

**Sammanträdesdatum 2019-05-23 klockan 13:30-17:00 Stadshuset,
sal B**

Mötet är öppet för allmänheten

Gruppmöten kl. 12.30 till 13.30

S-, C-, MP-grupp: B-salen

M-, KD-, L-grupp: Översikten

SD-grupp: Avsikten

V-grupp: Insikten

Ordförande

Sofia Amløh (S)

Ledamöter

Erika Nyman (C), vice ordförande
Maria Gilstig (M), 2:e vice ordförande
Andreas Ekstrand (S)
Rauni Ringberg (S)
Fekade Gebremichael (S)
Kenneth Bjurström (MP)
Maija Söderberg (M)
Lars Lundqvist (KD)
Marianne Nordblom (L)
Marianne Sohlman Zetterström (SD)

Ersättare

Eila Ulf (S)
Harry Malmqvist (S)
Lena O'Connor (S)
Lennart Hagerström (S)
Jessika Keereweer Andersson (C)
Orvar Windisch (M)
Johan Stenberg (M)
Annika Bengtsson (KD)
Jessica Johansson (L)
Hans Hedlund (SD)
Helena Dahlström (V)

1. Mötets öppnande

1. Mötets öppnande

2. Informationsärenden

- Systematiskt kvalitetsarbete, Divisionsledningen
- MAR-funktionen (Medicinskt ansvarig för rehabilitering), Administrativ chef och Verksamhetschef
- Det ekonomiska läget, Divisionschef och Sakkunnig
- Vionords förändring, Sakkunnig

3. Handlingsplan för att implementera SKLs rekommendation för ökad kvalitet natttid på särskilt boende

- Tjänsteskrivelse
- Handlingsplan för att implementera SKLs rekommendation för ökad kvalitet natttid på särskilt boende

4. Åtgärder efter uppföljning utifrån Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2018

- Tjänsteskrivelse
- Rapport: Uppföljning utifrån Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2018

5. Uppföljning av åtgärder efter Lex Sarah-rapportering andra halvåret 2017

- Tjänsteskrivelse
- Rapport: Åtgärder efter Lex Sarah-rapportering andra halvåret 2017

6. Ekonomisk uppföljning med helårsprognos per april 2019

- Tjänsteskrivelse
- Ekonomisk uppföljning med helårsprognos per april 2019

7. Rapporter från interna tillsyner under april 2019

- Tjänsteskrivelse
- Rapport: Intern tillsyn vid Myntan
- Rapport: Intern tillsyn på S:t Anna

8. Revidering av Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem

- Tjänsteskrivelse
- Förslag: Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem

9. Yttrande över motion "Äldres rätt till utomhusvistelse"

- Tjänsteskrivelse
- Yttrande över motion "Äldres rätt till utomhusvistelse"

Vård- och omsorgsnämnden

10. Yttrande över motion "Efterhandsreglerad ersättning inom omsorgen"

- Tjänsteskrivelse
- Yttrande över motion "Efterhandsreglerad ersättning inom omsorgen"

11. Yttrande över SKLs rekommendation om gemensam finansiering av samlat system för kunskapsstyrning inom socialtjänsten

- Tjänsteskrivelse
- Yttrande över SKLs rekommendation om gemensam finansiering av samlat system för kunskapsstyrning inom socialtjänsten

12. Ej verkställda beslut enligt § 28 h Lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade, första kvartalet 2019

- Tjänsteskrivelse

13. Ej verkställda beslut enligt 16 kap §§ f och h Socialtjänstlagen (SOL), första kvartalet 2019

- Tjänsteskrivelse

14. Delegationsanmälningar

- Förteckning över inkomna delegationsanmälningar

15. Anmälningsärenden

- Förteckning över inkomna anmälningsärenden

2. Informationsärenden år 2019, samlingsakt (VON19/3)

Informationsärenden

1. Systematiskt kvalitetsarbete, Divisionsledningen
2. MAR-funktionen, Administrativ chef och Verksamhetschef
3. Det ekonomiska läget, Divisionschef och Sakkunnig
4. Vionords förändring, Sakkunnig

3. Handlingsplan för att implementera SKLs rekommendation för ökad kvalitet nattetid på särskilt boende för äldre, Division Social omsorg (DSO) (VON17/35)

Ärendet i korthet

Nyköpings kommun antog i oktober 2017 SKLs rekommendation om ökad kvalitet nattetid på särskilt boende för äldre. Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden har tillsammans med Medicinskt ansvarig sjuksköterska gjort interna tillsyner i verksamheten för att se hur rekommendationen efterlevs. Tillsynerna har visat att det återstår en del åtgärder och förändringar i verksamheten innan vi kan säga att kommunen följer rekommendationen. Noterade brister handlar om

- Avsaknad av levnadsberättelse
- Ej individuellt omhändertagande
- Ej individens behov i centrum
- Frånvarande ledarskap nattetid
- Ej systematiskt kvalitetsarbete

Enligt beslut i nämnden i februari 2019 (§ 25) fick DSO i uppdrag att återkomma med en handlingsplan för hur man ska arbeta med implementering av rekommendationen. Denna är nu framtagen och där presenteras de åtgärder som planeras inom bostomsrådena. Enligt beslutet kommer också DSO att muntligen rapportera hur arbetet framskrider i oktober 2019 samt under våren 2020.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna redovisad handlingsplan enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-05-09.

Vård- och omsorgsnämnden**Expedieras till**

Division Social omsorg

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Handlingsplan för att implementera SKLs rekommendation för ökad kvalitet nattetid på särskilt boende för äldre, Division Social omsorg (DSO) (VON17/35:17)
- Förslag: Handlingsplan - ökad kvalitet nattetid (VON17/35:18)

4. Åtgärder efter uppföljning utifrån Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2018 (VON18/31)**Ärendet i korthet**

Den internkontroll som genomfördes i enlighet med nämndens fastställda internkontrollplan för 2018, visade på några brister som krävde åtgärder för att minimeras. Enligt beslut i nämnden (VON § 95, 2018) fick sakkunnig tjänsteman i uppdrag att följa upp vidtagna åtgärder och rapportera till nämnden under andra kvartalet 2019. Uppföljningen har gjorts genom frågeställningar till berörda verksamheter.

De hot/risker som bedömdes som stora handlade om personaltätheten dagtid respektive personalens kunskap om rutinerna vid eventuell brand. Båda riskerna bedömdes finnas inom Division Social omsorg (DSO) och risken rörande brand bedömdes även gälla Ansvar & omsorg.

I bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-05-09, rapporteras den uppföljning av åtgärderna som nu gjorts. Konstateras kan att DSO vidtagit vissa åtgärder gällande hur de hanterar situationer då bemanningen inte räcker till. Inga åtgärder har dock vidtagits när det gäller brandberedskapen. Ansvar & omsorg har fattat beslut om att ha tätare brandövningar/utbildningar än tidigare.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna uppföljningen av åtgärder efter genomförd internkontroll 2018 enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-05-09.

Expedieras till

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg AB

Kommunstyrelsen för kännedom

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Åtgärder efter uppföljning utifrån Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2018 (VON18/31:18)
- Rapport: Redovisning av åtgärder efter uppföljning av Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2018 (VON18/31:19)

5. Uppföljning av åtgärder efter Lex Sarah-rapportering andra halvåret 2017 (VON19/12)

Ärendet i korthet

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

Den nu rapporterade uppföljningen omfattar sex Lex Sarah-rapporter från andra halvåret 2017. Det är vanligt att beslutade åtgärder handlar om att skapa rutiner, sprida befintliga rutiner eller att förbättra informationen.

Kvalitetsutvecklaren som står bakom uppföljningen konstaterar att ingen verksamhet har gjort en uppföljning av sina åtgärder för att se om de fått effekt. Ett annat problem har varit att vissa åtgärder i efterhand upplevts mindre verkningsfulla då syftet med dem var för otydligt. Slutligen har vissa beslutade åtgärder inte riktigt haft bäring på det problem som orsakat den rapporterade händelsen.

Dessa olika typer av problem kring beslutade åtgärder uppmärksammades av kvalitetsutvecklare under 2018. Det ledde till att en ny mall för åtgärdsplan togs fram, vilken gör det lättare för ansvarig chef att bli relevant och tydlig. Av mallen framgår också vem som är ansvarig för respektive åtgärd, när den ska vara genomförd och hur och när uppföljning av effekter ska ske. Denna nya mall bör minimera problem av den typ som kan konstateras i nu rapporterad uppföljning.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporten "Sammanställning av uppföljning av åtgärder, lex Sarah HT 2017" enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-04-24.

Expedieras till

Division Social omsorg

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Uppföljning av åtgärder, efter Lex Sarah -rapportering andra halvåret 2017 (VON19/12:1)
- Rapport: Sammanställning av uppföljning av åtgärder, Lex Sarah höstterminen 2017 (VON19/12:2)

6. Ekonomisk uppföljning med helårsprognos per april 2019 (VON19/2)

Vård- och omsorgsnämnden**Ärendet i korthet**

För Vård- och omsorgsnämnden finns nu en ekonomisk uppföljning med helårsprognos efter april framtagen. Prognosen innebär ett årsresultat på +13,0 mnkr. Det är en förbättring med hela 12,5 mnkr jämfört med februariprognosen. Detta gäller nuvarande verksamhet. Sannolikt kommer en utökning av kortvården att ske under året för att undvika betalningsansvar gentemot Regionen. Om det blir av och i så fall när och vad det kommer att kosta nämnden, är i skrivande stund oklart. Detta kommer dock förstås att påverka prognosen negativt. Nedan följer kommentarer till nu lagd prognos på +13,0 mnkr.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna den ekonomiska uppföljningen med helårsprognos per april 2019 enligt tjänsteskrivelse daterad 2019-05-06 och därtill hörande bilaga.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Ekonomisk uppföljning med helårsprognos per april 2019 (VON19/2:4)
- Bilaga till tjänsteskrivelse - Ekonomisk uppföljning med helårsprognos per april 2019 (VON19/2:5)

7. Rapporter från interna tillsyner under april 2019 (VON19/48)**Ärendet i korthet**

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden och MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) har under april genomfört två interna tillsyner enligt beslutad tillsynsplan. De verksamheter som besökts är äldre- och demensboendena Myntan och S:t Anna.

Tillsynerna har under 2019 fokus på områden som vi på olika sätt kunnat konstatera är förbättringsområden.

Sammantaget konstaterar vi att det finns en god omvårdnad. Båda dessa verksamheter leds av chefer som är öppna med såväl sådant som fungerar bra och sådant som behöver förbättras, vilket är en bra grund för att kunna åstadkomma en positiv utveckling.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna tillsynsrapporterna, bilagda tjänsteskrivelse daterad 2019-04-24.

Expedieras till

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg AB

Kommunstyrelsen för kännedom

Webb-redaktör på Beställarkontoret för publicering på hemsidan

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Rapporter från interna tillsyner under april 2019 (VON19/48:9)

Vård- och omsorgsnämnden

- Rapport från intern tillsyn vid Myntan avd 4D, 5C, 5D (äldreboende) och 4C (demensboende) 2019-04-01 (VON19/48:11)
- Rapport från intern tillsyn på S:t Annas äldre- och demensboende 2019-04-16 (VON19/48:10)

8. Revidering av Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem (VON19/17)**Ärendet i korthet**

Lagen om valfrihetssystem, LOV, började tillämpas i Nyköpings kommun 2009. Av förfrågningsunderlaget framgår bland annat vilka krav som ställs på en utförare och dess verksamhet för att kunna bli godkänd i Nyköpings kommun. Förfrågningsunderlaget revideras löpande vid behov och redan godkända utförare blir bundna även av förändringar som sker efter att avtal med dem tecknats.

Nu aktuell revidering handlar om en anpassning till det beslut som fattades av Vård- och omsorgsnämnden 2019-04-11 (§ 27). Då beslutades att ändra definitionen av landsbygd att omfatta i princip allt utanför Nyköpings centralort samt att ersättning för dubbelbemanning ska utgå från första timmen. Dessa förändringar ska börja gälla 2019-06-01. Dessutom har nu ett förtydligande gjorts av omställningstid.

Tillägg är markerade med grönt och borttag med rött.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna det reviderade förfrågningsunderlaget enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-05-06

att det reviderade förfrågningsunderlaget gäller fr o m 2019-06-01.

Expedieras till

Samtliga utförare av hemtjänst inom Nyköpings kommun
Webb-redaktör, Kommunledningskansliet, för publicering på hemsidan

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Revidering av förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem, utifrån förändrade ersättningsregler (VON19/17:5)
- Förslag: Förfrågningsunderlag, gäller fr o m 2019-06-01 (VON19/17:6)

9. Yttrande över motion "Äldres rätt till utomhusvistelse" (VON17/66)

Vård- och omsorgsnämnden**Ärendet i korthet**

Kristdemokraterna lämnade under 2017 en motion om äldres rätt till utomhusvistelse. Vård- och omsorgsnämnden yttrade sig då över motionen, men denna är nu återremitterad, då Kommunstyrelsen ansåg att väsentlig information saknades i remissvaret (KK17/288).

Liksom tidigare ställer sig Vård- och omsorgsnämnden till fullo bakom andemeningen i motionen. Utevistelser och aktiviteter är ett fokusområde i nämndens interna tillsyner och Division Social omsorgs nya aktivitetssamordnare bedriver ett mycket aktivt och konkret utvecklings- och förbättringsarbete som ger tydliga resultat för de boende. Därmed menar nämnden att motionen får anses besvarad och därmed kan avslås.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att anta yttrandet över motionen "Äldres rätt till utomhusvistelser", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-04-15.

Expedieras till

Kommunstyrelsen

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Remissvar, motion "Äldres rätt till utomhusvistelse" (VON17/66:8)
- Förslag: Yttrande över motion "Äldres rätt till utomhusvistelse" efter återremiss (VON17/66:9)

10. Yttrande över motion "Efterhandsreglerad ersättning inom omsorgen" (VON19/59)**Ärendet i korthet**

Liberalerna har lämnat en motion om efterhandsreglerad ersättning inom omsorgen (KK17/406). Motionen går ut på att kommunen ska ge de privata hemtjänstutförarna en efterhandsreglerad ersättning motsvarande underskottet för den kommunala hemtjänsten.

Ett förslag till yttrande har upprättats, vilket innebär att motionen föreslås avslås. Enligt Lagen om valfrihetssystem ska ersättningen vara känd i förväg, vilket gör att efterhandsreglerad ersättning inte är ett alternativ. Om underskott för den egna regin redovisas under en längre följd av år, kan det vara tecken på en generellt för låg ersättning, men i de lägena bör istället den gällande ersättningsnivån ses över, vilket Vård- och omsorgsnämnden har gjort på ett flertal sätt under de senaste åren. Dessutom, som konkurrensverket konstaterar, är det svårt att uppnå konkurrensneutralitet inom LOV-verksamhet. Kommunens ansvar är vidare än de privata utförarnas, vilket innebär att kommunen också har högre kostnader.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

Vård- och omsorgsnämnden

att anta yttrandet över motionen "Efterhandsreglerad ersättning inom omsorgen", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-05-10.

Expedieras till

Kommunstyrelsen

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Yttrande över motion "Efterhandsreglerad ersättning inom omsorgen" (VON19/59:2)
- Förslag: Yttrande över motion om efterhandsreglerad ersättning inom omsorgen (VON19/59:3)

11. Yttrande över SKLs (Sveriges kommuner och landsting) rekommendation om gemensam finansiering av samlat system för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (VON19/62)

Ärendet i korthet

SKL har tagit fram en rekommendation om gemensam finansiering av samlat system för kunskapsstyrning inom socialtjänsten. Vård- och omsorgsnämnden har nu fått möjlighet att yttra sig över rekommendationen.

Ett förslag till yttrande har upprättats, vilket innebär att nämnden rekommenderar Kommunstyrelsen att besluta att anta rekommendationen. Nämnden ser att de områden som omfattas av rekommendationen ligger helt i linje med nämndens ambitioner och inriktning. Den merkostnad ett antagande innebär är måttlig och bedöms kunna finansieras inom nämndens ram.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att anta yttrandet enligt tjänsteskrivelse daterad 2019-04-24

att paragrafen justeras omedelbart

Expedieras till

Kommunstyrelsen

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Yttrande över SKLs rekommendation om gemensam finansiering av samlat system för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (VON19/62:2)
- Förslag: Yttrande över SKLs rekommendation om gemensam finansiering av samlat system för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (VON19/62:3)

12. Ej verkställda beslut enligt § 28 h Lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade, första kvartalet 2019 (VON19/6)

Ärendet i korthet

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt LSS för beslut som inte verkställts inom tre månader under första kvartalet 2019 till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar totalt 29 beslut, varav 22 funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har fem beslut verkställts och två beslut har av andra skäl tagits bort från inrapporteringen.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2019-04-23.

