

KALLELSE TILL VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDENS SAMMANTRÄDE

**Torsdagen den 22 april 2021 klockan 13:30
i Stadshuset Sal A**

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

**Nämndens ledamöter och ersättare uppmannas även att beakta och
upprätthålla avstånd vid de gemensamma allmänna ytorna i anslutning till
sammanträdessalen.**

Sammanträdet är stängt för allmänheten

Gruppmöten: 12.30-13.30

S-, C- och MP-grupp: A-salen

M-, KD- och L-grupp: B-salen

SD-grupp: Översikten

V-grupp: Avsikten

Informationsärenden

1 Lägesrapport

Jan Holmlund och
Marie Johnsson

Beslutsärenden

1 Patientsäkerhetsberättelser 2020

VON21/7

- Tjänsteskrivelse
- Rapport: Patientsäkerhetsberättelser 2020
- Patientsäkerhetsberättelse DSO
- Patientsäkerhetsberättelse St Anna, inkl. bilagor
- Patientsäkerhetsberättelse Riggargatan, inkl bilaga

	- Patientsäkerhetsberättelse Björkgården - Patientsäkerhetsberättelse Betelhemmet	
2	Verksamhetsstatistik äldreomsorg, helåret 2020 - Tjänsteskrivelse - Statistikrapport för helåret 2020	VON20/10
3	Ekonomisk uppföljning efter februari 2021- Vård och omsorgsnämnden - Tjänsteskrivelse - Bilaga: ekonomisk uppföljning	VON21/2
4	Uppdragsrapportering - Ökad andel telefon respektive kameratillsyn - Tjänsteskrivelse - Rapport	VON20/97
5	Rapportering av uppdrag rörande samsjuklighet - Tjänsteskrivelse - Rapport	VON20/97
6	Rapportering av uppdrag Vårdnära service - Tjänsteskrivelse - Rapport	VON20/97
7	Utveckling av äldre- och demensboendet Rönnliden - Tjänsteskrivelse	VON21/38
8	Behov av ytterligare ett särskilt boende för äldre - Tjänsteskrivelse	VON21/38

9	Uppdrag - Omställning boendeplatser, funktionshinderområdet - Tjänsteskrivelse - Uppdragsbeskrivning	VON21/39
10	Uppdrag Anhörigstöd - Tjänsteskrivelse - Barnrättsprövning - Uppdragsbeskrivning	VON21/40
11	Ändring av ersättningsbeloppen inom LOV (Lagen om valfrihetssystem i hemtjänsten från och med 2021-06-01 - Tjänsteskrivelse - Bilaga	VON21/24
12	Förlängning av avtal med Ansvar & Omsorg gällande drift av äldre- och demensboendena S:t Anna, Riggargatan och Björkgården - Tjänsteskrivelse - Avtal	VON21/29
13	Reviderad rollbeskrivning för Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) - Tjänsteskrivelse - Rollbeskrivning	VON21/41
14	Uppföljning av hanteringen av pandemin ur ett brukarperspektiv - Tjänsteskrivelse - Uppdragsbeskrivning	VON21/7
15	Handlingsplan för ekonomi i balans - Tjänsteskrivelse - Handlingsplan	VON21/61

16	Rekvirering av statligt stöd till implementering av digitala/tekniska verktyg - Tjänsteskrivelse	VON21/27
17	Rekvirering av statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg om äldre personer - Tjänsteskrivelse	VON21/47
18	Rekvirering av medel för Äldreomsorgslyftet 2021 - Tjänsteskrivelse	VON21/46
19	Rekvirering av statsbidrag för habiliteringsersättning 2021 - Tjänsteskrivelse	VON21/49
20	Rekvirering av medel mot ensamhet alternativt för personer med en demenssjukdom - Tjänsteskrivelse	VON21/48
21	Revidering av förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem - Tjänsteskrivelse	VON21/18
22	Förändringar i budgetgruppen, Vård- och omsorgsnämnden till och med 2022 - Tjänsteskrivelse	VON18/117
23	Delegationsärenden - Förteckning över anmälda delegationsbeslut	VON21/4
24	Anmälningsärenden - Förteckning över inkomna anmälningsärenden	VON21/1

Sofia Amloh
Ordförande

Johanna Sterner
Sekreterare

VON § Patientsäkerhetsberättelser 2020

Diarienummer: VON21/7

Patientsäkerhetsberättelser 2020

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden är ansvarig vårdgivare för den hälso- och sjukvård som utförs enligt nämndens reglemente.

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva hur verksamheten arbetat med patientsäkerheten under det gångna året, ge den ansvarige vårdgivaren bra kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete och sedan finnas tillgänglig för den som vill ta del av den. Varje utförare upprättar en sådan berättelse och sedan görs en sammanställning av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

MAS konstaterade i fjol att det fortsatt var samma brister som präglade patient-säkerhetsberättelserna som under de senaste åren. Hon bedömde att det med stor sannolikhet inte var helt patientsäkert inom Division Social omsorg (DSO). Därför uppdrog nämnden åt DSO att upprätta en handlingsplan över hur man på ett skyndsamt sätt skulle åtgärda bristerna. Om 2020 års patientsäkerhets-berättelse inte visar att de senaste årens brister är åtgärdade, beslutade nämnden att en anmälan till Inspektionen för Vård- och omsorg (IVO) skulle göras. Se § 65.

MAS har nu granskat 2020 års patientsäkerhetsberättelser och kan konstatera att förbättringar gjorts av samtliga utförare, även om det fortsatt finns ett behov av utveckling främst för DSOs del. Patientsäkerhetsberättelserna innehåller bra beskrivningar av hur det ser ut. Dock saknas det som är det primära - den över-gripande strukturen som visar vilka åtgärder som behövs och vad de ska resultera i samt uppföljningen av tidigare åtgärders effekter. Den röda tråden behövs. Sammanfattningsvis bedömer dock MAS att samtliga utförare bedriver en patientsäker verksamhet.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

1) **att** godkänna rapporteringen av 2020 års Patientsäkerhetsberättelser enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-08.

2) **att** uppdra åt DSO att under 2021 förbättra arbete med patientsäkerheten så att det skapas en struktur och systematik med kvalitet enligt MAS's synpunkter.

Beslut till:

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

Vård- och omsorgsnämnden

Patientsäkerhetsberättelser 2020

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden är ansvarig vårdgivare för den hälso- och sjukvård som utförs enligt nämndens reglemente.

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva hur verksamheten arbetat med patientsäkerheten under det gångna året, ge den ansvarige vårdgivaren bra kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete och sedan finnas tillgänglig för den som vill ta del av den. Varje utförare upprättar en sådan berättelse och sedan görs en sammanställning av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

MAS konstaterade i fjol att det fortsatt var samma brister som präglade patientsäkerhetsberättelserna som under de senaste åren. Hon bedömde att det med stor sannolikhet inte var helt patientsäkert inom Division Social omsorg (DSO). Därför uppdrog nämnden åt DSO att upprätta en handlingsplan över hur man på ett skyndsamt sätt skulle åtgärda bristerna. Om 2020 års patientsäkerhetsberättelse inte visar att de senaste årens brister är åtgärdade, beslutade nämnden att en anmälan till Inspektionen för Vård- och omsorg (IVO) skulle göras. Se § 65.

MAS har nu granskat 2020 års patientsäkerhetsberättelser och kan konstatera att förbättringar gjorts av samtliga utförare, även om det fortsatt finns ett behov av utveckling främst för DSOs del. Patientsäkerhetsberättelserna innehåller bra beskrivningar av hur det ser ut. Dock saknas det som är det primära – den övergripande strukturen som visar vilka åtgärder som behövs och vad de ska resultera i samt uppföljningen av tidigare åtgärders effekter. Den röda tråden behövs. Sammanfattningsvis bedömer dock MAS att samtliga utförare bedriver en patientsäker verksamhet.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporteringen av 2020 års Patientsäkerhetsberättelser enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-08.
- 2) **att** uppdra åt DSO att under 2021 förbättra arbete med patientsäkerheten så att det skapas en struktur och systematik med kvalitet enligt MAS's synpunkter.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2021-04-13

Beslut till:

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

Rapport – Patientsäkerhetsberättelser 2020

Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse (PSB) senast 1 mars året efter rapportåret (PSL 2010:659). I PSB ska vårdgivaren beskriva hur arbetet med patientsäkerhet genomförts i verksamheten under föregående år samt hur planering, ledning och kontroll säkerställts för att uppnå god vård. I PSB ska det även framgå vilka åtgärder som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts i jämförelse med tidigare år, övergripande mätbara mål och strategier kopplade till målen för kommande år (HSL 2017:30). Patientsäkerhetsarbetet ska beskrivas så detaljerat och transparent att det går att utvärdera hur verksamheterna utför sitt arbete på individ- och enhetsnivå. PSB ska finnas tillgänglig för den som vill ta del av den (PSL 2010:659).

PSB är en del av det kvalitetsledningssystem som vårdgivaren är skyldig att inrätta enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Syftet med PSB:

- Vårdgivare ska få bra kontroll över verksamhetens patientsäkerhets- och förbättringsarbete
- Identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten, internt och externt, som säkerställer kvaliteten och förebygger vårdskador
- Fortlöpande bedriva egenkontroller och riskanalyser
- Ge andra intressenter, såsom allmänhet, patienter, patientföreningar och andra vårdgivare tillgång till information om verksamhetens patientsäkerhetsarbete

Patientsäkerhetsberättelser

Berättelser har inkommit från Division Social Omsorg (DSO), Betelhemmet och Ansvar & Omsorg - Björkgården, S:t Anna och Riggargatan.

I år har granskningen haft fokus på om det i PSB beskrivs en förbättring i patientsäkerhetsarbetet enligt att-satser i Vård- och omsorgsnämndens protokoll 2020-

10-29, om detta finns som målsättning för 2021 och hur detta arbete ska genomföras.

Kommentarer

Året 2020 blev ett år som inte kan liknas med något annat tidigare år. Pandemin med Covid-19 har varit i fokus i hela samhället och i synnerhet i alla kommunala verksamheter. Patientsäkerheten ska ha varit högst prioriterat under pandemin med välutvecklade riskanalyser, handlingsplaner och rutiner som stöd i arbetet.

PSB var bättre utformade än tidigare år. Alla har använt rätt mall, vilket gör informationen överskådlig och jämförbar. Det är glädjande att se att alla verksamheter har tagit till sig tidigare års inrådan om förbättringar och gjort stora framsteg i hur patientsäkerheten kan dokumenteras. PSB är nu mer informativt beskrivande och har överskådliga tabeller, vilket underlättar för läsaren att följa processerna.

De privata utförarna har arbetat vidare med förbättringar i patientsäkerheten. Detta beskrivs tydligt i berättelserna och de som utmärker sig mest är Betelhemmet och S:t Anna. DSO har inte prioriterat arbetet med patientsäkerhet som helhet, utan bara i vissa delar och patientsäkerheten ska prioriteras 2021.

En del verksamheter har dessvärre använt närvaron av Covid-19 som en ursäkt till att vissa målområden fått stå tillbaka under året, medan andra har tagit tillvara på möjligheten att inventera prioriterade områden och arbetat vidare. Att Covid-19 har varit en utmaning för flertalet är ett faktum och det hade varit intressant att få beskrivet i PSB hur pandemin påverkat verksamheterna och en redovisning av riskanalyser. Betelhemmet har delvis fått med beskrivningar av påverkan, vem, vad, hur och varför, vilket ger en bredare förståelse för utmaningen.

2020 års PSB är mer beskrivande i varje delmoment av specifika åtgärder på en generell nivå, men helheten och de övergripande strategierna går inte att utläsa. Det görs inte en övergripande helhetsanalys med kopplingar till hur olika åtgärder påverkar varandra. I det systematiska arbetet borde grunden vara att planläggningen för året utgår från vad det är som ska åtgärdas utifrån ett upplevt problem eller i preventivt syfte, varför en viss åtgärd väljs före någon annat och vad resultatet säger kopplat till valet av nästkommande års mål (mätbara mål). Detta arbetssätt behöver kunna redovisas tillsammans med egenkontrollernas syfte i PSB. De övergripande strategierna beskrivs inte i nuläget, vilket försvårar helhetsbedömningen av det systematiska kvalitetsarbetet.

Det är bra att man i alla PSB lyfter avvikelser och bearbetningen av dessa. Det är ett viktigt verktyg i patientsäkerhetsarbetet, men detta innebär att en avvikelse har hänt och drabbat någon. Förvånande är att det inte arbetas mer med förbyggande och preventiva åtgärder utifrån riskanalyser. Verksamheterna borde aktivt och systematiskt arbeta med PGSA (planera, göra, studera, agera) eller annat verktyg

på enhetsnivå och få in arbetssättet i en helhet. Detta skulle även signalera att säkerheten prioriteras.

Att i inledningen av PSB ge information om verksamhetens storlek och inriktning, hjälper förståelsen för vilka förutsättningar som finns att bedriva vård och omsorg. Det hade varit uppskattat om antalet anställda inom olika yrkeskategorier hade redovisats. Detta hade gett en bredare insikt om förutsättningar och även förståelse för vissa siffror i resultaten. Inledande information saknas helt hos DSO om hur indelningen ser ut i de olika verksamhetsgrenarna, vilken verksamhet som bedrivs i divisionen och antal patienter/personal, vilket påpekats tidigare. Detta medför att det är omöjligt att dra några slutsatser från de redovisade resultaten, eftersom helhetssiffror saknas. PSB ska skrivas på sådan detaljnivå, att en medborgare som inte är insatt i verksamheten ska kunna förstå och bedöma den vård och omsorg som utförs på enheterna.

Slutsats

Det har varit glädjande och roligt att läsa 2020 års PSB, att se den positiva förbättringen i beskrivningar och tabeller. Beskrivningar av specifika åtgärder som görs och ska göras, ger en bra bild av vad som görs i verksamheterna. Helhetsperspektivet med analyser kring resultat och mål saknas dock. Bedömningen från PSB är att det bedrivs en patientsäker omvårdnad i alla verksamheter men att patientsäkerhetsarbetet behöver struktureras mer.

För vidare utveckling är det av vikt att även helheten i PSB börjar bindas ihop och övergripande strategier lyfts upp för att få till den ”röda tråden” från jämförelser från förra året, till resultat och kommande mål. Det måste finnas en medvetenhet om varför åtgärder utförs och vad målet är, vilket bör vara mätbart. Patientsäkerhet ute i verksamheterna för individernas bästa.

DSO följde mallen. Det förekom reflektioner, lärdomar och tabeller, vilket var upplyftande att läsa. Det finns dock en hel del förbättringspotential inom DSO. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet måste prioriteras och implementeras och verksamhetsindelningar behöver redovisas. Det behövs också ett aktivt deltagande från ledningen, alla första linjens chefer samt kvalitets utvecklare.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska

Tarja Viitanen



Patientsäkerhetsberättelse 2020

Division social omsorg

Carina Bark

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvård

2021-03-04

Innehåll

Sammanfattning.....	3
Inledning.....	5
STRUKTUR	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Patienters och närståendes delaktighet	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
Klagomål och synpunkter	11
Egenkontroll	12
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	13
Särskild redovisning av arbetet med att förhindra covid-19 smitta.....	14
Riskanalys	16
Utredning av händelser - vårdskador	16
Informationssäkerhet.....	17
RESULTAT OCH ANALYS	18
Egenkontroll	18
Klagomål och synpunkter	25
Riskanalys	26
Mål och strategier för kommande år	26

Sammanfattning

År 2020 har inte varit som andra tidigare år, detta år har varit stort fokus på att minska smittspridning av covid-19 inom division social omsorg. Inom äldreomsorgen har det varit en ansträngd situation under perioder då flera patienter har varit smittade och flera medarbetare varit sjuka. Flera olika åtgärder har satts in på alla nivåer i organisationen. Utbildningar i Basala hygienrutiner, Covid-19 rutiner och skyddsutrustning.

Division social omsorg har haft en god kontroll på smittspridningen med snabba åtgärder för att minska smittspridningen i verksamheten.

Inom DSO äldreboende har 63 patienter blivit smittade i verksamheten, av dessa har 13 avlidit. Totalt kan vi se att antalet avlidna inom äldreboende har varit lägre under 2020 än både under 2019 och 2018.

Många medarbetare känner sig säkra på användningen av basala hygienrutiner och skyddsutrustning samt att basala hygienrutiner fungerar bra inom division social omsorg.

Arbete med patientsäkerhet har inte helt stannat upp under 2020 utan har utvecklats som till exempel med att utarbeta och implementera en ny rutin gällande Senior alert för alla berörda professioner, fortsatt arbete med BPSD:s nya rutin även om flertalet utbildningstillfällen blev inställda.

Digital utveckling har tagit fart under 2020, flera möten/uppföljningar sker digitalt med patienter, flera SIP har genomförts digital än tidigare år.

Kompetenshöjande insatser har genomförts såsom förflyttningsteknik, totalt har 74 omvårdnadspersonal deltagit utbildningen. Satsning på utbildning för sommarvikarie via Campus webbutbildning, övriga webbutbildningar kring basala hygienrutiner och om viruset covid -19 har även genomförts.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Socialstyrelsens beskriver patientsäkerhetsarbetet på följande sätt: ”Det arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser”. Verksamheten får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Verksamheten får också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vad som karaktäriserar patientsäkerhetsarbetet är att arbeta förebyggande och att fokusera på verksamhetssystem istället för individen. Patientsäkerhetsarbetet ska inriktas på att skapa säkra system som ska fungera som barriärer.

I denna rapport redogörs för patientsäkerhetsarbetet under 2020 och ger exempel på hur verksamheten arbetar med att förbättra kvaliteten i vården samt vilka delar som behöver utvecklas inom division social omsorg (DSO).

För att åstadkomma god kvalitet finns lagar, föreskrifter och verksamhetsmål att tillgå.

Kvalitet är att patienten får en god och säker vård, känner trygghet, bevarar och utvecklar det friska, bemöts med respekt för privatliv och personlig integritet, får individanpassad vård, är delaktig, får möjligheter till välbefinnande och välmående samt känner meningsfullhet i tillvaron.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

I Sörmland så ingår Nyköping kommun i den gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV), här sätts övergripande samverkansmål för hela Sörmland som verksamheterna inom division social omsorg ska följa.

Mål: Sörmlänningarna får rätt och säker vård på rätt plats i rätt tid.

Målet handlar om lagstiftning kring samverkan vid utskrivning från sjukhus. Gemensamt framtagna riktlinjer och en modell för samverkan för uträkning av betalningsansvar tydliggör samverkan.

Indikator till målet är: Andel kommuner som klarar gränsen för betalningsansvar. Nyköping kommun har klarat av detta mål.

Division social omsorg (DSO)

De övergripande målen och strategier för att patientsäkerheten för division social omsorg har under 2020 varit:

- att minska smittspridning av covid-19 hos patienter/brukare
- säkerställa nödvändiga hälso-och sjukvårdsinsatser
- sprida kompetens kring covid-19

- säkerställa tillgång till skyddsutrustning för medarbetare.

Målen har varit helt nya och nödvändiga men hänger ihop med goda kunskaper om basala hygienrutiner i verksamheten.

Övriga övergripande mål har varit att fortsätta utveckla arbetet kring personer med demenssjukdom, en del i detta arbete har varit att tagit fram ett förslag till vård- och omsorgsnämnden (VON) kring multiprofessionellt team för personer med demenssjukdom, beslut togs i VON att divisionen skulle starta upp ett sådant team under hösten 2020.

Arbetet med de olika nationella kvalitetsregistren såsom Senior Alert, Palliativa registret och Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) för att förbättra och utveckla patientsäkerheten är ett mål för division social omsorg.

Under 2020 fortsatte utvecklingen av arbetssättet med BPSD-registret som påbörjades 2019. I utvecklingsarbetet har det ingått i en rutin att klargöra arbetssätt och struktur för arbetet på enhetsnivå och på övergripande nivå i kommunen samt att arbeta fram en strategi för implementering på enheterna som genomgått administratörsutbildningen.

Den satsning på förflytningsutbildning för omvårdnadspersonal som skulle ske under vår och höst fick avbrytas med anledning av pandemin.

Organisation och ansvar

SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Nämnden är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen och har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetsförordning. MAS ansvarar för att se till att verksamheten upprätthåller säker hälso- och sjukvård inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). MAS arbetar fortlöpande med att utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet.

Verksamhetschefen enligt hälso- och sjukvårdslagen har det övergripande ansvaret för att vården inom division social- och omsorg bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt bedrivs för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten

I ansvaret ingår att se till att bemanningen och resursanvändningen är anpassad för att bedriva en trygg och säker vård samt säkerställa att en god patientsäkerhet uppnås.

Enhetschef för särskilda boende och hemtjänst ansvarar för att vården på enheten bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda rutiner och riktlinjer som verksamhetschefen och medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättat. Säkerställa att personal får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter. I ansvaret ingår att se till att bemanning och resursanvändningen är optimal för att bedriva en trygg och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Enhetschef för legitimerad personal ansvarar för att legitimerad personal arbetar utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda rutiner och riktlinjer som verksamhetschefen och medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättat. Ansvarar för att legitimerad personal får god

introduktion i arbetet och fördelar personalresurser på ett optimalt sätt så att en god patientsäkerhet uppnås.

Legitimerade personal har ett särskilt yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Arbetet ska följa vetenskap och beprövad erfarenhet samt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet inom ramen för verksamhetens ledningssystem.

Alla medarbetare har en skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, föreskrifter och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt att rapportera om det finns en risk eller att en vårdskada har inträffat i verksamheten.

Övriga stödfunktioner för god patientsäkerhet

Folkhälsomyndigheten (FHM) är en nationell kunskaps myndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Myndigheten har under 2020 haft en betydande roll för vägledning för hur verksamheterna ska hantera covid-19 pandemin. Myndigheten har gett ut flera nationella allmänna råd och rekommendationer för att minska spridningen av covid-19.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso-och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

Patientnämnden ska vara fristående och bidra till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet men kan inte vidta några sanktioner. Varje region och kommun ska vara ansluten till en patientnämnd, Nyköping kommun är ansluten till Sörmlands läns patientnämnd. Patientnämnden ska stödja individer och guida vidare till rätt instans för synpunkter och klagomål.

Socialstyrelsen är en myndighet som tar fram och utvecklar statistik, regler, kunskap och stöd till vården och omsorgen inom områden som till exempel psykisk ohälsa, äldre, funktionshinder och barn och unga. De tar även fram föreskrifter (bindande regler) och allmänna råd (rekommendationer) om hur verksamheterna lever upp till föreskrifternas krav. Under 2020 har Socialstyrelsen tagit fram vägledningar för verksamheterna kring covid19.

Smittskydd/vårdhygien i region Sörmland har till uppgift att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar i Sörmland. Under 2020 har division social omsorg haft stöd av vårdhygien och nya rutiner/riktlinjer från smittskydd kring covid-19.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Lokala avtal finns för samverkan med den som har läkaransvaret för våra särskilda boendeformer och för de som är inskrivna i hemsjukvården. Avtalen reglerar hur samverkan ska ske mellan läkaren och verksamheten, vem som är patientansvarig läkare och tidpunkter för läkarens besök.

Avtalen beskriver även hur informationsflödet för läkarinsatser mellan slutenvården ska vara till de olika kommunala verksamheterna, både planerade och akuta insatser. Medicinskt ansvarig sjuksköterska följer årligen upp läkaravtalen enligt fastställd mall som sedan rapporteras till regionen.

Enhetschefer och legitimerad personal har fått information om de uppdaterade avtalet.

Regelbundna samverkansmöten för uppföljning av arbetet finns mellan verksamhetschef för läkare och division social omsorg på olika nivåer.

Extern granskare gör med regelbundenhet utifrån ett avtal kontroller i verksamheten kring säker läkemedelshantering.

På [samverkanswebben](#) finns riktlinjer och överenskommelse som gäller för nära vård i Sörmland som verksamheten också ska arbeta efter. Det finns även en egen webbsida om samverkan och rutiner för [covid-19](#) som regelbundet uppdateras.

Samverkansgrupper som finns mellan olika vårdgivare och verksamheter för att förbättra och förebygga vården är följande:

- arbetsgrupper inom områdena äldre, psykiatri och funktionsnedsättning inom ramen för närvårdsarbetet
- samarbete med regionen angående Nationell Patientöversikt, NPÖ
- samarbete med regionens smittskydd/hygien. Utbildning för vårdpersonal och enhetschefer i hygien
- samarbete med regionens läkemedelskommitté i frågor såsom ”äldre och läkemedel”, läkemedelsgenomgångar med mera
- samarbetsmöten primärvård/kommunen
- arbetsgrupper för trygg och säker vård genom hela patient processen
- Hälsoval
- länsövergripande MAS-nätverk
- länsövergripande arbetsgrupper inom olika områden till exempel diabetes, nutrition och suicid.

Minnesanteckningar från de olika samverkansgrupper finns på [samverkanswebben](#).

Rutin för intern samverkan mellan verksamhetschef, enhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska, legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Rutinen ”intern samverkan” är känd hos enhetschefer och legitimerad personal, den är inte lika känd hos nya chefer och legitimerad personal. För att kunna uppnå god samverkan under 2020 har olika individuella lösningar gjorts i verksamheten, vissa har haft samverkan digitalt medan andra har minskat ner på antalet samverkansträffar på grund av smittorisken.

Det är viktigt med en god samverkan/samarbete för att kunna ta tillvara kompetensen och på så sätt kunna bedriva en god, säker vård och omsorg

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Hälso- och sjukvårdens huvuduppgift är att sätta patienten i centrum och utifrån det planera och utföra vården i samverkan med individen. Patientlagen trädde i kraft 1 januari 2015, syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patienters integritet, självbestämmande och delaktighet.

Verksamheterna arbetar med att göra patienten delaktig i vården genom att:

- vara delaktiga vid samordnad individuell plan, SIP
- vara delaktiga vid mål och planering av rehabilitering/träning/vård och behandling
- vara delaktiga vid beslut och val av hjälpmedel
- anhöriga blir ett stöd och hjälp för patienten vid egen träning
- legitimerad personal, när en ny patient blir aktuell för verksamheten, gör en bedömning av vilket behov av hälso- och sjukvård som finns och planerar åtgärder för detta
- vid behoven av åtgärder som är långvariga ska en hälsoplan upprättas och följas upp av legitimerad personal.

Samtycke till informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvårdsorganisationer och mellan olika vårdgivare hämtas från patienten för att säkra vården. Den enskilde har möjlighet att begränsa tillträde till endast viss information. Den enskilde har även rätt att ta tillbaka sitt samtycke. Samtycke lämnas/återkallas även för Nationell Patientöversikt, NPÖ. Det finns även möjlighet för patienten att spärra vissa uppgifter till andra vårdgivare.

Närstående görs delaktiga i vården om patienten samtycker till detta, men under 2020 så har närstående inte kunnat vara delaktiga i vården lika naturligt på grund av besöksrestriktioner på äldreboendena. Kontakt och information har framförallt skett via telefon. Inom hemsjukvården där vården utförs i ordinärt boende har närstående varit mera delaktiga på ett naturligt sätt.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 5

Beskrivning av arbetssätt för avvikelshantering inom divisionen.

Riktlinjen för avvikelshantering hälso- och sjukvård är känd i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård, reviderad 1 januari 2020 av MAS.

Divisionen har en upprättad rutin för hur arbetsflödet ska gå till men den behöver revideras. Vid introduktion av nya medarbetare går man igenom riktlinjer och rutiner enligt den introduktionsmall som finns på intranätet. Rapportering av hälso- och sjukvårdsavvikelser sker digitalt via verksamhetssystemet Procapita i en avvikelsemodul.

Inträffade avvikelser tas de upp på arbetsplatsträffar regelbundet för genomgång och för att lära av misstag som sker i verksamheten, chefer påminner medarbetare att skriva avvikelser som inträffar. Detta är ett ständigt pågående arbete. Enhetschef och medarbetare tycker att arbetsplatsträffar är ett bra forum för att arbeta och lyfta avvikelser för då träffas flera medarbetare samtidigt och det ger möjlighet till ett kollegialt lärande. Enhetschefen har då möjlighet att berätta om det som har inträffat och föra en dialog om hur verksamheten ska arbeta för att avvikelserna inte inträffar igen. Här finns

möjlighet att kunna ta lärdom och arbeta med att identifiera om det finns andra risker i verksamheten. Dessutom arbetar enhetschef individuellt med enskilda medarbetare om så krävs.

De olika ledningslagen som verksamhetschefer har med enhetschefer tar också upp avvikelser för att lära av varandra samt för att bedöma om det behöver upprättas några nya gemensamma rutiner för verksamheten.

Dokumentationen av avvikelserna görs i verksamhetssystemets avvikelsemodul där manualer finns framtagna för bearbetning av avvikelserna. Medicinskt ansvarig sjuksköterska läggs till som mottagare om avvikelserna ska utredas vidare för en händelseanalys och eventuell bedömning för anmälan till IVO. (Lex Maria).

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården upprättar årligen en patientsäkerhetsberättelse där arbetet beskrivs kring avvikelshantering.

Flödesschema för avvikelshantering inom division social omsorg.



Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,

Alla synpunkter och klagomål som patient eller närstående har är viktiga för utveckling av verksamheten. Synpunkt och klagomål kan lämnas digitalt via kommunens hemsida. Om patient eller närstående inte själv kan fylla i ska den som tar emot en synpunkt vara behjälpliga med detta enligt den rutin som finns.

Samtliga synpunkter skickas till den verksamhet synpunkten gäller och tas där om hand av respektive registrator för divisionen. Synpunkter som inkommit via e-post och webbformulär skickas till respektive registrators funktionsbrevlåda som töms dagligen. Synpunkten går sen till berörd enhetschef/verksamhetschef som handlägger ärende och återkopplar till den som lämnat synpunkten/klagomålet.

Patientnämnden

Information finns ute i verksamheten om att patienter kan lämna synpunkter och klagomål till patientnämnden om man inte är nöjd med vården och behandlingen.

Totalt har det under 2020 inkommit 4 ärenden till patientnämnden jämfört med 2019 då inkom det 6 ärenden. I ett ärende behövde divisionen komplettera svaret till patientnämnden. I tre ärenden handlade det om att patient inte var nöjd med den vård och behandling som har givits, ett ärende handlade om personlig hygien.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Sammanställning av egenkontroller inom division social omsorg som rör hälso- och sjukvård.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Läkemedelsgenomgångar	1 gång per år	Patientjournal
Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger under 2020	Enkät 1 gång våren PPM mätning hösten
Hygienronder	1 gång per år	Protokoll
Läkemedelsgranskning	1 gång per år	Protokoll
HSL-avvikelser	1 gång per år i patientsäkerhetsberättelsen 2 - 4 gånger per år enhetsnivå	Avvikelschakteringssystemet
Journalgranskningar	1 gång per år	1 gång per år egenkontroll enligt mall 1 gång per år av MAS
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång per år	Platina
Systematiskt kvalitetsarbete med stöd av kvalitetsregister: BPSD Palliativa registret Senior alert	1 - 2 gånger per år	Nationella registren
Genomlysning av begränsning- och skyddsåtgärder inom funktionshinderområdet	1 gång totalt 15 enheter	Egen granskning.
Uppföljning av utskrivningsdagar och återinläggningar.	1 gång per år	Prator i samverkan med regionen

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Sammanställning av process områden och mål inom divisionen social omsorg som rör hälso- och sjukvård.

Process område /Mål	Måluppfyllelse	Fortsatt arbete utifrån resultat
Avvikelsehantering Utveckla systematiskt patientsäkerhetsarbete med stöd av avvikelser. Ta fram strukturen för sammanställning och analys av avvikelser på samtliga organisatoriska nivåer. Detta i syfte att kunna identifiera risker i verksamheten, trender och mönster och i stöd av dessa kunna bedriva förbättringsarbete. Det pågår en översyn av hela kvalitets- och ledningssystemet inom divisionen där hantering av avvikelsehantering utgör en del.	Arbetet har pausat under 2020 på grund av pandemin.	Arbetet kommer att påbörjas under 2021, med att ta fram struktur för sammanställning och analys av avvikelser.
Trygg hemgång och effektiv samverkan Målsättningen är att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan. Divisionen har som målsättning att brukare/patienter ska avsluta sin vistelse inom slutenvården så snart som möjligt efter att läkare meddelat utskrivningsklar. Divisionen följer utskrivningsdagar regelbundet.	God kommunikation finns mellan kommun och regionen.	Fortsätta se över interna processer för att trygga upp för en god hemgång och effektiv samverkan. Utveckla proaktivt arbete i samverkan med primärvården.
Samverkan kring personer med demenssjukdom Målsättning är att divisionen ska arbeta gränsöverskridande mellan regionen och kommunen, för att underlätta vardagen för personer med demenssjukdom och deras anhöriga och ge en så god livskvalitet som möjligt under demenssjukdomens förlopp.	Uppstart av nytt resursteam för demens beslut från VON.	Fortsätta utveckling av resursteamet för demens.
Fallförebyggande samverkan Länsövergripande handlingsplan är framtagen för fallförebyggande arbete.	Ledningslaget för hälso-och sjukvården har haft en genomgång av handlingsplanen.	Utveckla proaktivt arbete i samverkan men primärvården kring fallförebyggande åtgärder.
Delegeringsprocess Målsättning för divisionen är att riktlinjer för delegering är känt fullt ut hos enhetschefer och sjuksköterskor.	Handlingsplan framtagen.	Fortsätta arbetet efter den framtagna handlingsplanen under 2021.

Journalföring hälso-och sjukvård Målsättning för divisionen är att förbättra journalföringen kring patienten för att uppnå en god patientsäkerhet.	Ny rutin för journalföring är framtagen i ledningslaget för hälso-och sjukvården. Påbörjat översyn av frastexter för samtycke. Handlingsplan framtagen för att förbättra journalföringen.	Fortsätta implementera den nya rutinen för journalföring i verksamheten. Fortsätta arbetet efter den framtagna handlingsplanen under 2021.

Särskild redovisning av arbetet med att förhindra covid-19 smitta.

Under 2020 har det största patientsäkerhetsarbetet i verksamheten varit att förhindra smitta och minska smittspridning. Många åtgärder är genomförda och följs upp med regelbundet av enhetschefer och verksamhetschefer.

Här kommer en redovisning av de åtgärder som division social omsorg har genomfört under 2020.

Information om covid-19

- Information till chefer, personal, hyresgäster/brukare och närstående.
- Information till och från regionen, samordning och digitala möten.
- Ny sida på intranätet om covid-19 där samtliga nya rutiner och länkar till viktiga hemsidor samlats.
- Chefbrev regelbundet under våren och hösten.

Utbildning

- Webbutbildning covid-19 och basal hygien för all personal.
- Timvikarier har fått en introduktionsutbildning via Campus Nyköping.
- Omsorgslyftet/äldreomsorgslyftet satsning på att utbilda tillsvidare- och visstidsanställda medarbetare till undersköterskor.
- Enhetschefer och legitimerad personal har deltagit i regionens digitala utbildning kring smittspridning, provtagning, smittspårning.

Skyddsutrustning

- Tillgång till skyddsutrustning. Under våren var det största problemet att överhuvudtaget få tag på till exempel munskydd, handsprit, tvål, ytdesinfektion, visir och långärmade förkläden.
- Ett nödlager byggdes upp i kommunen för att säkerställa tillgång av nödvändig utrustning.
- Hur använder vi skyddsutrustning? Utbildning och information till all personal om när, hur och varför.
- Munskydd i allt patientnära arbete. Rutin infördes under hösten.

Restriktioner

- Besöksförbud infördes på särskilda boenden för äldre våren 2020.
- Inflyttningsrutiner till särskilt boende togs fram under våren. Innan det fanns möjlighet att testa om den blivande hyresgästen hade covid-19 var det tvunget att den enskilde var symptomfri vid inflyttning samt var tvungen att vara i karantän efter inflyttning. Information gick ut till alla berörda.
- Stängning av verksamhet växelvård, dagverksamhet äldre och demens. Inflyttning till det nya särskilda boendet Koggen sköts upp.
- Dagliga verksamhet var stängd fram till augusti. När verksamheten återigen öppnade var det med anpassningar för att minska smittspridningen.
- Dagverksamhet demens öppnades upp efter sommaren efter att anpassningar gjorts för att minska smittspridningen i verksamheten.
- Avlastning/växelvård stängdes och kortvården ökade antalet platser för att snabbare kunna ta emot utskrivningsklara från regionen.
- Kortvården planerade och var redo med en slussverksamhet för att ta emot covid-19 patienter. Slussverksamheten kom aldrig i bruk då patienterna blev kvar inom regionen då deras medicinska status var så pass allvarlig att det inte var aktuellt med en flytt till kortvården. När patienterna sedermera kom till kortvården var de redan symptomfria varför ingen slussverksamhet behövdes.
- Riktlinje ”säkra besök på särskilt boende” togs fram under hösten. Riktlinjen innebär att max två anhöriga får komma på bokade besök i hyresgästens lägenhet och de anhöriga ska då bära munskydd i de allmänna utrymmena.

Nya rutiner

- Rutiner för SARS-Cov-2 infektion/covid-19 i Region Sörmland
- Rutin för screeningprovtagning av personer som skrivs ut från sjukhus och har vård och omsorg eller SSSIH oavsett boendeform eller flyttar mellan olika boendeformer i kommunal eller privat regi.
- Rutin för provtagning vid misstänkt covid-19, screening och smittspårning i kommunal hemsjukvård, oavsett boendeform samt brukare med enbart hemtjänst.
- Provtagning av kommunal vårdpersonal på provtagningsstation.
- Smittspårning i kommunal och privat vård och omsorg inom olika boendeformer och med hemtjänst eller hemsjukvård gällande covid-19.

Samverkan med Smittskyddsenheten och vårdhygien vid bekräftad smitta

- När personal är smittad, smittspårning personal/hyresgäster
- När hyresgäst/brukar/patient är smittad.

Förändrade arbetssätt/utvecklande arbetssätt

- Utvecklat kortvård -avsätta särskild personal för friska enheter/avdelning respektive /smittade enheter både dag och natt per enheten/avdelning. Lösningen har varit att flytta personal från enheter, andra hus samt ersätta medarbetare med övertid för att kunna klara verksamheten på ett patientsäkert sätt.
- Införande av specialteam inom DSO hemtjänst
- Införande av covid-team i hemsjukvården
- Inom funktionshinderområdet infördes rehabträning utomhus under sommaren för att minska smittorisken.
- Arbetar med säkerhet kring hembesök hemsjukvården och rehab.
- Rehab gör mera uppföljningar per telefon

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Risikanalys görs på individnivå via de olika kvalitetsregister och bedömningsinstrument som finns i journalsystemet som ska användas i verksamheten.

Verksamheten har gjort olika riskbedömningar som till exempel inför sommarbemanningen, inför jul- och nyårsbemanningen samt inför olika förändringar i verksamheten.

Under 2020 så gjorde verksamheterna riskbedömningar och uppdaterade sina pandemiplaner för att klara av verksamheten vid större frånvaro av personal.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Under 2020 så har inga utredningar om vårdskador gjorts då det inte har inträffat några vårdskador som har behövts utredas utifrån de hälso- och sjukvårdsavvikelser som har hanteras i avvikelsemodullen.

Under 2020 så har inspektionen för vård och omsorg gjort två granskningar, telefonintervju med enhetschef på hur verksamheten hantera pandemin en inom äldreomsorgen, ingen fördjupad granskning av IVO behövde göras.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Division social omsorg har anslutits till NIS-direktivet. NIS-regleringen innebär i korthet krav på informationssäkerhet och incidentrapportering för leverantörer av samhällsviktiga och vissa digitala tjänster.

Verksamhetssystemet Procapita är skattat via SKR's Klassa. KLASSA är ett verktyg för klassificering av IT-system med avseende på informationssäkerhet.

Verksamheten har rutiner för informationssäkerhet, styrning av behörigheter samt rutiner för åtkomstkontroller.

Åtkomstkontroller görs med regelbundenhet i verksamheten, ansvarig enhetschef granskar loggar, inga allvarliga incidenser har rapporterats.

Kommunen och regionen använder sig av ett IT-stöd, Prator för samordnad planering. Prator fungerar som meddelandehanterare mellan slutenvården, primärvården, psykiatrisk öppenvård och kommunerna.

Medicinska ansvarig sjuksköterska gör granskning av patientjournalen. I granskningen framkom det brister som behöver förbättras för att uppnå god patientsäkerhet.

De brister som MAS upptäckt var:

- inhämtat samtycke saknades
- dokumentation om vem som är omvårdnadsansvarig sjuksköterska saknades
- hälsoplanerna var inte fullständiga
- att verifierad medicinsk diagnos inte fanns dokumenterat
- avsaknad av dokumenterat avstämning /information till patient

Hälso-och sjukvårdsorganisationen har tagit fram en handlingsplan med olika åtgärder för att förbättra journalföringen. Handlingsplanen kommer att följas upp under våren 2021. Genomgång av de brister som kom fram i rapporten är genomförd med den legitimerade personal som varit delaktiga i att ta fram åtgärder i handlingsplanen. Dokumentationsgrupper har startats upp både i rehabgruppen och inom sjuksköterskegruppen.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Beskriv måluppfyllelse dvs. en samlad analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål.

Mål	Åtgärder/ Strategi	Resultat	Analys
God systematiskt patientsäkerhetsarbete med stöd av avvikelser.	Ta fram en struktur för sammanställning och analys av avvikelser på samtliga organisatoriska nivåer. (enhetsnivå-verksamhetsnivå - divisionsnivå)	Arbetet har inte prioriterats under 2020 på grund av pandemin, men kommer att prioriterats under 2021.	Hur vi hanterar avvikelser behöver förtydligas. Vem gör vad? Hur ska det analyseras? Hur ska återkoppling ske?
Att minska läkemedelsavvikelser.	Påbörjat arbete med att införa digital signering av läkemedelshantering via APPVA.	En liten minskning av rapporterade läkemedelsavvikelser · Se tabell 1. Avvikelse läkemedel	Övervägande av läkemedelsavvikelserna handlar om att patient inte fått sin läkemedelsdos, eller fått dos på fel tidpunkt, eller att personal glömt signera att läkemedelsdos given.
Öka registrering och målvärde i nationella kvalitetsregistren. Senior alert BPSD	Rutinen som är framtagen för arbete med senior alert har använts i verksamheterna. Två administratörs utbildningar har genomförts under januari och februari totalt 23 deltagare. Enheter som har gått	Antal unika personer som registrerats i senior alter har ökat se tabell 2. Antal fall se tabell 3. Antal registreringar i BPSD har minskat med 8 % under 2020. Se	Att arbeta med nationella kvalitetsregister har varit en del av det dagliga arbetet och har kunnat utföras trots att verksamheten har haft en stor påverkan på grund av pandemin. Arbetet med nationella kvalitetsregister behöver fortsättas och utvecklas

Palliativa registret	administratörsutbildning har erbjudits digital uppföljning med möjlighet till stöd och rådgivning från certifierad utbildare. Ny rutin för palliativ vård i livet slutskede vid covid-19, implementerad och känd av sjuksköterskor.	tabell 4 och analys. Att det finns ordination av läkemedel för ångest och smärt har förbättrats något under 2020, se tabell 5. Antal avlida med covid inom äldreboende under 2020 har varit 13. Se tabell 6 och analys samt tabell 7.	under 2021. Att prioritera en god vård vid livets slut har varit viktigt under 2020 av alla yrkesgrupper.
Mål att uppnå goda basala hygienrutiner och klädregler inom divisionen.	Uppdatering av intranätet med rutiner och instruktioner. Enhetschefer har haft regelbundna genomgångar av rutinerna med medarbetare.	Resultat från enkät våren 2020. 35 % svarade på enkäten, 84 % hade fått information om basala hygienrutiner i början av sin anställning. Många känner sig också säkra på basal hygien, 69 % mycket säkra och 29% ganska säkra. 9 av 10 upplever att rutiner för basal hygien följs på arbetsplatserna. Resultat från PPM mätning hösten 2020. 7 äldreboenden deltog i mätningen. 60 % andel hade korrekt i samtliga 8	Basala hygienrutiner har varit ett stort fokus under 2020. Följsamheten har ökat i verksamheten.

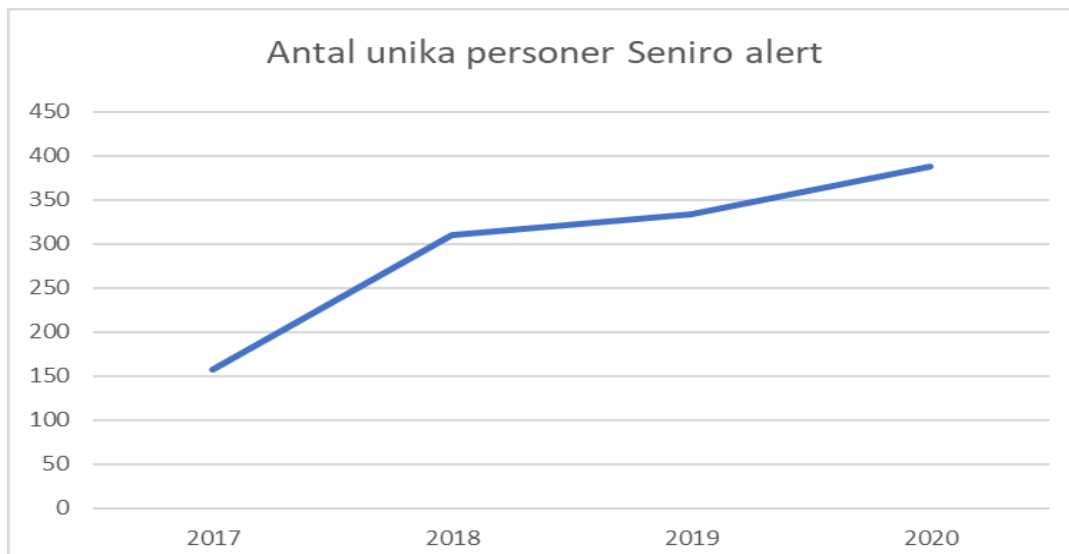
		steg. 66 % andel korrekt i samtliga hygiensteg 82 % andel korrekt i samtliga klädregler	
Divisionen har som målsättning att brukare/patienter ska avsluta sin vistelse inom slutenvården så snart som möjligt efter att läkare meddelat utskrivningsklar.	Utveckling av interna processer för trygg och effektiv samverkan. God samverkan med regionen. Fortsatt arbete med koordinatorfunktion.	Minskat utskrivningsdagar – genomsnitt för hela året 0,09. Se tabell 8. Utskrivningsdagar för hela året.	Att samverka snabbt och med regelbundenhet har gett effekt. Att koordinatören direkt tar upp problem internt och externt som löses fortlöpande varje dag, varje vecka.
Målsättning inom division social omsorg att skyddsåtgärder används på rätt sätt.	Ny riktlinje kring skyddsåtgärder. Genomlysning av begränsning- och skyddsåtgärder inom funktionshinderområdet	Minskat användningen av skyddsåtgärder inom funktionshinderområdet.	Utveckla egenkontroll av användandet av skyddsåtgärder inom division social omsorg.

Tabell 1. Antal läkemedelsavvikelser inom division social omsorg.

Verksamhet	2020	2019	2018
Äldreboenden inkl. korttidsboende	672	836	644
Hemtjänst	498	364	259
Bostad med särskild service LSS	173	182	176
Boendestöd	2	1	8
Hemsjukvård	3	2	1
Totalt:	1348	1394	1088

Källa verksamhetssystemet procapita.

Tabell 2. Antal unika personer som registrerats i senior alert.



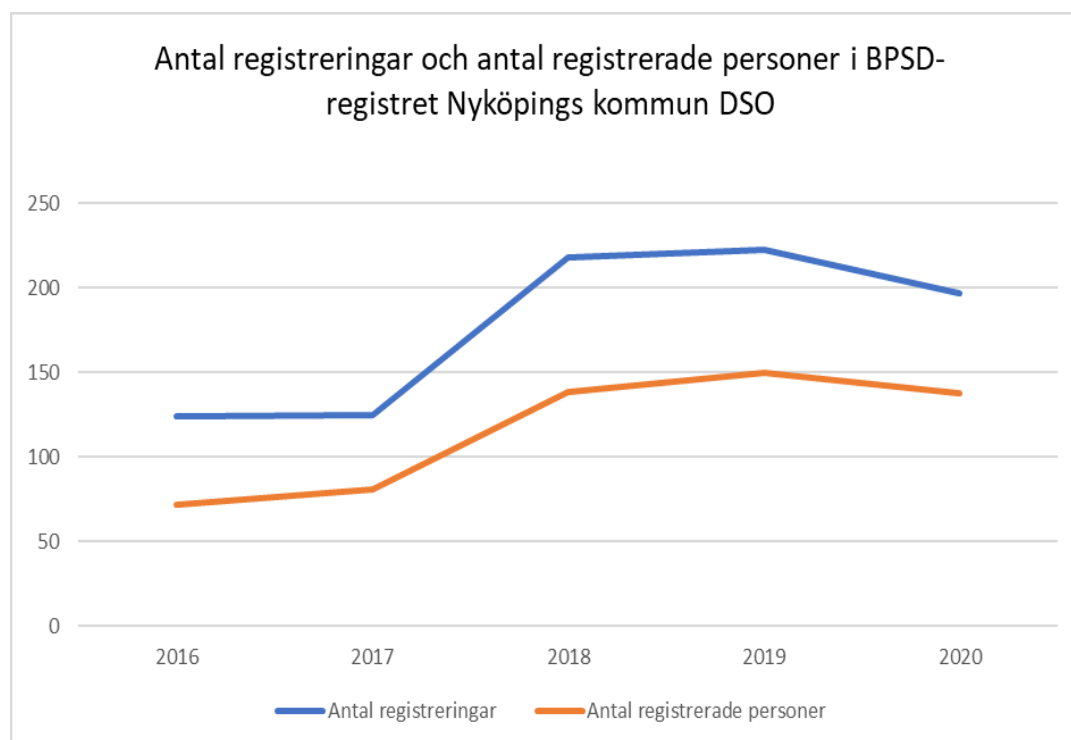
Källa Senior alertet registret.

Tabell 3. Antal fall äldreboende

Verksamhet	2020	2019	2018	2017
Äldreboenden	1537	1340	1360	1426

Källa rapporterat från verksamheten.

Tabell 4. Antal registreringar BPSD.



Källa BPSD registret.

Analys och utvecklingsområden kring BPSD

Under januari och februari hölls två administratörsutbildningar med sammanlagt 23 deltagare från enheterna Mariebergsgården och Rönnliden. Uppföljningsutbildningar och utbildningshalvdagar för hela enheterna var planerade till senare delen av våren 2020. Denna planering påverkades kraftigt av pandemins utbrott i mars och alla fysiska möten ställdes in året ut. BPSD-registret tillåter inte att administratörsutbildningar genomförs digitalt, därför har de certifierade utbildarna undersökt andra möjligheter för att ändå hålla kontakten med enheterna. Enheter som har gått administratörsutbildning har erbjudits digital uppföljning med möjlighet till stöd och rådgivning från certifierad utbildare.

