den muntliga traditionen framkommer både väl fungerande samarbeten och stort förtroende mellan ansvarsposterna, likväl som konsekvenserna av mindre väl fungerande samarbeten. Särskilt funktionshinderområdet särskiljer sig i denna muntliga tradition negativt.

Väl konsekvent har återgivning från nyare anställda Ec och SSK varit att det förekommer stora informationsluckor i introduktionen. Återkommande påvisas att de framför allt inte vet vem de kan vända sig till för tydligare stöd och handledning. Mer alarmerande är det att det förekommer personer som haft långvarig anställning som inte har kännedom om processer, insikt i rutiner, kunskap om ansvarsfördelning eller vetskap om införskaffande av information.

De privata utförarna, särskilt hemtjänst, redovisar utförligt, påvisar kontroll på delegerad personal och beskriver systematik.

Det framstår som majoriteten av sommarvikarierna har delegerats med fullständig delegering och att undantaget knappt har nyttjats.

MAS sammanställning

Det var positivt att så många Ec tog sig tid att besvara enkäten. Däremot en missräkning att så få SSK skickade in ett svar.

Det framkommer en mycket stor variation i svaren av utförande från Ec med skiftande grad av kontroll över verksamhet. Allt från nästintill totalt frisägende av ansvar till god efterlevnad och insikt i riktlinjer och processer.

Organisationssystemet ger inte en rättvis bild av delegeringar, endast antalet, inte hur personal är anställda. På ledningsnivå går det inte att få fram vilken kompetens medarbetaren har och vad de är anställda som. Detta leder fram till ett sammelsurium av siffror som inte går att reda ut, därav har inte resultatet kunna redovisas i siffror. För att kunna jämföra siffror mellan Ec och SSK, skickades frågorna till SSK, men svarsfrekvensen var så undermålig att det inte gick att göra några jämförelser. Varje enskild SSK borde ha god kontroll på varje delegering som de har gett med tanke på uppföljningsskyldigheten. MAS antar att de flesta SSK inte har kunskap om hur de tar fram detta i systemet eller att tiden inte räcker till.

Ec borde kunna göra en första bedömning av kompetens vid anställning och fylla i detta i delegeringsmodulen och i bevakningen, där ett antal frågor ska fyllas i men detta tycks utebli. Samverkan med SSK kan fortfarande ske kring personalens delegeringar men bevakningar ska vara grunden till utförandet. Detta för att det ska finnas dokumenterat med kompetens hos den enskilde medarbetaren och SSK ska ha en möjlighet att kunna planera sina åtaganden. Ett fåtal Ec använder bevakningar och få vet vad de är skyldiga att göra.

SSK antar att Ec har gjort en första bedömning av utbildningsnivå eller erfarenhet och delegerar utan kontroll av faktiskt utbildning, då de litar på Ec-bedömningen. Detta är inte patientsäkert. Det framkommer tydligt att personal som

ska delegeras endast hänvisas till webbutbildningen ”Jobba säkert med läkemedel” men att det ska läsas delkapitel i ”Läkemedelshantering i Sörmland”, MAS riktlinje, genomgå hygienutbildning på webb m m är det ingen som uppger.

MAS drar slutsatsen från svaren att varken riktlinjen eller delegeringsprocessen är känd hos berörda, trots att genomgång har skett på ledningslagen av MAS, flera gånger. Det sviktar med implementering i stort och information till nyanställda för vad som gäller i fråga om delegeringar. Den personal som delegeras genomgår inte de kravställda utbildningarna, utan lutar sig bara mot diplomaten från en webbutbildning. Detta är inte en patientsäker hantering av delegeringar. Ingen tycks ha läst riktlinjen eller processen för delegeringar, vilket ska ingå i inskolningen. Var finns den kvalitetssäkring av verksamheten som behövs för att inte patienterna ska drabbas?

Efter förra MAS-rapporten om hemtjänstens delegeringar för ett år sedan, bestämdes mellan MAS och Verksamhetschef (Vc) enligt Hälso- och sjukvårdslagen, att en egenkontroll skulle införas. Syftet var att på månadsbasis ha kontroll över delegerad personal och anställningsform, men detta har inte kommit till stånd. Denna redovisning visar vikten av att delegeringsförfarandet som helhet behöver kvalitetssäkras med kontroll och att verksamhetssystemet ses över.

Med Covid-19-utbrottet under våren, borde verksamhetsinsyn, kontroll av personalen och deras delegeringar vara viktiga för planering och framförhållning i det fortsatta arbetet med att begränsa smitta. Att det finns en transparens samt spårbarhet av utförda åtgärder har blivit än viktigare.

Undantaget från riktlinjen har inte använts i den utsträckning som verksamheten påtalat behov av, då det går att utläsa från systemet att även utbildad personal får heltäckande delegeringar. Detta undantag kommer nu att tas bort.

MAS's Bedömning

MAS's bedömning är att de kommunala verksamheterna inte är patientsäkra. Det verkar inte finnas en kvalitetssäkring i verksamheterna och det är för mycket antaganden och informationsbrister. Patientsäkerhet finns inte i det dagliga arbetet. Det saknas förutsättningar och styrning från ledning samt systematiskt kvalitetsarbete. De privata utförarna har bättre styrning och kontroll över sina verksamheter och betraktas som patientsäkra av MAS.

Krav till verksamheterna inom DSO, är att implementering av MAS's riktlinje och processen i delegeringar måste ske. Det muntliga förfarandet måste bort och delegeringar ska säkerställas i alla led för patientsäkerheten. Introduktionen av nya medarbetare måste innehålla adekvat information och

styrning till var de hittar styrdokument och adekvat stöd.

Delegeringsundantaget tas bort från och med årsskiftet och riktlinjen gäller full ut. Det innebär att all personal som har delegering enligt undantaget måste göras om.

14/10–20

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Tarja Viitanen

MAS Tarja Viitanen

Uppföljning av delegerad personal 2020

Frågeunderlag Enhetschef

Mas har en skyldighet att hålla sig underrättad om delegeringar som ges till omvårdnadspersonal i verksamheterna och att rapportera till Vård-och Omsorgsnämnden. Sänder över ett underlag med frågor som ska besvaras. Frågorna gäller under perioden januari – september 2020. Återsänd svaren till MAS senast den 7/10-20.

Verksamhet

Enhet/enheter som svaren gäller:

Antal boende/brukare på enheterna.....

1. Vem initierar för delegering av omv.pers?
2. Och hur görs detta?
3. Hur kontrolleras kompetensen hos omv.pers?
4. Hur säkerställs att omv.pers har tillgång till verksamhetssystemet (ProCapita + HSL journal)? Och inskolning?
5. Vilka är möjligheterna att på arbetstid genomföra studierna inför delegeringsförfarandet? Och hur säkerställs detta?
6. Hur kontrolleras det vilken personal som har delegering?
7. Beskriv hur planering av bemanning uppfyller enhetens behov?

Antal ordinarie personal på enheten.....

Antal vikarier.....

Antal delegerade ordinarie undersköterskor.....

Antal delegerade ordinarie vårdbiträden.....

Antal delegerade ordinarie annan personal.....

Antal sommarvikarier under juni,juli,augusti.....

Antal sommarvikarier, undersköterskor.....

Antal sommarvikarie, vårdbiträden.....

Antal sommarvikarier, annan personal.....

Antal delegerade sommarvikarier:

Antal delegeringsbevakningar som skickats till ssk

Tack för att du har tagit dig tiden att fylla i enkäten. Med vänlig hälsning MAS.

Mas Tarja Viitanen

Uppföljning av delegerad personal 2020

Frågeunderlag legitimerad personal

Mas har en skyldighet att hålla sig underrättad om delegeringar som ges till omvårdnadspersonal i verksamheterna och att rapportera till Vård-och Omsorgsnämnden. Sänder över ett underlag med frågor som ska besvaras. Frågorna gäller under perioden januari – september 2020. Återsänd svaren till MAS senast den 7/10-20.

Enhet/enheter som svaren gäller:

Antal boende/brukare på enheterna.....

1. Vem initierar för delegering av omv.pers?
2. Och hur görs detta?
3. Hur kontrolleras utbildningsnivån hos omv.pers?
4. Hur gör du för att säkerställa att den som tar emot delegeringen har tillräcklig kunskap för arbetsuppgiften?
5. Gör du riskanalyser vid delegering? Om ja, hur och var dokumenteras detta?
6. Hur gör du uppföljning av delegering?

Antal delegeringar som du ansvarar för:

Undersköterska.....

Vårdbiträde.....

Annat personal

Delegeringar till sommarvikarier

Antal

Har du behövt nyttja undantaget, endast delegering av dosdispenserade läkemedel.

Antal delegeringar.....

Övriga kommentarer:

.....
.....
.....

Tack för att du har tagit dig tiden att fylla i enkäten. Med vänlig hälsning MAS.

VON §

Dnr VON19/34

Uppföljning efter identifierad brist i 2019 års internkontroll

Vid genomförandet av 2019 års internkontroll bedömdes risken som mycket hög att beslut tagna i Vård- och omsorgsnämnden inte får genomslag i verksamheterna. Det konstaterades att det i hög utsträckning är så att uppdrag som nämnden gett inte tas på allvar. Dessa problem rörde främst kommunens egen verksamhet, Division Social omsorg. Nu genomförd uppföljning visar att divisionen inte alls vidtagit några åtgärder för att minimera risken, men att även den nya divisionschefen noterat bristerna och börjat vidta åtgärder.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapport "Uppföljning efter identifierad brist i 2019 års internkontroll" enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-13.

Beslut till:

Division Social omsorg
Ansvar & omsorg AB
Betelhemmet
Kommunstyrelsen

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning efter identifierad brist i 2019 års internkontroll

Bakgrund

Vid genomförandet av 2019 års internkontroll bedömdes risken som mycket hög att beslut tagna i Vård- och omsorgsnämnden inte får genomslag i verksamheterna. Det konstaterades att det i hög utsträckning är så att uppdrag som nämnden gett inte tas på allvar. Dessa problem rörde främst kommunens egen verksamhet, Division Social omsorg. Nu genomförd uppföljning visar att divisionen inte alls vidtagit några åtgärder för att minimera risken, men att även den nya divisionschefen noterat bristerna och börjat vidta åtgärder.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapport "Uppföljning efter identifierad brist i 2019 års internkontroll" enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-13.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslut till:

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg AB

Betelhemmet

Kommunstyrelsen

Uppföljning efter identifierad brist i 2019 års internkontroll

Vid genomförandet av 2019 års internkontroll bedömdes risken som mycket hög, att beslut tagna i Vård- och omsorgsnämnden inte får genomslag i verksamheterna. Det konstaterades att det i hög utsträckning är så att uppdrag som nämnden gett inte tas på allvar. Dessa problem rörde främst kommunens egen verksamhet, Division Social omsorg. (VON § 94, 2019)

En systematisk genomgång av nämndens beslut under innevarande mandatperiod, visar att ett stort antal av dessa ej följts av divisionen. Vi har kunnat konstatera att inga förbättringsåtgärder vidtagits av divisionen under våren 2020, utan problemen har fortsatt. Det finns dock nu en ny divisionschef på plats och en rad åtgärder har börjat vidtas alternativt planeras – däribland även problemen kring beslutsefterlevnaden.

När det gäller de privata utförarna har det främst varit Ansvar & omsorg samt Betelhemmet som varit berörda av nämndens beslut, såsom drivande av särskilda boenden för äldre. Där har inga uppenbara risker konstaterats när det gäller beslutsefterlevnad. En kontakt i samband med denna uppföljning visar att det där finns upparbetade rutiner för att ta emot uppdrag och sedan genomföra dem och leverera resultaten i tid.

Kontentan är att bristen inte på något sätt är åtgärdad inom Division Social omsorg, men att det nu kommer att påbörjas ett arbete som kommer att säkra att divisionen följer nämndens beslut.

VON §

Dnr VON20/7

Handlingsplan för förbättrad patientsäkerhet

Handlingar i ärendet skickas ut separat

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

VON §

Dnr VON20/7

Handlingsplan för förbättrad journalföring

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gör årligen en granskning av ett antal slumpmässigt utvalda patientjournaler. Av patientsäkerhetsskäl är det nödvändigt att journalerna används på rätt sätt och innehåller rätt uppgifter.

Efter årets granskning konstaterade MAS allvarliga brister i journalföringen inom Division Social omsorg (DSO), varför nämnden gav divisionen i uppdrag att inkomma med en skriftlig rapport över hur man på ett skyndsamt sätt avser att åtgärda bristerna i journalföringen.

DSO har nu skrivit en rapport med tillhörande handlingsplan, vilka bifogas tjänsteskrivelsen daterad 2020-10-16. Där redogörs för hur man avser att åtgärda de brister som MAS identifierade. Enhetschef och verksamhetschef kommer i slutet av året och sen löpande under 2021 att följa upp att åtgärderna ger effekt.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna "Rapport till VON för att åtgärda brister i journalföringen (hälso- och sjukvård) inom DSO" med tillhörande handlingsplan, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-16.

att MAS i sin årliga journalgranskning under 2021, för nämndens del, följer upp om divisionens handlingsplan gett effekt.

Beslut till:

Division Social omsorg

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

Handlingsplan för förbättrad journalföring

Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gör årligen en granskning av ett antal slumpmässigt utvalda patientjournaler. Av patientsäkerhetsskäl är det nödvändigt att journalerna används på rätt sätt och innehåller rätt uppgifter.

Efter årets granskning konstaterade MAS allvarliga brister i journalföringen inom Division Social omsorg (DSO), varför nämnden gav divisionen i uppdrag att inkomma med en skriftlig rapport över hur man på ett skyndsamt sätt avser att åtgärda bristerna i journalföringen.

DSO har nu skrivit en rapport med tillhörande handlingsplan, vilka bifogas tjänsteskrivelsen daterad 2020-10-16. Där redogörs för hur man avser att åtgärda de brister som MAS identifierade. Enhetschef och verksamhetschef kommer i slutet av året och sen löpande under 2021 att följa upp att åtgärderna ger effekt.

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 "Rapport till VON för att åtgärda brister i journalföringen (hälso- och sjukvård) inom DSO" med tillhörande handlingsplan, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-16.

att MAS i sin årliga journalgranskning under 2021, för nämndens del, följer upp om divisionens handlingsplan gett effekt.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslut till:

Division Social omsorg

Rapport till VON för att åtgärda brister i journalföringen (hälso-och sjukvård) inom DSO. (VON 20/7)

Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har granskat hälso-och sjukvårdsjournaler och då främst den dokumentationen som sjuksköterskor gör i patientjournalen, samt sammanställt detta i en rapport till Vård- och omsorgsnämnden (VON 20/7).

MAS gör bedömningen i rapporten att bristerna är i stort sett desamma som har påvisats i föregående årsrapporter.

DSO har arbetat fram en handlingsplan för att komma till rätta med bristerna i dokumentationen som framkommit i rapporterna.

Handlingsplanen har tagits fram med sjuksköterskorna för hemsjukvården och SÄBO samt enhetschefer för dessa arbetsgrupper.

Enhetscheferna har tagit upp bristerna som framkommit i rapporten på APT/verksamhetsmöten under september och oktober. Under dessa möten har sjuksköterskorna varit delaktiga i framtagande av handlingsplanen.

Sjuksköterskorna är engagerade och positiva till att förbättra kvalitén på dokumentationen.

Uppföljning av att åtgärderna ger effekt kommer enhetschef och verksamhetschef följa upp i slutet av året samt fortlöpande under 2021.

Övergripande förbättringsarbete:

- Ny rutin för journalföring är framtagen i ledningslaget för hälso-och sjukvården. Rutinen kommer att implementeras under hösten, uppföljning av rutinen kommer att ske senast 2020-06-30.
- Översyn av frastexter för samtycke pågår och kommer att vara klart senast 2020-11-30.

Se bilaga handlingsplanen med åtgärder

Carina Bark

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvård

Handlingsplan för att förbättra journalföringen DSO hälso-och sjukvård, legitimerad personal.

Förbättringsområde:

Att samtycke finns i alla journaler

| Åtgärd | Hur | När | Resurs | Uppföljning | Ansvarig |
|--|--|-------------------------------|--|-------------|------------|
| Alla OAS ¹ ser över sina egna patienter - uppdaterar samtycke om det inte är aktuellt längre. Utgå ifrån MAS mall för journalgranskning för att underlätta. | Ssk ² avsätter tid för dokumentation. | En halvdag en gång per månad- | Övriga Ssk i teamet stöttar upp området för OAS för att man ska ha möjlighet till att avsätta tid för dokumentation. | 2020-12-03 | Enhetschef |

Förbättringsområde:

Att OAS finns dokumenterat i alla journaler

| Åtgärd | Hur | När | Resurs | Uppföljning | Ansvarig |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|--|-------------|------------|
| Alla OAS ser över sina egna patienter - uppdaterar samtycke om det inte är aktuellt längre. Utgå ifrån MAS mall för journalgranskning för att underlätta. | Ssk avsätter tid för dokumentation. | En halvdag en gång per månad- | Övriga Ssk i teamet stöttar upp området för OAS för att man ska ha möjlighet till att avsätta tid för dokumentation. | 2020-12-03 | Enhetschef |

¹ OAS = Områdesansvarig sjuksköterska

² Ssk = Sjuksköterska

Förbättringsområde:

Att hälsoplan finns dokumenterat fullständigt

| Åtgärd | Hur | När | Resurs | Uppföljning | Ansvarig |
|---|---|---------------------------|----------------------------|---|-----------------|
| Gå igenom instruktion för hälsoplan i assistenten med hela gruppen. | Genomgång på möte - visning av instruktionsfilm. | V. 43 på Yrkesträffen. | Avsatt tid 2 timmar | Utvärdering i slutet av mötet för att bedöma om den är tillräcklig eller om vi behöver mer utbildning om hälsoplan. | Enhetschef |
| Ta fram frastexter för hälsoplaner. | Dokumentationsgrupp | Möte varannan vecka | Ssk avsätter 1 timme i tid | 2020-12-03 | Enhetschef |
| Startar upp dokumentationsgrupp bestående av en Ssk per team. | Regelbundna möten för att diskutera aktuella frågor och förbättringar, ta fram frastexter etc. | Möte varannan vecka | Ssk avsätter 1 timme i tid | 2020-12-03 | Enhetschef |
| Dokumentation som stående punkt till både verksamhetsmöte och yrkesträffar | Dokumentationsgruppen tar med frågor till verksamhetsmöte och yrkesträff för diskussion i gruppen | Vid möten varannan vecka. | | 2020-12-03 | Enhetschef |

Förbättringsområde:

Att verifierad medicinsk diagnos finns dokumenterat

| Åtgärd | Hur | När | Resurs | Uppföljning | Ansvarig |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|--|-------------|------------|
| Alla OAS ser över sina egna patienter - kontaktar läkare alt. Kollar i NPÖ³ om diagnoser och uppdaterar i journal. Utgå ifrån MAS mall för journalgranskning för att underlätta. | Ssk avsätter tid för dokumentation. | En halvdag en gång per månad- | Övriga Ssk i teamet stöttar upp området för OAS för att man ska ha möjlighet till att avsätta tid för dokumentation. | 2020-12-03 | Enhetschef |

Förbättringsområde:

Att det finns dokumenterat avstämning /information till patient

| Åtgärd | Hur | När | Resurs | Uppföljning | Ansvarig |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|--|-------------|------------|
| Dokumentationsgruppen tar fram var det ska skrivas och gör frastexter - är idag oklart om var och när man ska dokumentera detta. | Ssk avsätter tid för dokumentation. | En halvdag en gång per månad- | Övriga Ssk i teamet stöttar upp området för OAS för att man ska ha möjlighet till att avsätta tid för dokumentation. | 2020-12-03 | Enhetschef |

³ NPÖ = Nationell patientöversikt

VON §

Dnr VON19/99

Slutrapport av det särskilda uppdraget att starta pilotprojekt kring Idéburet offentligt partnerskap

Enligt ett särskilt uppdrag i beställningen för 2020, ska Division Social omsorg (DSO) starta ett pilotprojekt kring Idéburet offentligt partnerskap (IOP) i syfte att arbeta med aktiviteter för de boende på äldre- och demensboenden.