Expedieras till

Kommunfullmäktige
Revisorerna

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Ej verkställda beslut kvartal 1 2019 LSS (VON19/6:1)

13. Ej verkställda beslut enligt 16 kap §§ f och h Socialtjänstlagen (SOL), första kvartalet 2019 (VON19/5)

Ärendet i korthet

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt Socialtjänstlagen för beslut som inte verkställts inom tre månader under första kvartalet 2019 till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar 15 beslut, varav sju funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har åtta beslut verkställts och fyra beslut har av andra skäl tagits bort från inrapporteringen.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2019-04-23.

Expedieras till

Kommunfullmäktige
Revisorerna

Vård- och omsorgsnämnden**Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse: Ej verkställda beslut kvartal 1 2019 SOL (VON19/5:1)

14. Delegationsanmälningar (VON19/4)**Ärendet i korthet**

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 av allmän handling, kontakta ansvarig registrator.

Förslag till beslut

att lägga förtecknade delegationsanmälningar till handlingarna.

Beslutsunderlag

- Delegationsanmälningar VON 2019-05-23 (759745)

15. Anmälningssärenden (VON19/1)**Ärendet i korthet**

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 av allmän handling, kontakta ansvarig registrator.

Förslag till beslut

att lägga förtecknade anmälningssärenden till handlingarna.

Beslutsunderlag

- Anmälningssärenden VON 2019-05-23 (759744)

Ärende 3

**Handlingsplan för att implementera SKLs rekommendation för ökad kvalitet nattetid på särskilt boende för äldre, Division Social omsorg (DSO)
(VON17/35)**

Vård- och omsorgsnämnden

Handlingsplan för att implementera SKLs rekommendation för ökad kvalitet nattetid på särskilt boende för äldre, Division Social omsorg (DSO)

Ärendet i korthet

Nyköpings kommun antog i oktober 2017 SKLs rekommendation om ökad kvalitet nattetid på särskilt boende för äldre. Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden har tillsammans med Medicinskt ansvarig sjuksköterska gjort interna tillsyner i verksamheten för att se hur rekommendationen efterlevs. Tillsynerna har visat att det återstår en del åtgärder och förändringar i verksamheten innan vi kan säga att kommunen följer rekommendationen. Noterade brister handlar om

- Avsaknad av levnadsberättelse
- Ej individuellt omhändertagande
- Ej individens behov i centrum
- Frånvarande ledarskap nattetid
- Ej systematiskt kvalitetsarbete

Enligt beslut i nämnden i februari 2019 (§ 25) fick DSO i uppdrag att återkomma med en handlingsplan för hur man ska arbeta med implementering av rekommendationen. Denna är nu framtagen och där presenteras de åtgärder som planeras inom bostadsområdena. Enligt beslutet kommer också DSO att muntligen rapportera hur arbetet framskrider i oktober 2019 samt under våren 2020.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna redovisad handlingsplan enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-05-09.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och
omsorgsnämnden

Beslutet skickas till
Division Social omsorg

Handlingsplan - Ökad kvalitet nattetid

1. Avsaknad av levnadsberättelse

Levnadsberättelse är inget skall-krav. Frågan ställs till hyresgäst och anhöriga om de är intresserade av att lämna en levnadsberättelse. Personal och enhetschef förklarar och motiverar vinsten med att en levnadsberättelse fylls i. Kontaktperson följer upp detta och om hyresgästen eller anhöriga inte vill delta skall kontaktpersonal dokumentera det i Procapita.

Åtgärder:

Önskvärt är ett systemstöd, en "ruta" i Procapita vad gäller genomförandeplanen där det ska framgå om hyresgästen vill eller inte vill lämna en levnadsberättelse. Verksamheten kommer att kontakta divisionens IT-avdelning för en förfrågan.

Enhetschefer informerar och motiverar hyresgäster/anhöriga redan vid inflyttning och vid vårdplaneringen vikten av att ta fram en levnadsberättelse. För medarbetarna tas frågan om levnadsberättelser och dess betydelse upp vid APT och medarbetarsamtal.

2. Ej individuellt omhändertagande

Medarbetare jobbar efter aktuell genomförandeplan som beskriver stöd och hjälp dygnet runt. Hyresgästen har två kontaktpersonal, en på dagen och en nattpersonal på natten. Tillsammans med hyresgästen, eller dennes anhöriga om hyresgäst inte kan föra sin talan, förs allt som är viktigt för hyresgästen in i genomförandeplanen och medarbetarna arbetar därefter. Skulle något avvika från genomförandeplanen dokumenterar medarbetare det i Procapita, så det är individens behov som styr det individanpassade arbetet dygnet runt.

Åtgärder:

Enhetschefer ska se över och säkerställa att alla hyresgäster har en kontaktperson dygnet runt. Detta sker på APT och genom medarbetarsamtal.

När det gäller ronder på natten finns en "kulturresa" att göra för medarbetare att bryta invanda arbetssätt och detta tar tid. Dessutom behöver uppdrag förtydligas för medarbetare som arbetar natt, då många känner starkt ansvar att gå ronder för hyresgästens säkerhets skull. Utbildning och motivationsarbete ska påbörjas och fortsättas med.

Enhetschefer ska sätta upp mål för verksamheten att inte ha/genomföra ronder utan utifrån ett individuellt behov som ska framgå i genomförandeplanen. Uppföljning kommer att ske av förändringsarbetet under hösten.

3. Ej individens behov i centrum

För att jobba med individens behov i centrum ska verksamheten ha tydliga beslut från myndighetskontoret och ha ett bra samarbete när individens behov ändras. När behov ändras bör beslut ändras därefter. Så fungerar det inte idag med anledning av att myndighetskontoret inte har resurser till

detta. Orsaken till detta är oklar. Enhetschef uppmuntrar kontaktpersonalen dag som natt att hålla genomförandeplanen aktuell och att höra efter med hyresgästen vilka behov denne har och arbeta efter det. Detta gäller både dag/kväll/natt. Uppföljning av genomförandeplanen görs minst två gånger per år. Uppföljning gör jag som ledare innan sommaren och innan jul och säkerställer att det är gjort.

Åtgärder:

Enhetschefer ska förtydliga rutinerna vid hälsokonferenserna med tyngdpunkt på genomförandeplanerna och dess innehåll. Genomförandeplanerna ska vara levande och aktuella och enligt IBIC.

4. Frånvarande ledarskap nattetid

Ledarskap nattetid är Chef i beredskap. Nattens personal ska vara med på APT/avdelnings-APT och andra mötesforum. De har fått information om när dessa äger rum och några har det schemalagt. Cheferna träffar även nattpersonal oftast i samband när arbetspassen påbörjas eller slutar eller vid behov.

Åtgärder:

Det pågår ett arbete centralt inom kommunen att förbättra arbetsmiljön för chefer. Detta har en stor betydelse för cheferna inom SÄBO. Samtliga enhetschefer har fler än 25 medarbetare. Det har även gjorts en tidsmätning inom SÄBO för samtliga enhetschefer för att kartlägga deras tid. Det har tydligt visat att mycket av enhetschefens tid går till administration. Dock är ambitionsnivån inom SÄBO att än mer arbeta med ett nära ledarskap som gäller både natt- och dagtid.

5. Ej systematiskt kvalitetsarbete

Nattens medarbetare är involverade i verksamhetens rutiner och vet var de finns. Nattpersonal skriver nattedelen i genomförandeplanerna för de som de är kontaktpersonal åt för att genomförandeplanen ska vara aktuell och tydligt beskriva hur hyresgästerna vill ha sin hjälp under natten. På Hälsokonferens går hela teamet igenom Senior Alert och BPSD (för de med demens) som görs på alla hyresgäster. Detta deltar även nattpersonal på, även om hela nattgruppen inte deltar samtidigt.

Åtgärder:

Enhetschefer behöver tydliggöra för medarbetare att det som redan görs idag är en stor del i det systematiska kvalitetsarbetet, det innebär att förklara och beskriva med andra ord vad systematiskt kvalitetsarbete är. Det som ingår i detta arbete är bland annat BPSD, Senior Alert, genomförandeplaner, rutiner, riskanalyser, lex Sarah, avvikelser, egenkontroll och dokumentation. Det behöver tydliggöras och än mer systematisera detta arbete. Detta är ett pågående arbete.

Karin Lindgren, Verksamhetschef

Ärende 4

**Åtgärder efter uppföljning utifrån Vård- och omsorgsnämndens
internkontrollplan 2018
(VON18/31)**

Vård- och omsorgsnämnden

Åtgärder efter uppföljning utifrån Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2018

Ärendet i korthet

Den internkontroll som genomfördes i enlighet med nämndens fastställda internkontrollplan för 2018, visade på några brister som krävde åtgärder för att minimeras. Enligt beslut i nämnden (VON § 95, 2018) fick sakkunnig tjänsteman i uppdrag att följa upp vidtagna åtgärder och rapportera till nämnden under andra kvartalet 2019. Uppföljningen har gjorts genom frågeställningar till berörda verksamheter.

De hot/risker som bedömdes som stora handlade om personaltätheten dagtid respektive personalens kunskap om rutinerna vid eventuell brand. Båda riskerna bedömdes finnas inom Division Social omsorg (DSO) och risken rörande brand bedömdes även gälla Ansvar & omsorg.

I bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-05-09, rapporteras den uppföljning av åtgärderna som nu gjorts. Konstateras kan att DSO vidtagit vissa åtgärder gällande hur de hanterar situationer då bemanningen inte räcker till. Inga åtgärder har dock vidtagits när det gäller brandberedskapen. Ansvar & omsorg har fattat beslut om att ha tätare brandövningar/utbildningar än tidigare.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna uppföljningen av åtgärder efter genomförd internkontroll 2018 enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-05-09.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslutet skickas till

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg AB

Kommunstyrelsen för kännedom

Åtgärder efter uppföljning utifrån Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2018

Den internkontroll som genomfördes i enlighet med nämndens fastställda internkontrollplan för 2018, visade på några brister som krävde åtgärder för att minimeras. Enligt beslut i nämnden (VON § 95, 2018) fick sakkunnig tjänsteman i uppdrag att följa upp vidtagna åtgärder och rapportera till nämnden under andra kvartalet 2019. Uppföljningen har gjorts genom frågeställningar till berörda verksamheter.

Hot/risk: Personaltätheten dagtid räcker inte till för att verkställa beslutade insatser

Denna risk bedömdes som stor inom Division Social omsorg (DSO). På vissa boenden hade avvikelser skrivits avseende insatser som inte getts p g a personalbrist. De åtgärder som DSO vidtagit är att enhetschef i de lägena tillsammans med personalen gör en prioritering där vissa insatser får göras en annan dag eller vid annan tidpunkt. Personal kan också få gå mellan avdelningar och täcka upp för varandra. Man upplever dock inte att problemet är vanligt.

Med hänvisning till ekonomin sade vissa boenden att de inte alltid tillsätter vikarier vid kortare frånvaro. Konstateras kan att detta händer och då handlar det om att personalen kan få "gå kort" under en viss tid eller del av ett arbetspass och enhetschef går då igenom situationen med den personal som är på plats.

Hot/risk: Personalen känner inte till rutinerna för utrymning vid brand

Denna risk bedömdes som relativt hög inom såväl DSO som Ansvar & omsorg. Inom DSO genomfördes brandövning vart tredje år och med den relativt stora personalomsättningen bedömdes detta som för sällan. DSO har inte genomfört några förändringar i detta utifrån internkontrollens resultat. Man hänvisar till att den utbildning som genomförs är gedigen och genomförs av Räddningstjänsten. I introduktionen för nyanställda ingår alltid utbildning i brandberedskap. Man hänvisar också till de kommunövergripande rutiner som Kommunstyrelsen fastställt och att man agerar på det sätt som Räddningstjänsten utbildat i.

Ansvar & omsorg har också haft brandövningar vart tredje år och brandutbildningar vartannat år tillsammans med Räddningstjänsten. De kommer nu att genomföra en större övning varje år med start på Björkgården i maj. Brandskyddsombuden på S:t Anna och Riggargatan kommer då att delta i scenariot för att sedan göra motsvar-

ande övningar på sina respektive boenden. Utöver detta kommer man årligen att genomföra HLR-utbildningar samt Hot och Våldsutbildningar för all personal.

Ärende 5

**Uppföljning av åtgärder efter Lex Sarah-rapportering andra halvåret
2017
(VON19/12)**

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning av åtgärder efter Lex Sarah-rapportering andra halvåret 2017

Ärendet i korthet

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

Den nu rapporterade uppföljningen omfattar sex Lex Sarah-rapporter från andra halvåret 2017. Det är vanligt att beslutade åtgärder handlar om att skapa rutiner, sprida befintliga rutiner eller att förbättra informationen.

Kvalitetsutvecklaren som står bakom uppföljningen konstaterar att ingen verksamhet har gjort en uppföljning av sina åtgärder för att se om de fått effekt. Ett annat problem har varit att vissa åtgärder i efterhand upplevts mindre verkningsfulla då syftet med dem var för otydligt. Slutligen har vissa beslutade åtgärder inte riktigt haft bäring på det problem som orsakat den rapporterade händelsen.

Dessa olika typer av problem kring beslutade åtgärder uppmärksammades av kvalitetsutvecklare under 2018. Det ledde till att en ny mall för åtgärdsplan togs fram, vilken gör det lättare för ansvarig chef att bli relevant och tydlig. Av mallen framgår också vem som är ansvarig för respektive åtgärd, när den ska vara genomförd och hur och när uppföljning av effekter ska ske. Denna nya mall bör minimera problem av den typ som kan konstateras i nu rapporterad uppföljning.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporten "Sammanställning av uppföljning av åtgärder, lex Sarah HT 2017" enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-04-24.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och
omsorgsnämnden

Beslutet skickas till
Division Social omsorg

Sammanställning av uppföljning av åtgärder lex Sarah HT 2017

Inledning

Kvalitetsutvecklare har på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden genomfört en sammanställning av verksamheternas uppföljning av vidtagna åtgärder i lex Sarahärenden. Det är tredje gången en sådan sammanställning genomförs. Denna sammanställning omfattar 6 lex Sarahärenden som inkommit under andra halvåret 2017. Det är händelser som har bedömts som allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden och som har en åtgärdsplan för att förhindra upprepning. Ett ärende har bedömts som en avvikelse men av vikt att följa upp. Sammanställningen har genomförts genom intervjuer med de chefer som har haft ansvar för åtgärd enligt åtgärdsplan.

Bakgrund

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

Syfte

Genom att följa upp vidtagna åtgärder och se om dessa ger önskad effekt kan verksamheten bli bättre på att vidta relevanta åtgärder och på så sätt förebygga uppkomsten av nya missförhållanden.

Metod

Sammanställningen har genomförts genom semistrukturerade intervjuer med ansvarig chef och i vissa fall verksamhetschef.

Divisionens ledningslag har fått information om sammanställningen under vecka 44. Under oktober och november 2018 gick det ut ett mejl till samtliga chefer som omfattades av sammanställning. I mejlet ingick bland annat en kopia av den intervjuguide som skulle användas vid intervjun. Detta i syfte att cheferna skulle kunna förbereda sig och ta fram den information som behövdes från deras uppföljning av vidtagna åtgärder.

Intervjuerna genomfördes under veckorna 48/2018 – 9/2019.

Underlag

Underlaget som ingår i sammanställningen och analys består av intervjuer med ansvariga chefer, lex Sarah rapporter, utredningar, beslut från perioden juli-december 2017 samt åtgärdsplaner från samma period.