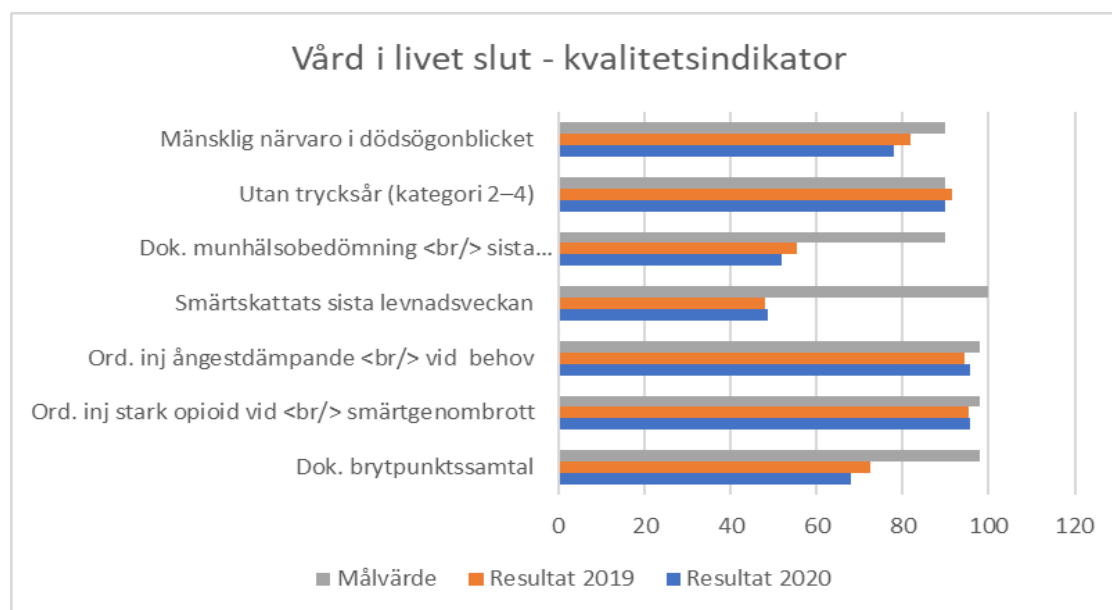
Vi kan i 2020 års statistik se att enheterna som gått administratörsutbildningen 2019/2020 i hög grad har kommit igång och registrerat i BPSD-registret. Vi kan även se att många enheter, trots den förändrade situationen med pandemin, fortsatt registrera i BPSD-registret under 2020, även om vi ser en minskning jämfört med 2019. Sammantaget under perioden har 197 registreringar gjorts, vilket är en minskning med 12% jämfört med 2019. 138 personer har registrerats i registret, vilket är en minskning med 8% jämfört med 2019. 18 enheter var aktiva i registret 2020, vilket är en minskning med 1 enhet jämfört med 2019.

Under 2021 ser vi framförallt två stora behov, dels att utbilda fler administratörer så att fler enheter kommer igång i registret, dels att följa upp arbetet i BPSD-registret med de enheter som redan nu registrerar. För att möta dessa behov kommer två ytterligare certifierade utbildare att utbildas hösten 2021 och de två specialistundersköterskorna från Resursteamet Demens kommer att stödja utbildade enheter i implementeringsprocessen tillsammans med de certifierade utbildarna.

Ett annat område att utveckla är att öka antalet registreringar där hela det multiprofessionella teamet närmast personen med demens deltar i registreringarna. Att hela teamet deltar innebär att minst en

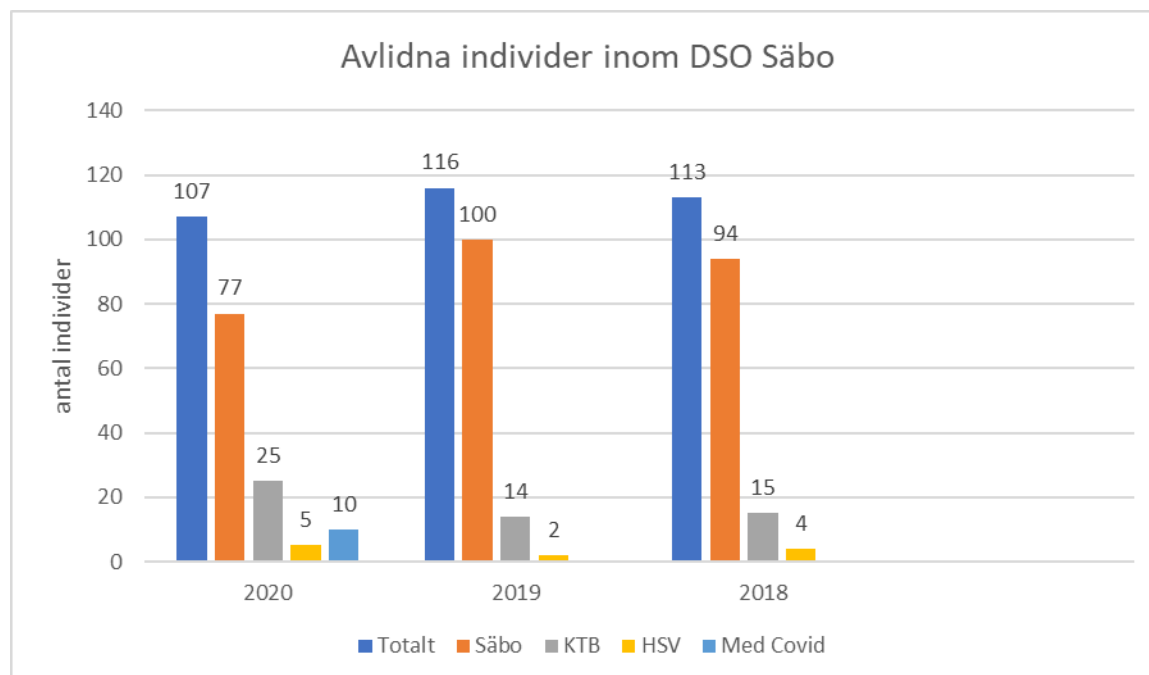
SOL-personal (administratör, undersköterska/vårdbiträde eller enhetschef) och minst en HSL-personal (leg. sjuksköterska, leg. arbetsterapeut eller leg sjukgymnast/fysioterapeut) deltar under hela processen med observation, analys av orsaker och framtagande av åtgärder. Idag deltar hela det multiprofessionella teamet under hela processen i 27,8 % av alla BPSD-registreringar i Nyköpings kommun enligt kvalitetsindikatorerna på www.bpsd.se (detta redovisas i BPSD-registret med privata och kommunala enheter sammanräknade).

Tabell 5. Kvalitetsindikator palliativa register.



Källa palliativa registret.

Tabell 6. Antal avlida inom äldreboendena under 2020.



Källa palliativa registret.

Inom DSO äldreboende har 63 patienter blivit smittade i verksamheten, av dessa har 13 avlidit (uppgifter från verksamheten). Totalt kan vi se att antalet avlidna inom äldreboende har varit lägre under 2020 än både under 2019 och 2018.

Sammantaget har alla medarbetare på äldreboende arbetat på ett bra sätt för att minska smittspridning inom verksamheten och snabbt kunnat stoppa en vidare spridning. Verksamheten har med sina förutsättningar gjort allt för att bibehålla en god patientsäkerhet och med bra resultat utifrån att antalet avlidna var lägre än föregående år.

Tabell 7 antal patienter/hyresgäster med covid-19 inom DSO äldreboenden under från februari 2020 uppdelat på äldreboende och demensboenden, tabellen innehåller även antal smittspårade personal.

Säbo DSO	Feb	Mars	April	Maj	Jun	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
Antal med bekräftad covid-19 - ÄB			6		8					13	17	44
Antal med bekräftad covid-19 - DB			7							9	2	18
Antal med bekräftad covid-19 - LSS		1										1
Antal avlidna med covid-19			5		1	1				6	1	13
Antal personal i smittspårning					31	28					311*	370
Varav positiva personal i smittspårning					5	2				7	8	21

Källa inrapporterat från verksamheten.

Tabell 8. Antal vårdtillfällen och antal vårdagar efter utskrivning (UK dagar).

Månad	Antal vårdtillfällen	Antal vård dagar efter UK	Genomsnitt
Januari	196	187	0,95
Februari	129	79	0,61
Mars	140	92	0,66
April	112	-76	-0,68
Maj	106	-3	-0,03
Juni	112	11	0,10
Juli	127	-30	-0,24
Augusti	137	-15	-0,11
September	153	-42	-0,27
Oktober	160	-36	-0,23
November	148	42	0,28
December	155	4	0,03
Genomsnitt/månad			0,09

Källa Prator.

Klagomål och synpunkter

Tabell över inkomna klagomål och synpunkter som handlar om vård-och behandling. Totalt är det 9 av 89 inkomna klagomål och synpunkter som handlar om vård- och behandling.

Område	Antal
Vård och behandling	5
Säkerhet	1
Bemötande	1
Restriktioner på grund av corona	2
Totalt	9

Källa platina.

Man kan konstatera att det är väldigt få inkomna klagomål och synpunkter som handlar om vård- och behandling. Utifrån det behöver man fundera vidare på om rutinen är känd i verksamheten och hur vi ska hantera synpunkter och klagomål? Detta är något som behöver utvecklas och förbättras.

Risikanalys

De riskanalyser som har gjorts på verksamhetsnivå handlar om hur vi ska klara att uppnå en god patientsäkerhet på grund av en minskad bemanning under pandemin. Riskanalyserna identifierar prioriterade hälso- och sjukvårdsuppgifter som måste göras för att uppnå en god patientsäkerhet. Riskanalysarbetet behöver utvecklas så att det görs i flera olika nivåer och gör på ett systematiskt sätt.

Mål och strategier för kommande år

Strategi och mål för divisions social omsorg kommande år kring utveckling av patientsäkerheten.

Digital teknik – fortsätta utvecklingen av att använda digital teknik som tex, digital signering, vårdplaneringsmöte digitalt. Mål för digital signering är att alla verksamheter har detta implementerat fullt ut 2022. Omvärldsbevakning av ny digital teknik som bidrar till ökad patientsäkerhet och resurseffektiv.

Proaktivt arbete – utveckla tidiga och förebyggande insatser tillsammans med regionen i Sörmland, till exempel utveckla det proaktiva arbetet i samverkan med primärvården med mål att minska återinläggningar.

Samverkan – fortsätta att utveckla ett förstärkt samarbete mellan olika professioner inom divisionen i syfte att effektivisera och kvalitetssäkra insatserna runt den enskilde individen så att god patientsäkerhet uppnås.

Kompetens och kvalitet – Patientsäkerhet kräver att vi bibehåller personal med kompetens och utbildning, ger förutsättningar att utvecklas samt utvecklar verksamheten. Erbjud utbildning till vårdbiträden för att möjliggöra delegering men även kunna erbjuda sjuksköterskor vidareutbildning till distriktssköterskor alt. utbildning inom hemsjukvård. Fortsätta med satsningen kring förflyttningsteknik till alla personal inom äldreomsorgen och vidare inom funktionshinderområdet. Översyn av hälso- och sjukvårdsorganisationen samt utveckla bemanningsmål för hälso- och sjukvården alla yrkeskategorier.

Nationella kvalitetsregister – Att arbeta med kvalitetsregister ger kunskap om hur vården och omsorgen fungerar och kan förbättras. Fortsätta utveckling av vårdprocessen/arbetsätt med hjälp av resultaten för att utveckla förbättringsområden.



Patientsäkerhetsberättelse

St Anna

2020

Datum och ansvarig för innehållet

Hanna Nyberg
verksamhetschef
2020-02-02

Innehåll



.....	1
PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	4
STRUKTUR.....	6
Övergripande mål och strategier	6
Arbeta systematiskt för att bibehålla och öka kvaliteten i verksamheten.....	10
Organisation och ansvar.....	11
Ägare.....	11
Styrelse	11
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Patienters och närståendes delaktighet.....	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	14
Klagomål och synpunkter.....	14
Egenkontroll.....	15
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	16
Riskanalys	17
Utredning av händelser - vårdskador.....	18
Informationssäkerhet.....	18
RESULTAT OCH ANALYS	19
Egenkontroll.....	19
Klagomål och synpunkter.....	21
Händelser och vårdskador	23
Riskanalys	23
Mål och strategier för kommande år	24
Bilagor	25

Sammanfattning

Vi är enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen (PSL) skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Övergripande målsättning för verksamheten är att utföra trygg och patientsäker vård på ett individanpassat sätt.

<i>Målsättning</i>	<i>Resultat</i>	<i>Åtgärd</i>
Komma igång med BPSD-arbete. Samtliga medarbetare ska utbildas under året	Ingen BPSD-utbildning har genomförts under året	Utbildning planeras till år 2021. Silviacertifierad demenssjuksköterska på Björkgården kommer att hålla i utbildningen
Systematiskt arbeta med samtliga avvikelser som registreras	Arbetet är påbörjat i oktober. VC går igenom samtliga avvikelser och dokumenterar enligt gällande rutin.	Fortsatt arbete med ansvarsfördelning mellan VC och OAS. Genomgång av samtliga avvikelser en gång per månad
Möten med utsedda ombud för att förbättra arbetet med inkontinenshjälpmedel, kostanpassning, anhörigstöd mm ska möten hållas enligt företagets mötesmatris	Många möten har under året ställts in för att undvika att samlas i större grupper.	Följa satt mötesmatris under 2021 och införa digitala möten om personliga sådana inte går att genomföra för att undvika inställda möten
God kommunikation i verksamhetens ledningsgrupp för att ha en enad linje i förändringsarbeten och kvalitetshöjande insatser	Möten har hållits på fokus har mestadels varit på pandemirelaterade frågor.	Ledningsmöten varje månad enligt mötesmall från A&O
Goda kunskaper inom inkontinensvård och hjälpmedel för samtlig personal	Floras OVP har genomgått utbildning, Frejas har inte	Utbildning för samtlig OVP under 2021 då för lång tid gått sedan Floras utbildning

Viktigaste åtgärderna vidtagna för att öka patientsäkerheten år 2020 listas nedan i punktform

- Vårdplaner för samtliga med behov av inkontinenshjälpmedel
- Arbetet med att öka kvaliteten på palliativ vård är påbörjat enligt kompetensutvecklingsplan för HSL
- Registreringar i Palliativa registret enligt gällande riktlinjer
- Förbättrade kunskaper inom kontinens och inkontinensvård genom utbildning av omvårdnadspersonal på Flora
- Gott samarbete med anhöriga i enlighet med det arbete i anhängstödsutveckling som påbörjats. Pandemin har krävt andra sätt än personliga möten med anhöriga vilket också varit välfungerande
- Sjuksköterskor har haft beredskap under vardagar kl 07-17 för att säkra att inga verksamhetsövergångar skett
- Påbörjat systematiskt kvalitetsarbete i Procapitas avvikelsemodul

De viktigaste resultaten som uppnåtts inom patientsäkerhetsarbetet 2020

- Arbetet i Senior Alert med registreringar, uppföljningar och fallregistrering
- Ökade kunskaper inom basala hygienrutiner och smittspridning
- Förbättrat samarbete mellan avdelningar på respektive hus samt mellan dag och nattpersonal
- Tydlig och välkänd rutin för delegering

Målsättning för patientsäkerhetsarbetet 2021

- Samtliga boende ska ha en aktuell genomförandeplan som revideras minst var sjätte månad med fokus på individanpassade aktiviteter
- Avvikelsehantering ska förbättras och samtliga avvikelser ska följas upp
- Fokus på kost, näringslära och måltidsglädje
- Ökade kunskaper i palliativ vård
- Bättre kunskaper i inkontinensvård och tillhörande hjälpmedel

Inledning

Ansvar och Omsorg AB driver St Annas äldreboende på uppdrag av Nyköpings kommun sedan 2009. Samtlig boende som flyttar in på St Anna har ett biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen. Boendet har plats för totalt 60 boende varav 40 med demensdiagnos och 20 för somatisk vård. Verksamheten är uppdelad på två olika hus, Flora och Freja. Freja har tre demensavdelningar, Flora en demensavdelning och två säboavdelningar. Alla avdelningar har tio lägenheter, på Flora finns sammanlagt två lägenheter per avdelning som är större och möjliggör parboende. Under 2020 har inget parboende förekommit. Till verksamheten hör Annas Restaurang, där tillreds lunch och middag för samtliga boende på Flora och Freja.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

A&O har som övergripande mål och värdegrund att förmedla värme, omtanke och trygghet till de som är i behov av särskilt boende. Vi arbetar därför aktivt med att nå våra mål och ständigt höja kvaliteten i verksamheten.

Verksamhetens målsättning för året gällande Hälso- och Sjukvårdslagen HSL och Patientsäkerhetslagen PSL:

- Ökad kompetens inom palliativ vård
- Individuella vårdplaner, åtgärder och måluppfyllnad för boende som behöver inkontinenshjälpmedel

Målsättning utifrån Socialtjänstlagen SOL:

- samtliga boende ska ha journalanteckning minst en gång varje vecka
- alla boendes genomförandeplaner ska vara uppdaterade minst var sjätte månad
- 100% av omvårdnadspersonal ska vara aktiva i Procapita

Leva upp till gällande lagstiftning i HSL

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
Att följa gällande lagar och riktlinjer som styr hälso- och sjukvård	Säker journalföring enligt gällande riktlinjer	<i>Journalgranskning enligt riktlinjer från uppdragsgivare</i>	<i>Journalgranskningar utförda. Loggkontroller gjorda utan anmärkning Påbörjat arbete med att arbeta systematiskt med avvikelser</i>
Upprätta vårdplaner efter behov	Arbeta aktivt med att upprätta, följa upp och utvärdera vårdplaner utifrån boendens behov	<i>Varje boende bedöms av OAS, OVP och paramedicinsk personal enligt gällande riktlinjer och vårdplaner upprättas för hälsohinder</i>	<i>Vårdplaner finns och följs upp kontinuerligt</i>
Arbeta aktivt i kvalitetsregister	Palliativa registret: Alla som avlider på verksamheten ska registreras i Palliativa registret.	<i>Ju fler på avdelningen som deltar i varje skattning desto bättre. Det är sjuksköterskans ansvar att se till att registreringar görs och att det palliativa arbetet går framåt och utvecklas</i>	<i>Registreringar är utförda, dock utförs registreringarna till största delen av OAS, OVP behöver bli mer delaktiga för att få en bättre bild över det palliativa vårdandet</i>
	Senior Alert: Samtliga boende ska skattas i Senior Alert. För boende som inte samtycker till registrering i registret ska samma arbetsmetod appliceras.	<i>Vid uppmärksammade risker upprättas vårdplaner</i>	<i>Gott samarbete med OVP vid vikt-kontroller, falldiskussioner och åtgärdsplanering</i>
	BPSD: Samtliga boende med BPSD problematik ska skattas i BPSD registret	<i>I dagsläget finns få utbildade inom BPSD, dock finns alltid möjlighet till hjälp från demens-sjuksköterska på Björkgården.</i>	<i>Ingen utbildning, dåligt arbete med BPSD.</i>

Verksamhetens mål	Ana-lys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
Effektiv rond	Maximera den tid där läkare och sjuksköterska har till rond varje vecka genom att personal är delaktig och förberedd inför ronderna	<i>OVP ska delta i rond eller lämna synpunkter till OAS</i>	<i>Ronderna fungerar väl både på Flora och Freja. Läkare har under 2020 varit densamma i stort sett hela året. En välfungerande PAL som OAS har god kommunikation med</i>
Delegering för HSL-uppgifter	Varje sjuksköterska ansvarar för att ge medarbetare med adekvat utbildning och kunskap delegering efter genomgången utbildning. Medarbetaren själv ansvarar för att hålla koll på när delegeringen behöver förnyas	<i>Utbildningar som ska utföras innan delegering kan utföras är följande: Demens ABC Palliativ webbutbildning Jobba säkert med läkemedel Basala hygienrutiner</i>	<i>Rutin för delegeringar har varit välfungerande</i>
Säker läkemedels-hantering	Verksamheten ska följa de riktlinjer som finns upprättade för att ha en säker hantering av samtliga läkemedel	<i>Månatlig kontroll av narkotikaklassade preparat Granskning av Apoex årligen Genomgång av rutin för läkemedelshantering</i>	<i>Verksamheten har en välfungerande rutin. Apoex har under hösten 2020 granskat detta utan anmärkningar</i>

Leva upp till gällande lagstiftning enligt SOL

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning	Utförande	Uppföljning
Verka för att den boende ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande	Brukarundersökning A&O:s företagsövergripande boendekät	<i>Vi vill ständigt förbättra kvaliteten för de som bor på vår verksamhet. Öppna jämförelser är ett bra verktyg för att undersöka nöjdheten.</i>	<i>Vårt mål var att ligga över rikets snitt för året 2020, så blev inte fallet. Vi kommer att lägga fokus på de områden som understiger dessa värden under 2021</i>

Verksamhetens mål	Analys /beskrivning	Utförande	Uppföljning
	Egentid med kontaktperson ska planeras utifrån gällande avtal för verksamheten, dock minst sex timmar under året	<i>Det ska tydligt framgå av genomförandeplanen vad den boende önskar gällande egentid. Det är upp till varje kontaktperson att dokumentera när egentiden är utförd, både i Procapita och på checklista för kontaktmannaskapet som ska lämnas in till VC varje månadsskifte</i>	<i>Har varit mer utmanande i år än tidigare då möjligheten att komma ut och hitta på saker har minskat</i>
	Aktiviteter anpassade efter behov och önskemål	<i>I genomförandeplanen ska tydligt framgå vilka aktiviteter den specifika boende önskar och vill delta i. Det ska även framgå om den boende fransägar sig deltagande i aktiviteter och vad som istället önskas för en meningsfull vardag</i>	<i>Tyvärr fortfarande en brist. Dock pågår arbetet med att förbättra kvaliteten på genomförandeplaner och individuella aktivitetsplaner</i>
Följa gällande lagstiftning för social dokumentation	100 % av personalen ska ha skrivit anteckningar i den sociala dokumentationen,	<i>Samtlig personal har behörighet att dokumentera i journalsystemet, Procapita. Detta följs upp inför lönesamtal och medarbetarsamtal och är i allra högsta grad lönegrundande</i>	<i>Fortsatt stora problem med inloggning via Citrix. Detta leder till ambivalens hos OVP vilket är en brist i patientsäkerhetsarbetet</i>
	Genomföra minst två revideringar av genomförandeplaner under året	<i>Det är varje kontaktpersons ansvar att upprätta och revidera genomförandeplaner enligt gällande riktlinjer.</i>	<i>VC gör kontroller av samtliga genomförandeplaner under året. Detta är uppnått till ca 85% under året</i>
	Varje boende ska ha minst en journalanteckning per vecka	<i>Kontaktperson ansvarar för att veckoanteckning görs.</i>	<i>Detta kontrolleras av VC med slumpmässig stickkontroll samt checklista som ska lämnas in varje månad</i>

Arbeta systematiskt för att bibehålla och öka kvaliteten i verksamheten

Verksamhetens mål	Analys /beskrivning	Utförande	Uppföljning
Implementera gemensam struktur i verksamheten	Följa företagsövergripande mötesmatris	<i>Inför verksamhetsåret upprättas mötesmatrisen och delges samtlig personal</i>	<i>Har inte gått att genomföra enligt planering under året</i>
Alla medarbetare ska känna sig trygga i sin profession och sin yrkesroll	Att ha en tydlig kunskap om vad som förväntas av OVP under anställning på St Anna	<i>Samtliga medarbetare har gått igenom befattningsbeskrivning. Den lämnas alltid ut till nyanställd personal och tas upp på APT minst en gång varje år</i>	<i>Vi har gått igenom befattningsbeskrivningen på APT Den delas alltid ut i samband med nyanställning</i>
Reflektionsstunder	Skapa större förståelse för verksamheten och kvalitetsarbetet som är på gång	<i>En punktlista finns för personalen att gå igenom, i dagsläget ska denna genomgå tre gånger per dygn, förmiddag, eftermiddag och natt för att säkra patientsäkerhet och arbetsmiljö under pandemin</i>	<i>Blankett lämnas in efter varje tillfälle. I förlängningen är det inte hållbart då utskriftarna blir väldigt många. Dock har det känts viktigt att få igång en kontinuitet genom att samla in dessa. Har varit välfungerande</i>
Dagplaneringsmallar på samtliga avdelningar	För att förbättra planeringen av omvårdnaden på avdelningsnivå ska alla avdelningar arbeta utifrån dagplaneringsmallar där arbetsbelastning är välfördelad	<i>Väl detaljerade dagplaneringsmallar finns i företagets verksamhetsstöd. Dessa lokalanpassas efter St Annas behov och används av all OVP</i>	<i>Samtliga avdelningar har dagplaneringsmall som används, dock ej nattetid</i>
De boende ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete	Boenderåd där de boende på St Anna får lämna sina synpunkter och önskemål ska hållas fyra gånger årligen	<i>Verksamheten utgår från en mall som är företagsövergripande. Boenderådet utförs alltid före ett aktivitetsombudsmöte och kostombudsmöte för att boendes åsikter ska kunna tas upp</i>	<i>Har genomförts avdelningsvis. Har dock ej följts av planerade kost- och aktivitetsombudsmöten som planerat under hela året</i>

Organisation och ansvar

A&O och bedrivit äldreomsorg sedan 1993 vilket gör oss till en av de äldsta aktörerna inom vård och omsorg. Fokus har alltid varit att tillhandahålla den bästa möjliga omvårdnad där vi värnar om den enskilda individens självbestämmanderätt, vilja och integritet.

Målet är att förmedla värme, omtanke och trygghet till de som är i behov av vård och omsorg. Genom att ha välutbildade och engagerade medarbetare samt arbeta med värdegrund och bemötande kan vi nå våra mål. I våra verksamheter ska vi även skapa möjlighet till en meningsfull vardag där vi erbjuder ett utbud av såväl fysiska, sociala som kulturella aktiviteter.

Ägare

A&O har samma svenska ägare sedan 1993 och har inga externa ägare eller inblandning av riskkapital. Detta borgar för ett ansvarsfullt och långsiktigt perspektiv på verksamheten utan krav på vinster eller stora aktieutdelningar.

Styrelse

Styrelseordförande för A&O är Frank Mårdh, tillika grundare av företaget. Här ingår även företagets VD Sakarias Mårdh.

Företagsledning

A&O har en öppen och platt organisation där företagsledningen utgår från huvudkontoret i Norrköping. I företagsledningen ingår VD, områdeschefer, vice VD och kvalitetsansvarig. Stödfunktioner till företagsledningen är kvalitetsutvecklare, kostansvarig och IT-ansvarig. På huvudkontoret finns även ekonomi- och lönekontor. Alla verksamheter har en verksamhetschef på plats för ett nära och synligt ledarskap.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen (VC) har ansvar för att leda och utveckla sin verksamhet och är anmäld till IVO enligt 29§ HSL (Hälsö- och sjukvårdslagen). VC har ansvar för att ta fram lokala rutiner och se till att dessa följs samt säkerställa att verksamheten följer aktuell lagstiftning och företagets riktlinjer.

Hälsö- och sjukvårdspersonal

Den hälsö- och sjukvårdspersonal som arbetar i verksamheten, omvårdnadsansvariga sjuksköterskor (OAS), ansvarar för det övergripande patientsäkerhetsarbetet och är omvårdnadspersonals närmsta arbetsledare i omvårdnadsarbetet.

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal (OVP) ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, följa sin befattningsbeskrivning och fastställda rutiner. De utför vissa hälsö- och sjukvårdsuppgifter efter delegering av ansvarig sjuksköterska. OVP är de som känner de boende allra bäst genom den dagliga om-

vårdnaden och en otroligt viktig del i patientsäkerhetsarbetet.

Ledningssystem

A&O:s ledningssystem är utformat enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Utifrån detta har verksamheten bland annat månatligt hållna kvalitetsråd där patientsäkerhetsarbetet och andra kvalitetsrelaterade punkter diskuteras och planeras. Under kvalitetsråd är en representant från varje avdelning, OAS samt VC med.

VC fastställer tillsammans med OAS strategier och mål för patientsäkerhetsarbetet och att arbetet följs upp kontinuerligt. Detta förs in i Stratsys som är det arbetsverktyg som används inom A&O. Här finns tydlighet, målsättning, uppföljning samt utvärdering. Målsättning för hela verksamheten, inklusive patientsäkerhetsarbetet finns att läsa i verksamhetsplanen.

OAS är ytterst ansvariga för arbetet med vårdhygien och kunskaper gällande smittskydd.

Verksamhet St Anna

A&O Ansvar och Omsorg AB driver sedan 2009 St Annas äldreboende på uppdrag av Nyköpings kommun.

VC, också legitimerad sjuksköterska, innehar det övergripande arbetsmiljö- och patientsäkerhetsansvaret samt är yttersta HSL-ansvarig för hela verksamheten.

Förutom verksamhetschef finns en heltidsanställd samordnare och två heltidsanställda sjuksköterskor utöver OVP. Sjuksköterskorna ansvarar för varsitt hus, Flora och Freja. Delar av HSL-ansvaret är delegerat till verksamhetens sjuksköterskor. VC, samordnare och sjuksköterskor utgör ledningsgrupp på St Anna. Verksamhetens samarbetar med Vårdcentralen Bagaregatan där PAL finns. Ronder sker en gång varje vecka.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Inom företagets övergripande ledningsgrupp finns en kvalitetsansvarig samt tre kvalitetsutvecklare varav en är intern MAS och en MAR. Verksamheten har tät kontakt med samtliga, beroende på område. Alla utredningar gällande lex Maria och lex Sarah kommuniceras med kvalitetsansvarig. Allt material ses över och kvalitetsansvarig ansvarar för den yttersta kontakten med IVO vid behov.

I verksamheten har OAS tillsammans med OVP kontinuerlig uppföljning utifrån de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs.

Samverkan mellan PAL och OAS sker under inplanerad rond en dag varje vecka men möjlighet till kontakt finns även utöver detta om behov finns.

Daglig kontakt mellan OAS och OVP hålls, både via dokumentationssystem och muntligen.

Vid inflyttning till verksamheten hålls ett inskrivningssamtal med OAS och PAL. Mötet journalförs enligt gällande rutin och OAS ansvarar för att vård-

rutinavvikelser, observationer, ställda diagnoser och liknande dokumenteras. Här inhämtas även samtycke för sammanhållen journalföring och liknande. Om boende flyttar från annat boende eller sjukhus görs en muntlig överskrifportering innan inflyttning mellan sjuksköterskorna. OAS beställer tandvårdskort för nödvändig tandvård via T99. Verksamheten samarbetar med både Oral Care och Folktandvårdens uppsökande verksamhet.

A&O har i Nyköping 5 sjuksköterskor, 4,9 årsarbetare, i tjänst helgfria vardagar mellan klockan 07–17. Någon av sjuksköterskorna finns alltid i tjänst dessa tider. All övrig tid, kvällar, helger och nätter, finns Nyköpings Kommuns jourhavande sjuksköterskor att tillgå enligt gällande avtal.

En boende som behöver vårdas inom slutenvården skrivs in i Prator av OAS. Då boende är färdigbehandlad sker rapporteringen från sjukhuset i Prator. Behandlingsmeddelande och epikris brukar medfölja från sjukhuset, ett exemplar till den boende och ett till OAS.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Under 2019 påbörjade vi ett bra arbete gällande anhörigstöd. Meningen var att vi skulle utöka vårt samarbete med anhöriga ytterligare under 2020 vilket blev annorlunda än vi planerat. I skrivandets stund har vi endast en OVP som är utbildad anhörigstödare, vi har under 2020 förlorat en till pension och en till annat yrke. Planen är att utbilda minst en till i anhörigstöd.

Vi har under 2020 haft än mer kontakt med anhöriga än tidigare, dock i andra former än fysisk. VC har under hela pandemins gång kontinuerligt uppdaterat anhöriga om gällande rutiner, riktlinjer för besök och lägesrapporter för verksamheten. Kontaktpersoner har ökat sin kontakt med anhöriga via telefon, mejl och sms då det har varit de enda sätten att diskutera olika frågor.

En stor del i OAS arbete är kontakt med just anhöriga. Anhörigas intresse att delta i arbetet runt en boende varierar självklart men de flesta är noga med att hålla sig uppdaterade och vill vara involverade i beslut som tas, åtgärder som sätts in och ordinationer som görs. Vissa anhöriga har under året deltagit i rond via telefon för att få kontakt med läkare och diskutera hälsohinder och övrigt hälsotillstånd. Om något sker som resulterar i en avvikelse diskuterar OAS och VC om huruvida anhöriga ska informeras eller ej. Vid upprepade fall exempelvis informeras inte anhöriga vid varje tillfälle om så inte är uppgjort från start. Om en allvarligare händelse sker informeras anhöriga löpande. Samtycke för informationsöverföring till närstående inhämtas alltid vid inflyttning.

Vid inflyttning får varje boende också en kontaktperson. Denne har, tillsammans med den boende, OAS och anhöriga ett välkomstmöte. Här tar vi upp sådant som är viktigt att veta för att kunna skapa en genomförandeplan och ge individanpassad omvårdnad. Vi diskuterar även anhörigas önskemål om kontakt, hur dom önskar kontakt och hur ofta. Vi efterfrågar alltid levnadsberättelse då den är ett otroligt viktigt instrument, fram för allt vid demenssjukdom.

Samtliga anhöriga till boende som vårdats i livets slut har fått komma in i verksamheten under ordnade former även under besöksförbud och besöksrestriktioner och vi har lyckat upprätthålla en väldigt god anhörigvård under det gångna året, trots vissa svårigheter. Samtliga har erbjudits brytpunktssam-

tal, dock ej i de fall där boende hastigt insjuknat för att senare avlida på sjukhus eller avlidit hastigt på boendet.

Vi uppmuntrar alltid till konstruktiv kritik och uppmanar anhöriga såväl som boende att använda vår blankett 'hjälp oss att bli bättre'. Varje månad är synpunkter och klagomål en stående punkt på kvalitetsråd, allt i enlighet med vår strävan att förbättra. En sammanställning över dessa bifogas.

A&O har, utöver Socialstyrelsens brukarenkät, en egen boendeenkät som skickas ut under hösten. Dessa går endast ut till säboavdelningar, i St Annas fall 20 boende. 2020 svarade 20 personer på denna enkät, ett deltagartal på 100% vilket är högre än deltagandet i Socialstyrelsens enkät för året. Resultatet visar på mycket högre nöjdhet än Socialstyrelsens enkät för samma år. En sammanställning delges alltid anhöriga till boende på enheten och givande diskussioner brukar vara normalt, dock ej detta år.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt Patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659) skyldiga att bidra till hög patientsäkerhet. En del i detta ligger i att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Samtliga händelser som lett till, eller hade kunnat lett till, vårdskada rapporteras direkt till OAS och VC av den som först upptäcker händelsen. Alla händelser ska registreras i Procapitas avvikelsemodul, detta görs av den som uppmärksammar det avvikande. VC startar en utredning, journalföring granskas, skriftlig utsago av händelseförlopp begärs in från OVP och OAS och materialet samlas i en utredningsmall som sedan sammanställs och skickas, avidentifierad, till kvalitetsansvarig på företaget. Det sker en analys av händelsen, en åtgärdsplan görs både för omedelbara åtgärder och långsiktiga sådana. MAS, områdeschef och uppdragsgivare meddelas av VC vid inledande av en utredning.

Under 2020 gjorde en (1) lex Sarahutredning. Åtgärder för denna händelse är vidtagna och uppföljning har skett.

Verksamheten arbetar aktivt med avvikelshantering och avvikelserapportering. Under 2020 har vi förbättrat vårt arbetssätt gällande händelseutredning, orsak, åtgärd och uppföljning. Verksamhetens riktlinjer och rutiner kring avvikelshantering är väl förankrat hos all hälso- och sjukvårdspersonal. OAS har ansvaret att kontrollera, uppmärksamma och utreda de avvikelser som skrivs i verksamheten. VC har övergripande ansvar för uppföljning och åtgärdsplanering.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

A&O har en tydlig mall för sammanställningar av avvikelser, klagomål och synpunkter. Denna tabell för 2020 finns att se under resultat och analys. Samtliga inkomna synpunkter och klagomål tas emot av VC som dokumenterar och för in i Stratsys. En stående punkt på varje kvalitetsråd är just detta och vi diskuterar hur vi ska förbättra oss. VC ansvarar för att återkoppla till de som

lämnat synpunkter, oavsett om det är en anhörig eller en boende.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

<i>Egenkontroll</i>	<i>Omfattning</i>	<i>Utformning</i>
Vårdrelaterade infektioner	Varje år kontinuerligt	Infektionsregistrering Screening Hygienombudsmöten
Basala hygienrutiner och klädregler	Varje år kontinuerligt	Hygienombudsmöte APT Webbutbildning
Hygienronder och självskattning	4 gånger per år	Hygienrond av utsedda hygienombud och OAS Självskattning av samtlig OVP
Avvikelser	10 gånger per år	Kvalitetsråd Hälsokonferenser Månadsuppföljning
Trycksår, undernäring och fallrisk	2 gånger per år	Senior alert.
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år samt kontinuerligt vid inkomna åsikter	Kvalitetsråd Patientsäkerhetsnämnden IVO Interna kvalitetsutvecklare
Journalgranskning	1 gång per år	Uppdrag från MAS
Granskning av hela verksamheten	1 gång per år	Intern kvalitetsrevision
Narkotikaklassade preparat	12 gånger per år Årligen	Kontrollräkning Granskning av apotek

PROCESS -

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Målsättning	Resultat från tidigare år	Aktivitet för att uppnå samt göra resultat mätbart
Hög kvalitet på vård och omsorg med hög nöjdhet hos boende hos A&O.	Vi har under flera år legat på en bra nivå, dock ej över rikets snitt. År 2020 ser vi dock en minskning i nöjdhet hos verksamhetens boende.	Socialstyrelsens brukarenkät, jobba för att ligga över rikets snitt på samtliga punkter. Specifik handlingsplan för 2020 års enkät är skapad A&O:s årliga brukarenkät och medföljande handlingsplan Boenderåd fyra gånger under året God samverkan med anhöriga
God samverkan med anhöriga	Under 2020 har kontakten med anhöriga sett annorlunda ut än normalt. Digital kontakt har ersatt fysiska möten	Kontinuerliga informationsbrev samt telefonsamtal med VC, OAS och OVP God struktur på välkomstsamtal samt uppföljning av dessa har vi lyckats hålla till viss del under pandemin, dock med några undantag där boende bött längre än normalt innan välkomstsamtal skett. Anhöriga involverade i genomförandeplaner i högre utsträckning. Flera anhöriga har under året efterfråga genomförandeplaner, detta skiljer sig från tidigare år.
God hantering av avvikelser	Innan pandemin har vi haft god struktur på våra kvalitetsråd som är ett av två forum där avvikelser diskuteras och hanteras. Pandemin har omöjliggjort detta, dock har samtliga avvikelser hanterats men den breda input vi normalt haft har uteblivit. Hälsokonferenser har fungerat bra, här ses samtliga fallavvikelser över	Samtliga avvikelser över varje månad och åtgärder vidtas där behov finns. Nytt för året 2020 är att VC har fått bättre struktur på händelseutredning än tidigare.

Gott samarbete med paramedicinska professioner för att skapa bättre och bredare bedömningar	Hälsokonferenser	Fortsatt utveckling av kvaliteten på hälsokonferenser.
Förbättrat palliativt arbete	Det palliativa arbetet på St Anna är bra men behöver förbättras med anledning av stor personalomsättning	Verksamheten har satt två huvudsakliga HSL-mål för 2020 där förbättrat palliativarbete är ett. Bättre kunskaper om palliativt vårdande och vårdpersonals delaktighet. Pga. rådande omständigheter har stor del av det kompetenshöjande arbetet fått vänta.
God och säker vårdhygien	Stort arbete med att förbättra rutiner gällande vårdhygien har pågått under hela året.	Självskattning så ofta som dagligen under våren Hygienobservationer varje vecka under pandemins första våg Webbutbildningar
Ökade kunskaper inom inkontinenshjälpmedel	Inkontinenshjälpmedel förskrivs på person och alla har en aktuell vårdplan	Vårdplaner för samtliga med behov av inkontinenshjälpmedel Uppföljning av vidtagna åtgärder och måluppfyllelse Utbildning från TENA
Dokumentation	Under lång tid har vi haft svårigheter att dokumentera i Procapita då inloggning i Citrix ofta är problematisk.	Registrera varje tillfälle där inloggning i Procapita inte är möjlig Diskutera med företagsledning och uppdragsgivare hur problemen ska lösas.

Risikanalyt

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Arbete med riskanalyser och tillhörande åtgärdsplaner är en ständigt pågående process i verksamheten och sker inom många olika områden, dock främst patientsäkerhet och arbetsmiljöarbete.

Riskbedömning för fall, undernäring, trycksår och munohälsa görs av OAS vid inflyttning till verksamheten. Vid inflyttning, var sjätte månad eller vid förändringar i hälsotillstånd görs en riskbedömning i den boendes lägenhet, både med risker för fall för den boende och risker i personals arbetsmiljö. Här används en mall för att identifiera brister och risker, därefter skapas en plan för åtgärder.

Risker för fall och trycksår tas kontinuerligt upp med rehab och vård- och åtgärdsplaner skapas för att minska risker. Här finns ett ständigt pågående kvalitetsarbete.

För boende som lider av BPSD har vi ett gott samarbete med Björkgårdens sjuksköterska och skapar tillsammans med henne handlingsplaner för vård och

behandling. Vid risk för självskada eller skada för annan boende/personal görs alltid en separat handlingsplan, förstärkning och utbildning i personalgruppen är exempel på åtgärder som vidtas vid behov. Under våren 2020 hade vi under två månaders ökad bemanning på natten då en boende krävde en personal för att må bra under den tiden. Här fördes en god dialog med OAS, demenssjuksköterska och OVP. Resultatet blev att den boende mådde bättre och personalen kände sig trygga, ett gott exempel på riskanalys och handlingsplan som lett till förbättrad patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Riskanalys för smittspridning har under 2020 varit högaktuell. Detta görs normalt varje år men har utvecklats enormt i och med pandemin. De lärdomar som kommit av denna tid är bland annat ökade kunskaper i smittspridning, skyddsutrustning och vikten av den, basal hygien och följsamhet av rutiner.

Under rubrik Resultat och analys finns exempel på riskanalyser som gjorts under året.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

En händelse har lett till en lex Sarahutredning under året. Händelsen är utredd enligt gällande rutin. Resultatet av utredningen ledde fram till åtgärder i form av diskussion på arbetsplatsträffar, kvalitetsråd samt undervisning av sjuksköterska. Bedömning gjordes att händelsen var av betydande allvarlighetsgrad och sannolikheten för upprepning bedöms som mycket liten. Utredningen utfördes av kvalitetsansvarig på A&O. För åtgärdsplan, se tabell under resultat och analys.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden, till exempel hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (till exempel förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar den boende om hen själv har lämnat sitt medgivande. Det gäller som regel också om någon annan myndighet vill ha uppgifter om enskild person. Därför ska samtycke inhämtas om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

- Handlingar som faxas eller skannas ska alltid vara kodade. Personuppgifter ska klippas bort, tejpas över eller strykas över med svart.
- Muntlig informationsöverföring angående sekretessbelagd information och samtal om de boende ska ske bakom stängda dörrar.
- Skriftlig information som är sekretessbelagd får inte ligga framme åtkomligt för obehöriga
- Boendes namn och personnummer får aldrig anges i mejl
- All dokumentation ska ske i datasystem i enlighet med patientdatalagen
- Samtycke från den boende ska finnas angående överföring av journalhandling
- Det är viktigt att all personal är insatt i sekretesslagens bestämmelser

och att tystnadsplikten efterlevs för att värna om den enskildes personliga integritet

- Blankett för tystnadsplikt ska skrivas under av all personal.
- Årligen sker en genomgång av rutin för sekretess på APT

Journalgranskning görs på uppdrag av Division Social Omsorg. Den utförs OAS årligen på uppdrag av MAS. Den visar för 2020 återkommande brister, något som försvagar patientsäkerheten.

Loggningskontroller av dokumentation i Procapita görs kontinuerligt av VC och den innefattar både hälso- och sjukvårdspersonal och OVP.

För att få åtkomst till journalsystem krävs både SITHS-kort och inloggningsuppgifter till Procapita. Dessa beställs vid nyanställning av verksamhetschef och SITHS-kort återlämnas till densamme när anställning avslutas. Vi har under året upplevt svårigheter i kommunikationer med kommunen som utfärdar dessa kort. Många gånger är korten inte fungerande när de lämnas ut då korrekt licens saknas.

Då en patient behöver vård inom slutenvården skickas rapport i Prator. I de fall en patient skickas till sjukhus då sjuksköterska ej finns på plats används blanketten Informationsöverföring till annan vårdgivare. I dagsläget har vi stora problem med åtkomst även till Prator, något som påverkar patientsäkerheten, fram för allt vid inflyttning till verksamheten.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Se frekvens och utformning under 'Strukturer – egenkontroll'

<i>Egenkontroll</i>	<i>Tillvägagångssätt</i>	<i>Resultat</i>
Vårdrelaterade infektioner	Verksamheten följer gällande riktlinjer gällande basala hygienrutiner vid misstanke om VRI precis som vid andra infektioner. En screening för MRSA har gjorts då en boende testats positivt vid sjukhusvistelse. Samtliga negativa.	Vid misstanke om vårdrelaterad infektion såsom Calicivirus konsulteras MAS vid osäkerhet. Goda kunskaper i smittspridning och infektionssjukdomar som Covid-19 och MRSA
Basala hygienrutiner och klädregler	Personal genomgår årligen en webbaserad utbildning i hygienrutiner. Under 2020 har samtliga genomgått utbildningen två gånger Vi går även igenom samtliga verksamhetsknutna rutiner på APT minst en gång varje år, här ingår rutin för arbetskläder och basala hygienrutiner.	Goda kunskaper och god rutineftelevnad

Hygienronder och självskattning	Vi genomför två hygien-självskattningar per år och två hygienobservationer som norm, dessa har varit mycket mer frekventa under 2020, under en period gjordes dessa dagligen.	En sammanfattning av 2020 kan göras med en mening, alla är medvetna om vikten av hygienrutinefterlevnad
Avvikelser	Följs upp månad för månad i Procapita och diskuteras på hälsokonferens, kvalitetsråd och/eller sjuk-sköterskemöte. VC gör händelseutredning på avvikelser och skapar åtgärder tillsammans med OAS och OVP där behov finns.	Se bifogad fil för utförlig sammanställning
Trycksår, undernäring och fallrisk	SSK registrerar och följer upp. Kontrolleras av VC två gånger varje år samt ses över vid utredning av fall-avvikelser.	Bra överblick över de risker som finns
Patientens klagomål och synpunkter	VC ansvarar för att sammanställa synpunkter och klagomål som gäller hela verksamheten. Alla synpunkter och klagomål förmedlas till OVP, antingen direkt till den/dem det berör eller vill samtliga på enheten.	All OVP har fått genomgång i hur klagomål tas emot. Inget ärende under 2020 har utretts med hjälp av patientnämnden eller IVO. Gott samarbete och god kommunikation med anhöriga under pandemin
Journalgranskning	Under 2020 genomfördes endast ett journalgranskningstillfälle. Detta skickas ut, tillsammans med granskningsmall, till OAS.	Visar brister i vår journalföring. Ssk har inte fått adekvat utbildning i dokumentationsprogrammet eller ICF. Ssk har heller inte tillgång till de lathundar som finns för kommunens sjuksköterskor, trots av vi är privata utförare, för att säkra att journalföringen sker enligt gällande riktlinjer. Se målsättning för 2021

Granskning av hela verksamheten	A&O gör årligen en grundlig granskning av samtliga områden inom verksamheten. Två avstämningsmöten med uppdragsgivare, Vård- och Omsorgsnämnden, görs också årligen och så även under 2020.	Under 2020 har internrevision skett digitalt och åtgärder har tagits fram för att komma tillrätta med avvikelser. Verksamhetens kvalitetsarbete har förbättrats på flertalet punkter. Vård- och Omsorgsnämndens två granskningar har inte visat på brister eller lett till några åtgärdsplaner MAS har delgivit VC brister i psb för 2019, detta korrigeras för psb 2020 efter bästa förmåga
Narkotikaklassade preparat	Varje månad kontrollräknas narkotikaklassade preparat, både boendeknutna och de i buffertförråd. Detta kontrolleras årligen vid apoteksgranskning och internrevision.	Inga avvikelser kunde ses i förra årets kontroll.

<i>Antal avlidna 2020</i>	<i>Flora</i>	<i>Freja</i>	<i>Antal registrerade i Palliativa registret</i>	<i>Avlidna på sjukhus</i>	<i>Ej registrerade enl rutin</i>
16	8	8	13	3	0

Klagomål och synpunkter

<i>Synpunkter Klagomål Gällande:</i>	<i>Antal inkomna 2019</i>	<i>Antal som utretts</i>	<i>Antal allvarliga*</i>	<i>Sammanställning/ Slutkommentar av vidtagna åtgärden r/t inkomna synpunkter/klagomål inom området.</i>
Omvårdnad	1		0	En anhörig är upprörd över att hennes make blivit sittandes på toaletten alltför länge. Personal hävdar att larvet inte kommit upp vilket är högst troligt pga. att larmsystemet är under all kritik.
Bemötande	0		0	
HSL	0		0	
Mat	1		0	En boende önskar mer fisk och tycker att maten som serveras idag är dålig, köttet är torrt och fisken likaså. Hon anser även att det serveras alldeles för lite färska grönsaker och för mycket kokta.

Städning	1		0	En anhörig har klagat på städningen på Flora 2, ssk har haft möte med anhöriga och ytterligare ett möte ska hållas då VC deltar. Möte med hela personalgruppen hålls
Information	5		0	Samtliga handlar om att det inte går att komma fram på telefonerna till avdelningar. Finns inget att göra då Telia är dom som måste felsöka och rätta till. Problemet är löst
Övrigt (kopplat till pandemin)	5			En anhörig till en avliden boende på Freja är mkt missnöjd med tiden på St Anna och anser att verksamheten har bidragit till hennes makes död då smitta kommit in. Detta ärende är lämnat till OC. Efter granskning av journalföring etcetera så anser vi att inga fel har begåtts. Ingen utredning startade då det inte fanns grund En anhörig tycker att tiderna för besök är för få. Hon tycker att det är mkt dåligt att vi inte erbjuder besök under helgerna. Agerar ej vidare på detta utan har informerat om att vi har lägre bemanning på helgerna och att vi vidtagit försiktighetsåtgärder pga. rådande omständigheter Anhörig klagar på att hon inte får komma och gå som hon vill, hon vill till och med flytta mamma 93 år till Betelhemmet vilket är mkt tråkigt då mamman trivs ypperligt på St Anna. Efter en månad med diskussioner ändrar sig dottern och mamma får bo kvar. Mamman vårdas i livets slut och den anhörige är efter dödsfallet mycket nöjd med vårdtiden En anhörig anser att det är orimligt att hon inte får ta en promenad med sin 98-åriga mamma. Detta var under det regeringsbeslutade besöksförbudet. Vi kommer till en överenskommelse om att hon får ta en promenad under förutsättning att hon använder sig av visir och medhavt munskydd. Detta godtas av anhörig En anhörig har varit väldigt arg på både omvårdnadspersonal och samordnare då vi inte bokar besök på helgerna. Hon är väldigt otrevlig i sin framtoning, samtal hölls med henne om våra rutiner. Anhörig har slutligen förstått att restriktionerna är till för att skydda de boende på St Anna

Händelser och vårdskador

Under året har en lex Sarahutredning gjorts. Nedan följer en åtgärdsplan för händelsen som inträffade i november.

Identifierad risk/orsak till händelsen	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan	Uppföljning
Okunskap gällande tecken på smärta	utbildning Abby Pain Scale	OAS och VC	maj 2021	juni 2021
Dålig tillgång till dokumentationssystem och därför svag dokumentation av händelsen	Samtal och försök till lösningar på problem med Procapita hålls i dagsläget mellan IT på A&O och Nyköpings Kommuns IT-enhet	VC+ uppdragsgivare	snarast	mars 2021
Lång tid innan jour kom till avdelning för åtgärd	svårt att åtgärda då kommunens journalsjuksköterskor har ett mycket stort område att täcka, extra drabbat under Covid-19-utbrott på äldreboende i kommunen	uppdragsgivare	2021	dec 2021
Rapportering till jour har ej skett enligt SBAR	implementera SBAR hos all OVP	OAS	första halvan av 2021	december 2021

Allvarlighetsgrad 1-4: 3

Sannolikhet för inträffande/förekomst/vanlighet 1-4: 1

Utredarens kommentar: Bedömer risken för upprepad händelse som låg. Reflektioner och upprepade samtal om händelsen har varit många. Samtliga har vid APT gått igenom rutinerna för lex Sarah och lex Maria och uppdaterat kunskaperna.