Av den avrapportering som nu görs av DSO framgår att man inte kunnat starta ett pilotprojekt på grund av pandemin. Däremot har ett förberedande arbete genomförts. Det innebär att den rapport som finns bilagd tjänsteskrivelsen inte är en slutrapport. Arbetet kommer att fortsätta så fort det är möjligt ur smittosynpunkt och därefter kommer en slutrapport att presenteras för nämnden.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporteringen av det särskilda uppdraget enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-15.

Beslut till:

Division Social omsorg

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

Slutrapport av det särskilda uppdraget att starta pilotprojekt kring Idéburet offentligt partnerskap

Bakgrund

Enligt ett särskilt uppdrag i beställningen för 2020, ska Division Social omsorg (DSO) starta ett pilotprojekt kring Idéburet offentligt partnerskap (IOP) i syfte att arbeta med aktiviteter för de boende på äldre- och demensboenden.

Av den avrapportering som nu görs av DSO framgår att man inte kunnat starta ett pilotprojekt på grund av pandemin. Däremot har ett förberedande arbete genomförts. Det innebär att den rapport som finns bilagd tjänsteskrivelsen inte är en slutrapport. Arbetet kommer att fortsätta så fort det är möjligt ur smittosynpunkt och därefter kommer en slutrapport att presenteras för nämnden.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporteringen av det särskilda uppdraget enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-15.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård-och
omsorgsnämnden

Beslut till:

Division Social omsorg

Rapport särskilt uppdrag – Pilotprojekt Idéburet offentligt partnerskap (IOP)

Vård- och omsorgsnämnden (VON) och Kultur- och fritidsnämnden (KFN) ska i samverkan starta ett pilotprojekt kring idéburet offentligt partnerskap med föreningslivet med syfte att arbeta med aktiviteter på särskilda boenden för äldre, vilka ska vara öppna även för äldre som bor i ordinärt boende.

Bakgrund:

Aktiviteter och utvistelser på särskilda boenden för äldre är något som de boende anser behöver förbättras, enligt brukarenkäten. Föreningslivet kan vara en viktig spelare i denna utveckling, varför ett idéburet offentligt partnerskap skulle kunna vara en lösning som upplevs givande för alla parter. En lämplig väg till föreningslivet är Föreningssservice. Division Social omsorg (DSO) driver uppdragsarbetet i samverkan med Nyköpings Arenor.

Åtgärder hittills:

- Introduktion och förankring av pilotprojektet hos både VON och KFN. Aktivitetssamordnaren har informerat om uppdraget på respektive nämnds sammanträden under våren 2020.
 - Samverkan med Föreningssservice och Nyköpings Arenor. Dialog har skett mellan parterna och en kartläggning över vilka behov som finns har genomförts.
 - Dialog har skett med föreningar, studieförbund och andra berörda samarbetspartners. Aktivitetssamordnaren har i viss samverkan med Föreningssservice haft en dialog med föreningar och studieförbund kring behov av IOP. Flera organisationer ser behov, men saknar egna resurser för att uppfylla dessa.
 - Framtagande av avtal gällande partnerskap. Några avtal är ej framtagna. På grund av besöksförbudet på våra särskilda boenden, har ej aktiviteter av och med utomstående parter varit möjlig. På grund av ökad smittorisk har inga föreningsaktiviteter genomförts sedan våren 2020 på våra särskilda boenden, förutom ett 30-tal samarrangerande utomhuskonserter. All form av kontakt mellan hyresgäst och utomstående har ej varit möjlig. Många föreningar har under merparten av 2020 ställt in sin verksamhet. Därför har inte heller några avtal arbetats fram.
- ### Nästkommande åtgärder:
- Framtagande av avtal gällande partnerskap. Så fort Coronapandemins påverkan avtagit och våra särskilda boenden åter kan öppnas för besök i normal omfattning, kommer avtal att arbetas fram. Utkast finns redan framarbetade. I samband med framtagandet kommer en juridisk bedömning att behöva genomföras, för att kontrollera att avtalet håller sig inom riktlinjerna för ett Idéburet Offentligt Partnerskap.
 - Genomförande och uppföljning av avtal.
 -
 - Redovisning och reflexion av avtalet.
 -

VON §

Dnr VON20/2

Delårsrapport 2020

Det finns nu en delårsrapport efter 2020-08-31 framtagen för Vård- och omsorgsnämnden. Lagd ekonomisk prognos innebär ett årsresultat på +30 mnkr och detta överskott beror främst på att det nya äldre- och demensboendet Koggen ännu inte tagits i bruk fullt ut. De förbättrings- och särskilda uppdrag som finns för året är samtliga påbörjade, men ännu inte avslutade. Ett uppdrag man kommit långt med handlar om vårdnära service. Första utbildningsomgången är startad och i november beräknas ett tiotal "service-assistenter" komma ut på praktik på kommunens äldre- och demensboenden.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna Delårsrapport 2020-08-30, Vård- och omsorgsnämnden, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-01.

Beslut till:

Kommunstyrelsen

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

Delårsrapport 2020

Bakgrund

Det finns nu en delårsrapport efter 2020-08-31 framtagen för Vård- och omsorgsnämnden. Lagd ekonomisk prognos innebär ett årsresultat på +30 mnkr och detta överskott beror främst på att det nya äldre- och demensboendet Koggen ännu inte tagits i bruk fullt ut. De förbättrings- och särskilda uppdrag som finns för året är samtliga påbörjade, men ännu inte avslutade. Ett uppdrag man kommit långt med handlar om vårdnära service. Första utbildningsomgången är startad och i november beräknas ett tiotal "service-assistenten" komma ut på praktik på kommunens äldre- och demensboenden.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna Delårsrapport 2020-08-30, Vård- och omsorgsnämnden, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-01.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslut till:

Kommunstyrelsen

Delårsrapport 2020-08-30

Vård- och omsorgsnämnden

Väsentligaste händelserna

Covid-19

Vårens pandemi hade och har stor påverkan på verksamheterna. Man har dock lyckats begränsa smittspridningen på ett bra sätt och man har bedrivit ett mycket aktivt arbete med att säkra tillgången på skyddsmaterial.

Uppdrag om strategi

Vård- och omsorgsnämnden har föreslagit Kommunstyrelsen och i förlängningen Kommunfullmäktige att nämnden ska ges i uppdrag att ta fram en strategi för den framtida äldreomsorgen i Nyköpings kommun, som sträcker sig fram till runt år 2035. Detta görs bland annat mot bakgrund av den demografiska utvecklingen med allt fler äldre och allt färre i arbetsför ålder.

Vårdnära service

Utifrån ett gemensamt uppdrag till Vård- och omsorgsnämnden och Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden, har grunden till ett införande av vårdnära service på äldre- och demensboenden lagts. En ny personalkategori införs, vilken ska ta hand om serviceinsatserna på boendena, så att undersköterskor kan ägna sig åt den omsorg de är utbildade för.

Omsorgslyftet

Som ett komplement till regeringens satsning på Äldreomsorgslyftet i syfte att öka antalet tillsvidareanställda inom äldreomsorgen, har Vård- och omsorgsnämnden avsatt ytterligare 2,5 mnkr för att förbättra förutsättningarna för personal- och kompetensförsörjningen och samtidigt göra en satsning på personalen och ta tillvara den kunskap som finns. På helårsbasis blir detta 5,0 mnkr för 2021.

Koggen

Det nya äldre- och demensboendet Koggen stod klart i maj, men på grund av pandemin har inflyttning dit senarelagts.

Stimulansmedlen – demensteam

Nämnden fick möjlighet att rekvirera 3,9 mnkr i stimulansmedel från staten, vilka är destinerade till att motverka ensamhet bland äldre och en ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom. Medlen beslutades nyttjas till ytterligare ett demensteam.

Ny hemtjänstutförare

I april startade den nya hemtjänstutföraren Mann Service AB upp sin verksamhet i Nyköping.

Avrapportering av uppdrag med indikatorer

Målområde: Grön omställning


| Bedömning |
|---|
|  |

Förbättringsuppdrag KF

Öka andelen tillsyner natttid, som görs med trygghetskamera inom hemtjänsten

| Bedömning |
|---|
|  |

Indikator:


| Titel | Utfall 2018 | Utfall 2019 | Utfall aug 2020 | Målvärde 2020 | Bedömning | Trend |
|---|-------------|-------------|-----------------|---------------|---|-------|
| Andelen tillsyner natttid som görs med trygghetskamera, % | | 46% | 39% | 37% |  Värde uppnått | – |

Andelen nattliga tillsyner som görs med hjälp av kamera har minskat något under året, vilket går i fel riktning. Målvärdet för året är dock uppnått. Ett aktivt arbete för en ökad andel fortgår dock och man noterar ett större intresse för och mindre skepsis mot kameraalternativet.

Öka andelen tillsyner dagtid, som görs med telefon inom hemtjänsten

| Bedömning |
|---|
|  |

Indikator:

| Titel | Utfall 2018 | Utfall 2019 | Utfall aug 2020 | Målvärde 2020 | Bedömning | Trend |
|--|-------------|-------------|-----------------|---------------|---|-------|
| Andelen tillsyner dagtid som görs med telefon, % | | 11% | 13% | 23% |  Ej accepterat värde | ↗ |

Målvärdet för året är inte uppnått, men andelen telefonsyner dagtid har ökat något sedan i fjol. Det pågår ett arbete att se över insatsen, då det visat sig att det i praktiken inte alltid handlar om en tillsyn, utan om ett besök som innehåller mer än så. Utöver denna genomgång ska de faktiska tillsynerna försöka omvandlas i så stor utsträckning som möjligt till telefonkontakt.

Målområde: Social sammanhållning

| Bedömning |
|---|
|  |

Särskilda uppdrag KF

VON och SN ska tillsammans arbeta för en samordning av insatser för personer med samsjuklighet
Personer med samsjuklighet är en utsatt grupp i samhället som ofta behöver insatser från flera aktörer. Både VON och SN har ett ansvar för målgruppen och behov finns av en närmare samverkan

mellan nämnderna, både för att kunna ge individerna ett bättre stöd och för att nyttja kommunens resurser mer effektivt.

| Slutdatum | Status |
|------------|---|
| 2020-12-31 |  |

En nulägesorientering har genomförts och ett antal prioriterade åtgärder beslutats. Ett gemensamt arbetssätt ska upprättas. Befintligt FRACT-team ska kompletteras så att det blir nämndöverskridande. Daglig verksamhet kopplas in för att utveckla möjligheterna till sysselsättning. Ett gemensamt HVB för personer med samsjuklighet ska startas. Lokal finns. Detta ska för VONs del bli innebära att ett antal hemtagningar av externa placeringar kan ske. Förändringar görs inom befintlig ram.

Ta fram en strukturerad plan för hur välfärdsteknik kan implementeras inom äldreomsorgen och omsorgen om funktionsnedsatta

Syftet med uppdraget är att skapa en effektiv verksamhet med högre brukardelaktighet som ett komplement till personal. Det behövs en strukturerad plan för att klarlägga vilken välfärdsteknik som ska implementeras, vilka verksamhetsmässiga effekter som förväntas och vilka de ekonomiska konsekvenserna blir. Uppdraget ska utgöra underlag för E-rådets fortsatta prioriteringsarbete.

| Slutdatum | Status |
|------------|---|
| 2020-12-31 |  |

Förberedelsearbete har genomförts inför framtagande av plan. I dagsläget saknas wifi på samtliga boenden inom funktionsnedsättningsområdet, vilket är en förutsättning för att kunna arbeta med implementering av välfärdsteknik. Utifrån det har en inventering gjorts av antalet boenden, eventuella satellitläheter, fastighetsbolag mm, som sedan överlämnats till IT för vidare hantering inför wifi-installation.

En inventering har gjorts för att identifiera vilken välfärdsteknik som idag används inom verksamheterna och vilka ytterligare behov som finns. Olika välfärdstekniker har också testats.

VON och KFN ska i samverkan starta ett pilotprojekt kring idéburet offentligt partnerskap med föreningslivet

Syfte med uppdraget är att arbeta med aktiviteter på särskilda boenden för äldre, vilka ska vara öppna även för äldre som bor i ordinärt boende. Aktiviteter och utevistelser på särskilda boenden för äldre är något som de boende anser behöver förbättras enligt brukarenkäten. Föreningslivet kan vara en viktig spelare i denna utveckling, varför ett idéburet offentligt partnerskap skulle kunna vara en lösning som upplevs givande av alla parter. En lämplig väg till föreningslivet är Föreningservice.

| Slutdatum | Status |
|------------|---|
| 2020-12-31 |  |

Aktiviteter och utevistelser på särskilt boende är något som de boende anser behöver förbättras enligt brukarundersökningen. Ett idéburet offentligt partnerskap skulle kunna vara en lösning som upplevs givande av alla parter. DSO samverkar med Föreningservice och Nyköpings Arenor i denna fråga. Aktivitetssamordnaren har fört en dialog med föreningar, som delar bilden av vilka möjligheter ett IOP kan ge, men de ser samtidigt problem i att hitta resurser att disponera för ändamålet. Coronapandemin har gjort att arbetet legat nere under våren, men när så blir möjligt kommer arbetet med att ta fram avtal att fortsätta.

VON och KAN ska tillsammans ta fram ett förslag kring införande av vårdnära service på särskilda boenden för äldre

Vi behöver skapa personalgrupper med olika specialiteter. Den vårdnära servicen ansvarar för serviceinsatser, såsom städ och måltider, medan omvårdnadspersonalen fullt ut kan ägna sig åt omvårdnaden. Detta gagnar både de boende och personalen, samtidigt som det får en positiv effekt på kommunens ekonomi. Dessutom underlättas kompetensförsörjningen av ett införande av vårdnära service.

| Slutdatum | Status |
|------------|---|
| 2020-12-31 |  |

Ett utbildningsupplägg är framtaget och första gruppen har startat sin utbildning. Återstår gör att slutligt fastslå den nya personalkategorin med arbetsnamnet serviceassistent. Hur samverkan mellan Campus och DSO ska fungera ska också fastslås. Återstår gör också att verkställa samtliga utbildningsomgångar och skapa ett bra mottagande i verksamheten, så att vi kan uppnå den fulla potentialen av införande av vårdnära service.

Corona-pandemin

Kortsiktiga och långsiktiga effekter av Corona-pandemin för ekonomi och verksamhet

För nämndens del är de ekonomiska effekterna begränsade. Intäkterna för kostavgifter och hyror för platser på särskilda boenden för äldre är några mnkr lägre än budgeterat, vilket till största delen med all sannolikhet beror på pandemin. Det är ett antal platser som är tomställda och kön till platser är i princip obefintlig. Detta beror säkerligen inte på ett minskat behov, utan på att man inte önskar få plats nu när besöksrestriktioner råder. Vi kommer säkert att se ett uppdämt behov när tiderna blivit mer normala. Åt andra hållet går, ekonomiskt sett, kostnaderna för hemtjänst. Många kunder har tackat nej till besök i betydligt större utsträckning än under normala omständigheter.

I övrigt har pandemin fått följande konsekvenser på nämndens beslut och verksamhet:

- Öppnandet av det nya äldre- och demensboendet Koggen, flyttades fram från maj till augusti/september.
- Upphandlingen av nätbaserade matinköp inom hemtjänsten fick avbrytas och återupptogs i början av september.
- Införande av en avgift för ej i förväg avbokade besök inom hemtjänsten fick också skjutas på framtiden, men är nu planerad att införas vid årsskiftet.

Ekonomi

| tkr | Utfall Jan - Aug 2020 | Budget 2020 | Prognos 2020 | Avv Budget-Prognos |
|---------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Nämnden | -1 477 | -2 271 | -2 273 | -2 |
| Gemensamt | -55 753 | -95 312 | -86 871 | 8 441 |
| Hälso- och sjukvård | -36 154 | -54 258 | -54 239 | 19 |
| Äldreomsorg | -357 796 | -569 959 | -544 816 | 25 143 |
| Funktionsnedsatta | -255 001 | -382 400 | -385 792 | -3 392 |
| Summa | -706 181 | -1 104 200 | -1 073 991 | 30 209 |

Vård- och omsorgsnämnden beräknas ge ett budgetöverskott på 30 mnkr.

Inom område Gemensamt kommer inte den budgeterade utökningen av kortvården att verkställas, vilket ger ett nettoöverskott på 7 mnkr efter att 2,5 mnkr disponeras till en satsning på Omsorgs-

lyftet, vilket är Vård- och omsorgsnämndens förstärkning av regeringens satsning på ett Äldreomsorgslyft, vars syfte är att höja kompetensen inom äldreomsorgen. Nämnden egen satsning inkluderar även funktionshinderområdet. I övrigt bidrar såväl bostadsanpassning, som hjälpmedel och trygghetslarm med smärre överskott.

Inom äldreomsorgen ger vård- och hyresintäkter ett underskott samtidigt som hemtjänstkostnaderna bedöms bli lägre än budgeterat. Sannolikt påverkas båda dessa poster av pandemin. Koggen ger ett överskott på 22 mnkr, då budgeten förutsatt full drift i nio månader. I praktiken är två avdelningar i drift sen efter sommaren, medan tillhörande personal anställdes under våren. I övrigt ger även nämndens hyreskostnader ett visst överskott.

Inom funktionshinderområdet orsakar kostnaderna för personlig assistans ett budgetunderskott, då det tillkommit nya brukare som ibland står för relativt höga kostnader.

Åtgärder

Efter att Division Social omsorg tagit fram två snarlika handlingsplaneförslag, som båda underkänts av nämnden, har nu den nya divisionschefen i nära samverkan med nämnden identifierat två omställningsåtgärder som beräknas kunna minska kostnaderna 2021 med 50 mnkr. Det handlar således om åtgärder med relativt snar effekt. Kopplat till det ska också en mer långsiktig plan tas fram som ska vara i samklang med de kortsiktiga åtgärderna. Här handlar det om att bygga den nya verksamheten som bland annat ska grunda sig på ett systematiskt kvalitetsarbete och individens behov i centrum.

VON §

Dnr VON18/106

Uppföljning av reviderade riktlinjer avseende boendestöd

I december 2019 fattade Vård-och omsorgsnämnden beslut om förändrade riktlinjer för boendestödsverksamheten från och med 2020-01-01. Bakgrunden var problem inom verksamheten med såväl personalförsörjning som arbetsmiljö och höga kostnader. Förändringarna handlade främst om att hemtjänsten fick överta larm och läkemedelshantering från boendestöd, liksom insatser som utfördes sena kvällar och helger. Medskick från nämnden var att införa de nya riktlinjerna successivt vartefter hållbara nya lösningar arbetades fram.

En uppföljning har nu genomförts av Division Social omsorg (DSO). Denna visar att det funnits brister i hur förberedelsearbete och implementering gått till. Divisionen tog inte ett helhetsgrepp kring detta och införandet har präglats av problem mellan boendestödsverksamheten och hemtjänsten. Riktlinjeförändringarna har bidragit till både en kvalitetshöjning och kvalitetssänkning då vissa problem har lösts ut inom boendestöd samtidigt som andra har uppstått inom hemtjänst. Detsamma gäller arbetsmiljön inom respektive verksamheter. Ekonomiskt har ambitionen om sänkta kostnader nåtts.

Vård- och omsorgsnämnden kan konstatera att övergången inte skötts på ett genomtänkt sätt med inblandning av samtliga berörda parter, utan boendestödsverksamheten har drivit igenom sina förändringar utan att det funnits en mottagare. Bland annat är det tydligt att personalen inom hemtjänsten inte har den kompetens som krävs för att möta brukare med denna typ av problematik. Detta stod klart redan innan och det var tydligt att insatser mot detta krävdes för att anpassningen till de nya riktlinjerna skulle fungera på ett bra sätt. Detta har dock inte tagits hänsyn till inom divisionen. Ett fortsatt samlat och genomtänkt arbete behövs för att den nya arbetsfördelningen mellan boendestöd och hemtjänst ska börja fungera.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

VON §

Dnr VON18/106

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporten "Uppföljning av förändringar i Riktlinje för handläggning inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2019 avseende boendestöd" enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-16.

att uppdra åt DSO att till Vård- och omsorgsnämndens sammanträde 2020-12-03, ta fram en handlingsplan för hur implementeringen ska fortsätta, men nu på ett samlat och genomtänkt sätt.