Under aktuell perioden kom det in totalt 21 lex Sarahrapporter till kvalitetsutvecklare, varav 19 var från Vård- och omsorgsnämndens område. Av dessa 19 rapporter har 4 efter utredning bedömts som allvarliga och anmälts till Inspektionen för vård och omsorg. Av de övriga 15 rapporterna har 2 stycken efter utredning visat på behov av åtgärder. Således ingår totalt 6 lex Sarahärenden i denna uppföljning, 4 allvarliga och 2 icke allvarliga. 1 av de lex Sarahärendena som bedömdes som ett allvarligt missförhållande anmälades gemensamt med Socialnämnden, och uppföljningen har gjorts gemensamt med berörda verksamheter inom båda nämnderna.

Genomgång av åtgärder och uppföljning

VON17/92 Hemtjänst

Denna lex Sarah handlade om en anställd vikarie inom hemtjänsten som vid några tillfällen tog med sig en eller flera vänner/släktingar hem till kunder i samband med arbete. Händelsen inträffade under sommaren 2017 och rapporterades i september 2017.

Efter att denna händelse inträffade och åtgärdsplan var upprättad har ett chefsbyte skett. Det är oklart om ny enhetschef har fått information om åtgärdsplanen och missförhållandet i samband med introduktionen. Chefen har dock fått information om händelserna vid senare tillfälle.

Orsak bakom händelsen bedömdes vara brister i verksamhetens sätt att förbereda vikarien för sitt uppdrag utifrån dennes förutsättningar. Det var otydligt vem i organisationen som har ansvar för att vikarier får tillräckligt med information gällande sekretess innan sekretessförbindelsen undertecknas. Personal fick sekretessförbindelse i en reception och ombads läsa igenom och skriva på, men utan möjlighet till muntlig genomgång eller kontroll av förståelse. Personal kunde gå ut till kunder utan att ha fått muntlig genomgång av sekretessförbindelse från exempelvis chef. Sekretessförbindelsen som användes var inaktuell och hänvisade till en gammal lagstiftning.

De mål som behövde uppnås för att förhindra upprepning var att informationen i sekretessförbindelsen är korrekt och uppdaterad, att en rutin upprättades gällande hantering av information om sekretess i samband med introduktion samt att säkerställa att kompetent ordinarie och vikarierande personal rekryteras och stannar i verksamheterna.

Verksamheten planerade för 3 åtgärder. Den första var att initierat behov av översyn av sekretessförbindelsen till HR. Den andra var att säkra upp att introduktion görs enl plan. Enhetschef har gett planerare mandat att genomföra introduktion med nyanställda om chef är frånvarande. Den tredje åtgärden som planerades var att ha

en diskussion på APT samt vikarieträffar om vikten av sekretess och tystnadsplikt och dess betydelse.

Samtliga tre åtgärder är genomförda. Den första har dock inte gett önskad effekt på grund av att ansvarsfördelningen inte var tillräckligt tydlig. Ansvar för initieringen var enhetschef inom hemtjänsten, men ingen på HR fick ansvar att driva frågan. Detta ledde till att ingen vidare åtgärd vidtogs gällande den inaktuella sekretessblanketten. Den andra åtgärden är genomförd och har gett önskad effekt. Det finns ett system för ansvar för introduktion där enhetschef, planerare och utsedd handledare har ett gemensamt ansvar för introduktion och med olika ansvarsområden. En introduktion pågår oftast under 3 dagar. Den tredje åtgärden är genomförd, dock oklart om den genomfördes under oktober som var avsikten. Det har dock skett en information på APT i aktuell arbetsgrupp under 2018.

Verksamheten har inte gjort en uppföljning av vidtagna åtgärder. Delvis på grund av att det kom en ny chef i januari 2018, men också på grund av bristande rutin kring uppföljning. Det har efter att denna händelse skett upprepning av missförhållandet där bakomliggande orsaker var bristande kunskap om sekretess och tystnadsplikt.

VON17/94 Personlig assistans

Lex Sarahn handlade om en brukare som har personlig assistans och som var utan assistent under natten. Denna händelse inträffade 2017-08-26.

Orsak bakom var att en anställd blev sjuk, och den assistent som arbetade kunde inte få in en vikarie. Assistenten väljer efter uppmaning från brukaren att lämna brukaren med att själv försök ringa efter vikarie. Assistenten kände inte till att hen kunde beordra in ordinarie personal. Utredningen kunde konstatera att det fanns en fungerande rutin för hur sjukskrivning och tillsättning av vikarier ska ske då vakans uppstår utanför kontorstid. Rutinen hade dock inte följts i detta fall. Assistenten hade via arbetsplatsträff fått information om rutinen, men menade själv att hen inte kände till den. Rutinen fanns dock inte skriftligt i lokalen utan gavs enbart muntligt i samband med APT och nyanställning.

De mål som behövde uppnås för att förhindra upprepning var att all personal känner till gällande rutin, samt sitt ansvar och sina befogenheter för bemanning och vakanser utanför kontorstid.

Verksamheten planerade två åtgärder. Den ena åtgärden var att göra rutinen skriftlig och den skulle finnas hemma hos respektive kund tillsammans med brukarblad. Den andra åtgärden var att rutinen skulle fortsatt gås igenom på APT.

Båda åtgärderna är genomförda. Den skriftliga rutinen finns nu hos varje kund som inte har nattpersonal och där riskerna för upprepning bedömdes vara större. Ytterligare åtgärd som har vidtagits är att i de fall som faddergruppen inte får tag på vikarie ska de kontakta samordningscentralen som skickar larmpatrull att göra punktinsatser tills att en vikarie går att finna. Denna rutin har inte behövt användas än så länge. Ingen upprepning av missförhållandet har inträffat.

Verksamheten har inte gjort någon uppföljning av vidtagna åtgärder. Detta beror delvis på att ansvarig enhetschef blev sjuk i början av året 2018 och var sjukskriven fram till november. Enhetschef berättar att hon har en rätt god uppfattning om att åtgärderna har gett effekt och att personal nu känner till rutinen. Det som skulle kunna vara ett riskmoment är för de vikarier som går till olika kunder, både de som har assistans dygnet runt och de som inte har denna hjälp. Då blir det olika rutin som gäller, och även om vikarien får information i samband med introduktion så kan det vara svårt att komma ihåg tillsammans med all annan information som ges. Men det finns nu en skriftlig rutin hos samtliga kunder som inte har assistans dygnet runt.

VON17/95 Servicebostad

Denna lex Sarah handlade om en brukare som bodde på en servicebostad och som fått hastigt försämrad hälsa och senare avlidit. Personalen rapporterade att de inte kunnat ge den enskilde den vård som behövdes, denna del bedömdes inte vara ett missförhållande. Det framkom dock i övrigt i utredningen att personalen saknade kunskap vård i livets slutskede samt att verksamheten inte undersökt möjlighet till samordnad individuell planering genom SIP. Händelsen bedömdes som en avvikelse men det fanns behov av åtgärder. Rapport om missförhållande inkom till nämnden 2017-10-10.

De mål som verksamheten behövde uppnå för att förhindra upprepning var att öka personalens kunskap om SIP så att brukare kan erbjudas en samordnad individuell plan.

Verksamheten gjorde ingen åtgärdsplan i detta fall. Två konkreta åtgärder har vidtagits efter händelsen. Enhetschef har fått utbildning i SIP, och med hjälp av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har riktlinjer för vård i livets slutskede tagits fram för verksamheten. Utöver detta har arbete pågått för att förbättra samarbetet med sjuksköterskorna samt genomgång av rutiner för dokumentation.

Vidtagna åtgärder har gett som effekt en bättre dokumentation samt bättre avvikelsehantering. Personalen har fått kunskap om vård i livets slut via sjuksköterska och MAS. Enhetschef har nu kunskap om SIP och kan därigenom vara ett stöd till personalen då behov uppstår. Kontakt och samarbete med sjuksköterska och rehab har förbättrats.

Det har inte gjorts någon strukturerad uppföljning med anledning av denna lex Sarah.

VON17/103 Hemtjänst väster

Denna lex Sarah handlade om en misstänkt stöld inom hemtjänsten. En kund har ett bankkort som används vid inköp. Kortet har försvunnit och pengar har tagits ut via bankomat. Det går inte att fastställa om hemtjänsten varit inblandad. Det som framgick under utredningen var att verksamheten inte följt den rutin som fanns gällande hantering av privata medel. Rapport om missförhållande inkom till nämnden 2017-10-06.

De bakomliggande orsaker som utredning påvisade var brister inom processer, rutiner och riktlinjer. Den rutin som är framtagen har inte följts. Flera andra stölder/misstänkta stölder har inträffat inom kommunens verksamhet. I flera av dessa fall har aktuell rutin för hantering av privata medel ej följts. Det bedömdes vara en riskfaktor att rutiner systematiskt inte följs.

De mål som verksamheten behövde uppnå för att förhindra upprepning var säkerställa att samtliga verksamheter i division Social omsorg som hanterar enskilda kunders medel känner till och följer gällande rutin.

Verksamheten planerade för tre åtgärder. Den första handlade om att gå igenom "rutin för privata medel i hemtjänst" på APT 171108. Den andra var att genomföra en inventering av alla brukare där hemtjänsten hanterar privata medel och säkerställa att alla har skrivit under överenskommelsen som finns i rutinen. Den tredje åtgärden var att övriga enhetschefer för hemtjänst ska ta upp "rutin för privata medel i hemtjänst" för att säkerställa att all kommunal hemtjänst använder sig av rutinen.

Det har varit två chefsbyten inom aktuell hemtjänstgrupp sedan händelsen inträffade. Enhetschef som nu har ansvar för aktuell arbetsgrupp har inte fått information om denna lex Sarah eller om åtgärdslistan. Den första åtgärden genomfördes av dåvarande chef. Det har dock inte gjorts någon uppföljning och det är oklart vilken effekt åtgärden har fått och om samtlig personal i arbetsgruppen nu känner till rutinen. Den andra åtgärden som avsåg en inventering av kunder påbörjades, men det är oklart om det blev färdigt. Det har även tillkommit många nya kunder och det är oklart om rutinen med överenskommelser inför hantering av privata medel följs. Ingen uppföljning har gjorts gällande denna åtgärd. Den tredje åtgärden är genomförd. Enligt verksamhetschef har rutinen varit ett samtalsämne på flera ledningslag och samtliga enhetschefer känner till rutinen. Rutinen har även blivit uppdaterad och en rutinpärm har skapats.

VON17/104 Myndighetsfunktionen och SN17/49 Vuxenenheten

Denna lex Sarah handlade om en brukare som beviljats insats på korttidsboende och under vistelsen blivit bostadslös. Brukarens vistelse på korttidsboende började löpa mot sitt slut, och en ny lösning behövde akut tas fram. Vuxenenheten och Myndighetsfunktionen för äldre hade kontakt med brukaren utifrån sina uppdrag. Brukaren fick hjälp att boka sig på ett vandrarhem. Myndighetsfunktionen skulle ordna så att hemtjänst mötte upp, men det skedde inte. Vandrarhemmet var inte anpassat för brukarens funktionsproblematik, och hjälpmedel hade inte hunnit komma till brukaren. Brukaren flyttades efter några dagar till ett hotell, men även denna gång var hemtjänsten inte på plats och mötte upp. Brukaren mådde mycket dåligt av händelserna och beslut togs att flytta tillbaka brukaren till korttidsboende. Utredningen kom fram till att det saknades tydlighet och vägledning i såväl rutiner och riktlinjer gällande vilken verksamhet som hade ett samordningsansvar i detta fall. Det fanns inte heller något forum där de två verksamheterna, som ligger under olika nämndområden, kan mötas för kunskapsutbyte. Andra bakomliggande orsaker som kom fram under utredningen var bristande informationsöverföring och bristande journalföring på Myndighetsfunktionen. Vuxenenheten hade lämnat information i samband med ett flerpartsmöte att de kan ordna med ekonomiskt bistånd som den

enskilde kan använda för att boka sig på ett vandrarhem. Ordinarie biståndshandläggare deltog inte i flerpartsmöte utan det var en kollega. Information journalfördes inte och ordinarie biståndshandläggare utgick ifrån att Vuxenenheten beviljade en insats i form av tillfälligt boende och att Vuxenenheten därmed tog ansvar för att boendet var lämpligt. Utredningen konstaterade också den allmänna bostadsbristen och kommunens bristande anpassning till denna bedöms ha påverkat myndigheternas möjlighet att ordna med ett lämpligt boende för kunden. Rapport om missförhållande inkom till nämnden 2017-10-10.

De mål som verksamheten behövde uppnå för att förhindra upprepning var att verksamheterna får grundläggande förståelse för varandras uppdrag, att det i samverkansärenden tydliggörs hur ansvar fördelas mellan olika verksamheter samt att divisionens ansvar för helheten får genomslag i synen på kunden i samverkansärenden.

Verksamheten planerade för fyra åtgärder. Den första var en genomlysning av samtliga processer som rör samsjukliga och personer med komplex problematik. Inventering skulle leda till aktiviteter som förhindrar upprepning. Den andra åtgärden var att tillskapa kollegium mellan Vuxenenheten och myndighetsfunktionen, som aktualiseras när någon handläggare anser det finns behov av att sammankalla det. Den tredje åtgärden var att tillskapa boendeslösningar för personer i den aktuella gruppen i akuta situationer. Den fjärde åtgärden var en utbildning/information om respektive enheters uppdrag och ansvarsområden.

Åtgärderna är delvis genomförda. Den första bedömer verksamheterna inte blev bra formulerad och det har inte skett en genomlysning av processer. Den andra åtgärden var delvis redan påbörjad då behovet var uppmärksammat genom andra händelser. Ett arbetssätt som kallas "Samverkansmodellen" har arbetats fram. Modellen ska användas vid interna möten, där individen inte deltar, för att säkerställa att alla inblandade parter är överens om hur kommunen kan tillgodose individens behov på ett samordnat sätt. Detta arbete testades under sommaren 2018, och modellen började användas från och med september 2018. Ingen uppföljning har gjorts av denna åtgärd då det har gott för kort tid, men verksamheternas uppfattning är att åtgärden har gett en positiv effekt. Den tredje åtgärden har inte genomförts så som den var planerad. Det har förts diskussioner om möjligheten till att ta fram journalgenheter till aktuell målgrupp, men detta har inte kunnat genomföras. Den fjärde åtgärden har delvis genomförts. Arbetet på Vuxenenheten har omorganiserats och ett nytt team arbetar med boendefrågor. Detta team har genom sitt uppdrag fått en ökad kunskap om myndighetsfunktionens uppdrag, men det har inte skett genom en utbildning. På Myndighetsfunktionen har händelsen påvisat utvecklingsområden som har lyfts på arbetsplatsmöten och diskuterats. Det har emellertid inte genomförts en utbildning/information specifikt om Vuxenenheten och deras uppdrag.

Utöver de planerade åtgärderna har Vuxenenheten genomfört en ytterligare åtgärd. Denna händelse var ett exempel av flera som belyste problem med att vissa klienter hamnade mellan stolarna. Det avsåg bostadslöshet i allmänhet, och för klienter med komplex situation i synnerhet. För att hantera detta tillskapades en egen avdelning inom Vuxenenheten som kallas för det "bostadssociala teamet". Detta team har som

uppgift att samordna alla frågor som rör boende. Om ett ärende likt det som aktuell lex Sarah skulle inkomma igen hade den inte hanterats av mottagningen för ekonomiskt bistånd utan av det bostadssociala teamet. Fördel med detta arbets sätt är att boendefrågan är samlad och att personalen har fått större befogenheter gällande hantering av de bostäder som är tillgängliga. På Myndighetsfunktionen har ämnet dokumentationen lyfts i verksamheten och är ett återkommande ämne på interna möten.

Ingen av åtgärderna har följts upp på ett strukturerat sätt. Det framkommer även att verksamheterna inte förstod vad som avsågs med uppföljning och det som fanns med i åtgärdsplan avsåg enbart en kontroll av att åtgärden var genomförd, inte en uppföljning av åtgärderna och dess effekter. Denna kontroll har dock inte heller genomförts.

VON17/126 Samordningscentralen och hemtjänst Norr

Denna lex Sarah handlade om en kund som har insatsen trygghetslarm och som har fått vänta oskäligt länge på hjälp. En liknande händelse har inträffat hos samma kund tidigare. Orsak bakom händelsen i denna lex Sarah berodde delvis på att verksamheten inte verkställt tidigare beslut om åtgärder för att förhindra upprepning. Verksamheten har inte heller haft en systematisk uppföljning för att säkerställa att beslutade åtgärder har fått önskad effekt. Händelsen inträffade under december 2017 och rapporterades i 2017-12-18.