Riskanalys

Under 2020 fokuserade vi på risker kopplat till följande punkter:

- Smittspridning
- Fall
- Trycksår
- Undernäring
- Social dokumentation

Vi upplever att vi har arbetat bra med hygienrutiner. Trots att vi tidigt under våren drabbades av Covid-19 på Freja har vi resterande året varit smitt-

fria där och på Flora har vi inte haft några konstaterade fall av Covid-19.

Riskbedömningar gällande fall, trycksår och nutrition sker löpande och utförs av OAS tillsammans med OVP.

Vi har som beskrivits ovan haft stora problem med åtkomst till Procapita och jobbar hårt för att förbättra den sociala dokumentationen. Vi har haft som målsättning att samtlig personal ska dokumentera och alla boende ska få sina genomförandeplaner upprättade kort efter inflyttning samt kontinuerligt minst var sjätte månad eller oftare vid behov. Detta är något vi diskuterat flitigt på APT, dock har pandemin tagit fokus då de flesta rutiner har handlat om smittskydd och hygienrutiner under året. Vi kommer att fortsätta arbetet med dokumentation under 2021.

I november hade vi en händelse som utreddes enligt lex Sarah enligt företagets rutin. Då vi skapat handlingsplan för att undvika liknande händelser bedöms risken för upprepning minimal.

Mål och strategier för kommande år

Övergripande mål finns att läsa i bifogad kompetensutvecklingsplan.

- Minska antalet läkemedelsavvikelser med 50% jämfört med 2020.
Genom att ytterligare tydliggöra den kedja som ska följas vid läkemedelsgivning och genom att använda befintliga egenkontrolldokument ska vi arbeta aktivt för att minska antalet boende som inte får ordinerade läkemedel. Vi strävar emot noll avvikelser för uteblivet eller ej signerat läkemedel för året
- Under augusti till oktober 2021 kommer ett tätt samarbete med TENA att ske. Målsättningen är att alla boende ska få de bästa inkontinenshjälpmedelen för just dom. Läckagemätningar, utprovning och uppföljning kommer att ske inom ovanstående tidsram
- Fokus på att förbättra vårt arbete med palliativ vård.
- Delaktighet och en meningsfull vardag för alla boende genom att individanpassa dagliga aktiviteter och få dessa dokumenterade på ett tydligt sätt i samtliga genomförandeplaner.
- Fokus kommer också att läggas på området kost. Vi kommer att fokusera på måltidssituationer, rehabiliterande förhållningssätt vid måltider och ökat inflytande från boende gällande måltider. Ett tätt samarbete med tillagningskök finns redan men kommer att utökas under 2021.
- Utbildning BPSD
- Förbättrad hantering av avvikelser genom att följa upp samtliga händelser

Bilagor

Bilaga 1 - Sammanställning avvikelser 2020

Bilaga 2 – kompetensutvecklingsplan HSL 2021



Sammanställning avvikelser 2020

*med allvarliga avser avvikelser som fått betydande konsekvenser eller men för den enskilde eller verksamheten

Område	Antal inkomna avvikelser 2020	Antal som utretts	Antal allvarliga* avvikelser	Sammanställning	Lärdom/rutinförändringar /åtgärd
HSL					
Omvårdnad /tillsyn	98 (76 på Flora 22 på Freja)	1	1 (utretts enl lex Sarah)	25 avvikelser avser larm som inte fungerat som de ska, fram för allt rörelselarm och kvittering av trygghetslarm 24 avvikelser avser hygien. Här innefattas boende som inte fått sina behov mötta 1 avvikelse avser vätska. Ordinerad vätske- och urinmätning har inte utförts enligt sjuksköterskas ordination 1 avser mat, ovp har inte utfört hjälp med matning som ordinerats 4 avvikelser avser utebliven tillsyn 42 avvikelser under rubriken 'övrigt'	Att larmet är icke patientsäkert har varit känt under lång period. Det enda som kan göras är att byta larmsystem då vi inte längre kan köpa in reservdelar till befintligt system. Ständiga påtryckningar gällande hur man utför allmän omvårdnad. Diskussioner huruvida inkontinensskydd ska bytas tidig morgon eller om sömn under morgontimmarna prioriteras. Boendes behov ska styra när på dygnet omvårdnad ska ske, detta ska framgå tydligt i genomförandeplan Denna åtgärd är införd på dagplaneringsmallen och den ska följas. 3 av fyra avvikelser är felaktigt skrivna, dessa ska ligga under allmän omvårdnad då de avser upphissade sängar. En avvikelse handlar om utebliven tillsyn med smärta som följd, denna diskuterades med personal. Felaktigt bäddad säng med glid- och draglakan: 8 Säng olåst eller i högläge: 10 Felaktigt användande av sänggrindar: 10 Felaktig KAD-skötsel: 2 Utebliven såromläggning: 2

Dokumentnamn	Version	
Sammanställning avvikelser 2020 – bilaga till patientsäkerhetsberättelse 2020	1	
Ansvarig	Datum	Sida:
Struktur och Kultur	2021-01-25	1 (3)

				1 avvikelse gällande munvård	Felaktigt lindade ben: 3 Ej utförd märkning av insulinpenna: 1 Uteblivna blodsockerkontroller vid ordinerad blodsockerkurva: 1 Höftskyddsbyxor har ej använts trots ordination: 2 Två avser att boende varit kvar i sängen under förmiddagen trots att de inte velat. Övriga har inget beskrivet händelseförlopp boende har sin protes insatt i munnen med för mycket klister vilket skapat obehag Samtliga avvikelser har tagits upp till diskussion. Gällande sängbäddning, säng i högläge/olåst och felaktigt användande av grindar har vi haft rutinändringar. Sängbäddning har instruerats i samtliga arbetsgrupper och sänggrindar märks. Att boende ligger i upphissade sängar är enbart slarv.
Dokumentation	0				
Fall	233 (77 på Flora 156 på Freja)		5		3 fall som resulterat i Collumfraktur 2 fall som resulterat i annan typ av fraktur 47 fall har gett annan typ av skada (sår, uppslagna hudflikar, bulor och blåmärken etc.) Gott samarbete med kommunrehab och samtliga fall diskuteras på hälsokonferenser. Fallriskutredningar utförs och fallen läggs även in i Senior Alert
Informations- överföring	0				
Läkemedel	170 (84 på Flora 86 på Freja)				
Specifik omvårdnad/ Rehab/ Hjälpmedel	18			10 avser handhavandefel	God kommunikation med kommunrehab och öppna diskussioner gällande

Dokumentnamn Sammanställning avvikelser 2020 – bilaga till patientsäkerhetsberättelse 2020		Version 1	
Ansvarig Struktur och Kultur		Datum 2021-01-25	Sida: 2 (3)



				4 avser utebliven behandling av rehabinsats 1 avser utebliven ordinerad träning 1 avser KAD-vård 1 avser utebliven tempkontroll	samtliga avvikelser som har med rehabinsatser att göra. KAD-vård ska inte fallera, om någon som arbetar inte har vetskap om hur de ska skötas ska alltid kollega tillfrågas
S:a HSL	519				
SOL					
Dokumentation	0				
Informationsöverföring (SOL+LSS)	0				
Utebliven insats					
Felaktigt utförd insats	0				
Insats utan beslut	0				
Avgift (bombeslut)	0				
S:a SOL					
Totalt antal avvikelser	519				

<i>Dokumentnamn</i> Sammanställning avvikelser 2020 – bilaga till patientsäkerhetsberättelse 2020	<i>Version</i> 1	
<i>Ansvarig</i> Struktur och Kultur	<i>Datum</i> 2021-01-25	<i>Sida:</i> 3 (3)



Plan Kompetensutveckling HSL St Anna 2021

Område	Utbildning/ Kompetenshöjning	Mål	Tillvägagång	Tidsplan Början/slut	Ansvarig	Uppföljning
Palliativ vård	Webbutbildning Palliation ABC	öka och bibehålla kompetens	webbutb varje år i samband med förnyelse av delegering	kontinuerligt	SSK= MLF + MA	december 2021
Palliativ vård	Utbildning Abby Pain Sale	Tydlig skattning. Samsyn, kvalitet och trygghet	SSK info på APT	maj 2021	SSK= MLF + MA	juni ledningsgrupp
Palliativ vård	Webbutbildning munvård	Ökade kunskaper gällande munvård	webbutb	sept-okt 2021	SSK= MLF + MA Medarbetare (diplom)	december 2021
Palliativ vård	Munvård – gå igenom munvårdsdokument från Palliativa registret	Ökade kunskaper gällande munvård	SSK info på APT och utbildning	okt-nov 2021	SSK= MLF + MA	
Palliativ vård	Utbildning ROAG	Ökade kunskaper gällande munvård	Tandhygienist APT	september 2021	VC=HN	december 2021
Palliativ vård	Förhållningssätt vid palliativ vård och vård i livets slut	Reflektion i grupp efter varje dödsfall	löpande på grupp-APT	kontinuerligt	SSK= MLF + MA	
Inkontinens vård	Inkontinensutbildning	öka kunskaper gällande inkontinens och skydd vid inkontinens	TENA- utbildning	augusti-oktober	VC=HN SSK= MLF + MA	December 2021

Dokumentnamn	Version	
Plan kompetensutveckling	1	
Ansvarig	Datum	Sida:
Struktur och kultur	2021-01-08	1 (1)

Regionens eller kommunens logotyp

Patientsäkerhetsberättelse

2020 Riggargatans äldreboende

Datum och ansvarig för innehållet
210226 Charlotte Haggren verksamhetschef

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Regioner, reviderad 202012

Innehåll

.....	1
PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Patienters och närståendes delaktighet	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
Klagomål och synpunkter.....	10
Egenkontroll.....	11
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	13
Personal/ Introduktion nyanställda.....	16
Riskanalys	16
Utredning av händelser - vårdskador.....	17
Informationssäkerhet.....	17
RESULTAT OCH ANALYS	18
Avvikelser	19
Klagomål och synpunkter.....	21
Händelser och vårdskador	21
Riskanalys	21
Mål och strategier för kommande år	22

Sammanfattning

Verksamhetens övergripande mål

Som vårdgivare har Ansvar och Omsorg AB som övergripande mål att de boende ska känna *värme, omtanke och trygghet*. För att de boende ska kunna uppleva en trygg och säker omsorg krävs att verksamheten arbetar med ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta uppnås bland annat genom att ha tydliga rutiner och policyers, mätbara HSL-mål, genom att arbeta systematiskt med att föra in ny kunskap samt att driva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

- Vidare så är det positivt att omvårdnadspersonalen läser journal och snabbt utför ordinationer från sjuksköterska/läkare.
- Riggargatan fick höga siffror på Socialstyrelsens brukarundersökning 2020 när det gällde möjligheten att få kontakt med läkare och sjuksköterska

Mål för kommande år

- Fortsätta att arbeta tillsammans i sjuksköterskegruppen för att få en tydlig likartad struktur på alla tre boenden i Nyköping.
- Fortsätta att arbeta och registrera i Senior alert och skapa tydliga hälsoplaner för att minska risk för undernäring, trycksår och fallskador.
- Alla avlidna ska fortsatt bli registrerade till 100% i palliativregistret. Vi ska arbeta aktivt med att alla kvalitetsindikatorer blir uppfyllda under 2021. Under 2020 ser vi en brist, bl a inom smärtskattning, munhälsobedömningar samt att avlida i ensamhet.
- Fortsätta arbetet med utbildningsinsatser för omvårdnadspersonal avseende dokumentation i SOL och HSL journal. Önskvärt vore också att sjuksköterskegruppen fick utbildning i pro capita.

-
- Vi har redan ett väl fungerande avvikelssystem och personal rapporterar avvikelser i pro-capita. Dessa behandlas sedan på våra kvalitetsmöten för att utveckla och förbättra vården och omsorgen om våra boende. Arbetet fortlöper under 2021.
 - All omvårdnadspersonal ska under året ha genomfört hygienutbildning via nätet och hygienronder samt självskattning är inplanerat under året
 - Arbeta på att ytterligare minska, från redan låga nivåer, antalet vårdrelaterade infektioner.
 - Skapa rutiner som faktiskt visar att antalet vårdrelaterade infektioner minskar, detta saknas idag.
 - Utarbeta rutiner för kontinuitet vad gäller anställningsförfarande så att alla som påbörjar sin anställning på Riggargatans äldreboende snabbt får tillgång till Sithskort och inloggning till pro-capita och på så sätt kan verkställa sin dokumentationsskyldighet.

Kompetensutvecklingsmål utöver ovanstående:

- God och säker vård i livets slutskede.
- Nya checklistor har skapats inom palliativ vård för att utveckla och underlätta för omvårdnadspersonalen.
- Under året ska all personal genomföra webbutbildning i Palliativ vård
- Utbildning i Abbey Painscale ska genomföras av sjuksköterskor på APT.
- Förbättra och utarbeta rutiner inom inkontinensvård

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Mål för kvalitet och patientsäkerhet inom alla A&O:s verksamheter, är en god och säker vård där antalet vårdskador förebyggs genom ett systematiskt kvalitetsarbete där riskanalyser och egenkontroller utgör en viktig del. Processer inom området patientsäkerhet på Riggargatan 2020 har innefattat:

- Hygienutbildningar i basal hygien men också hygienutbildningar med fokus på Covid 19 (se bilaga 1)
- Haft regelbundna läkemedelsgenomgångar.
- Erbjuder välkomstsamtal för alla nyinflyttade till Riggargatan (strukturen och kvaliteten i dessa samtal kommer att utvecklas under 2021) med upprättande av genomförandeplan i dialog med boende och när de så önskar tillsammans med anhöriga.

Det system vi använder oss av vid kvalitetsarbetet egenkontroll och uppföljning kallas A&O- modellen och bygger bland annat på SOSFS 2011:9. Tydliga riktlinjer finns för planering, genomförande, uppföljning och förbättring samt ansvar och tidsramar. Alla verksamheter arbetar lokalt med bland annat rutiner, kvalitetsråd och egenkontroller. En gång om året sker den interna kvalitetsrevisionen med internrevisorer från företaget som granskar alla aspekter av verksamheten.

Vi arbetar aktivt med Senior Alert och Palliativregistret. Målet är att samtliga boenden ska vara registrerade i Senior Alert och att aktuella vårdplaner ska finnas för att förebygga risker. För att vidare utveckla Senior Alert -arbetet under 2021 kommer ytterligare ett Senior Alert ombud utbildas på enheten samt ett tydligare samarbete med paramedicinsk personal ska införas via Teamkonferenser. 100% av alla avlidna ska vara registrerade i

palliativregistret.

Kvalitetsarbete gällande avvikelshantering har arbetats med under året på kvalitetsråd. Ett av målen var att minska antalet läkemedelsavvikelser, det har uppnåtts genom tydligare och strukturerade läkemedelslistor samt mer individuell genomgång med OP med ssk och VC

Våra larm är inte alltid tillfredsställande då wifi-nätet tappar täckning, vilket innebär att det ibland blir fördröjningar på larmen. Det förekommer ofta stora svårigheter för personal att logga in i journalsystemet Pro-Capita då vi går via en brandvägg.

Vi arbetar aktivt med att informera anhöriga och boende om att komma med förbättringsförslag. Klagomålshantering följs via A&O mall och följs upp varje månad i ett system som delges till Nyköpingskommun via Verksamhetsberättelsen.

Vi arbetar med A&O koncept vad det gäller aktivitet, utevistelse och egentid.

Organisation och ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Ansvar och omsorg AB har som vårdgivare ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Områdeschef (OC) ansvarar för att följa upp varje enhet månadsvis. Områdeschefen har ansvaret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkerställa verksamhetschefens kompetens. Områdeschefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets, miljö och arbetsmiljö relaterade åtgärden.

Ansvar och Omsorgs kvalitets utvecklare följer upp samtliga verksamheters kvalitetsarbete inom Ansvar och Omsorg.

Verksamhetschef (VC) ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Verksamhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 1997:8) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policys som är ändamålsinriktade. Ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. VC svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras till OC. VC ska samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i den kommun verksamheten bedrivs, i verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschef har i enlighet med HSL (1982:763) 29§ det samlade ledningsansvaret för verksamhetens hälso- och sjukvård.

HSL-ansvarig sjuksköterska har med stöd av HSL (1982:763), 30§ tilldelat ansvar att utifrån sin kompetens fullgöra ledningsuppgifter för aktuella lagrum inom HSL (1982:763).

Leg. Sjuksköterska ansvarar för att utifrån sin profession känna till och arbeta efter HSL (1982:763), Sol. (2001:453) 5 kap. 4§ samt A&O:s värdegrund. Leg. sjuksköterska ansvarar för att följa rutiner fastställda utifrån Nyköping kommuns och A&O:S styrande dokument samt för att rapportera avvikelser följa upp dessa. Leg. sjuksköterska ansvarar för att nyanställd personal får utbildning i läkemedelshantering. Leg sjuksköterska ansvarar även för att delegera och följa upp delegering enligt fastställd rutin.

MAS ansvarar i enlighet med HSL (1982:763) 24§ för kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvård samt rehabilitering i särskilda boenden som drivs på uppdrag av kommunen. Ansvaret avser vård och behandling gentemot de boende. Ansvaret innefattar vidare de krav som ställs på läkemedelshantering, dokumentation, anmälan av skador etc. MAS ansvarar även för att utarbeta regler och rutiner samt kontrollera att dessa är kända och efterföljs i verksamheten.

Nyköping kommuns medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten och samverkar med verksamhetschef i patientsäkerhetsarbetet.

Leg. arbetsterapeut (AT) och leg. sjukgymnast (SG) ansvarar utifrån respektive yrkesprofession för att varje boendes behov av rehabilitering och/eller bibehållande av funktioner tillgodoses. Leg. AT/SG ansvarar för att arbeta utifrån externa såväl som interna styrande dokument, samt att rapportera avvikelser och följa upp de avvikelser som faller under respektive profession. Leg. SG/AT ansvarar för att nyanställd personal tillgodogörs den kunskap, vilken bedöms relevant utifrån den avsedda personalens profession, avseende hjälpmedel, dess användande och arbetssätt. Leg. SG/AT ansvarar även för att följa upp att användningen av hjälpmedel samt att de utlärdas arbetsteknikerna fullbordas på ett patientsäkert sätt.

Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att den vård och omsorg som ges till var och en av de boende fullbordas utifrån ett patientsäkert förhållningssätt där Socialstyrelsens nationella värdegrund för äldreomsorgen, A&O:s interna värdegrund och vision, samt externa lagar, dokument och fastställda rutiner ligger till grund för förhållningssättet. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att personligt delegerade uppgifter, exempelvis inom HSL, fullbordas enligt instruktion och fastställda

krav och rutiner. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att rapportera eventuella avvikelser utifrån de områden som ligger inom ramarna för professionen.

Läkarkontakt

Ansvarig läkare har gentemot de boende ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkaren kommer till enheten och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vår läkare kommer från Ekenbergs vårdcentral en gång per vecka.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Samverkan i verksamheten

Legitimerad personal har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Daglig rapportering och uppföljning mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal sker muntligt och skriftligt via dokumentation

Samverkan sker även mellan vår verksamhet, kommunrehab och smittskydd. De flesta av våra boende har dosdispenserade läkemedel från Apotekstjänst för att säkra upp läkemedelshanteringen.

Riggargatans äldreboende har via Ekenbergs vårdcentral en läkare som besöker boendet en gång per vecka (läkarsamverkan) och är tillgänglig för telefonrådgivning övriga vardagar. Kvällar, nätter och helger finns jourläkare att tillgå via regionen. Verksamheten har skriftliga rutiner för hur kontakt med läkare skall tas.

Rutiner finns i verksamheten gällande samverkan vid:

- Inflyttning, via prator
- Vård eller behandling hos annan vårdgivare via prator
- Akuttransport till sjukhus via prator
- Läkemedelsgenomgång med läkare och apotekare.

Av rutinerna framgår det vilka personer som ska kontaktas och vilken skriftlig och muntlig information som ska ges eller medfölja den boende.

Vid inflyttning beställer OAS ett tandvårdsintyg för att ge rätt till nödvändig tandvård inom ramen för landstinget hälso- och sjukvårdstaxa. Munvårdsbedömning utförs kostnadsfritt en gång per år av Folktandvården om boende önskar det. Hemtandvård utförs av Oral Care samt Folktandvården Sörmland efter boendes önskemål.

Varje helgfri vardag mellan 07-17 har Ansvar och omsorg 5 ordinarie sjuksköterska i tjänst inom våra verksamheter i kommunen (Björkgården, St:Anna, Riggargatan) övrig tid har företaget ett avtal med Nyköpings kommuns jourhavande sjuksköterskor.

Avvikelser i vårdkedjan rapporteras och analyseras enligt vår process för avvikelshantering.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

När boende flyttar in till Riggargatans äldreboende, informeras både boende och närstående om hur vi arbetar för att göra vården och omsorgen trygg och patientsäker. Vi informerar om vårt arbetssätt med riskanalyser och prevention av fall, trycksår och nutrition och munhälsa. Vi informerar om användandet av kvalitetsregister, val av vårdcentral och tandvårdsgivare. Vi frågar de boende efter samtycke för användande av skydds- och begränsningsåtgärder när så behövs samt samtycke för informationsöverföring till närstående och sammanhållen journalföring samt dokumenterar detta.

Vi informerar även om möjligheten för boende och närstående att lämna synpunkter och klagomål till oss och hur vi arbetar med dessa. Boende och/ eller närstående informeras om den boendes hälsotillstånd försämrats och vid läkemedelsförändringar. Boende och närstående erbjuds samtal med läkare om så önskas. Detsamma gäller deltagande vid vårdplaneringar om boende så önskar för att möjliggöra en god samverkan och delaktighet i vården och omsorgen.

Verksamheten erbjuder även anhörigträffar två gånger per år där anhöriga får information om enheten samt har möjlighet att framföra allmänna synpunkter. Vi har även Boenderåd fyra gånger per år. Våra boende har möjlighet att lämna synpunkter på aktiviteter, mat, miljö och övrigt. Under hösten 2020 har även Ansvar och Omsorg lämnat ut en enkät som de boende har fått fylla i gällande bemötande, personlig omvårdnad, aktiviteter, kost, delaktighet i vården, städning och utevistelse. Det man är nöjd med och vi får positivt resultat på är hjälpen man får, den personliga omvårdnaden, delaktighet i vården och aktiviteter. Det vi behöver bli bättre på är mat och måltidssituation, utevistelse och att få snabbare kontakt med personalen när man larmar.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Alla händelser som lett till eller kunnat leda till vårdskada avvikelserapporteras i Pro Capita. Avvikelshantering är ett viktigt instrument för att

mäta och följa upp beslutade åtgärder för att öka patientsäkerheten. Arbetet sker med stöd av förbättringshjul/ årshjul. Alla medarbetare ska veta vad vi gör- vem gör det-hur gör vi det och hur följer vi upp resultatet.

Alla inträffade avvikelser av HSL-karaktär behandlas inledningsvis på respektive avdelning med ansvarig sjuksköterska eller den legitimerade personal som är mest lämpad utifrån profession och därefter vid behov övergripande på APT.

Samtliga avvikelser registreras och dokumenteras. Avvikelseerna hanteras enligt rutin för Avvikelsehantering. Samtliga medarbetare känner till avvikelserutinen och vet hur en avvikelse registreras och varför.

En gång i månaden, dock ej under sommarmånaderna, tas alla avvikelser upp på kvalitetsråd, där omvårdnadspersonal från varje arbetsgrupp, sjuksköterska och verksamhetschef deltar. Kvalitetsrådet är ett ständigt pågående forum för diskussion och förbättringsarbete.

Allvarliga fall och läkemedelsavvikelser rapporterar verksamhetschef vidare till MAS för kännedom. Alla fallavvikelser återkopplas till arbetsterapeut och fysioterapeut.

Allvarligare händelser rapporteras förutom till MAS i kommunen även till företagets kvalitetsansvarige. Vid avvikelser som leder till Lex Sarah eller Lex Maria anmälan håller kvalitetsansvarig i företaget i utredningen och verksamhetschef ska bistå med den information som behövs för att utredning skall kunna utföras. Verksamhetens avvikelser sammanställs av verksamhetschef varje månad.

Avvikelseerna avslutas i procapita efter att samtliga inblandade dokumenterat åtgärder och eventuella rutiner. Rutin för att dokumentera åtgärder och förlopp i avvikelsemodulen ska utarbetas för att kunna följa den röda tråden av vad som gjorts.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har löpande ansvar att kontrollera, utreda de avvikelser som skrivs i verksamheten. Verksamhetschef har övergripande ansvar att de avvikelser som inkommer utreds, åtgärdas och följs upp. Rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas systematiskt på kvalitetsråd och med berörd personal.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,

Klagomål och synpunkter är en viktig del av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete i verksamheten. Verksamheten har skriftliga rutiner för hantering av klagomål och synpunkter.

Synpunkter och klagomål kan lämnas skriftligen via en blankett som finns i entrén, skriftligen via företagets webbsida eller muntligen direkt till kontaktperson, sjuksköterska eller enhetschef. Varje medarbetare i

verksamheten har skyldighet att ta emot klagomål och synpunkter, alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål om det är möjligt.

Verksamhetschef har yttersta ansvar för att synpunkter och klagomål hanteras, utreds, analyseras och återkopplas till medarbetarna boende och anhöriga. Alla inkomna synpunkter, förbättringsförslag och klagomål behandlas i kvalitetsrådet.

Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS, kvalitetsansvarig och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

All dokumentation av synpunkter och klagomål sparas i en pärm hos verksamhetschef. Sjuksköterska alternativt arbetsterapeut/sjukgymnast ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i HSL-dokumentation.

Om synpunkter eller klagomål inkommer via patientnämnden eller IVO hanteras de utan dröjsmål efter de instruktioner som vanligen följer med ärendet.

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet.

Vi uppmuntrar till att lämna synpunkter på verksamheten från boende, närstående och övriga som kommer i kontakt med vår verksamhet. Synpunkterna hanteras enligt Rutin för synpunkter och klagomål. Detta görs på A&O färdiga underlag "Hjälp oss att bli bättre", som finns anslagna på tavlan i entrén och på varje avdelning. Denna blankett skickas också med i välkomstmappen våra boende får vid inflytt. Synpunkter kan även lämnas på vår hemsida ansvarochomsorg.se eller muntligt till verksamhetschef. Görs bedömningen att klagomålet är allvarligt tas ärendet vidare till VD, MAS och uppdragsgivare.

Under 2020 har nio klagomål inkommit som har åtgärdats. Vi har även haft en Lex Sarah gällande bemötande, svar på larm och städning denna är avslutad och återkopplad.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	2 gånger per år 1 gång i månaden 2 gånger per år 1 gång per år	PPM-databasen Infektionsverktyget Markörbaserad journalgranskning HALT- Senior alert
Basala hygienrutiner och klädregler	6 gånger per år	PPM-databasen
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet

Trycksår	2 gånger per år	PPM-databasen, Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
Narkotikakontroll	1 gång / månad	Enligt HSL lagstiftning
Palliativregistret	När boende avlider	Palliativregistret
Livsmedelshygien		Ingen tillsyn 2020- planerad januari 2021
Kontroll av MTP	1 gång / år	Inte utfört 2020 – påminnelse via A&O MAR och VC att göras 2021 enligt rutin

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Journalgranskning

Journalgranskning samt loggningskontroll sker en gång per år av kommunen. Det finns en journalgranskningsmall att följa samt lathundar för dokumentation framtagna av Nyköpings Kommun.

Basala hygienrutiner

Uppföljning av basala hygienrutiner sker genom att

- Mäta att all personal har genomgått hygienutbildning en gång/år
- Registrera vårdrelaterade infektioner månadsvis
- Genomföra hygienrond årligen
- Att hygienombud är med på de träffar som anordnas av kommunen/landsting.

HSL- indikatorer

Riskbedömningar för trycksår, fall, munhälsa och undernäring sker vid inflytt och därefter var sjätte månad med uppföljningar var tredje månad.

Alla vårdtagare som identifierats som riskpatient för trycksår, fall, munhälsa och undernäring ska ha resultatet av riskbedömningarna dokumenterade i status samt att en vårdplan upprättas och följs upp kontinuerligt.

Alla vårdtagare ska ha en förflyttningsbedömning dokumenterad i verksamhetssystemet Pro Capita.

Hälsokonferens

Genom teamsamverkan följs alla patienters hälsotillstånd upp. (Sjuksköterska, Rehab och omvårdnadspersonal)

Detta sker vid inflyttning, hälsokonferenser var fjärde vecka, samt vid förändringar av hälsotillstånd.

Kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering

Årliga kvalitetsgranskningar av Riggargatans läkemedelshantering utförs av farmaceut och våra legitimerade sjuksköterskor tillsammans. Även verksamhetschef deltar.

Läkemedelshanteringen inkluderar ordination, förvaring och kassation samt delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Kontroll av narkotika och akutförråd sker en gång månaden. Vid avvikelser i narkotikahanteringen kontaktas MAS.

Läkemedelsgranskning gjordes under hösten 2020

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Kvalitetsregister är ett bra sätt att jämföra verksamheten både nationellt, företagsmässigt och verksamhetsmässigt. Vårdtagare kan tacka nej till att bli registrerade i register.

Anhörigas synpunkter och delaktighet i vården är viktig för oss på Riggargatan. Under året har en anhörigträff genomförts.

Senior Alert

Verksamheten är ansluten till Senior Alert och dokumenterar i kvalitetsregistret på webben. Registrering sker med riskbedömning, vidtagna åtgärden och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Samtliga boende ska få en bedömning inom 14 dagar vid inflyttning och bedömningen ska uppdateras minst var 6:e månad oftare vid behov. Uppföljning på insatta åtgärder sker var tredje månad eller oftare vid behov. Vi har registrerat 43 boende av 48.

Risk för malnutrition:

Regelbunden viktkurva följs, vikt kontrolleras minst fyra gånger per år, oftare vid behov. Vid behov utförs mat- och vätskeregistrering. Kosten anpassas och ordinerar i samråd med sjuksköterska och läkare eller dietist. Vid behov ordinerar energi och proteinberikad kost, specialkost samt näringsdrycker. Vårdnadsplan i procapita upprättas när risk för undernäring upptäcks.

Vid behov kontaktas dietist eller logoped.

Fallrisk:

Varje boende följs regelbundet av arbetsterapeut och fysioterapeut för hjälpmedelsföreskrivningar. Vårdplan upprättas av sjuksköterska eller paramedicinsk personal när fallrisk föreligger. Möjliga riskmoment för fall avlägsnas i samråd med boende och anhöriga och rummen ses över regelbundet.

Risk för trycksår:

Daglig tillsyn av hudens status görs av omvårdnadspersonal i samråd med sjuksköterska för att på tidigt stadium upptäcka risk för trycksår och då sätta in åtgärder. Sjuksköterska dokumenterar förändringar i procapita, denna bedömning ligger sedan till grund för arbetsterapeutens och fysioterapeutens bedömning av insatser/hjälpmedelsföreskrivning. Om risk finns eller trycksår uppstått ska en hälsoplan upprättas i procapita med tydliga mål och uppföljningsplan.

Medicintekniska produkter (MTP)

Verksamheten har lokala rutiner för användandet av MTP. En inventarieförteckning ska upprättas för samtliga MTP. Service och besiktning utförs i enlighet med tillverkarnas riktlinjer. Avtal för service och besiktning finns. Bruksanvisningar för MTP bör finnas i en pärm på varje avdelning, lättillgängligt för omvårdnadspersonal och brukare – detta är inte gjort och kontakt med kommunrehab och företaget MAR har tagits

Intern kvalitetsrevision

A&O Ansvar och Omsorg AB utför intern kvalitetsgranskning med månatlig rapportering samt 1 gång/år, med 185 kontrollpunkter för att säkerställa patientsäkerheten.

Internrevisionen omfattar bland annat jämförelse av verksamhetens resultat med resultat för andra verksamheter inom företaget samt jämförelse med verksamhetens tidigare resultat. Revisionen omfattar också granskning av journaler, rutiner och annan dokumentation samt intervjuer med personal för att bland annat undersöka om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i patientsäkerheten och verksamhetens kvalitet. Under 2020 utfördes revisionen digitalt pga Covid 19 och en handlingsplan upprättades.

Utifrån internrevisionen behöver vi stärka verksamheten med:

- Följa A&O mötes mall fullt ut vid alla ombudsmöten.
- Göra förteckning över MTP tillsammans med paramedicinsk personal,
- Förflytningsutbildning
- Kompetensutvecklingsplan HSL
- Att genomförandeplan görs för alla boende och följs upp

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Verksamheten registrerar alla avlidna i palliativregistret. Under 2020 har 28 personer avlidit på enheten och 100% har registrerats palliativregistret.

Hantering av sekretessbelagda patientuppgifter

Verksamhetens arbetar alltid med avidentifierat material ute i verksamheten, på avdelningarna med undantag för läkemedelslistor och signeringslista för läkemedel, dessa förvaras i låsta skåp i den boendes egen lägenhet. SOL pärmar förvaras på låst undersköterskeexpedition.

Sjuksköterska hanterar patientuppgifter i enighet med gällande lagar och regler, rutiner för hantering finns skriftliga i verksamheten. Samtliga dokument innehållande patientuppgifter/ personuppgifter förvaras i dokumentskåp i låst rum.

HSL- dokumentation

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har all legitimerad personal dokumentations-skyldighet. Verksamheten har utarbetade rutiner för HSL- dokumentation. Vi arbetar också vidare med att utbilda ny personal i HSL-dokumentation.

Avvikelser

Genom avvikelshantering följs patientsäkerheten upp i det dagliga arbetet. Alla medarbetare rapporterar avvikelser och har skyldighet att rapportera. Avvikelserna skrivs direkt i journalsystemet och går automatiskt till sjuksköterska och enhetschef. Avvikelserna hanteras enligt rutin för avvikelshantering.

Vård i livets slutskede

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska leder arbetet med vård i livets slutskede för den boende på enheten. Sjuksköterskan ger handledning och stöttning till personal och anhöriga/ närstående på enheten.

Ansvarig sjuksköterska har nära samarbete med anhöriga och ansvarig läkare vid vård i livets slutskede. Ansvarig sjuksköterska arbetar med skattningsskalar och bedömnings verktyg för smärta, oro/ångest, munhälsa vid vård i livets slut.

Informationsmaterial som broschyren "Livets sista tid" och "När tiden stannar till" finns att ge närstående/ anhöriga om de önskar.

Uppstartat under 2020 är arbetet med palliativ vård som kommer att fortgå under 2021 med tillhörande handledning av sjuksköterska till omvårdnadspersonal. . Där ingår också den web-baserade utbildningen "Palliation ABC"

Munhälsovård

I samband med inflyttning erbjuds den boende ett tandvårdsintyg som ger rätt till subventionerad tandvård. Man erbjuds också en kostnadsfri munhälsobedömning 1 gång per år.

Vårdhygien och Smittskydd/ Hygienranskning

Vårdrelaterade infektioner och smittspridning innebär en risk för de boende. Arbetet med förebyggande åtgärder sker i det dagliga arbetet i verksamheten. Under 2020 har alla anställda utbildats i hygien. Hygienobservationer har gjort enl. Ansvar och omsorgs rutiner. Hygienrond/ hygienobservationer arbetar verksamheten med varje månad. De diskuteras på kvalitetsrådet och arbetsplatsträffar varje månad.

Vårdpersonal har gått igenom ett antal digitala utbildningar i basal hygien och med Covid 19 i fokus. (se bilaga 1)

Delegering

Utbildade undersköterskor får en individuell delegeringsutbildning av sjuksköterska, samt genomgår webbutbildning för säker läkemedelshantering via demenscentrum.se. I vissa fall kan även utbildad personal få delegering på läkemedelshantering, men detta är restriktivt. På årsbasis gör all delegerad personal ett skriftligt prov innan förnyelse av delegeringen görs. Regelbunden uppföljning görs av sjuksköterskor med de som fått delegering. Nyköpings kommuns riktlinjer ligger till grund.

Miljö- och hälso- granskning

Genom externkontroll av Miljö- och hälsoskydd garanterar vi att verksamheten klara de kraven för bland annat säker mathantering, säker kökshygien. Under 2020 utfördes ingen Miljö och Hälsa en kontroll i verksamheten men är planerad i januari 2021 då verksamheten omvandlat köket i oktober 2020 från tillagningskök till mottagningskök

Åtkomst till rutiner

Samtliga rutiner och riktlinjer inom verksamheten finns tillgängliga via företagets verksamhetsstöd på webben för all personal.

Personal/ Introduktion nyanställda

Nyanställda genomgår introduktion med en mentor där man följer A&O:s rutin för introduktion. Vi arbetar vidare med introduktionen under 2021 med bland annat nya checklistor.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Risakanalys genomförs systematiskt inom ramen för ledningssystemet och används vid processrevideringar samt vid förändringar inom vård och omvårdnad, organisation, arbetsmiljö och miljö.

Aktiviteter kopplade till riskanalys och riskhantering finns inlagda i årsplaneringen och har sitt utrymme i flera tvärprofessionella forum, såsom ledningsgrupp, vårdkonferens, avdelningsmöte, samt APT.

Vid inflyttning görs en riskbedömning enligt Senior Alert av fallrisk, risk för undernäring, risk för trycksår och risk för ohälsa i munnen av sjuksköterska. Rehab bör göra en Adl/förflyttningsbedömning och ser över behovet av hjälpmedel. Bedömningar har inte gjorts under 2020 men översyn av hjälpmedel har gjorts.

Riskbedömningar görs sedan löpande av sjuksköterska i samråd med kontaktperson, vid förändring i den boendes allmäntillstånd eller minst var 6:e månad.

Verksamheten gör riskbedömning kring arbetsmiljö i den enskildes lägenhet.

Vid risk att den boende gör sig själv eller andra illa, eller risk för att den boende ska avvika från verksamheten, görs alltid individuella handlingsplaner som dokumenteras i pro-capita.

Vid negativa händelser och avvikelser i verksamheten åtgärdas och förbättras problemet direkt, för undvikande av vårdskada eller tillbud. Vid behov görs en analys av vårdtyngden (både fysisk och psykisk) och vid behov förstärks personaltätheten.

Verksamheten använder sig bland annat av checklista/riskbedömning i boenderum som underlag för att identifiera risker och brister. Efter en genomförd riskbedömning fattas beslut om eventuella åtgärder och en handlingsplan upprättas med analysen som grund.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Att utreda missförhållanden och risker för missförhållanden samt vidta åtgärder för att förhindra att sådana uppkommer igen. Att ansvara för att verksamheten utvecklas och att missförhållanden rättas till. Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Förra året hade vi en Lex Sarah-utredning på Riggargatan. Misstanke om missförhållande utreddes enligt gällande rutiner. Missförhållandet gällde lång svarstid på larm, bristande respekt ifht bemötande, följsamhet ifht genomförandeplan och dagplanering.

Bedömning gjordes att händelsen var av mild allvarlighetsgrad och sannolikheten för upprepning bedöms som liten samt att den inte var så allvarlig att den behövde anmälas till IVO utan hanterades av verksamheten. Utredningen utfördes av kvalitetsansvarig på A&O.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden, t.ex. hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Samtycke inhämtas om huruvida uppgifter får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare. Vi följer gällande lagstiftning och riktlinjer. Journalgranskning görs på uppdrag av Division Social Omsorg. SITHS kort och inloggning krävs för åtkomst till journalsystem. Vid överrapportering till annan vårdgivare sker rapport i Prator där även kallelse till SIP ingår

- Muntlig informationsöverföring angående sekretessbelagd information och samtal om de boende ska ske bakom stängda dörrar.
- Skriftlig information som är sekretessbelagd får inte ligga framme åtkomligt för obehöriga
- Boendes namn och personnummer får aldrig anges i mejl
- All dokumentation ska ske i datasystem i enlighet med patientdatalagen
- Samtycke från den boende ska finnas angående informationsöverföring till närstående och sammanhållen journalföring.
- Det är viktigt att all personal är insatt i sekretesslagens bestämmelser och att tystnadsplikten efterlevs för att värna om den enskildes personliga integritet

-
- Blankett för tystnadsplikt ska skrivas under av all personal samtidigt som information om tystnadsplikt ges.

För att få åtkomst till journalsystem krävs både SITHS-kort och inloggningsuppgifter till Procapita. Dessa beställs vid nyanställning av verksamhetschef och SITHS-kort återlämnas till densamme när anställning avslutas.

Då en patient behöver vård inom slutenvården skickas rapport i Prator. I de fall en patient skickas till sjukhus då sjuksköterska ej finns på plats används blanketten Informationsöverföring till annan vårdgivare.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egen kontroll	Resultat
Vårdrelaterade infektioner	35
Basala hygienrutiner och klädregler	Utfört enl plan. Alla använder arbetskläder
Hygienronder	2 gånger / år utfört
Avvikelse	Se nedan
Trycksår	13
Patientens klagomål och synpunkter	9
Narkotikakontroll	Inga avvikelser
Palliativregistret	100% registrerade. Kvalitetsindikatorerna ej uppfyllda enl palliativregistrets målvärde
Livsmedelshygien	1 gg per år av Miljö och Hälsa men ingen 2020
Kontroll av MTP	1 gång/år utförd av ssk men ej av kommunrehab

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Social dokumentation Och genomförandeplan	Tydlig implementering för OVP	Checklista Stöd av dokumentationsombud på Apt Utbildningsinsatser i dokumentation	Ej uppnått	Omflyttning av omvårdnadspersonal.
Förtydliga Kontaktmannaskapet	Boenderåd, kontaktperson Socialstyrelsens öppna mätning	Lathund för kontaktmannaskap. Genomförandeplan Aktiviteter Levnadsberättelse Arbete med dagplanering	Ej uppnått	Fortsätter arbeta med det 2021 där satta mål är rehabiliterande fördjupad förståelse av kontaktmannaskapet
Mer respektfullt bemötande boende			Klagomål och IVO-anmälan av privatperson	Behöver arbeta med utbildning i värdegrundstrappan under 2021 och regelbundet arbete med värdegrund som tex. Bemötande

Avvikelser

Avvikelse 2020	jan	feb	mar	april	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt
Hjälpmedel	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3
Omvårdnad /tillsyn	0	2	4	1	0	1	0	2	1	4	5	2	22
Läkemedel	14	8	7	12	22	7	7	10	7	15	12	3	124
Fall	0	6	3	4	5	3	4	2	4	7	5	3	46
Dokumentation/information	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Övrigt		-			2			0	0	0	0	0	2
Synpunkter och klagomål	0	0	0	1	2	1	1	0	3	0	0	1	9

Avvikelser jämförelse

Avvikelser	2019	2020
Hjälpmedel	3	3
Omvårdnad/tillsyn	5	20
Läkemedel	61	121
Fall	53	43

Dokumentation/ information	0	0
----------------------------	---	---

Den kategorin med högst antal avvikelser är läkemedel där en stor del härrör till att man signerar men inte ser till att det är givet och/eller utebliven dos.

Omvårdnad/tillsyn: de flesta avvikelserna består i att OVP inte svarat på larm, bemötande och utebliven städ. En av dessa utredda enligt Lex Sarah enligt rutin och åtgärder insatta men klassades som måttlig allvarlighetsgrad.

Synpunkter och klagomål, gäller kontaktmannaskapet, upprättande av genomförandeplan i samråd med anhöriga – uteblivna städ. Åtgärder är insatta. Kost och måltidssituation har också synpunkter inkommit om vilket föranlett att maten numer tillagas på St Anna där nöjdheten varit större bland brukarna.

Ansvarig för uppföljning är verksamhetschef. Verksamhetschef ansvarar för återkoppling till rapportören gällande inkommen synpunkt/klagomål. Synpunkter och klagomål hanteras och utreds, analyseras och återkopplas till medarbetarna på enheten, samt till den person som lämnat synpunkten. Återkoppling till rapportör sker via telefonkontakt eller inbokat möte, samt på kvalitetsråd, APT samt verksamhetsträff med berörd avdelning.

Ansvarig för uppföljning av inkommen avvikelse är den profession under vilken avvikelsen infaller.

Vid sammanställning av avvikelser inkomna för verksamhetsåret 2020, framkommer att:

Totalt 187 stycken avvikelser inkom via avvikelssystemet Pro Capita, fördelade på områden enligt nedan:

- ”Fall” hade 43 stycken avvikelser.
- "Allmän omvårdnad" hade 20 stycken avvikelser.
- "Läkemedelshantering" hade 121 stycken avvikelser
- Hjälpmedel hade 3 stycken avvikelser.
- Dokumentation 0 avvikelser

Jämfört med 2019 har antalet fallavvikelser minskat från 53 till 43 – orsaken kan vara att riskanalyser görs i Senior Alert och att åtgärder sätts in i tid.

Under 2020 har vi arbetat med och informerat om omvårdnadsavvikelser och därför ser vi en markant ökning då personal har fått förståelse för vad en omvårdnadsavvikelse är.

Läkemedelsavvikelserna har ökat från 2019 från 61 till 121 under 2020 och detta ser vi ett sammanhang att man helt enkelt är bättre på att skriva avvikelser.

Att dokumentation är 0 avvikelser stämmer inte med verkligheten då vi endast har cirka 37% uppdaterade genomförandeplaner och stora svårigheter att komma in i procapita pga Citrix och även långsam procedur att få nya/förnya SITHS kort.

Klagomål och synpunkter

Vi följer Ansvar och Omsorgs samt Nyköpings kommuns riktlinjer för klagomålshantering. Information om denna lämnas till anhöriga och boende i samband med att den boende flyttar in. Under 2020 hade vi nio klagomål. Alla klagomål och synpunkter har utretts enligt Ansvar och Omsorgs riktlinjer. Varje utredning resulterade i en åtgärdsplan som tagits fram tillsammans med personal. De klagande har fått återkoppling. Ett klagomål var också från en anhörig som gick direkt till IVO – se paragraf ovan.

Vi uppmuntrade till att lämna synpunkter på verksamheten från boende, närstående och övriga som kom i kontakt med vår verksamhet. Synpunkterna hanterades enligt Rutin för synpunkter och klagomål. Detta görs på A&O färdiga underlag ”Hjälp oss att bli bättre”, denna finns anslagen på tavlan i entrén och på varje avdelning. Denna blankett skickas också med i välkomstmappen våra boende får vid inflytt. Synpunkter kan även lämnas på vår hemsida ansvarochomsorg.se eller muntligt till verksamhetschef. Görs bedömningen att klagomålet är allvarligt tas ärendet vidare till VD, MAS och uppdragsgivare. Vi hade ingen synpunkt/klagomål i förhållande till HSL.

Händelser och vårdskador

Klagomålet som även anmälades direkt till IVO utreddes men risk för upprepning bedömdes som liten samt att den inte var så allvarlig att den skulle anmälas till IVO utan hanterades av verksamheten. Utredningen utfördes i samarbete med kvalitetsansvarig på A & O

Varje avvikande händelse och eventuell vårdskada tas varje månad upp på kvalitetsråd. Vidare har vi kontinuerlig genomgång av lex Sarah och lex Mariautredningar på APT där verksamhetschef läser upp genomförda utredningar för att väcka diskussion och analysera hur vi kan undvika liknande händelser i våra verksamheter. Dessa väcker alltid eftertanke hos samtliga i verksamheten och ger även en sporre att kvalitetssäkra.

Risakanalys

Under 2020 fokuserade vi på följande risker:

- Smittspridning och basal hygien
- Läkemedelsavvikelser
- Trycksår, undernäring och fall

Även om läkemedelsavvikelser har ökat från 2019 till 2020 ja i princip fördubblats ser vi det ändå som en positiv trend att avvikelser lyfts upp men mer individuell uppföljning av ssk och VC är målet.. Vi vill inte ha 0 vision men självklart att avvikelser ska minska

Vi upplever att vi har arbetat bra med hygienrutiner.

Under 2021 kommer vi fortsätta arbeta med Senior Alert för att tidigt upptäcka risker för trycksår undernäring och fall.

I maj 2020 hade vi en misstanke om lex Sarah, den har utretts enligt företagets rutin. Genom att diskutera händelsen på APT och kvalitetsråd bedöms risken för upprepning av händelsen minimal. Händelsen bedöms att inte ge en konsekvens för vårdtagaren. Sannolikheten för upprepning bedöms som liten. Händelsen ledde till omflyttning av OP på avdelningarna för att få en jämnare fördelning av kompetens, mer följsamhet med dagplanering och förtydligande i kontaktmannaskap. Under 2021 kommer värdegrund att bli ett utbildningsmål med bla bemötande som ett tema.

Vi identifierar kontinuerligt olika risker och brister. Vi jobbar med dessa på ett systematiskt sätt dvs vi tittar på bakomliggande orsaker, tar fram en handlingsplan och följer upp utförda åtgärder. På så vis har vi ett ständigt pågående systematiskt kvalitetsarbete som bidrar till en ökad riskmedvetenhet hos både ledning och personal.

Områden inom HSL som riskanalyserats är bland annat fall, trycksår undernäring samt munhälsa. Risker vid förflyttningsmoment, hantering av arbets- och medicintekniska produkter, miljön i boendes egna lägenheter, bedömning av risker för hot och våld hos specifik patient med flera.

Riskbedömningar görs alltid inför större förändringsarbeten i verksamheten, som exempel kan nämnas schemaförändringar, personalomfördelning med mera.

Mål och strategier för kommande år

Övergripande mål	Verksamhetens mål	Aktiviteter
Vi ska stärka värdegrunden i verksamheten	Alla medarbetare ska genomgå värdegrundstrappan	Följa upp att alla har genomgått värdegrundstrappan
	Tydliggöra värdegrunden vid introduktion	Stående punkt under introduktion
	Alla nyanställda ska ha en mentor.	Introduktionschecklista
Central introduktionsutbildning för nyanställda	Att få kunskap om företaget och företagets värdegrund	Värdegrundsutbildning & samtal under APT
	Att få kunskap om kontaktmannaskap	Webb utbildning samt individuella samtal. Tas också upp på APT
Vi ska arbeta aktivt med det systematiska kvalitetsarbetet	Dagplaneringsmallar på samtliga avdelningarna	Möte med dagplanerare
	De boende ska vara delaktiga verksamhetens kvalitetsarbete	Boenderåd & enkäter

	Medarbetarna ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete	Ombudsmöten till exempel kost, aktivitet, palliativt.
Vi ska leva upp till gällande lagstiftningar i HSL SOL och PSL	Vi ska fortsätta att vara aktiva och registrera i aktuella kvalitetsregister Kvalitetssäkra HSL arbete Höja kompetens inom kontaktmannaskap och att arbeta aktivt med genomförandepplaner Trygg och säker hjälpmedelshantering	Temakonferenser & uppföljning på ledningsmöte, utbildning av ombud i senior alert. Palliativt möte, Kvalitetsråd, Temakonferens, Inkontinensmöte, Hygienmöte, Lokalt ledningsmöte, Nattfastemätning, Hygienobservations sammanställning, Kontroll av MTP, Viktkontroll, Infektionsregistrering, Kvalitetsregister, Läkemedelsgenomgång, Läkarkontroll, Narkotikakontroll, Kostmöte, Avvikelsehantering. Utbildning på APT, Teamkonferens & Kvalitetsråd Årlig funktionskontroll av hjälpmedel Utbildning i förflyttning av OP som även genomfördes hösten 2020

Fokus kommer även att ligga på säker läkemedelshantering och dokumentation.