Beslut till:

Division Social omsorg

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning av reviderade riktlinjer avseende boendestöd

Bakgrund

I december 2019 fattade Vård- och omsorgsnämnden beslut om förändrade riktlinjer för boendestödsverksamheten från och med 2020-01-01. Bakgrunden var problem inom verksamheten med såväl personalförsörjning som arbetsmiljö och höga kostnader. Förändringarna handlade främst om att hemtjänsten fick överta larm och läkemedelshantering från boendestöd, liksom insatser som utfördes sena kvällar och helger. Medskick från nämnden var att införa de nya riktlinjerna successivt vartefter hållbara nya lösningar arbetades fram.

En uppföljning har nu genomförts av Division Social omsorg (DSO). Denna visar att det funnits brister i hur förberedelsearbete och implementering gått till. Divisionen tog inte ett helhetsgrepp kring detta och införandet har präglats av problem mellan boendestödsverksamheten och hemtjänsten. Riktlinjeförändringarna har bidragit till både en kvalitetshöjning och kvalitetssänkning då vissa problem har lösts ut inom boendestöd samtidigt som andra har uppstått inom hemtjänst. Detsamma gäller arbetsmiljön inom respektive verksamheter. Ekonomiskt har ambitionen om sänkta kostnader nåtts.

Vård- och omsorgsnämnden kan konstatera att övergången inte skötts på ett genomtänkt sätt med inblandning av samtliga berörda parter, utan boendestödsverksamheten har drivit igenom sina förändringar utan att det funnits en mottagare. Bland annat är det tydligt att personalen inom hemtjänsten inte har den kompetens som krävs för att möta brukare med denna typ av problematik. Detta stod klart redan innan och det var tydligt att insatser mot detta krävdes för att anpassningen till de nya riktlinjerna skulle fungera på ett bra sätt. Detta har dock inte tagits hänsyn till inom divisionen. Ett fortsatt samlat och genomtänkt arbete behövs för att den nya arbetsfördelningen mellan boendestöd och hemtjänst ska börja fungera.

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 "Uppföljning av förändringar i Riktlinje för handläggning inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2019 avseende boendestöd" enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-16.

att uppdra åt DSO att till Vård- och omsorgsnämndens sammanträde 2020-12-03, ta fram en handlingsplan för hur implementeringen ska fortsätta, men nu på ett samlat och genomtänkt sätt.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslut till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Datum

Marie Johnsson

2020-10-13

**Uppföljning av
förändringar i *Riktlinje
för handläggning inom
Vård- och
omsorgsnämndens
ansvarsområde 2019*
avseende boendestöd**

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| En tillbakablick..... | 4 |
| Bakgrunden och förberedelserna inför riktlinjeförändringarna 2019 ... | 5 |
| Förberedande diskussioner mellan myndighetsfunktionen och boendestöd .5 | |
| Hemtjänsten och hälso- och sjukvårdsorganisationens delaktighet | 5 |
| Inramning av problemområden | 5 |
| Målgruppens behov | 6 |
| Läkemedelshanteringen | 6 |
| De ekonomiska faktorerna utifrån larmhantering och schema | 7 |
| Tids- och insatsregistreringen via Mobipen..... | 7 |
| Förslag till riktlinjeförändringarna..... | 7 |
| Syfte | 8 |
| Metod | 8 |
| Avgränsning..... | 9 |
| Resultat | 10 |
| Implementeringen..... | 10 |
| Översyn av biståndsbeslut och schemaomställning | 10 |
| Riskanalyser | 11 |
| Överlämningen till hemtjänst..... | 12 |
| Mobipen..... | 13 |
| Konsekvenser av riktlinjeförändringarna..... | 13 |
| Kvalitetsmässiga konsekvenser | 13 |
| Kompetens inom hemtjänsten | 13 |
| Dubbla utförare | 14 |
| Stöd kvällar och helger | 14 |
| Samverkan | 14 |
| Ekonomiska konsekvenser | 15 |
| Arbetsmiljömässiga konsekvenser | 16 |
| Slutsatser..... | 16 |
| Slutsatser kring implementeringen | 17 |
| Slutsatser kring konsekvenserna för kvaliteten | 17 |
| Slutsatser kring de ekonomiska konsekvenserna | 18 |
| Slutsatser kring arbetsmiljökonsekvenserna | 18 |
| Avslutningsvis | 18 |
| Referenser | 19 |

Sammanfattning

Under våren 2019 identifierades ett antal områden i behov av utveckling inom boendestöd. Det avsåg framförallt de korta hemtjänstliknande insatserna som inte motsvarade boendestödsinsatsen innehållsmässigt såsom läkemedelshantering och hantering av trygghetslarm, samt huruvida boendestöd skulle ges sena kvällar och helger. Utifrån detta påbörjades ett förändringsarbete i organisationen kring förslag till förändringar i *Riktlinje för handläggning inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde*. Förslagen mynnade ut i att Vård- och omsorgsnämnden beslutade om en revidering av riktlinjen som bland annat medförde att hemtjänsten fick överta larm och läkemedelshantering ifrån boendestöd, samt insatser som utfördes sena kvällar och helger. Riktlinjeförändringarna trädde i kraft 1 januari 2020.

Utifrån förändringarna har nämnden ålagt verksamheten att göra en uppföljning av implementeringen av riktlinjerna. I uppföljningen har representanter ifrån boendestöd, myndighetsfunktionen och hemtjänst intervjuats med en semistrukturerad ansats.

De slutsatser som dras i uppföljningen av implementeringen och de kvalitets-, ekonomiska och arbetsmiljömässiga konsekvenserna är följande:

- Det har funnits brister i hur förberedelsearbetet och implementeringen gått till utifrån att det saknats ett helhetsgrepp kring detta mellan divisionens verksamheter. Däremot har framförallt boendestöd gjort ett omfattande omställningsarbete inom den egna verksamheten.
- Implementeringen av riktlinjerna fördröjdes av olika orsaker under våren men kan nu konstateras till stor del genomförd. Den är dock inte helt klar utifrån att det finns fortsatt behov av att förankra nya förhållningssätt och arbetssätt.
- Riktlinjeförändringarna har bidragit till både en kvalitetshöjning och kvalitetssänkning då vissa problem har lösts ut inom boendestöd samtidigt som andra har uppstått inom hemtjänst. Detsamma gäller arbetsmiljön inom respektive verksamheter.
- De ekonomiska konsekvenserna visar på en kostnadsminskning på 2 792tkr inom boendestöd med viss förskjutning av kostnaderna till hemtjänst. Utifrån detta gjorde nämnden en reduktion i ersättningen till boendestöd och ett tillskott till hemtjänsten vid nämndsammansättningen 25 juni 2020. På grund av detta kommer boendestöd sannolikt fortfarande ha samma utfall i relation till budget vid bokslut.

En tillbakablick

Under flera år har boendestödsverksamheten varit föremål för förändringar i riktlinjearbetet. I riktlinjerna VON16/44 framgår det att skillnaden mellan hemtjänst och boendestöd var att den enskilde förväntades delta i större utsträckning i genomförandet av de beviljade insatserna, men att personen skulle få stöd även i de fall där hen inte kunde eller ville vara delaktig. Ett särskilt fokus som lyftes fram i riktlinjen var att bedömningsgrunden utgick ifrån huruvida den enskilde var i behov av att "motiveras, tränas och stödjas till att bli mer självständiga och eller delaktiga".¹ Stödet skulle riktas till den enskildes behov i flera olika områden såsom hemmets skötsel, personlig hygien, kommunikation och fritid och gällde dagtid kl.07-22.²

2017 fattade nämnden beslut om att göra ytterligare en förändring av riktlinjerna. I den uppföljning som sakkunniga gjorde innefattade det följande förändringar:

- "Ett tydliggörande av målgruppen
- Ett tydliggörande av syftet med insatsen (i princip samma insats som hemtjänst)
- Riktlinjerna trycker på den speciella kompetens som personal inom boendestöd behöver
- Riktlinjerna trycker på att insatsen ska utföra även om brukaren inte deltar
- En brukare kan inte ha både boendestöd och hemtjänst samtidigt
- Förtydligande att boendestöd svarar på larm från egen klient
- Förtydligande att boendestöd svarar för medicinhantering om detta delegeras från ssk [sjuksköterska]
- Förtydligande att insatsen ska verkställas på datum som handläggaren bestämmer
- Förtydligande om åldersstrecket 65 år"³

I uppföljningarna som sakkunniga gjorde 2017 och 2018 bedömdes det att det fanns brister i implementeringen utifrån att neuropsykiatrigruppen inte hade arbetat med implementeringen av riktlinjerna. Däremot hade socialpsykiatrigruppen gjort det. Det uppmärksammades även att det behövdes en tätare samverkan mellan handläggare och boendestödsverksamheten.⁴⁵

¹ VON16/44, *Riktlinje för handläggning inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2016*, s.19

² VON16/44, *Riktlinje för handläggning inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2016*, s. 19

³ VON18/44, s.1

⁴ VON17/50, *Uppföljning av Boendestöds implementering av nya riktlinjer*, 2020-05-10

⁵ VON18/44:22 *Rapport från uppföljande tillsyn avseende implementering av riktlinjer för Boendestöd*, 2020-05-10

Bakgrunden och förberedelserna inför riktlinjeförändringarna 2019

Utifrån att det saknas dokumenterat underlag i framtagande av förändringsförslag följer här en fördjupad beskrivning av bakgrunden till de förslag som lämnades inför beslut om riktlinjeförändringarna.

Förberedande diskussioner mellan myndighetsfunktionen och boendestöd

Under våren 2019 uppmärksammade enhetschefen inom boendestöd en del utmaningar i hur verksamheten skulle bedrivas utifrån det uppdrag som fanns beskrivet i den dåvarande riktlinjen. En dialog påbörjades mellan verksamhetschef för funktionsnedsättningsområdet, enhetschef för boendestöd och myndighetschef. Senare tillkom även socialpedagog ifrån boendestöd och biståndshandläggare ifrån myndighetsfunktionen i de gemensamma träffarna. Det fördes under hösten även en dialog med sakkunnig ifrån beställarkontoret om de förändringsförslag som verksamheten ville framföra till Vård- och omsorgsnämnden. En överenskommelse gjordes i förarbetet mellan myndighetsfunktionen och boendestöd att boendestöd skulle informera hemtjänst, psykiatri inom Region Södermanland samt de enskilda berörda individerna.

Hemtjänsten och hälso- och sjukvårdsorganisationens delaktighet

Enhetschef för boendestöd och verksamhetschef för funktionsnedsättningsområdet träffade i sin tur verksamhetschef för hemtjänst och hälso- och sjukvårdsorganisationen (HSO) för att beskriva arbetet som pågick. Enhetschefen fick en inbjudan av verksamhetschefen till ledningslaget för Hemtjänst/HSO men då ärendet blev framskjutet i nämnden avbokades presentationen för att invänta nämndens beslut. Verksamhetschefen uppger att jul- och nyårsledigheter bidrog till att ingen ny inbjudan skickades och att det efter beslutet gick väldigt fort att påbörja omställningsarbetet. Det fick konsekvensen att enhetschef för boendestöd aldrig kom att träffa hemtjänstcheferna samlat. I intervjuerna som förts med hemtjänstcheferna framförs det att informationen och delaktigheten i förberedelsearbetet varit bristfällig. Det råder delade meningar mellan verksamhetsansvariga om i vilken utsträckning information om förslag till förändringar gått ut och en hemtjänstchef uppger att de inte fick information om förändringarna förrän beslut om nya kunder kom. Enligt protokoll ifrån ledningslag för hemtjänst diskuterades dock förändringarna både i november och december innan beslut fattades av nämnden. I intervjun med verksamhetschef för hemtjänst/HSO så beskrivs det att informationen kring riktlinjeförändringarna först kom i divisionens övergripande ledningslag under hösten. Därefter kom muntlig information och en del mejl ifrån enhetschef för boendestöd. Verksamhetschefen bekräftar att förslagen till riktlinjeförändringarna lyftes i ledningslaget för hemtjänst för diskussion.

Inramning av problemområden

I dialogerna som fördes kring behovet av förändrade riktlinjer konstaterades ett antal områden där förändringarna behövde fokuseras.

Målgruppens behov

Boendestöd hade ett antal individärenden där det somatiska behovet var mer framträdande än det psykiska, och att kompetensen för att tillgodose det behovet saknades inom boendestöd. Det hade också uppmärksammats att en del medarbetare med hög psykiatrikompetens valde att sluta inom boendestöd till följd av att det fanns flera ärenden som upplevdes tillhöra hemtjänst. Utifrån det konstaterades det en hög risk för att flera personer som hade boendestöd skulle komma att bli aktuella för bostad med särskild service enligt socialtjänstlagen istället till följd av kompetenstappet inom boendestöd. Myndighetschefen berättar i sin intervju att en viktig aspekt av boendestöd är att insatsen bygger på ett återhämtningsperspektiv. Det beskrivs att detta inte var tillräckligt framträdande i verksamheten och där vissa brukare saknade ett återhämtningsbehov utifrån det psykiska måendet. Behoven var av mer omvårdande karaktär och därför lämplig för hemtjänsten att överta.

Läkemedelshanteringen

Läkemedelsadministreringen identifierades också som ett område som behövde förändras. Det fanns ett cementerat arbetssätt där psykiatrin inom Region Sörmland ansvarade för att delegera boendestödjarna i att få överlämna läkemedel till den enskilde. Enligt *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län* övergick de psykiatriska och somatiska omvårdnadsuppgifterna inom hemsjukvårdsverksamhet till kommunen 2010 förutsatt att det föll inom ramen för tröskelprincipen.⁶ I *Praktiska anvisningar för bedömning av egenvård vuxna* tydliggörs det att om egenvård bedöms vara otillräcklig utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv och läkemedelshanteringen bedöms som en hälso- och sjukvårdsuppgift så ska läkare alternativt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal skicka ett uppdrag till Hemsjukvården.⁷ Hemsjukvården delegerar sedan i sin tur baspersonal i överlämnande av läkemedel när det anses vara förenligt med god och säker vård. Traditionen har dock varit att frångå detta flöde då uppdraget aldrig kommit till Hemsjukvården ifrån psykiatrin utan gått direkt till boendestöd. Detta har medfört att boendestöd inte heller fått någon ersättning för de läkemedelsinsatser som genomförts under åren.

I boendestödets fall upplevdes det uppstå en ansvarsförskjutning i läkemedelshanteringen ifrån psykiatrin då det exempelvis begärdes att boendestödjarna skulle dela de enskildas dosetter. Då läkemedelsbehandlingen var viktig för många individers psykiska mående upplevde boendestödjarna att de inte fick tillräckligt med utrymme att arbeta med att motivera och stödja den enskilde till att självständigt klara sin vardag och livssituation. Att

⁶ *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län*, <https://samverkan.regionormland.se/for-vardgivare/narvard/avtal-riktlinjer-och-overenskommelser/> 2020-10-05

⁷ *Praktiska anvisningar för bedömning av egenvård vuxna*, <https://samverkan.regionormland.se/for-vardgivare/narvard/avtal-riktlinjer-och-overenskommelser/> 2020-10-08

motivera den enskilde till att ta sina läkemedel ansågs istället få ett oproportionerligt stort fokus. I dessa situationer kunde även konflikter uppstå när individen inte ville ta sina läkemedel och upplevelsen ifrån boendestödet var att detta i sin tur påverkade relationen mellan boendestödjaren och brukaren negativt. Konsekvensen blev att möjligheten minskade att stötta och motivera den enskilde i andra insatser då förtroendet till boendestödjaren var otillräckligt.

De ekonomiska faktorerna utifrån larmhantering och schema

Ett annat område som ansågs behöva förändras var utifrån det ekonomiska perspektivet. Boendestöd hade under 2019 ett underskott på 8 mnkr och en förklaring till det bedömdes bero på boendestödets tillgänglighet under veckan samt den egna larmpatrullen. En kartläggning genomfördes av enhetschefen som konstaterade att ett fåtal insatser utfördes sena kvällar och helger. Det vedertagna arbetssättet var att handläggare i beställningen preciserade antal timmar per vecka som den enskilde behövde stöd och att boendestödjarna sedan ansvarade för planering av stödtiderna. Enhetschefen uppger att planeringen inte alltid gjordes utifrån den enskildes behov utan ofta för att sprida antalet stödtider över veckan utifrån det personalschema som var upprättat då det ändå fanns personal i tjänst under helgerna. Det medförde att vissa stödtider lades på helgerna, trots att det inte alltid fanns ett faktiskt behov av detta.

Larmhanteringen var också ett område där resurserna inte hanterades optimalt. Då medarbetare utifrån ett arbetsmiljöperspektiv inte fick åka ensamma på larm krävdes det dubbla larmresurser för ett fåtal brukare som hade larm men som sällan larmade. Enligt säkerhetssamordnaren hade det endast kommit ett larm under ett helt år. Utifrån att individerna var geografiskt utspridda och kunde bo i ett ytterområde medförde det även en hel del restid i relation till läkemedelsöverlämnande, där inga övriga insatser var aktuella. Utifrån ett ekonomiskt perspektiv gjorde beräkningar på att det kostade boendestöd dubbelt så mycket att utföra dessa insatser istället för hemtjänst, som hade hemtjänstenheter utplacerade i ytterområden.

Tids- och insatsregistreringen via Mobipen

Användandet av tids- och insatsregistreringspennan Mobipen var ytterligare ett fokusområde. Vid ankomst till den enskildes lägenhet skulle pennan tryckas mot en elektronisk etikett som satt intill dörren och detsamma gällde när boendestödjarna lämnade bostaden. På så vis registrerades besöket elektroniskt. Upplevelsen var att detta verktyg fungerade undermåligt då pennan inte alltid registrerade informationen vilket krävde manuella korrigeringar i efterhand samt att de kunde vara urladdade trots att de laddats hela natten. Det bedömdes inte heller lämpligt i relation till målgruppen då det kunde upplevas kränkande med en etikett i sin bostad. För personer med psykosjukdomar skapades det även en känsla av att de var övervakade.

Förslag till riktlinjeförändringarna

De förändringsförslag som presenterades av verksamhetschef för funktionsnedsättningsområdet och enhetschef för boendestöd för Vård- och omsorgsnämnden var att:

- Förändra boendestödsverksamhetens tillgänglighet genom att begränsa utförandet av boendestödsinsatser till kl.07-20 vardagar.
- Att insatserna läkemedelsadministration och trygghetslarm inte skulle utföras av boendestöd längre utan övertas av hemtjänst
- Förtydliga målgruppen så att det framgick att boendestöd avsåg personer som på grund av psykisk ohälsa⁸ hade väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar hade funnits eller kunde antas komma att bestå under en längre tid. Detta som ett led i att särskilja på boendestöd och hemtjänst där personer med stora fysiska omvårdnadsbehov istället skulle få hemtjänst.
- Att den enskilde kunde få insatser av både hemtjänst och boendestöd.

Vård- och omsorgsnämnden fattade beslut kring riktlinjeförändringarna den 5 december 2019 där samtliga förslag bifölls. Det beslutades även att förändringarna skulle träda i kraft 1 januari 2020. Boendestöd fick också tillåtelse att sluta använda Mobipen som tids- och insatsregistreringsverktyg även om det inte var en förändring som framgick av riktlinjen. Initialt diskuterades även borttagning av avgiften för boendestöd men detta togs aldrig upp som en beslutspunkt.

Syfte

Syftet med uppföljningen är att undersöka hur implementeringen av de nya riktlinjerna fungerat och vilka konsekvenser förändringarna fått utifrån ett kvalitetsperspektiv, ekonomiskt perspektiv och arbetsmiljöperspektiv.