Efter att denna händelse inträffade och åtgärdsplan var upprättad har ett chefsbyte skett. Det är oklart om ny enhetschef har fått information om åtgärdsplanen och missförhållandet i samband med introduktionen. Chefen har dock fått information om händelserna vid senare tillfälle.

De mål som behövde uppnås för att förhindra upprepning var att säkerställa att beslutade åtgärder som syftar till att förebygga avvikelser och missförhållanden verkställs omgående, att genomförda åtgärder följs upp för att säkerställa att önskad effekt har uppnåtts samt att samtlig personal inom hemtjänst och samordningscentral har kännedom om larmnyckelns placering.

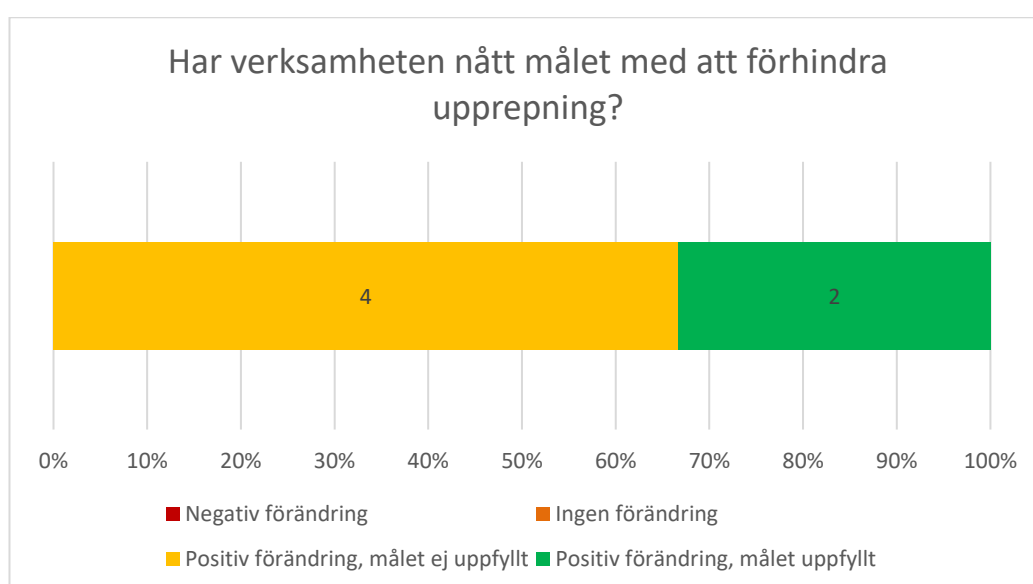
Verksamheten planerade för fyra åtgärder. Den första handlade om att flytta larmnyckelns position närmre kunden. Den andra åtgärden var att skicka en beställning avseende nyckelfritt i entréporten till kundens bostad. Den tredje var att upprätta en lokal rutin för hur vi ska agera vid larm, där kunder inte har nyckelfritt. Den fjärde åtgärden var att uppdatera larmdatoren med information om att kunden ska tillfrågas om larmoperatör ska tillkalla ambulans.

Den första åtgärden blev genomförd. Den andra blev också genomförd, men det är oklart om det sedan blev nyckelfritt i entréporten. Den tredje åtgärden bedömer verksamheten var otydligt utformat och oklart vem det avser. Verksamheten vet inte om åtgärden genomfördes, och vart rutinen i så fall finns. Det är inte någon rutin som används inom verksamheten. Den fjärde åtgärden genomfördes omgående.

Verksamheten har inte gjort en uppföljning av vidtagna åtgärder. Delvis på grund av att det kom en ny chef i januari 2018, men också på grund av bristande rutin kring uppföljning. Åtgärderna har dock inte svarat mot de behov som framkom i utredningen utan fokuserade främst på aktuell kund, inte på problemet att åtgärder ej genomförts och att det saknats metod för uppföljning. Denna problematik kvarstår enligt verksamheterna.

Måluppfyllelse

Verksamheterna har gjort en självskattning över hur nära de har kommit genom vidtagna åtgärder för att förhindra upprepning. Figur 1 visar verksamheternas bedömning.



Figur 1

Som framgår av figur 1 bedömer fyra av verksamheterna att de med vidtagna åtgärder har nått en positiv förändring men målet är inte uppfyllt. Två av verksamheterna bedömer att de med vidtagna åtgärder har uppnått målet.

Avslutade diskussion

En strukturerad uppföljning kan göras på olika sätt. Syftet med en uppföljning av vidtagna åtgärder och dess effekter är att efter att en åtgärd är genomförd och har använts under ett antal månader ta reda på om åtgärden har fått den effekt som eftersträvades. Om det ursprungliga problemet fortfarande kvarstår efter uppföljningen behöver nya åtgärder vidtas.

Bland det sex lex Sarah som ingått i denna sammanställning är det ingen verksamhet som har genomfört en uppföljning av vidtagna åtgärder och deras effekter. Detta beror delvis på att verksamheterna inte har förstått vad en uppföljning i detta sammanhang innebär. Verksamheterna har tolkat att en uppföljning är att kontrollera att en åtgärd är genomförd. I verksamhetsplan har denna kontroll därför planerats i samtid med själva åtgärdens genomförande. Flertalet verksamheter har dock inte gjort en kontroll om åtgärden blivit genomförd, och flera verksamheter har inte genomfört delar av de planerade åtgärder.

Ett annat problem som framkommit i denna sammanställning är att det finns planerade åtgärder som i efterhand upplevs mindre verkningsfulla då syftet med dem var allt för otydligt. Exempelvis i lex Sarah VON19/92 och åtgärden "initierat behov av översyn av sekretessförbindelsen till HR". Denna åtgärd ledde inte till någon ändring då HR inte uppfattade att de hade ett uppdrag och ingen ansvarig utsågs. I samma lex Sarah planerades för åtgärden "säkra upp att introduktion görs enl plan". Men det framgår inte hur detta ska säkras upp, vem som ska ansvara för detta, och om det rör samtliga hemtjänstgrupper eller enbart den aktuella.

Några av verksamheterna hade planerat för åtgärder som hade liten eller ingen koppling till det som bedömdes ha orsakat missförhållandet. Exempelvis i lex Sarah VON17/126 kom utredningen fram till att verksamheten behövde arbeta med att säkerställa att planerade åtgärder faktiskt blir genomförda samt börja följa upp genomförda åtgärder för att säkerställa att önskad effekt har uppnåtts. Men ingen av de planerade åtgärderna tog upp detta, och verksamheten konstaterar själva att denna problematik kvarstår. Problem med att planerade åtgärder är otydliga samt ibland inte svarar till de behov som finns har uppmärksammats i utredningar avseende andra missförhållanden under 2018. En ny åtgärdsplan har tagits fram för att tydliggöra vilka brister som cheferna ska utgå ifrån när de planerar för åtgärder. Verksamheten ska även i den nya åtgärdsplanen ange vilken metod för uppföljning som ska användas, vem som är ansvarig för uppföljning samt datum för uppföljning.

Ett övergripande problem som denna sammanställning har visat är bristande metod för uppföljning. Det finns de verksamheter som har haft diskussion på ledningslag om händelsen som ledde fram till lex Sarahrapport och i vissa fall diskussion på APT i aktuell arbetsgrupp. Det skulle dock behöva utarbetas ett mer samlat grepp i divisionen hur uppföljning ska ske, hur det ska sammanställas och vem som ska vara ansvarig. Detta för att få ett effektivt sätt att hantera missförhållanden och förhindra upprepning.

Ärende 6

**Ekonomisk uppföljning med helårsprognos per april 2019
(VON19/2)**

Vård- och omsorgsnämnden

Ekonomisk uppföljning med helårsprognos per april 2019

Ärendet i korthet

För Vård- och omsorgsnämnden finns nu en ekonomisk uppföljning med helårsprognos efter april framtagen. Prognosen innebär ett årsresultat på +13,0 mnkr. Det är en förbättring med hela 12,5 mnkr jämfört med februariprognosen. Detta gäller nuvarande verksamhet. Sannolikt kommer en utökning av kortvården att ske under året för att undvika betalningsansvar gentemot Regionen. Om det blir av och i så fall när och vad det kommer att kosta nämnden, är i skrivande stund oklart. Detta kommer dock förstås att påverka prognosen negativt. Nedan följer kommentarer till nu lagd prognos på +13,0 mnkr.

Fördjupad beskrivning

En analys per "kostnadsområde" visar följande:

För Nämnden samt Hälso- och sjukvården beräknas resultat i stort sett i enlighet med budget.

Området Gemensamt beräknas fortsatt ge ett överskott på 2,1 mnkr. Liksom tidigare bidrar både bostadsanpassningsbidrag, hjälpmedel och matdistribution till det.

Äldreomsorgen bedöms nu ge ett överskott på 6,6 mnkr, vilket är en kraftig förbättring sedan föregående prognos. Anledningen är att endast 5 av de 10 mnkr i extrasatsning på hemtjänstersättningen beräknas nyttjas detta år p g a delårseffekt utifrån det beslut som fattades av nämnden i april. Dessutom är prognosen för hyreskostnader för äldre- och demensboenden nedskrivna. Detsamma gäller prognosen för hemtjänstersättning till såväl privata som kommunal utförare.

Överskott väntas även för funktionshinderområdet. Detta uppgår till 4,2 mnkr. Även detta är en förbättring sedan sist, då kostnaderna för personlig assistans nu bedöms bli lägre än tidigare, delvis beroende på att en relativt dyr brukare avslutats. Även boendestöd beräknas ge ett överskott. Bidrar gör också en viss överskattning av uppbokningsbehovet för externa placeringar som gjordes i bokslut 2018 p g a eftersläpande fakturering.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna den ekonomiska uppföljningen med helårsprognos per april 2019 enligt tjänsteskrivelse daterad 2019-05-06 och därtill hörande bilaga.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Bilaga till tjänsteskrivelse – Ekonomisk uppföljning med helårsprognos per april 2019

Resultaträkning, mnkr

	Budget helår 2019	Prognos helår 2019	Diff
Intäkter			
Nämnden	0	0	0
Gemensamt	3,3	3,7	+0,4
Hälso- och sjukvård	0,1	0,2	+0,1
Äldreomsorg	96,2	96,0	-0,2
Funktionsnedsatta	3,4	3,7	+0,3
S:a intäkter	103,0	103,6	+0,6
Kostnader			
Nämnden	-2,4	-2,4	0
Gemensamt	-102,3	-100,6	+1,7
Hälso- och sjukvård	-50,0	-50,0	0
Äldreomsorg	-620,2	-613,4	+6,8
Funktionsnedsatta	-351,5	-347,6	+3,9
S:a kostnader	1 126,4	-1 114,0	+12,4
Nettoresultat			
Nämnden	-2,4	-2,4	0
Gemensamt	-99,0	-96,9	+2,1
Hälso- och sjukvård	-49,9	-49,8	+0,1
Äldreomsorg	-524,0	-517,4	+6,6
Funktionsnedsatta	-348,1	-343,9	+4,2
Nettoresultat	-1 023,4	-1 010,4	+13,0

Ärende 7

**Rapporter från interna tillsyner under april 2019
(VON19/48)**

Vård- och omsorgsnämnden

Rapporter från interna tillsyner under april 2019

Ärendet i korthet

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden och MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) har under april genomfört två interna tillsyner enligt beslutad tillsynsplan. De verksamheter som besökts är äldre- och demensboendena Myntan och S:t Anna.

Tillsynerna har under 2019 fokus på områden som vi på olika sätt kunnat konstatera är förbättringsområden.

Sammantaget konstaterar vi att det finns en god omvårdnad. Båda dessa verksamheter leds av chefer som är öppna med såväl sådant som fungerar bra och sådant som behöver förbättras, vilket är en bra grund för att kunna åstadkomma en positiv utveckling.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna tillsynsrapporterna, bilagda tjänsteskrivelse daterad 2019-04-24.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslutet skickas till

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg AB

Kommunstyrelsen för kännedom

Webb-redaktör på Beställarkontoret för publicering på hemsidan

Intern tillsyn, Myntan avd 4D, 5C, 5D (Äldreboende) och 4C (demensboende) 2019-04-01

Den interna tillsynen har gjorts genom ett samtal mellan enhetschef, personalrepresentant, sjuksköterska samt MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) och sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden.

Det brukarnära

Varje boende får direkt en egen kontaktpersonal. Varje personal har en eller ett par lägenheter man ansvarar för, men om önskemål finns om att byta eller om personkemin inte stämmer, görs förändringar.

På Myntan finns personal med svagare svenska-kunskaper. Det är främst timvikarier det handlar om. Man ser att det kräver en tydlighet från den ordinarie personalens sida. De måste försäkra sig om att personen ifråga förstått. Ibland kommer klagomål från boende om att det är svårt att förstå. Det blir extra jobbigt om kontaktpersonalen är språksvag. Det får också konsekvenser i dokumentationen. De uppmanas att fråga den ordinarie personalen, så att det blir korrekt.

På Myntan är man inte så aktiv i att skriva levnadsberättelse i Procapita. Dock finns en motsvarighet i de boendes pärmar.

Enhetschef har pratat mycket med personalen om att de sen länge inarbetade natt- och ronderna ska upphöra. Det ska vara genomförandeplanerna som styr, så att det verkligen blir ett individuellt omhändertagande. Man är inte helt i mål med frågan, men jobbar aktivt på det. Det finns ännu ingen trygghetskamera på plats. De boende är ofta tveksamma, medan det är vanligare att de anhöriga tycker att det vore ok. Enhetschef menar att hela gruppen med enhetschefer arbetar med informationsfrågan, som en framgångsfaktor.

Det finns en whiteboard-tavla med alla olika aktiviteter inklusive utevistelser. Där markerar man med magneter vilka av de boende som fått utevistelser, så att ingen missas. Detta upplägg har gjort att de boende nu i högre utsträckning får sina utevistelser, även om man kanske ännu inte är uppe i den nivå som önskas. Det är ofta en gemensam aktivitet per dag och till det kommer mer individuella aktiviteter. Det är också vanligt att de boende får komma till andra avdelningar för att ansluta till deras aktiviteter. Nyligen har man skaffat en dubbelcykel som man kan göra utflykter med till sommaren.

Man har haft förmånen att ha en extratjänst som dock slutar i augusti. Denne har ansvarat för städningen av samtliga lägenheter och de allmänna utrymmena. Undersköterskorna har ansvarat för den löpande tillsnyggningen i lägenheterna samt all tvätt.

Funktionsbevarande träning finns i vardagen. Personalen är aktiva i att påminna och pusha de boende. Filosofin är att det de kan göra ska de få göra – man ger det den tid det tar.

Hälso- och sjukvård

På Myntan deltar man just nu i ett projekt, som innebär att sjuksköterskorna arbetar varje vardag och då alltid finns på plats. De gör då istället ingen jourtid. Detta upplever man som mycket bra och en tydlig kvalitetsökning gentemot de boende. Det ger mer tid för dialog mellan såväl sjuksköterska och enhetschef som mellan sjuksköterska och personal. Det finns även en undersköterska kopplad till sjuksköterskegruppen, som kan ta mycket av de löpande åtgärderna. Detta har bl a inneburit att man nu kan arbeta mer aktivt med de två kvalitetsregistren Senior Alert och BPSD.

Delegeringen fungerar bra och det finns idag tillräckligt med ordinarie personal för detta. Vid språkbrister är det problematiskt och det bli svårt till sommaren.

Det interna kvalitetsarbetet

Enhetschef arbetar, som nämnts ovan, aktivt med såväl Senior Alert som BPSD på individnivå, men även i viss utsträckning på enhetsnivå. Hon har nyligen aktivt börjat följa statistiken som fås ur registren och tycker att det kommer att ge möjlighet att ligga steget före.

Enhetschef arbetar också med riskanalyser på individnivå, vilka dokumenteras enligt särskilda mallar i handlingsplaner. Detta görs tillsammans med all personal. Man gör frekventa uppföljningar.