Under året fortsätter vi även med utbildningsinsatser inom olika områden för våra medarbetare. Bland annat planeras utbildningar inom:

- Avvikelsehantering (Öka kunskapen och förståelsen)
- Basal hygienkompetens
- Dokumentation, och vikten av en kvalitativ genomförandeplan.
- Fördjupad förståelse för innebörden av kontaktmannaskapet
- Värdegrundsbildning och reflektion om värdegrund som tex bemötande med värdegrundskort

Nyanställd personal kommer utbildas i bland annat kontaktmannaskap, A&O:s värdegrund, förflyttningsteknik och basal omvårdnad för att kunna arbeta tryggt och med säkerhet i fokus.

Vi fortsätter under året att aktivt efterfråga förbättringsförslag från boende och anhöriga samt från externa aktörer. Syftet är att öka delaktigheten samt fortsätta att utveckla och förbättra våra processer.

Ett övergripande mål för A&O Nyköping, är att vi ska jobba lika kring HSL-frågor. Vi har en stabil sjuksköterskegrupp och fokus kommer att ligga på att fortsätta fördjupa samarbetet och ha tydliga gemensamma rutiner.



BILAGA 1

UTBILDNING COVID-19

Utbildningsinsatser

Webbutbildning

Basala Hygien Rutiner, Vårdgivarguiden

<https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/vardhygien/digital-utbildning/>

Utför del 1 och del 2, då du utfört dessa får du fylla i namn och mailadress för att få ett diplom. Diplomet SKA du lämna in till din chef.

Socialstyrelsen e-utbildning gällande Corona -covid-19.

Det är 2 korta utbildningar som görs på webben och är öppen för alla.

<https://utbildning.ki.se/covid-19-hindra-smittspridning-och-skydda-personal-som-arbetar-inom-svensk-halso-och-sjukvard-och>

Tryck på "anmäl dig här" och fyll i de uppgifter som efterfrågas.

När du gjort utbildning 1 och svarat på de avslutande frågorna, väljer du "gå till kurscertifikat", där kan du skriva ut/ spara ner ditt diplom.

När du är klar trycker du högst upp på sidan på "Kurser", sedan väljer du utbildning 2 och genomgår denna, efter avslutande frågor klicka på "gå till kurscertifikat" och skriv ut/ ladda ner ditt diplom.

Utbildningsfilmer

Film om basala hygienrutiner och skyddsutrustning från Vårdgivarguiden, Stockholms Läns Landsting

<https://vardgivarguiden.se/utveckling/2019-ncov/skyddsutrustning/film/>

Skyddsutrustning när du vårdar patient med Covid-19

Instruktionsfilm angående skyddsutrustning och dess användning för alla medarbetare.

<https://www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-varld/Mikrobiologi1/Coronavirus/Coronavirus-info-till-varldgivar/Vardhygieniska-rutiner-och-transport-av-patient/Skyddsutrustning-nar-du-varldar-patient-med-Covid-19/>

Stöd från Silviahemmet, omhändertagande av personer med kognitiv sjukdom och covid-19

Länkar från Silviahemmet för tips kring omhändertagande av personer med kognitiv sjukdom och covid-19.

Episode 1: <https://www.youtube.com/watch?v=qDwbvYMDjA0>

Episode 2: <https://www.youtube.com/watch?v=Ep8sSfm3lnc>

Episode 3: https://www.youtube.com/watch?v=E-X-Z7vK_JQ

Episode 4: <https://www.youtube.com/watch?v=8CVxXB0kdoQ>

Även nedanstående länk är en väldigt bra utbildning att göra/repetera:

<https://samverkan.regionsormland.se/for-varldgivar/smittydd-och-varldhygien/a-o-lista-for-sjukdomar/corona-virus/>



Patientsäkerhetsberättelse

År 2020 Björkgårdens äldreboende

20200212 Rina Karlsson & Annalisa Andersson

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
INNEHÅLL	2
Sammanfattning	4
Ansvar och omsorg har som ambition att skapa en positiv miljö och omsorg för människor i behov av särskilt boende. Vårt mål är att de boende ska känna <i>värme, omtanke och trygghet</i> , genom det skapa förutsättningar för att ha kvar sin personliga integritet hela livet.	5
STRUKTUR.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Uppfyllelse gällande lagstiftning enligt SoL	6
Bästa vårdgivaren i Sverige.....	6
Arbeta aktivt med det systematiskt kvalitetsarbetet	7
Leva upp till gällande lagstiftning i HSL och PSL.....	8
Organisation och ansvar	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Patienters och närståendes delaktighet	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	13
Klagomål och synpunkter.....	14
Egenkontroll.....	14
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	15
Personal/ Introduktion nyanställda.....	17
Riskanalys	18
Utredning av händelser - vårdskador.....	18
Informationssäkerhet.....	18
Strålskydd.....	20
RESULTAT OCH ANALYS	20
Egenkontroll.....	20
Avvikelser	21
Klagomål och synpunkter.....	22
Händelser och vårdskador	23
Riskanalys	23
Mål och strategier för kommande år	24

Sammanfattning

2020 Blev ett annorlunda år för såväl vår verksamhet som samhället i stort relaterat till pågående pandemi. Flera av verksamhetens planerade mål har fått stå tillbaka för arbete med Covid-19.

Den sammanfattande bedömningen är att verksamheten har gjort ett gott arbete efter de förutsättningar vi haft för att uppnå patientsäkerhet och kvalitet under 2020. Vårt mål är en trygg och säker vård, med hög kvalitet där boenden känner trygghet och delaktighet.

De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten

- Fortsatt förbättringsarbete med dokumentation i HSL och SoL
- Möten med ombud, uppföljning, åtgärd
- Avvikelsehantering utredning, åtgärd
- Registrering i kvalitetsregister, uppföljning, åtgärd
- Analys av synpunkter och klagomål
- Ökad kompetens hos omvårdnadspersonal [OVP] genom handledning och via utbildning (fokus basala hygienrutiner samt covid-19)

De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka kvalitén i verksamheten

- Protokollförda möten varje månad
- Kvalitetsråd varje månad
- Registrering i kvalitetsregister
- Avvikelsehantering
- Övergripande möten samt ombudsmöten

De viktigaste resultaten som uppnåtts

- Tidig upptäckt av risk för fall, trycksår samt undernäring
- Minskade läkemedelsavvikelser
- Ökad delaktighet hos boende
- Kontinuerlig inkontinensutredning

En blick framåt

Under 2021 kommer vi fortsätta arbeta med samtliga områden, med fokus på nutrition och måltidssituation samt utveckla arbetet med och i BPSD-registret.

Inledning

Ansvar och omsorg har som ambition att skapa en positiv miljö och omsorg för människor i behov av särskilt boende. Vårt mål är att de boende ska känna ***värme, omtanke*** och ***trygghet***, genom det skapa förutsättningar för att ha kvar sin personliga integritet hela livet.

Vi vill vårda efter vår vision ***"Hela människan – hela livet"*** att möta de behov som varje individ har hela livet och värna om den enskildes bestämmanderätt och integritet.

Björkgårdens äldreboende drivs på uppdrag av Nyköpings kommun.

Björkgården har 29 rum varav 4 på nedre plan är tänkta som parboende. Uppdelningen är 11 säbo platser avdelning Svalan, 11 säbo platser avdelning Sadesärlan samt demensavdelningen på 7 platser, avdelning Duvan. Alla lägenheter varierar i storlek och form.

Vi har ett eget kök där maten lagas från grunden och serveras i ljus och luftig matsal där vi även har en öppen spis att samlas omkring.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Enligt Ansvar och Omsorg, samt gällande rutiner och riktlinjer ska alla boende registreras i Senior Alert, BPSD och Palliativa registret. Om boende avböjer deltagande i kvalitetsregister så ska arbetsmetoden vara densamma för att säkerställa kvaliteten och upptäcka eventuella risker.

På Björkgården hålls kvalitetsråd varje månad tillsammans med sjuksköterska, enhetschef och omvårdnadspersonal. Där lyfts de delar i enkätundersökningen, Socialstyrelsens brukarundersökning som påvisar utvecklingsbehov för verksamheten. Även avvikelser från föregående månad lyfts och diskuteras.

Nedan följer övergripande mål och strategier i en schematisk översikt:

Uppfyllelse gällande lagstiftning enligt SoL

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning/
Revidera alla genomförandeplaner 2 gånger per år. Alla genomförandeplaner för boende ska revideras minst 2 gånger per år. För uppnått mål ska 100 % vara reviderade.	Revidering sker 2 gånger /år eller vid behov OVP har goda kunskaper i dokumentation får även stöd av dokumentationsombud. Utveckling mot föregående år är att genomförandeplanerna i år är mer detaljerade. Individens behov och förutsättningar kommer tydligare i fokus.
Journalanteckningar minst en gång per vecka Alla boende ska ha journalanteckning i den sociala dokumentationen minst en gång per vecka (vecko-anteckning)	Ett aktivt arbete pågår med målet att ha minst en journalanteckning i veckan. Pga. systemändring i journalsystem har OVP haft svårigheter att bibehålla det under senare delen av året.
100 % av personalen ska ha skrivit anteckningar i den sociala dokumentationen under året. Alla medarbetare ska ha skrivit anteckningar i den sociala dokumentationen. Det ska vara med vid lönesättning inför nästkommande år.	Samtliga medarbetare har anteckningar i den sociala dokumentationen. Här har vi checklista till hjälp för att nå våra mål. Genomfört mot tidigare år, är det färre anteckningar i år, möjligt r/t svårigheter med journalsystem, att kunna logga in i systemet.

Aktiviteter	Analys/beskrivning
Vi reviderar genomförandeplaner två gånger om året	Pågående arbete med genomförandeplaner vi har en checklista till hjälp. Oförändrat mot tidigare år, stabilt bra nivå.
En anteckning per vecka Vi använder en checklista som lämnas in till enhetschef en gång i månaden, tas även upp på medarbetarsamtal.	Detta arbete har fått stått tillbaka i år r/t svårigheter att komma in journalsystem.
Dokumentation stående punkt på APT	Under uppbyggnad, lyfts idag, Vi kommer att arbeta vidare med denna punkt 2021 för ett tydligare fokus.
Medarbetarsamtal	Samtliga medarbetare har haft medarbetarsamtal där även SSK har varit delaktig (enl. A&O's rutin) OVP har en individuell framtagna kompetensplan, även för HSL mål. Med uppföljning under året. Det har under 2020 lett till en kunskapsökning hos OVP, roligt att se sådan utveckling.

Bästa vårdgivaren i Sverige

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
Minst 85 % nöjdhet i Socialstyrelsens öppna jämförelser	Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser uppnår vi överlag 90% vi fortsätter arbeta punkterna med mindre nöjdhet under 2021. Jämfört med 2019 så har nöjdheten ökat med 5%
Boende ska ha inflytande och känna delaktighet över hur stöd och hjälp utformas	Upplevelsen är att boenden har inflytande och delaktighet vilket också framgår av genomföran-

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
Boende ska ges inflytande över sin vardag och det stöd och hjälp som de får. Delaktighet kring genomförandeplaner och den dagliga verksamheten ska ökas.	deplan samt boenderåd. Två boenderåd har uteblivit under året r/t restriktioner för covid. Pga. pandemin och restriktioner har istället fokus legat på individuell nivå, mellan kontaktperson och boende, det har varit mkt uppskattat.

Aktiviteter	Analys/beskrivning
2 anhörigträffar maj och november	Har inte varit i år pga. Restriktioner r/t covid. Anhöriga har i stället erhållit informationsmejl varje vecka under mars-juni. Därefter en gång i månaden. Kontakt mellan boende (ink. EC, SSK, OVP) och anhöriga har varit god och uppskattad under året.
Genomförandeplaner	Alla genomförandeplaner är uppdaterade. Fortlöpande mål är att fortsätta det goda arbetet med en mer detaljerad genomförande plan som även kommer att lyftas på APT, för mer diskussion i arbetsgruppen.
Kontaktman etableras vid inflyttning	Kontaktnannskapet fungera väl och vid behov får kontaktman stöd av EC.

Arbeta aktivt med det systematiskt kvalitetsarbetet

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
Dagplaneringsmallar på samtliga avdelningar För att förbättra planeringen av omvårdnaden på avdelningsnivå ska alla avdelningar ha infört och arbeta med dagplaneringsmallar.	Dagplanering finns och fungerar som ett stöd i verksamheten uppdateras av dagplaneringsombud
De boende ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete	Våra boende har varit delaktiga i det arbete via boendeenkät och boenderåd.
Medarbetarna ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete	Personal har varit delaktiga i det arbete via arbetsplatsträffar, ombudsfunktionsträffar, kvalitetsråd, medarbetarsamtal mm.
Omsorgsmåltid	Förbättra måltidssituation med ökat socialt samspel med boende och OVP. Förbättring har setts under detta år mot tidigare då boenden åter bättre samt sitter kvar i lugn och ro.

Aktiviteter	Analys/beskrivning
Upprätta dagplanering	Dagplanerings ombud ansvariga stöd ges av Ec vid behov.
Boenderåd	Vi har fått många idéer och förbättringsförslag som vi tar till oss.
Dagplanering	En välfungerande dagplanering finns och är ett bra och tydligt stöd för OVP
Kvalitetsråd	Kvalitetsråd sker kontinuerligt enligt rutin där tas avvikelser samt andra förbättringsåtgärder upp.
APT	Vi har APT en gång i månaden.

Aktiviteter	Analys/beskrivning
Ombudsmöten	Vi följer A&O planering för ombudsmöten
Kvalitetsarbete stående punkt på APT	Pågående arbete. Vi diskuterar, förbättrar och skapar nya rutiner. Alla avvikelser och klagomål/synpunkter på våra APT. I år ett annat forum med små grupper r/t restriktioner, fungerar väl med bra diskussioner.
Kostombudsmöten	Under 2020 hade vi två kostombudsmöten. Samt uppföljningsmöten, fokus har legat på nutrition kopplat till Senior Alert.
Aktivitetssombudsmöten	Aktivitetssombudsmöten sker enligt A&O planering
Palliativt ombudsmöten	Möten enligt planering. Vi har även som mål att samtlig OVP ska genomgå palliativ utbildningen gäller även vikarier. Under året är arbetet i full gång med webbutbildningen för OVP, 85% av personalen har genomfört den, fortsättning kommande år.
Larmombudsmöten	Skер enligt plan samt inför upphandling från Nyköpingskommun
Brandombudsmöten	Skер enligt planering.
Hygienombudsmöten	Under möten diskuterade vi hygienrutiner och vi utbyter erfarenheter kring hygienhantering. Vi har gjort självskattningar samt hygienobservationer
Inkontinensombudsmöten	Möten hålls enligt planering. Under 2020 har alla brukare erhållit en individanpassad inkontinensplan.
Dokumentationsombudsmöten	Dokumentationsombuden ser skillnad mellan SoL och HSL och stöttning sker vid behov
Miljöombudsmöten	Vi diskuterade under möten hur viktigt det är att sortera avfall på rätt sätt. Vi poängterade vikten av att använda energisparande redskap.
Kvalitetsråd	Kvalitetsråd fungerade väl.
Skyddskommitté	I skyddskommittén diskuteras vår arbetsmiljö. Vi har också diskuterat våra rutiner och riktlinjer. Några förbättringsåtgärder har framkommit för att öka trivsel och säkerhet på vår arbetsplats.
Lokal ledningsgrupp	Fungerar bra. Vi har möte varje månad. Under mötena diskuterats olika viktiga frågor som dykt upp under månaden. Det kan vara nya rutiner, sjukfrånvaro, arbetsmiljö, förbättringsarbete, kvalitetssäkring, scheman mm.

Leva upp till gällande lagstiftning i HSL och PSL

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
Aktivt arbete i kvalitetsregister	Vi arbetar aktivt i senior Alert, palliativregistret samt BPSD. Mot föregående år är vi nu fullt ut aktiva i alla register. Det som saknades föregående år var

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
	vissa registrerade i Senior Alert, det fungerar nu väl, både registrering och uppföljning.
Upprätta vårdplaner	Vid ett problem eller behov upprättas en vårdplan. I vårdplanen beskrivs problemet, åtgärder och uppföljningar.
Hälsokonferens	Syftet med hälsokonferenser är att följa upp boendes behov och mående. Satsning på dessa för 2021 ihop med paramedicinsk personal för att främja teamarbete. Har under detta år inte legat i fokus pga. restriktioner.

Det system vi använder oss av vid kvalitetsarbetet egenkontroll och uppföljning kallas A&O- modellen och bygger bland annat på SFS 2010:659 SOSFS 2011:9. Tydliga riktlinjer finns för planering, genomförande, uppföljning och förbättring samt ansvar och tidsramar. Alla verksamheter arbetar lokalt med bland annat rutiner, kvalitetsråd och egenkontroller. En gång om året sker den interna kvalitetsrevisionen med internrevisorer från företaget som granskar alla aspekter av verksamheten.

Björkgården har även under 2020 bibehållit hög nöjdhetsgrad, något högre än 2019. Utifrån det kommer vi arbeta vidare med delaktighet, inflytande, fortsätta utveckla arbetet med kvalitetsregister samt enhetens framtagna verksamhetsmål.

Vi har ett välfungerande arbete med Senior Alert BPSD registret och Palliativregistret. Målet för 2019 gällande Senior Alert och inregistrering samt uppföljningar är uppnått. Nya Senior Alert ombud är utbildade enligt plan från 2019 och är igång och arbetar. Samarbetet med paramedicinsk personal har inte kommit igång fullt ut, utan är ett fortsatt mål för 2021.

Kvalitetsarbete gällande avvikelshantering har arbetats med under året på kvalitetsråd. Målet gällande läkemedelsavvikelser är uppnått, och fortsätter att sjunka genom att vi bibehåller vårt strukturerade arbete kring läkemedelshantering och uppföljning.

Våra larm är inte alltid tillfredsställande då wifi-nätet tappar täckning, vilket innebär att det ibland blir fördröjningar på larmen. Svårigheterna att logga in i journalsystem ProCapita har ökat ytterligare och är ett stort problem i det vardagliga arbetet.

Klagomål och synpunkter som inkommit under 2020 berör främst:

Beröm för vårt Instagram konto (där aktiviteter läggs ut så anhöriga kan se vad som händer, extra uppskattat under den period det var besöksförbud)

Klagomål på måltid där man upplever att det är mycket soppa och lite variation.

Boende har åsikter om vikarier av annan härkomst.

Anhörig som är missnöjd med beslut av jourläkare.

Aktivitet

Vi arbetar med A&O koncept vad det gäller aktivitet, utevistelse och egen tid. Vi har en engagerad och driven personal som bidrar till en väl fungerande verksamhet.

Organisation och ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Ansvar och omsorg AB har som vårdgivare ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Områdeschef (OC) ansvarar för att följa upp varje enhet månadsvis. Områdeschefen har ansvaret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkerställa verksamhetschefens kompetens. Områdeschefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets, miljö och arbetsmiljö relaterade åtgärden.

Verksamhetschef (VC) ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Verksamhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. VC svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras till OC. VC ska samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i den kommun verksamheten bedrivs, i verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

Enhetschef (EC) ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Enhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. EC svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras till VC.

Hälso- och sjukvårdspersonal består av en sjuksköterska, paramedicinska tjänster köps av Nyköpingskommun. Hälsa och sjukvårdspersonal har ett ansvar att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje boende. Den legitimerade personalen fungerar som arbetsledare utifrån sin profession i verksamheten.

Omvårdnadspersonal ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, för att följa rutiner och givna ordinationer. De ansvarar för patientsäkerhetsarbetet genom att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, genom att hålla sig informerade om gällande riktlinjer och rutiner samt rapportera eventuella risker och avvikelser.

Nyköping kommuns medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten och samverkar med verksamhetschef i patientsäkerhetsarbetet.

Läkarkontakt

Ansvarig läkare har gentemot de boende ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkaren kommer till enheten och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Verksamheten samarbetar med Vårdcentralen Ekensberg där PAL finns. Ronder sker en gång varje vecka.

Ansvar och Omsorgs kvalitets utvecklare Inom företagets övergripande ledningsgrupp finns en kvalitetsansvarig samt tre kvalitetsutvecklare. Verksamheten har kontinuerlig kontakt med samtliga, beroende på vad som avses. Alla utredningar gällande lex Maria och lex Sarah kommuniceras med kvalitetsansvarig. Kvalitetsansvarig för den yttersta kontakten med IVO vid behov.

Stödfunktioner för organisatoriskt ansvar Vårdhygien Södermanland har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens. Vårdhygien kontaktas då det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheten som gör att extra stöd behövs. När det handlar om smittskyddsåtgärder som åligger hälso- och sjukvården enligt smittskyddslagen vänder sig verksamheten till kommunens och regionens hygiensjuksköterska som har det som ansvarsområde. Vid behov kan även andra stödfunktioner nyttjas såsom Chefläkare, STAMA, Patientsäkerhet- och kvalitetsenhet samt Patientnämnd. Då Ansvar och Omsorg har vissa av dessa funktioner internt tas inte alltid extern kontakt om inte behov eller laga krav finns.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur verksamheten samverkar med andra vårdgivare och instanser.

Samverkan i verksamheten

Legitimerad personal har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.

Samverkan mellan läkare och legitimerad personal består av en fastställd rond en dag per vecka samt ständig möjlighet att kontakta patientansvarig läkare eller jourhavande läkare vid behov. Daglig rapportering och uppföljning mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal sker muntligt och skriftligt via dokumentation.

Björkgården har patientansvarig läkare från Ekensbergs vårdcentral. Kontakten med läkare sker genom rond varje vecka samt telefonkonsultationer dagtid helgfria vardagar. Under rond sker hembesök, läkemedelsgenomgångar aktuella insatser samt genomgång av boendes mående. Regelbunden samverkan mellan verksamheten och ansvarig Verksamhetschef på Ekensbergs Vårdcentral.

Övrig samverkan för förebyggande av vårdskador, som ligger till grund i verksamheten:

- Ramavtal vårdhygien
- Riktlinjer Nyköpings kommun
- Avtal jourverksamhet
- Samverkan Oral Care och Folk tandvården tandvårdintyg, tandvård, munhälsa
- Vaccination
- Prator – för dialog med Region och kommun vid in och utskrivning
- SIP – vid behov för trygg och säker hemgång och överrapportering
- SKILS - för adekvat överrapportering och samarbete med Region.
- Samverkan fotvårdsspecialist
- Webb utbildningar för personal inom hygien, läkemedel samt palliativt.
- Förflyttningsteknik
- Teamkonferenser
- Nationellt vedertagna mätinstrument och skattningsskalor exempel Abby Pain Scale

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheten erbjuder alltid nya patienter ett välkomstsamtal. Samtalet genomförs tillsammans med patienten, eventuella närstående, ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Ibland närvarar även verksamhetschef. Under samtalet diskuteras vad som är viktigt för patienten och vilka förväntningar som finns. Vi beskriver även vad vi kan erbjuda i form av stöd och omvårdnad.

Sjuksköterska och omvårdnadspersonal tar alltid kontakt med närstående vid behov om patienten önskar det. Sjuksköterska kontaktar anhöriga för information vid förändrat hälsostatus (om det är överenskommet).

Övrig samverkan för att främja patienters och närståendes delaktighet:

- Närstående deltar vid hembesök av läkare vid behov
- Månadsbrev sänds ut av Verksamhetschef till närstående
- Boenderåd hålls 4 ggr/år (2020, 2 råd r/t restriktioner under Covid-19)
- Vi bjuder in till anhörigträffar två gånger per år (2020 ingen förekomst r/t pandemi, istället täta informationsbrev varje vecka från EC)
- Kontakt med närstående minst en gång per månad av kontaktperson

eller enligt överenskommelse, ofta tätare kontakt vanligt en gång i veckan.

- Information om patientföreningar till anhöriga för råd och stöd.
- Boendeenkät lokalt 1 ggr/år där boende får tycka till
- Brukarundersökning som går ut nationellt 1 ggr/år.

Vid brytpunktsbedömningar välkomnas anhöriga att delta för information och vårdplaner samt förväntningar på fortsatt vård. Det gäller även vid avvikelshantering.

Vi uppmanar även till att lämna in synpunkter för att kunna identifiera brister i enhetens arbete samt omvårdnaden. Detta i sin tur leder till utvecklingsarbete. Blankett för det finns lättillgängligt för boende och närstående, både på boendet samt digitalt.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 5

Varje medarbetare har informerats om sin skyldighet att rapportera händelser som lett till, eller hade kunnat lett till vårdskada.

1 gång/månad går verksamhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal igenom avvikelser för föregående månad på kvalitetsråd. Genom att rapporterade avvikelser står på agendan varje månad får rapporterna en stor betydelse i patientsäkerhetsarbetet. Dessa möten ökar benägenheten hos personalen att fortsätta rapportera oönskade händelser och till att öka riskmedvetenheten vilket stärker patientsäkerheten. Verksamhetschef, ansvarig sjuksköterska, paramedicinskpersonal ansvarar för att analysera händelser, åtgärda och följa upp.

Samtliga händelser som lett till, eller hade kunnat lett till, vårdskada rapporteras direkt till ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef. Alla händelser ska registreras i ProCapita avvikelsemodul. En utredning startar, journalföring granskas, skriftlig utsago av händelseförlopp begärs in och materialet samlas i en utredningsmall som sedan sammanställs av verksamhetschef och skickas oidentifierad till kvalitetsansvarig. Sedan sker en analys av händelsen, en åtgärdsplan görs både för omedelbara åtgärder och långsiktiga sådana. Ansvar och Omsorgs MAS, områdeschef och uppdragsgivare meddelas av verksamhetschef vid inledande av en utredning.

Utredningen följer en mycket tydlig rutin som finns tillgänglig i vårt verksamhetsstöd. Avvikelsens karaktär avgör om utredning sker på enskild eller enhetsnivå.

Vid avvikelser som leder till anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria engageras områdeschef, kvalitetsansvarig och MAS direkt för en vidare utredning samt kommun.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,

Vi följer Nyköpings kommuns riktlinjer för klagomålshantering. Under 2020 hade vi fjorton klagomål och synpunkter. Klagomål samt synpunkter blev utredda enligt rutin och återkopplades till berörda personer, med uppföljning från Ec alt ssk beroende på karaktär.

Klagomål och synpunkter är en viktig del av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete i verksamheten. A&O har en tydlig mall för sammanställningar av avvikelser, klagomål och synpunkter. Denna tabell för 2020 finns att se under resultat och analys. Samtliga inkomna synpunkter och klagomål tas emot av verksamhetschef som dokumenterar och för in i Stratsys. (Stratsys är A&O's digitala system för effektiv strategisk planering och uppföljning av verksamheten).

Synpunkter och klagomål kan lämnas skriftligen via en blankett som finns i entrén, skriftligen via företagets webbsida eller muntligen direkt till kontaktperson, sjuksköterska eller verksamhetschef. Varje medarbetare i verksamheten har skyldighet att ta emot klagomål och synpunkter, alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål om det är möjligt.

Verksamhetschef har yttersta ansvar för att synpunkter och klagomål hanteras, utreds, analyseras och återkopplas till anhöriga och ut i verksamheten. Alla inkomna synpunkter, förbättringsförslag och klagomål behandlas i kvalitetsråd.

Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till områdeschef, MAS, kvalitetsutvecklare och uppdragsgivaren.

Om synpunkter eller klagomål inkommer via patientnämnden eller IVO hanteras de utan dröjsmål efter de instruktioner som vanligen följer med ärendet. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är en del av det ständiga kvalitetsarbetet.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner (Infektionsregistrering och antibiotikabehandling skickas till MAS)	2 gånger per år	Hygienombudsmöte
	1 gång i månaden	Infektionsverktyg.
	2 gånger år	Markörbaserad journalgranskning
	1 gång år	HALT- Senior Alert

Basala hygienrutiner och klädregler	3 gång per år 10 ggr/år	Hygienombudsmöte APT
Hygienronder/ självskattning	2 gånger per år	Protokoll hygienombudsmöte
Patientsäkerhetsdialoger	1 gång per år	Protokoll
Avvikelser/ kvalitetsråd	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	2 gånger/ år	PPM-databas, Senior Alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikel- sehanteringssystemet
Journalgranskning	Kontinuerligt	Verksamhetschef gör stickprov i journalkontinuerligt. Internrevisioner granskar jour- nal årligen. Nyköpings kommuns MAS årlig stickprovskontroll, ssk fyller i underlag.
Granskning av hela verksamheten	1 gång per år	A&O's internrevision gör årligen en grundlig granskning av samtliga områden inom verksamheten.
Narkotika klassade preparat	1 gång per månad	Varje månad kontrollräknas narkotikaklassade preparat, både hos patienter och de i för- råd som på sjuksköterskeexpe- ditionerna. Detta kontrolleras även årligen vid apoteks- granskning och vid internrevis- ion

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Vedertagna register är ett bra verktyg för att mäta kvalitet i verksamheten både nationellt, företagsmässigt och verksamhetsmässigt. Samtliga registreringar i kvalitetsregister föreläggs av ett medgivande från den boende.

Senior Alert

Verksamheten är ansluten till Senior Alert och dokumenterar i kvalitetsregistret på webben. Registrering sker med riskbedömning, vidtagna åtgärden och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Bedömningen ska uppdateras minst var 6:e månad oftare vid behov. Är alla våra boenden är registrerade i Senior Alert och ombud arbetar aktivt med uppföljning.

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Verksamheten dokumenterar i palliativregistret. Under 2020 har alla som avlidit på enheten registrerats i palliativregistret.

BPSD

Registrering i BPSD-registret (Beteende och Psykiatriska Symtom vid Demens). Registrering och struktur i demensvården kan leda till minskade BPSD-symtom hos den boende. Verksamheten registrerar och arbetar utefter BPSD åtgärden för den enskilde boende. Alla boenden med en konstaterad demenssjukdom är registrerade i BPSD registret under 2020.

Hantering av sekretessbelagda patientuppgifter

Verksamhetens arbetar alltid med avidentifierat material ute i verksamheten, på avdelningarna med undantag för läkemedelslistor och signeringslista för läkemedel, dessa förvaras i låsta skåp i den boendes egen lägenhet. SOL pärmar förvaras på låst undersköterskeexpedition. sjuksköterska hanterar patientuppgifter i enighet med gällande lagar och regler, rutiner för hantering finns skriftliga i verksamheten. Samtliga dokument innehållande patientuppgifter/ personuppgifter förvaras i låst dokumentskåp.

HSL- dokumentation

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har all legitimerad personal dokumentations-skyldighet. Verksamheten har utarbetade rutiner för HSL- dokumentation.

Avvikelser

Genom avvikelshantering följs patientsäkerheten upp i det dagliga arbetet. Alla medarbetare rapporterar avvikelser och har skyldighet att rapportera. Avvikelserna skrivs direkt i journalsystemet och går automatiskt till sjuksköterska och enhetschef. Avvikelserna hanterades enligt rutin för avvikelshantering.

Vård i livets slutskede

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska leder arbetet med vård i livets slutskede för den boende på enheten. Sjuksköterskan ger handledning och stöttning till personal och anhöriga/ närstående på enheten.

Ansvarig sjuksköterska har nära samarbete med ansvarig läkare vad det gäller läkemedelsinsatser vid vård i livets slutskede. Ansvarig sjuksköterska arbetar med skattningsskalor och bedömnings verktyg för smärta, oro/ångest, munhälsa vid vård i livets slut.

Informationsmaterial som broschyren "En liten skrift om vården under livets sista tid" och "När tiden stannar till" finns att ge närstående/ anhöriga om de önskar.

Under år 2020 arbete med material Palliation ABC för OVP i full gång, kommer fortgå under 2021.

Munhälsovård

I samband med inflyttning erbjuds den boende att skriva under ett tandvårdsintyg som ger rätt till en kostnadsfri munhälsobedömning 1 gång per år samt subventionerad tandvård. Till enheten kan tandläkare, tandhygienist och röntgen komma och utföra i stort sett all tandvård. Alla boende har tandvårdsin-

tyg. Munhälsobedömning utförs av folktandvården Sörmland. För övrig tandvård har vi två aktiva aktörer Folktandvården samt Oral Care. Omvårdnadspersonal får en årlig munvårdsutbildning av region Sörmland.

Vårdhygien och Smittskydd/ Hygiengranskning

Vårdrelaterade infektioner och smittspridning innebär en risk för de boende. Arbetet med förebyggande åtgärden och registrering sker därför i det dagliga arbetet i verksamheten. Under hösten har alla anställda utbildats i hygien. Hygienobservationer har gjort enl. Ansvar och omsorgs rutiner. Hygienrond/hygienobservationer arbetar verksamheten med varje månad. De diskuteras på kvalitetsrådet och arbetsplatsträffar varje månad.

Rutiner för rengöring/städning av samtliga ytor har under 2020 fungerat väl. Rutiner för rengöring av hjälpmedel har under året förtydligats, detta ligger på respektive kontaktperson att utföra 1 gång per månad.

Delegering

All ny omvårdnadspersonal får en individuell delegeringsutbildning av sjuksköterska, samt genomgår webbutbildning för säker läkemedelshantering via demenscentrum. all personal få göra skriftligt prov innan förnyelse av delegeringarna görs. Lämplighet bedöms utifrån gällande riktlinjer.

Miljö- och hälsogranskning

Genom externkontroll av Miljö- och hälsoskydd garanterar vi att verksamheten klara de kraven för bland annat säker mathantering, säker kökshygien. Under 2020 utfördes ingen kontroll av Miljö och Hälsa, enbart av kök, som fick gott omdöme.

Åtkomst till rutiner

Samtliga rutiner och riktlinjer inom verksamheten finns tillgängliga via företagets verksamhetsstöd på webben för all personal.

Internrevision

Intern kvalitetsgranskning sker 1 gång/ år, med 185 kontrollpunkter. Revisionen avser samtliga områden inom verksamhet.

Utifrån internrevisionen behöver vi stärka verksamheten med:

- Följa A&O's mötes mall fullt ut vid alla ombudsmöten.
- Personal ökad kunskap i verksamhetsplan
- Tydliggöra rutin för nyckelhantering av värdeskåp.

Personal/ Introduktion nyanställda

Nyanställda genomgår introduktion med en mentor där man följer rutinen för introduktion. Det har varit svårt att ta in allt på introduktionsdagarna vi arbetar vidare med intro under 2021.

Risikanalyt

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

Verksamhetschefen ansvarar för att riskanalys upprättas genom att löpande identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten så att patientsäkerhet kan tillgodoses. Vi har en tydlig rutin för hur verksamhetens ska arbeta med att analysera risker. Analyserna läggs in i Stratsys och riskerna utvärderas kontinuerligt. Till riskerna görs även handlingsplaner, dessa upprättas av verksamhetschef eller, vid behov, av ledningsgruppen.

Risikanalyser sker inom många olika områden, dock främst patientsäkerhet och arbetsmiljöarbete. Exempel på riskanalys som sker årligen är smittspridning och under rubrik Resultat och analys finns exempel på riskanalys som gjorts under året.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Inga händelser har utretts som vårdskador under året

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden, till exempel hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (till exempel förmågor, egenheter, åsikter mm).

Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar patienten om hen själv har lämnat sitt medgivande. Detta gäller också om någon annan myndighet vill ha uppgifter om enskild person. Därför ska samtycke inhämtas om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

GDPR

A&O är vårdgivare och samtliga uppgifter avseende patienter och boende betraktas som särskilt känsliga uppgifter. Patientdatalag (2008:355) reglerar hur A&O behandlar känsliga uppgifter i patientjournalssystem. Som vårdgivare kan denna behandling ske utan inhämtat samtycke från den registrerade (Kap 2, 2§). Uppgifterna behandlas för att kunna ge god och säker vård av patienter. Vid varje behandling av känsliga uppgifter vidtar A&O alltid lämpliga säkerhetsåtgärder för att skydda uppgifterna. Personuppgifterna är inte tillgängliga

för fler personer än de som har behörighet att hantera dem.

Journalssystemet är mottagare av informationen och endast den vårdpersonal som är direkt inblandad i vården av patienten har tillgång till journalen. A&O kan efter samtycke inhämta journaluppgifter från andra vårdgivare eller myndigheter för att kunna fullgöra vårt uppdrag. Detta kan bland annat ske vid inflyttning till ett äldreboende där överrapportering sker från sjukhus eller annan vårdgivare eller då en patient listar sig på vårdcentral driven av A&O och har haft andra vårdkontakter tidigare och/eller under tiden som patienten är listad hos A&O.

Hantering av sekretessbelagda patientuppgifter

Underlag för hantering av sekretessbelagda uppgifter är SOSFS 2008:14.

Verksamheten arbetar alltid med oidentifierat material ute i verksamheten, på avdelningarna med undantag för läkemedelslistor och signeringslista för läkemedel, dessa förvaras i låsta skåp i den egna lägenheten.

OAS hanterar patientuppgifter i enighet med gällande lagar och regler, rutiner för hantering finns skriftliga i verksamheten. Samtliga dokument innehållande patientuppgifter/ personuppgifter förvaras i låst dokumentsskåp.

HSL-dokumentation

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har all legitimerad personaldokumentations-skyldighet. Verksamheten har utarbetade rutiner för HSL-dokumentation.

Övriga åtgärder för att främja informationssäkerhet i verksamheten:

- Handlingar som faxas eller skannas ska alltid vara kodade. Personuppgifter klipps bort.
- Muntlig informationsöverföring angående sekretessbelagd information och samtal om patienter ska ske bakom stängda dörrar.
- Skriftlig information som är sekretessbelagd får inte ligga framme åtkomligt för obehöriga
- Patienters namn och personnummer får aldrig anges i mejl
- All dokumentation ska ske i datasystem i enlighet med patientdatalagen
- Samtycke från patienten ska finnas gällande överföring av journalhandling
- Det är viktigt att all personal är insatta i sekretesslagens bestämmelser och att tystnadsplikten efterlevs för att värna om den enskildes personliga integritet. Blankett för tystnadsplikt ska skrivas under av all personal.
- Årligen sker en genomgång av rutin för sekretess på APT
- För att få åtkomst till journalssystem krävs både SITHS-kort och inloggningsuppgifter till ProCapita. Dessa beställs vid nyanställning av verksamhetschef och SITHS-kort återlämnas när anställning avslutas.

- Rutin finns för hur omvårdnadspersonal kontakter journalsjuksköterska vid behov.
- Kommunikation med biståndshandläggare sker skriftligt via ProCapita och Prator.
- Kommunikation med läkare och apoteket sker skriftligt, telefon och fax.
- Samverkan utanför verksamheten så som med sjukhus sker via telefon och Prator som är ett digitalt rapporteringssystem.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap 13§

Verksamheten som bedrivs har ingen förekomst av sådan medicinsk exponering som ska redovisas utifrån Strålskyddsmyndighets krav.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Ana-lys/Beskrivning
Social dokumentation	Tydlig implementering för OVP	Checklista Stöd av dokumentationsombud Apt	60%	Minskat med 25% r/t stora svårigheter att logga in i journalsystem.
Ökad kunskap hos OVP	Medarbetarsamtal Individuell HSL plan Uppföljning med EC/SSK	Webb utbildningar Ombudsmöten Workshop teoretiska + praktiska. Skattningsskalor och Mätinstrument	80%	Pågående aktivt arbete r/t omsättning av OVP. Vi ser en kunskapsökning hos vår personal, och vilja att lära sig mer. Workshops har varit ett uppskattat inslag Under 2021 även få med vikarier mer uttalat samt fortsätta och utveckla arbetet med användning

				av vedertagna skattningsskalor och mätinstrument
Ökad delaktighet hos boende	Boenderåd, kontaktman Socialstyrelsens öppna mätning	Genomförandeplan Aktiviteter levnadsberättelse	90% En ökning på 10% från föregående år	En ökning på 10% från föregående år Fortsätter arbeta med det 2021 där vi kommer fokusera på nutrition.

Avvikelser

Avvikelse 2020	jan	feb	mar	april	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt
Hjälpmedel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Omvårdnad/tillsyn	0	0	0	2	1	5	2	1	1	3	1	2	18
Läkemedel	2	1	0	0	4	2	1	1	0	1	4	2	18
Fall	12	5	4	5	7	8	3	4	5	8	6	6	73
Dokumentation/information	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Avvikelser jämförelse

Avvikelser	2018	2019	2020
Hjälpmedel	1	1	0
Omvårdnad/tillsyn	26	26	18
Läkemedel	59	47	18
Fall	61	158	73
Dokumentation/ information	0	1	0

Den kategorin med högst antal avvikelser är fall där ett stort antal av fallen består av en boende, där psykisk ohälsa är grunden, åtgärder insatta även en specialistläkare inkopplad. Läkemedelsavvikelser som till största delen består av överlämnande av läkemedel som uteblivit, åtgärder insatta. Omvårdnad/tillsyn flertalet avvikelserna består i att OVP glömt ta ur hörapparater samt tänder inför natten, rutin upprättad.

I beaktande tas ett visst felvärde, då det förekommit stora svårigheter att komma in i journalsystem vid vissa tillfällen, där av kan ett antal avvikelser uteblivit.

Lärdom och förbättringsförslag

Vi ser en fortsatt glädjande trend med att läkemedelsavvikelser sjunker, med hjälp av tydligare rutin, som innebär kontroll av läkemedelsgiva. Arbetet med att minska fall behöver fortsättningsvis stärkas, med stöd av Senior Alert och paramedicinsk personal, att kunna arbeta mer förebyggande innan händelse uppstår. Att OVP som uppmärksammar risker för fall i omvårdanden kontaktar leg. Personal. Vi kommer arbeta vidare med förebyggande åtgärder och förbättringsförslag gällande fall under kommande år.

Lärdom vi dragit är vikten av ett fungerande journal och dokumentationssystem, för att kunna analysera och följa upp och få en helhetsbild av boende.

Gällande rutin och kontroll av överlämnande av läkemedel har det även stärkt samarbetet i personalgruppen, som nu kommunicerar mer vilket leder till ytterligare ökad trygghet och god vård.

Klagomål och synpunkter

Vi följer Ansvar och Omsorg samt Nyköpings kommuns riktlinjer för klagomålshantering. Information om denna lämnas till anhöriga och boende i samband med att den boende flyttar in. Under 2020 hade vi fjorton klagomål. Alla klagomål och synpunkter har utretts enligt Ansvar och Omsorgs riktlinjer. Varje utredning resulterade i en åtgärdsplan som tagits fram tillsammans med personal. De klagande har fått återkoppling. De vidtagna åtgärderna har följts upp av Ec alt SSK.

Synpunkter Klagomål Gällande:	Antal in- komna 2020	Antal som utretts	Antal all- varliga*	Sammanställning/ Slutkommentar av vidtagna åtgärden r/t inkomna syn- punkter/klagomål inom området. /Lärdom
Omvårdnad	1	0	0	Boende som önskar vara uppe längre på kvällen efter att kvällspersonal gått hem. Taget med hela nattgruppen och utrett så boende får vara uppe önskad tid. Vikten av självbestämmande få kvarstå. Specifika önskemål från boende lufts på APT för all personals kännedom.
Bemötande	1		0	Synpunkt från boenden gällande vikarier av annan härkomst. Försöker tillgodose boendes önskan och behov så gott det går. Även viktigt för vikarier att bli en del i gruppen.
HSL	1		0	Anhöriga var missnöjda med bedömning av jourläkare på helg. Ärendet utreds av Region Sörmland och ansvarig Vårdcentral dit IVO anmälan ställts. Då ärendet inte rör boendet i sig. Lärdom är att det i detta fall förekommer god dokumentation av OVP samt jourssk, som gör det lätt att följa händelseförlopp.

Mat	9		0	Flera boenden har synpunkter gällande maträtter, mycket soppa, de saknar mer traditionell husmanskost. Samt önskar mer matigt fikabröd. Extra insatta kostmöten med kock för att hitta åtgärder, följs upp kontinuerligt med ansvarig chef för köksenheten, samt med boenden. Uppföljning påvisar en förbättring, och mer nöjda boende. Lärdom är att nutrition är ett av våra mål för kommande år.
Utomhusmiljö	1		0	Anhöriga anser att utemöbel för säkra besök var för smutsiga, inte i tillräckligt gott skick. Åtgärdats med nyinköpta dukar och krukväxter för ökad trivsel. Äskat om i budget för inköp av nya möbler.
Kommunikation	1		0	Beröm för Instagram konto, med mycket bilder för anhöriga att ta del av under föreliggande besöksförbud.

Händelser och vårdskador

Verksamheten utreder alla händelser och avvikelser enligt rutin. Under 2020 har det inte förekommit någon händelse eller vårdskada. Utifrån hur verksamheten ska utreda händelser och avvikelser tar vi med oss för framtida arbete att i större utsträckning använda oss av SIP som stöd och främja samarbete.

Riskanalys

Under 2020 fokuserade vi på följande risker:

- Smittspridning
- Läkemedelsavvikelser
- Fall
- Trycksår
- Munhälsa
- Måltidssituation/Omsorgsmåltid

Under 2020 har vi arbetat vidare med att minska antalet läkemedelsavvikelser. Vi fortsätter att följa upp både i grupp samt individuell uppföljning, återkoppling och analys. Utifrån statistik har avvikelserna sjunkit ytterligare, från 47 stycken, till 18 stycken (viss felmarginal kan förekomma, som nämnt tidigare i text relaterat till svårigheter med journalsystem). Vi fortsätter att sträva efter nollvision gällande läkemedelsavvikelser för 2021.

Alla boenden har under året blivit registrerade och bedömda i Senior Alert, som är en klar förbättring från tidigare år, utifrån fall, nutrition och trycksår. Vi har arbetat aktivt även med uppföljningar. De undersköterskor som har ut-

bildats till Senior Alert ombud har en stor del i att arbetet med uppföljningar har flutit på väl. Vi kommer arbeta vidare med att stärka samarbetet med paramedicinsk personal via hälsokonferenser, samt arbete med munvård och munhälsa som i år fått stå tillbaka.

Måltidssituationer med fokus på omsorgsmåltid för en lugn och trevlig måltid har förbättrats under året, ökad trivsel hos de boende. Fortsättningsvis kommer vi arbeta vidare med nutrition och kost för äldre med stöd av Senior Alert samt ansvarig kostchef.

Utifrån pågående pandemi har stort fokus i år legat på hygienrutiner samt smittspridning. Samtlig personal har utbildats via webben i basala hygienrutiner samt specifik webbutbildning kopplad till Covid-19. Personal har även haft två workshops med Ec samt SSK, ett med diskussionsfrågor kring hygien och covid-19, för att lyfta möjliga frågor och scenarion som kan uppstå. Samt praktisk träning i av och påklädnad, dessa tillfällen har varit uppskattade av personal där även vikarier deltog.

Tyvärre hade verksamheten ett stort utbrott av covid-19 i slutet av året, alla rutiner följdes samt gott samarbete med aktuella stödfunktioner, exempel smittskydd, hygiensjuksköterska, verksamhetschef Ekensberg samt Nyköpings kommun med nämnd. I denna allvarliga situation har samarbetet mellan de olika instanserna fungerat mycket väl.

Lärdom vid tar med oss från arbetet med covid-19 i vår verksamhet är ökat samarbete och kommunikation i personalgrupperna. Ökade hygienkunskaper hos all personal även vikarier.

Under senare delen av året har svårigheter med journalsystemet ProCapita förekommit. Framst svårigheter med att logga in, gäller alla personalkategorier. Problematiken är påtalad gånger flera, oklart fortfarande vart och hur problemen uppstår. Enligt IT-avdelningar på såväl Ansvar som Omsorg samt Nyköpings kommun är det troligen kopplat till uppdateringar och ingång via brandvägg Citrix. Dessa problem påverkar vårt dagliga arbete, fortsätter svårigheterna utan någon lösning finns det risk att patientsäkerheten påverkas negativt.

Mål och strategier för kommande år

Flera av verksamhetens planerade mål har fått stå tillbaka för arbete med Covid-19, därav kvarstår flertalet av mål och strategier för 2020 även för 2021.

Övergripande mål	Verksamhetens mål	Aktiviteter
Vi ska stärka värdegrunden i verksamheten	Alla medarbetare ska genomgå värdegrundstrappan	Följa upp att alla har genomgått värdegrundstrappan
	Tydliggöra värdegrunden vid introduktion	Stående punkt under introduktion
	Alla medarbetare deltar i reflektion	Reflektion på förmiddagen samt fredag
	Alla anställda ska delta i introduktion	Introduktionschecklista

Utveckla arbetet med BPSD-registret	Att fler OVP får ökad kunskap och förståelse för registret. Tydlig koppling mellan registrering och genomförandeplan	All personal på demensavdelning ska genomgå webbutbildning BPSD Stående punkt på APT Tät uppföljning av SSK samt certifierad BPSD utbildare.
Vi ska uppfylla gällande lagstiftning enligt SOL	Genomföra två revideringar av genomförandeplanerna under året Alla boende ska ha journalanteckning i den sociala dokumentationen minst en gång per vecka 100% av personalen ska ha skrivit anteckningar i sociala dokumentationen under året.	Revidering 2 gånger om året samt vid behov Checklista lämnas in varje månad Checklista lämnas in varje månad
Kost och nutitionsfokus	Nöjda boende med måltider, ökat välbefinnande Minskad malnutrition	Kostombudsmöten Boenderåd Senior Alert Webbutbildning kost och äldre
Vi ska leva upp till gällande lagstiftningar i HSL och PSL	Vi ska vara aktiva och registrera i aktuella kvalitetsregister Upprätta vårdplaner Kvalitetssäkra HSL arbete Trygg och säker hjälpmedelshantering	Temakonferenser & uppföljning på ledningsmöte Vid ett behov eller ett problem upprättar vi vårdplaner Palliativt möte, Kvalitetsråd, Temakonferens, Inkontinensmöte, Hygienmöte, Lokalt ledningsmöte, Nattfastemätning, Hygienobservations sammanställning, Kontroll av MTP, Viktkontroll, Infektionsregistrering, Kvalitetsregister, Läkemedelsgenomgång, Läkarkontroll, Narkotikakontroll, Kostmöte, Avvikelsehantering. Årlig funktionskontroll av hjälpmedel Stärka samarbetet med paramedicinsk personal, förebyggande arbete gällande fall.



Patientsäkerhetsberättelse

2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-26

Johanna Olin

Verksamhetschef

Betelhemmet

JÖNÅKER

..... 1

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 1

Inledning..... 3

Sammanfattning 3

Övergripande mål och strategier..... 5

Organisation och ansvar..... 6

Samverkan för att förebygga vårdskador..... 7

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet . 9

Klagomål och synpunkter 9

Egenkontroll..... 10

PROCESS – Åtgärder för att öka

patientsäkerheten 12

Risikanalys 14

Utredning av händelser - vårdskador 15

Informationssäkerhet..... 16

RESULTAT OCH ANALYS..... 17

Egenkontroll..... 17

Avvikelse 20

Klagomål och synpunkter 21

Mål och strategier för kommande år 23

Inledning

Betelhemmet i Jönåker är en stiftelse som bedriver vård och omsorg för äldre i särskilt boende på uppdrag av Nyköpings Kommun. Betelför-samlingen i Jönåker är huvudman. Betelhemmet består av en enhet och har 16 boendeplatser. I hjärtat av boendet har vi vår välkomnande matsal och köket där alla våra måltider lagas. Vi har en trevlig trädgård med olika tillgängliga promenadslingar och ett flertal olika uteplatser. Att behandla sin nästa så som man själv vill bli behandlad är utgångspunkten i vårt sätt att bemöta våra boende och en familjär och hemtrevlig känsla genomsyrar vår verksamhet.

Sammanfattning

Betelhemmet är enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 skyldig att skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa mål, strategier, och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Betelhemmets övergripande mål är att de boende ska ges möjlighet att vara aktiva och delaktiga efter sin individuella förmåga. Vi vill främja en öppen kommunikation med våra boende och deras anhöriga, att de alltid ska känna att vi lyssnar och bryr oss om deras åsikter. En hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav i vår verksamhet. En anställd ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges. Näringsriktiga måltider och en bra måltidssituation är en förutsättning för välbefinnande och god hälsa hos de boende.