Metod

I arbetet med uppföljningen har semistrukturerade intervjuer använts som primär metod. Detta för att till viss del styra samtalet in på de områden som är intressanta för uppföljningen men också för att lämna utrymme för intervjupersonerna att själva leda samtalet in på de områden de tyckt har varit viktiga att belysa. Intervjuguiden har utgått ifrån följande frågor:

- Hur upplevde du situationen innan riktlinjeförändringen och vad föranledde förändringsförslagen?
- Hur arbetade ni med implementeringen/förändringarna utifrån den nya riktlinjen?
- Vilka konsekvenser upplever du att förändringarna har fått?

⁸ I förslagen till riktlinjeförändringarna framfördes det utifrån begreppet "psykisk ohälsa". I riktlinjen har man dock valt att använda begreppet "psykisk störning" vilket är en mer avgränsad definition.

Utifrån hur intervjupersonerna har beskrivit sina upplevelser har fördjupade följdfrågor ställts med utgångspunkt i det enskilda samtalets riktning.

De funktioner som har intervjuats är följande:

| Boendestöd | Myndighetsfunktionen | Hemtjänst |
|--|-----------------------------|------------------|
| Enhetschef | Myndighetschef | Två enhetschefer |
| En socialpedagog | En biståndshandläggare | |
| En planerare | | |
| Fem boendestödjare ifrån både neuropsykiatriska teamet och socialpsykiatriteamet | | |

Utöver detta har även verksamhetschef för funktionsnedsättningsområdet intervjuats och specifika kompletterande frågor har ställts till verksamhetschef för hemtjänst/HSO.

Inför uppföljningen har en del andra underlag granskats, vilka är:

- Avvikelser ifrån procapita
- Arbetsskade- och tillbudsanmälningar
- Synpunkter & klagomål
- Ekonomiskt utfall ifrån BPA

Avgränsning

En avgränsning har gjorts i relation till uppdraget där uppföljningen endast berör utfallet utifrån ett internt perspektiv inom Division Social omsorg.

Ytterligare en avgränsning har gjorts i relation till kvalitetsperspektivet. Önskemålet var initialt att intervjua brukare i deluppföljningen men på grund av rådande omständigheter med Covid-19 samt att den nationella brukarundersökningen redan pågår inom boendestöd bedömdes detta inte möjligt.

Resultatet för brukarundersökningen publiceras 23 november där de enskilda får en fråga om huruvida de trivs med sitt boendestöd. Det finns även möjlighet för individerna att skriva kommentarer i relation till frågorna som ställs. Förhoppningen är att resultatet kan ge en indikation på om det finns utvecklingsområden i relation till riktlinjerna. I övrigt bör det genomföras intervjuer med aktuella individer vid nästa uppföljning av implementeringen av riktlinjerna istället.

Resultat

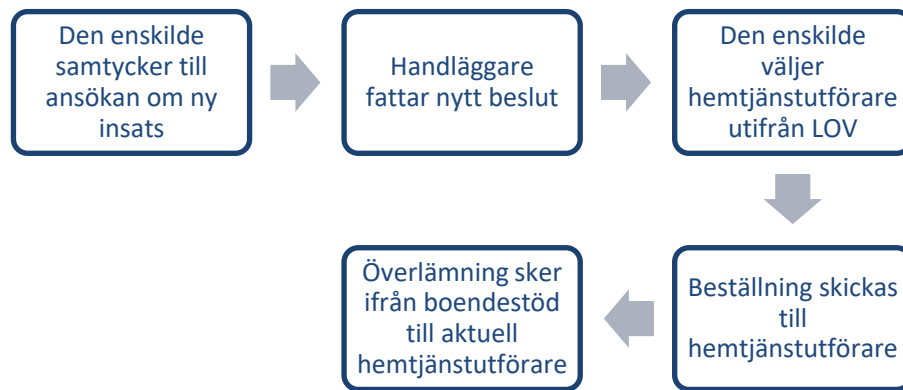
Implementeringen

Enhetschefen för boendestöd uppger att implementeringen av de nya riktlinjerna har påverkats av Covid-19 då det har medfört fördröjningar i implementeringsarbetet. Enhetschefen beskriver att det efter 1 januari 2020 var en turbulent period vilket flera av de andra personerna som intervjuats instämmer i. Upplevelsen var att beslutet om riktlinjeförändringarna inte var förankrat i de olika delarna av organisationen när implementeringen skulle ske. Enligt enhetschefen för boendestöd kom det mycket synpunkter ifrån myndighetsfunktionen, hemtjänst och psykiatrin på förändringarna som nämnden hade beslutat om. Det påtalades även att informationen hade varit bristfällig. Utifrån intervjuerna framgår det att ingen gemensam kommunikations- och aktivitetsplan togs fram i förändringsarbetet på divisionsövergripande nivå. Detta medförde att implementeringen genomfördes relativt avgränsat i respektive del av organisationen.

Översyn av biståndsbeslut och schemaomställning

Under januari sammanställde boendestöd en lista på de brukare som berördes av förändringarna. Antingen skulle boendestödet ersättas helt med hemtjänst, eller så skulle de få hemtjänst vissa tider istället för boendestöd. Hemtjänstcheferna medverkade inte i framtagandet av denna lista. Listan skickades sedan över till myndighetsfunktionen där handläggare gjorde en bedömning i varje unikt ärende kring huruvida det skulle ske någon förändring i besluten, förutsatt att samtycke fanns. I februari 2020 hade boendestöd genomfört schemaförändringar för att anpassa tiderna utifrån de nya riktlinjerna där det inte bedömdes vara ekonomiskt försvarbart att låta schemat vara oförändrat med så få insatser sena kvällar och helger. Boendestöd fick därför hjälp av ett boende inom socialpsykiatrin att utföra de kvarstående telefonsyner som fanns helgtid. I maj 2020 hade den sista personen som berördes av förändringen fått sitt nya beslut. Både hemtjänstcheferna och enhetschefen för boendestöd beskriver att det i vissa beslut står att den enskilde fått hemtjänstinsats till följd av att boendestöd inte arbetar vissa tider eller gör vissa typer av uppgifter. Detta ifrågasätt av dessa intervjupersoner som framför att det inte ska finnas någon organisatorisk orsak beskriven i den enskildes beslut utan att besluten ska fattas och beskrivas utifrån den enskildes behov.

I intervjun med verksamhetschef för hemtjänst/HSO problematiseras den kronologiska följd som aktiviteter vidtogs i. Hon uppger att det till viss del saknades kunskap om hur hemtjänsten är organiserad i relation till Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) och att vissa saker borde gjorts i en viss ordning. Detta preciseras i figur 1.



Figur 1. Flöde över övergång ifrån boendestödsinsats till hemtjänstinsats

Upplevelsen ifrån verksamhetschefen var att detta kronologiska flöde inte synkroniserades utan att boendestöd gjorde sina schemaförändringar innan dessa delar var helt klara. Detsamma gällde läkemedelshanteringen där verksamhetschefen hänvisar till att hemsjukvården var tvungna att få ett uppdrag ifrån psykiatrin innan de kunde överta läkemedelsansvaret. Detta i sin tur påverkades också av flödet enligt figur 1 då sjuksköterska som upprättade vårdplanen för läkemedelshantering var tvungen att veta vilken hemtjänstutförare som skulle utföra hälso- och sjukvårdsuppgiften. Detta i sin tur ledde till fördröjningar i övertagandet vilket ifrågasattes av medarbetarna inom boendestöd som undrade varför ärenden inte flyttades även trots att beslutet var fattat.

Riskanalyser

Inför implementeringen av de nya riktlinjerna gjorde boendestöd riskanalyser på enhetsnivå och individnivå. De på enhetsnivå berörde då upphörande av trygghetslarm och överlämning av läkemedel till hemtjänst generellt i verksamheten. På individnivå gjordes riskanalyser kring byte av utförare avseende överlämning av läkemedel och trygghetslarm samt stöd sena kvällar och helger. Det gjordes även individuella riskanalyser i relation till de brukare som övergick helt ifrån boendestöd till hemtjänst. Inga egna dokumenterade riskanalyser genomfördes strukturerat hos hemtjänst eller myndighetsfunktionen. Verksamhetschefen för hemtjänst/HSO säger i sin intervju att det var svårt att få till en övergripande riskanalys inom hemtjänst utan att riskanalyser gjordes på individnivå vid mottagande av ny kund, vilket är brukligt när verksamheten ska verkställa ett nytt hemtjänstbeslut.

I de generella riskanalyserna som boendestöd upprättade identifierades ett antal risker i relation till hemtjänstutförarna. Bland annat att det fanns risk för avsaknad av kompetens och att det skulle uppstå brister i kommunikationen mellan boendestöd och hemtjänst. De åtgärder som därför skulle vidtas var en god och tydlig överlämning, att den nya utföraren skulle presenteras för den enskilde samt överlappningstid för boendestöd och hemtjänst.

I förändringsarbetet så tog boendestöd fram informationsmaterial till brukare, närstående och företrädare som handläggarna fick lämna synpunkter på. Enhetschefen inom boendestöd höll även en informationsträff för anhöriga för att informera om förändringarna. Enhetschef för boendestöd skickade också brev till psykiatrin och informerade om förändringarna. Ett gemensamt möte mellan enhetschef för boendestöd,

verksamhetschef för funktionsnedsättningsområdet och psykiatrin skulle ha ägt rum under februari men ställdes in på grund av sjukdom. En ny tid bokade längre fram men på grund av att situationen med Covid-19 uppstod i mars avbokades tiden och ingen ny tid bokades.

Överlämningen till hemtjänst

I överlämningen av ärenden mellan boendestöd och hemtjänst går åsikterna isär hos de intervjuade personerna om detta skedde eller ej, och hur ändamålsenlig den i så fall var. Inom boendestöd uppger de intervjuade att det togs fram handlingsplaner för överlämnandet till hemtjänst utifrån de individuella riskanalyserna. De beskriver att varje kontaktpersonal för brukare som skulle få hemtjänst träffade mottagande kontaktpersonal inom hemtjänst för presentation och överlämning av information. En intervjuperson beskriver att:

Hur noga jag än överlämnade så visste inte personalen [hemtjänsten] någonting när de kom. Hur många gånger jag än skrev handlingsplaner och riskbedömningar så visste de inte. De har inte samma tänk och kunskaper kring detta [psykisk ohälsa].

Hemtjänstcheferna uppger däremot att det inte skedde någon överrapportering ifrån boendestöd till hemtjänst i individuella ärenden. Det beskrivs även att de inte hade kännedom om att ärendet var på gång förrän ett beslut och en beställning kom ifrån handläggare. Därefter var de tvungna att kontakta boendestöd för att få mer information.

Skillnaden mellan enheternas upplevelse av överlämningen skulle kunna förklaras utifrån den kronologiska följd som aktiviteter vidtogs i implementeringen. I februari 2020 skickade enhetschef för boendestöd ett mejl till verksamhetschef för hemtjänst/HSO och enhetschef för hemsjukvården angående övergången för vissa brukare ifrån boendestöd till hemtjänst. Det framgår i mejlet att ca 14 brukare övergick till den kommunala hemtjänsten med totalt 1-3 medicinöverlämningar per brukare och dag. Hemtjänsten fick även överta 7 ärenden kring trygghetslarm. I svaret till enhetschef för boendestöd förklarade verksamhetschefen hur ärendegången enligt figur 1 behövde gå till då varje brukare först skulle välja hemtjänstutförare och att det sedan behövde komma ett uppdrag ifrån Region Sörmland innan hemsjukvården kunde överta läkemedelsansvaret och fördela hälso- och sjukvårdsuppgiften att överlämna läkemedel till aktuell hemtjänstenhet. Utifrån detta är det inte omöjligt att hemtjänst var tvungna att ta den initiala kontakten med boendestöd för informationsinhämtning i varje enskilt ärende, eftersom ansvaret för val av hemtjänstutförare genomfördes hos myndighetsfunktionen och läkemedelshanteringsuppdraget hos regionen. Det är även möjligt att det under perioden kom helt nya individärenden utifrån nya ansökningar vilket sannolikt kan ha medfört att ingen överlämning gjorts och även förklara den ökning av läkemedelsöverlämnanden som hemtjänsten upplevt.

Utifrån att hemtjänsten i vissa fall tog en kontakt med boendestöd i enskilda individärenden så genomfördes överlämningar åtminstone i viss utsträckning. Däremot påtalas det att hemtjänsten upplevde denna information som bristfällig. Enhetscheferna belyser också hemtjänstens otillräckliga kompetens för målgruppen i sina intervjuer. Om respektive kontaktpersonal ifrån boendestöd och hemtjänst då besitter olika kompetenser och är vana vid att möta olika målgrupper så ställer det höga krav på medarbetarnas förmåga att

kommunicera på ett tydligt och pedagogiskt sätt. Att informationen på så vis kan upplevas olika kan säkert delvis bero på att komplexa behov skulle förklaras för medarbetare i hemtjänst som sällan mött denna målgrupp tidigare.

Mobipen

Den handläggare som intervjuats uppger att det inom myndighetsfunktionen fanns en oro över att nämnden fattade beslut om att ta bort kravet på Mobipen hos boendestöd och samtidigt behöll avgiften för insatsen. Konsekvensen blev att det inte längre gjordes någon tids- och insatsregistrering inom boendestöd och att det ledde till att handläggarna inte längre kunde kontrollera i vilken utsträckning insatserna utfördes. Avbokningar som gjordes fram till dagen innan besöket utfördes kunde verksamheten ta ut statistik för via planeringsverktyget Lifecare. De avbokningar som däremot kom samma dag kom inte med i redovisningen. Under våren 2020 lyftes denna problematik återigen och det upprättades ett nytt arbetssätt inom boendestöd där boendestödjarna efter varje utfört besök numera noterar detta i verkställighetsjournalen. Varje kontaktpersonal ansvarar sedan för att skriva en sammanfattning som socialpedagog och stödpedagog i verksamheten administrerar för att sedan skicka avgiftsunderlag till handläggarna.

Konsekvenser av riktlinjeförändringarna

Kvalitetsmässiga konsekvenser

Det framgår av intervjuerna att det finns olika uppfattning om vilka konsekvenser riktlinjeförändringarna fått för kvaliteten. Myndighetschef och enhetschef för boendestöd är relativt överens om att förändringarna lett till en kvalitetshöjning utifrån att individerna i större utsträckning får sina behov tillgodosedda där kompetensen för insatsen finns. Boendestödjarna uppger att förflyttningen av läkemedelsöverlämnandet till hemtjänst att gett dem större möjlighet att arbeta motiverande och stödjande kring den enskildes övriga behov vilket varit mycket positivt. I hemtjänsten är upplevelsen en annan vilket beskrivs under kompetensavsnittet.

Samtliga intervjupersoner uppger att det finns goda exempel på individer som fått hemtjänst fullt ut och att det blivit väldigt lyckat. Samtidigt beskrivs också fall där anhöriga och brukare påtalat att de inte är nöjda med att få hemtjänst utan vill ha enbart boendestöd. I ett fall har en person av sagt sig hemtjänst helt då hen inte tyckt att det har fungerat.

Vid granskning av avvikelser, synpunkter & klagomål hos boendestöd har inga sådana identifierats i relation till riktlinjeförändringarna.

Kompetens inom hemtjänsten

Hemtjänstcheferna lyfter däremot att man inom hemtjänsten hamnat i en situation där kompetens saknas för att kunna bemöta de individer som även har boendestöd då den psykiska ohälsan kan vara omfattande. En av cheferna säger att:

Det saknas kompetens på kvällar och helger för att kunna arbeta med lågaffektivt bemötande, kognitiva funktionsnedsättningar med mera. Hemtjänsten är inte vana vid så mycket motiveringsarbete. Vi är istället väldigt duktiga på service- och omvårdnadsarbetet.

Detta beskriver även verksamhetschefen för hemtjänst/HSO utifrån att hemtjänsten är van vid rehabilitering men att det saknas kunskap i exempelvis Motiverande samtal (MI) och andra metoder. Enhetscheferna beskriver detta som särskilt problematiskt i relation till den enskildes läkemedelshantering utifrån att det bygger på ett förtroende och en relation mellan den enskilde och medarbetare. Det görs en jämförelse att likväl som boendestödjarna kan uppleva att det uppstår svårigheter med läkemedelsöverlämnandet så gäller detsamma för hemtjänsten. Hemtjänstcheferna ger två alternativa lösningar, antingen att boendestöd återgår till helgarbete och övertar läkemedelshantering för de individer som i övrigt har boendestöd eller att hemtjänst utformar ett eget specialistteam för att kunna möta målgruppen.

Dubbla utförare

Önskemål som kommer ifrån några boendestödjare, handläggare och myndighetschef samt hemtjänstchefer är att den enskilde ska ha en utförare så långt det är möjligt. Riskerna som uppmärksammas är bristen på kontinuitet och trygghet vid dubbla utförare. I dagsläget är det enligt myndighetsfunktionen två individer av ca 120 som har både hemtjänst och boendestöd i form av service- och/eller omvårdnadsinsatser och där hemtjänst utför dessa sena kvällar eller helger. I dagsläget saknas exakt siffra på hur många brukare som har dubbla utförare till följd av att de sociala insatserna tillgodoses av boendestöd medan hälso- och sjukvårdsinsatsernas tillgodoses av hemtjänst (i detta fall läkemedelsöverlämningar i första hand). Det bör dock rimligtvis röra sig om fler än de ca 14 individärenden som hemtjänsten övertog efter riktlinjeförändringarna.

Stöd kvällar och helger

En oro som lyfts ifrån både boendestödjare och hemtjänstcheferna är att det kan finnas individer inom boendestöd, antingen befintliga eller nya, som har behov av boendestöd sena kvällar och helger. Enhetschefen inom boendestöd lyfter också det perspektivet men säger istället att det i dagsläget är svårt att motivera ekonomiskt då det är så få personer det rör sig om. Hon poängterar även att boendestöd är en frivillig insats som inte är livsuppehållande. Finns det behovet så är personen inte i tillstånd att vara kvar hemma utan ska in till psykiatrin. Däremot finns ett önskemål att divisionen ska erbjuda några typer av helgaktiviteter i form av öppna mötesplatser för målgruppen för att möjliggöra social gemenskap under helgen. Det lyfts även att vissa individer som har boendestöd har en sysselsättning dagtid och att det kan leda till mindre ork att ha boendestödsinsatser kvällstid.

Samverkan

Initialt uppges riktlinjeförändringarna ha lett till en försämrad samverkan på grund av de oenigheter som funnits i förberedelse- och implementeringsarbetet. Hemtjänstcheferna uppges att de saknar ett samarbete kring individerna som har både boendestöd och hemtjänst. Hemtjänsten upplever även att besluten de får av myndighetsfunktionen är ottydligt formulerade och att det är oklart om beställningen är densamma för både hemtjänst och boendestöd.

Ett önskemål ifrån boendestöd är att boendestödjarna delaktiggörs mer i uppföljningar som handläggarna gör. Det beskrivs i intervjuerna att det oftast kommer en indikation i journalsystemet att en uppföljning är gjord utan att de involverats trots god kännedom om individen. Samverkan mellan boendestöd och handläggarna upplevs vara på god väg att förbättras utifrån att det nu tagits initiativ till att träffas regelbundet. Socialpedagog och stödpedagog har bjudits in till regelbundna möten med myndighetsfunktionen för att diskutera specifika ärenden, förändringar eller problem som uppstått.