All personal får kompetensutveckling med hjälp av poddar. Det kommer nya ämnen varje månad. Sedan diskuterar man vad man tagit till sig på APT. Lyftteknikutbildning planeras för sommarpersonalen. Enhetschef poängterar i det sammanhanget att det skulle underlätta att ha en sjukgymnast på huset. Enhetschef är aktiv i att föreslå utbildningar för personalen och listar dem i de löpande informationsbrev hon skickar ut.

Närvarande ledarskap nattetid

Enhetschef finns inte på plats vissa nätter men träffar nattpersonalen på natt-APT, som hålls var sjätte vecka. Dessutom finns en plan för att nattpersonalen ska delta på de hälsokonferenser som avser de boende som de är kontaktpersonal för.

Brand

Myntan har, liksom de övriga äldre- och demensboendena i kommunal regi, nyligen haft en brandövning. Det kommer även i fortsättningen att hållas en brandutbildning varje år. Enhetschef kommer också att säkerställa att sommarvikarierna får nödvändig information.

Bedömning

Dessa avdelningar på Myntan har en ambitiös enhetschef som arbetar aktivt med kvalitetsarbetet, men som också ser förbättringspotential. Det finns en medvetenhet om åtminstone delar av SKLs rekommendation om ökad kvalitet nattetid på särskilda boenden för äldre och den boende och dennes genomförandeplan är i fokus. Det pågående projektet kring sjuksköterskeresurserna upplevs mycket positivt av alla parter, vilket förhoppningsvis leder till en breddning.

Intern tillsyn på S:t Annas äldre- och demensboende 2019-04-16

Den interna tillsynen har gjorts genom ett samtal mellan verksamhetschef, personalrepresentant, sjuksköterska samt MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) och sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden.

Det brukarnära

Inför varje inflyttning bestäms på ett APT vem som ska vara kontaktpersonal. Tidigare hade man som personal hand om vissa rum, men det tyckte man inte fungerade så bra. På samtliga APT är kontaktmannaskapet en stående punkt, där man utvärderar om det är något som inte fungerar som det ska. Personkemin är viktig gentemot såväl den boende som dennes anhöriga. Det finns ett kontaktmannaskap även nattetid. Det finns en webbaserad utbildning i kontaktmannaskap, som ska vara genomförd av all personal senast 31 maj.

Verksamheten har dokumentationen i fokus. Verksamhetschefen följer den noga, exempelvis inför medarbetarsamtalen. Hon har också arbetat fram rutiner för månatlig egenkontroll för personalen kring dokumentation.

Det finns en del tillsvidareanställd personal med svaga svenskakunskaper sen tidigare, men numera säger man ifrån om svenskan är för dålig.

Att arbeta med levnadsberättelse för varje boende är ett förbättringsområde. Vid inflyttning lämnas ett underlag ut för de anhöriga att fylla i, men verksamheten har inte varit så aktiv i att sen efterfråga det.

Nattpersonalen går fortfarande ronder, men verksamhetschef poängterar att dessa dock bygger på genomförandeplanerna. De som inte vill bli tilltittade på natten lämnar man i fred. Det finns ännu inga trygghetskameror på S:t Anna. Nattetid finns det en personal per avdelning. Man hjälper vid behov varandra och går emellan avdelningarna. Flora 1, som är den nya demensavdelningen, får dock inte lämnas.

Önskemål om utevistelser tillgodoses i den mån det går. Det har funnits många aktiviteter för de boende att delta i, men verksamheten har varit dålig på att dokumentera dessa, vilket man nu blir allt bättre på. Det finns också ett samarbete mellan avdelningarna när det gäller aktiviteter, så att de boende ska få träffa andra än de som finns på samma avdelning.

Den funktionsbevarande träningen sker genom att de boende själva får göra det de kan. Man ger det den tiden. Ibland är problemet det omvända – att de som flyttar in upplever att de ska få service med allt de önskar. Verksamheten anser att det borde göras klart för de som flyttar in och deras anhöriga, att det inte är så verksamheten ska fungera. Det budskapet borde ges redan från biståndshandläggarna.

På frågan hur beredskapen är för att ta emot brukare med annan problematik, såsom missbruk eller psykiatriska diagnoser, svarar verksamhetschefen att det ännu inte har varit aktuellt. Vid ett tillfälle var en sådan inflyttning på gång, men den blev sen inte av. Åtgärden då var att ta in handledning. Verksamhetschefen har efterfrågat utbildning i Hot och våld, som alla ska få gå. Detsamma gäller BPSD. MAS tipsar om Kunskapsguiden .se (Socialstyrelsen). Där finns många bra utbildningar och månadsbrev att prenumerera på. Det finns också föreläsningar om lågaffektivt bemötande på Youtube.

Hälso- och sjukvård

Dialogen mellan sjuksköterska, personal och enhetschef fungerar mycket bra. Tidigare har S:t Anna haft den lösningen att sjuksköterskan även varit arbetsledare. Så är det inte längre. Sjuksköterskan har nu enbart hälso- och sjukvårdsfrågor, medan verksamhetschefen har omvårdnadsansvaret. Man bedömer att patientsäkerheten nu är bättre på den tydligare rollfördelningen. Verksamhetschefen har avlastning i form av en personalsamordnare.

Läkarkontakten fungerar inte bra i dagsläget. Förändringar är på gång, men det är dåligt med informationen. Den ansvarige på vårdcentralen tycks inte ha informerat sin personal om vad läkaravtalet säger. Det känns som att de prioriterar ner säbo-besöken.

Vid fall skrivs alltid avvikelser. Dagtid tas alltid kontakt med sjuksköterska, men på jourtid tas inte alltid kontakt med juren. Detta diskuterades på APT härom veckan och man konstaterade att juren fungerar olika beroende på person. MAS uppmanar till att skriva avvikelser även utifrån det.

Närvarande ledarskap nattetid

Verksamhetschef finns aldrig på plats på natten, men träffar nattpersonalen på natt-APT som hålls en gång per månad mellan klockan 19 och 21. Man har dock tät kommunikation och verksamhetschef använder sig av grupp-sms till all nattpersonal.

Bedömning

Vi bedömer att S:t Anna befinner sig i en utvecklings- och förbättringsfas med tydlig koppling till den nya verksamhetschefen. Hennes inställning att "det som inte fungerar måste vi vara öppna med och ta tag i", är mycket uppfriskande. Det är med en sådan inställning man kan åstadkomma något. Vi bedömer att de boende på S:t Anna får en god omvårdnad och pågående förbättringsarbete, såsom högre krav på språk-kunskaper och tydligare roll för sjuksköterskan, kommer att ge positiva effekter.

Ärende 8

**Revidering av Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt
Lag om valfrihetssystem
(VON19/17)**

Vård- och omsorgsnämnden

Revidering av Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem

Ärendet i korthet

Lagen om valfrihetssystem, LOV, började tillämpas i Nyköpings kommun 2009. Av förfrågningsunderlaget framgår bland annat vilka krav som ställs på en utförare och dess verksamhet för att kunna bli godkänd i Nyköpings kommun. Förfrågningsunderlaget revideras löpande vid behov och redan godkända utförare blir bundna även av förändringar som sker efter att avtal med dem tecknats.

Nu aktuell revidering handlar om en anpassning till det beslut som fattades av Vård- och omsorgsnämnden 2019-04-11 (§ 27). Då beslutades att ändra definitionen av landsbygd att omfatta i princip allt utanför Nyköpings centralort samt att ersättning för dubbelbemanning ska utgå från första timmen. Dessa förändringar ska börja gälla 2019-06-01. Dessutom har nu ett förtydligande gjorts av omställningstid.

Tillägg är markerade med grönt och borttag med rött.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna det reviderade förfrågningsunderlaget enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-05-06

att det reviderade förfrågningsunderlaget gäller fr o m 2019-06-01.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslutet skickas till

Samtliga utförare av hemtjänst inom Nyköpings kommun

Webb-redaktör, Kommunledningskansliet, för publicering på hemsidan

Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihets- system

Gäller från och med 2019-03-01.

Bilagor:

1. Mall faktablad
2. Blankett "Ansökan om godkännande för Fritt Val inom hemtjänstverksamhet"
3. Kontraktsförslag
4. Mall för kontrakt gällande personuppgiftsbiträdesavtal
5. "Kvalitet och värdegrund i vården"
6. Riktlinjer Lex Sarah
7. Aktuell timersättning

Innehåll

1 ALLMÄN INFORMATION	4
1.1 Huvudmannaskap	4
1.2 Upphandlingens omfattning	4
1.2.1 Målgrupp	5
1.2.2 Geografiskt område.....	5
1.2.3 Kapacitetstak.....	5
1.3 Kundens val/byte av utförare	5
1.4 Ansökans utformning	5
1.5 Behandling av ansökan	6
1.6 Kontrakt	7
1.7 Verksamhetsstart.....	7
1.8 IT-krav.....	7
1.8.1 Procapita och Phoniro.....	8
1.8.2 Nyckelfritt	8
2 KRAV PÅ TJÄNSTEN.....	9
2.1 Beställning	9
2.2 Verkställighet	9
2.2.1 Hemtjänst.....	9
2.2.2 Larm	10
2.2.3 Hemsjukvård	10
2.2.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska.....	10
2.2.5 Tilläggstjänster	10
2.3 Dokumentation.....	10
2.4 Uppföljning	11
2.5 Kvalitetskrav	12
2.6 Checklista, krav	13
3 KRAV PÅ UTFÖRAREN	14
3.1 Formella krav	14
3.1.1 Yttrande – Meddelarrätt	15
3.1.2 Allmänhetens rätt till insyn i utförarens verksamhet.....	15
3.1.3 Ombud eller företrädare	16
3.2 Kommunikation	16
3.3 Marknadsföring	16
3.4 Miljö.....	16
3.5 Ekonomisk insyn	16
3.6 Samverkan.....	17
3.7 Arbetsgivaransvar	17
3.7.1 Anhöriganställning	17
3.8 Utbildnings- och kompetenskrav.....	17

3.8.1	Verksamhetsansvarig för hemtjänst gällande personlig omvårdnad	17
3.8.2	Ansvarig för hemtjänst gällande serviceinsatser.....	18
3.8.3	Omvårdnadspersonal.....	18
3.8.4	Servicepersonal	18
3.8.5	Alla inom verksamheten.....	18
3.9	Praktikanter.....	19
4	ERSÄTTNING	19
4.1.1	Moms	19
4.1.2	Indexreglerad ersättning	20
4.2	Villkor för ersättning	20
4.3	Fakturering.....	22
5	Kris- och katastrofberedskap	22

1 ALLMÄN INFORMATION

Nyköpings kommun upphandlar hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem (LOV) via Vård- och omsorgsnämnden, som i detta dokument benämns Beställaren. Sökande benämns Utföraren.

Förfrågningsunderlaget beskriver de tjänster som ingår i Fritt val inom hemtjänst samt de krav som ansökande utförare måste uppfylla. Samtliga krav måste vara uppfyllda under hela kontraktsperioden för att utföraren ska vara godkänd. Om kommunen ändrar kraven måste även tidigare godkända utförare uppfylla dessa.

Kommunens egenregi är direktkvalificerad.

Verksamheten ska bedrivas religiöst och politiskt obunden men får gärna ha en egen profil/inriktning vad gäller t ex personalens kompetens.

1.1 Huvudmannaskap

Inom Nyköpings Kommun är Vård- och omsorgsnämnden ansvarig nämnd för kommunens vård och omsorg samt den kommunala hälso- och sjukvården. I denna egenskap är Vård- och omsorgsnämnden huvudman för de tjänster som omfattas av upphandling enligt LOV.

1.2 Upphandlingens omfattning

Uppdraget omfattar att bedriva hemtjänst i form av omvårdnads- och/eller serviceinsatser. Ansökan enligt detta förfrågningsunderlag, om att bedriva hemtjänst, kan avse omvårdnadsinsatser inklusive serviceinsatser eller enbart serviceinsatser.

I begreppet personlig omvårdnad ingår alla förekommande uppgifter som rör den egna personen som t ex att äta, dricka, klä på/av sig, sköta personlig hygien, förflytta sig eller en ökad trygghet.

I begreppet serviceinsatser ingår städning, tvätt, inköp, promenad, social tid, post-, bank- och apoteksärenden, disk, bäddning, blomvattning, att bära ut sopor och allmän uppsnygning.

I uppdraget kan förekomma att enskilda anställda med undersköterskeutbildning, via delegering av distriktssköterska/sjuksköterska, ska utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter. I uppdraget kan det även förekomma att enskilda anställda efter delegering/instruktion av arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast får utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

1.2.1 Målgrupp

Målgrupp är personer boende i Nyköpings kommun som har biståndsbeslut om hemtjänst. Det avser främst äldre personer, men även andra kan förekomma i målgruppen.

1.2.2 Geografiskt område

Ansökan och godkännande gäller för **hela** kommunen, d v s såväl tätort som landsbygd.

1.2.3 Kapacitetstak

Anbudsgivaren kan **inte** begränsa sitt åtagande genom att ange ett s k kapacitetstak. Det innebär att det inte går att tacka nej till nya kunder och om befintlig kund får utökad behov ska utföraren utföra den utökade tid som beviljats.

1.3 Kundens val/byte av utförare

Kunden ska alltid informeras om möjligheten att välja utförare. Målsättningen är att varje kund eller dennes företrädare ska kunna göra ett eget val. Utföraren upprättar därför ett faktablad som beskriver utförarens verksamhet enligt en bestämd mall som tillhandahålls av beställaren. Se bilaga 1. Faktabladet finns publicerat på kommunens hemsida. Utföraren ansvarar själv för att uppgifterna är aktuella genom att meddela beställaren eventuella förändringar.

Biståndshandläggaren har en neutral och vägledande roll för att hjälpa kunden i valet av utförare. Vill eller kan inte kunden välja utförare finns ett ickevalsalternativ enligt en på förhand bestämd turordningsrutin.

Efter beslut om hemtjänst väljer kunden utifrån aktuell förteckning och information om godkända utförare vem som ska utföra tjänsten. Kommunens biståndshandläggare beställer därefter insatsen hos vald utförare. Möjlighet finns att välja olika utförare för insatser som gäller personlig omvårdnad respektive för servicetjänster.

Kund har när som helst rätt att byta till en annan utförare. Byte av utförare meddelas biståndshandläggaren och ska, i normalfallet, anmälas 10 arbetsdagar i förväg. Biståndshandläggaren informerar avlämnande och mottagande utförare om bytet. Dessa kommer därefter överens om de praktiska detaljerna kring bytet.

Vid byte av utförare respektive avslut av insats ska utföraren lämna den dokumentation i ärendet, som inte redan finns i Procapita, till biståndshandläggaren.

1.4 Ansökans utformning

Ansökan ska innehålla blankett "Ansökan om godkännande för Fritt val inom hemtjänstverksamhet", ifylld och undertecknad av behörig person. Se bilaga 2.

Till ansökan ska bifogas:

1. Kopia på registreringsbevis från Bolagsverket
2. Kopia på F-skattebevis
3. Tillstånd från IVO att få bedriva hemtjänstverksamhet (om sådant redan finnes)
4. Bevis om giltig ansvarsförsäkring
5. Presentation av företaget och dess ledning
6. Referens med uppgift om namn och telefonnummer
7. Företagets kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9
8. Redovisning av verksamhetsansvarigs utbildningsnivå, kunskap och erfarenhet (CV)
9. Sammanställning över berörd personals utbildningsnivå, kunskap och erfarenhet
10. Beskrivning av företagsidé, verksamhetens innehåll samt eventuell profilering

Ansökan märkt "Ansökan Hemtjänst" ska insändas till:

Nyköpings kommun
Vård- och Omsorgsnämnden
611 83 Nyköping

1.5 Behandling av ansökan

Inkommen ansökan öppnas och registreras. Därefter görs kontroll av att sökanden uppfyller samtliga ställda krav för att bedriva hemtjänst i Nyköpings kommun. Begäran om komplettering kan ske. Sökanden kallas sedan till ett möte där krav och åtaganden går igenom.

Normal handläggningstid är ca 1 månad. Under sommarsemesterperioden kan den dock vara längre. Om beslut fattas om godkännande och tillstånd redan finns från IVO, tecknas kontrakt. Om utföraren kan godkännas, men ännu saknar tillstånd från IVO, ska utföraren ansöka om sådant. När tillstånd har erhållits från IVO, skickas detta till kommunen, som därefter fattar beslut om godkännande och kontrakt tecknas.