För att bibehålla den höga andelen nöjda boende på Betelhemmet fortsätter vi att involvera våra boende och deras anhöriga och göra dem delaktiga i beslut som rör dem. Vi upprättar genomförandeplaner och hälsoplaner som vi följer upp och minst två gånger varje år för att minska riskfaktorer. Vi har återkommande boenderåd där de boende får information och har möjlighet att framföra sina önskemål och åsikter.

Vi har satsat på att återkommande presentera statistik gällande hantering av läkemedel, att analysera avvikelser både i små och stora grupper på kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar och gemensamt ta fram förslag på förbättringar.

Under 2020 har all omvårdnadspersonal genomgått utbildning i att registrera avvikelser i Pro Capita och att skriva genomförandeplaner. Vi avsätter under en period extra tid för dokumentation för att all personal ska ha möjlighet att befästa sina kunskaper. Vi skriver nu alla avvikelser direkt i journalsystemet.

Aktivitetsansvariga i personalgruppen har haft regelbundna möten och planerat aktiviteter. Med anledning av pandemin med besöksförbud och svårigheter att träffa närstående som följd blev det extra viktigt att

se till att varje enskild boende fick möjlighet till meningsfulla aktiviteter. Under sommaren påbörjades ett arbete med att förbättra och utveckla vår trädgård, något som vi också vill fortsätta med under kommande år.

Under hösten beviljades Betelhemmet statliga stimulansmedel för att sätta in extra personal. Varje boende erbjöds tid avsatt tillsammans med sin kontaktperson att göra aktiviteter enligt varje boendes egna önskemål, något som har uppskattats mycket.

All personal genomgick under hösten en webbaserad utbildning gällande stöd till anhöriga. Med den utbildningen som utgångspunkt har återkommande gruppdiskussioner förts på arbetsplatsträffar. Utifrån ny kunskap och lärdomar som vi fått genom utbildningen och uppföljande diskussioner på arbetsplatsträffar pågår nu ett arbete med att ta fram rutiner för stöd till anhöriga, ett arbete som kommer att fortsätta under 2021.

Utifrån resultat och lärdomar från föregående år låg fokus inför 2020 på att ytterligare öka säkerheten när det gäller läkemedelshantering och dokumentation, att fortsätta att utveckla arbetet kring aktiviteter samt en fördjupning gällande stöd till anhöriga.

År 2020 har pandemin i stor utsträckning påverkat hela vår verksamhet, något som vi inför det nya året inte hade kunnat förutse. Vi tvingades omprioritera vårt arbete och en stor del av både tid, energi och engagemang har gått åt till att göra riskbedömningar med hänsyn till smittspridning av Covid-19, ta fram och implementera nya rutiner, delge information till personal, boende och anhöriga och att se till att ha tillfredsställande bemanning i perioder av stor sjukfrånvaro i personalgruppen.

Vi har under 2020 satt som högsta prioritet att göra allt vi kan för att minska riskerna för smittspridning av Covid-19 på Betelhemmet. Det är med stolthet och glädje vi kan summera året och konstatera att vi inte har haft någon smitta alls på boendet.

STRUKTURER

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Övergripande Mål	Aktiviteter/uppföljning
Nöjda och aktiva boende	-Boenderåd ska hållas 2 ggr/termin -Omvårdnadskort ska användas varje dag i dagligt arbete- ger kontinuitet för boende och personal under dagen -Genomförandeplaner ska revideras 2 ggr/år. Boende (närstående vid behov) ska vara delaktiga -Varje boende har en kontaktperson på dagen och en på natten -Brukarundersökning varje år. Presenteras på boenderåd och APT -Erbjuda meningsfulla, uppskattade aktiviteter, både i grupp och individuellt -Utveckla trädgården med fler gångvägar, flera platser för vila eller samvaro, mer att uppleva för sinnessimulans
Hög kvalitet på vården	-Genomförandeplaner revideras 2ggr/år el. vid behov. Personal ska få utbildning i dokumentation. -Omvårdnadspersonal läser dokumentation i Pro Capita innan varje arbetspass -Hälsoplaner revideras minst 2 ggr/år. Uppföljning minst 2 gånger per år samt efter målens slutdatum -Registreringar ska göras på alla boende i kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativa registret -Kvalitetsmöten med verksamhetschef sjuksköterska, omvårdnadspersonal ska hållas varje månad inför APT -Kvalitetsfrågor diskuteras på APT varje månad - ska finnas en stående punkt på dagordningen -Alla avvikelser ska skrivas direkt i Pro Capita. Personal ska få utbildning -Avvikelser ska sammanställas och analyseras varje månad inför kvalitetsmötet -All signering av läkemedel sker i APPVA -En kvalitetsgranskning av läkemedel ska genomföras under året tillsammans med apotekare -All omvårdnadspersonal delegeras individuellt och alla delegeringar förnyas en gång varje år -Inköp av nya datorer för att minska risk för avvikelser gällande dokumentation pga. dataproblem -Introduktion av alla nyanställda ska göras enligt checklista -Utbildning gällande anhörigstöd för all personal. Rutiner för anhörigstöd ska tas fram
Rätt bemanning	-Jämn arbetsfördelning genom att använda omvårdnadskort -Omvårdnadskort uppdateras efter vårdtyngd -Anpassa bemanningen efter behov under dygnet -Vikarier med USK-utbildning eller erfarenhet i första hand
Bra måltidssituationer	-Matvanor dokumenteras i genomförandeplan -Kökspersonal deltar i VPL vid behov -Kostråd där de boende deltar -Pedagogiska måltider -Ommöblering i matsalen kontinuerligt efter de boendes behov

Organisation och ansvar

SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Betelhemmets styrelse

Betelförsamlingen i Jönåker, som är huvudman över stiftelsen Betelhemmet, har utsett en styrelse bestående av 6 medlemmar. Styrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet på Betelhemmet.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen är underordnad styrelsen och ansvarar för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för patientsäkerhetsarbetet utifrån gällande lagar, föreskrifter och riktlinjer. Verksamhetschefen ansvarar för att all personal har den kompetens som krävs i omvårdnadsarbetet, att personalen informeras om de brister som kan förekomma samt de resultat som kvalitetsmätningarna ger. Verksamhetschefen har också ansvaret för bemanningen och resursanvändningen så att en trygg och säker vård kan bedrivas.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att varje äldre får vård utifrån sina behov. Sjuksköterskan ansvarar även för att bedöma och säkerställa omvårdnadspersonalens kunskaper inför att få delegering att utföra medicinska uppdrag. Sjuksköterskan ansvarar för att dokumentera och möjliggöra för omvårdnadspersonalen att inhämta nödvändig information om de boende för att kunna utföra säker omvårdnad. Sjuksköterskan ansvarar för registrering till MAS i Nyköpings kommun och tillsammans med verksamhetschefen anmäla händelser gällande Lex Sarah och Lex Maria.

Paramedicinsk Personal

Paramedicinsk personal (arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut), som är anställda av Nyköpings Kommun, ansvarar för rehabilitering, bibehållande av funktioner samt kompensation för nedsatta funktioner i form av utprovning av hjälpmedel. Paramedicinsk personal ansvarar även för att rapportera avvikelser och följa upp avvikelser utifrån sina respektive professioner.

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal ansvarar för att utföra vård och omsorg utifrån ett patientsäkert förhållningssätt, där lagar, riktlinjer, föreskrifter och fastställda rutiner ligger till grund. Omvårdnadspersonal ansvarar för personligt delegerade arbetsuppgifter enligt HSL samt att rapportera avvikelser som inträffar. All omvårdnadspersonal (ej timvikarier) är kontaktperson till minst en boende. Är ansvarig för uppgifter enligt rutin för kontaktperson.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Samverkan mellan olika professioner både intern och externt är nödvändigt för patientsäkerheten.

Inom verksamheten har omvårdnadspersonal, sjuksköterska och chef dagligen ett nära samarbete. Varje dag finns flera rapporttillfällen och avstämningstillfällen där personalen samlas. Daglig rapportering sker därmed muntligt, men också skriftligt via dokumentation i patientjournal. Andra interna forum där patientsäkerhet behandlas är på kvalitetsmöten varje månad, där omvårdnadspersonal, sjuksköterska, verksamhetschef och ibland paramedicinsk personal deltar samt på arbetsplatsträff en gång varje månad. Vårdplanering hålls 2 gånger per år för varje boende. Till vårdplanering kallas olika yrkeskategorier utifrån den boendes behov, exempelvis arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare, eller tandhygienist.

Arbetsterapeut och sjukgymnast kommer till Betelhemmet varje vecka. De samverkar med personal utifrån de behov som finns just då. Var tredje vecka hålls en hälsokonferens då paramedicinsk personal deltar tillsammans med omvårdnadspersonal, sjuksköterska och vid behov verksamhetschef. Vid hälsokonferensen diskuteras exempelvis åtgärder gällande fallprevention och instruktioner, ordinationer och uppföljningar görs av de boendes hälso- och sjukvårdsinsatser.

Avtal finns om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region Sörmland. Läkarmedverkan innefattar telefonkontakter, patientadministration, besök, handledning av personal, läkemedelsgenomgångar och akuta insatser. Patientansvarig läkare från Bagaregatans vårdcentral kommer till Betelhemmet varje vecka för rond tillsammans med sjuksköterska. I samband med rond görs läkemedelsgenomgångar och på medicinska grunder görs hembesök av läkare hos de boende. Tillgång till läkarmedverkan finns dygnet runt.

Helgfria vardagar mellan klockan 7 och 17 är Betelhemmets sjuksköterska i tjänst. All övrig tid finns tillgång till tjänstgörande jourssjuksköterska enligt avtal med Nyköpings kommun.

En hygiensjuksköterska från Region Sörmland delas med de andra kommunerna i Sörmland och kan bland annat erbjuda utbildningar och hygienronder.

Tandvårdsenheten i Region Sörmland har avtal med Nyköpings kommun om munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning om munvård för personal. Betelhemmet får tillgång till detta genom entreprenadavtal med Nyköpings kommun, Vård- och Omsorgsnämnden. Folk-tandvården eller Oral Care kommer till Betelhemmet för avancerad tandvård. De äldre får själva bestämma vilken utförare de vill ha.

ApoEx AB har avtal med Nyköpings kommun om kvalitetsgranskning av läkemedelshantering samt fortbildning för sjuksköterskor om nyheter inom läkemedelsområdet. Betelhemmet får tillgång till detta genom entreprenadavtal med Nyköpings kommun, Vård- och Omsorgsnämnden.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid ankomstsamtal och individuell vårdplanering inbjuds boende och närstående att delta i planering av omvårdnaden. Boende och närstående får framföra sina önskemål och förväntningar och involveras i de genomförandeplaner som personalen utarbetar. Genomförandeplanen godkänns av den boende.

Boende och närstående informeras om vårt arbete för att förebygga vårdskador, om kvalitetssäkringsarbetet, om hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

Två gånger per termin hålls boenderåd. Där får de boende information om det som är aktuellt på boendet. De boende har då också möjlighet att framföra förslag, frågor och synpunkter gällande exempelvis maten, aktiviteter eller boendemiljön.

Verksamhetschefen skickar flera gånger per termin ut brev/mail till närstående med allmän information om det som är aktuellt i verksamheten. I den mån den boende och de närstående önskar finns också möjlighet till en individuell kontakt med kontaktperson, sjuksköterska och verksamhetschef utifrån de behov som finns, t.ex. via mail, sms, telefonsamtal eller samtal vid besök. Vi värnar om en öppenhet och en nära kontakt med både boende och närstående.

Under 2020 har det på grund av pandemin varit nödvändigt att hitta alternativa lösningar till de vanliga besöken då vi under största delen av året inte har kunnat ta emot besökare som vanligt inomhus. Vi har gjort vårt bästa för att närstående som vill komma på besök har kunnat göra det under säkra förhållanden. Vi har anordnat platser för säkra besök både utomhus och inomhus för att de boende ska kunna träffa sina närstående trots den rådande pandemin. Vanligtvis brukar närstående bjudas in till anhörigträffar, sommarfest och julfest varje år. Detta kunde inte genomföras under 2020. Vi har istället gjort vad vi har kunnat för att tillgodose närståendes behov av stöd och information i form av brev och mail med generell information men också individuell kontakt i form av mail, sms, telefonsamtal och individuella fysiska möten i den mån det har varit möjligt.

Under 2020 har ett av våra prioriterade områden varit anhörigstöd. All personal har genomgått en webbaserad utbildning gällande stöd till anhöriga. Med den utbildningen som utgångspunkt har återkommande gruppdiskussioner förts på arbetsplatsträffar. Utifrån ny kunskap och

lärdomar som vi fått genom utbildningen och uppföljande diskussioner på arbetsplatsträffar pågår nu ett arbete med att ta fram rutiner för stöd till anhöriga.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

All personal som upptäcker en händelse som har lett till en vårdskada eller som innebär en risk för vårdskada har skyldighet att skriva en avvikelserapport. Avvikelse rapporten skrivs in i journalsystemet av den person som upptäcker händelsen. Denna skyldighet att rapportera gäller all omvårdnadspersonal samt sjuksköterska. Det kan exempelvis handla om läkemedel, fall, omvårdnad och informationsöverföring. Lokala rutiner finns tillgängliga för all personal på gemensam dator. Rutinerna diskuteras återkommande på kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar och är därmed väl förankrade i verksamheten. Personalen på Betelhemmet är medveten om deras skyldighet att anmäla Lex Sarah om missförhållande eller risk för missförhållande skulle uppstå i omvårdnaden. All ordinarie personal har under hösten 2020 fått utbildning i att skriva avvikelserapport i journalsystemet.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har ansvar för att kontinuerligt kontrollera och utreda de avvikelser som registreras. Vid behov tas snabb kontakt med berörd personal och/eller verksamhetschef. Sjuksköterskan har ansvar att anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada enligt Lex Maria.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att de avvikelser som rapporteras utreds, åtgärdas och följs upp. Avvikelserna sammanställs inför varje kvalitetsmöte statistik och jämförelser med föregående månad tas fram och avvikelserna analyseras och diskuteras på mötet och lyfts vid behov på kommande arbetsplatsträff. Verksamhetschef ansvarar även för att anmäla allvarliga händelser till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

Betelhemmets vård ska präglas av trygghet för våra boende och deras närstående. En del av tryggheten består i att de vet att deras åsikter och klagomål är välkomna och att det är ett viktigt instrument i vårt kvalitetssäkringsarbete.

Betelhemmet har en lokal rutin kring synpunkter och klagomål. När en boende eller närstående vill framföra ett klagomål eller en synpunkt ska vi tillhandahålla en för ändamålet särskild blankett. Om en boende eller närstående endast vill lämna en muntlig synpunkt eller klagomål ska personalen ta emot synpunkten eller klagomålet och fylla i blanketten.

Klagomål eller synpunkter som inkommer utreds, analyseras och besvaras av verksamhetschef. Klagomål eller synpunkter analyseras och diskuteras också på kvalitetsmöten för att gemensamt komma fram till orsaker och förbättringsförslag. Verksamhetschef ansvarar för att återkoppla till den som har lämnat in synpunkten eller klagomålet.

Klagomål som inkommer via Kommunen, sjukhuset, patientnämnd eller Inspektionen för vård och omsorg utreds och besvaras av verksamhetschef som återkopplar till berörd enhet.

Klagomål, synpunkter eller önskemål av enklare karaktär tas emot och åtgärder påbörjas omedelbart av berörd personal, exempelvis kontaktperson eller sjuksköterska och åtgärder dokumenteras i patientjournal eller genom förandeplan.

Klagomål och synpunkter tas omhand och utreds, åtgärdas och besvaras. Det som behöver förbättras under kommande år är att alla ska känna till och använda den särskilda blanketten för synpunkter och klagomål och att samtliga klagomål och synpunkter ska sammanställas.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Verksamhetschef ansvarar för att leda, planera, kontrollera och utvärdera kvalitets- och säkerhetsarbete utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv samt utifrån resultat och förväntade effekter. Verksamhetschef säkerställer att lokala rutiner finns i enlighet med lagstiftning samt att det finns ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Sjuksköterska kontrollerar och följer upp signeringslistor kontinuerligt vid larm i APPVA, följer upp hälsoplaner och gör läkemedelsgenomgångar tillsammans med läkare. Fördjupade läkemedelsgenomgångar begränsas av tillgång till läkare. Önskvärt är att det skulle göras oftare. Sjuksköterska rapporterar till verksamhetschef och skriver även händelserapporter om något inte följer plan eller avvikelser om signering uteblivit.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Läkemedelsgenomgång	Vid varje nyinflyttad, sedan kontinuerligt vid behov.	Rond med läkare
Läkemedelsgenomgång fördjupad	2 boende/år	Rond med läkare
Hygienrond	1 gång per år	Med hygiensjuksköterska Självskattning Hygienombud observation enl. checklista
Patientsäkerhetsdialoger	2 gång per år	Vårdplanering
Avvikelser	12 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	Var 3:e vecka 2ggr/år 2ggr/år	Hälsokonferens Vårdplanering Riskbedömning i samband med vårdplanering
Fallrisk	Var 3:e vecka 1 gång/månad 2 ggr/år 2ggr/år	Hälsokonferens Kvalitetsmöte Vårdplanering Riskbedömning i samband med vårdplanering
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år 4 ggr/år Vid behov	Vårdplanering Boenderåd Anhörigkontakt, personliga möten, telefonsamtal
Doskontroll	Var 14:e dag	Enligt rutin för sjuksköterska
Läkemedelshantering	3ggr/vecka	Kontroll av signering i APPVA
Hälsoplaner	4ggr/år (oftare vid behov)	Pro Capita
Journalgranskning		Mas begär in journalgranskning
Narkotikaklassade preparat	12 gånger per år	Kontrollräkning görs av sjuksköterska och verksamhetschef
Läkemedelsgranskning	1 gång per år	Med apotekare
Delegeringar	Vid nyanställning + 1 gång per år	Sjuksköterska och berörd personal. Samtal, instruktioner, kunskapstest.
Utökade hygienrutiner i samband med Covid -19	Varje natt	Ytdesinficering enligt checklista

PROCESS – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

De viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten:

Läkemedelshantering

Fokus på läkemedelshantering under vinter och vår 2020. Återkommande diskussioner på kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar i både små och stora grupper. Uppmärksammande av befintliga rutiner gällande läkemedel. Fortsatt arbete med APPVA i Ipad som signeringsverktyg. Kontroll av larm i APPVA av sjuksköterska flera gånger i veckan och omedelbar återkoppling till berörd personal vid avvikelser. Uppföljning av statistik gällande läkemedelsavvikelser varje månad. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering skulle genomförts i december men har flyttats till början 2021 pga. sjukdom. Läkemedelsgenomgångar har genomförts, men i begränsad omfattning med anledning av begränsad tillgång till läkare.

Dokumentation

Fortsatt förbättringsarbete gällande dokumentation. Under 2020 har all omvårdnadspersonal genomgått utbildning i att registrera avvikelser i Pro Capita och skriva genomförandeplaner. Vi avsätter under en period extra tid för dokumentation för att all personal ska ha möjlighet att befästa sina kunskaper. Vi har köpt in nya datorer för att säkerställa att inte datorernas funktion är ett hinder för dokumentation. Vi har också haft mycket kontakt med kommunens IT-enhet gällande störningar i tillgång till journalsystemet och har återkopplat problemen till IT-enheten under perioder med återkommande störningar.

Avvikelser

All personal som upptäcker en avvikelse har skyldig att rapportera den. Alla avvikelser skrivs in direkt i journalsystemet. Sjuksköterska och verksamhetschef tar emot alla avvikelser och analyserar och sammanställer.

Avvikelser följs upp på kvalitetsmöten en gång per månad och förbättringsåtgärder diskuteras.

Fallrisk

Observation av fallrisk sker dagligen av omvårdnadspersonal i samband med omvårdnadsarbetet. Kontakt tas med sjuksköterska och paramedicinsk personal som vid behov gör bedömningar, upprättar hälsoplaner med aktuella åtgärder som exempelvis träning, hjälpmedelsförskrivning eller ändringar gällande läkemedel. Fallriskutredning görs också två gånger per år i samband med vårdplanering. Fallrisk följs upp på hälsokonferenser, kvalitetsmöten och vårdplaneringar.

Trycksår

Omvårdnadspersonal observerar hudstatus dagligen i samband med omvårdnadsarbetet och tar kontakt med sjuksköterska om förändringar i hudstatus observeras. Sjuksköterskan gör en bedömning och vid behov upprättas en hälsoplan med aktuella åtgärder och uppföljning. Paramedicinsk personal kontaktas vid behov av hjälpmedelsförskrivning. Trycksår och risk för trycksår följs också upp på hälsokonferenser och vårdplaneringar.

Delegeringar

All omvårdnadspersonal delegeras individuellt av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid ny delegering och vid förnyad delegering varje år ska webbutbildning och kunskapsprov gällande säker läkemedelshandling genomföras. Sjuksköterskan bedömer omvårdnadspersonals lämplighet att ta emot delegering enligt gällande riktlinjer. Kvalitetssäkring av delegeringsprocessen planeras under 2021.

Aktiviteter

Fortsatt arbete med att erbjuda varierande och meningsfulla aktiviteter utifrån de boendes behov och önskemål har pågått under året. De boende har varit delaktiga med önskemål och utvärdering på boenderåd och i individuella vårdplaneringar. Aktivitetsansvariga har haft regelbundna möten och planerat in minst en större aktivitet varje månad, utöver de dagliga som ska erbjudas varje dag. Med anledning av pandemin med besöksförbud och svårigheter att träffa närstående som följd blev det extra viktigt att se till att varje enskild boende fick sitt behov av aktiviteter tillgodosett för att minska isolering och ensamhet. Under sommaren påbörjades också ett arbete med att utveckla trädgården för att ytterligare kunna användas för aktivitet och sinnestimulering. Vi anlade nya gångar för promenader och nya mötesplatser för att kunna sitta utomhus och umgås. Vi tog tillvara trädgårdsskötsel, nyplanteringar och skörd som utomhusaktiviteter när möjligheten till aktiviteter inomhus var begränsad på grund av risk för smittspridning.

Under hösten erbjöds möjlighet att ansöka om stimulansmedel för att motverka ensamhet och isolering till följd av pandemin. Betelhemmet ansökte och beviljades medel för att sätta in extra personal. Varje boende erbjöds tid avsatt tillsammans med sin kontaktperson att göra aktiviteter enligt varje boendes egna önskemål, något som har uppskattats mycket.

Stöd till anhöriga

All personal har under hösten genomgått en webbaserad utbildning gällande stöd till anhöriga. Med den utbildningen som utgångspunkt har återkommande gruppdiskussioner förts på arbetsplatsträffar. Utifrån ny kunskap och lärdomar som vi fått genom utbildningen och uppföljande diskussioner på arbetsplatsträffar pågår nu ett arbete med att ta fram rutiner för stöd till anhöriga. Detta är ett arbete som kommer att fortsätta under 2021.

Vårdhygien

Rutiner kring basal hygien har aktualiserats. Nya hygienrutiner med anledning av Covid-19 har tagits fram, exempelvis gällande personlig skyddsutrustning för personal och utökad desinficering av utsatta ytor på boendet. Vi har haft genomgång med hjälp av filmer och praktisk träning i på- och avklädning av skyddsutrustning.

Ingen hygienrond har gjorts med hygiensjuksköterska under året på grund av begränsad tillgång till hygiensjuksköterska. Under kommande år kommer en intern hygienrond istället att genomföras enligt checklista från Region Sörmland.

Rutiner Covid-19

Under 2020 har nya ett flertal nya rutiner tagits fram med anledning av Covid -19, exempelvis utökade hygienrutiner, rutiner gällande skyddsutrustning, säkra besök och kohort-vård. I samband med hög sjukfrånvaro har rutin kring prioriteringar vid låg bemanning aktualiserats. Enligt gällande rekommendationer har vi haft noll-tolerans gällande förkylningssymtom hos personal. Vi har haft nära kontakt mellan omvårdnadspersonal och verksamhetschef angående personalens mående. Vi har begränsat antalet vikarier och har så långt det har varit möjligt löst vakanser genom att endast använda vikarier som bara arbetar på Betelhemmet samt att ordinarie personal har arbetat mertid.

Vård i livets slut

Sjuksköterskan leder arbetet vid vård i livets slutskede och ger handledning och stöd till personal och närstående. Fortsatt registrering görs i kvalitetsregistret Svenska Palliativa registret. Under 2020 avled 5 boende och samtliga registrerades i palliativa registret.

Introduktion av nyanställda

Introduktion av nyanställda görs genom att följa framtagen checklista. Alla vikarier och sommarvikarier har fått en gemensam intern utbildning inom lokala rutiner, dokumentation och brandsäkerhet.

De boendes delaktighet

Boenderåd hölls en gång på våren och en gång på hösten. Boende är delaktiga i framtagande och revidering av genomförandeplan.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Verksamhetschef ansvarar för riskanalys genom att kontinuerligt identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten så att patientsäkerheten kan tillgodose. Verksamhetschef arbetar nära övrig personal, enligt lokala rutiner och i samma fastighet som verksamheten bedrivs, på så sätt förenklas identifiering och bedömning av eventuella risker.

Ett område som varit föremål för riskanalys under de senaste åren har varit hanteringen av läkemedel. En sammanställning av de avvikelser som har registrerats visar att missade signeringar av läkemedel är den vanligaste avvikelserna. Det har exempelvis framkommit att läkemedel ibland ges utanför den boendes lägenhet, framförallt i matsalen, och att det kan innebära att personal blir avbruten i förfarandet och missar en signering. I förhållande till det totala antalet signeringar som görs är siffran gällande missade signeringar låg, men ett förbättringsarbete påbörjades under 2019 har fortsatt under 2020 för att ytterligare minska risken för att en skada ska kunna uppstå.

Det har tidigare år framkommit att omvårdnadspersonalen inte har tillfredsställande kunskaper gällande dokumentation. Utbildning har erbjudits löpande för att öka kunskaperna, men fortfarande upplevde många i personalgruppen att de inte hade tillräckliga kunskaper för att kunna dokumentera på ett tillfredsställande sätt. Detta har exempelvis kunnat observeras i bristfälliga genomförandeplaner och att avvikelserapporter har skrivits i pappersform istället för att registreras i journalsystemet. Detta innebär risker för utebliven eller bristfällig dokumentation som kan leda till försämrad patientsäkerhet. Utifrån denna riskbedömning har all omvårdnadspersonal genomgått utbildning i att registrera avvikelser i Pro Capita och att skriva genomförandeplaner. Vi avsätter under en period extra tid för dokumentation för att all personal ska ges möjlighet att befästa sina kunskaper. Vi har helt slutat att skriva avvikelser på papper och alla avvikelser skrivs nu in direkt i journalsystemet.

Riskanalys på individnivå gör Sjuksköterska genom planering och uppföljning med den boende, närstående, kontaktperson, paramedicinsk personal och läkare enligt lokal rutin. Utifrån de bedömningsinstrument och kvalitetsregister som används för att identifiera risker, exempelvis smärtskalor, görs en hälsoplan med åtgärder.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Betelhemmet har lokala rutiner för sammanställning och analys av avvikelserapporter. Alla avvikelser skrivs in i journalsystemet av den personal som upptäcker avvikelserna. Sjuksköterskan tar emot och analyserar alla avvikelser skyndsamt.

Om avvikelserna innehåller ett ärende kopplat till verksamheten men inte till någon speciell boende, eller ärende kopplat till förbättringsarbete finns en speciell blankett som fylls i och lämnas till verksamhetschefen.

Verksamhetschefen sammanställer alla avvikelser varje månad för statistik och analys av innehållet. Alla avvikelser utreds mer eller mindre beroende på allvarlighetsgrad och varje månad hålls ett kvalitetsmöte

där allvarligare avvikelser, vanligen förekommande avvikelser och fall diskuteras. Personal får möjlighet att själva komma med förslag till tänkbara åtgärder. Resultatet från kvalitetsmötet tas upp på arbetsplats-träff varje månad så att alla i hela personalgruppen får samtidig information om åtgärder och planer. Detta leder även till samstämmighet i förbättringsarbete och förändringsåtgärder.

Olika förändringsåtgärder behöver mer eller mindre tid att implementera. Avvikelse rapport är ofta det första steget i en förändringsprocess.

Avvikelse rapporteringssystemet är fungerande och det är invand process i personalgruppen. Skillnaden under 2020 är att all personal nu ska skriva in avvikelserna i journalsystemet jämfört med tidigare då de skrevs på papper. Just den delen av processen tar lite längre tid nu i början när alla fortfarande är i en inlärningsfas. Att alla skriver direkt i journalsystemet kommer att underlätta sammanställning och analys av avvikelser samt bidra till patientsäkerheten när vi undviker pappersdokumentation.

De vanligaste händelserna som har inträffat under 2020 gäller läkemedel, framförallt att det saknas signering. En utredning har gjorts tillsammans med hela personalgruppen där olika orsaker till missade signeringar identifierades, exempelvis stress eller att man blir avbruten av larm. Utifrån de olika orsaker som framkom har arbetet att ta fram åtgärder fortsatt.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Verksamheten har lokala rutiner för informationssäkerhet, styrning av behörigheter samt rutiner för åtkomstkontroller.

Inloggning till olika system hanteras av verksamhetschefen som gör alla nybeställningar.

Dokumentation som rör den boendes personliga förhållanden, såsom hälsotillstånd, sjukdomar, eller privata förhållanden dokumenteras i patientjournalen i Pro Capita. För att komma in i ProCapita måste inloggning ske till Nyköping kommuns server, detta sker med hjälp av SITHS-kort. Vid support gällande Pro Capita är det Nyköpings Kommuns IT-support som kontaktas.

Digital signering av läkemedel sker i APPVA. Inloggning i APPVA sker med hjälp av SITHS-kort.

Verksamheten anlitar återkommande en extern utförare som ansvarar för generellt dataunderhåll och IT-support som inte har med journalsystemet att göra, exempelvis uppkoppling och nätverk.

Under 2020 har det i perioder varit stora svårigheter att logga in i Pro Capita för både sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Det har även vid ett flertal tillfällen inträffat att SITHS-korten av okänd anledning

inte fungerar. Dessa problem innebär en allvarlig risk för patientsäkerheten. Nya datorer har köpts in för att säkerställa att problemen inte uppstått på grund av gamla datorer. Kontakt har tagits med IT-enheten i Nyköpings Kommun, men det har varit svårt att hitta någon lösning på dessa problem.

Nyköpings kommun, Division Social Omsorg tar kontinuerligt fram loggar ur Pro Capita och NPÖ för stickprovskontroll. Stickprovskontroller gjordes 2020 utan anmärkning.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Senior Alert/Riskbedömning i Pro Capita

Alla boende på Betelhemmet har två gånger per år en genomförd riskbedömning. Om risker upptäcks i riskbedömningen görs en teambase-rad utredning av bakomliggande orsaker samt vilka åtgärder som kan vara lämpliga utifrån behov. Åtgärdsplanerna följs upp senast tre månader efter genomförd riskbedömning.

Under 2020 har riskbedömningarna på de boende gjorts via bedömning i Pro Capita. Bakomliggande orsaker vid risk identifierades och åtgärdsplan och utfärdades där risk förelåg. Under 2021 är tanken att vi ska återgå till att utföra och dokumentera riskbedömningarna i Senior Alert.

Svenska palliativregistret

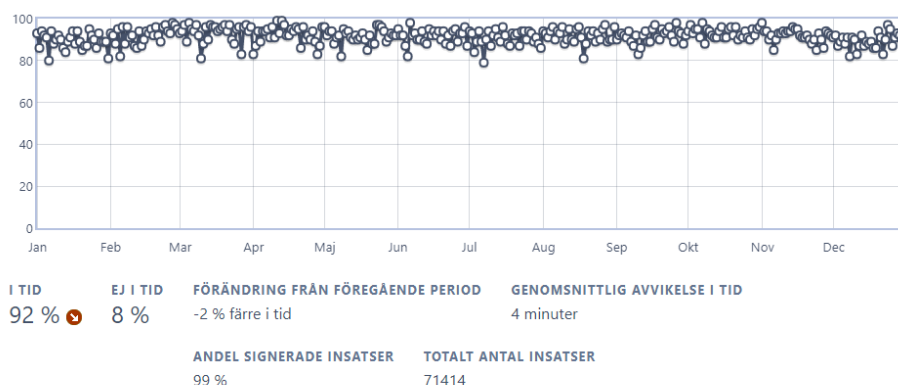
Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede har varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut. Registrering sker inom sju områden.

År 2019 registrerades verksamhetens 4 av 8 inträffade dödsfall i Palliativa registret. Under 2020 inträffade 5 dödsfall. Av de 5 registrerades alla 5 i registret, vilket innebär en förbättring jämfört med föregående år.

APPVA

I samband med digital signering underlättas uppföljning genom egenkontroll. I APPVA registrerades totalt **71 414** insatser under 2020. Insatser är allt man kan signera i APPVA som utförda åtgärder, t ex läkemedelsutdelning, såromläggning, tillsynsbesök, extra näring, träning, stödstrumpor, lägesändring, blodsockerkontroll mm. 92 % av alla insatser utfördes i tid enligt ordination, vilket innebär att 65 700 insatser utfördes utan anmärkning, vilket är ett mycket bra resultat. Av de 8 % som inte utfördes i tid var avvikelser i tid i genomsnitt endast 4 minuter. De resterande har fått avvikelse som t.ex. läkemedel ej givet i tid,

patient kan ej ta emot läkemedel eller ej signerade läkemedel. Dessa avvikelser följs upp av sjuksköterskan beroende på allvarlighetsgrad.



Brukarundersökning "Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020"

Under året har de boende på Betelhemmet haft möjlighet att besvara socialstyrelsens undersökning "Så tycker de äldre om äldreomsorgen". Andelen svarande av de boende på Betelhemmet var mellan 40–60%.

Undersökningen visar att andelen som är nöjda med sitt äldreboende sammantaget är 100%, ingen har svarat negativt eller neutralt på den frågan.

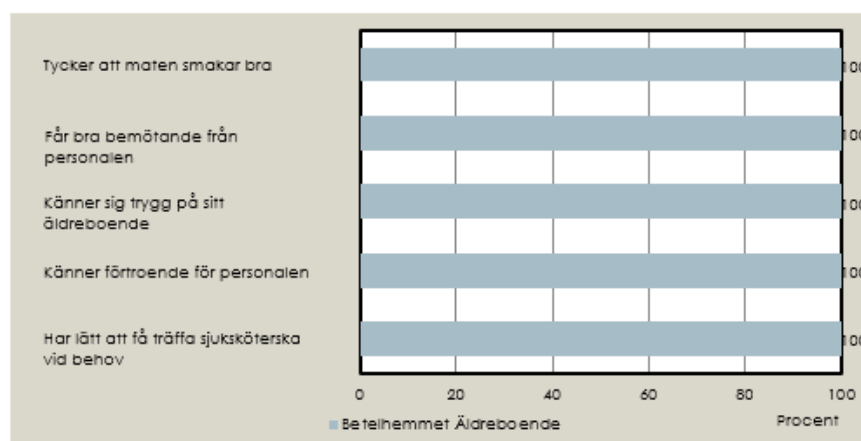
Högst andel positiva svar i undersökningen har Betelhemmet fått gällande maten, bemötande, trygghet, förtroende för personal och tillgång till sjuksköterska.

De frågor där andelen positiva svar var lägst gällde besvär av ensamhet, vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål, tillgång till läkare, kan påverka när man får hjälp och information från personalen vid tillfälliga förändringar.

Utifrån resultatet i undersökningen är de boende på Betelhemmet i stort sett mycket nöjda. Det är ett fantastiskt gott betyg från våra boende, vilket är mycket glädjande. I 2019 års undersökning framkom ett visst missnöje med de aktiviteter som erbjöds. Utifrån det resultatet var ett mål inför 2020 att andelen av de boende som var nöjda med aktiviteterna skulle öka. I 2020 års undersökning har de boende i högre grad svarat att de är nöjda med de aktiviteter som erbjöds. Detta resultat visar att vår satsning på aktiviteter och förbättringsarbete gällande aktiviteter har gett resultat. Inför kommande år vill vi fortsätta att förbättra våra aktiviteter genom att all personal ska kunna ansvara för gruppaktiviteter och att erbjuda fler individuella aktiviteter.

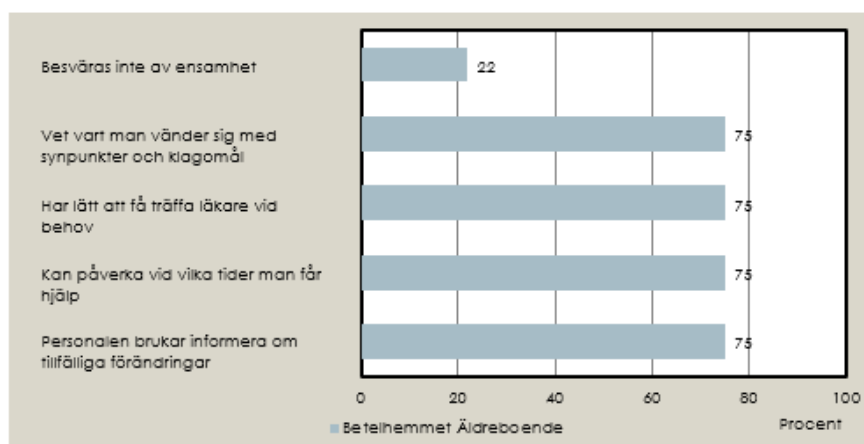
Det finns fortfarande ett behov av att under kommande år uppmärksamma personer som besvärar av ensamhet. Under 2020 har det varit svårare för de boende att träffa sina närstående och ta emot besök som vanligt på grund av pandemin. Vi har på Betelhemmet lagt stor vikt vid att i största möjligaste mån minska känslan av ensamhet, t.ex. genom att arrangera varierande aktiviteter både i grupp och individuellt samt att anordna besöksplatser för att de boende under säkra förhållanden skulle kunna ta emot besök. Utvärdering kommer att göras i samband med de individuella vårdplaneringarna och på boenderåd i början av 2021.

De fem frågor där andelen positiva svar är högst



Källa: Socialstyrelsen, Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020

De fem frågor där andelen positiva svar är lägst



Källa: Socialstyrelsen, Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020

Avvikelser

Avvikelser rapporterade i Pro Capita 2020.

Avvikelse	jan	Feb	mar	Apr	Ma j	ju n	ju l	au g	se p	ok t	no v	de c	Tot .
Läkemedel	11	5	9	3	6	8	12	5	6	6	6	9	86
Fall	1		4	5	2	1	1	2	2	4	5	6	33
Allmän omvårdnad	1	1					2			1		1	6
Specifik omvårdnad/rehab				1					1		1		3

Avvikelser jämförelse år 2018, 2019 och 2020

Avvikelse	2018	2019	2020
Läkemedel	99	101	86
Fall	44	21	33
Allmän omvårdnad		1	6
Specifik omvårdnad/rehab	9	1	3

Antalet avvikelser gällande läkemedel har sjunkit 2020 jämfört med föregående år. Under våren 2020 lades stort fokus på läkemedelshanteringen. Avvikelser som registrerats gällande läkemedel avser ordinationer som inte har utförts på ett riktigt sätt eller inte signerats. Ingen av dessa avvikelser har varit av allvarligare karaktär. Även om antalet avvikelser är förhållandevis lågt finns det fortfarande möjlighet att göra läkemedelshanteringen ännu säkrare genom att hålla rutinerna kring hanteringen levande genom återkoppling, påminnelse och gemensamma diskussioner för att hitta ytterligare förbättringsförslag. Vi har kunnat se att genom att vi uppmärksammar avvikelser och har en återkommande diskussion angående hur vi hanterar läkemedel kan minska risken för avvikelser ytterligare.

Under året 2019 hade vi ett väldigt lågt antal fall. Vi kopplade ihop det med att våra boende överlag var pigga, rörliga och självständiga och som ett resultat av väl fungerande rutiner som efterföljdes. Under 2020 ökade antalet fall något. Vi har under detta år kunnat se en försämring i funktioner hos ett flertal av våra boende relaterat till ålder och sjukdomstillstånd. Flera av fallen kopplas till sjukdomstillstånd där pågående eller återkommande behandling finns. Flera av de boende värderar sin egen självständighet högt och vill så långt det är möjligt klara sig på egen hand utan att få hjälp av personal, vilket vid några tillfällen har resulterat i fallolyckor. Vid ett fåtal av fallen upptäcktes orsaker i miljö som kunde åtgärdas, exempelvis ommöblering och bättre belysning.

Det fanns inga allvarliga avvikelser gällande allmän eller specifik omvårdnad som krävde någon djupare analys eller åtgärd. Exempel på avvikelse gällande allmän omvårdnad var att omvårdnadspersonal hade glömt att bädda boendes säng med glid- och draglakan. Åtgärder som vidtogs var samtal med berörd personal samt information till övrig personal vid rapporter, kvalitetsmöten och APT.

Exempel på vidtagna åtgärder gällande läkemedelsavvikelser:

- Samtal med berörd personal
- Diskussion på daglig rapport, kvalitetsmöte, APT
- Påminnelser om gällande rutiner på APT
- Uppmuntran (tårta) till personal när förbättringsåtgärder har implementerats
- Personal speglar varandra under arbetspasset, påminnelse om signering i APPVA
- Medicin ska alltid ges i den boendes rum
- Mediceringivning ska alltid signeras direkt efter att medicinen har givits
- Information till personal, boende och närstående om rutin gällande läkemedel

Exempel på vidtagna åtgärder gällande fall:

- Händelseanalys och åtgärdsförslag diskuteras omgående efter fall på daglig rapport där omvårdnadspersonal och sjuksköterska (ofta också verksamhetschef) deltar
- Utökade/tätare tillsyn
- Golvlarm i lägenhet nattetid
- Bedömning
- Höftskyddsbyxor
- Ommöblering av boendes lägenhet
- Förbättrad belysning i boendes lägenhet
- Ändring av läkemedel
- Hjälpmedelsutprovning
- Plockat undan sladdar
- Händelseutredning och åtgärdsgenomgång på kvalitetsmöten samt omvårdnadskonferens.
- Summering och genomgång på APT.

Klagomål och synpunkter

Under 2020 har väldigt få klagomål framkommit, vilket tyder på att vi i stort har väldigt nöjda boende och anhöriga. De klagomål eller synpunkter som har framkommit har tagits upp i samband med vårdplanering, vid personliga möten och telefonsamtal eller vid boenderåd och har vid behov åtgärdats omgående och återkopplats till berörda personer enligt den lokala rutinen. Dokumentation sker vanligen i patientjournalen, genomförandeplanen eller i protokoll från boenderåd.

Ett mål för året var att synliggöra blanketten ” synpunkter och klagomål” för boende, anhöriga och personal samt att uppmärksamma den befintliga rutinen kring synpunkter och klagomål. Detta för att förenkla sammanställning av klagomål och synpunkter och underlätta uppföljning. Detta mål har inte uppnåtts under 2020 och blir därför något som vi kommer att arbeta med under 2021.

Händelser och Vårdskador

Alla avvikelser utreds mer eller mindre beroende på allvarlighetsgrad. Allvarliga eller vanligt förekommande avvikelser redovisas och tas upp till diskussion på kvalitetsmötet som hålls en gång i månaden. På mötet diskuteras hur avvikelserna ska hanteras och åtgärder tas fram för att undvika att händelsen upprepas. Under 2020 har det inte gjorts någon utredning enligt Lex Maria.

Risakanalys

Efter att risker har påvisats i verksamheten har de analyserats och diskuterats på rapporteringsmöten, kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar. Förbättringsförslag och planer har beslutats och dokumenterats i respektive mötesprotokoll. Uppföljning har gjorts under arbetets gång på dagliga rapporteringsmöten samt på nästkommande kvalitetsmöte eller arbetsplatsträff. Vanligtvis har det vid uppföljning visat sig finnas behov av modifieringar och mer tid att försätta arbete enligt planen för att uppnå önskat resultat.

Under 2020 framkom följande risker som de viktigaste att fokusera på:

- Läkemedelsavvikelser
- Missad eller bristfällig dokumentation
- Smittspridning av Covid -19

Vi började året 2020 med att fokusera på läkemedelsavvikelser. Målet var att fortsätta minska antalet läkemedelsavvikelser. Vi har stor hjälp av APPVA där vi signerar givna läkemedel digitalt. Vi tog fram statistik varje månad och jämförde resultatet från månad till månad. Vi analyserade resultatet tillsammans på APT och kom fram till åtgärder för att minska riskerna att för ytterligare läkemedelsavvikelser. Resultatet visar att de månader när vi har lagt extra fokus på diskussion kring läkemedelshantering har antalet avvikelser minskat. En lärdom vi har kommit fram till är att vi ständigt behöver hålla diskussionen levande på kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar för att minska eller bibehålla ett lågt antal läkemedelsavvikelser.

Gällande dokumentation har arbetet fortsatt enligt tidigare genomförda riskanalyser och uppsatta mål. Vi upplever att vi har tagit ett steg i rätt riktning genom att all personal har fått utbildning gällande dokumentation under hösten, att vi nu har börjat dokumentera avvikelser i journal-

systemet och att all personal har en bättre inblick i hur genomförandeplanen ska skrivas. Erfarenheter från tidigare år visar att utöver utbildning behövs också avsatt tid för att befästa sina kunskaper genom att träna på att skriva samt möjligheten till stöd vid dokumentation av exempelvis en kollega. Enbart utbildning är inte tillräckligt för att uppnå ett tillfredsställande resultat.

Med anledning av Covid-19 uppkom behovet av en omfattande riskanalys. En rad olika risker framkom vid en strukturerad riskanalys med checklista framtagen av Prevent. Dessa risker behövde åtgärdas omgående, exempelvis att ta fram rutiner för att minska risk för smittspridning och införskaffande av personlig skyddsutrustning. Vi följde rekommendationer och riktlinjer för att arbeta fram våra egna rutiner. All personal fick kontinuerlig information, förutom på möten, även digitalt och i pappersform på anslagstavla för att göra det möjligt att snabbt nå ut till all personal då snabba förändringar ibland krävdes. Uppföljning gjordes kontinuerligt för att säkerställa att alla kände till och följde rutinerna. Utvärdering har skett med personal under höstens medarbetarsamtal och det har framkommit att personalen har känt sig trygga i sin arbetssituation tack vare tillgång till kontinuerlig och uppdaterad information vid snabba förändringar. Att vi lyckades undvika smitta att komma in på boendet visar också på att tydliga och aktuella rutiner, olika informationsvägar för att nå ut med information och noggrann följsamhet till rutinerna har haft mycket god effekt.

Det har under året funnits fortsatta brister när det gäller inloggning i verksamhetssystemet Pro Capita som skulle ha kunnat innebära patientsäkerhetsrisker. En återkommande kontakt hålls med Nyköpings Kommun dit vi har återkopplat svårigheter vid ett flertal gånger under året. Vi har även framfört förbättringsförslag för att underlätta och säkerställa att vi får den support som vi har behov av.

Mål och strategier för kommande år

Betelhemmets generella övergripande mål och strategier ska även 2021 vara ledande. Mål och strategier för verksamheten påverkas också av faktorer som ny lagstiftning, utredningar och föreskrifter.

Övergripande mål	Mål/beskrivning	Uppföljning
Nöjda och aktiva boende	Boenderåd ska hållas 2 ggr/termin	-Mötesprotokoll -Antal närvarande
	Genomförandeplaner revideras 2 ggr/år. Boende (och ev. anhöriga) är delaktiga	-Dokumentation i Pro Capita -Sammanställning 2 ggr/år
	Fortsatt förbättringsarbete gällande aktiviteter, både i grupp och individuellt -Bli bättre på att tillgodose individuella behov -All personal ska hålla i aktiviteter	-Enkät till varje boende -Dokumentera genomförda gruppaktiviteter -APT
	Återuppta anhörigträffar (Om möjligt) -Informationsträff -Sommarfest -Julfest	-Minnesanteckningar -Antal Närvarande
	Fortsatt förbättringsarbete gällande trädgården -Göra studiebesök i "Sinnenas trädgård" -Gemensam trädgårdsdag för boende och personal	-Boenderåd -APT
Hög kvalitet på värden	Alla genomförandeplaner ska revideras minst 2ggr/år	-Dokumentation i Pro Capita -Sammanställning 2 ggr/år
	All personal ska läsa dokumentation i Pro Capita i början av varje arbetspass	-Checklista/självskattning
	All personal ska dokumentera varje månad i social dokumentation	-Statistik inför varje APT
	Alla avlidna ska registreras i Palliativa registret	-Avstämning i samband med kvalitetsmöte
	All personal och boende ska känna till blanketten "Synpunkter och klagomål"	Boenderåd APT
	Alla synpunkter och klagomål ska sammanställas till varje kvalitetsmöte, APT och en årlig sammanställning	Mötesprotokoll från kvalitetsmöte och APT
	Alla boende ska ha bedömning i Senior Alert	2 ggr/år i samband med VPL
	Kvalitetsfrågor på APT varje månad	Stående punkt på dagordningen
	Det ska finnas rutiner för anhörigstöd -arbetsgrupp är tillsatt	APT
	Alla lokala rutiner ska revideras under året	APT
Rätt bemanning	Omvårdnadskorten ska vara uppdaterade efter behov och vårdtyngd -anpassa bemanningen efter behov	Avstämning på kvalitetsmötet 1 gång/månad
	-Utbildad undersköterska prioriteras vid tillsättning av tjänster och vikariat.	Kontinuerligt vid tillsättning Sammanställning vid årets slut
Bra måltidssituationer	-Återinföra matråd 2ggr/termin -Återuppta pedagogiska måltider. Minst en personal vid lunch och middag. -Ommöblering i matsalen kontinuerligt efter de boendes behov	I samband med boenderåd Checklista Vårdplanering, kvalitetsmöte



VON § Verksamhetsstatistik äldreomsorg, helåret 2020

Diarienummer: VON20/10

Bakgrund

Varje halvår redovisas en rapport över aktuell statistik som speglar Vård- och omsorgsnämndens verksamhet. Nu redovisas rapport avseende helåret 2020, vilken omfattar äldreomsorgen. Inom funktionshinderområdet noteras inga större förändringar att lyfta särskilt.

Här följer några axplock ur vad vi ser:

- Efter fjolårets kraftiga minskning av kostnaderna för bostadsanpassning, ökar de nu åter.
- Ökning noteras även för en annan av de "enklare" insatserna - trygghetslarm.
- Efterfrågan på hemtjänst har ökat tydligt, medan antalet ansökningar till särskilt boende har minskat. Sannolik står anledningen till denna utveckling att finna i pandemin. Värt att notera är samtidigt att vi statistiskt inte kan se någon överdödlighet p g a denna.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

1) **att** godkänna rapporten "Statistik - Äldreomsorg, helåret 2020", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-01.

Beslut till:

Vård- och omsorgsnämnden

Verksamhetsstatistik äldreomsorg, helåret 2020

Bakgrund

Varje halvår redovisas en rapport över aktuell statistik som speglar Vård- och omsorgsnämndens verksamhet. Nu redovisas rapport avseende helåret 2020, vilken omfattar äldreomsorgen. Inom funktionshinderområdet noteras inga större förändringar att lyfta särskilt.