Ekonomiska konsekvenser

Vid jämförelse mellan perioden 1 januari -30 september 2019 och samma period 2020 så har en väsentlig kostnadsminskning skett inom boendestöd. Totalt har kostnaden minskat 2 792tkr vilket framgår av tabell 1 nedan.

| Konto | Utfall Jan - Sep 2020 | Utfall Jan - Sep 2019 | Differens |
|--|-----------------------|-----------------------|--------------|
| Hyror och arrenden | | 12 | -12 |
| Bidrag | 201 | 121 | 81 |
| Summa Intäkter | 201 | 133 | 69 |
| Lönekostnader | -10 986 | -13 438 | 2 452 |
| Övriga personalkostnader | -28 | -57 | 29 |
| Material | -136 | -229 | 92 |
| Lokalhyra och städ | -163 | -208 | 45 |
| Köp av tjänst/verksamhet | -1 077 | -1 367 | 290 |
| Intern fördelning | 52 | 167 | -115 |
| Summa Kostnader | -12 339 | -15 131 | 2 792 |
| Summa RR kontogruppering Nyköpings kommun | -12 138 | -14 999 | 2 861 |

Tabell 1. Jämförelse av ekonomiskt utfall för boendestöd 2019 och 2020 hämtat ifrån BPA 201005

Enhetschef för boendestöd beskriver att det gjorts en neddragning med 10 tjänster inom boendestöd sedan riktlinjeförändringarna vilket beror på de schemaförändringar som kunnat göras när boendestödjarna inte arbetar helg eller sena kvällar längre. I intervjuerna med hemtjänstcheferna reflekterar de över att kostnaden mellan att boendestöd och hemtjänst utför insatsen inte bör bli någon större skillnad. Det i sin tur borde leda till att kostnadsminskningen inte heller blir så stor utan att det istället sker en kostnadsflyttning ifrån boendestöd till hemtjänst. Tillförordnad enhetschef för ekonomiteamet och enhetschef för boendestöd hänvisar dock till att det inte går att jämföra utifrån de organisatoriska förutsättningarna. Det var framförallt den tidigare helgbemanningen för larm och läkemedel som kostade verksamheten stora summor trots att insatserna var få till antalet. Totalt var det ca 5 av ca 120 brukare som hade behov av stöd på helgen och varje lördag och söndag var det 8 medarbetare i tjänst för att dels utföra insatserna men också ha larmberedskap. Att enbart basera det ekonomiska utfallet på att timersättningen är jämförbar mellan hemtjänst och boendestöd är därför inte möjligt.

Vid Vård- och omsorgsnämndens sammanträde den 25 juni 2020 gjordes en justering i beställningen till divisionen då ramen för hemtjänst räknades upp 0,7 mnkr och ersättningen till boendestöd reducerades med 2,5 mnkr.

Arbetsmiljömässiga konsekvenser

Enhetschefen för boendestöd beskriver att situationen innan riktlinjeförändringarna var kaotisk och att det fanns en stor psykisk ohälsa inom personalgruppen utifrån det dåvarande uppdrag som boendestöd hade. Verksamheten hade flera medarbetare som var långtidssjukskrivna och det inkom flera uppsägningar till följd av att arbetet innefattade flera upplevda "hemtjänstäreanden". Under 2019 skrevs en arbetsskadeanmälning i relation till detta. Inga arbetsskador eller tillbud har skrivits under 2020 i relation till boendestödsuppdraget och verksamhet har inte längre några långtidssjukskrivna medarbetare till följd av arbetssituationen.

I januari 2020 när arbetsmiljömätningen genomfördes i boendestöd hade fortfarande inga förändringar genomförts vilket resultatet speglar. I nästan samtliga områden ligger boendestödets resultat under snittet för divisionens totala medelvärde. I uppföljande samtal beskriver medarbetarna för enhetschefen att situationen förbättrats sedan januari och att arbetet fortfarande är stressigt men att den psykiska ohälsan i övrigt har minskat. Detta bekräftas även av övriga medarbetare som intervjuas i uppföljningen.

Uppdraget var dock inte enskild orsak till arbetsmiljösituationen under 2019 utan det hade även varit stor omsättning på chefer inom verksamheten. Verksamheten hade också nyligen genomgått en organisationsförändring som innebar att de två boendestödsgrupperna som arbetat i egna spår nu slogs ihop till ett gemensamt boendestöd.

Förändringarna av riktlinjerna kring boendestöd har alltså lett till en förbättrad arbetsmiljö inom boendestöd. Däremot beskrivs förändringarna ha lett till en försämring inom hemtjänst då medarbetare uttrycker en oro och stress över att de inte har kompetensen att bemöta dessa brukare. Det rör framförallt i de situationer där de ska överlämna läkemedel och det finnas en suicidrisk eller ett självskadebeteende hos personen som de sedan måste lämna för att åka vidare till nästa brukare.

Slutsatser

I arbetet med riktlinjeförändringarna kan det utifrån resultatet konstateras att det inte skett ett samlat grepp kring förändringsarbetet och att verksamheterna till viss del hamnat i otakt med varandra i genomförandet av aktiviteter. Ingen gemensam riskanalys har genomförts och det saknas även en gemensam kommunikations- och aktivitetsplan som hade kunnat tydliggöra i vilken ordning saker skulle gjorts samt vilka funktioner eller intressenter som skulle involverats i arbetet. Utifrån detta är en slutsats att det finns ett utvecklingsbehov i hur organisationen förbereder och bedriver förändringsarbeten. Flera av de diskussioner och synpunkter som uppkommit under arbetets gång hade sannolikt kunnat undvikas eller åtminstone minimeras om det funnits en uttalad och systematisk struktur för hur planeringen och genomförandet av ett förändringsarbete ska organiseras

och dokumenteras. En rekommendation är att det tas fram ett divisionsövergripande material som kan användas till stöd i förändringsarbeten.

Det är samtidigt viktigt att understryka att det på den lokala nivån har skett ett omfattande förberedelsearbete inom framförallt boendestöd. Detta utifrån att det genomförts kartläggningar och riskanalyser på olika nivåer i verksamheten, tagits fram underlag i syfte att överlämna information, genomförts schemaförändringar, med mera. Utmaningen har snarare legat i att synka de olika verksamheterna inom organisationen för att få en så smidig övergång som möjligt.

Slutsatser kring implementeringen

Utifrån resultatet kan det konstateras till att implementeringen till stor del är genomförd, med viss fördröjning, utifrån att:

- En omställning av schema har skett inom boende där insatser numera utförs kl.07-20 vardagar.
- Hemtjänst numera utför läkemedelsöverlämning och hanterar trygghetslarm för de personer som har boendestöd i övrigt.
- En översyn har gjorts kring nya beslut där en överlämning av individärenden har skett ifrån boendestöd till hemtjänst.

Samtidigt är det viktigt att poängtera att implementeringen inte är klar utifrån att det kräver ett fortsatt arbete kring förändrade förhållningssätt, samverkan och nya arbetssätt. Resultatet visar att det till viss del fortfarande råder en viss oenighet kring hur individerna ska få sina behov tillgodosedda på bästa sätt.

Slutsatser kring konsekvenserna för kvaliteten

Utifrån att ingen brukare fått återge sin upplevelse av förändringarna är det svårt att dra några direkta slutsatser kring huruvida det skett en förändring avseende kvaliteten i insatserna för de enskilda individerna. Verksamheterna belyser olika perspektiv på vilka risker och faktiska konsekvenser som förändringarna lett till där bedömningen är att det sannolikt skett en parallell kvalitetshöjning och kvalitetssänkning i verksamheterna. Utifrån att boendestödet upplevs ha kunnat arbeta mer stödjande och motiverande i den dagliga livsföringen signalerar det en kvalitetshöjning i den verksamheten.

De utmaningar som boendestöd upplevde avseende kompetensbrist är däremot något som har förflyttats till hemtjänsten istället. Det skulle därför finnas stora vinster av att det sker ett utbyte av kompetens mellan de olika verksamheterna för att rusta medarbetare att möta en bredare målgrupp, oavsett om det är inom ramen för hemtjänst eller boendestöd. Det är även påtagligt att det kvalitativa perspektivet i detta fall har vägts gentemot det ekonomiska perspektivet då förändringarna har berört ett fåtal individer i relation till det totala antalet brukare. Utifrån det kan det också antas att riktlinjeförändringar i dessa fall har påverkat verksamheterna i minst lika stor utsträckning, om inte mer i vissa fall, som de enskilda individerna utifrån kvalitetsaspekten. Detta utifrån att det krävts stora förändringar i arbetssätt och organisering.

Slutsatser kring de ekonomiska konsekvenserna

Då det ekonomiska utfallet visar att boendestöd har minskat sina kostnader med 2 792tkr är slutsatsen att riktlinjeförändringarna medfört stora besparingar inom nämndens ansvarsområde, även om en viss förskjutning av kostnader gjorts mellan boendestöd och hemtjänst.

Det är dock viktigt att poängtera att boendestöds budget i relation till utfall är relativt oförändrat utifrån att Vård- och omsorgsnämnden fattade beslut 25 juni 2020 att reducera ersättningen till boendestöd. Det innebär i praktiken att boendestöd sannolikt fortfarande kommer ha samma utfall i relation till budget vid bokslut som föregående år.

Slutsatser kring arbetsmiljökonsekvenserna

Likt kvalitetsperspektivet har det skett en viss förskjutning i upplevelsen av hur arbetsmiljön uppfattas vilket innebär att en slutsats är att de förändrade riktlinjerna medfört både en förbättrad och försämrade arbetsmiljö. Boendestödjarna upplever sin arbetsmiljö avsevärt förbättrad medan hemtjänsten upplever sin försämrade utifrån den oro och osäkerhet som uppstått i relation till kompetensbristen i att bemöta målgruppen. Utifrån de förändringar som skett är det därför viktigt att det vidare arbetet utgår ifrån att skapa förutsättningar för medarbetarna att känna sig trygga i sitt yrkesutövande. Då kvalitet och arbetsmiljö i de flesta fall är avhängigt varandra är det därför en rekommendation att en diskussion kring kompetensfrågan initieras mellan myndighetsfunktionen, hemtjänst och boendestöd.

Avslutningsvis

Avslutningsvis är en viktig faktor att beakta att förändringarna skett utifrån ett nuläge. Tittar divisionen tillbaka är det tydligt att pendeln svänger fram och tillbaka kring hur boendestöd kontra hemtjänst ska organiseras och hur insatserna utformas samt vem de är till för. Utifrån det är det av stor vikt att hitta en långsiktig lösning på de problem som identifierats och som på bästa sätt tillgodoser den enskildes behov utifrån samtliga verksamheters perspektiv. Då det sista individärendet överfördes i maj 2020 och att en pandemi och sommarperiod löpt parallellt med arbetet är förslaget att en ny uppföljning görs under våren 2021. Det för att kunna utvärdera vilka eventuella problem och framgångar som uppmärksammas när verksamheterna fått arbeta längre med de nya riktlinjerna och där brukare bör intervjuas om sina upplevelser.

Referenser

VON16/44, *Riktlinje för handläggning inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2016*, 2020-10-05

VON17/50, *Uppföljning av Boendestöds implementering av nya riktlinjer*, 2020-05-10

VON18/44:22 *Rapport från uppföljande tillsyn avseende implementering av riktlinjer för Boendestöd*, 2020-05-10

Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län, <https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/narvard/avtal-riktlinjer-och-overenskommelser/> 2020-10-05

Ekonomiskt utfall för boendestöd i BPA, 2020-10-05

Praktiska anvisningar för bedömning av egenvård vuxna, <https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/narvard/avtal-riktlinjer-och-overenskommelser/> 2020-10-08

VON §

Dnr VON19/79

Funktionsprogram för bostad med särskild service i form av servicebostad LSS samt enligt SOL

Under de närmaste åren finns ett stort behov av ytterligare platser i bostad med särskild service. 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.

Division Social omsorg har arbetat fram förslag till funktionsprogram för bostad med särskild service enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-09-25. Av detta framgår exempelvis kraven på varje enskild lägenhet, gemensamma utrymmen och personalutrymmen.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att fastställa funktionsprogram för bostad med särskild service i form av serviceboende LSS samt enligt SOL

att detta funktionsprogram gäller vid kommande nybyggnationer.

Beslut till:

Division Social omsorg
Kommunfastigheter
Samhällsbyggnad

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

Funktionsprogram för bostad med särskild service i form av servicebostad LSS samt enligt SOL

Bakgrund

Under de närmaste åren finns ett stort behov av ytterligare platser i bostad med särskild service. 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.

Division Social omsorg har arbetat fram förslag till funktionsprogram för bostad med särskild service enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-09-25. Av detta framgår exempelvis kraven på varje enskild lägenhet, gemensamma utrymmen och personalutrymmen.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att fastställa funktionsprogram för bostad med särskild service i form av serviceboende LSS samt enligt SOL

att detta funktionsprogram gäller vid kommande nybyggnationer.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslut till:

Division Social omsorg

Kommunfastigheter

Samhällsbyggnad



Funktionsprogram

**Bostad med särskild service i form av
servicebostad, LSS (9§9, 1993:387)**

och

Bostäder med särskild service enligt

SoL (2001:453, kap 5 § 7)

Version 0.5

Antagen av VON datum

Reviderad datum

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Inledning | 3 |
| Verksamhets- och funktionsytor | 5 |
| Övergripande funktionskrav | 6 |
| Enskilda lägenheten | 9 |
| Gemensamma utrymmen | 12 |
| Övriga utrymmen och funktioner | 15 |
| Utemiljö, angöring och parkering | 16 |
| Att tänka på | 17 |
| Referenser | 18 |

Inledning

Det är viktigt för flera olika verksamheter inom Nyköpings kommun att det finns 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.

Ett annat syfte med funktionsprogrammet är att spara tid. Dels genom att varje steg i kommunens lokalprocessmodell effektiviseras. Dels genom att ett funktionsprogram möjliggör att tiden och insatsen från verksamhetschefer och personal minskas och att de kan istället lägga merparten 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.

LSS, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, (1993:387), är en rättighetslag och ska ge den enskilda möjlighet att leva som andra och tillförsäkras goda levnadsvillkor. Vilket innebär rätt till en egen fullvärdig bostad och ansvaret ligger på kommunen.

SoL, Socialtjänstlagen (2001:453) ska ge den enskilda möjlighet att leva som andra och tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Vilket innebär rätt till en egen bostad och ansvaret ligger på kommunen.

Funktionsprogrammet beskriver hur bostaden, 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.

En LSS-servicebostad och en SoL-bostad riktar sig till personer med tillsyns- och omvårdnadsbehov med närvaro av personal. Det omfattar ett antal bostäder, vanligen 12–15, nära belägna gemensamhetslokal med möjlighet till samvaro och gemensamma måltider.

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 bostäder då platser som ligger nära allmänna kommunikationer och kräver färre transporter ska prioriteras.

Verksamhets- och funktionsytor

Servicebostad, LSS

En servicebostad är en insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Det är en mellanform mellan ett helt självständigt boende i egen lägenhet och en lägenhet i gruppboende. Målet är att ge den enskilde möjlighet att bo i ett fullvärdigt hem utan institutionsprägel, för permanent bruk. De som omfattas av insatser enligt LSS är personer med utvecklingsstörning, autism, betydande och bestående begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder, samt andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbarligen inte beror på normalt åldrande och som gör att personen har ett omfattande behov av stöd och service i sin dagliga livsföring. Förutom kognitiva svårigheter kan personen ha fysiska funktionshinder som rörelsehinder, syn- och/eller hörselnedsättning.

SoL-bostad

Bostäder med särskild service enligt SoL riktar sig till personer med psykisk funktionsnedsättning. Målet är att ge personen möjlighet att bo i ett fullvärdigt hem, utan institutionsprägel. Personalen ger de boende individuellt stöd, service och hjälp med rehabilitering.

Generellt för både LSS och SoL

Servicebostäder och SoL-bostäder består av ett antal lägenheter, där de boende har tillgång till gemensamt stöd och service med personal dygnet runt. Bostaden kan vara integrerad i en miljö med ett flerfamiljshus eller i kringliggande hus, och inte reglerat i antal lägenheter, vilket bidrar till att ge den boende förutsättningar till att delta aktivt i samhällslivet. För personer med lindrigare funktionsnedsättningar är det vanligt med denna typ av bostad, ett mer individualiserat, förhållandevis självständigt boende med tillgång till stöd.

Bostäderna ska ge trygghet, värme, gemenskap och livskvalitet för både den enskilde och de anhöriga. Det ska även vara en attraktiv arbetsplats för personalen.

Dessa typer av bostäder skiljer sig från bostadsmönstret i stort. Det är ett vårdboende i kollektiv form där flera egna små bostäder är belägna med närhet till gemensamma utrymmen och personalutrymmen (se BBR 5:243, Särskilt boende för personer med vårdbehov).

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

Bostäderna, vanligen 12–15 bostäder, ska ha tillgång till ett gemensamt kök med matplatser, utrymme för samvaro, tvättstuga och bostadsförråd. Dessutom ska det finnas separata personalutrymmen i anslutning.

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

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

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. Det innebär bland annat att lokalerna blir tillgängliga för personer som använder rullstol/elrullstol.

Bostäderna **ska** utformas, planeras och integreras i det ordinära bostadsbeståndet. De **ska** inte ligga i direkt anslutning till andra enheter 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 exempelvis matbutik, bibliotek, café, vårdcentral och apotek.

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.

Hänsyn behöver tas till funktionsnedsättningar i form av perceptionsstörningar. Fel val av form och material kan medföra stora konsekvenser för den enskilde, exempelvis genom för mycket yttre stimuli. Under projekteringstiden **ska** avstämningar ske mellan beställare och utförare kring de eventuella särskilda behov som de som ska flytta in har.

Akustik

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

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

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

Arbetsmiljö

Arbetsmiljöverkets rekommendationer för verksamhetsklassen **ska** uppfyllas. Vid planering av bostäderna **bör** också eventuella risker för hot och våld beaktas. Till exempel **bör** reträttvägar planeras (se AFS 1993:2).

Brand

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

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

Varje bostad är 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 ett boende 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 bostaden. Altandörr från bostad **ska** förses med cylinderlås på utsidan för att kunna nå alla boende från utsidan vid händelse av brand. Det är inte godkänt med fönster som utrymningsväg.

Data och fiber

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

Fiber **ska** dras in till gemensamhetsutrymmen och kontor samt vissa teknikutrymmen, fasta nätverksuttag monteras efter standard. För gemensamhetsutrymmen och kontor dras fibern till ett centralt utrymme, såsom ställ eller skåp.

Varje bostad **ska** vara anslutet till fibernätverket. 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. Hyresgästen tecknar eget el-abonnemang för sin bostad. Övriga utrymmen har separat elmätare där förbrukningen ska debiteras verksamheten.

Färgsättning

Generellt ska en mjuk färgsättning tillämpas. Neutrala och enfärgade väggar och golv förespråkas. Mörka kulörer undviks, särskilt på golv. Men golven bör vara något mörkare än väggkulören.

Lås

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

samvarorummet och till bostads- och 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 anskaffar kommunen påkallningslarmet och all dess utrustning som krävs.

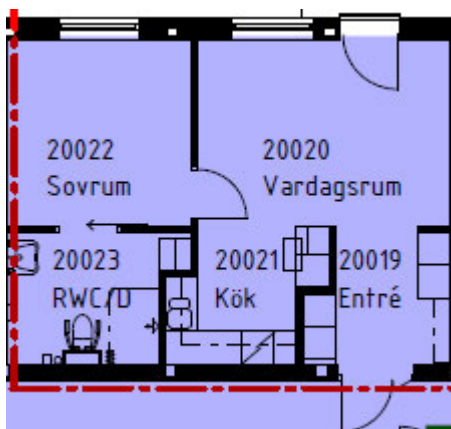
Under projektering **bör** det särskilt utredas var vägguttag ska finnas i byggnaden. Behov utöver standard föreligger i vissa fall på grund av att bland annat laddning av handenheter och andra hjälpmedel som kräver fler uttag.

Ventilation

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

Enskilda lägenheten

Bostäderna **ska** ha närhet till gemensamhetsutrymmet.



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.

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

Hall

Det **bör** 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** förses 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.

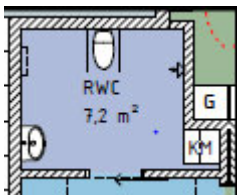
Belysning **ska** kunna regleras med dimmer.

Köksdel

Köket **ska** vara fullt utrustat så att man kan laga mat i bostäderna med spishäll, ugn, diskbänk, arbetsyta, kyl/frys 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 minst ett eluttag vid köksbänk förses med timer.

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.



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

Uteplats/balkong

Uteplats/balkong **bör** finnas, även i de fall bostäderna planeras i flerbostadshus, och vara försedd med tak och belysning. De **bör** planeras i ett lugnt och bullerskyddat läge.

Dörr **ska** försees med lås på både in- och utsidan.

Nivåskillnad mellan innergolv, tröskel och golvet på uteplatsen **bör** minimeras. Om nivåskillnader är oundvikliga ska de lösas med tröskelkil och/eller förhöjt golv på uteplatsen.