Om anbudsgivaren inte godkänns och då anser sig felaktigt behandlad, har denne möjlighet att begära rättelse av beslutet genom att skriftligen och inom tre veckor till Förvaltningsrätten i Linköping ansöka om rättelse med begäran om vilken ändring som yrkas.

1.6 Kontrakt

Kontraktet tecknas tills vidare under förutsättning att utföraren uppfyller de kvalitetskrav som kommunen ställer.

Av det tecknade kontraktet framgår när kontraktet startar och under vilken tidsperiod det gäller.

Samtidigt som kontrakt tecknas vid ett godkännande enligt LOV, har utföraren att underteckna även ett personuppgiftsbiträdesavtal. Se bilaga 3 och 4.

Om IVO drar in utförarens tillstånd att bedriva hemtjänstverksamhet, upphör kontraktet att gälla med omedelbar verkan.

1.7 Verksamhetsstart

Verksamhetsstart kan ske vid något av två tillfällen varje år - 1 april eller 1 oktober.

För att verksamhetsstart ska kunna ske på utsatta tider måste ansökan ha inkommit minst två månader före aktuellt startdatum.

Innan verksamheten kan starta ska följande åtgärder vara genomförda:

1. Installation och uppstart av IT-system
2. Utbildning:
 - Procapita för chefer och superanvändare, 3 x 2 tim
 - Phoniro för chefer och superanvändare, 2 tim
 - Allmän genomgång för hela personalgruppen
3. Utfärdande av s k SITHS-kort för säker inloggning i kommunens verksamhetssystem.
4. Anskaffande av telefoner för nyckelfritt

1.8 IT-krav

Utföraren ska ha en internetuppkoppling med kapaciteten 8 Mbit eller mer för att kommunicera med kommunens verksamhetssystem samt PC-utrustning med Windows 10 (Pro eller Enterprise Edition) samt två stycken tillgängliga USB-portar. Datorn ska ha antivirusprogramvara för PC installerad med automatiska uppdateringar påslaget samt vara uppdaterad med utgivna säkerhetsuppdateringar för Windows 10 från Microsoft.

Kringutrustning i form av kortläsare Omnikey CardMan 3121 USB krävs för inloggning i kommunens verksamhetssystem med hjälp av så kallade SITHS-kort. Utföraren finansierar kortläsaren.

Skrivare kan behövas och vi rekommenderar att alltid ta kontakt med kommunens IT-support innan skrivare köps in för att säkerställa att den är kompatibel.

1.8.1 Procapita och Phoniro

Beställaren tillhandahåller verksamhetssystemen Procapita och Phoniro inom ramen för beställarens licens och medför ingen kostnad för utföraren.

Utföraren ska använda verksamhetssystemet Procapita för att verkställa beslut/beställningar, dokumentation, kommunikation med biståndshandläggare avseende avvikelserapportering och andra meddelanden som rör uppdraget.

Registrering av tid och utförda insatser ska ske i Phoniro med hjälp av mobiltelefon. För att kunna börja använda den app som krävs fås en nedladdningslänk från kommunen. Denna länk är tidsbegränsad, varför kontakt behöver tas med kommunen då ny telefon ska börja användas.

Kommunen ger support av Procapita och Phoniro omfattande:

- uppläggning av konton
- upplåsning
- borttagande av felaktigheter
- uppdateringar
- information
- skriftlig men även muntlig genomgång av förändringar, beroende på behov och omfattning av uppdatering.

Kommunen förbinder sig att tillhandahålla grundutbildning enligt ovan vid verksamhetsstart för chefer och superanvändare, allmän genomgång för personalgruppen och därefter vid behov i samband med förändringar i systemen.

Utföraren förbinder sig att delta i anordnade utbildningar. Utföraren förbinder sig även att vid behov skicka personal som deltar i utvecklingsgrupper rörande Procapita och Phoniro.

1.8.2 Nyckelfritt

Alla kunder med hemtjänstbeslut ska ha nyckelfritt, vilket innebär att kundernas dörrar har Phoniro-lås installerade. Låset öppnas av utförarens personal med hjälp av en mobiltelefon.

Nyköpings kommun använder ett nyckelfritt system, kallat Phoniro Digital nyckelhantering. För att få tillgång till kommunens verksamhetssystem använder vi mobil arbetsplats som är en Citrix-lösning. Utföraren får en instal-

lationsfil från kommunen. Inloggning sker med hjälp av SITHS-kort som kommunen tillhandahåller.

Kommunen står för kostnaden att montera ett nyckelfritt lås hos kund. Utföraren står för kostnaden för de telefoner som behövs för att använda låsen. Användningen av nyckelfritt kan inte väljas bort av kund eller utförare.

Kommunen står även för service, kontroll och batteribyte.

För att kunna använda det nyckelfria systemet krävs en telefon motsvarande Samsung Galaxy X cover 4.

2 KRAV PÅ TJÄNSTEN

2.1 Beställning

Utföraren får beställningar på de tjänster som ska utföras från kommunens biståndshandläggare enligt nedan:

Hemtjänstinsatser beställs via verksamhetssystemet Procapita. Utföraren bekräftar mottagandet av beställningen genom funktionen verkställighet i systemet.

Samordningscentralen distribuerar anrop från trygghetslarm till vald utförare för åtgärd.

Hemsjukvård beställs och delegeras/instrueras av kommunens distriktsköterska/sjuksköterska, arbetsterapeut eller/och fysioterapeut/sjukgymnast till utförarens personal. Legitimerad personal lägger uppdraget från hälso- och sjukvårdsjournalen som en beställning till utföraren i verksamhetssystemet. Utföraren bekräftar uppdraget och verkställer det genom funktionen verkställighet i systemet. Hälso- och sjukvårdsuppdrag beställs separat från beställning av hemtjänst.

2.2 Verkställighet

2.2.1 Hemtjänst

Omvårdnadsinsatser utförs under tiden 07:00 - 22:00 under årets samtliga dagar.

Serviceinsatser utförs vardagar 07:00 - 22:00 vid tidpunkt som kund och utförare kommer överens om.

Alla insatser under tiden 22:00 – 07:00 utförs av kommunens egen regi.

Insatser på annan tid kan förekomma, t ex vid vård i livets slut, då sjuksköterska/läkare ordinerar vak eller i en akut situation, t ex då anhörig till demenssjuk person måste läggas in på sjukhus. Inställelsetid är max 3 timmar.

2.2.2 Larm

Hjälp vid larm ingår i insatsen personlig omvårdnad och gäller under tiden 07.00 - 22.00. Inställelsetid vid larm är max 30 minuter.

Hjälp vid larm under tiden 22:00 – 07:00 utförs av kommunens egen regi.

2.2.3 Hemsjukvård

I uppdraget ingår det att enskilda anställda med undersköterskeutbildning via delegering av sjuksköterska ska utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter. Dessa uppdrag ersätts på samma villkor som övriga hemtjänstinsatser.

Även i de fall kunden inte är beviljad hemtjänstinsats och behov uppstår av delegerade hemsjukvårdsinsatser, väljer kund vilken utförare som ska utföra insatsen.

Utföraren ska tillhandahålla utbildad delegerbar personal i den omfattning som krävs för en patientsäker hälso- och sjukvård.

2.2.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beställaren ansvarar för att det finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Utföraren är skyldig att tillse att denna kan utöva sitt ansvar och att gällande riktlinjer och rutiner på området följs av utförarens personal. MAS ska hållas underrättad om sådant som faller inom dennes ansvarsområde samt ges tillträde till verksamheten i den omfattning som hon/han finner nödvändigt för tillsyn av verksamheten.

Eventuella Lex Maria-anmälningar görs av MAS.

2.2.5 Tilläggstjänster

Privata utförare har rätt att tillhandahålla tilläggstjänster. Då avses tjänster som inte ingår i biståndsbeslutet och som kunden betalar för direkt till utföraren. Kommunen har inget ansvar för dessa tilläggstjänster.

2.3 Dokumentation

Dokumentation ska ske i beställarens verksamhetssystem. Social dokumentation görs med hjälp av mobiltelefonen eller direkt i Procapita medan dokumentation avseende hälso- och sjukvård enbart ska göras i Procapita.

Utföraren ska ha rutiner för dokumentation liksom för rapportering av avvikelser enligt HSL och SoL.

Som grund för tidsredovisningen dokumenterar utföraren tidsåtgången hemma hos kunden vid varje hjälptillfälle i Phoniro. Registrering ska avse faktiskt ut-

förd tid och göras med hjälp av mobiltelefonen. Efterregistrering i systemet får endast ske i undantagsfall och ska då motiveras genom anteckning.

Beställaren följer användningen av mobiltelefonen och kan kräva rättelse om den används felaktigt eller inte i tillräcklig omfattning utan att detta är motiverat.

Utföraren har skyldighet att dokumentera ”uppgifter som har betydelse i det enskilda fallet och med hänsyn till insatsens art”. Avvikelse från beviljad tid och insats ska dokumenteras och motiveras om den beviljade tiden överskrids eller beställd insats inte utförs. Detta handlar om tillfällena då tiden avviker på likartat sätt över tid och det därför finns anledning till att beslutet följs upp samt tillfällena då en avvikelse varit större vid något enskilt tillfälle.

Vid byte till annan utförare ska samtliga handlingar av betydelse avseende aktuell kund överlämnas till den nya utföraren. Då kund avlider eller ärendet avslutas av annan orsak, ska all dokumentation överlämnas till biståndshandläggare vid Myndighetsfunktionen.

Se vidare Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser SOSFS 2014:5.

2.4 Uppföljning

Beställaren är huvudman för hemtjänsten och har det yttersta ansvaret för den verksamhet som bedrivs inom området. Utföraren är skyldig att samverka vid tillsyn och uppföljning och ska på beställarens begäran lämna information om verksamheten och dess kvalitetsresultat. Kvalitetsgranskningen innebär t ex genomgång av volymer, dokumentation, personalens kompetens och kvalitetssystem. Beställaren följer regelbundet upp verksamheten hos samtliga utförare.

Vid uppföljning på individnivå gäller följande:

- Beslut om insats jämförs med den genomförandeplan som utföraren upprättat.
- Beslutad tid för insatser jämförs med utförd tid i samband med utbetalning av ersättning. Krav om återbetalning kan ställas om felaktigheter upptäcks. Kontroll av fakturerad tid sker i efterhand och återkrav kan ställas om felaktigheter upptäcks. Återkrav från Beställaren kan komma att kvittas mot utförarens inestående fordran.
- Kunds uppfattning om verksamhetens kvalitet undersöks. Kommunen deltar i SCB's årliga brukarundersökning som görs för samtliga kunder hos

både privat utförare och egen regi. Utföraren är skyldig att medverka och vara behjälplig för att enkäten ska kunna genomföras.

2.5 Kvalitetskrav

Syftet med hemtjänst är att möjliggöra ett så självständigt och aktivt liv som möjligt med ett stort mått av valfrihet och grundläggande trygghet. Detta kräver individanpassade och flexibla former för vård och omsorg. Insatserna ska syfta till att bibehålla funktions-/aktivitetsnivå så länge som möjligt.

Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre, SOSFS 2012:13 ska uppfyllas i allt arbete.

Vård- och omsorgsnämnden har antagit dokumentet "Kvalitet och värdegrund i vården" som syftar till att utveckla det samlade kvalitetsarbetet inom vård- och omsorg. I dokumentet prioriteras etik, tillgänglighet, information och kommunikation, valmöjlighet och trygghet, ett professionellt bemötande, rättssäkerhet, medinflytande och flexibilitet samt kontinuitet. Se bilaga 5.

Vården och omsorgen ska:

- vara kunskapsbaserad, vilket innebär att tjänsterna ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter ska tas tillvara.
- vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.
- tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.
- vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

Det är viktigt att utföraren aktivt arbetar med att minimera antalet personer som utför vård och omsorg hos varje enskild kund. Kontinuitet är ett mått som följs varje år i samband med SKL's redovisning av Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK).

2.6 Checklista, krav

Utföraren ska:

- starta personlig omvårdnad från och med det datum som anges i biståndsbeslutet
- starta serviceinsatser vid lämplig tidpunkt enligt överenskommelse med kunden
- upprätta en genomförandeplan tillsammans med kund/närstående med biståndsbeslutet som grund. Genomförandeplanen upprättas i Procapita senast 14 dagar efter att beställningen verkställts.
- utse en kontaktpersonal för varje kund när uppdraget inleds
- minimera antalet personal som besöker kunden
- vid akuta behov utföra insatser, dock längst under 7 dagar, som inte ingår i biståndsbeslutet samt rapportera detta i efterhand till biståndshandläggaren samt dokumentera detta i Phoniro
- rapportera avvikelser som underlag för debitering av kunds avgift en gång per månad till avgiftshandläggaren
- ansvara för att personalen vid hembesök bär synlig namnskylt, innehar giltig legitimation samt bär lämplig klädsel som följer riktlinje för hygien som utfärdas av landstingets hygiensköterska
- säkerställa att all personal som utför uppgifter inom uppdraget följer riktlinje för hygien som gäller för verksamheten
- ansvara för att handlingar som rör kundens personliga förhållanden förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem
- ha ett säkert system och rutiner för hantering av kundens eventuella nycklar och portkoder. Detta gäller i avvaktan på att nyckelfritt kan monteras.
- ha ett säkert system och rutiner för hur eventuellt handhavande av privata medel hanteras

- ansvara för betalningsansvar gentemot landstinget för utskrivningsklar patient som av orsak som utföraren råar över inte kan återgå till sitt hem
- ha rutiner för rapportering av tillbud
- ha rutiner för att upptäcka hot och våld i nära relationer
- kontakta kommunens handläggare om kundens behov av hemtjänst minskar eller ökar i sådan omfattning att biståndsbeslut behöver omprövas
- omgående meddela biståndshandläggaren och andra berörda om en kund är inlagd på sjukhus eller har avlidit
- se till att all personal undertecknar en förbindelse om tystnadsplikt, enligt socialtjänstlagen 15 Kap 1 §, samt förstår och lever efter innebörden av begreppet tystnadsplikt
- kontrollera att all personal som utför uppgifter inom uppdraget iakttar den sekretess, tystnadsplikt och anmälningsplikt som gäller
- ha fungerande rutiner för rapportering av missförhållanden enligt Lex Sarah och i enlighet med Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer. Se bilaga 6.
- bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter och kunna redovisa de rutiner som upprättats (SOSFS 2011:9)
- arbeta enligt Vård- och omsorgsnämndens dokument "Kvalitet och värdegrund i vården".

3 KRAV PÅ UTFÖRAREN

3.1 Formella krav

Sökanden ska:

- ha fullgjort sina skyldigheter avseende skatter och sociala avgifter samt inte vara på obestånd eller föremål för konkurs

- vara registrerad i bolagsregister om sådan registrerings skyldighet föreligger
- inneha F-skattsedel
- ha tillstånd från IVO att bedriva hemtjänstverksamhet
- inneha giltig ansvarsförsäkring
- acceptera och arbeta efter villkoren i detta förfrågningsunderlag samt i bifogad kontraktsmall
- bilda juridisk form (om fysisk person eller grupp av fysiska personer/utförare ansöker och får tillstånd att bedriva hemtjänst) och i samband med kontraktsskrivning lämna kopia på F-skattebevis, bevis om giltig ansvarsförsäkring samt registreringsbevis från Bolagsverket (om registrerings skyldighet föreligger) till kommunen
- ansvara för att nödvändiga tillstånd finns från andra tillsynsmyndigheter

Nyköpings kommun samarbetar med Skatteverket för kontroll av anbudsgivare avseende information motsvarande SKV 4820.

3.1.1 Yttrande – Meddelarrätt

Personal anställd hos utföraren har rätt att uttala sig i enlighet med den meddelarfrihet som gäller i tryckfrihetsförordningen 1 kap 1 § samt offentlighets- och sekretesslagen 13 kap.

3.1.2 Allmänhetens rätt till insyn i utförarens verksamhet

Utföraren ska efter begäran från Beställaren, utan dröjsmål, lämna sådan information som avses i 10 kapitlet 3 och 9 §§ kommunallagen (2017:725). Sådan begäran ska i normalfallet vara skriftlig. Informationen ska göra det möjligt för allmänheten att få insyn i hur den verksamhet som omfattas av detta avtal sköts.