Här följer några axplock ur vad vi ser:

- Efter fjolårets kraftiga minskning av kostnaderna för bostadsanpassning, ökar de nu åter.
- Ökning noteras även för en annan av de "enklare" insatserna – trygghetslarm.
- Efterfrågan på hemtjänst har ökat tydligt, medan antalet ansökningar till särskilt boende har minskat. Sannolik står anledningen till denna utveckling att finna i pandemin. Värt att notera är samtidigt att vi statistiskt inte kan se någon överdödlighet p g a denna.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporten "Statistik – Äldreomsorg, helåret 2020", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-01.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

Statistik – Äldreomsorg, helåret 2020

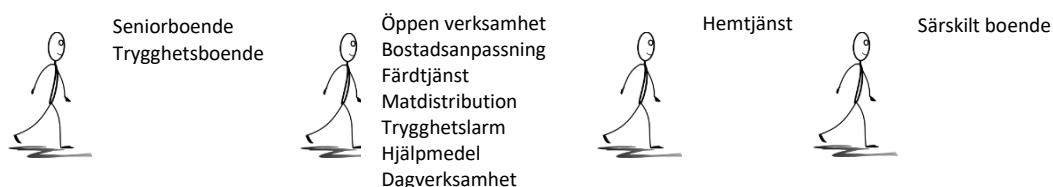


ÄLDREOMSORG

Vägen mot och genom äldreomsorgen

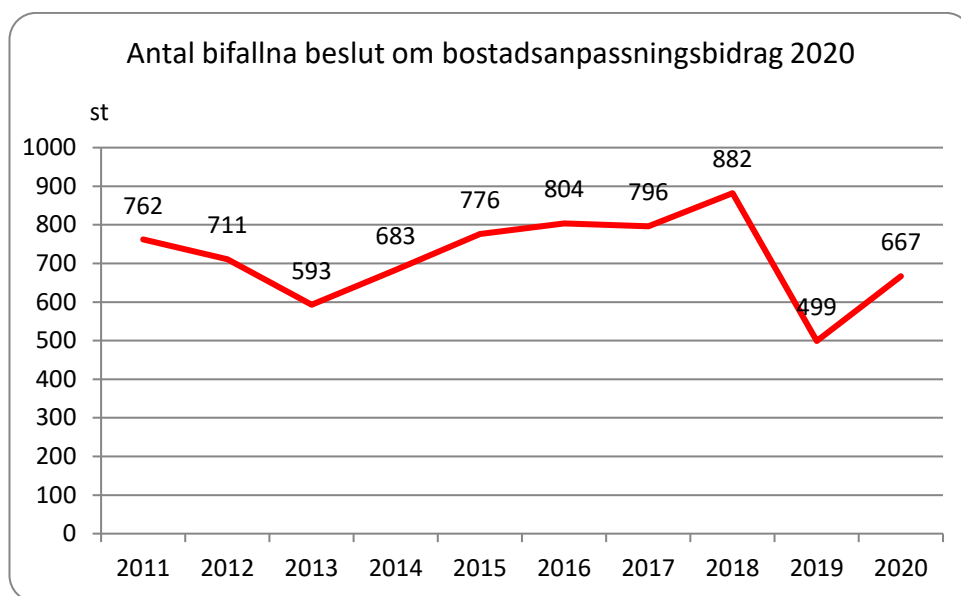
Vägen mot och genom äldreomsorgen kan se ut så här:

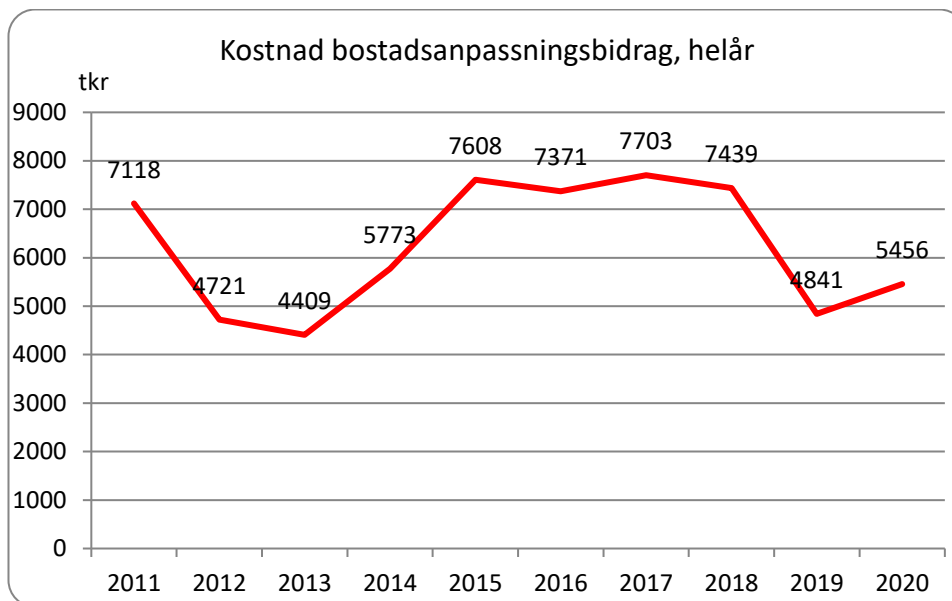
Inflyttning på senior- eller trygghetsboende. Successivt kompletteras detta med insatser av olika slag som möjliggör att man kan fortsätta bo "hemma" och klara sig själv. Som ytterligare hjälp får man sen hemtjänst, vilken byts ut mot särskilt boende då behoven blir stora.



Diagrammen nedan visar hur dessa olika insatser utvecklats under 2020 jämfört med åren innan.

Bostadsanpassning



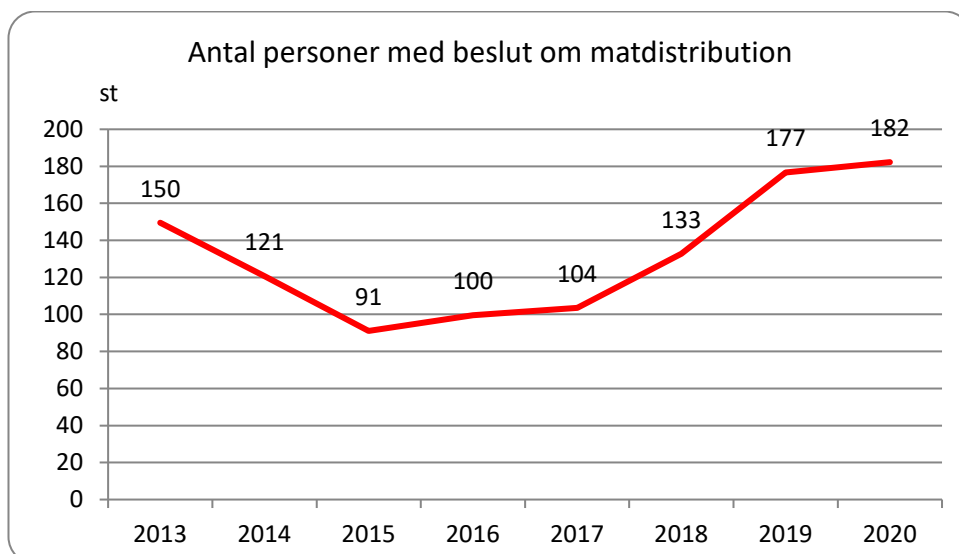


En anledning till den kraftiga minskningen av antalet bifallna beslut 2019 är troligen den nya lagen om bostadsanpassningsbidrag som trädde i kraft vid halvårsskiftet 2018, vilken gjort att det blivit tydligare vad som gäller och därmed har avslagen blivit fler. Vi ser åter en viss ökning 2020.

Färdtjänst

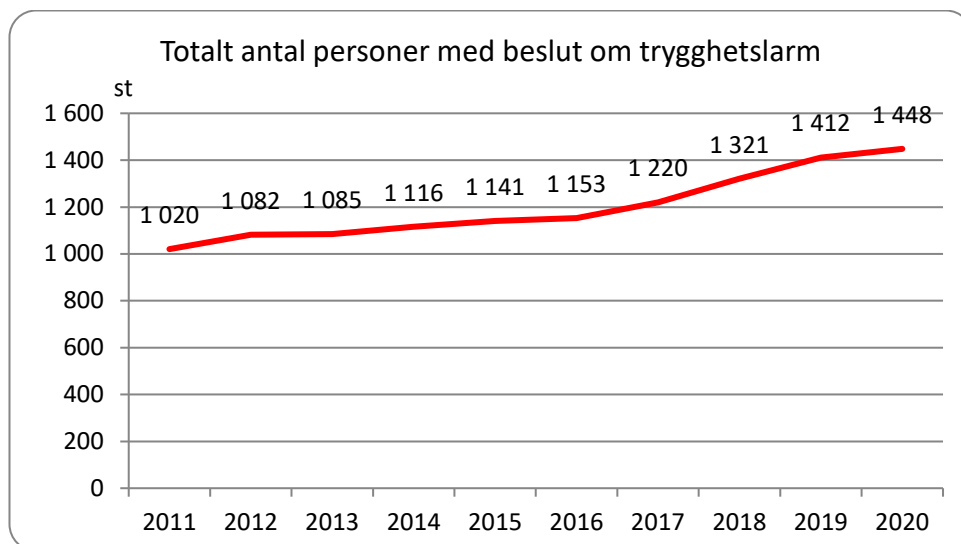
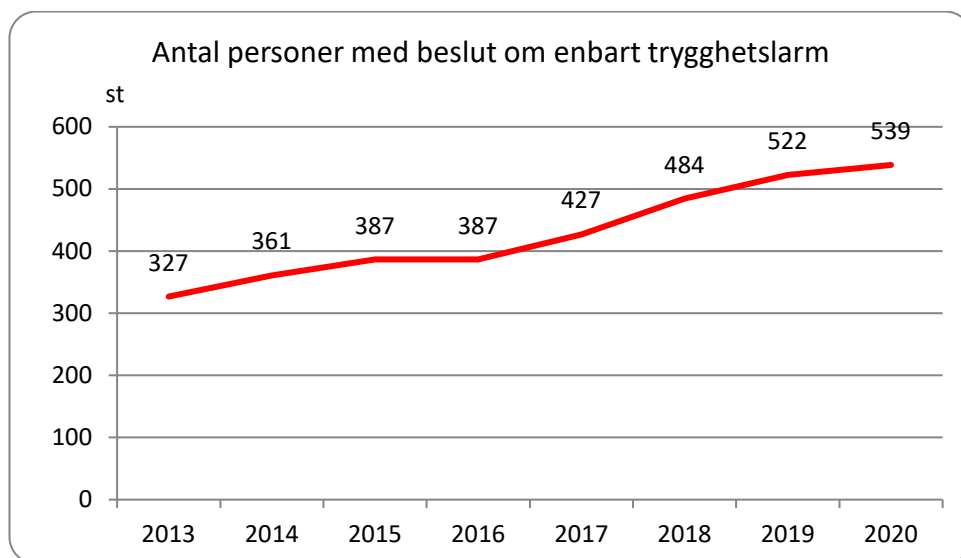
Vid årets slut var det 1 938 personer som hade beslut om färdtjänst. Antalet har legat relativt stabilt på strax under 2 000 under de senaste åren.

Matdistribution



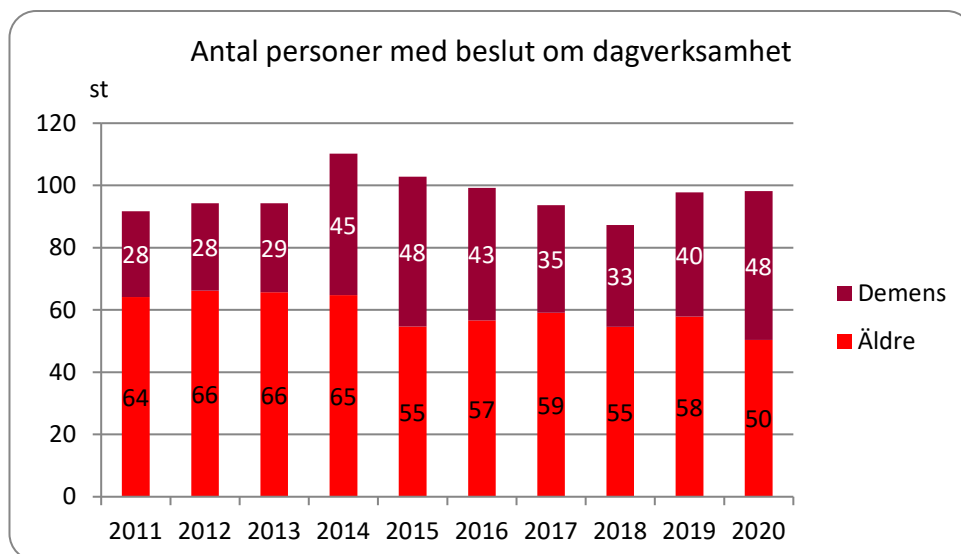
Under några år blev det allt vanligare att låta hemtjänsten laga maten istället för att abonnera på matlåda. Mellan 2013 och 2015 minskade antalet personer med matdistribution med 39 % eller 60 stycken. Därefter ser vi ett trendbrott. Detta var väntat utifrån att matlådepriset sänktes. Under 2019 var det en särskilt tydlig ökning, som fortsatt under 2020. Tidsmässigt stämmer det överens med att kommunens egen Måltidsservice tog över ansvaret.

Trygghetslarm



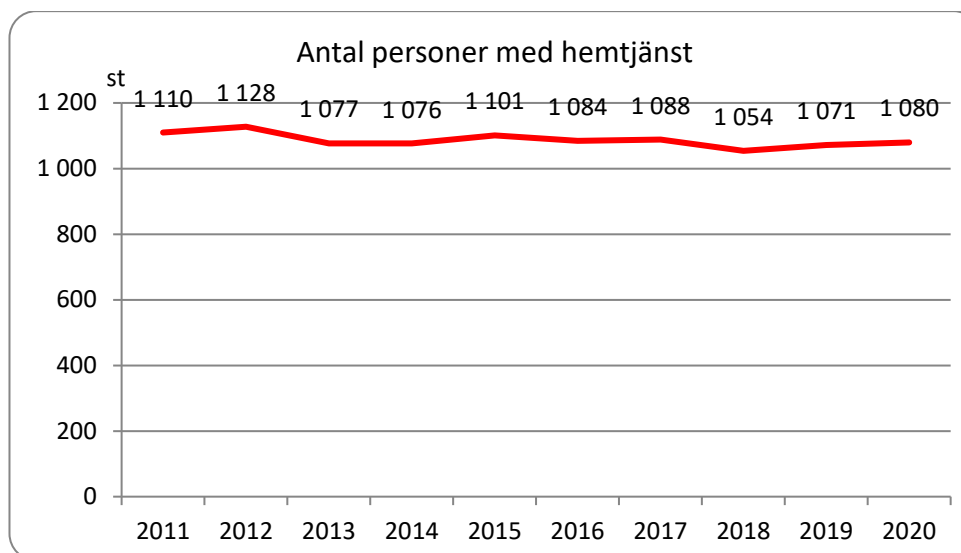
Översta diagrammet visar alla personer som har enbart trygghetslarm, d v s inga övriga insatser. Dessa ingår även i diagrammet därefter, men då räknas även de kunder som har trygghetslarm kompletterat med andra insatser. En successiv ökning av antalet personer med trygghetslarm kan konstateras. En dryg tredjedel av dessa har enbart larm.

Dagverksamhet

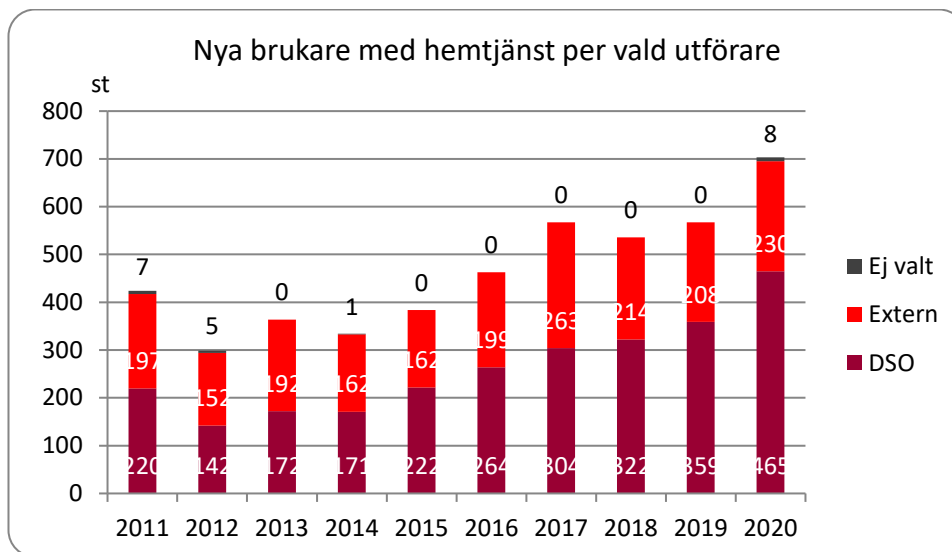


Antalet personer med beslut om dagverksamhet ligger kvar på samma nivå som 2019, men vi ser en förskjutning mot dagverksamhet för personer med en demenssjukdom.

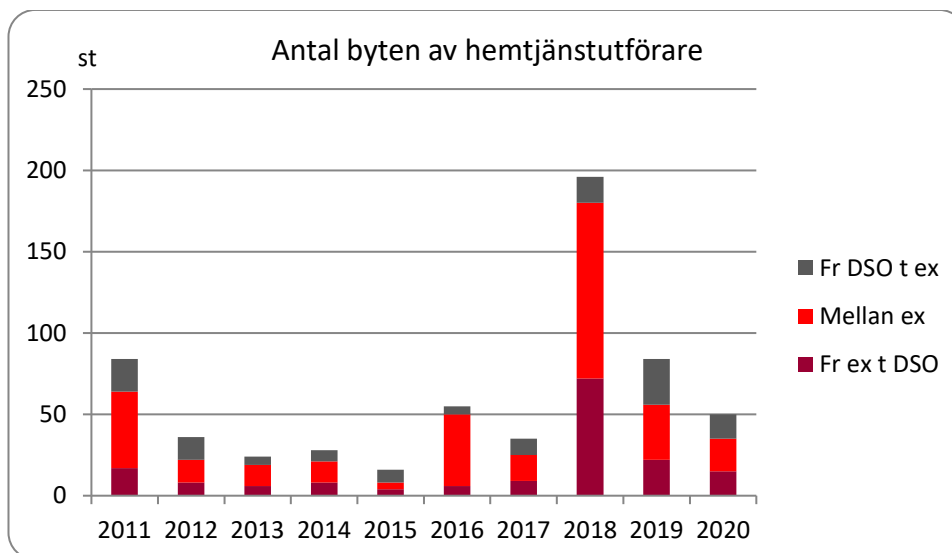
Hemtjänst



Antalet personer med hemtjänst ligger ganska stabilt över åren. Spannet är endast 74 personer.

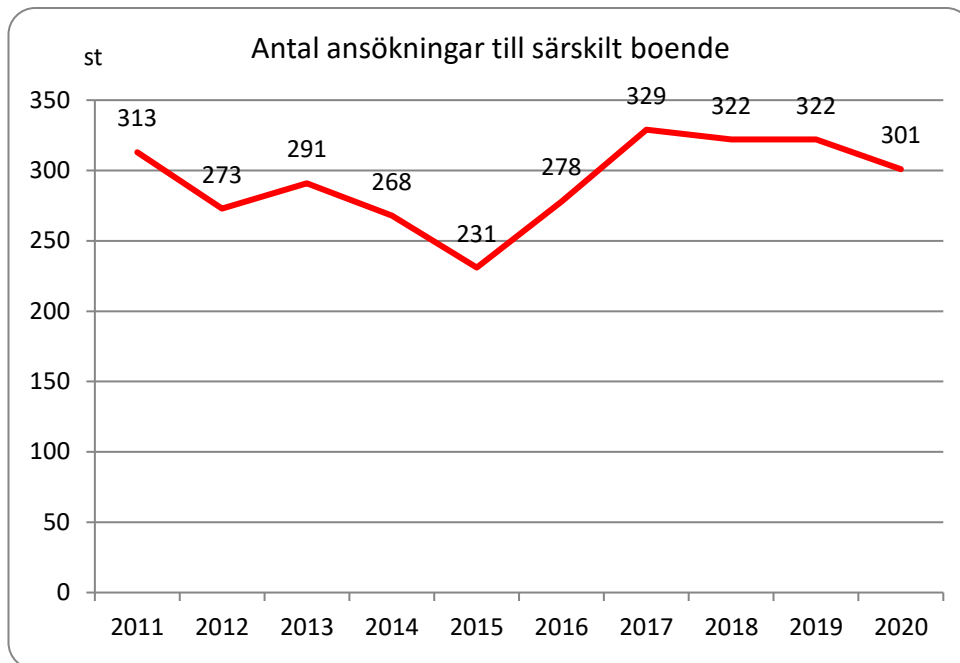


Antalet nya brukare med hemtjänst har ökat tydligt under 2020. Antalet var 711 stycken. Eftersom antalet hemtjänstkunder är relativt oförändrat, innebär det dock att ungefär lika många befintliga kunder flyttar in på särskilt boende eller avlider. Av 2020 års nya kunder valde 65 % DSO och 33 % valde en extern utförare. Resterande 2 % avstod från att göra ett aktivt val. Vi ser en successiv förskjutning mot det kommunala alternativet. Här kan det spela in att antalet valbara privata utförare har minskat på senare år, dels beroende på uppsägning och dels på nedläggning av bolag av ekonomiska skäl.

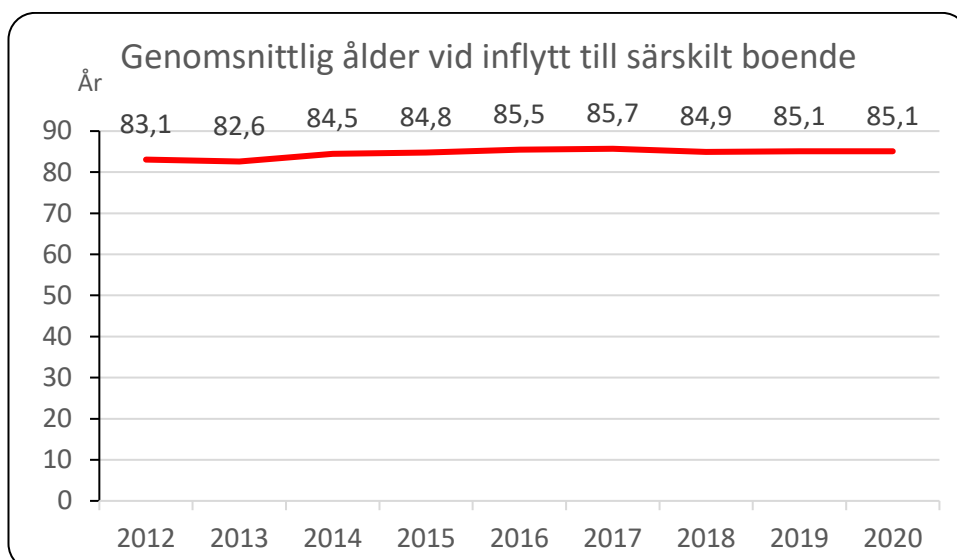


Normalt sett är det inte så vanligt med byte av hemtjänstutförare. Det har blivit något vanligare på senare år. Anledningen är att avtal med vissa företag avslutats. Den höga stapeln för 2018 beror på att Attendo, som var en stor aktör med många brukare, sa upp avtalet med kommunen. 2019 års relativt höga stapel beror på att tre av fyra serviceföretag valde att avsluta sin verksamhet p g a IVOs (Inspektionen för Vård och omsorg) nya tillståndskrav. Bara att ansöka om att få tillstånd kostar varje företag 30 tkr.

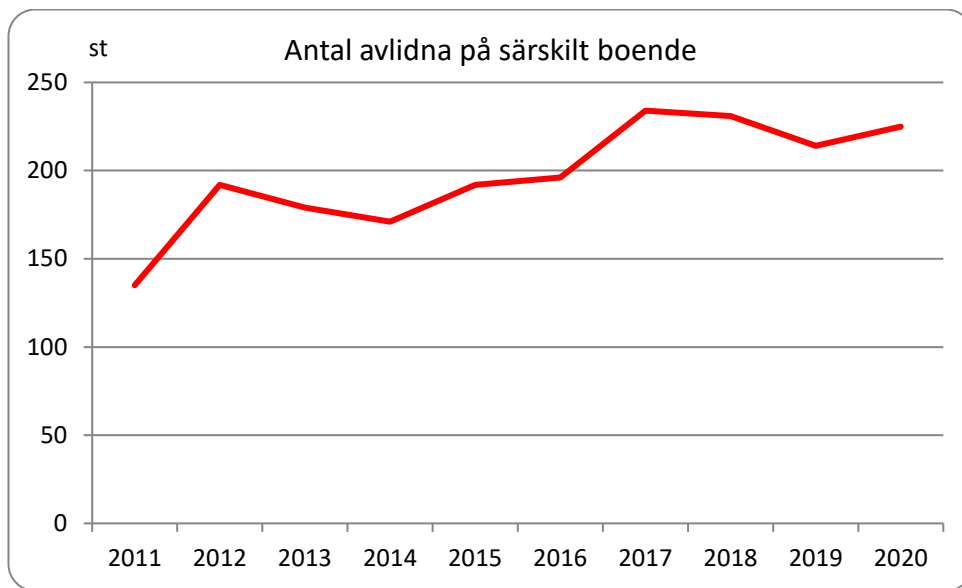
Äldreboende/Demensboende



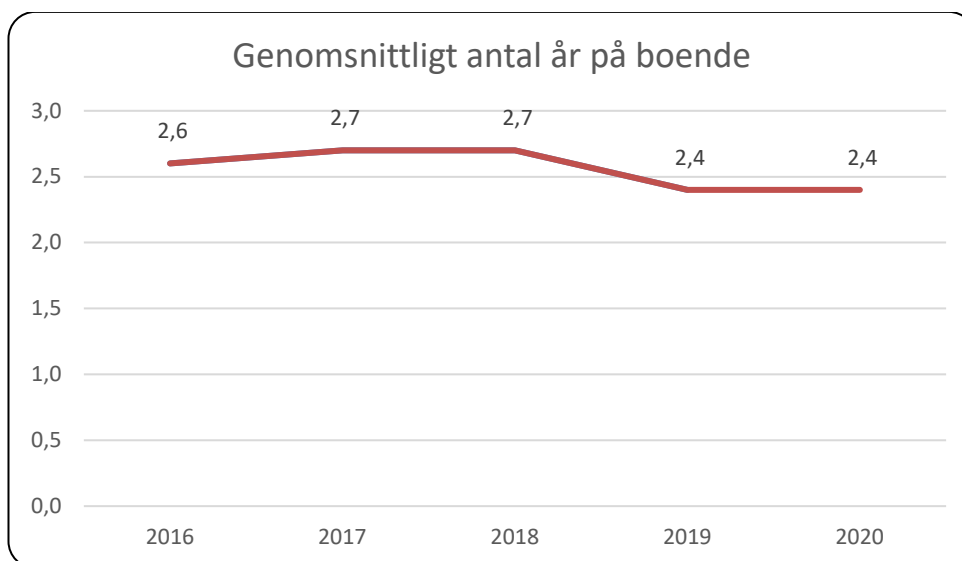
Fram till 2015 såg vi en successiv minskning av antalet ansökningar till särskilt boende. Därefter följde två år med en ganska kraftig ökning, för att på senare år plana ut. Under 2020 har 301 ansökningar tagits emot. Av dessa har 201 även flyttat in. Det är en lägre andel som faktiskt flyttat in jämfört med tidigare år, vilket sannolikt är en effekt av pandemin. 70 % av dessa fick ett boende som de själva valt, vilket är en ökad andel jämfört med 2019.



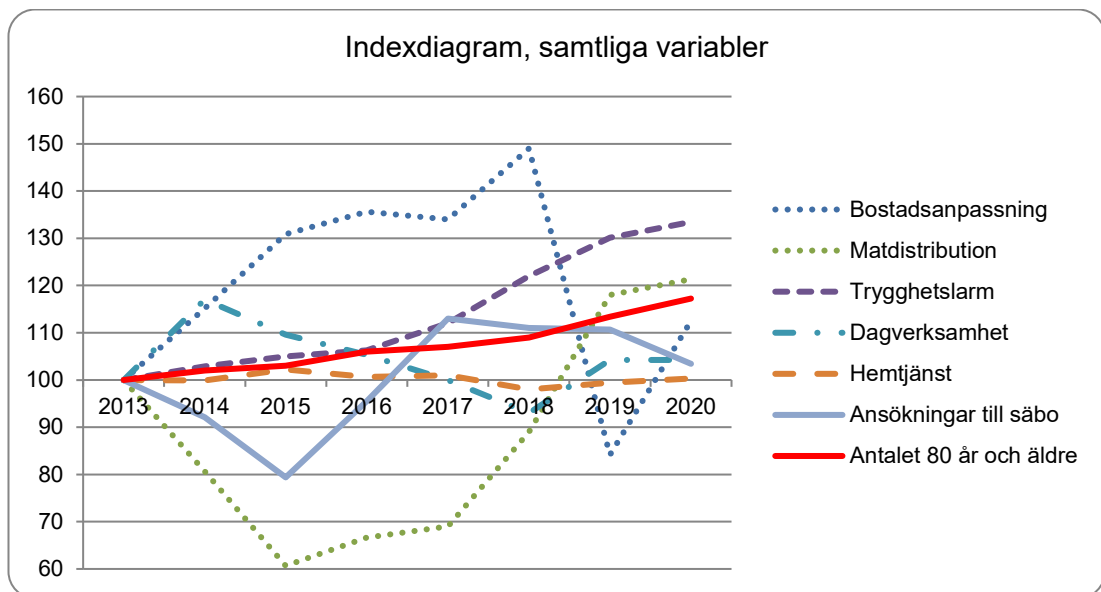
Brukarnas genomsnittliga ålder vid flytt till särskilt boende ligger relativt stabilt runt 85 år.



Under 2020 avled 225 personer på de särskilda boendena. Vi kan statistiskt inte se någon överdödlighet p g a pandemin.



Den tid brukarna finns på särskilt boende innan de avlider har under de senaste åren varierat mellan 2,7 och 2,4 år och har över tid minskat något.



Här jämförs flertalet variabler i ett indexdiagram där 2013 är basår. Det finns inget tydligt samband mellan dessa och befolkningsutvecklingen, som visas med den röda linjen. Trygghetslarm följde till en början kurvan väl, men har nu stuckit iväg lite. Vi ser att efterfrågan på särskilt boende viker, trots en ökande befolkning > 80 år. Hemtjänsten växer heller inte i takt med befolkningen. En förklaring kan vara att vi är friskare längre upp i åldern. Vi ser slutligen också den något svårförklarliga utvecklingen av bostadsanpassningen.

VON § Ekonomisk uppföljning efter februari 2021 - Vård- och omsorgsnämnden

Diarienummer: VON21/2

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden beräknar efter februari ett helårsresultat i enlighet med budget. Det finns dock ett par avvikelser inom ram. För äldreomsorgen beräknas ett överskott på sex mnkr och för funktionshinderområdet beräknas motsvarande underskott. Inom äldreomsorgen indikerar de två första månad-ernas resultat att hemtjänst inte utförs i den utsträckning som budgeterats. Inom funktionshinderområdet drar kostnaderna för personlig assistans iväg över budgeterad nivå.

Det finns ett antal osäkerhetsfaktorer, vilka förstås är större så här i början av året. Inom funktionshinderområdet råder alltid en viss osäkerhet utifrån att brukare både kan avslutas och tillkomma och varje enskild brukare kan stå för relativt stora kostnader.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

1) **att** godkänna den ekonomiska uppföljningen efter februari med prognos för året enligt tjänsteskrivelse daterad 2021-03-09 med tillhörande bilaga.

Vård- och omsorgsnämnden

Ekonomisk uppföljning efter februari 2021 - Vård- och omsorgsnämnden

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden beräknar efter februari ett helårsresultat i enlighet med budget. Det finns dock ett par avvikelser inom ram. För äldreomsorgen beräknas ett överskott på sex mnkr och för funktionshinderområdet beräknas motsvarande underskott. Inom äldreomsorgen indikerar de två första månadernas resultat att hemtjänst inte utförs i den utsträckning som budgeterats. Inom funktionshinderområdet drar kostnaderna för personlig assistans iväg över budgeterad nivå.

Det finns ett antal osäkerhetsfaktorer, vilka förstås är större så här i början av året. Inom funktionshinderområdet råder alltid en viss osäkerhet utifrån att brukare både kan avslutas och tillkomma och varje enskild brukare kan stå för relativt stora kostnader.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna den ekonomiska uppföljningen efter februari med prognos för året enligt tjänsteskrivelse daterad 2021-03-09 med tillhörande bilaga.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2021-04-13

Bilaga till tjänsteskrivelse – Ekonomisk uppföljning efter februari 2021

Resultaträkning, mnkr

	Budget helår 2020	Prognos helår 2020	Diff
Intäkter			
Nämnden	0,0	0,0	0,0
Gemensamt	30,3	30,3	0,0
Hälso- och sjukvård	0,2	0,2	0,0
Äldreomsorg	99,6	97,9	-1,7
Funktionsnedsatta	3,5	3,5	0,0
S:a intäkter	133,6	131,9	-1,7
Kostnader			
Nämnden	-2,3	-2,3	0,0
Gemensamt	-94,6	-93,9	+0,7
Hälso- och sjukvård	-55,9	-55,9	0,0
Äldreomsorg	-702,1	-694,1	+8,0
Funktionsnedsatta	-400,1	-407,1	-7,0
S:a kostnader	-1 255,0	-1 253,3	+1,7
Nettoresultat			
Nämnden	-2,3	-2,3	0,0
Gemensamt	-64,3	-63,6	+0,7
Hälso- och sjukvård	-55,7	-55,7	0,0
Äldreomsorg	-602,5	-596,2	+6,3
Funktionsnedsatta	-396,6	-403,6	-7,0
Nettoresultat 1)	-1 121,4	-1 121,4	0,0

1) Ram enligt beslutat detaljbudget, VON december 2020: 1 148, 2 mnkr

Delfinansiering via statsbidrag för säkerställande av en god vård och omsorg av äldre personer: 26,8 mnkr

Nettoram: 1 121,4 mnkr

VON § Uppdragsrapportering - Ökad andel telefon- respektive kameratillsyn

Diarienummer: VON20/97

Bakgrund

I beställningen för 2021 har Division Social omsorg (DSO) i uppdrag att öka andelen tillsyner nattetid, som görs med trygghetskamera inom hemtjänsten och att öka andelen tillsyner dagtid, som görs med telefon. Det handlar alltså om att sänka andelen fysiska besök och i båda fallen är det fastslagna accept-erade värdet efter årets slut 60 % via kamera/telefon. Ett omfattande arbete har nu skett när det gäller dagtid, vilket redovisas i bifogad rapport. Samtliga beslut om tillsyn har följts upp och det totala antalet har sänkts, då behov inte funnits och av resterande tillsyner görs nu 71 % via telefon. Därmed är det uppdraget slutfört och återstår gör endast att säkerställa att förändringarna blir bestående. Den årliga ekonomiska besparingen uppgår till 2,3 mnkr.

Nattetid sker en successiv ökning av andelen kameratillsyner och den är nu 56 %. Arbetet fortsätter.

I samband med detta arbete har benämningen "tillsyn" ersatts av "trygghets-skapande insats" som kan ske på tre olika sätt, för att det ska bli tydligt för både kund och personal vad det handlar om.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

1) **att** godkänna avrapporteringen av uppdraget enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-01.

Beslut till:

Divisions social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Uppdragsrapportering - Ökad andel telefon- respektive kameratillsyn

Bakgrund

I beställningen för 2021 har Division Social omsorg (DSO) i uppdrag att öka andelen tillsyner nattetid, som görs med trygghetskamera inom hemtjänsten och att öka andelen tillsyner dagtid, som görs med telefon. Det handlar alltså om att sänka andelen fysiska besök och i båda fallen är det fastslagna accepterade värdet efter årets slut 60 % via kamera/telefon.

Ett omfattande arbete har nu skett när det gäller dagtid, vilket redovisas i bifogad rapport. Samtliga beslut om tillsyn har följts upp och det totala antalet har sänkts, då behov inte funnits och av resterande tillsyner görs nu 71 % via telefon. Därmed är det uppdraget slutfört och återstår gör endast att säkerställa att förändringarna blir bestående. Den årliga ekonomiska besparingen uppgår till 2,3 mnkr.

Nattetid sker en successiv ökning av andelen kameratillsyner och den är nu 56 %. Arbetet fortsätter.

I samband med detta arbete har benämningen "tillsyn" ersatts av "trygghetskapande insats" som kan ske på tre olika sätt, för att det ska bli tydligt för både kund och personal vad det handlar om.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna avrapporteringen av uppdraget enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-01.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

Beslut till:

Division Social omsorg

Från Tillsyn till Trygghetsskapande

Minska andelen fysiska tillsynsbesök och öka andelen trygghetsskapande telefonsamtal

Vård- och omsorgsnämnden såg en ökad kostnad på insatsen tillsyn, då beviljade timmar hos kunder som har hemtjänst ökat. De gav myndighetskontoret i uppdrag att se över hemtjänstinsatsen.

Genomfört

Myndighetskontoret gjorde först en omvärldsbevakning om andra kommuner hade liknande insats inom hemtjänsten. Övergripande kallade andra kommuner insatsen för trygghetsskapande besök alternativt trygghetsskapande telefonsamtal.

I Nyköping hade 96 personer ett verkställt beslut av att tillsyn skulle utföras. 787 timmar/månad var verkställda i augusti 2020.

Samtliga kunder kontaktades om sin insats och hur behovet för kunden såg ut.

Det visade sig att för 33 kunder var insatsen avslutad av biståndshandläggare, men ej avslutad av utförare.

18 kunder var i behov av fysiska besök.

44 kunder hade redan tillsyn i form av telefonsamtal eller så ändrades behovet till telefonsamtal.

Myndighetskontoret gav DSO-IT i uppdrag att skapa tre nya insatser i verksamhets-systemet, för att förtydliga för både kunder och utförare hur insatsen ska utföras.

- Trygghetsskapande telefonsamtal
- Trygghetsskapande besök
- Trygghetsskapande kamera

Alla beslut skrevs om till vad kunden faktiskt har behov av. Beslutad tid minskade från 10 minuter/insats till 5 minuter för trygghetsskapande telefonsamtal och 10 min för trygghetsskapande besök.

Hemtjänstinsatsen tillsyn finns inte längre.

Återstår

Fortsatt fokus under året är att säkra att förändringarna är bestående och att de nya insatsinriktningarna följs och ingår i det fortsatta utvecklingsarbetet runt de olika insatserna inom hemtjänsten.

Tidplan

Uppdraget startade 2020-09-01 och var klart 2020-12-15.

Effekter

Det är tydligare för både kund och utförare vad som ska utföras. Beviljad tid minskade till 306 timmar/månad 2021-03-01.

Ekonomi

<u>Antal personer med insatsen</u>	<u>St</u>	<u>%</u>
Med telefontillsyn	44	71
Med besökstillsyn	18	29
<u>Summa personer med tillsyn dagtid</u>	<u>62</u>	<u>100</u>

<u>Antal tillsynstillsfällena per dag</u>	<u>St</u>	<u>%</u>
Med telefon	55	71
Med besök	23	29
<u>Summa tillsynstillsfällena per dag</u>	<u>78</u>	<u>100</u>

<u>Utförda tillsyns timmar</u>	<u>St</u>
Augusti	817
November	509
Minskning	-306
Å pris	433,14
<u>Summa besparingar per månad,kr</u>	<u>132 541</u>

Från 10 till 5 minuter på telefontillsyn

Antal tillfällen per dag	55
Antal tillfällen per månad	1650
Neddragning 5 minuter per tillfälle, min	8250
Neddragning 5 minuter per tillfälle, tim	137,5
Å pris	433,14
<u>Besparingar per månad, kr</u>	<u>59 557</u>

Summa besparingar per månad, kr 192 098

Summa besparingar per år, kr 2 305 171

2021-03-25

Anneli Lybark, Kvalitetsutvecklare Myndighetsfunktionen

Minska andelen fysiska besök nattetid och öka andelen nattetid med trygghetskamera

Uppdrag

Trygghetskamera ska installeras/användas hos kunder som erhåller beslut på enbart tillsynsbesök natt.

Genomfört

Ökning av andelen trygghetsskapande besök via kameror har stadigt skett sedan 2019, per 21-03-26 är antalet installerade kameror och besök följande:

- Ordinärt boende: 20 kameror, 30 besök/natt
- SÄBO: 1 kamera, 4 besök per natt
- Träningsboende 1 kamera, 2 besök per natt

Totalt är 22 kameror i drift och det utförs 36 besök per natt via trygghetskamera, vilket motsvarar 56 %. För närvarande genomförs 28 fysiska besök per natt av Nattpatrullen, motsvarande 44 %.

Återstår

Ha en fortsatt gott samarbete med biståndshandläggare för kontinuerliga ställnings-taganden, när kamera i stället för fysiska besök kan uppfylla behovet av trygghetsskapande insats.

Tidplan

Arbetet är löpande, utan borte tidsgräns, och innebär en fortsatt successiv ökning av antalet trygghetskameror enligt ovan.

Effekter

Minskat antalet besök med personal hos kunder med enbart trygghetsskapande insats.

Ekonomi

Minskat antal kunder med fysiska besök nattetid medför minskade resekostnader för personalbesök.

/Kristina Östergren Silverarfve

VON§ Rapportering av uppdrag rörande samsjuklighet

Diarienummer: VON20/97

Bakgrund

I beställningen för 2020 gavs Division Social omsorg (DSO) i uppdrag att samordna insatserna för personer med samsjuklighet. Arbetet genomfördes och förslag till utveckling presenterades. I beställningen för 2021 gavs därefter i uppdrag att implementera resultatet av 2020 års arbete. Det handlar om:

- Myndighetsutövningen, som behöver ske i samverkan mellan myndighetsfunktionen för personer med funktionsnedsättningar och socialsekreterare från kommunens missbruks- och beroendevård
- Boende i form av tillgänglig lokal med plats för ett tiotal personer, vilket möjliggör hemtagning av ett antal externa placeringar.
- Öppna insatser, såsom boendestöd och behandlingsinsatsen FRACT (Flexibel Resursgrupps- ACT)
- Sysselsättning

Divisionen har nu arbetat vidare inom samtliga punkter, vilket redogörs för i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-06. Bland annat finns ett boende färdigställt, där de första brukarna flyttar in i slutet av april. Arbetet fortlöper nu på det sätt som beskrivs i bilagd rapport.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna "Rapport samsjuklighetsuppdrag" enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-06.

Beslut till:

Division Social Omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Rapportering av uppdrag rörande samsjuklighet

Bakgrund

I beställningen för 2020 gavs Division Social omsorg (DSO) i uppdrag att samordna insatserna för personer med samsjuklighet. Arbetet genomfördes och förslag till utveckling presenterades. I beställningen för 2021 gavs därefter i uppdrag att implementera resultatet av 2020 års arbete. Det handlar om:

- Myndighetsutövningen, som behöver ske i samverkan mellan myndighetsfunktionen för personer med funktionsnedsättningar och socialsekreterare från kommunens missbruks- och beroendevård
- Boende i form av tillgänglig lokal med plats för ett tiotal personer, vilket möjliggör hemtagning av ett antal externa placeringar.
- Öppna insatser, såsom boendestöd och behandlingsinsatsen FRACT (Flexibel Resursgrupps- ACT)
- Sysselsättning

Divisionen har nu arbetat vidare inom samtliga punkter, vilket redogörs för i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-06. Bland annat finns ett boende färdigställt, där de första brukarna flyttar in i slutet av april. Arbetet fortlöper nu på det sätt som beskrivs i bilagd rapport.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna "Rapport samsjuklighetsuppdrag" enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-06.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

Beslut till:

Division Social omsorg

RAPPORT

SAMSJUKKLIGHETSUPPDRAG



Innehållsförteckning

Uppdrag och bakgrund	3
Deluppdragens genomförande, effekter och återstående arbete...	3
Ekonomi.....	5
Sammanfattning av återstående arbete.....	5

Uppdrag och bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden, VON och Socialnämnden, SN har ett gemensamt ansvar för målgruppen personer med samsjuklighet och det behövs en nära samverkan mellan de två nämnderna, både för att kunna ge enskilda ett bättre stöd och för att nyttja kommunens resurser mer effektivt. Implementeringen av de förslag till arbetssätt och insatser som arbetades fram under 2020 omfattar för år 2021 - enligt beställningarna från VON och SN till DSO - myndighetsutövning, boende, öppna insatser och sysselsättning.

Division Social omsorg har arbetat med frågan under 2020 i samverkan mellan funktionshinderområdet under VON och Individ- och familjeomsorgen under SN. Bakgrunden till uppdraget var att personer med samsjuklighet (en kombination av missbruksproblematik och psykisk sjukdom och/eller psykisk funktionsnedsättning) är en utsatt grupp i samhället som ofta behöver insatser från flera aktörer. Både VON och SN har ett ansvar för målgruppen och behov finns av en närmare samverkan mellan nämnderna, både för att kunna ge individerna ett bättre stöd och för att nyttja kommunens resurser mer effektivt.

Arbetet inleddes redan hösten 2019 med en inventering av personer i Nyköping med en allvarlig samsjuklighet. Man fann då 67 personer i målgruppen.

Fyra viktiga pusselbitar i vård- och stödinsatser för målgruppen identifierades:

- *Myndighetsutövningen, med handläggning och uppföljning*
- *Boende, HVB samt stödboende*
- *Öppna insatser, såsom boendestöd och behandlingsinsatsen FRACT (Flexibel Resursgrupps- ACT)*
- *Sysselsättning*

Utifrån detta bildades fyra mindre arbetsgrupper för respektive område där syftet för uppdragstagarna var att utveckla nya sätt att gemensamt arbeta för att tillgodose målgruppens olika behov.

Vägledande principer i arbetet med målgruppen

Ett antal vägledande principer identifierades också i arbetet. Dessa principer har utgjort en grund för arbetet med att utveckla hela stöd-, vård- och omsorgskedjan:

- *Den enskildes behov är utgångspunkten*
- *Se hela individen*
- *Ett gränsöverskridande arbetssätt är nödvändigt*
- *Innovativa förhållningssätt och nytänkande är framgångsfaktorer*
- *Fokus på funktionsförmåga istället för diagnos, organisatoriska gränser och ansvarsfrågor*
- *Omvärldsspaning hjälper oss att arbeta rätt*

Deluppdragens genomförande, effekter och återstående arbete

Myndighetsutövning

Ett identifierat behov från år 2020 var att handläggare från myndighetsfunktionen för personer med funktionsnedsättningar och socialsekreterare från kommunens missbruks- och beroendevård behöver samverka redan under utredningen. I uppdraget kring myndighetsutövningen innefattas därför att ta fram rutiner för hur detta ska ske och hur handlägningsprocessen i större utsträckning kan främja individens behov och inte fokusera på de organisatoriska gränserna och arbetssätten.

Myndighetsfunktionerna under de två nämnderna upplever att effekten av det pågående utvecklingsarbetet hittills är att kommunikationen mellan myndighetsfunktionerna har förbättrats och att samsyn föreligger i högre grad än tidigare. De olika myndighetsdelarna upplever också att de har en ökad kunskap om varandras uppdrag och arbetssätt sedan start. Ett gemensamt bedömningsteam har startat som syftar till att brukares behov av personcentrerade och samordnade insatser från såväl verksamhet för personer med funktionsnedsättning som individ- och familjeomsorg ska tillgodoses.

Arbetsgruppen som arbetat med detta deluppdrag poängterar vikten av att de olika myndighetsfunktionerna har och fortsätter att träffas för att utbyta erfarenheter, dela kunskaper och lära känna varandra. I senare skede bedömer arbetsgruppen att det kan vara av vikt att formalisera bedömningsteamets möten mer i likhet med "Kollegium" – det samverkansforum för individärenden som finns för individ- och familjeomsorgens olika enheter. I bedömningsteamet deltar enhetschefer och nyckelpersoner med en samordnande funktion från de två myndighetsfunktionerna, Vuxenenhetsens öppenvård och för boendestöd. 1:e socialsekreterare från Vuxenenheten har utsetts till sammankallande för bedömningsteamet. Tider för bedömningsteamets möten har bokats. Det som återstår i ett senare skede är att formalisera bedömningsteamets möten mer i likhet med "Kollegium" – det samverkansforum för individärenden som finns för individ- och familjeomsorgens olika enheter. Rutiner för hur ärenden lyfts till bedömningsteamet behöver tas fram och arbetssättet behöver följas upp och utvärderas.

Boende – HVB Hemgårdsvillan

I arbetet identifierades ett behov av att starta ett HVB med inriktning samsjuklighet. Utgångspunkten är sedan behovet identifierades att det rör sig om ett temporärt behandlingshem för personer med samsjuklighet. Insatserna som ska ges på behandlingshemmet ska vara i form av missbruks-/beroendebehandling samt behandling för det psykiatriska tillståndet, exempelvis läkemedelsbehandling. Verksamheten ska samtidigt arbeta med grundläggande ADL-träning utifrån pedagogiska metoder för att möjliggöra för den enskilde att självständigt kunna hantera sin vardag.

Lämpliga lokaler fanns då behovet identifierades redan tillgängliga för divisionen inom Hemgårdsområdet. Bedömningen som gjordes av arbetsgruppen var att ett boende i intern regi för denna målgrupp gör det möjligt att ta hem ett antal externa placeringar, vilket i sin tur bedömdes skulle medföra såväl en kvalitetshöjning för individerna som en positiv ekonomisk effekt för kommunen.

Kvalitetsmässigt ger ett internt boende möjlighet att skapa en vårdkedja med koppling till Vuxenenhetsens HVB och behandlingsinsatsen FR-ACT. Denna behandlingsinsats kräver också medverkan från socialpsykiatri, liksom från psykosvården inom Regionen.

Personal har sedan föregående återrapportering till VON rekryterats och är på plats sedan den 1 mars. Boendet har fått namnet Hemgårdsvillan. Enhetscheferna har redogjort för att det har tagit extra lång tid att starta upp en ny verksamhet under pågående pandemi. Det som har tagit längre tid än vanligt är exempelvis att ordna med telefoner, datorer samt vissa renoveringsinsatser. Verksamheten har använt tiden till att ta fram och diskutera rutiner i arbetsgruppen, exempelvis avseende hot och våld. Utbildningsbehov har inventerats och CM, case management (en form av vård- och stödsamordning som rekommenderas för målgruppen i nationella riktlinjer) bedöms som en utbildning om medarbetare har behov av.

Två brukare förväntas skrivas in vid Hemgårdsvillan inom kort, senast under den första halvan av april.

Arbetsgruppen har lyft att de ser behov av sysselsättning för de boende som en del i behandlingen. De har därför tagit initiativ till en kontakt med Jobbtorg Nyköping och planering pågår för hur sysselsättningsbehovet kan lösas. Sjuksköterskeresurs upplevs också som en mycket viktig fråga att lösa snabbt då de boende har mediciner som delas och beslut måste finnas på delegeringar mm.

Eftersom Hemgårdsvillan ska vara ett tillfälligt boende ser arbetsgruppen även behov av träningsboenden för att möjliggöra en stegvis förflyttning för individen till ett självständigt boende och därmed minska risken för återfall. Bostad först (eng. Housing First) som rekommenderas i nationella riktlinjer för målgruppen har lyfts in i den boendeplaneringsutredning som DSO gjort.

Öppna insatser

I den vård- och stödsamordning som Vuxenenheten arbetat med sedan tidigare utifrån metoden Flexibel Resursgrupps-ACT (FR-ACT) ingår alla de olika kompetenser som kan behövas för ett samordnat omhändertagande och stöd. Metoden FR-ACT är en variant av Assertive Community Treatment, ACT som inte kräver tillgång till platser inom regionens slutenvård psykiatri. Det är i korthet en form av case management - vård- och stödsamordning - som rekommenderas i nationella riktlinjer för målgruppen.