Lägenhetsförråd

Inom byggnaden eller i komplementbyggnad **ska** ett mindre låsbart lägenhetsförråd finnas till varje bostad. Förråden **ska** inredas med väggfasta hyllor och klädstång.

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 trivsam miljö kan förvaringen med fördel utformas som en helhet, gärna med plats för personliga föremål i öppen hylldel mot rum. Förvaringslängder enligt Svensk standard 91 42 21:2006, SS, överstiger i de flesta fall behoven, och tar en oproportionerligt stor del av bostaden i anspråk. 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. Strömställare till takbelysning **ska** vara kombinerad med ett vägguttag.

Utåtgående hörn **ska** monteras med hörnskydd.

Gemensamma utrymmen

En öppen planlösning förordas för att tillgodose tillgängligheten.

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** förse med dörröppningsautomatik. Hyresgäst- och personalnyckel **ska** finnas om inte elektroniskt passagesystem installeras.

Det **bör** finnas en porttelefon.

Elektronisk läsare **ska** placeras intill armbågskontakt. Porttelefon, läsare och eventuell armbågskontakt **ska** vara anpassad för rullstolsburen person.

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

Entréhall

Klädhängare **bör** finnas. Det **ska** finnas en namntavla och en läsbar informationstavla i entrén.

Det **ska** finnas ett postfack för respektive bostad. Personalen **ska** ha ett eget postfack.

Kök, matplats och samvaro

Mat- och samvarodel **ska** dimensioneras så att de boende och personal kan samlas för gemensamma måltider om så önskas. En öppen planlösning föredras för att lättare tillgodose krav på tillgänglighet och alternativa möbleringar samt även ur ett hot- och våldsperspektiv.

Samvaro **ska** ha plats för soffor, fåtöljer och tillhörande bord.

Det **ska** finnas separat handtvättställ för personalen. Köket **ska** utrustas med diskbänk, arbetsyta, normalstor golvdiskmaskin och mikrovågsugn. Separat kyl och självavfrostande frys i fullhöjd med magnetsläpp i handtagen. Det **ska** finnas en infälld induktionshäll och inbyggd varmluftsugn, gärna med sidohängd lucka och teleskopskenor till plåtar.

Diskmaskin och ugn **bör** placeras i upphöjda i lämplig arbetshöjd.

Engreppsblandare **ska** vara med förlängt handtag och hög pip. Spis **ska** förse med spisvakt och alla eluttag kring köksbänk **ska** förse med timer.

Bänkskåp **ska** finnas med minst två läsbara lådor. Utdragbar insats för källsortering i underskåp. Plats för förbrukningsvaror samt torrvaror.

Köket **ska** också ha hållare för tvål, desinfektionsmedel och torkpappershållare.

Bänkskivor **ska** vara minst 1 600 mm med postformad framkant. Matt stänkskydd.

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

Ledstänger monteras i korridorer.

Tvättutrymme

I tvättutrymmet **ska** det finnas en större tvättmaskin, en torktumlare och ett torkskåp. 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.

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.

Verksamhetsförråd

Det **ska** finnas ett förråd med hyllor för förvaring av hjälpmedel, förbrukningsvaror och liknande.

Övrigt förråd

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

Rullstolsförvaring

Vid respektive projektering bestäms om det ska finnas möjlighet för rullstolsförvaring eller inte.

Vid behov ska det finnas ett tillgänglighetsanpassat utrymme för rullstolsförvaring. 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.

Uteplats/balkong

En gemensam uteplats eller balkong i anslutning till det gemensamma vardagsrummet **bör** göra plats för åtta-tio personer.

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

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

Personalutrymmen

Kontor/expedition

Det **ska** finnas låsbar dörr med tittöga eller med fönster mot gemensamhetsdel. Det **ska** finnas plats för två mindre arbetsplatser, skrivare/kopiator, nyckelskåp, värdeförvaring och arkivskåp. Rummet **ska** ha fönster med dagsljusinsläpp.

Jour- och vilrum

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

WC/duschutrymme

Toalett, tvättställ och duschutrymme inreds enligt normer och i närheten av jour- och vilrum. Smalt högskåp för förvaring. Kombinerad tvättmaskin och torktumlare på sockel.

Omklädningsutrymme

Det ska finnas låsbar dörr. Inreds med 6 låsbara Z-förvaringsskåp för kläder och värdesaker.

Pentry/rastrum

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

Övriga utrymmen och funktioner

Teknik- och driftsutrymmen

Teknik- och driftsutrymmen **ska** nås utifrån 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.

Förråd i anslutning till utemiljö

Det **bör** i möjligaste mån finnas ett låsbart förråd i anslutning till utemiljön med plats för trädgårdsmöbler, krukor och aktivitetsmaterial för utomhusbruk.

Avfallshantering och miljörum

Källsortering **ska** hanteras i respektive bostad såväl som i övriga delar. 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 huskroppen 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 kärll till alla fraktioner som ska sorteras ut (8 fraktioner).

Utemiljö, angöring och parkering

Hur utemiljön kopplat till bostäderna ska se ut beror till stor del på var bostäderna är placerade. Däremot **bör** parkering hanteras på liknande sätt oavsett geografiskt läge.

Utemiljö

För bostäder som placeras i utkanten av det tätare delen av staden eller på landsbygden kan det finnas möjligheter att skapa utemiljöer i direkt anslutning till bostäderna. I dessa fall ska det som är skrivet i kapitel "Utemiljö" i funktionsprogrammet för LSS gruppboende § 9:9 användas.

I de fall bostäderna placeras i staden är det fördelaktigt att utemiljön integreras med omgivningen och att grönområden är nära intilliggande. Om det ges möjlighet är det fördelaktigt om de gemensamma utrymmena och personaldelen kan placeras i markplan och att det planeras en större uteplats i direkt anslutning till dessa funktioner.

Om bostäderna ligger i ett befintligt flerbostadshus som ursprungligen inte byggdes för SoL- eller serviceboende men har anpassats till detta delas utemiljön med övriga hyresgäster i huset. Där ska tillgänglighetsanpassningar göras för entré och parkering och övriga gemensamhetsytor som exempelvis trädgård och uteplatser i mån av tillgänglig yta.

Angöring

Entrén **ska** 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.

Angöring för till exempel färdtjänst, taxibilar, minibussar och mindre lastbilar **ska** kunna ske så nära huvudentrén som möjligt men som mest 25 meter. Det ska finnas plats för ett fordon åt gången.

Angöringsslinga eller vändplan är att föredra. Backningsrörelser **bör** undvikas.

I direkt anslutning till entrén **ska** det finnas en väderskyddad plats för minst en rullstol och en bänk.

Parkering

Antalet parkeringsplatser **bör** utredas och planeras beroende på var bostäderna placeras. Ett riktmärke kan vara att det **bör** finnas parkeringsplatser för ca 6 bilar samt cykelparkering eller cykelförråd för minst 10 cyklar.

Boende, personal och besökare delar på platserna. Minst en av platserna anordnas för rörelsehindrade. Avståndet mellan bostäderna och platsen för rörelsehindrad **ska** följa BBR. Övriga parkeringar **bör** placeras i närheten av bostäderna men kan även placeras i omkringliggande kvarter.

Att tänka på

1. 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 **ska** vara mörkare än väggar men inte för mörka.
2. Blanka och reflekterande ytor på bänkar och kakel **ska** undvikas.
3. Samtliga fasta belysningsarmaturer **ska** vara LED med 2700–3000 kelvin. Den **ska** vara flimmerfri och **bör** vara dimningsbar (det sista gäller inomhus).
4. Glasväggar och fönster från golv till tak **ska** undvikas. Eventuella glaspartier **ska** kontrastmarkeras och vara okrossbara.
5. Säkerhetsbeslag på fönster. Balkong-/altandörrar **ska** försees med dörrbroms kopplat till handtag.
6. Hörnlistor **ska** monteras alternativt avfasade hörn på pelare och utstående vägghörn.
7. Det **ska** vara stöttåliga väggar/hörn/karmar på utsatta platser med tanke på högt slitage av rullstolar/rollatorer.
8. Lägre fönster medger bättre utsikt för rullstolsburna.
9. Persienner, solskydd och insynsskydd i samtliga fönster **ska** monteras.
10. Utformningen av bostäderna **ska** underlätta snöröjning med mindre maskiner.

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



Lokalprogram

**Bostad med särskild service i form av
servicebostad, LSS (9§9, 1993:387)**

och

Bostäder med särskild service enligt

SoL (2001:453, kap 5 § 7)

Version 0.5

Antagen av xx datum

Reviderad datum



Nyköping

www.nykoping.se

Lokalprogram

De funktioner som beskrivs i funktionsprogrammet Bostad med särskild service i form av servicebostad, LSS (9§9, 1993:387) och Bostäder med särskild service enligt SoL (2001:453, kap 5 § 7) beskrivs i detta lokalprogram med ungefärliga areor.

| <u>Funktion</u> | <u>Area (BRA)</u> |
|---|---|
| Enskilda lägenheten | 35 – 50 m² |
| <ul style="list-style-type: none">○ Hall○ Mat- och umgängesdel○ Köksdel○ Sovrum○ Hygienutrymme | |
| <ul style="list-style-type: none">○ Eventuell uteplats/balkong○ Lägenhetsförråd | Cirka 2,5–7 m ² Cirka 2–4 m ² |
| Gemensamma utrymmen | Cirka 100 m² |
| <ul style="list-style-type: none">○ Entréhall○ Kök, matplats och samvaro○ Tvättutrymme○ Städförråd○ Verksamhetsförråd (förbrukningsartiklar, etc)○ Övrigt förråd (för säsongstiraljer) | |
| <ul style="list-style-type: none">○ Eventuell rullstolsförvaring | |
| Personalutrymmen | Cirka 40 m² |
| <ul style="list-style-type: none">○ Kontor/expedition○ Jour/vilrum○ WC/dusch○ Omklädningsutrymme○ Pentry/rastrum | |
| TOTAL | 720–950 m² (BRA) exklusive utemiljö och övriga utrymmen |

Övriga utrymmen **Area beror på byggnadens storlek och planering**

- Teknik- och driftsutrymmen
- Eventuella kommunikationsutrymmen
- Eventuellt förråd i anslutning till utemiljön

Utemiljö¹ **2 000 – 3 000 m²**

- Entré och trädgård
- Gemensam uteplats
- Parkering
- Angöring- och kommunikationsytor
- Miljörum/hus
- Förråd för boendet

¹ Gäller i friliggande byggnad. Utemiljön kring bostäder som placeras i flerbostadshus behöver anpassas efter förutsättningar på de specifika platserna.

VON §

Dnr VON20/79

Yttrande över medborgarförslag om att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger

Vård- och omsorgsnämnden har fått ett medborgarförslag om att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger på remiss. Yttrandet från nämnden ska överlämnas till Kommunstyrelsen. Här avses ungdomar med LSS-insatsen korttidsvistelse.

Ett förslag till yttrande har upprättats, vilket går ut på att nämnden har förståelse för förslagsställarens synpunkt, men att det utifrån gjorda utvärderingar och bristande deltagarunderlag i dagsläget inte är aktuellt att höja ålderstaket från dagens 17 till 21 år. Skulle underlaget öka i framtiden anser nämnden att det åter kan bli aktuellt att genomföra ett läger även för den äldre gruppen ungdomar.

Ärendet behandlades på Vård- och omsorgsnämndens sammanträde 2020-09-10 (§ 78) och återremitterades då för att ytterligare undersöka förslagsställarens intention med åldersgränsdragningen. Detta har nu gjorts. Den tidigare bedömningen kvarstår och ingen ändring har därmed gjorts av förslaget.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att anta yttrandet enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-12.

Beslut till:

Kommunstyrelsen
Division Social omsorg

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

Yttrande över medborgarförslag om att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden har fått ett medborgarförslag om att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger på remiss. Yttrandet från nämnden ska överlämnas till Kommunstyrelsen. Här avses ungdomar med LSS-insatsen korttidsvistelse.

Ett förslag till yttrande har upprättats, vilket går ut på att nämnden har förståelse för förslagsställarens synpunkt, men att det utifrån gjorda utvärderingar och bristande deltagarunderlag i dagsläget inte är aktuellt att höja ålderstaket från dagens 17 till 21 år. Skulle underlaget öka i framtiden anser nämnden att det åter kan bli aktuellt att genomföra ett läger även för den äldre gruppen ungdomar.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

En prövning av barnets bästa har genomförts.

Förslag till beslut beaktar vad som bedömdes vara barnets bästa enligt prövningen.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att anta yttrandet enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-12.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och
omsorgsnämnden

Beslut till:

Kommunstyrelsen
Division Social omsorg

Kommunstyrelsen

Yttrande avseende medborgarförslag om att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger

Vård- och omsorgsnämnden har fått ett medborgarförslag på remiss. Förslagsställaren föreslår att ungdomar med LSS-insatsen korttidsvistelse och som är äldre än 17 år ska få åka på sommarläger.

Nyköpings kommun brukar ordna sommarläger för ungdomar i åldern 12-17 år. Tidigare har läger genomförts för ungdomar i åldern 12-21 år. Utvärderingar visade dock att det inte var lämpligt med så stort åldersspann. Att ha ytterligare ett läger för gruppen 17-21 år finns det inte deltagarunderlag för i dagsläget.

Nämnden förstår förslagsställarens synpunkt, men utifrån nuvarande underlag och de utvärderingar som gjorts, är det inte aktuellt. Det är dock inte hugget i sten. Skulle underlaget öka, kan det vara aktuellt att genomföra ett läger även för den äldre gruppen ungdomar.

Sofia Amlöh
Ordförande

Prövning av barnets bästa inför besvarande av medborgarförslag om att även barn äldre än 17 år ska få åka på sommarläger

Beskrivning av ärendet med utgångspunkt i barnets bäst

Nyköpings kommun brukar ordna sommarläger för ungdomar med LSS-insatsen korttidsvistelse och som är i åldern 12-17 år. Förslagsställaren föreslår nu att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger, utifrån att de har samma behov av att få komma hemifrån och träffa andra ungdomar.

Underlag, relevant att utgå från, för att kunna göra en bedömning av barnets bästa

Verksamheten har gjort en utvärdering av tidigare genomförda läger för åldersgruppen 12-21 år och funnit att det inte var lämpligt att ha ett så stort åldersspann. Verksamheten konstaterar också att det i dagsläget inte finns underlag för att ordna läger för gruppen 17-21 år.

Relevanta faktorer för att beakta barnets rättigheter

Enligt barnkonventionen har ett barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning rätt till ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar tilltron till den egna förmågan och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhället. Barnet har också rätt till lek, vila, fritid och rekreation anpassad till barnets ålder och att fritt delta i det kulturella och konstnärliga livet.

Slutsats

Verksamhetens utvärdering visar att det inte varit lämpligt att rikta sig till ungdomar i ett så stort åldersspann som 12-21 år. Ett läger av den typen bidrar inte till att säkerställa barns rättigheter enligt ovan.

Från: [REDACTED]
Till: <kommun@nykoping.se>
Ärende: Medborgarförslag
Datum: 2020-03-09 09:56:41

Jag föreslår att Nyköpings kommun beslutar att... : Ungdomar inom LLS, över 17 år ska få komma på sommarläger en vecka!

Motivering : De som är under 17 år, har rätt att söka sommarläger, men inte de som fyllt 17! De har samma behov som andra ungdomar att komma hemifrån, träffa andra ungdomar, göra andra "saker" på sommarlovet! De är annars på fritids, kortids el hemma med föräldrar, ev ngn assistent! Det blir inget avbrott för dem, förutom att de inte går i skolan! De behöver oxå få "sommarlov", semester" ifrån vardagen, och byta miljö!

Namn : [REDACTED]
Adress : [REDACTED]
Postnr : [REDACTED]
Telefon : [REDACTED]
E-post : [REDACTED]
Ort och datum : Nyköping 200309

VON §

Dnr VON19/124

Reviderad delegationsordning för Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämndens delegationsordning föreslås revideras genom tillägg för att beslut om trygghetslarm i ordinärt boende även kan fattas av arbetsterapeut på myndighetsfunktionen förutom av handläggare.

Tanken är att arbetsterapeuten efter ansökan om trygghetslarm gör ett hembesök och får möjlighet att identifiera eventuella risker i hemmiljön med exempelvis fallprevention som syfte.

Därutöver har en felaktig hänvisning till lagrum justerats.

Text som föreslås tas bort är överstruken och markerad med rött, medan tillkommande text är markerad med grönt.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att anta delegationsordning enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-09 att gälla från och med 2020-12-01.

Beslut till:

Kommunstyrelsen för kännedom

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

Reviderad delegationsordning för Vård- och omsorgsnämnden

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämndens delegationsordning föreslås revideras genom tillägg för att beslut om trygghetslarm i ordinärt boende även kan fattas av arbetsterapeut på myndighetsfunktionen förutom av handläggare.

Tanken är att arbetsterapeuten efter ansökan om trygghetslarm gör ett hembesök och får möjlighet att identifiera eventuella risker i hemmiljön med exempelvis fallprevention som syfte.

Därutöver har en felaktig hänvisning till lagrum justerats.

Text som föreslås tas bort är överstruken och markerad med rött, medan tillkommande text är markerad med grönt.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att anta delegationsordning enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-09 att gälla från och med 2020-12-01.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och
omsorgsnämnden

Beslut till:

Kommunstyrelsen för kännedom



Delegationsordning för Vård- och omsorgsnämnden

Beslutad på Vård- och omsorgsnämnden ~~2020-10-29~~ ~~2020-02-04~~ att gälla fr o m ~~2020-12-01~~
~~2020-03-01~~.



Innehållsförteckning

| | |
|---|----------|
| Allmänt om delegering | 3 |
| Överklagning av beslut | 3 |
| Grundprinciper | 3 |
| Regler för registrering och anmälan av beslut | 4 |
| Registrering | 4 |
| Rapportering | 4 |
| Registrering i nämndens protokoll | 5 |
| Vidaredelegering och anmälan | 5 |
| Verkställighet | 5 |
| Upplysningar | 5 |
| Använda förkortningar i delegationsordningen | 6 |
| Definitioner | 7 |
| Beslut som delegeras | 8 |

Allmänt om delegering

Kommunfullmäktige är kommunens högsta beslutande organ och beslutar i ärenden av principiell art eller annars av större vikt för kommunen. Nämnderna beslutar i frågor som rör verksamheten och i frågor som de enligt lagstiftning har ansvar för samt i frågor som fullmäktige har delegerat till nämnderna.

Att delegera innebär att överflytta beslutsrätt. Delegering kan ske både från kommunfullmäktige till nämnd och från nämnd till utskott, förtroendevalda och anställda. Den som får beslutanderätten kallas delegat.

När en nämnd delegerat sin beslutanderätt träder delegaten helt in i nämndens ställe. Beslut som fattas enligt denna delegeringsordning är juridiskt sett nämndens beslut och kan överklagas på samma sätt som nämndens beslut.

Alla beslut som fattas med stöd av delegering ska anmälas till nämnden. Nämnden beslutar när och hur anmälan ska ske. Anmälningssystemet ska tillgodose nämndens informations- och kontrollbehov. Anmälan har också i vissa fall betydelse för beräkning av överklagandetiden (laglighetsprövning enligt kommunallagen). Bestämmelserna om delegation framgår av kommunallagens kapitel 6 §§ 37-42 samt kapitel 7 §§ 5-8.

Överklagning av beslut

Beslut fattat på delegation i individärenden kan överklagas genom förvaltningsbesvär vid Förvaltningsrätten som första instans. Överklagandetiden räknas från den dag då den enskilde fick del av beslutet. Överklagandet ska ha ingetts till beslutande instans inom 3 veckor från detta datum.

Beslut av mer övergripande karaktär och som inte avser myndighetsutövning gentemot enskild kan överklagas genom laglighetsprövning. Överklagandetiden räknas från den dag då protokoll från det sammanträde när delegationsbeslutet anmäldes och/eller tillkännagavs på kommunens digitala anslagstavla i Stadshuset. Överklagandet ska ha ingetts till Förvaltningsrätten i Linköping inom tre veckor från detta datum.