Informationen ska, om inte annat avtalats, lämnas i skriftlig form. Beställaren ska i sin begäran precisera vilken information som efterfrågas.

Utföraren är inte skyldig att lämna information om utlämnandet inte kan ske utan väsentlig praktisk olägenhet för Utföraren, om utlämnandet strider mot lag eller annan författning eller om uppgifterna kommer att omfattas av sekretess hos Beställaren.

3.1.3 Ombud eller företrädare

Utförare har ej rätt att agera som ombud eller företrädare för kunds räkning vid biståndsbedömning. En fullmakt med denna innebörd kommer att avvisas av Kommunen med hänvisning till Förvaltningslagens § 14 (2017:900).

3.2 Kommunikation

Utföraren ska ha telefon samt kunna nås via e-post för att underlätta kommunikationen mellan kommunens biståndshandläggare och utföraren. Utföraren ska vara tillgänglig per telefon under motsvarande tider som hemtjänstuppsdrag föreligger.

3.3 Marknadsföring

Marknadsföringen av utförarens verksamhet ska stämma överens med god marknadsföringssed och även i övrigt vara tillbörlig mot kunder och övriga utförare. Vid marknadsföringen ska utföraren lämna information som är saklig och av särskild betydelse ur kundens synpunkt.

Marknadsföring gällande hemtjänst, direkt till kund, via direktadresserade utskick, utskick som läggs direkt i brevlåda hos kund eller annan typ av direktreklam till kund är inte tillåtet. Marknadsföring får däremot ske via annonsering i press, affischering på allmän plats eller andra liknande åtgärder.

3.4 Miljö

Det är viktigt att miljöfrågorna integreras i det dagliga arbetet. Utföraren ska ha ett eget miljöprogram. Utföraren ska även ha kunskap om de styrdokument rörande miljö som Nyköpings kommun antagit (se kommunens hemsida).

Utföraren ska ha rutiner som säkerställer att relevanta miljökrav ställs i samband med organisationens anskaffning av varor och tjänster. Rutiner ska finnas för hantering av avfall och kemikalier, pappersförbrukning och miljöanpassat resande.

3.5 Ekonomisk insyn

Utföraren ska fullgöra sitt ekonomiska åtagande beträffande inbetalning av skatter och sociala avgifter samt leva upp till de administrativa krav som ställs på en ekonomisk organisation. Beställaren följer fortlöpande upp att dessa åtaganden och krav följs.

Beställaren har rätt till insyn i utförarens ekonomiska ställning. Utföraren ska, senast den 15 april året efter det år informationen avser, lämna en skriftlig verksamhetsberättelse med bokslut inklusive resultat- och balansräkning.

3.6 Samverkan

Ett nära och förtroendefullt samarbete mellan utföraren och beställaren förutsätts. Syftet är att skapa en väl fungerande helhet av insatser kring brukaren och undvika brister i information och planering.

Beställaren erbjuder dialog i form av så kallade branschmöten minst två gånger per år. Dialogmöten sker även med andra delar av verksamheten, såsom hemsjukvården och kommunens biståndshandläggare, efter behov.

Utföraren ska samarbeta med anhöriga och för kunden viktiga personer, liksom med andra aktörer såsom god man, förvaltare, kommunal verksamhet, hemsjukvård, primärvård och frivilliga organisationer. Samtycke från kund behövs i vissa fall.

3.7 Arbetsgivaransvar

Utföraren ska följa svensk arbetsrättslig lagstiftning.

Gällande lagar, förordningar och kollektivavtal rörande anställningsvillkor och arbetarskydd, på såväl nationell som EU-nivå, är tillämpliga vid fullgörandet av kontraktet, om dessa bestämmelser och tillämpningen av dem överensstämmer med gemenskapsrätten/gemenskapslagstiftningen.

Utföraren ska vid behov införskaffa, bekosta samt ansvara för underhåll och service av de hjälpmedel som behövs utifrån arbetsgivarens arbetsmiljöansvar. Som sådana hjälpmedel kan drivaggregat till rullstol samt vårsäng räknas.

Arbetsgivaren ska löpande fortbilda/kompetensutveckla sin personal.

3.7.1 Anhöriganställning

Anhöriganställningar är inte tillåtet i Nyköpings kommun. Det åligger utföraren att, på förekommen anledning, visa att det i aktuellt fall inte handlar om en anhöriganställning.

Med anhöriganställning menas personal som anställts uteslutande för att sköta omsorgen av en närstående.

3.8 Utbildnings- och kompetenskrav

3.8.1 Verksamhetsansvarig för hemtjänst gällande personlig omvårdnad

- ska ha högskoleutbildning med inriktning mot vård, omsorg eller socialt arbete eller annan utbildning och erfarenhet som ger motsvarande kompetens och bedöms likvärdig.

- ska ha minst sex månaders egen erfarenhet av praktiskt arbete med vård av äldre med omfattande omvårdnads- och medicinska behov. Erfarenheten ska ha inhämtats under de senaste fem åren.
- ska finnas på plats i Nyköping och vara tillgänglig för arbetsledning, handledning och rådgivning.
- ska ha ingående kunskap om tillämpliga lagar och förordningar samt tillämpliga föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen.

Byte av verksamhetsansvarig inom omvårdnadsföretag ska skriftligen meddelas beställaren innan bytet äger rum.

3.8.2 Ansvarig för hemtjänst gällande serviceinsatser

- ska ha 3-årig gymnasieutbildning eller annan utbildning och erfarenhet som är relevant för uppdraget.

3.8.3 Omvårdnadspersonal

- ska ha kompetens motsvarande treårigt omvårdnadsprogram eller annan likvärdig utbildning eller erfarenhet.
- som ska utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter från distriktsköterska/sjuksköterska, ska vara utbildad undersköterska
- ska ha relevanta kunskaper om hygien.
- ska ha relevanta kunskaper om kostens betydelse för äldre samt om livsmedelshygien.

3.8.4 Servicepersonal

- ska ha god kompetens för sina arbetsuppgifter, d v s ha tillräcklig utbildning och erfarenhet för att utföra uppdraget.
- ska ha relevanta kunskaper om hygien
- ska ha en allmän kompetens och förståelse för den åldrande människan för att ha förmåga att kunna larma vid avvikelser.

3.8.5 Alla inom verksamheten

- ska behärska det svenska språket i tal och skrift.

- ska ha fallenhet och intresse för sina arbetsuppgifter samt ha ett gott bemötande
- ska arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt och utföra sitt arbete med engagemang och omtanke om kunden.
- ska ha datorvana och annan administrativ kompetens för att hantera dokumentation och informationsöverföring i datasystem.

3.9 Praktikanter

Utföraren ska ta emot praktikanter från omvårdnadsutbildning på gymnasienivå och högskolenivå.

4 ERSÄTTNING

Ersättning utgår för utförd insats och tid i enlighet med beställning och från och med den dag verkställighet påbörjas och insatser genomförts. Ersättning utgår maximalt för tid upp till beställd tid.

Ersättning utgår månadsvis i efterskott.

Ersättningen följer en modell som innebär att det är en timtaxa för omvårdnadsinsatser och en annan för serviceinsatser. Om utföraren utför både omvårdnads- och serviceinsatser utgår beloppet för omvårdnad för samtliga timmar. En högre ersättning utgår för insatser som utförs hos kund som bor på landsbygd. Definitionen av landsbygd respektive tätort bygger på definieras enligt SCB:s nyckelkodsområden och innebär i princip att allt utanför Nyköpings centralort räknas som landsbygd. I verksamhetssystemet är Tätort förvald och om kund bor på landsbygd ska utföraren göra ändringen. Då ska rutin från DSO-IT följas, och är förvald i beställningen från handläggaren. Allt som där inte betecknas som tätort, betraktas som landsbygd.

Som grund för ersättning finns den registrerade tiden i Phoniro och den fakturerade tiden jämförs alltid med registrerad tid.

Utförda timmar ska delas upp i tätort och landsbygd.

4.1.1 Moms

Tjänster som utförs inom hemtjänsten är normalt moms fria om utföraren tillhandahåller både omvårdnadstjänster och servicetjänster eller bara omvårdnadstjänster. Vid beräkning av timpriset för dessa utförare har hänsyn tagits till att tjänsterna är moms fria.

I de fall som utföraren endast tillhandahåller servicetjänster blir tjänsten istället momspliktig, eftersom tjänsten därmed inte kan anses ha karaktär av "social omsorg" eller "annan jämförlig social omsorg". De utförare som endast utför servicetjänster ska därför lägga på moms på det fastställda timpriset.

4.1.2 Indexreglerad ersättning

Ersättningen räknas årligen upp fr o m 1 juni utifrån innevarande års fastställda omsorgsprisindex (OPI) utan retroaktivitet. Ingen förändring av ersättningen sker således vid respektive årsskifte.

Aktuell ersättning framgår av bilaga 7.

4.2 Villkor för ersättning

- Om utföraren inte använder Phoniro för registrering av utförd tid kan betalning komma att innehållas och om rättelse inte sker kan avtalet komma att sägas upp.
- Genomförandeplan ska finnas upprättad och vara läsbar i Procapita senast 14 dagar efter att uppdraget påbörjats.
- Besök hos ny kund, då genomförandeplan upprättas, ersätts med belopp motsvarande 60 minuter och redovisas med särskild notering.
- Revidering av genomförandeplan ersätts med 30 minuter.
- Tiden ska registreras i Phoniro på den kund som planen avser.
- Insats ska finnas redovisad i Phoniro senast det datum som för varje månad bestämts som stoppdatum, därefter stängs systemet och ersättning kan ej återopas. Information om gällande stoppdatum fås från Division Social omsorg, IT-support.
- När en insats utförs utanför bostaden till flera kunder samtidigt dokumenteras tiden som en gruppaktivitet. Den faktiskt utförda tiden fördelas mellan berörda kunder. Detta gäller vid samordning av inköp, tvätt, post-, bank- eller apoteksärenden.
- Skattad tid får enbart användas då tidsregistrering ej kunnat göras på ordinarie sätt och ska då avse faktiskt utförd tid och får ej avse schablon-tid.

- När kontakt med sjukvård, närstående/god man/förvaltare eller myndighet för kunds räkning sker i grupplokal eller motsvarande dokumenteras tiden direkt med anteckning om anledningen till samtalet.
- Telefonsamtal med kund ersätts med faktisk tid. Tiden ska registreras vid varje tillfälle i Phoniro med anteckning om anledningen till samtalet.
- Planerade insatser, som av olika anledningar inte kan utföras, ersätts normalt inte.
- Undantag är ersättning för omställningstid. Ersättning för omställningstid utgår under högst 3 dagar för beviljad och inplanerad tid som inte kan utföras på grund av dödsfall, akut sjukhusvistelse/korttidsvård eller tillfälligt uppehåll i hemtjänstinsatserna, som inte meddelats i förväg enligt reglerna. En förutsättning för att ersättningen skall utbetalas är att utföraren fått kännedom om händelsen kortare tid än fem dagar i förväg. Varje dag ersätts med en trettiondel (1/30) av beviljad månadstid. Om kund enbart har hemsjukvårdssinsatser ersätts utebliven insats med schablontid för just den insatsen. Omställningstid får inte förväxlas med avböjd insats, s k "bomtid", och ska inte användas för enstaka insatser utan enbart hela för uppehåll under en följd av dagar. Omställningstid kan komma ifråga då insatserna är tätare och inte kan utföras vid andra tillfällen, så som fallet är vid t ex glesare serviceinsatser.
- Bedömning av vård i livets slut ska göras av patientansvarig läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterska kontaktar utföraren vid behov av s k vak. Ersättning utgår då med ordinarie timersättning plus ob- tillägg. Efter inträffat dödsfall ersätts för redan planerad tid i högst tre dagar. På fakturan specificeras vak-tid på egen rad med uppgift om antal timmar och kostnad.
- Vid kunds frånvaro av annan orsak än ovan angivna eller då kund avböjer insats, så kallad "bomtid", utgår ersättning för 30 minuter per tillfälle. Kon- takt med handläggare ska ske omedelbart om kund avböjer insats mer än två ggr under samma månad.

- Ersättning ges för **samtliga timmars** dubbelbemanning. **överstigande 10 timmar per person och månad. I dessa fall utgår timersättning för de överstigande timmarna.**
- HSL-dokumentationstid (i grupplokal eller motsvarande) ersätts med max 10 minuter per tillfälle.
- Vid akuta behov kan insatser utföras, dock längst under sju dagar, som inte ingår i biståndsbeslutet. En förutsättning för ersättning är att den akuta situationen beskrivs genom anteckning i Phoniro samt att utföraren rapporterar detta i efterhand till biståndshandläggaren.
- Tid kan tillfälligt omfördelas mellan olika insatser om behov uppstår från kundens sida, under förutsättning att orsaken dokumenteras. Kvarstår omfördelningsbehovet ska kontakt tas med handläggare för uppföljning av kundens behov.

4.3 Fakturering

Om korrekt faktura inkommit senast den 10:e i månaden efter den månad som debiteringen avser, utbetalas ersättningen runt den 22:a i innevarande månad. Inkommer fakturan senare än den 10:e gäller 30 dagars betalning.

5 Kris- och katastrofberedskap

Med extraordinär händelse avses en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting och därför leder till att krisledningsorganisationen kallas samman.

Utföraren ansvarar för att planera och hålla beredskap för att kunna klara extraordinära händelser, som exempelvis snöoväder, störningar i vattenförsörjningen och elavbrott. Utföraren står för eventuella extra omkostnader som kan uppkomma för att fullgöra uppdraget gentemot kommunen.

I Nyköpings kommun har Division Social omsorg fastställt en Kris- och störningshanteringsplan i linje med kommunens övergripande kris- och störningshanteringsplan. Av planen framgår att verksamheten ska bedrivas så att de grundläggande livsbetingelserna tryggas. Utföraren ska vid större extraordinära händelser inordna sin verksamhet i den kommunala organisationen för vård och omsorg. Division Social omsorgs plan för extraordinär händelse skall då följas.

Utföraren är skyldig att överlägga med kommunen om företagets medverkan vid katastrofer, kriser eller höjd beredskap, medverka i utbildningar och övningar som genomförs i beredskapshöjande syfte, på begäran bidra med information vid upprättandet av centrala beredskapsplaner, upprätta nödvändiga krisplaner för den egna verksamheten samt i övrigt följa tillämpliga delar av Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Ärende 9

**Yttrande över motion "Äldres rätt till utomhusvistelse"
(VON17/66)**

Vård- och omsorgsnämnden

Remissvar, motion "Äldres rätt till utomhusvistelse"

Ärendet i korthet

Kristdemokraterna lämnade under 2017 en motion om äldres rätt till utomhusvistelse. Vård- och omsorgsnämnden yttrade sig då över motionen, men denna är nu återremitterad, då Kommunstyrelsen ansåg att väsentlig information saknades i remissvaret (KK17/288).

Liksom tidigare ställer sig Vård- och omsorgsnämnden till fullo bakom andemeningen i motionen. Utevistelser och aktiviteter är ett fokusområde i nämndens interna tillsyner och Division Social omsorgs nya aktivitetssamordnare bedriver ett mycket aktivt och konkret utvecklings- och förbättringsarbete som ger tydliga resultat för de boende. Därmed menar nämnden att motionen får anses besvarad och därmed kan avslås.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att anta yttrandet över motionen "Äldres rätt till utomhusvistelser", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-04-15.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen

FÖRSLAG

Yttrande över motion ”Äldres rätt till utomhusvistelse” efter återremiss

Vård- och omsorgsnämnden yttrade sig över nämnda motion under 2017, men denna är nu återremitterad, då Kommunstyrelsen ansåg att väsentlig information saknades i remissvaret (KK17/288). Därför ges nu ett kompletterande yttrande.

Liksom tidigare ställer sig Vård- och omsorgsnämnden till fullo bakom andemeningen i motionen. Nämnden har därför haft fokus på dessa frågor under de senaste åren. De som bor på våra särskilda boenden för äldre måste kunna uppleva att de får vara utomhus i den utsträckning de önskar och att de stimuleras i aktiviteter av olika slag – allt för att få bästa möjliga livskvalitet och få behålla förmågor så länge som möjligt.