Utgångspunkten i deluppdraget med öppna insatser är att delvis förstärka FR-ACT med boendestödjare. Uppdragstagarna, i detta fall enhetschef för vuxenenheten och enhetschef för boendestöd, har kartlagt hur verksamheterna arbetar och vilka behov som finns. Inom boendestöd har det identifierats ett behov av kompetensutvecklingsinsatser avseende samsjuklighet, missbruk och case management. Ett underlag för utbildningsinsats där behov, antal deltagare, innehåll och förslag på föreläsare beskrivs ska skrivas fram inför beslut i arbetsgrupp för psykisk hälsa. Ansvarig för att sammanställa detta underlag är enhetschef för boendestöd.

I kartläggningsarbetet har det också identifierats skillnader i förutsättningarna för de olika insatstyperna. Arbetsgrupperna för boendestöd och FR-ACT har träffats och det har konstaterats att det i mycket råder samsyn. Hinder har dock uppmärksammats som att boendestöd är avgiftsbelagt i Nyköping. Inom Vuxenenhetens öppenvård finns även boendestöd som inte är avgiftsbelagt och kanske borde benämnas som något annat, exempelvis "stöd i boendet". Det stödet är mer av tillfälliga insatser och inte direkt jämförbart med insatsen boendestöd inom verksamheten för personer med funktionshinder. Frågan har tidigare lyfts till VON och kommer framlämnas att behandlas i ett senare skede av pågående översyn som rör ekonomin inom DSO.

Arbetsgruppen har vidare konstaterat att det är en resursfråga att tillsätta boendestödjare till FR-ACT. Inga extra resurser finns idag för just den målgruppen enligt arbetsgruppen. Medverkan från boendestöd skulle kunna vara i form av en case manager med titeln boendestödsspecialist i likhet med funktionen arbetsspecialist som också ingår i case management-team. Arbetet med att undersöka möjligheter att inom ramen för nuvarande resurser utveckla FR-ACT mot ett multidisciplinärt team fortsätter.

Boendestödsverksamheten ser också ett behov av ett team inom boendestöd som arbetar riktat med målgruppen.

Sysselsättning

Arbetsgruppen som består av representanter ifrån daglig verksamhet och Arbetsmarknadsenheten har identifierat Individual Placement and Support (IPS) som en viktig insats i arbetet med att utveckla möjligheterna till sysselsättning för målgruppen då den är en insats av hög evidensgrad. Inom Jobbtorg Nyköping har det även skett kompetensutvecklande insatser kring missbruk för att öka kunskapen i att kunna möta målgruppen. Ett viktigt utvecklingsområde som har identifierats är samverkan och då framförallt den interna samverkan, vilket i och med kompletteringen med representant ifrån daglig verksamhet upplevs gett positiv effekt. Den samverkan och de arbetssätt som utvecklas genom ESF-projektet Vägen till självförsörjning (VTS) bedöms av verksamheten också gynna målgruppen. De metoder, exempelvis Supported Employment, case management och Motiverande samtal (MI) som används i VTS lämpar sig väl för att möta denna målgrupps behov.

Under 2020 gjordes också ett arbete med att tydliggöra och förbättra processen för att identifiera behov av och erbjuda kompetenshöjande insatser till personer med försörjningsstöd.

Sysselsättning är sammanfattningsvis en viktig fråga för de som kommer bo på boendet och ha heldygnsvård och för de som får öppna insatser. Dock finns det i dagsläget få platser i IPS. Jobbtorg Nyköping har därför som mål att utöver IPS också ha utbildade case managers som framöver deltar i bedömningsteamet så att sysselsättningsbehov hos målgruppen i högre grad kan tillgodoses. Delar av målgruppen kan också få stöd via daglig verksamhet efter beslut. I daglig verksamhet ser arbetsgruppen en utmaning i att brukares närvaro ofta styrs av det psykiska måendet.

Ekonomi

Driften av verksamheten kring personer med samsjuklighet, inklusive ett boende omfattande cirka 10 platser, beräknas kosta cirka 8 mnkr per helår. Det motsvarar kostnaden för 5-6 externa placeringar. Den ekonomiska kalkylen visar att första året (2021) innebär den nya verksamheten en nettokostnad på cirka 2 mnkr. Därefter beräknas en nettobesparing på 1,5 mnkr på helårsbasis. Som en ytterligare effekt kommer platser att frigöras inom andra delar av verksamheten, vilket ökar genomströmningen, till gagn för såväl individ som kommun.

Avgift

De boende på det nya boendet för personer med en samsjuklighet ska betala 2 500 kronor per månad. Avgiften avser enbart boendekostnad och överensstämmer med vad som gäller för boende vid Nygårdens långtidsboende.

Ekonomiska effekter hittills

Berörda verksamhetschefer bedömer att det än så länge är svårt att beräkna de ekonomiska effekterna med anledning av att implementeringen av flera arbetssätt och insatser inom ramen för uppdraget nyligen har påbörjats. Förutsättningar för att följa utvecklingen av kostnader och resultat för målgruppen har förbättrats genom att

förändringar i hur utredningar och insatser aktualiseras i verksamhetssystemen har genomförts.

Sammanfattning av återstående arbete

Då arbetsgrupperna samlades i mars och rapporterade de olika deluppdragen framkom att case managers ses som en central funktion, eller "kittet" för samverkan kring målgruppen. Utbildningsbehov avseende case management inventeras därför av verksamheterna och sammanfattas med kostnadsförslag för beslut till styrgrupp Uppdrag psykisk hälsa.

Nästa steg vidare blir också att fortsätta implementeringen i de olika deluppdragen och även beskriva arbetssätt, insatser eller verksamheter samt ta fram material som kan användas i kontakt med brukare och i samverkan mellan verksamheter. Exempelvis är det av stor vikt att Hemgårdsvillan beskriver strukturen på boendet och innehåll i behandlingsinsatser så att verksamheterna kan säkerställa att insatsen motsvarar målgruppens behov samt för att kunna marknadsföra insatsen för brukare.

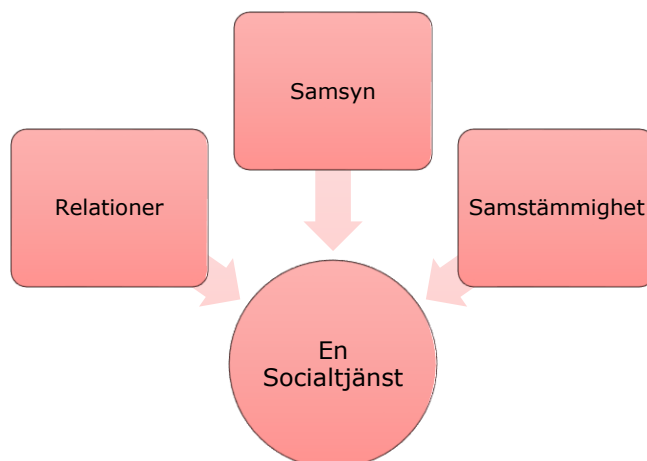
Arbetsgrupperna önskar att "man skyndar långsamt med utvecklingsarbetet" för att hinna med att fortsätta implementera de olika delar som nu är på gång. Från myndighetsbeslut till en ny insats i form av ett gemensamt HVB, ett multidisciplinärt team med utbildade case managers i FR-ACT, case managers i Jobbtorg Nyköping och eventuellt ett specialistteam i boendestöd.

När de nya arbetssätten och insatserna har implementerats i högre grad är det också viktigt att de följs upp och utvärderas.

Så kallade knäckfrågor som verksamheterna bedömer återstår är sjuksköterskeresurs till HVB Hemgårdsvillan samt avgiftsfrågan för boendestöd som också uppfattas som en central fråga för arbetsgrupperna.

Arbetsgrupperna och ledningen för verksamheten för personer med funktionshinder samt individ- och familjeomsorgen ser också behov av att det arbete som gjorts för målgruppen lyfts i den regionala stöd- och samverkansstrukturen. De länsdelsvisa och länsövergripande samverkansforum som finns, på såväl chefsnivå som på politisk nivå, behöver få information om genomförda och planerade förbättringar i Nyköpings kommun i syfte att inleda en dialog kring hur regionens resurser bättre kan samordnas med kommunens för målgruppen. I regeringens pågående samsjuklighetsutredning om ansvarsförhållandena i en första promemoria föreslås att hälso- och sjukvården tar över ansvaret för psykologisk och psykosocial behandling för målgruppen. Av den anledningen bedömer arbetsgrupperna att det är angeläget med en fortsatt dialog och samordning mellan kommunen och Region Sörmland kring insatser för målgruppen.

Avslutningsvis har arbetsgrupperna sammanfattat uppdraget hittills med orden relationer, samsyn och samstämmighet. "En socialtjänst" föreslås som ledord för det fortsatta arbetet.



VON § Rapportering av uppdrag Vårdnära service

Diarienummer: VON20/97

Bakgrund

I beställningen för 2020 gavs Division Social omsorg (DSO) i uppdrag att ta fram ett förslag kring införande av vårdnära service på särskilda boenden för äldre. Det handlar om att en särskild personalkategori ska ansvara för den vårdnära servicen, såsom städning och måltider, medan omvårdnadspersonal-en fullt ut kan ägna sig åt omvårdnaden. Detta skapar möjligheter till en karriärstege inom omsorgen samtidigt som personalförsörjningen underlättas. Under 2020 arbetade DSO tillsammans med Campus med detta. Den första gruppen elever bestod av 13 personer, varav nu fem fått anställning inom den vårdnära servicen. Ytterligare tre kan komma att bli aktuella för anställning. Under våren 2021 pågår nu den andra utbildningsomgången omfattande 11 elever.

I beställningen för 2021 gavs ett kompletterande uppdrag i att utreda förutsättningarna för en motsvarighet till vårdnära service inom funktionshinderområdet. Denna utredning är nu genomförd och resultatet presenteras i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-06. Slutsatsen är att de arbetsuppgifter som den vårdnära servicen gör inom äldreomsorgen handlar om uppgifter som personer inom funktionsnedsättning själva med stöd av medarbetare ska göra utifrån sina individuella förutsättningar. Att kunna stödja individer till ett så självständigt liv som möjligt ställer stora krav på medarbetarnas kompetens gällande olika funktionsnedsättningar och pedagogiska arbetsmetoder såsom lågaffektivt bemötande, alternativ och kompletterande kommunikation mm. Den vårdnära servicen fyller därmed inte någon funktion inom funktions-nedsättningsområdet, då arbetssättet motverkar det grundläggande syftet med insatserna för de individer som omfattas av Lagen om särskild service (LSS) eller Socialtjänstlagen (SoL) gällande personer med psykisk ohälsa. Nämnden föreslås återkomma i frågan om eventuellt införande av vårdnära service inom annan verksamhet än särskilda boenden för äldre.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna "Utredning av förutsättningar att införa vårdnära service inom verksamhetsområde Funktionsnedsättning", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-06.

att inte införa en motsvarighet till vårdnära service inom funktionsnedsättnings-området

Beslut till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Rapportering av uppdrag Vårdnära service

Bakgrund

I beställningen för 2020 gavs Division Social omsorg (DSO) i uppdrag att ta fram ett förslag kring införande av vårdnära service på särskilda boenden för äldre. Det handlar om att en särskild personalkategori ska ansvara för den vårdnära servicen, såsom städning och måltider, medan omvårdnadspersonalen fullt ut kan ägna sig åt omvårdnaden. Detta skapar möjligheter till en karriärstege inom omsorgen samtidigt som personalförsörjningen underlättas. Under 2020 arbetade DSO tillsammans med Campus med detta. Den första gruppen elever bestod av 13 personer, varav nu fem fått anställning inom den vårdnära servicen. Ytterligare tre kan komma att bli aktuella för anställning. Under våren 2021 pågår nu den andra utbildningsomgången omfattande 11 elever.

I beställningen för 2021 gavs ett kompletterande uppdrag i att utreda förutsättningarna för en motsvarighet till vårdnära service inom funktionshinderområdet. Denna utredning är nu genomförd och resultatet presenteras i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-06. Slutsatsen är att de arbetsuppgifter som den vårdnära servicen gör inom äldreomsorgen handlar om uppgifter som personer inom funktionsnedsättning själva med stöd av medarbetare ska göra utifrån sina individuella förutsättningar. Att kunna stödja individer till ett så självständigt liv som möjligt ställer stora krav på medarbetarnas kompetens gällande olika funktionsnedsättningar och pedagogiska arbetsmetoder såsom lågaffektivt bemötande, alternativ och kompletterande kommunikation mm. Den vårdnära servicen fyller därmed inte någon funktion inom funktionsnedsättningsområdet, då arbetssättet motverkar det grundläggande syftet med insatserna för de individer som omfattas av Lagen om särskild service (LSS) eller Socialtjänstlagen (SoL) gällande personer med psykisk ohälsa. Nämnden föreslås återkomma i frågan om eventuellt införande av vårdnära service inom annan verksamhet än särskilda boenden för äldre.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

att godkänna "Utredning av förutsättningar att införa vårdnära service inom verksamhetsområde Funktionsnedsättning", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-06.

att inte införa en motsvarighet till vårdnära service inom funktionsnedsättningsområdet

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2021-04-13

Beslut till:

Division Social omsorg

UTREDNING AV FÖRUTSÄTTNINGAR ATT INFÖRA VÅRDNÄRA SERVICE INOM VERKSAMHETSOMRÅDE FUNKTIONSNEDSÄTTNING



Innehållsförteckning

Bakgrund3

Syfte3

Rapport.....3

Bakgrund

Kommunfullmäktige gav för Vård- och omsorgsnämnden och Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden inför 2020 i gemensamt uppdrag att ta fram ett förslag kring införande av vårdnära service på särskilda boenden för äldre. Direktivet löd: "Vi behöver skapa personalgrupper med olika specialiteter. Den vårdnära servicen ansvarar för serviceinsatser, såsom städ och måltider, medan omvårdnadspersonalen fullt ut kan ägna sig åt omvårdnaden. Detta gagnar både de boende och personalen, samtidigt som det får en positiv effekt på kommunens ekonomi. Dessutom underlättas kompetensförsörjningen av ett införande av vårdnära service. DSO driver uppdragsarbetet i samverkan med Campus och Arbetsmarknadsenheten."

Enligt beslutsunderlaget ska den nya personalkategorin, serviceassistenter, ansvara för lokalvård, kök, tvätt och vara ett stöd vid måltiderna. Enligt funktionsbeskrivningen, ska serviceassistenter bland annat gilla service, lagarbete, ha ett positivt förhållningssätt samt behärska svenska språket.

Denna rapport belyser förutsättningar för att, inom funktionshinderområdet, implementera motsvarande det arbete som VON och KAN genomför på särskilda boenden för äldre gällande vårdnära service.

Syftet med vårdnära service inom området funktionsnedsättning är att hjälpa personer som står långt ifrån arbetsmarknaden till ett arbete och en egen försörjning genom att erbjuda platser inom verksamhetsområdet. Genom renodling av olika yrkesroller skulle dessa personer gå in och utföra serviceinsatser såsom städ och måltider.

Syfte

Syftet med denna rapport är att belysa förutsättningar för att implementera vårdnära service inom verksamhetsområdet funktionsnedsättning.

Rapport

Det övergripande målet med verksamheterna inom området funktionsnedsättning utifrån lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) och Socialtjänstlagen (SoL) är att de som omfattas ska kunna leva som alla andra i samhället.

Insatserna som ingår i uppdraget är stöd och hjälp till individers självständighet och delaktighet, vilka bygger på FN:s rättighetskonventioner. Verksamheten ska arbeta med att se till att insatserna följer de grundläggande principerna om individens rätt till självbestämmande, inflytande, tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet och helhetssyn . För att säkerställa en god kvalitet gällande stöd, service och omvårdnad utifrån den enskildes behov och förutsättningar i centrum grundar sig allt stöd i ett pedagogiskt förhållnings- och arbetssätt.

Delaktighet, självbestämmande och egen makt

Själva syftet med insatserna inom området funktionsnedsättning är att individerna själva ska lära sig eller att genom återhämtning från psykisk ohälsa klara av att hantera sitt vardagliga liv med allt det innefattar. Detta ställer höga krav på verksamheten .

Självbestämmande och kontroll i kombination med kontinuitet och förutsägbarhet är viktigt för den enskilde. Den enskildes sammanhang har betydelse för välbefinnandet, som till exempel boende, sysselsättning/arbete, socialt sammanhang, delaktighet och inkludering i samhället.

Den enskildes inflytande och delaktighet kan och behöver stärkas genom olika pedagogiska metoder och arbetssätt. Pedagogiska förhållnings- och arbetssätt handlar om hur personalen ger stöd för att skapa förutsättningar för den enskildes självständighet och möjlighet att leva som andra.

För den enskilde individen med en intellektuell eller psykisk funktionsnedsättning kan det vara av särskild vikt att antalet kontakter i den närmaste miljön anpassas utifrån personens förmåga. De i medarbetargruppen kring brukaren räknas in i antalet sociala kontakter för den enskilde. Många har också ofta svårigheter att kommunicera, knyta sociala relationer och förstå och förutsäga andras reaktioner och uttalade meningar.

Kommunikation och kommunikativt stöd

Möjlighet till kommunikation är ett grundläggande mänskligt behov och även en förutsättning för delaktighet, social gemenskap samt makt över sitt liv.

I en kommunikativ miljö förutsätts omgivningen vara lyhörd för den enskildes behov för att skapa förutsättningar för delaktighet och självbestämmande.

Vilket kommunikativt stöd den enskilde har behov av beror på dennes förutsättningar och/eller förmågor men även på hinder och begränsningar i omgivningen.

Brukarundersökningen som genomfördes 2020 inom området funktionsnedsättning visar på utvecklingsområden där verksamheten måste arbeta vidare inom områdena trygghet för brukare samt kommunikation. Dessa två kräver personal som är delaktiga i brukarens vardag fullt ut.

Hälsa och livsstil

Den enskilde ges bästa möjliga förutsättningar för god fysisk och psykisk hälsa när hen ses utifrån en helhetssyn, där både fysisk och psykisk hälsa samt känsla av sammanhang (KASAM) beaktas.

I verksamheter inom funktionsnedsättning måste det också alltid tas med i beräkningen att insatserna sker i brukarens egna hemmiljö och att vi respekterar den enskildes självbestämmande och integritet. Detta kräver att medarbetarna är medvetna om den maktobalans som naturligt föreligger i arbetet.

Verksamheternas pedagogiska förhållnings- och arbetssätt grundar sig på evidensbaserad praktik där man måste göra en sammanvägning av brukarens situation, erfarenheter och önskemål.

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOFFS 2002:9) tydliggörs meningen med omvårdnad inom området funktionsnedsättning. Exempel på individanpassade insatser som skall tillgodose brukarens psykiska, fysiska och sociala behov är till exempel:

- Tillreda måltider, äta och dricka
- Sköta sitt hem
- Skapa en trygg omgivning genom begriplighet och förutsägbarhet

Dessa insatser skall ges på ett sådan sätt att de stärker den enskildes tilltro till sin egen förmåga, anpassas kontinuerligt efter rådande omständigheter så att den svarar mot brukarens aktuella situation och noggrant planeras, dokumenteras och följas upp.

Sammanfattning

Målet med insatserna inom området funktionsnedsättning är att de som omfattas ska kunna leva som alla andra i samhället.

Arbetsuppgifter som en serviceassistent har att göra inom äldreomsorgen handlar om uppgifter som personer inom funktionsnedsättning själva med stöd av medarbetare ska göra utifrån sina individuella förutsättningar. Att kunna stödja individer till ett så självständigt liv ställer stora krav på medarbetarnas kompetens gällande olika funktionsnedsättningar och pedagogiska arbetsmetoder såsom lågaffektivt bemötande, alternativ och kompletterande kommunikation osv.

Sammanfattningsvis så fyller inte yrkesrollen serviceassistent någon funktion inom området funktionsnedsättning då arbetssättet motverkar själva grundläggande syftet med insatserna för de individer som omfattas av Lagen om särskild service (LSS) eller Socialtjänstlagen (SoL) gällande personer med psykisk ohälsa.

VON § Utveckling av äldre- och demensboendet Rönnliden

Diarienummer: VON21/38

Bakgrund

Den demografiska utvecklingen med en kraftig ökning av antalet 80 år och äldre under de närmaste åren, gör att behovet av platser på äldre- och demensboenden ökar i motsvarande takt. Det är en utmaning för nämnden att säkerställa att kommunen har platser i tillräcklig utsträckning.

Som en första åtgärd finns nu möjlighet att utöka antalet platser på äldre- och demensboendet Rönnliden i Aspa från 17 till 31 platser, parallellt med att de befintliga platserna renoveras. Det är en satsning som ligger i linje med ambitionen i "Nyköpings kommuns serviceplan - Riktlinjer för utveckling av service på Nyköpings landsbygd", där vikten av att hela Nyköping växer hållbart slås fast.

Det är en satsning med många fördelar och positiva effekter. Driftsekonomiskt blir det en förbättring, då de övergripande kostnaderna inte ökar proportionellt med antalet platser. Mot bakgrund av Rönnlidens geografiska läge föreslås att boendet utvecklas utifrån temat djur och natur, vilket skulle bidra till en god livskvalitet för de boende.

Fastighetsägaren har presenterat en preliminär tidplan, vilken visar att renovering och tillbyggnad skulle kunna stå klart under sista kvartalet 2022, vilket stämmer bra överens med det prognostiserade behovet. Den tidplanen gäller under förutsättning att inget oförutsett inträffar, såsom att upphandlingen av byggherren överklagas. Ett genomförandeavtal mellan fastighetsägaren Dalhalls och Nyköpings kommun är nu under framtagande.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** genomföra utvecklingen av äldre- och demensboendet Rönnliden på det sätt som beskrivs i tjänsteskrivelse daterad 2021-03-11, under förutsättning av ett hållbart genomförandeavtal

- 2) **att** uppdra åt Division Social omsorg att till nämndens sammanträde 2021-09-02, arbeta fram ett förslag på hur en verksamhetsprofil för boendet med inriktning mot djur och natur skulle kunna förverkligas

Beslut till:

Kommunfastigheter

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Utveckling av äldre- och demensboendet Rönnliden

Bakgrund

Den demografiska utvecklingen med en kraftig ökning av antalet 80 år och äldre under de närmaste åren, gör att behovet av platser på äldre- och demensboenden ökar i motsvarande takt. Det är en utmaning för nämnden att säkerställa att kommunen har platser i tillräcklig utsträckning.

Som en första åtgärd finns nu möjlighet att utöka antalet platser på äldre- och demensboendet Rönnliden i Aspa från 17 till 31 platser, parallellt med att de befintliga platserna renoveras. Det är en satsning som ligger i linje med ambitionen i "Nyköpings kommuns serviceplan - Riktlinjer för utveckling av service på Nyköpings landsbygd", där vikten av att hela Nyköping växer hållbart slås fast.

Det är en satsning med många fördelar och positiva effekter. Driftsekonomiskt blir det en förbättring, då de övergripande kostnaderna inte ökar proportionellt med antalet platser. Mot bakgrund av Rönnlidens geografiska läge föreslås att boendet utvecklas utifrån temat djur och natur, vilket skulle bidra till en god livskvalitet för de boende.

Fastighetsägaren har presenterat en preliminär tidplan, vilken visar att renovering och tillbyggnad skulle kunna stå klart under sista kvartalet 2022, vilket stämmer bra överens med det prognostiserade behovet. Den tidplanen gäller under förutsättning att inget oförutsett inträffar, såsom att upphandlingen av bygghandläggare överklagas. Ett genomförandeavtal mellan fastighetsägaren Dalhalls och Nyköpings kommun är nu under framtagande.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** genomföra utvecklingen av äldre- och demensboendet Rönnliden på det sätt som beskrivs i tjänsteskrivelse daterad 2021-03-11, under förutsättning av ett hållbart genomförandeavtal
- 2) **att** uppdra åt Division Social omsorg att till nämndens sammanträde 2021-09-02, arbeta fram ett förslag på hur en verksamhetsprofil för boendet med inriktning mot djur och natur skulle kunna förverkligas

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2021-04-13

Beslut till:

Kommunfastigheter

Division Social omsorg

VON§ Behov av ytterligare ett särskilt boende för äldre

Diarienummer: VON21/38

Bakgrund

Den demografiska utvecklingen med en kraftig ökning av antalet 80 år och äldre under de närmaste åren, gör att behovet av platser på äldre- och demensboenden ökar i motsvarande takt. Det är en utmaning för nämnden att säkerställa att kommunen har platser i tillräcklig utsträckning.

Ambitionen är att arbeta alltmer hälsofrämjande och förebyggande för att på så sätt skjuta upp behovet av plats på särskilt boende. Det innebär en ökad livskvalitet för de äldre samtidigt som det ger en positiv effekt på kommunens ekonomi. Befolkningsutvecklingen innebär trots detta ett allt större behov av fler boendeplatser.

Idag förfogar kommunen över sammantaget 628 platser och befolkningsprognoser visar att ytterligare ett boende behöver stå klart runt halvårsskiftet 2026. Dessa prognoser har arbetats fram i samverkan mellan nämnden och Kommunfastigheter och behovet av ytterligare ett boende finns även upptaget i Lokalförsörjningsplanen. För att få en rimlig driftsekonomi bör boendet vara på cirka 100 platser. Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 13 (2021) om funktionsprogram för särskilda boenden för äldre, vilket ska ligga till grund för framtida byggnation.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

1) **att** föreslå Kommunstyrelsen besluta att initiera tillskapande av ytterligare ett särskilt boende för äldre som ska stå klart runt halvårsskiftet 2026.

Beslut till:

Kommunstyrelsen för beslut

Vård- och omsorgsnämnden

Behov av ytterligare ett särskilt boende för äldre

Bakgrund

Den demografiska utvecklingen med en kraftig ökning av antalet 80 år och äldre under de närmaste åren, gör att behovet av platser på äldre- och demensboenden ökar i motsvarande takt. Det är en utmaning för nämnden att säkerställa att kommunen har platser i tillräcklig utsträckning.

Ambitionen är att arbeta alltmer hälsofrämjande och förebyggande för att på så sätt skjuta upp behovet av plats på särskilt boende. Det innebär en ökad livskvalitet för de äldre samtidigt som det ger en positiv effekt på kommunens ekonomi. Befolkningsutvecklingen innebär trots detta ett allt större behov av fler boendeplatser.

Idag förfogar kommunen över sammantaget 628 platser och befolkningsprognoser visar att ytterligare ett boende behöver stå klart runt halvårsskiftet 2026. Dessa prognoser har arbetats fram i samverkan mellan nämnden och Kommunfastigheter och behovet av ytterligare ett boende finns även upptaget i Lokalförsörjningsplanen. För att få en rimlig driftsekonomi bör boendet vara på cirka 100 platser. Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 13 (2021) om funktionsprogram för särskilda boenden för äldre, vilket ska ligga till grund för framtida byggnation.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** föreslå Kommunstyrelsen besluta att initiera tillskapande av ytterligare ett särskilt boende för äldre som ska stå klart runt halvårsskiftet 2026.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

Beslut till:

Kommunstyrelsen för beslut

VON § Uppdrag - Omställning boendeplatser, funktions-hinderområdet

Diarienummer: VON21/39

Bakgrund

Det råder idag en brist på platser på grupp- och servicebostäder i Nyköping. Ett tjugotal personer står i kö, varav vissa har gjort så under lång tid. Dessutom är ett fyrtiotal externt placerade. Det behöver säkerställas rätt antal tillgängliga platser och rätt typ av plats efter de behov som finns, med utgångspunkt i att brukarna så långt det är möjligt ska ges omsorg inom kommunens egen verksamhet. Därför föreslås att Division Social omsorg (DSO) enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-17, ges i uppdrag att ta fram ett underlag för hur det ska genomföras.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** uppdra åt DSO att ta fram ett underlag för omställning av boendeplatser inom funktionshinderområdet i enlighet med bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-17.
- 2) **att** uppdraget ska avrapporteras till nämndsammanträdet 2021-09-02.

Beslut till:

Division Social omsorg

Kommunfastigheter

Vård- och omsorgsnämnden

Uppdrag - Omställning boendeplatser, funktionshinderområdet

Bakgrund

Det råder idag en brist på platser på grupp- och servicebostäder i Nyköping. Ett tjugotal personer står i kö, varav vissa har gjort så under lång tid. Dessutom är ett fyrtiotal externt placerade. Det behöver säkerställas rätt antal tillgängliga platser och rätt typ av plats efter de behov som finns, med utgångspunkt i att brukarna så långt det är möjligt ska ges omsorg inom kommunens egen verksamhet. Därför föreslås att Division Social omsorg (DSO) enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-17, ges i uppdrag att ta fram ett underlag för hur det ska genomföras.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** uppdra åt DSO att ta fram ett underlag för omställning av boendeplatser inom funktionshinderområdet i enlighet med bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-17.
- 2) **att** uppdraget ska avrapporteras till nämndsammanträdet 2021-09-02.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

Beslut till:

Division Social omsorg
Kommunfastigheter



Uppdrag - Omställning boendeplatser, funktionshinder-området

Det råder idag en brist på platser på grupp- och servicebostäder i Nyköping. Ett tjugotal personer står i kö, varav vissa har gjort så under lång tid. Dessutom är ett fyrtiotal externt placerade. Ofta är anledningen till den externa placeringen att det saknas platser på hemmaplan. Ibland är anledningen att det är bra för personen att inte vara i Nyköping eller att personens behov är av den art att den specifika kompetens som behövs saknas inom kommunen. Ambitionen är dock att de externa placeringar som är möjliga, ska flyttas till Nyköping och den kommunala driften. Detta skulle ge en positiv ekonomisk effekt, då externa placeringar ofta är mycket kostsamma. Dessutom skulle det inverka positivt på kvaliteten för brukarna.

Det behöver säkerställas rätt antal tillgängliga platser och rätt typ av plats efter de behov som finns. För att åstadkomma detta krävs ett gott förarbete kring såväl brukare som boenden. Därför bör Division Social omsorg (DSO) ges i uppdrag att göra ett sådant förarbete och ta fram ett underlag för hur omställningen ska genomföras. Följande behöver göras:

1. Räkna på driftsekonomi för samtliga befintliga boenden
2. Kartlägga hemtagningsmöjligheter
 - Vilka brukare är placerade bara p g a platsbrist, dvs skulle kunna tas hem om plats tillskapas?
 - Vilka kan tas hem under vissa förutsättningar? Specificera förutsättningarna.
 - Vilka måste fortsatt vara placerade?
3. Identifiera behovet av platser
 - Utgå från aktuell kö, kännedom om ungdomar i särskola och andra befolkningsprognoser samt kartläggningen kring hemtagning
4. Koppla ihop ovanstående med möjliga tidplaner för tillskapande av nya platser i form av till- eller nybyggnation.

Uppdraget är angeläget, men bör samtidigt ges rimlig tid att genomföra. Slutredovisning föreslås till nämndsammanträdet 2021-09-02.

VON§ Uppdrag, Anhörigstöd

Diarienummer: VON21/40

Bakgrund

Den länsgemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) fastställde 2017 en Länsgemensam strategi i samverkan för stöd till anhöriga. I denna fanns ett antal aktiviteter som låg på respektive huvudman att genomföra och säkerställa. Bland annat skulle kommunen ta fram en hand-lingsplan, vilket gjorts av samtliga utförare inom äldreomsorgen. Se §§ 33 och 88, 2019.

Anhöriga är en mycket viktig resurs i den samlade omsorgen om såväl äldre som funktionsnedsatta och kommunen har i uppgift att ge de anhöriga bästa möjliga stöd i det åtagandet. Vi har idag ett bra anhörigstöd, men det behöver förstärkas, förtydligas och utvecklas. Därför bör Division Social omsorg (DSO) ges i uppdrag att göra ett fördjupat arbete kring anhörigstöd inför en sådan förändring, på det sätt som beskrivs i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-18.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

1) **att** uppdra åt DSO att göra ett fördjupat arbete kring anhörigstöd på det sätt som beskrivs i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-18.

2) **att** uppdraget ska delrapporteras till nämndsammanträdet 2021-10-14 och sedan slutrapporteras till nämndsammanträdet 2021-12-02.

Beslut till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Uppdrag, Anhörigstöd

Bakgrund

Den länsgemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) fastställde 2017 en Länsgemensam strategi i samverkan för stöd till anhöriga. I denna fanns ett antal aktiviteter som låg på respektive huvudman att genomföra och säkerställa. Bland annat skulle kommunen ta fram en handlingsplan, vilket gjorts av samtliga utförare inom äldreomsorgen. Se §§ 33 och 88, 2019.

Anhöriga är en mycket viktig resurs i den samlade omsorgen om såväl äldre som funktionsnedsatta och kommunen har i uppgift att ge de anhöriga bästa möjliga stöd i det åtagandet. Vi har idag ett bra anhörigstöd, men det behöver förstärkas, förtydligas och utvecklas. Därför bör Division Social omsorg (DSO) ges i uppdrag att göra ett fördjupat arbete kring anhörigstöd inför en sådan förändring, på det sätt som beskrivs i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-18.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** uppdra åt DSO att göra ett fördjupat arbete kring anhörigstöd på det sätt som beskrivs i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-18.
- 2) **att** uppdraget ska delrapporteras till nämndsammanträdet 2021-10-14 och sedan slutrapporteras till nämndsammanträdet 2021-12-02.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

Beslut till:

Division Social omsorg

Prövning av barnets bästa inför uppdrag om ett utvecklat och stärkt anhörigstöd

Beskrivning av ärendet med utgångspunkt i barnets bäst

Vård- och omsorgsnämnden ger Division Social omsorg (DSO) i uppdrag att göra ett fördjupat arbete inför en utveckling och förstärkning av anhörigstödet. Anledningen är det faktum att anhöriga är en viktig resurs i den samlade omsorgen om såväl äldre som funktionsnedsatta och att kommunen därför har i uppgift att ge de anhöriga bästa möjliga stöd i det åtagandet. Inom funktionshinderområdet finns brukare som själva är barn och de är då förstås direkt berörda av ärendet. Andra brukare inom funktionshinderområdet är själva föräldrar och även då berörs barn.

Relevanta faktorer för att beakta barnets rättigheter

Enligt Barnkonventionen, artikel 23, har ett barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning rätt till ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar tilltron till den egna förmågan och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhället. Barnet har också rätt till särskild omvårdnad och barnet och de som ansvarar för dess omvårdnad ska få stöd i enlighet med vad som är lämpligt med hänsyn till barnets tillstånd och föräldrarnas förhållanden eller förhållandena hos andra som tar hand om barnet.

Enligt artikel 5 ska man respektera det ansvar och de rättigheter och skyldigheter som tillkommer föräldrar eller vårdnadshavare, att på ett sätt som står i överensstämmelse med den fortlöpande utvecklingen av barnets förmåga ge lämplig ledning och råd då barnet utövar de rättigheter som erkänns i barnkonventionen.

Slutsats

Att ge ett uppdrag som ska leda till ett utvecklat och förstärkt anhörigstöd gagnar barnens rätt både som anhörig och som brukare.



Uppdrag, Anhörigstöd

Bakgrund

Den länsgemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) fastställde 2017 en Länsgemensam strategi i samverkan för stöd till anhöriga. I denna fanns ett antal aktiviteter som låg på respektive huvudman att genomföra och säkerställa. Bland annat skulle kommunen ta fram en handlingsplan. Såväl Division Social omsorg (DSO) som de privata utförarna har tagit fram handlingsplaner efter beslut i Vård- och omsorgsnämnden (§33 och §88, 2019). DSO:s handlingsplan handlar bland annat om att sprida kunskap om anhörigperspektivet bland medarbetare, att samtliga verksamheter ska ha ett anhörigombud och att rutiner ska tas fram. I december 2021 ska en slutlig redovisning göras över vilka effekter de genomförda handlingsplanerna gett.

Vård- och omsorgsnämnden sätter stor vikt vid ett bra anhörigstöd, då anhöriga är en mycket viktig resurs i den samlade omsorgen om såväl äldre som funktionsnedsatta. Kommunen har då en angelägen uppgift i att ge de anhöriga bästa möjliga stöd i det åtagandet. Vi har idag ett bra anhörigstöd, men det behöver förstärkas, förtydligas och utvecklas. Därför bör DSO ges i uppdrag att göra ett fördjupat arbete kring anhörigstöd inför en sådan förändring.

Uppdrag

Det fördjupade arbetet behöver innehålla följande:

Kartläggning av nuläget

Vilka sammantagna resurser finns det idag som arbetar med direkt anhörigstöd till medborgare och/eller anhöriga till brukare med insats?

Omvärldsbevakning

Hur arbetar andra kommuner med detta? Finns goda exempel?

Analys av behovet

Vilka målgrupper finns och vad har dessa för behov?

Vem gör vad?

Hur skulle vi kunna organisera kommunens samlade anhörigstöd och vilken funktion ska göra vad?

Hur ska vi nå ut?

Vilken funktion ska göra vad för att vi ska nå ut på bästa sätt till dem vi behöver nå?

Utbildningsbehov?

Vilken utbildning behövs för att vi ska kunna professionalisera anhörigstödet?

Tidplan för utveckling

Hur ser en tänkbar tidplan ut för att etablera ett stärkt anhörigstöd?

Uppdraget är angeläget, men bör samtidigt ges rimlig tid att genomföra. En delrapportering föreslås till nämndsammanträdet 2021-10-14 och en slutrapportering till nämndsammanträdet 2021-12-02.

VON§ Ändring av ersättningsbeloppen inom LOV (Lagen om valfrihetssystem) i hemtjänsten från och med 2021-06-01

Diarienummer: VON21/24

Bakgrund

Ersättningsbeloppen inom LOV (Lagen om valfrihetssystem) i hemtjänsten är knutna till Omsorgsprisindex (OPI). Revidering sker varje år den 1 juni, då OPI för året brukar ha hunnit fastställas. OPI för 2021 är nu fastslaget till 1,5 %. Det innebär att ersättningsbeloppen från och med 2021-06-01 föreslås fastställas enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-02-26.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

1) **att** fastställa ersättningsbeloppen för hemtjänst inom LOV till privata utförare och den kommunala utföraren i enlighet med tabell i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-02-26

2) **att** ersättningsbeloppen gäller från och med 2021-06-01.

Beslut till:

Samtliga utförare inom LOV

Webb-redaktör Beställarkontoret, för publicering på hemsidan

Vård- och omsorgsnämnden

Ändring av ersättningsbeloppen inom LOV (Lagen om valfrihetssystem) i hemtjänsten från och med 2021-06-01

Bakgrund

Ersättningsbeloppen inom LOV (Lagen om valfrihetssystem) i hemtjänsten är knutna till Omsorgsprisindex (OPI). Revidering sker varje år den 1 juni, då OPI för året brukar ha hunnit fastställas. OPI för 2021 är nu fastslaget till 1,5 %. Det innebär att ersättningsbeloppen från och med 2021-06-01 föreslås fastställas enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-02-26.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** fastställa ersättningsbeloppen för hemtjänst inom LOV till privata utförare och den kommunala utföraren i enlighet med tabell i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-02-26
- 2) **att** ersättningsbeloppen gäller från och med 2021-06-01.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2021-04-13

Beslut till:

Samtliga utförare inom LOV

Webb-redaktör Beställarkontoret, för publicering på hemsidan

Ersättningsbelopp inom LOV (Lagen om valfrihetssystem) i hemtjänsten från och med 2021-06-01

2021 års Omsorgsprisindex (OPI) är fastslaget till 1,5 %. Därmed revideras ersättningen från och med 2021-06-01 enligt följande:

		Timersättning 2020-06-01 – 2021-05-31	Timersättning fr o m 2021-06-01
Kommunen	Tätort	433,14	439,63
	Landsbygd	547,05	555,26
Privat	Tätort	438,52	445,10
	Landsbygd	552,44	560,73

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

VON § Förlängning av avtal med Ansvar & omsorg gällande drift av äldre- och demensboendena S:t Anna, Riggargatan och Björkgården

Diarienummer: VON21/29

Bakgrund

Nuvarande avtal med Ansvar och omsorg gällande drift av äldre- och demensboendena S:t Anna, Riggargatan och Björkgården tecknades för tiden 2015-03-01 - 2020-02-28 med möjlighet till förlängning med 2 + 1 år, som längst till och med 2023-02-28. Enligt VON § 65 (2019) förlängdes avtalen med två år enligt option. Vård- och omsorgsnämnden föreslås nu förlänga de tre avtalen med det sista optionsåret. I övrigt gäller villkoren i huvudavtalet även fortsättningsvis. Önskemål om förlängning ska meddelas utföraren senast nio månader före avtalstidens utgång, vilket innebär 2021-05-31 denna gång.

Uppdraget att teckna avtal ligger hos Upphandlingsenheten.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

1) **att** förlänga avtalen med Ansvar och omsorg gällande drift av äldre- och demensboendena S:t Anna, Riggargatan och Björkgården med 1 år enligt option.

2) **att** uppdra åt upphandlingschef att teckna avtalen.

Beslut till:

Ansvar och omsorg Upphandlingsenheten

Vård- och omsorgsnämnden

Förlängning av avtal med Ansvar & omsorg gällande drift av äldre- och demensboendena S:t Anna, Riggargatan och Björkgården

Bakgrund

Nuvarande avtal med Ansvar och omsorg gällande drift av äldre- och demensboendena S:t Anna, Riggargatan och Björkgården tecknades för tiden 2015-03-01 - 2020-02-28 med möjlighet till förlängning med 2 + 1 år, som längst till och med 2023-02-28. Enligt VON § 65 (2019) förlängdes avtalen med två år enligt option. Vård- och omsorgsnämnden föreslås nu förlänga de tre avtalen med det sista optionsåret. I övrigt gäller villkoren i huvudavtalet även fortsättningsvis. Önskemål om förlängning ska meddelas utföraren senast nio månader före avtalstidens utgång, vilket innebär 2021-05-31 denna gång.

Uppdraget att teckna avtal ligger hos Upphandlingsenheten.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** förlänga avtalen med Ansvar och omsorg gällande drift av äldre- och demensboendena S:t Anna, Riggargatan och Björkgården med 1 år enligt option.
- 2) **att** uppdra åt upphandlingschef att teckna avtalen.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

Beslut till:

Ansvar och omsorg
Upphandlingsenheten

KONTRAKT

Drift av särskilt boende för äldre

S:t Anna

Mellan **Nyköpings kommun** (nedan kallad "Kommunen"), och **A & O Ansvar och Omsorg AB** (nedan kallad "Utföraren"), har följande kontrakt, (nedan kallat "Kontraktet"), träffats.

§ 1 Kontraktsparter

	Beställare:	Utförare:
Namn:	Nyköpings kommun	A & O Ansvar och Omsorg AB
Organisationsnummer:	212000-2940	556445-7207
Kontaktuppgifter:	611 83 Nyköping 0155-24 80 00 www.nykoping.se	Repslagaregatan 19 602 25 Norrköping www.ansvarochomsorg.se
Kontaktperson:	Solveig Ericsson-Kurg 0155-24 89 39 solveig.kurg@nykoping.se	Sakarias Mårdh 011-18 01 31 sm@ansvarochomsorg.se

§ 2 Kontraktsnummer

Kontraktets identitet är KK14/65, objekt S:t Anna.

§ 3 Kontraktsperiod

Kontrakt kommer att tecknas för tiden 2015-03-01 – 2020-02-28, med möjlighet för Nyköpings kommun att förlänga 2+1 år, som längst t o m 2023-02-28. Önskemål om förlängning av kontraktet ska meddelas skriftligen till Utföraren senast nio (9) månader före kontraktstidens utgång. I det fall förlängning av kontraktet inte påkallas upphör kontraktet automatiskt att gälla, utan att ytterligare skriftlig handling krävs.

En ömsesidig uppsägningstid om nio (9) månader gäller under optionsåren.

§ 4 Kontraktets omfattning

Kontraktet omfattar drift av det särskilda boendet för äldre S:t Anna.

Kontraktet omfattar efterfrågade och överenskomna tjänster i enlighet med förfrågningsunderlag inklusive bilagor daterat 2014-06-24 och anbud daterat 2014-09-03.

Om beställarens behov av platser förändras kan krav ställas på omställning av platser. En begäran om omställning ska alltid föregås av samråd med utföraren av lämpligheten i åtgärden och dess konsekvenser. En genomförd omställning medför rätt till omförhandling av ersättning för båda parter.

fm

§ 5 Handlingarnas inbördes ordning

Ändringar eller tillägg till detta Kontrakt kan endast göras genom en skriftlig handling, undertecknad av behörig företrädare för Kommunen och Utföraren.

Kontraktshandlingarna kompletterar varandra. Om kontraktshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheter uppenbarligen föranleder annat, i sinsemellan följande ordning.

1 Skriftliga ändringar och tillägg till detta Kontrakt

2 Detta Kontrakt

3 Förfrågningsunderlag upprättat av Kommunen

4 Avgivet anbud från Utföraren

Uppgifter i anbud som inte har efterfrågats i förfrågningsunderlaget gäller inte som kontraktsinnehåll såvida det inte finns skriftlig överenskommelse om att de ska gälla.

§ 6 Krav på utföraren respektive tjänsten

I enlighet med förfrågningsunderlag inklusive bilagor daterat 2014-06-24.

Utföraren har inte rätt att anlita underleverantör utan kommunens skriftliga medgivande. Utföraren ansvarar för att eventuell underleverantör uppfyller ställda krav på utföraren respektive tjänsten.

§ 7 Förfarande vid Kontraktets början och slut

Utföraren ska snarast efter Kontraktets ikraftträdande skaffa sig god lokalkännedom inom de områden där denne ska verka.

Efter upphörande av Kontraktet ska Utföraren, om Kommunen så önskar, i skälig omfattning medverka vid Kommunens efterföljande utvärdering av utfört uppdrag enligt Kontraktet samt lämna upplysningar om egna vunna erfarenheter av betydelse för verksamhetens fortsatta bedrivande.

Vid byte till ny utförare ska samtliga handlingar av betydelse avseende aktuell person inom upphandlingsobjektet överlämnas. Avser både SoL och HSL.

Utföraren ska överlämna samtliga handlingar till myndighetskontoret, omsorgsenheten hos Beställaren.

§ 8 Samråd och uppföljning

Kommunen och Utföraren ska vid gemensamma, formaliserade samordningsmöten, minst två (2) gånger per år, utvärdera och följa upp Kontraktets intentioner och verksamhetens utveckling. Kallelse till sådana möten åligger i första hand Kommunen att ombesörja.

Övrig uppföljning – se FFU avsnitt 5.16 och 6.6.

§ 9 Insyns rätt

Utföraren ska tillse att Kommunen medges erforderlig rätt till insyn i verksamheten rörande uppgifter och förhållanden, som är av betydelse för att kunna kontrollera att uppdraget genomförs på kontraktat sätt gentemot brukarna, samt att inte missförhållanden i något avseende föreligger. Handlingar och muntliga upplysningar samt personlig medverkan från

gm

adekvat personal från Utföraren, ska därvid i erforderlig omfattning kostnadsfritt tillhandahållas åt Kommunen.

§ 10 Allmänhetens rätt till insyn i verksamheten

Den kravspecifikation som arbetas fram i anledning av "Överenskommelsen om en etisk plattform för öppenhet om kvalitet, ekonomi och anställningsvillkor hos utförare inom vård och omsorg med offentlig finansiering" mellan Skl och ett antal arbetsgivarorganisationer inom Vård- och omsorg, ska gälla för detta kontrakt. Kravspecifikationen är i skrivande stund under framtagande. Fram till att den finns gäller nedanstående.

Utföraren är skyldig att utan oskäligt dröjsmål efter det att kommunen framställt begäran härom till kommunen inlämna sådan information som avses i 3 kap 19 a § kommunallagen (1991:900). Sådan begäran ska i normalfallet vara skriftlig.

Information ska göra det möjligt för allmänheten att få insyn i hur angelägenheterna utförs.

Informationen ska lämnas i skriftlig form. Det åligger beställaren att i sin begäran precisera vilken information som efterfrågas. Utföraren är inte skyldig att lämna information om utlämnandet inte kan ske utan väsentlig praktisk olägenhet, om utlämnandet strider mot lag eller annan författning eller om uppgifterna kommer att omfattas av sekretess hos kommunen.

Information som lämnats till kommunen enligt första stycket ska ej anses utgöra företagshemligheter enligt lagen (1990:409) om skydd för företagshemligheter.

Denna bestämmelse har ingen verkan på räckvidden av övriga bestämmelser i förfrågningsunderlaget.

Utföraren är skyldig att utan oskäligt dröjsmål efter det att Kommunen framställt begäran härom, till Kommunen lämna sådan information som avses i 3 kap. 19a § kommunallagen (1991:900). Sådan begäran ska i normalfallet vara skriftlig. Informationen ska göra det möjligt för allmänheten att få insyn i hur angelägenheten utförs.

Informationen ska – om inte annat kontraktats – lämnas i skriftlig form. Det åligger Kommunen att 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 Kommunen.

Information som lämnats till Kommunen enligt första stycket ska ej anses utgöra företagshemligheter enligt lagen (1990:409) om skydd för företagshemligheter. Denna bestämmelse har ingen verkan på räckvidden av övriga bestämmelser i förfrågningsunderlag och kontrakt.

§ 11 Kvalitetssäkring

Utföraren ska följa det kvalitetssäkringsarbete som redovisats i anbudet. Rutiner för kvalitetskontroll ska upprättas mellan Kommunen och Utföraren.

§ 12 Miljö

Utföraren ska under kontraktperioden samverka med Kommunen för att söka minska den totala miljöbelastningen till följd genomförande av den kontraktade verksamheten. Detta ska

gm -

ske genom de åtgärder, som redovisats i anbud, och/eller de åtgärder som kan bli aktuella under kontraktperioden genom Beställarens beslut eller lagstiftning.

§ 13 Tillstånd från myndigheter

Utföraren ska ha erforderliga tillstånd för verksamhetens bedrivande.

§ 14 Försäkringar

Utföraren ska för kontraktperioden teckna och vidmakthålla ansvarsförsäkring samt egendomsförsäkring (avseende egendom som inte omfattas av den boendes, hyresvärdens eller beställarens försäkring). Försäkringsbeloppet ska vara minst 10.000.000 SEK per skada och självriskén får uppgå till högst 50 000 SEK.

Bevis på betald försäkring ska lämnas till beställaren före kontraktstecknande.

I alla försäkringar som tecknas för entreprenaden ska beställaren vara medförsäkrad.

§ 15 Personuppgiftsansvarig

Kommunen är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som Utföraren behandlar för kommunens räkning.

Särskilt Personuppgiftsbiträdeskontrakt ska upprättas.

§ 16 Omvårdnadsavgifter

Kommunen administrerar avgift från brukaren för måltider, vård och omsorg enligt den av kommunen fastställda avgiftstaxan.

§ 17 Ersättning

Äldreboendeplats	451 140 SEK/ år
Demensplats	510 270 SEK/år
varav kostnad för måltider	36 865 SEK/år
Årskostnad (30 + 30 platser)	28 842 300 SEK/år

§ 18 Justering av ersättning (indexklausul)

Ersättningen ska vara fast från tidpunkten för kontraktets tecknande till 2015-12-31. Från 2016-01-01 justeras ersättningen årsvis med omsorgsprisindex (OPI) som publiceras av Sveriges Kommuner och Landsting.

Helärsersättningen (baserad på avgivet anbudspris) år 2015 räknas om med det fastställda procenttalet för år 2016 enligt formeln:

$$A \times (p/100) = B$$

Där A är helärsersättningen år 2015, p är det fastställda procenttalet för år 2016 och B är helärsersättningen 2016.

Om definitiv omräkningsfaktor finns publicerad ska den användas.

gm.