Grundprinciper

All beslutanderätt begränsas till eget ansvarsområde.

Huvudregeln är att delegat avgör ärendet. Vid tveksamhet kan alltid ärendet, på delegatens initiativ, överlämnas till nämnden för avgörande. Rätt att besluta på delegation innebär inte att du är skyldig att besluta. Ärenden av principiell natur ska alltid avgöras av nämnd.

Ansvaret för beslut på tjänstemannanivå vilar alltid på en tjänsteman, nämligen den som fattat beslutet. Det hindrar naturligtvis inte att denne konfererar med annan tjänsteman för att få referensmaterial/underlag för beslut.

Generellt gäller att ersättare för ordförande i första hand är 1:e vice ordförande och i andra hand 2:e vice ordförande.

Beslut som fattas på delegation är ett slutgiltigt beslut på nämndens vägnar. Det kan inte ändras annat än genom omprövning av delegaten själv eller genom överklagande, där så är möjligt. Nämnden kan, om den finner anledning till det, återta rätten att ta beslut på delegation.

Beslut ska förtecknas på särskild lista (delegationsanmälan) och undertecknas av delegaten. Alla beslut fattade på delegation ska anmälas till nämnden vid nästkommande sammanträde.

Observera att samtliga ärenden som avser beslut rörande personal, investeringar, annan upphandling mm, återfinns inom kommunstyrelsens delegeringsordning.

Regler för registrering och anmälan av beslut

Inom ovanstående verksamhetsnämnds ansvarsområden gäller följande regler för registrering och rapportering av beslut fattade med stöd av nämndens delegeringsordning.

Registrering

Delegat noterar sitt beslut på den blankett eller handling, t ex den skriftliga framställan, som utgör underlag för beslutet. Saknas handling ska en handling upprättas där beslutet noteras. Av noteringen ska framgå ärende, vad som beslutats, när beslutet togs, vem som fattat beslutet och vilka som delgivit beslutet.

Inrapportering av beslut till nämnden

Den som i delegationsordningen fått rätt att besluta i Vård- och omsorgsnämndens ställe ska alltid dokumentera och skriftligt anmäla sina fattade beslut till Vård- och omsorgsnämnden. Anmälan ska ske genom en inrapportering av de enskilda besluten eller en sammanställning över fattade beslut i form av så kallade delegationslistor till nämndens diarium.

Däri ska följande anges:

- ärendemening beskrivande ärendet samt fattat besluts innehåll
- namn på den som fattat beslutet
- beslutsdatum
- underskrift av den eller de som gjort sammanställningen (Detta gäller för delegationslistor. För delegationsbeslut räcker det med att själva beslutet har skrivits under. Delegationsanmälan behöver ej vara underskriven.)

Anmälan av beslut ska ske skriftligen till närmast följande sammanträde med Vård- och omsorgsnämnden om inte annat meddelats.

Rapportering

Beslut som fattats på delegation och som registrerats i Procapita ska efter varje kalendermånad rapporteras till nämnden genom att en s k delegationslista tas ut ur systemet och rapporteras till nämndens kansli.

Delegationslistan ska innehålla:

- ärendemening beskrivande ärendet samt fattat besluts innehåll
- namn på den som fattat beslutet
- beslutsdatum
- underskrift av den eller de som gjort sammanställningen (Detta gäller för delegationslistor. För delegationsbeslut räcker det med att själva beslutet har skrivits under. Delegationsanmälan behöver ej vara underskriven.)

Övriga beslut som inte rör myndighetsutövning gentemot enskild och därför inte registreras i Procapita, ska rapporteras omgående till nämndens kansli.

Registrering i nämndens protokoll

Anmälan av delegationsbeslut antecknas under särskild paragraf i protokollet. Av paragrafen ska framgå vilka beslut som anmäls genom att det anges vilka diarienummer eller löpnummer besluten eller delegationslistorna har.

Vidaredelegering och anmälan

Divisionschef eller motsvarande kan ges rätt att vidaredelegera beslut i vissa ärendegrupper. Den nya kommunallagens 7 kapitel § 6 stadgar vad som gäller för vidaredelegation. Beslut fattade på vidaredelegation ska anmälas till divisionschef för vidare anmälan till nämnden.

Villkor för vidaredelegation är att divisionschefen anger vem som fått beslut-anderätten (befattning = delegat) samt att beslut som fattats på sådan vidaredelegation även anmäls till nämnden enligt ovan (vidareanmälan).

Verkställighet

Kommunallagen skiljer mellan nämndbeslut (som kan delegeras) och beslut som innebär ren verkställighet. Nämndbeslut (politiska beslut), är sådana beslut som kan innebära olika bedömningar utifrån lagstiftning eller uppfattning. Ren verkställighet är frågor av rutinkaraktär, som inte innefattar dessa bedömningsgrunder och avser åtgärder som normalt ligger inom tjänstemannens dagliga arbete och ansvarsområde. Verkställighetsbeslut kan inte överklagas och behöver inte heller upprättas i skriftlig form, till skillnad från delegationsbeslut. Delegationsbeslut ska anmälas till nämnden för att de skall vinna laga kraft. Det är också viktigt att den nämnd som lämnat delegation, får information om vilka beslut som fattats. Gränsdragningen mellan delegation och verkställighet är dock inte alltid helt klar.

Uppllysningar

Uppllysningar i frågor rörande delegation kan erhållas från kommunjurist, som nås via kommunens växel 0155-24 80 00.

Använda förkortningar i delegationsordningen

| | |
|-----------|---|
| KL | Kommunallagen (2017:725) |
| OSL | Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) |
| TF | Tryckfrihetsförordningen (1949:105) |
| SoL | Socialtjänstlagen (2001:453) |
| SoF | Socialtjänstförordningen (2001:937) |
| LSS | Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) |
| LSS-för | LSS-förordningen (1993:1090) |
| FvL | Förvaltningslag (2017:900) |
| SFB | Socialförsäkringsbalk (2010:110) |
| HSL | Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) |
| HSLF-FS | Gemensam författningssamling för hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel och folkhälsa |
| PSL | Patientsäkerhetslag (2010:659) |
| Smittsk.L | Smittskyddslagen (2004:168) |
| BrB | Brottsbalken (1962:700) |
| SkadestL | Skadeståndslagen (1972:207) |
| BostanpL | Lag om bostadsanpassningsbidrag (2018:222) |
| Underhför | Förordning om underhållsstöd (1996:1036) |
| BB | Prisbasbelopp |
| LOU | Lagen om offentlig upphandling (2016:1145) |
| LOV | Lagen om valfrihetssystem (2008:962) |
| GDPR | Dataskyddsförordningen (General Data Protection Regulation) 2018 |

Definitioner

- Med **ordförande** avses ordförande i Vård- och omsorgsnämnden
- Med **divisionschef** avses chef för Division Social omsorg
- Med **mynd chef** avses enhetschef för myndighetsfunktionen inom vård- och omsorgsorganisationen
- Med **enhetschef** avses enhetschef inom vård- och omsorgsorganisationen
- Med **handläggare** avses biståndshandläggare vid myndighetsfunktionen inom vård- och omsorgsorganisationen eller handläggare som organisationen utser för detta arbete
- Med **avg handl** avses avgiftshandläggare vid myndighetsfunktionen inom vård- och omsorgsorganisationen
- Med **verks chef HSL** avses verksamhetschef enl HSL:s lydelse
- Med **MAS** avses medicinskt ansvarig sjukslötterska inom vård- och omsorgsorganisationen
- Med **Sakkunnig tjänsteman** avses nämndens tjänsteman vid Beställarkontoret

Beslut som delegeras

I anmärkningskolumnen anges vilka ärendegrupper som får vidaredelegeras

| Nr | Ärende | Lagrum | Delegat | Anmärkning |
|----------|---|---------|---|--|
| 1 | Allmänna frågor | | | |
| 1.1 | <i>Allmänt</i> | | | |
| 1.1.1 | Brådskande beslut. | KL 6:39 | Tjänstgörande ordförande | Anmäls vid närmast kommande nämndsammanträde |
| 1.1.2 | Annat ärende vilket till sin art och betydelse är jämförligt med nedan angiven grups ärende. | | Samma delegat som beslutar inom gruppen | |
| 1.2 | <i>Nämndadministration</i> | | | |
| 1.2.1 | Förtroendevaldas deltagande i kurser, konferens, resor mm. | | Tjänstgörande ordförande | Ersättning enl kommunens regler för arvode, traktamente mm |
| 1.2.2 | Representation över 0,5 BB per gång inom budgetram. | | Ordförande | Lägre belopp kräver ej särskilt beslut = verkställighet |
| 1.2.3 | Beslut om anlåtande av konsulter till en kostnad av högst 4 BB per uppdrag. | | Sakkunnig tjänsteman | Inom nämndens budgetram. Över 4 BB krävs upphandling enligt LOU. |
| 1.3 | <i>Förändring av verksamhet</i> | | | |
| 1.3.1 | Förändring av verksamhetens/projektets omfattning till en kostnad om högst 5 BB. | | Sakkunnig tjänsteman | Inom nämndens budgetram |
| 1.3.2 | Avskrivning eller nedsättning av fordran av-seende avgifter eller liknande till ett belopp om högst 3 BB per gång. | | Sakkunnig tjänsteman | |
| 1.3.3 | Beslut om justering av avtalsreglerade ersättningar till utförare med anledning av förändring av avgifter eller hyror | | Sakkunnig tjänsteman | Inom nämndens budgetram |
| 1.3.4 | Beslut om indexjustering av avtals- | | Ordförande | |

| Nr | Ärende | Lagrum | Delegat | Anmärkning |
|-------|--|---------------------------|--|---|
| | reglerade ersättningar eller årlig omförhandling av avtal | | | |
| 1.4 | <i>Dataskyddsförordning GDPR</i> | | | |
| 1.4.1 | Beslut om att utse dataskyddsombud | Artikel 37 GDPR | Ordförande | |
| | Tecknande av personuppgiftsbiträdesavtal a) PUB-avtal enligt Nyköpings kommuns mall b) PUB-avtal enligt leverantörs mall | Artikel 28 GDPR | Ordförande Div.chef Ordförande Div.chef | Efter samråd med kommunjurist |
| 1.4.2 | Avslag på begäran om rättelse, radering, begränsning och överföring av personuppgifter | Artikel 16-18 och 20 GDPR | Ordförande Div.chef | Efter samråd med kommunjurist |
| 1.5 | <i>Upphandling</i> | | | |
| 1.5.1 | Teckna avtal vid upphandling | LOU LOV | Chef upphandling | Beslut att inte teckna avtal kvarstår hos nämnden |
| 1.6 | <i>Offentlighet och sekretess</i> | | | |
| 1.6.1 | Allmänt | | | |
| 1.6.2 | Beslut om avslag på begäran om utlämnande av allmän handling till enskild eller annan myndighet samt uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild | TF 2:14 OSL kap6 | Kommunjurist Kanslichef Divisionschef | Med rätt att vidaredelegera |
| 1.6.3 | Beslut att lämna ut uppgifter ur personregister till statliga myndigheter i forskningssyfte | SoL 12:6 | Divisionschef | Med rätt att vidaredelegera |

| Nr | Ärende | Lagrum | Delegat | Anmärkning |
|----------|--|-------------------|------------------------|--|
| 2 | Handläggning av ärende | | | |
| 2.1 | <i>Allmänt om utredning</i> | | | |
| 2.1.1 | Beslut om att utredning ska inledas | SoL 11:1 | Handläggare | |
| 2.1.2 | Beslut om att utredning inte ska inledas eller att inledd utredning ska läggas ned (barn och vuxna) | SoL 11:1 a | Mynd chef | |
| 2.1.3 | Beslut om att utredning inte ska föranleda åtgärd | SoL 11:1 | Mynd chef | |
| 2.1.4 | Beslut med anledning av ansökan om förhandsbesked | SoL 2a:8, 4:1 | Handläggare | Om bifall till förhandsbesked prövas bistånd enl SoL 4:1 |
| 2.2 | <i>Överflyttning av ärende</i> | | | |
| 2.2.1 | Beslut om framställning om överflyttning av ärende till annan kommun | SoL 2a:10 | Divisionschef | Med rätt att vidaredelegera |
| 2.2.2 | Beslut i fråga om mottagande av ärende från annan kommun | SoL 2a:10 | Divisionschef | Med rätt att vidaredelegera |
| 2.2.3 | Beslut att till Inspektionen för vård och omsorg ansöka om överflyttning av ärende till annan kommun | SoL 2a:11 | Divisionschef | |
| 2.2.4 | Beslut att överklaga IVO-beslut om överflyttning av ärende till annan kommun | 16 kap 4 § SoL | Divisionschef | |
| 2.3 | <i>Ärende till Överförmyndare</i> | | | |
| 2.3.1 | Beslut om anmälan till överförmyndaren om behov av god man/förvaltare | SoF 5:3 | Enhetschef eller motsv | |
| 2.3.2 | Beslut om anmälan till överförmyndaren om att behov av god man/förvaltare inte längre föreligger | SoF 5:3 | Enhetschef eller motsv | |
| 2.3.3 | Beslut om anmälan till överförmyndaren om | SoF 5:3 | Enhetschef eller motsv | |

| | | | | |
|-------|---|---------|---|---------------------------|
| | förhållande betr. förvaltn av barns egend. | | | |
| 2.4 | <i>Beslut om hemtjänst</i> | | | |
| 2.4.1 | Beslut om bistånd i form av hemtjänst i ordinärt boende enligt riktlinjer | SoL 4:1 | Handläggare | |
| 2.4.2 | – utöver riktlinjer | SoL 4:1 | Mynd chef | |
| 2.4.3 | Beslut om hemtjänst i särskilt boende | SoL 4:1 | Handläggare | |
| 2.4.4 | Beslut om trygghetslarm i ordinärt boende | SoL 4:1 | Arbets- terapeut på mynd funk Hand- läggare | |
| 2.5 | <i>Beslut om boendestöd till psykiskt funktionsnedsatta</i> | | | |
| 2.5.1 | Bistånd i form av boendestöd för funktionsnedsatta - enligt riktlinjer | SoL 4:1 | Handläggare | |
| 2.5.2 | - utöver riktlinjer | SoL 4:1 | Mynd chef | |
| 2.6 | <i>Beslut om särskilt boende</i> | | | |
| 2.6.1 | Beslut om bistånd i form av särskilt boende/boendeform enligt riktlinjer | SoL 4:1 | Handläggare | |
| 2.6.2 | – utöver riktlinjer | SoL 4:1 | Mynd chef | |
| 2.6.3 | Beslut om parboende då två ansöker om att få fortsätta bo tillsammans | SoF 2:2 | Handläggare | Beslut tas enligt SoL 4:1 |
| 2.7 | <i>Beslut om korttidsplats/växelvård</i> | | | |
| 2.7.1 | Beslut om bistånd i form av korttidsplats, avlastningsplats eller växelvård enligt riktlinjer | SoL 4:1 | Handläggare | |
| 2.7.2 | – utöver riktlinjer | SoL 4:1 | Mynd chef | |

| | | | | |
|--------|--|---------|-------------|-------------------------------|
| 2.8 | <i>Beslut om dagverksamhet</i> | | | |
| 2.8.1 | Beslut om bistånd i form av plats i dagverksamhet - enligt riktlinjer | SoL 4:1 | Handläggare | |
| 2.8.2 | - utöver riktlinjer | SoL 4:1 | Mynd chef | |
| 2.9 | <i>Beslut om sysselsättning till psykiskt funktionsnedsatta</i> | | | |
| 2.9.1 | Beslut om bistånd i form av sysselsättning, för psykiskt funktionsnedsatta - enligt riktlinjer | SoL 4:1 | Handläggare | |
| 2.9.2 | - utöver riktlinjer | SoL 4:1 | Mynd chef | |
| 2.10 | <i>Beslut om anhörigstöd</i> | | | |
| 2.10.1 | Beslut om anhörigstöd - enligt riktlinjer | SoL 4:1 | Handläggare | |
| 2.10.2 | - utöver riktlinjer | SoL 4:1 | Mynd chef | |
| 2.11 | <i>Beslut om ledsagning</i> | | | |
| 2.11.1 | Beslut om ledsagare - enligt riktlinjer | SoL 4:1 | Handläggare | |
| 2.11.2 | - utöver riktlinjer | SoL 4:1 | Mynd chef | |
| 2.12 | <i>Beslut om kontaktperson</i> | | | |
| 2.12.1 | Beslut om bistånd i form av kontaktperson/familj - enligt riktlinjer | SoL 4:1 | Handläggare | |
| 2.12.2 | - utöver riktlinjer | SoL 4:1 | Mynd chef | |
| 2.12.3 | Beslut om förordnande och entledigande av kontaktperson/ familj | SoL 4:1 | Enhetschef | |
| 2.12.4 | Beslut om arvode och omkostnadsersättning till kontaktperson/familj | | Enhetschef | Enligt SKL's rekommendationer |
| 2.13 | <i>Beslut om familjehem/HVB</i> | | | |
| 2.13.1 | Beslut om bistånd åt barn eller vuxna i form av vård i hem för vård | SoL 4:1 | Mynd chef | |

| | | | | |
|--------|--|-----------|-------------|--|
| | eller boende (HVB-hem) eller i familjehem (plac/omplac) | | | |
| 2.13.2 | Beslut om ersättning till familjehem (arvode och omkost.ersättning) | | Enhetschef | |
| 2.13.3 | Beslut om upphörande av bistånd i form av vård i hem för vård och boende eller i familjehem | SoL 4:1 | Handläggare | |
| 2.14 | <i>Lex Sarah</i> | | | |
| 2.14.1 | Beslut att anmäla allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO), alternativt avsluta Lex Sarah-rapport | SoL 14:37 | Ordförande | Se även p 5.14.1 rörande anmälan inom LSS-verksamhet |

| Nr | Ärende | Lagrum | Delegat | Anmärkning |
|-------|---|---------------------|------------------|-------------------------------|
| 3 | Beslut om avgifter | | | |
| 3.1 | <i>Allmänt</i> | | | |
| 3.1.1 | Beslut om avgifts- underlag, förbehålls- belopp och avgift | SoL 8:3,4,7,8 §§ | Avgifts handl | Se riktlinjer från nämnden |
| 3.1.2 | Jämkning av avgift för hemtjänst, service och omvårdnad samt boende | SoL 8:6 | Avgifts handl | |
| 3.1.3 | Beslut om nedskriv- ning eller befrielse från skuld avseende debiterad avgift inom äldreomsorg eller handikappomsorg | SoL 4:2 | Avgifts handl | |

| Nr | Ärende | Lagrum | Delegat | Anmärkning |
|----------|--|----------------------------|-------------|------------|
| 4 | Beslut om bostadsanpassningsbidrag | | | |
| 4.1 | <i>Allmänt</i> | | | |
| 4.1.1 | Beslut om bostadsanpassningsbidrag - under 1 basbelopp | Bostadsanp L §§ 3-20 | Handläggare | |
| 4.1.2 | - över 1 basbelopp | Bostadsanp L §§ 3-20 | Handläggare | |
| 4.1.3 | Beslut om återbetalning av erhållet bostadsanpassningsbidrag | Bostadsanp L§ 21 | Handläggare | |

| Nr | Ärende | Lagrum | Delegat | Anmärkning |
|----------|---|-----------------|-------------|---|
| 5 | Stöd och service till vissa funktionshindrade LSS | | | |
| 5.1 | <i>Allmänt</i> | | | |
| 5.1.1 | Utredning om personkretstillhörighet | LSS § 1 | Handläggare | Beslut om personkretstillhörighet fattas inte särskilt utan är en del av beslut om insats enligt 9 § LSS och kan följaktligen inte överklagas särskilt. |
| 5.1.2 | Beslut om upphörande av insats enligt LSS pga ändrade förhållanden | | Handläggare | |
| 5.1.3 | Förhandsbesked om rätt till insats enligt LSS för person som inte är bosatt i kommunen | LSS §16 2-3 st. | Mynd chef | |
| 5.1.4 | Beslut om att utreda behoven för enskild på tillfälligt besök i kommunen och besluta om insatser enligt LSS | LSS § 16 4 st. | Mynd chef | |
| 5.1.5 | Beslut om att ingå avtal med vårdgivare | LSS § 17 | Div chef | |
| 5.2 | <i>Personlig assistans</i> | | | |
| 5.2.1 | Beslut om biträde av personlig assistent - under 20 tim | LSS §§ 7, 9:2 | Handläggare | |
| 5.2.2 | - över 20 tim | LSS §§ 7, 9:2 | Mynd chef | |
| 5.2.3 | Beslut om ekonomiskt stöd till skäliga kostnader i samband med ordinarie assistens sjukdom | LSS §§ 7, 9:2 | Handläggare | |
| 5.2.4 | Beslut om personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans vid tillfälligt utökat behov, vid resor endast 3-4 dgr inom Norden | LSS §§ 7, 9:2 | Mynd chef | |