Sedan ett år tillbaka har Division Social omsorg (DSO) en ny aktivitetssamordnare anställd, som på heltid fokuserar på just dessa frågor. En del i dennes uppdrag är att samverka med föreningslivet för att skapa alltfler öppna aktiviteter på våra boenden. I dagsläget är sju organisationer aktiva på det sättet och arbetet med att få in fler externa aktörer fortsätter.

Det finns på varje avdelning ett aktivitetsombud. Dessa har aktivitetssamordnaren nu samlat i ett nätverk som träffas med regelbundenhet. På så sätt sprids goda idéer och samordnaren kan lättare implementera sina utvecklingsåtgärder. Exempel på en sådan åtgärd är ett arbetsverktyg som mäter och synliggör antalet utevistelser och andra aktiviteter. Då nämndens sakkunniga tjänsteman tillsammans med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) gör interna tillsyner i verksamheterna, är också utevistelser och aktiviteter ett fokusområde. Under våren 2019 har detta verktyg då beskrivits på samtliga besökta boenden. Det har fått ett tydligt genomslag och går ut på att man följer vilka boenden som fått erbjudande om att gå ut respektive deltagit på olika gemensamma eller individuella aktiviteter. Därmed riskerar man heller inte att någon boende missas i sammanhanget. Om inte vädret hindrar, erbjuds ofta utevistelser dagligen. Detta verktyg och det aktiva arbetet även i övrigt kring dessa frågor, gör att nämnden bedömer att nöjdheten hos de boende kommer att öka. Viktigt att ha i åtanke är också att en aktivitet kan

vara så mycket annat än t ex bingo och musikframträdanden. Det handlar egentligen om sinnesupplevelser – att få sina olika sinnen stimulerade.

Parallellt med detta avser man också att bli tydligare med vad som faktiskt erbjuds och genomförs på de olika boendena, bl a genom tavlor i entréerna som presenterar aktiviteter, dagens meny och annan intressant information.

Utifrån det aktiva arbete som pågår menar Vård- och omsorgsnämnden att motionen är besvarad och därmed kan avslås.

Sofia Amlöh

Ordförande

Ärende 10

**Yttrande över motion "Efterhandsreglerad ersättning inom omsorgen"
(VON19/59)**

Vård- och omsorgsnämnden

Yttrande över motion ”Efterhandsreglerad ersättning inom omsorgen”

Ärendet i korthet

Liberalerna har lämnat en motion om efterhandsreglerad ersättning inom omsorgen (KK17/406). Motionen går ut på att kommunen ska ge de privata hemtjänstutförarna en efterhandsreglerad ersättning motsvarande underskottet för den kommunala hemtjänsten.

Ett förslag till yttrande har upprättats, vilket innebär att motionen föreslås avslås. Enligt Lagen om valfrihetssystem ska ersättningen vara känd i förväg, vilket gör att efterhandsreglerad ersättning inte är ett alternativ. Om underskott för den egna regin redovisas under en längre följd av år, kan det vara tecken på en generell för låg ersättning, men i de lägena bör istället den gällande ersättningsnivån ses över, vilket Vård- och omsorgsnämnden har gjort på ett flertal sätt under de senaste åren. Dessutom, som konkurrensverket konstaterar, är det svårt att uppnå konkurrensneutralitet inom LOV-verksamhet. Kommunens ansvar är vidare än de privata utförarnas, vilket innebär att kommunen också har högre kostnader.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att anta yttrandet över motionen ”Efterhandsreglerad ersättning inom omsorgen”, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2019-05-10.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen

FÖRSLAG

Yttrande över motion ”Efterhandsreglerad ersättning inom omsorgen”

Vård- och omsorgsnämnden har ombetts yttra sig över nämnda motion (KK17/406).

LOV innebär en ständigt pågående upphandling och alla utförare som uppfyller de krav som kommunen specificerat i förfrågningsunderlaget, har rätt att starta verksamhet här. Enligt Lagen om valfrihetssystem ska ersättningen vara känd i förväg och en efterhandsreglering strider därmed mot denna lag. Lagen om valfrihetssystem och Skollagen kan inte jämföras i denna fråga. Skollagen slår fast att bidrag ska ske på lika villkor och att fristående aktörer måste kompenseras för eventuella extra medel till kommunal verksamhet.

Konkurrensverket konstaterar att det är svårt att uppnå konkurrensneutralitet inom LOV-verksamhet, då kommunen har det yttersta ansvaret. Kommunen har ett större ansvar än de privata utförarna, med ett dygnet-runt-ansvar och sistahandsansvaret om en privat utförare inte uppfyller sitt åtagande. Detta innebär högre kostnader.

Underskott i den egna regin under enstaka år föranleder inte behov av åtgärder. Om underskott redovisas under en längre följd av år, kan det vara tecken på en för låg ersättning. Eftersom efterhandsreglerad ersättning inte är korrekt, bör i de lägena istället den gällande ersättningsnivån ses över.

Vård- och omsorgsnämnden har under de senaste åren förbättrat villkoren för samtliga hemtjänstutförare. Inför 2017 höjdes ersättningen kraftigt och i fjol fattades beslut om att årligen reglera ersättningen enligt Omsorgsprisindex (OPI). Då förbättrades också villkoren kring ersättningen i enlighet med de synpunkter som lämnades i revisionsrapporten. Fr o m 1 juni 2019 genomförs ytterligare förändringar som gagnar utförarna. Den största förändringen är en ny definition av landsbygd, vilket innebär att den högre ersättningsnivån då kommer att betalas för all tid som görs utanför Nyköpings centralort.

Mot bakgrund av ovanstående menar Vård- och omsorgsnämnden att motionen kan avslås.

Sofia Amlöh

Ordförande

Ärende 11

**Yttrande över SKLs (Sveriges kommuner och landsting)
rekommendation om gemensam finansiering av samlat system för
kunskapsstyrning inom socialtjänsten
(VON19/62)**

Vård- och omsorgsnämnden

Yttrande över SKLs (Sveriges kommuner och landsting) rekommendation om gemensam finansiering av samlat system för kunskapsstyrning inom socialtjänsten

Ärendet i korthet

SKL har tagit fram en rekommendation om gemensam finansiering av samlat system för kunskapsstyrning inom socialtjänsten. Vård- och omsorgsnämnden har nu fått möjlighet att yttra sig över rekommendationen.

Ett förslag till yttrande har upprättats, vilket innebär att nämnden rekommenderar Kommunstyrelsen att besluta att anta rekommendationen. Nämnden ser att de områden som omfattas av rekommendationen ligger helt i linje med nämndens ambitioner och inriktning. Den merkostnad ett antagande innebär är måttlig och bedöms kunna finansieras inom nämndens ram.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att anta yttrandet enligt tjänsteskrivelse daterad 2019-04-24

att paragrafen justeras omedelbart

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen

FÖRSLAG**Yttrande över SKLs (Sveriges kommuner och landsting) rekommendation om gemensam finansiering av samlat system för kunskapsstyrning inom socialtjänsten**

Sveriges kommuner rekommenderas nu att fr o m 2020 gemensamt finansiera ett samlat system för kunskapsstyrning inom socialtjänsten. Syftet är att SKL ska stödja medlemmarna i arbetet för en jämlik, jämställd och evidensbaserad socialtjänst. Detta uppdrag har SKL haft även tidigare, men det har aldrig finansierats av kommunernas medlemsavgifter, utan av tillfälliga medel som nu upphört. Kostnaden är nu beräknad till 1,95 kr per invånare och år, vilket för Nyköpings del motsvarar ca 110 tkr.

För den kostnaden får kommunerna medverka i styrning och ledning av

- de kvalitetsregister som används inom kommunal hälso- och sjukvård
- stöd för uppföljning och analys, t ex i form av brukarundersökningar
- nationell samordning för gemensam utveckling av kommunernas system för kunskapsstyrning.

För att detta ska kunna förverkligas, behöver merparten av kommunerna anta rekommendationen.

Vård- och omsorgsnämnden har nu fått möjlighet att yttra sig över denna rekommendation.

Nämnden har fattat beslut om att samtliga utförare aktivt ska arbeta med kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och Svenska palliativregistret. Nämnden tar kostnaden för dessa under 2019, vilken sammantaget uppgår till 45 tkr. Eftersom denna kostnad kommer att inkluderas i kostnaden enligt rekommendationen, är inte hela beloppet 110 tkr en merkostnad jämfört med idag.

Den brukarundersökning som omfattas för Vård- och omsorgsnämndens del avser funktionshinderområdet. I årets beställning till Division Social omsorg (DSO) finns ett särskilt uppdrag att genomföra en brukarundersökning inom

funktionshinderområdet och då använda SKLs enkät. Detta kommer att möjliggöra jämförelser med andra kommuner.

De områden som omfattas av rekommendationen ligger helt i linje med Vård- och omsorgsnämndens ambitioner och inriktning. Nämnden står också bakom den uttalade utgångspunkten att "bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan socialtjänstens personal och deras klienter". Ett förverkligande av rekommendationen skulle innebära en måttlig merkostnad för nämnden, som bedömer att finansiering kan ske inom ram. Detta gör att Kommunstyrelsen rekommenderas besluta att anta SKLs rekommendation.

Sofia Amløh

Ordförande

Ärende 12

Ej verkställda beslut enligt § 28 h Lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade, första kvartalet 2019 (VON19/6)

Vård- och omsorgsnämnden

Ej verkställda beslut enligt § 28 h Lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade, första kvartalet 2019**Ärendet i korthet**

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt LSS för beslut som inte verkställts inom tre månader under första kvartalet 2019 till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar totalt 29 beslut, varav 22 funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har fem beslut verkställts och två beslut har av andra skäl tagits bort från inrapporteringen.

Fördjupad beskrivning

Tabellen specificerar de 29 ej verkställda besluten.

Antal	Tid för beslut	Kommentar
Bostad med särskild service		
21	Apr 2016 – Okt 2018 (2016 2 st beslut, 2017 5 st)	Flertalet har andra beslut verkställda under väntetiden, såsom daglig verksamhet, servicebostad och boendestöd.
Kontaktperson		
5	Nov 2017 – Dec 2018 (2017 1 st beslut)	Ett par av brukarna har daglig verksamhet.
Daglig verksamhet		
3	Aug 2017 – Aug 2018 (2017 2 st beslut)	

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2019-04-23.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige

Revisorerna

Ärende 13

**Ej verkställda beslut enligt 16 kap §§ f och h Socialtjänstlagen (SOL),
första kvartalet 2019
(VON19/5)**

Vård- och omsorgsnämnden

Ej verkställda beslut enligt 16 kap §§ f och h Socialtjänstlagen (SOL), första kvartalet 2019**Ärendet i korthet**

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt Socialtjänstlagen för beslut som inte verkställts inom tre månader under första kvartalet 2019 till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar 15 beslut, varav sju funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har åtta beslut verkställts och fyra beslut har av andra skäl tagits bort från inrapporteringen.

Fördjupad beskrivning

Tabellen specificerar de 15 ej verkställda besluten.

Antal	Tid för beslut	Kommentar
Särskilt boende		
8	Jul – Dec 2018	Flertalet har fått något erbjudande men tackat nej. I väntan på boende har de hemtjänst och trygghetslarm.
Särskilt boende socialpsykiatri		
4	Nov 2017 (1 st) – Nov 2018	I väntan på boende är det vanligt med boendestöd eller hemtjänst.
Kontaktperson		
3	Maj – Nov 2018	Samtliga har boendestöd.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2019-04-23.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige

Revisorerna

Ärende 14

**Delegationsanmälningar
(VON19/4)**

Vård- och omsorgsnämnden

Delegationsbeslut

Pt	Dnr	Handlingsrubrik	Beslutande	Beslutsdatum
6.14.1	VON19/22:8	Beslut att anmäla Lex Sarah rapport om missförhållande vid servicebostaden Sjökaptensvägen 2 till Inspektionen för vård och omsorg	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2019-04-08
2.14.1	VON19/36:3	Beslut att anmäla Lex Sarah-rapport om missförhållande vid Hållets äldreboende till Inspektionen för Vård och omsorg	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2019-04-18
6.14.1	VON19/43:3	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande på gruppboenden Skolvägen 44	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2019-04-04
2.14.1	VON19/44:3	Beslut att avsluta Lex Sarah rapport om eventuellt missförhållande på Rönnlidens demensboende	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2019-04-04
2.14.1	VON19/45:3	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande vid FIA-verksamheten, Trillingsbergsvägen	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2019-04-18

Ärende 15

**Anmälningssärenden
(VON19/1)**

Vård- och omsorgsnämnden

Anmälningar

Nr	Från	Handlingsrubrik	Dnr
1	Kommunledningskansliet	Protokollsutdrag KS § 77 2019-03-25 Återremiss av motion "Äldres rätt till utomhusvistelse"	VON17/66:7
2	Beställarkontoret	Månadsbrev mars 2019, avseende verksamheten på S:t Anna och Björkgården	VON19/25:4
3	Beställarkontoret	Skrivelse med förslag om försäkring på särskilt boende för äldre	VON19/56:1
4	Beställarkontoret	Svar på skrivelse med förslag om försäkring på särskilt boende för äldre	VON19/56:2
5	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållanden, Gruppboende Skolvägen 44	VON19/57:1
6	Pensionärsorganisationerna SPF Seniorerna. SKPF	Ansökan om bidrag för anordnande av FN's äldredag den 1 oktober 2019	VON18/115:1
7	Pensionärsorganisationerna SPF Seniorerna. SKPF	Komplettering till ansökan om bidrag för anordnande av FN's äldredag den 1 oktober 2019 (Äldremässa "Utveckling av vår välfärd")	VON18/115:3
8	Pensionärsorganisationerna SPF Seniorerna. SKPF	Svar på ansökan om bidrag för anordnande av FN's äldredag den 1 oktober 2019	VON18/115:4
9	Beställarkontoret	Ansökan om medel för fortsättning på samtalsgrupper för personer med demenssjukdom - från Nyköpings Demensförening	VON19/37:1
10	Beställarkontoret	Svar om ansökan av medel 2019 från Nyköpings Demensförening	VON19/37:2
11	Beställarkontoret	Protokoll från nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård 2019-03-29	VON19/39:4
12	Division Social omsorg	Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Gruppboende Skolvägen 44	VON19/52:2
13	Revisorerna	Revisionsrapport: Årlig granskning av kommunstyrelse och nämnder - Del av grundläggande granskning	VON19/60:1

14	Division Social omsorg	Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande Fia Trillingsberg	VON19/45:2
15	Beställarkontoret	Information från IVO om kommande tillsyn och inspektion 2019-06-17, för att granska nämndens systematiska kvalitetsarbete. Dnr 8.5-15960/2019-1	VON19/64:1
16	Inspektionen för vård och omsorg	Information från IVO om kommande tillsyn riktad mot äldreomsorgen i Nyköpings kommun (rör nämndens arbete från aktualisering av ett ärende till verkställighet). Dnr	VON19/65:1
17	Beställarkontoret	Verksamhetsberättelse 2018 - Vionord Omsorg & Service	VON18/23:15
18	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande, Lundagården	VON19/68:1
19	Beställarkontoret	Information om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud	VON18/112:12
20	Beställarkontoret	Minnesanteckningar från Länsträff för personligt ombud 25 april 2019	VON18/112:13
21	Beställarkontoret	Årsredovisning för verksamhetsåret 2017-09-01--2018-08-31 - Invita Service AB	VON19/33:3
22	Beställarkontoret	Verksamhetsberättelse 2017 Mirabilia AB	VON19/61:3
23	Beställarkontoret	Minnesanteckningar från möte med ledningsgrupp Personligt ombud 2019-05-03	VON18/112:14
24	Beställarkontoret	Månadsrapport april 2019 - S:t Anna och Björkgården	VON19/25:5
25	Division Social omsorg	Åtgärdsplan avseende Lex Sarah rapport ang missförhållande, Hållets äldreboende	VON19/36:8
26	Division Social omsorg	Utredning gällande Lex Sarah rapport avseende missförhållanden, Gruppbostad Skolvägen 44	VON19/57:2
27	██████████	Skrivelse avseende behov av en syn- och hörselinstruktör	VON19/70:1