| | | | | |
|-------|---|---------------|-------------|--|
| 5.2.5 | 3.4 Beslut om personlig assistans eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans, i avvaktan på Försäkringskassans beslut | LSS §§ 7, 9:2 | Handläggare | |
| 5.2.6 | Beslut om att utbetala assistansersättning till annan person än den som är berättigad till insatsen | LSS § 11 | Mynd chef | |
| 5.2.7 | Beslut om att anmäla behov av assistansersättning till försäkringskassan | LSS § 15 p8 | Handläggare | Gäller under förutsättning att den enskilde ansökt om personlig ass enligt LSS, inte enligt SoL. |
| 5.3 | <i>Ledsagarservice</i> | | | |
| 5.3.1 | Ledsagarservice, - enligt riktlinjer | LSS §§ 7, 9:3 | Handläggare | |
| 5.3.2 | - utöver riktlinjer | LSS §§ 7, 9:3 | Mynd chef | |
| 5.4 | <i>Kontaktperson</i> | | | |
| 5.4.1 | Biträde av kontaktperson - enligt riktlinjer | LSS §§ 7, 9:4 | Handläggare | |
| 5.4.2 | - utöver riktlinjer | LSS §§ 7, 9:4 | Mynd chef | |
| 5.5 | <i>Avlösarservice i hemmet</i> | | | |
| 5.5.1 | Avlösarservice i hemmet - enligt riktlinjer | LSS §§ 7, 9:5 | Handläggare | |
| 5.5.2 | - utöver riktlinjer | LSS §§ 7, 9:5 | Mynd chef | |
| 5.6 | <i>Korttidsvistelse</i> | | | |
| 5.6.1 | Korttidsvistelse utanför det egna hemmet - enligt riktlinjer | LSS §§ 7, 9:6 | Handläggare | |
| 5.6.2 | - utöver riktlinjer | LSS §§ 7, 9:6 | Mynd chef | |
| 5.7 | <i>Korttidstillsyn</i> | | | |
| 5.7.1 | Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till | LSS §§ 7, 9:7 | Handläggare | |

| | | | | |
|--------|---|-----------------------------------|-------------|--|
| | skoldagen samt under lov. - enligt riktlinjer | | | |
| 5.7.2 | - utöver riktlinjer | LSS §§ 7, 9:7 | Mynd chef | |
| 5.8 | <i>Familjehem/säbo för barn</i> | | | |
| 5.8.1 | Beslut om boende i familjehem för barn och ungdomar | LSS §§ 7, 9:8 | Mynd chef | |
| 5.8.2 | Beslut om boende i bostad med särskild service för barn och ungdomar - enligt riktlinjer | LSS §§ 7, 9:8 | Handläggare | |
| 5.8.3 | - utöver riktlinjer | LSS §§ 7, 9:8 | Mynd chef | |
| 5.9 | <i>Särskilt boende vuxna</i> | | | |
| 5.9.1 | Beslut om boende för vuxna i bostad med särskild service etc. - enligt riktlinjer | LSS §§ 7, 9:9 | Handläggare | |
| 5.9.2 | - utöver riktlinjer | LSS §§ 7, 9:9 | Mynd chef | |
| 5.10 | <i>Daglig verksamhet</i> | | | |
| 5.10.1 | Beslut om daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvävsarbete och inte utbildar sig - enligt riktlinjer | LSS §§ 7, 9:10 | Handläggare | |
| 5.10.2 | - utöver riktlinjer | LSS §§ 7, 9:10 | Mynd chef | |
| 5.11 | <i>Avgifter</i> | | | |
| 5.11.1 | Beslut om avgift från föräldrar vars barn är under 18 år och får omvårdnad i ett annat hem än det egna | LSS § 20 LSS för §5 SoF 6:2 | Handläggare | Beslutet är inte överklagningsbart Se SKL-cirkulär 1997:128 |
| 5.11.2 | Beslut om återbetalningsskyldighet | LSS § 12 | Mynd chef | |
| 5.12 | <i>Framställan till Försäkringskassan</i> | | | |
| 5.12.1 | Beslut om framställning till försäkringskassa om ändring av betalningsmottagare för allmänt barnbidrag | SFB 16:18 | Handläggare | |

| | | | | |
|--------|---|--------------|------------------------|--|
| 5.12.2 | Underrättelse till försäkringskassa om att barn med underhållsstöd placerats i familjehem respektive återflyttat till bo-förälder | Underför § 2 | Handläggare | |
| 5.13 | <i>Anmälan till Överförmyndare</i> | | | |
| 5.13.1 | Beslut om anmälan till överförmyndaren om behov av god man/förvaltare | LSS § 15 p6 | Enhetschef eller motsv | |
| 5.13.2 | Anmälan till överförmyndare att förmyndare, förvaltare eller god man inte längre behövs | LSS § 15 p6 | Enhetschef eller motsv | |
| 5.14 | <i>Lex Sarah</i> | | | |
| 5.14.1 | Beslut att anmäla allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO), alternativt avsluta Lex Sarah-rapport | LSS § 24f | Ordförande | Lex Sarah, se nämndens riktlinjer Se även p 2.14.1 rörande anmälning enligt SoL |

| Nr | Ärende | Lagrum | Delegat | Anmärkning |
|----------|---|--------------------------------------|---------|--|
| 6 | Hälso- och sjukvård | | | |
| 6.1 | <i>Allmänt</i> | | | |
| 6.1.1 | Utfärda riktlinjer för hälso- och sjukvård enligt nämndens anvisningar | HSL 2017:30 | MAS | |
| 6.1.2 | Intern tillsyn och rådgivning till externa vårdgivare | | MAS | Enl författning samt enligt överensk. med berörda vårdgivare. |
| 6.2 | <i>Uppgiftslämnande/ anmälan</i> | | | |
| 6.2.1 | Uppgiftslämnande till smittskyddsläkare | SmittskL 6:9-12 | MAS | |
| 6.2.2 | Anmälan enligt HSL och därtill hörande författningar | HSL m fl. | MAS | |
| 6.2.3 | Anmälan till IVO av händelser som kan ha medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria). | PSL 1:5, 3:5, 6:4 HSLF-FS 2017:41 | MAS | Lex Maria-anmälning anmäls i VON. IVO's beslut anmäls i VON |
| 6.2.4 | Anmälan till Läke- medelsverket vid brister i medicin- tekniska produkter | | MAS/MAR | |

| Nr | Ärende | Lagrum | Delegat | Anmärkning |
|-------|--|----------------------|----------------------------|---|
| 7 | Överklaganden, yttranden och anmälningar mm till domstol, tillsynsmyndighet och andra myndigheter | | | |
| 7.1 | <i>Allmänt</i> | | | |
| 7.1.1 | Prövning av att överklagande inkommit i rätt tid och avvisning av överklagande som inkommit för sent | FvL §§ 44, 45 | Delegat i ursprungs beslut | Ny Förvaltningslag trädde i kraft 1/7 2018 ger ändringar i §§ |
| 7.1.2 | Omprövning av beslut | FvL §§ 36-39 | Delegat i ursprungs beslut | |
| 7.1.3 | Beslut om att ersätta enskild person för egendomsskada vid myndighetsutövning som förorsakats av personal upp till ett belopp av 10 000 kr | SkadestL 3:2 | Divisionschef | |
| 7.1.4 | Anmälan till polis- eller åklagarmyndighet vid misstanke om brott som riktar sig mot nämnden eller nämndens verksamhet. | SoL 12:10 mfl lagrum | Ordförande Divisionschef | Avser ej personalfrågor eller missförhållanden enligt Lex Sarah/LSS |
| 7.2 | <i>Representation i domstol/ombud</i> | | | |
| 7.2.1 | Beslut om att föra talan i ärenden eller mål vid allmän domstol eller förvaltningsdomstol | Flertal lagar | Divisionschef | Med rätt att vidaredelegera |
| 7.2.2 | Utse ombud att föra nämndens talan | Flertal lagar | Divisionschef | Med rätt att vidaredelegera |
| 7.2.3 | Avvisande av ombud | FvL §§ 14-15 | Divisionschef | |
| 7.3 | <i>Överklaganden, inhibition och anmälningar mm</i> | | | |
| 7.3.1 | Överklagande och yrkande om inhibition när förvaltningsrätt | SoL 16:3 m fl | Mynd chef | |

| | | | | |
|-------|--|----------------------------------|-------------------------|--|
| | eller kammarrätt ändrat nämndens beslut och detta beslut ursprungligen fattats av delegaten samt avgivande av yttrande i ärenden där ursprungsbeslutet fattats av delegat | | | |
| 7.3.2 | Överklagande och yrkande om inhibition när förvaltningsrätt t eller kammarrätt ändrat nämndens beslut och detta beslut ursprungligen fattats av delegaten samt avgivande av yttrande i LSS-ärenden | LSS § 27 KL 6:33 och 34 p3 | Mynd chef | |
| 7.3.3 | Överklagande, yrkande om inhibition samt yttrande till förvaltningsrätt och kammarrätt | SoL 16:3 LSS § 27 | Ordförande | Ursprungsbeslutet fattat av nämnd eller utskott men brådska råder. |
| 7.3.4 | Överklagande av beslut om särskild avgift | SoL 16:6c | Divisionschef | |
| 7.4 | <i>Yttranden</i> | | | |
| 7.4.1 | Yttrande till allmän domstol i brottmål | BrB 31:2 2 st | Divisionschef | |
| 7.4.2 | Yttrande till tillsynsmyndighet i person-ärende | SoL 13:5 | Mynd chef Enhetschef | Om det handlar om verkställighet ska enhetschef yttra sig. |
| 7.4.3 | Yttrande till tillsynsmyndighet vid övervägande om särskild avgift | SoL 16:6c | Divisionschef | |
| 7.4.4 | Yttrande till domstol vid ansökan om särskild avgift | SoL 16:6c | Divisionschef | |

VON §

Dnr VON20/90

Upplägg av Vård- och omsorgsnämndens interna tillsyner från och med 2021

Nämnden genomför interna tillsyner i syfte att säkerställa att verksamheten följer aktuell lagstiftning och politiska beslut och att brukaren står i centrum och får insatser av rätt kvalitet. För att få tillsynerna att i högre grad resultera i förändring och utveckling av verksamheten, föreslås nu ett nytt upplägg från och med 2021 enligt beskrivning i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-15.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna förslaget till upplägg av de interna tillsynerna från och med 2021 enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-15.

Beslut till:

Division Social omsorg
Samtliga hemtjänstföretag inom LOV
Ansvar & omsorg AB
Betelhemmet

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

Upplägg av Vård- och omsorgsnämndens interna tillsyner från och med 2021

Bakgrund

Nämnden genomför interna tillsyner i syfte att säkerställa att verksamheten följer aktuell lagstiftning och politiska beslut och att brukaren står i centrum och får insatser av rätt kvalitet. För att få tillsynerna att i högre grad resultera i förändring och utveckling av verksamheten, föreslås nu ett nytt upplägg från och med 2021 enligt beskrivning i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-15.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna förslaget till upplägg av de interna tillsynerna från och med 2021 enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-10-15.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslut till:

Division Social omsorg

Samtliga hemtjänstföretag inom LOV

Ansvar & omsorg AB

Betelhemmet

Marie Johnsson

Upplägg av Vård- och omsorgsnämndens interna tillsyner från och med 2021

Hittills har nämndens tillsynsplan varit treårig och byggt på att varje enhetschef inom funktionshinderområdet fått tillsyn varje år, verksamheter för personer med demenssjukdom vartannat år och övriga verksamheter vanligen vart tredje år. I syfte att få tillsynerna att i högre grad åstadkomma förändring och utveckling i verksamheten, har ett förslag till nytt upplägg tagits fram.

Tillsynerna handlar om

- efterlevnaden av lagstiftning i form av Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
- verksamhetens efterlevnad av politiska beslut
- att brukaren står i centrum
- att rätt saker görs till rätt kvalitet.

Det nya upplägget föreslås vara följande:

En tillsyn genomförs för verksamheten i form av intervju i stadshuset. Om brister noteras, ska verksamheten ta fram en åtgärdsplan senast en månad efter tillsynen. Ytterligare tre månader därefter ska verksamheten skriftligen redogöra för de genomförda åtgärderna och de effekter som uppnåtts. Om förbättringar uppnåtts avslutas ärendet. På verksamheter som enligt bedömning uppvisar större brister, genomförs en uppföljande tillsyn året därpå i form av besök i verksamheten.

| | Säbo | Funk | Hemtjänst | Ledning |
|---------------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| År 1 | | | | |
| Tillsyn | Januari | Augusti | | |
| Ev åtgärdsplan | Februari | September | | |
| Skriftlig rapport | Maj | December | | |
| | | | | |
| År 2 | | | | |
| Tillsyn | | | Januari | Augusti |
| Ev åtgärdsplan | | | Februari | September |
| Skriftlig rapport | | | Maj | December |
| Uppföljande tillsyn | Mars | Oktober | | |

Vid tillsyn av ledning är det fokus på processer och implementering mm.

Tillsynerna genomförs som tidigare av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden. Verksamheten ska representeras av enhetschef, sjuksköterska och en personalrepresentant per arbetsplats. Ledningen ska representeras av verksamhetschef, kvalitetsutvecklare och enhetschef för berörda sjuksköterskor.

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 2020-10-21.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att lägga förtecknade delegationsärenden till handlingarna.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämndenDelegationsbeslut
2020-10-29

| Pt | Dnr | Handlingsrubrik | Beslutande | Beslutsdatum |
|-----------|------------|---|------------------------|---------------------|
| | VON20/4:12 | Lista över beslut från Division Social omsorg (LSS och SOL), augusti 2020 | Division Social omsorg | 2020-08 |
| | VON20/4:14 | Lista över beslut från Division Social omsorg enligt LSS, september 2020 | Division Social omsorg | 2020-09 |
| | VON20/4:15 | Lista över beslut från Division Social omsorg enligt SoL, september 2020 | Division Social omsorg | 2020-09 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Vård- och omsorgsnämnden

Delegationsbeslut

| Pt | Dnr | Handlingsrubrik | Beslutande | Beslutsdatum |
|-----------|-------------|---|-------------------------------------|---------------------|
| 1.1.1 | VON19/101:4 | Beslut avseende allmänhetens möjlighet att delta vid Vård- och omsorgsnämndens sammanträde 2020-09-10 | Ordförande Vård- och omsorgsnämnden | 2020-09-02 |

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 2020-10-21.

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 | Meddelande från Inspektionen för vård och omsorg : Överlämnande av anonymt klagomål gällande Riggaraatan. till Ansvar och Omsorg AB. Dnr 3.4.2-25018/2020-3 | VON20/12:8 |
| 2 | Beställarkontoret | Synpunkt gällande Olivia hemomsorg AB och deras hemtjänstverksamhet | VON20/18:1 |
| 3 | Beställarkontoret | Synpunkt gällande Olivia hemomsorg AB och deras hemtjänstverksamhet | VON20/18:2 |
| 4 | Beställarkontoret | Svar från Olivia om hur inkommen synpunkt i mars 2020 hanterades | VON20/18:3 |
| 5 | Beställarkontoret | Inbjudan: Inspirationsdag med hästen och folkhälsan i fokus för politiker, tjänstemän och andra beslutsfattare och andra yrkesverksamma inom vård, skola och omsorg | VON20/1:49 |
| 6 | Beställarkontoret | Information från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avseende signering av beslut | VON20/1:50 |
| 7 | Division Social omsorg | Utredning av Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Lundågårdens demensboende, Bruket | VON20/82:2 |
| 8 | Division Social omsorg | Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Lundågårdens demensboende, Bruket | VON20/82:1 |
| 9 | Division Social omsorg | Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport från Lundågården om eventuellt missförhållande vid Lundågården | VON20/82:3 |
| 10 | Division Social omsorg | Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Mariebergsgården | VON20/83:1 |
| 11 | Division Social omsorg | Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Lundågården | VON20/84:1 |
| 12 | Monika Holen | Mailväxling med anledning av skrivelse avseende anhörigas rätt till kontakt med sina släktingar på äldreboenden - med anledning av Corona (Covid-19) | VON20/85:2 |
| 13 | Beställarkontoret | Missiv: Information om att Länsstyrgruppen i Sörmland antagit Handlingsplan för fallprevention i Sörmland 2020-2023 | VON20/1:51 |
| 14 | Beställarkontoret | Handlingsplan för fallprevention i Sörmland 2020-2023 - framtagen av Länsstyrgruppen i Sörmland 2020-08-27 | VON20/1:51.1 |

| | | | |
|----|--|---|--------------|
| 15 | Beställarkontoret | Utjämning av LSS-kostnader 2021, Preliminärt utfall september | VON20/1:53.1 |
| 16 | Beställarkontoret | Protokoll från sammanträde med Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård 2020-09-11 | VON20/14:2 |
| 17 | Beställarkontoret | Beslut från Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård 2020-09-11 § 20 Åtterrappport - Natffasta/Dvansmätning | VON20/14:3 |
| 18 | Division Social omsorg | Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Mariebergsgården | VON20/75:2 |
| 19 | Division Social omsorg | Åtgärdsplan avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Mariebergsgården | VON20/75:3 |
| 20 | Division Social omsorg | Åtgärdsplan avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Mariebergsgården | VON20/76:6 |
| 21 | Division Social omsorg | Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Mariebergsgården | VON20/76:5 |
| 22 | Beställarkontoret | Regeringsbeslut om medel till kommunerna för att bidra till att motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av spridningen av Covid-19 | VON20/80:1 |
| 23 | Beställarkontoret | Rapport från Studieförbundet Vuxenskolan avseende verksamheten våren 2020 | VON19/115:3 |
| 24 | Division Social omsorg | Lex Sarah rapport avseende missförhållanden - Sjökaptenvägen 12 | VON20/91:1 |
| 25 | Division Social omsorg | Utredning av Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Lundagården, Avdelning Bvaget | VON20/84:2 |
| 26 | Socialstyrelsen | Protokollsutdrag Kommunstyrelsen § 233 2020-08-31 Användande av stimulansmedel 2020 för ökad kvalitet i omsorg om personer med demenssjukdom m | VON20/35:12 |
| 27 | Henrik Forslund Dataskyddsombud, Nyköping | Rapport: Årlig kontroll av efterlevnaden av dataskyddsförordningen i Nyköpings kommun 2020 | VON20/87:1 |
| 28 | Beställarkontoret | Mailväxling samt redovisning av hantering av inkommen synpunkt från anhörig avseende Nattpatrullen | VON20/86:2 |
| 29 | Division Social omsorg | Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Fruängskällans äldre- och demensboende | VON20/94:1 |
| 30 | Beställarkontoret | Skrivelse: Klagomål från anhörig avseende Nattpatrullen | VON20/86:1 |
| 31 | Beställarkontoret | För kännedom: Upphävande av tidigare Ordförandebeslut avseende tillfällig vistelse i Vellinge kommun med anledning av Covid-19 | VON20/43:77 |
| 32 | Socialstyrelsen | Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 | VON20/92:1.2 |
| 33 | Socialstyrelsen | Inbjudan till dialog om den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården | VON20/92:1.1 |

| | | | |
|----|-----------------|---|------------|
| 34 | Socialstyrelsen | Missiv: Inbjudan till dialog om den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården | VON20/92:1 |
| 35 | Vårdföretagarna | Skrivelse avseende uppräknig av den statliga assistansersättningen | VON20/89:1 |