Om endast en preliminär omräkningsfaktor finns publicerad ska denna användas fram till dess att en definitiv omräkningsfaktor publiceras. En retroaktiv avräkning ska göras av skillnaden mellan den preliminära och den definitiva omräkningsfaktorn så snart detta är möjligt.

Om kontraktet löper ut under året ska omräkningsfaktorn ur särskild tabell för användande under slutåret användas.

Om kontraktet innehåller en förlängningsoption och denna förlängningsoption träder i kraft, ska ersättningen under året i sin helhet uppräknas enligt omräkningsfaktorn för helåret.

Om SKL:s publicering av OPI upphör ska indexklausulen omförhandlas.

§ 19 Betalningsvillkor

Ersättning utgår månadsvis med 1/12 av årsbeloppet. Justering av månadsersättning kan komma att ske om t ex tomhyror uppstår av anledning som utföraren kan påverka.

Om lägenhet står tom mer än 15 dagar debiteras utföraren för äldreboendeplats 0,4*aktuellt dygnspris respektive för demensboendeplats 0,45*aktuellt dygnspris för varje dygn som lägenheten står tom fram till att ny boende flyttat in.

§ 20 Fakturering

Betalning sker senast trettio (30) dagar efter mottagen korrekt faktura. Vid felaktigheter returneras fakturan utan åtgärd för rättelse efter kontakt med Utföraren.

Fakturan ska innehålla uppgift om;

- Kommunens namn, enhet
- Kommunens referensnummer **NK27**
- Företagets namn
- Företagets organisationsnummer
- Registreringsnummer för F-skatt och mervärdesskatt

§ 21 Faktureringsadress

Nyköpings kommun
Fakturaskanning
Box 22
611 22 Nyköping

§ 22 Faktureringsavgifter

Fakturerings-, expeditions- eller andra typer av administrativa avgifter utgår ej.

§ 23 Dröjsmålsränta

Vid försenad betalning utgår dröjsmålsränta enligt räntelagens (1975:635) bestämmelser. Dröjsmålsränta understigande 300 kronor får ej faktureras.

§ 24 Överlåtelse av fordran

Utföraren äger ej rätt att överlåta fordran på Kommunen till faktureringsbolag eller liknande, utan Kommunens skriftliga medgivande.

§ 25 Elektroniska rutiner

Kommunen arbetar med att införa elektroniska beställnings- och faktureringsrutiner samt rapportering av statistik. Utföraren ska under kontraktstiden medverka vid och vara beredd att genomföra lämpliga elektroniska rutiner. Utföraren ska acceptera att kommunen från tid till annan gör förändringar i den tekniska lösningen och därefter anpassa sig till denna.

§ 26 Fel och brister

Om Utföraren inte fullgör sina åtaganden eller missköter uppdraget enligt Kontraktet, och efter skriftlig anmodan inte inom 10 dagar vidtar rättelse, får Kommunen antingen avhjälpa bristen på Utförarens bekostnad eller göra avdrag på ersättningen.

§ 27 Uppsägning och skadestånd

Om Utföraren missköter uppdraget enligt Kontraktet och inte vidtar rättelse trots att Kommunen två (2) gånger, med minst en (1) månads mellanrum, skickat en skriftlig varning till Utföraren, ska Utföraren anses ha åsidosatt sina förpliktelser enligt Kontraktet varvid Kommunen har rätt att säga upp Kontraktet med omedelbar verkan.

Vid allvarliga missförhållanden eller oegentligheter äger Kommunen rätt att säga upp kontraktet med omedelbar verkan utan föregående varningar.

Rätt till uppsägning föreligger dessutom om Utföraren försätts i konkurs eller befinnes vara på sådant obestånd att denne inte förväntas kunna fullgöra sina åtaganden enligt Kontraktet.

Om det under kontraktstiden uppdagas att Utföraren i väsentligt hänseende eller vid upprepade tillfällen underlåtit att inbetala förfallen skatt eller arbetsgivaravgift eller i övrigt inte lever upp till legala bestämmelser, är detta att anse som sådant kontraktsbrott, som medför uppsägningsrätt för Kommunen om Utföraren inte vidtar rättelse efter skriftlig erinran till företrädare för Utföraren. Uppsägningsrätt föreligger dock inte om dröjsmålet är föranlett av tvist med skattemyndigheten beträffande skattens eller avgiftens storlek eller om det finns annan godtagbar förklaring till det inträffade.

Om Kommunen ägt rätt att säga upp Kontraktet ska Utföraren utge fullt skadestånd för den skada, som Kommunen åsamkas därav, dock alltid ett belopp om minst två hundra tusen (200 000) SEK.

§ 28 Överlåtelse av Kontrakt

Utförarens skyldigheter och rättigheter avseende uppdraget enligt detta Kontrakt får inte utan Kommunens skriftliga medgivande överlåtas på annan.

Byte av företagsnamn, organisationsnummer eller företagsform ska alltid anmälas till Kommunen.

§ 29 Force majeure

Force majeure såsom krig, omfattande arbetskonflikt, blockad, eldsvåda, miljökatastrof, allvarlig smittspridning eller annan omständighet, som part inte råder över och som förhindrar part att fullgöra sina kontraktsenliga skyldigheter, befriar sådan part från fullgörelse av berörd

sm

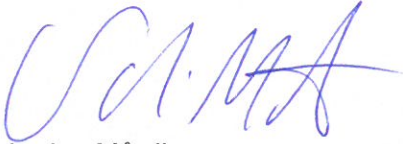
förpliktelse. Arbetskonflikt, som har sin grund i parts brott mot kollektivkontrakt, får inte åberopas som befrielsegrund. Motparten ska omedelbart underrättas om det föreligger omständighet, som kan föranleda tillämpning av denna bestämmelse.

§ 30 Tvist

Tvist mellan parterna ska i första hand lösas genom förhandling mellan parterna och om inte enighet uppnås avgöras av svensk domstol med tillämning av svensk rätt på Kommunens hemort (Nyköpings kommun). Utföraren får inte avbryta eller uppskjuta fullgörande av åtagande enligt detta Kontrakt under åberopande av att tvisteförfarande påkallats eller pågår.

§ 31 Kontraktsexemplar

Detta Kontrakt har upprättats i två likalydande exemplar, av vilka parterna har tagit var sitt.

Nyköping 2014-11-07	2014-11-12
För Kommunen	För Utföraren
Nyköpings kommun  Stefan Kindeborg Upphandlingschef	A & O Ansvar och Omsorg AB  Sakarias Mårdh VD

KONTRAKT

Drift av särskilt boende för äldre

Riggargatan

Mellan **Nyköpings kommun** (nedan kallad "Kommunen"), och **A & O Ansvar och Omsorg AB** (nedan kallad "Utföraren"), har följande kontrakt, (nedan kallat "Kontraktet"), träffats.

§ 1 Kontraktparter

	Beställare:	Utförare:
Namn:	Nyköpings kommun	A & O Ansvar och Omsorg AB
Organisationsnummer:	212000-2940	556445-7207
Kontaktuppgifter:	611 83 Nyköping 0155-24 80 00 www.nykoping.se	Repslagaregatan 19 602 25 Norrköping www.ansvarochomsorg.se
Kontaktperson:	Solveig Ericsson-Kurg 0155-24 89 39 solveig.kurg@nykoping.se	Sakarias Mårdh 011-18 01 31 sm@ansvarochomsorg.se

§ 2 Kontraktsnummer

Kontraktets identitet är KK14/65, objekt Riggargatan.

§ 3 Kontraktsperiod

Kontrakt kommer att tecknas för tiden 2015-03-01 – 2020-02-28, med möjlighet för Nyköpings kommun att förlänga 2+1 år, som längst t o m 2023-02-28. Önskemål om förlängning av kontraktet ska meddelas skriftligen till Utföraren senast nio (9) månader före kontraktstidens utgång. I det fall förlängning av kontraktet inte påkallas upphör kontraktet automatiskt att gälla, utan att ytterligare skriftlig handling krävs.

En ömsesidig uppsägningstid om nio (9) månader gäller under optionsåren.

§ 4 Kontraktets omfattning

Kontraktet omfattar drift av det särskilda boendet för äldre Riggargatan.

Kontraktet omfattar efterfrågade och överenskomna tjänster i enlighet med förfrågningsunderlag inklusive bilagor daterat 2014-06-24 och anbud daterat 2014-09-03.

Om beställarens behov av platser förändras kan krav ställas på omställning av platser. En begäran om omställning ska alltid föregås av samråd med utföraren av lämpligheten i åtgärden och dess konsekvenser. En genomförd omställning medför rätt till omförhandling av ersättning för båda parter.

fm.

§ 5 Handlingarnas inbördes ordning

Ändringar eller tillägg till detta Kontrakt kan endast göras genom en skriftlig handling, undertecknad av behörig företrädare för Kommunen och Utföraren.

Kontraktshandlingarna kompletterar varandra. Om kontraktshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheter uppenbarligen föranleder annat, i sinsemellan följande ordning.

1 Skriftliga ändringar och tillägg till detta Kontrakt

2 Detta Kontrakt

3 Förfrågningsunderlag upprättat av Kommunen

4 Avgivet anbud från Utföraren

Uppgifter i anbud som inte har efterfrågats i förfrågningsunderlaget gäller inte som kontraktsinnehåll såvida det inte finns skriftlig överenskommelse om att de ska gälla.

§ 6 Krav på utföraren respektive tjänsten

I enlighet med förfrågningsunderlag inklusive bilagor daterat 2014-06-24.

Utföraren har inte rätt att anlita underleverantör utan kommunens skriftliga medgivande. Utföraren ansvarar för att eventuell underleverantör uppfyller ställda krav på utföraren respektive tjänsten.

§ 7 Förfarande vid Kontraktets början och slut

Utföraren ska snarast efter Kontraktets ikraftträdande skaffa sig god lokalkännedom inom de områden där denne ska verka.

Efter upphörande av Kontraktet ska Utföraren, om Kommunen så önskar, i skälig omfattning medverka vid Kommunens efterföljande utvärdering av utfört uppdrag enligt Kontraktet samt lämna upplysningar om egna vunna erfarenheter av betydelse för verksamhetens fortsatta bedrivande.

Vid byte till ny utförare ska samtliga handlingar av betydelse avseende aktuell person inom upphandlingsobjektet överlämnas. Avser både SoL och HSL.

Utföraren ska överlämna samtliga handlingar till myndighetskontoret, omsorgsenheten hos Beställaren.

§ 8 Samråd och uppföljning

Kommunen och Utföraren ska vid gemensamma, formaliserade samordningsmöten, minst två (2) gånger per år, utvärdera och följa upp Kontraktets intentioner och verksamhetens utveckling. Kallelse till sådana möten åligger i första hand Kommunen att ombesörja.

Övrig uppföljning – se FFU avsnitt 5.16 och 6.6.

§ 9 Insyns rätt

Utföraren ska tillse att Kommunen medges erforderlig rätt till insyn i verksamheten rörande uppgifter och förhållanden, som är av betydelse för att kunna kontrollera att uppdraget genomförs på kontraktat sätt gentemot brukarna, samt att inte missförhållanden i något avseende föreligger. Handlingar och muntliga upplysningar samt personlig medverkan från

fm

adekvat personal från Utföraren, ska därvid i erforderlig omfattning kostnadsfritt tillhandahållas åt Kommunen.

§ 10 Allmänhetens rätt till insyn i verksamheten

Den kravspecifikation som arbetas fram i anledning av "Överenskommelsen om en etisk plattform för öppenhet om kvalitet, ekonomi och anställningsvillkor hos utförare inom vård och omsorg med offentlig finansiering" mellan Skl och ett antal arbetsgivarorganisationer inom Vård- och omsorg, ska gälla för detta kontrakt. Kravspecifikationen är i skrivande stund under framtagande. Fram till att den finns gäller nedanstående.

Utföraren är skyldig att utan oskäligt dröjsmål efter det att kommunen framställt begäran härom till kommunen inlämna sådan information som avses i 3 kap 19 a § kommunallagen (1991:900). Sådan begäran ska i normalfallet vara skriftlig.

Information ska göra det möjligt för allmänheten att få insyn i hur angelägenheterna utförs.

Informationen ska lämnas i skriftlig form. Det åligger beställaren att i sin begäran precisera vilken information som efterfrågas. Utföraren är inte skyldig att lämna information om utlämnandet inte kan ske utan väsentlig praktisk olägenhet, om utlämnandet strider mot lag eller annan författning eller om uppgifterna kommer att omfattas av sekretess hos kommunen.

Information som lämnats till kommunen enligt första stycket ska ej anses utgöra företagshemligheter enligt lagen (1990:409) om skydd för företagshemligheter.

Denna bestämmelse har ingen verkan på räckvidden av övriga bestämmelser i förfrågningsunderlaget.

Utföraren är skyldig att utan oskäligt dröjsmål efter det att Kommunen framställt begäran härom, till Kommunen lämna sådan information som avses i 3 kap. 19a § kommunallagen (1991:900). Sådan begäran ska i normalfallet vara skriftlig. Informationen ska göra det möjligt för allmänheten att få insyn i hur angelägenheten utförs.

Informationen ska – om inte annat kontraktats – lämnas i skriftlig form. Det åligger Kommunen att 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 Kommunen.

Information som lämnats till Kommunen enligt första stycket ska ej anses utgöra företagshemligheter enligt lagen (1990:409) om skydd för företagshemligheter. Denna bestämmelse har ingen verkan på räckvidden av övriga bestämmelser i förfrågningsunderlag och kontrakt.

§ 11 Kvalitetssäkring

Utföraren ska följa det kvalitetssäkringsarbete som redovisats i anbudet. Rutiner för kvalitetskontroll ska upprättas mellan Kommunen och Utföraren.

§ 12 Miljö

Utföraren ska under kontraktperioden samverka med Kommunen för att söka minska den totala miljöbelastningen till följd genomförande av den kontraktade verksamheten. Detta ska

gm.

ske genom de åtgärder, som redovisats i anbud, och/eller de åtgärder som kan bli aktuella under kontraktperioden genom Beställarens beslut eller lagstiftning.

§ 13 Tillstånd från myndigheter

Utföraren ska ha erforderliga tillstånd för verksamhetens bedrivande.

§ 14 Försäkringar

Utföraren ska för kontraktperioden teckna och vidmakthålla ansvarsförsäkring samt egendomsförsäkring (avseende egendom som inte omfattas av den boendes, hyresvärdens eller beställarens försäkring). Försäkringsbeloppet ska vara minst 10.000.000 SEK per skada och självrisken får uppgå till högst 50 000 SEK.

Bevis på betald försäkring ska lämnas till beställaren före kontraktstecknande.

I alla försäkringar som tecknas för entreprenaden ska beställaren vara medförsäkrad.

§ 15 Personuppgiftsansvarig

Kommunen är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som Utföraren behandlar för kommunens räkning.

Särskilt Personuppgiftsbiträdeskontrakt ska upprättas.

§ 16 Omvårdnadsavgifter

Kommunen administrerar avgift från brukaren för måltider, vård och omsorg enligt den av kommunen fastställda avgiftstaxan.

§ 17 Ersättning

Äldreboendeplats	438 730 SEK/år
varav kostnad för måltider	35 405 SEK/år
Årskostnad (48 platser)	21 059 040 SEK/år

§ 18 Justering av ersättning (indexklausul)

Ersättningen ska vara fast från tidpunkten för kontraktets tecknande till 2015-12-31. Från 2016-01-01 justeras ersättningen årsvis med omsorgsprisindex (OPI) som publiceras av Sveriges Kommuner och Landsting.

Helärsersättningen (baserad på avgivet anbudspris) år 2015 räknas om med det fastställda procenttalet för år 2016 enligt formeln:

$$A \times (p/100) = B$$

Där A är helärsersättningen år 2015, p är det fastställda procenttalet för år 2016 och B är helärsersättningen 2016.

Om definitiv omräkningsfaktor finns publicerad ska den användas.

Om endast en preliminär omräkningsfaktor finns publicerad ska denna användas fram till dess att en definitiv omräkningsfaktor publiceras. En retroaktiv avräkning ska göras av

skillnaden mellan den preliminära och den definitiva omräkningsfaktorn så snart detta är möjligt.

Om kontraktet löper ut under året ska omräkningsfaktorn ur särskild tabell för användande under slutåret användas.

Om kontraktet innehåller en förlängningsoption och denna förlängningsoption träder i kraft, ska ersättningen under året i sin helhet uppräknas enligt omräkningsfaktorn för helåret.

Om SKL:s publicering av OPI upphör ska indexklausulen omförhandlas.

§ 19 Betalningsvillkor

Ersättning utgår månadsvis med 1/12 av årsbeloppet. Justering av månadsersättning kan komma att ske om t ex tomhyror uppstår av anledning som utföraren kan påverka.

Om lägenhet står tom mer än 15 dagar debiteras utföraren för äldreboendeplats 0,4*aktuellt dygnspris respektive för demensboendeplats 0,45*aktuellt dygnspris för varje dygn som lägenheten står tom fram till att ny boende flyttat in.

§ 20 Fakturering

Betalning sker senast trettio (30) dagar efter mottagen korrekt faktura. Vid felaktigheter returneras fakturan utan åtgärd för rättelse efter kontakt med Utföraren.

Fakturan ska innehålla uppgift om;

- Kommunens namn, enhet
- Kommunens referensnummer **NK27**
- Företagets namn
- Företagets organisationsnummer
- Registreringsnummer för F-skatt och mervärdesskatt

§ 21 Faktureringsadress

Nyköpings kommun
Fakturaskanning
Box 22
611 22 Nyköping

§ 22 Faktureringsavgifter

Fakturerings-, expeditions- eller andra typer av administrativa avgifter utgår ej.

§ 23 Dröjsmålsränta

Vid försenad betalning utgår dröjsmålsränta enligt räntelagens (1975:635) bestämmelser. Dröjsmålsränta understigande 300 kronor får ej faktureras.

§ 24 Överlåtelse av fordran

Utföraren äger ej rätt att överlåta fordran på Kommunen till faktureringsbolag eller liknande, utan Kommunens skriftliga medgivande.

gm

§ 25 Elektroniska rutiner

Kommunen arbetar med att införa elektroniska beställnings- och faktureringsrutiner samt rapportering av statistik. Utföraren ska under kontraktstiden medverka vid och vara beredd att genomföra lämpliga elektroniska rutiner. Utföraren ska acceptera att kommunen från tid till annan gör förändringar i den tekniska lösningen och därefter anpassa sig till denna.

§ 26 Fel och brister

Om Utföraren inte fullgör sina åtaganden eller missköter uppdraget enligt Kontraktet, och efter skriftlig anmodan inte inom 10 dagar vidtar rättelse, får Kommunen antingen avhjälpa bristen på Utförarens bekostnad eller göra avdrag på ersättningen.

§ 27 Uppsägning och skadestånd

Om Utföraren missköter uppdraget enligt Kontraktet och inte vidtar rättelse trots att Kommunen två (2) gånger, med minst en (1) månads mellanrum, skickat en skriftlig varning till Utföraren, ska Utföraren anses ha åsidosatt sina förpliktelser enligt Kontraktet varvid Kommunen har rätt att säga upp Kontraktet med omedelbar verkan.

Vid allvarliga missförhållanden eller oegentligheter äger Kommunen rätt att säga upp kontraktet med omedelbar verkan utan föregående varningar.

Rätt till uppsägning föreligger dessutom om Utföraren försätts i konkurs eller befinnes vara på sådant obestånd att denne inte förväntas kunna fullgöra sina åtaganden enligt Kontraktet.

Om det under kontraktstiden uppdragas att Utföraren i väsentligt hänseende eller vid upprepade tillfällen underlåtit att inbetala förfallen skatt eller arbetsgivaravgift eller i övrigt inte lever upp till legala bestämmelser, är detta att anse som sådant kontraktsbrott, som medför uppsägningsrätt för Kommunen om Utföraren inte vidtar rättelse efter skriftlig erinran till företrädare för Utföraren. Uppsägningsrätt föreligger dock inte om dröjsmålet är föranlett av tvist med skattemyndigheten beträffande skattens eller avgiftens storlek eller om det finns annan godtagbar förklaring till det inträffade.

Om Kommunen ägt rätt att säga upp Kontraktet ska Utföraren utge fullt skadestånd för den skada, som Kommunen åsamkas därav, dock alltid ett belopp om minst två hundra tusen (200 000) SEK.

§ 28 Överlåtelse av Kontrakt

Utförarens skyldigheter och rättigheter avseende uppdraget enligt detta Kontrakt får inte utan Kommunens skriftliga medgivande överlåtas på annan.

Byte av företagsnamn, organisationsnummer eller företagsform ska alltid anmälas till Kommunen.

§ 29 Force majeure

Force majeure såsom krig, omfattande arbetskonflikt, blockad, eldsvåda, miljökatastrof, allvarlig smittspridning eller annan omständighet, som part inte råder över och som förhindrar part att fullgöra sina kontraktsenliga skyldigheter, befriar sådan part från fullgörelse av berörd förpliktelse. Arbetskonflikt, som har sin grund i parts brott mot kollektivkontrakt, får inte åberopas som befrielsegrund. Motparten ska omedelbart underrättas om det föreligger omständighet, som kan föranleda tillämpning av denna bestämmelse.

fm

§ 30 Tvist

Tvist mellan parterna ska i första hand lösas genom förhandling mellan parterna och om inte enighet uppnås avgöras av svensk domstol med tillämning av svensk rätt på Kommunens hemort (Nyköpings kommun). Utföraren får inte avbryta eller uppskjuta fullgörande av åtagande enligt detta Kontrakt under åberopande av att tvisteförfarande påkallats eller pågår.

§ 31 Kontraktsexemplar

Detta Kontrakt har upprättats i två likalydande exemplar, av vilka parterna har tagit var sitt.

Nyköping 2014-11-07	2014-11- 12
För Kommunen	För Utföraren
Nyköpings kommun  Stefan Kindeborg Upphandlingschef	A & O Ansvar och Omsorg AB  Sakarias Mårdh VD

KONTRAKT

Drift av särskilt boende för äldre

Björkgården

Mellan **Nyköpings kommun** (nedan kallad "Kommunen"), och **A & O Ansvar och Omsorg AB** (nedan kallad "Utföraren"), har följande kontrakt, (nedan kallat "Kontraktet"), träffats.

§ 1 Kontraktparter

	Beställare:	Utförare:
Namn:	Nyköpings kommun	A & O Ansvar och Omsorg AB
Organisationsnummer:	212000-2940	556445-7207
Kontaktuppgifter:	611 83 Nyköping 0155-24 80 00 www.nykoping.se	Repslagaregatan 19 602 25 Norrköping www.ansvarochomsorg.se
Kontaktperson:	Solveig Ericsson-Kurg 0155-24 89 39 solveig.kurg@nykoping.se	Sakarias Mårdh 011-18 01 31 sm@ansvarochomsorg.se

§ 2 Kontraktsnummer

Kontraktets identitet är KK14/65, objekt Björkgården.

§ 3 Kontraktsperiod

Kontrakt kommer att tecknas för tiden 2015-03-01 – 2020-02-28, med möjlighet för Nyköpings kommun att förlänga 2+1 år, som längst t o m 2023-02-28. Önskemål om förlängning av kontraktet ska meddelas skriftligen till Utföraren senast nio (9) månader före kontraktstidens utgång. I det fall förlängning av kontraktet inte påkallas upphör kontraktet automatiskt att gälla, utan att ytterligare skriftlig handling krävs.

En ömsesidig uppsägningstid om nio (9) månader gäller under optionsåren.

§ 4 Kontraktets omfattning

Kontraktet omfattar drift av det särskilda boendet för äldre Björkgården.

Kontraktet omfattar efterfrågade och överenskomna tjänster i enlighet med förfrågningsunderlag inklusive bilagor daterat 2014-06-24 och anbud daterat 2014-09-03.

Om beställarens behov av platser förändras kan krav ställas på omställning av platser. En begäran om omställning ska alltid föregås av samråd med utföraren av lämpligheten i åtgärden och dess konsekvenser. En genomförd omställning medför rätt till omförhandling av ersättning för båda parter.

sm

§ 5 Handlingarnas inbördes ordning

Ändringar eller tillägg till detta Kontrakt kan endast göras genom en skriftlig handling, undertecknad av behörig företrädare för Kommunen och Utföraren.

Kontraktshandlingarna kompletterar varandra. Om kontraktshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheter uppenbarligen föranleder annat, i sinsemellan följande ordning.

1 Skriftliga ändringar och tillägg till detta Kontrakt

2 Detta Kontrakt

3 Förfrågningsunderlag upprättat av Kommunen

4 Avgivet anbud från Utföraren

Uppgifter i anbud som inte har efterfrågats i förfrågningsunderlaget gäller inte som kontraktsinnehåll såvida det inte finns skriftlig överenskommelse om att de ska gälla.

§ 6 Krav på utföraren respektive tjänsten

I enlighet med förfrågningsunderlag inklusive bilagor daterat 2014-06-24.

Utföraren har inte rätt att anlita underleverantör utan kommunens skriftliga medgivande. Utföraren ansvarar för att eventuell underleverantör uppfyller ställda krav på utföraren respektive tjänsten.

§ 7 Förfarande vid Kontraktets början och slut

Utföraren ska snarast efter Kontraktets ikraftträdande skaffa sig god lokalkännedom inom de områden där denne ska verka.

Efter upphörande av Kontraktet ska Utföraren, om Kommunen så önskar, i skälig omfattning medverka vid Kommunens efterföljande utvärdering av utfört uppdrag enligt Kontraktet samt lämna upplysningar om egna vunna erfarenheter av betydelse för verksamhetens fortsatta bedrivande.

Vid byte till ny utförare ska samtliga handlingar av betydelse avseende aktuell person inom upphandlingsobjektet överlämnas. Avser både SoL och HSL.

Utföraren ska överlämna samtliga handlingar till myndighetskontoret, omsorgsenheten hos Beställaren.

§ 8 Samråd och uppföljning

Kommunen och Utföraren ska vid gemensamma, formaliserade samordningsmöten, minst två (2) gånger per år, utvärdera och följa upp Kontraktets intentioner och verksamhetens utveckling. Kallelse till sådana möten åligger i första hand Kommunen att ombesörja.

Övrig uppföljning – se FFU avsnitt 5.16 och 6.6.

§ 9 Insyns rätt

Utföraren ska tillse att Kommunen medges erforderlig rätt till insyn i verksamheten rörande uppgifter och förhållanden, som är av betydelse för att kunna kontrollera att uppdraget genomförs på kontraktat sätt gentemot brukarna, samt att inte missförhållanden i något avseende föreligger. Handlingar och muntliga upplysningar samt personlig medverkan från

Sm.

adekvat personal från Utföraren, ska därvid i erforderlig omfattning kostnadsfritt tillhandahållas åt Kommunen.

§ 10 Allmänhetens rätt till insyn i verksamheten

Den kravspecifikation som arbetas fram i anledning av "Överenskommelsen om en etisk plattform för öppenhet om kvalitet, ekonomi och anställningsvillkor hos utförare inom vård och omsorg med offentlig finansiering" mellan Skl och ett antal arbetsgivarorganisationer inom Vård- och omsorg, ska gälla för detta kontrakt. Kravspecifikationen är i skrivande stund under framtagande. Fram till att den finns gäller nedanstående.

Utföraren är skyldig att utan oskäligt dröjsmål efter det att kommunen framställt begäran härom till kommunen inlämna sådan information som avses i 3 kap 19 a § kommunallagen (1991:900). Sådan begäran ska i normalfallet vara skriftlig.

Information ska göra det möjligt för allmänheten att få insyn i hur angelägenheterna utförs.

Informationen ska lämnas i skriftlig form. Det åligger beställaren att i sin begäran precisera vilken information som efterfrågas. Utföraren är inte skyldig att lämna information om utlämnandet inte kan ske utan väsentlig praktisk olägenhet, om utlämnandet strider mot lag eller annan författning eller om uppgifterna kommer att omfattas av sekretess hos kommunen.

Information som lämnats till kommunen enligt första stycket ska ej anses utgöra företagshemligheter enligt lagen (1990:409) om skydd för företagshemligheter.

Denna bestämmelse har ingen verkan på räckvidden av övriga bestämmelser i förfrågningsunderlaget.

Utföraren är skyldig att utan oskäligt dröjsmål efter det att Kommunen framställt begäran härom, till Kommunen lämna sådan information som avses i 3 kap. 19a § kommunallagen (1991:900). Sådan begäran ska i normalfallet vara skriftlig. Informationen ska göra det möjligt för allmänheten att få insyn i hur angelägenheten utförs.

Informationen ska – om inte annat kontraktats – lämnas i skriftlig form. Det åligger Kommunen att 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 Kommunen.

Information som lämnats till Kommunen enligt första stycket ska ej anses utgöra företagshemligheter enligt lagen (1990:409) om skydd för företagshemligheter. Denna bestämmelse har ingen verkan på räckvidden av övriga bestämmelser i förfrågningsunderlag och kontrakt.

§ 11 Kvalitetssäkring

Utföraren ska följa det kvalitetssäkringsarbete som redovisats i anbudet. Rutiner för kvalitetskontroll ska upprättas mellan Kommunen och Utföraren.

§ 12 Miljö

Utföraren ska under kontraktperioden samverka med Kommunen för att söka minska den totala miljöbelastningen till följd genomförande av den kontraktade verksamheten. Detta ska

gm

ske genom de åtgärder, som redovisats i anbud, och/eller de åtgärder som kan bli aktuella under kontraktperioden genom Beställarens beslut eller lagstiftning.

§ 13 Tillstånd från myndigheter

Utföraren ska ha erforderliga tillstånd för verksamhetens bedrivande.

§ 14 Försäkringar

Utföraren ska för kontraktperioden teckna och vidmakthålla ansvarsförsäkring samt egendomsförsäkring (avseende egendom som inte omfattas av den boendes, hyresvärdens eller beställarens försäkring). Försäkringsbeloppet ska vara minst 10.000.000 SEK per skada och självrisken får uppgå till högst 50 000 SEK.

Bevis på betald försäkring ska lämnas till beställaren före kontraktstecknande.

I alla försäkringar som tecknas för entreprenaden ska beställaren vara medförsäkrad.

§ 15 Personuppgiftsansvarig

Kommunen är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som Utföraren behandlar för kommunens räkning.

Särskilt Personuppgiftsbiträdeskontrakt ska upprättas.

§ 16 Omvårdnadsavgifter

Kommunen administrerar avgift från brukaren för måltider, vård och omsorg enligt den av kommunen fastställda avgiftstaxan.

§ 17 Ersättning

Äldreboendeplats	488 005 SEK/år
Demensplats	523 045 SEK/år
varav kostnad för måltider	41 610 SEK/år
Årskostnad (22 + 7 platser)	14 397 425 SEK/år

§ 18 Justering av ersättning (indexklausul)

Ersättningen ska vara fast från tidpunkten för kontraktets tecknande till 2015-12-31. Från 2016-01-01 justeras ersättningen årsvis med omsorgsprisindex (OPI) som publiceras av Sveriges Kommuner och Landsting.

Helårsersättningen (baserad på avgivet anbudspris) år 2015 räknas om med det fastställda procenttalet för år 2016 enligt formeln:

$$A \times (p/100) = B$$

Där A är helårsersättningen år 2015, p är det fastställda procenttalet för år 2016 och B är helårsersättningen 2016.

Om definitiv omräkningsfaktor finns publicerad ska den användas.

Om endast en preliminär omräkningsfaktor finns publicerad ska denna användas fram till dess att en definitiv omräkningsfaktor publiceras. En retroaktiv avräkning ska göras av skillnaden mellan den preliminära och den definitiva omräkningsfaktorn så snart detta är möjligt.

Om kontraktet löper ut under året ska omräkningsfaktorn ur särskild tabell för användande under slutåret användas.

Om kontraktet innehåller en förlängningsoption och denna förlängningsoption träder i kraft, ska ersättningen under året i sin helhet uppräknas enligt omräkningsfaktorn för helåret.

Om SKL:s publicering av OPI upphör ska indexklausulen omförhandlas.

§ 19 Betalningsvillkor

Ersättning utgår månadsvis med 1/12 av årsbeloppet. Justering av månadsersättning kan komma att ske om t ex tomhyror uppstår av anledning som utföraren kan påverka.

Om lägenhet står tom mer än 15 dagar debiteras utföraren för äldreboendeplats 0,4*aktuellt dygnspris respektive för demensboendeplats 0,45*aktuellt dygnspris för varje dygn som lägenheten står tom fram till att ny boende flyttat in.

§ 20 Fakturering

Betalning sker senast trettio (30) dagar efter mottagen korrekt faktura. Vid felaktigheter returneras fakturan utan åtgärd för rättelse efter kontakt med Utföraren.

Fakturan ska innehålla uppgift om;

- Kommunens namn, enhet
- Kommunens referensnummer **NK27**
- Företagets namn
- Företagets organisationsnummer
- Registreringsnummer för F-skatt och mervärdesskatt

§ 21 Faktureringsadress

Nyköpings kommun
Fakturaskanning
Box 22
611 22 Nyköping

§ 22 Faktureringsavgifter

Fakturerings-, expeditions- eller andra typer av administrativa avgifter utgår ej.

§ 23 Dröjsmålsränta

Vid försenad betalning utgår dröjsmålsränta enligt räntelagens (1975:635) bestämmelser. Dröjsmålsränta understigande 300 kronor får ej faktureras.

fm

§ 24 Överlåtelse av fordran

Utföraren äger ej rätt att överlåta fordran på Kommunen till faktureringsbolag eller liknande, utan Kommunens skriftliga medgivande.

§ 25 Elektroniska rutiner

Kommunen arbetar med att införa elektroniska beställnings- och faktureringsrutiner samt rapportering av statistik. Utföraren ska under kontraktstiden medverka vid och vara beredd att genomföra lämpliga elektroniska rutiner. Utföraren ska acceptera att kommunen från tid till annan gör förändringar i den tekniska lösningen och därefter anpassa sig till denna.

§ 26 Fel och brister

Om Utföraren inte fullgör sina åtaganden eller missköter uppdraget enligt Kontraktet, och efter skriftlig anmodan inte inom 10 dagar vidtar rättelse, får Kommunen antingen avhjälpa bristen på Utförarens bekostnad eller göra avdrag på ersättningen.

§ 27 Uppsägning och skadestånd

Om Utföraren missköter uppdraget enligt Kontraktet och inte vidtar rättelse trots att Kommunen två (2) gånger, med minst en (1) månads mellanrum, skickat en skriftlig varning till Utföraren, ska Utföraren anses ha åsidosatt sina förpliktelser enligt Kontraktet varvid Kommunen har rätt att säga upp Kontraktet med omedelbar verkan.

Vid allvarliga missförhållanden eller oegentligheter äger Kommunen rätt att säga upp kontraktet med omedelbar verkan utan föregående varningar.

Rätt till uppsägning föreligger dessutom om Utföraren försätts i konkurs eller befinnes vara på sådant obestånd att denne inte förväntas kunna fullgöra sina åtaganden enligt Kontraktet.

Om det under kontraktstiden uppdagas att Utföraren i väsentligt hänseende eller vid upprepade tillfällen underlåtit att inbetala förfallen skatt eller arbetsgivaravgift eller i övrigt inte lever upp till legala bestämmelser, är detta att anse som sådant kontraktsbrott, som medför uppsägningsrätt för Kommunen om Utföraren inte vidtar rättelse efter skriftlig erinran till företrädare för Utföraren. Uppsägningsrätt föreligger dock inte om dröjsmålet är föranlett av tvist med skattemyndigheten beträffande skattens eller avgiftens storlek eller om det finns annan godtagbar förklaring till det inträffade.

Om Kommunen ägt rätt att säga upp Kontraktet ska Utföraren utge fullt skadestånd för den skada, som Kommunen åsamkas därav, dock alltid ett belopp om minst två hundra tusen (200 000) SEK.

§ 28 Överlåtelse av Kontrakt

Utförarens skyldigheter och rättigheter avseende uppdraget enligt detta Kontrakt får inte utan Kommunens skriftliga medgivande överlåtas på annan.

Byte av företagsnamn, organisationsnummer eller företagsform ska alltid anmälas till Kommunen.

§ 29 Force majeure

Force majeure såsom krig, omfattande arbetskonflikt, blockad, eldsvåda, miljökatastrof, allvarlig smittspridning eller annan omständighet, som part inte råder över och som förhindrar part att fullgöra sina kontraktsenliga skyldigheter, befriar sådan part från fullgörelse av berörd

fm.

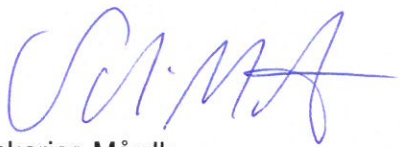
förpliktelse. Arbetskonflikt, som har sin grund i parts brott mot kollektivkontrakt, får inte åberopas som befrielsegrund. Motparten ska omedelbart underrättas om det föreligger omständighet, som kan föranleda tillämpning av denna bestämmelse.

§ 30 Tvist

Tvist mellan parterna ska i första hand lösas genom förhandling mellan parterna och om inte enighet uppnås avgöras av svensk domstol med tillämning av svensk rätt på Kommunens hemort (Nyköpings kommun). Utföraren får inte avbryta eller uppskjuta fullgörande av åtagande enligt detta Kontrakt under åberopande av att tvisteförfarande påkallats eller pågår.

§ 31 Kontraktsexemplar

Detta Kontrakt har upprättats i två likalydande exemplar, av vilka parterna har tagit var sitt.

Nyköping 2014-11-07	2014-11-12
För Kommunen	För Utföraren
Nyköpings kommun  Stefan Kindeborg Upphandlingschef	A & O Ansvar och Omsorg AB  Sakarias Mårdh VD

VON § Reviderad rollbeskrivning för Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Diarienummer: VON21/41

Bakgrund

I Nyköping har Vård- och omsorgsnämnden det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården. Nämnden är därmed Vårdgivare och ska som sådan, enligt SOSFS 2011:9, planera, leda och kontrollera verksamheten så att Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) krav på en "god vård" uppfylls. MAS har en strategisk ledningsfunktion som myndighetsperson och är nämndens för-längda arm i detta ansvar.

Nämnden beslutade i april 2017 (§ 36) om en rollbeskrivning för MAS. Det har nu blivit aktuellt att revidera denna. Den reviderade rollbeskrivningen är bilagd denna tjänsteskrivelse. Förändringarna handlar i huvudsak om:

- Förtydligande av hur verksamheten följs och kontrolleras
- Förtydligande av MAS's självständiga roll
- Förtydligande av verksamhetens skyldighet att bistå MAS då så efterfrågas
- Förtydligande av verksamhetschefs ansvar
- Inkluderande av rollen som Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

1) **att** godkänna den reviderade rollbeskrivningen för Medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-07.

Beslut till:

Division Social omsorg Ansvar & omsorg

Betelhemmet

Samtliga utförare av hemtjänst

Vård- och omsorgsnämnden

Reviderad rollbeskrivning för Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Bakgrund

I Nyköping har Vård- och omsorgsnämnden det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården. Nämnden är därmed Vårdgivare och ska som sådan, enligt SOSFS 2011:9, planera, leda och kontrollera verksamheten så att Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) krav på en "god vård" uppfylls. MAS har en strategisk ledningsfunktion som myndighetsperson och är nämndens förlängda arm i detta ansvar.

Nämnden beslutade i april 2017 (§ 36) om en rollbeskrivning för MAS. Det har nu blivit aktuellt att revidera denna. Den reviderade rollbeskrivningen är bilagd denna tjänsteskrivelse. Förändringarna handlar i huvudsak om:

- Förtydligande av hur verksamheten följs och kontrolleras
- Förtydligande av MAS's självständiga roll
- Förtydligande av verksamhetens skyldighet att bistå MAS då så efterfrågas
- Förtydligande av verksamhetschefs ansvar
- Inkluderande av rollen som Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna den reviderade rollbeskrivningen för Medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-07.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

Beslut till:

Division Social omsorg
Ansvar & omsorg
Betelhemmet
Samtliga utförare av hemtjänst

Uppdragsbeskrivning, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

I Nyköping har Vård- och omsorgsnämnden det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården. Nämnden är därmed Vårdgivare och ska som sådan, enligt SOSFS 2011:9, planera, leda och kontrollera verksamheten så att Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) krav på en "god vård" uppfylls.

Planering och ledning sker genom olika styrdokument, såsom

- den årliga beställning som nämnden lägger till Division Social omsorg med tillhörande bilagor
- denna uppdragsbeskrivning med årsplan
- kommunens övergripande styrdokument

Verksamheten följs upp och kontrolleras genom

- nämndens plan för MAS's årliga uppföljning och rapportering
- nämndens tillsynsplan
- nämndens internkontrollplan
- patientsäkerhetsberättelser

MAS har en strategisk ledningsfunktion som myndighetsperson och är nämndens förlängda arm och en viktig resurs i uppföljnings- och kvalitetssäkringsarbetet. MAS har en självständig och fristående ställning i kommunen oavsett den organisatoriska placeringen. Det innebär att MAS inte kan disponeras för löpande arbete i verksamheten. Det innebär också att MAS har samma roll gentemot den kommunala verksamheten som gentemot de privat drivna verksamheterna.

MAS uppdrag

Lag och förordning

Styrande är: Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det, enligt 11 kap 4 § HSL, finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Det innebär också att det vid MAS's frånvaro ska finnas en annan särskild person med kompetens som ersättare.

MAS säkerställer att:

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a. läkemedelshantering
 - b. rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - c. att kontakta läkare eller annan personal när en patients tillstånd fordrar det

Ansvar och befogenheter

MAS ansvar omfattar patienter inom hemtjänst, hemsjukvård, särskilda boenden, omsorg om funktionsnedsatta och socialpsykiatri inom såväl kommunal som privat regi.

MAS ska utöva tillsyn över att vård och omsorg om äldre samt personer med funktionsnedsättning:

1. är god och säker
2. är patientsäker
3. utförs i enlighet med gällande lagar och föreskrifter
4. utförs utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet

MAS har inget primärt ansvar för den individuellt inriktade vården av enskild patient, men kan ingripa i enskilda fall och bestämma över vård och behandling.

MAS har från nämnden befogenhet att inhämta de uppgifter som behövs för att utföra uppdraget. Detta innebär att verksamheterna ska lämna uppgifter på begäran av MAS samt ge tillträde till verksamheterna i den utsträckning som MAS finner behövligt.

MAS fattar beslut å nämndens vägnar enligt gällande delegationsordning när det gäller:

- att utfärda riktlinjer för hälso- och sjukvård enligt nämndens anvisningar
- att lämna uppgifter till smittskyddsläkare
- tillsyn och rådgivning till externa vårdgivare
- anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) då patient i samband med vård eller behandling drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (Lex Maria)

MAS ska göras delaktig vid upprättande och utveckling av det ledningssystem som ska finnas inom verksamheten i de delar som berör hälso- och sjukvård.

Vidare ska MAS tillse att:

- författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs
- att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten
- att personalen har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten
- att patienten får den vård och behandling som ordinerats av läkare

MAS är en viktig rådgivande funktion i planeringen av

- kommunens hälso- och sjukvård
- framtagning av kommunens styrdokument för hälso- och sjukvården
- användningen av kommunens hälso- och sjukvårdsresurser och kompetens
- upphandling av hälso- och sjukvårdsresurser
- personalplanering och rekrytering av hälso- och sjukvårdspersonal
- planering av introduktion och kompetensutveckling av personalen

MAS ska vara ett stöd till hälso- och sjukvårdspersonalen i frågor som gäller tolkning av riktlinjer eller då riskfyllda situationer uppmärksammas, men MAS har ingen arbetsledande roll.

MAS ska planera och arrangera möten med personal inom hälso- och sjukvården för information om till exempel ny lagstiftning, nya riktlinjer, kvalitetsfrågor mm. Till dessa möten ska både kommunalt och privat anställd hälso- och sjukvårdspersonal bjudas in.

MAS-uppdraget innehas i Nyköpings kommun av 2,0 tjänster och inkluderar även ett MAR-uppdrag (medicinskt ansvarig för rehabilitering). MAR ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig rehabilitering av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Samverkan

MAS ska delta i externa och länsgemensamma samverkansforum samt i krisledningsstaben.

MAS ska ha en regelbunden samverkan med Vård- och omsorgsnämnden och informera om väsentliga händelser och risker. En plan för årliga uppföljningar ska tas fram i samverkan utifrån en årlig riskbedömning. Bland annat ska uppföljningar göras av delegeringar, hantering av avvikelser, läkemedelshantering och dokumentation.

Samverkan mellan MAS och Verksamhetschef enligt HSL ska ske då behov uppstår. Dessa båda är skyldiga att samverka i gemensamma frågor och informera varandra i de delar där båda funktionerna är berörda. MAS och verksamhetschef ska i samråd utveckla och planera det systematiska kvalitetsarbetet (SOSFS 2011:9) i hälso- och sjukvårdsfrågor, såsom egenkontroller, användning av nationella register mm.

Samverkan mellan nämnd, MAS och Verksamhetschef för HSL sker då behov uppmärksammas.

Verksamhetschefs och enhetschefs ansvar

Verksamhetschef och enhetschef är ansvariga för att implementera MAS riktlinjer samt omsätta dessa till lokala rutiner samt se till att det finns nödvändig personal och kompetens. Enhetschef ska säkerställa att det finns ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och att kvalitetskrav i nämndens olika styrdokument följs.

Relation till privata utförare

MAS-ansvaret omfattar även de privata utförarna. Utföraren är skyldig att tillse att MAS kan utöva sitt ansvar och att gällande riktlinjer följs. MAS ska hållas underrättad om vad som sker inom MAS ansvarsområde samt ges det tillträde till verksamheten MAS finner behövligt för att utöva tillsyn.

VON § Uppföljning av hanteringen av pandemin ur ett brukarperspektiv

Diarienummer: VON21/7

Bakgrund

Pandemin har inneburit stora påfrestningar på vård- och omsorgsverksamheten. Sjukfrånvaron bland personalen har varit omfattande och brukare har drabbats i hög grad. Nationellt har brister i kompetensen inom äldreomsorgen uppmärksammats, liksom brister i efterlevnaden av vad som gäller kring den basala hygien. På nationell nivå görs uppföljningar efter pandemin, men Vård- och omsorgsnämnden är angelägen om att en särskild uppföljning görs inom kommunen och då ur ett brukarperspektiv.

Uppföljningen ska göras i ett lärande syfte. Vi behöver ta med oss lärdomarna såväl till den vanliga vardagen, som till nästa eventuella pandemi eller smittor av andra slag.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet kan beröra barn såväl direkt som indirekt. Någon prövning av barnets bästa i enlighet med barnkonventionen har dock inte genomförts, då en uppföljning i ett lärande syfte per definition inte innebär något negativt.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

1) **att** uppdra åt Division Social omsorg och den nytillträdande medicinskt ansvariga sjuksköterskan att göra en uppföljning av hanteringen av pandemin på det sätt som beskrivs i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-29.

2) **att** resultatet av uppföljningen ska avrapporteras till nämndens sammanträde 2021-12-02.

Beslut till:

Division Social omsorg Ansvar & omsorg Betelhemmet Samtliga utförare av hemtjänst

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning av hanteringen av pandemin ur ett brukarperspektiv

Bakgrund

Pandemin har inneburit stora påfrestningar på vård- och omsorgsverksamheten. Sjukfrånvaron bland personalen har varit omfattande och brukare har drabbats i hög grad. Nationellt har brister i kompetensen inom äldreomsorgen uppmärksamats, liksom brister i efterlevnaden av vad som gäller kring den basala hygien. På nationell nivå görs uppföljningar efter pandemin, men Vård- och omsorgsnämnden är angelägen om att en särskild uppföljning görs inom kommunen och då ur ett brukarperspektiv.

Uppföljningen ska göras i ett lärande syfte. Vi behöver ta med oss lärdomarna såväl till den vanliga vardagen, som till nästa eventuella pandemi eller smittor av andra slag.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet kan beröra barn såväl direkt som indirekt. Någon prövning av barnets bästa i enlighet med barnkonventionen har dock inte genomförts, då en uppföljning i ett lärande syfte per definition inte innebär något negativt.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** uppdra åt Division Social omsorg och den nytillträdande medicinskt ansvariga sjuksköterskan att göra en uppföljning av hanteringen av pandemin på det sätt som beskrivs i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-29.
- 2) **att** resultatet av uppföljningen ska avrapporteras till nämndens sammanträde 2021-12-02.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2021-04-13

Beslut till:

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

Samtliga utförare av hemtjänst



Uppdrag - Uppföljning av hanteringen av pandemin ur ett brukarperspektiv

Pandemin, som fortsatt pågår, har inneburit stora påfrestningar på vård- och omsorgsverksamheten. Sjukfrånvaron bland personalen har varit omfattande och brukare har drabbats i hög grad. Nationellt har brister i kompetensen inom äldreomsorgen uppmärksammats, liksom brister i efterlevnaden av vad som gäller kring den basala hygien. Det har blivit tydligt att detsamma gäller inom de verksamheter som finns inom Vård- och omsorgsnämndens ansvar. På nationell nivå görs uppföljningar efter pandemin, men Vård- och omsorgsnämnden är angelägen om att en särskild uppföljning görs inom kommunen och då ur ett brukarperspektiv.

Idag finns en tjänst som Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) inom kommunen, men rekrytering av ytterligare en pågår. Den blivande nyanställda MAS kommer att ha rätt kunskap och "friska ögon", lämpliga för att göra en sådan uppföljning.

Uppföljningen kan ses som en slags revision av vår hantering av pandemin och bör omfatta både äldreomsorgen, omsorgen om funktionsnedsatta och hälso- och sjukvården. Områden att titta närmare på är exempelvis

- Journalföring
- Övrig dokumentation
- Hälso- och sjukvårdsinsatser
- Basal hygien och användandet av skyddsutrustning
- Information och kommunikation
- Brukarnas psykiska mående

Uppföljningen görs i ett lärande syfte. Vi behöver ta med oss lärdomarna såväl till den vanliga vardagen, som till nästa eventuella pandemi eller smittor av andra slag. Frågor att ställa är exempelvis

- Hur har det fungerat?
- Orsaker till att det brustit eller att det fungerat bra?
- Har det fungerat på det sätt som sagts?
- På vilket sätt kan vi göra bättre?
- Vad lär vi oss?

Uppföljningen avrapporteras lämpligen till nämndens sista sammanträde för året 2021-12-02.

VON § Handlingsplan för en ekonomi i balans

Diarienummer: VON21/61

Bakgrund

Division Social omsorg (DSO) har under en lång rad år redovisat ett ekonomiskt underskott. För 2021 prognostiseras i samband med uppföljningen efter februari ett årsresultat på -115 mnkr. Omsorgen har återkommande prioriterats i det kommunövergripande budgetarbetet, men trots detta har underskottet eskalerat. Vård- och omsorgsnämnden har sett behovet av ett omfattande internt förändringsarbete inom divisionen och gav därför division-en i uppdrag att under 2020 ta fram en handlingsplan för en ekonomi i balans. Vid två tillfällen presenterades handlingsplaner, vilka dock underkändes av nämnden. Se § 55 och 67. Den nya divisionsledningen har nu arbetat fram en ny handlingsplan, vilken bifogas denna tjänsteskrivelse.

I handlingsplanen presenteras en rad åtgärder som genomförs 2021 och där den ekonomiska effekten i ett flertal fall kan beräknas. Dessutom presenteras åtgärder som påbörjas 2021, men där den ekonomiska effekten i dagsläget är svårt att göra en bedömning av.

Utifrån de bedömningar som är möjliga, uppgår den sammantagna ekonomiska effekten för 2021 till 25 mnkr. Den ackumulerade effekten 2022 uppgår till minst 62 mnkr.

Åtgärder med genomförande under 2021 handlar om:

- Verksamhetsområde Äldre
- Utveckling av Hälso- och sjukvårdsorganisationen
- DSO HR och bemanning
- Ökad andel utförd tid av planerad tid inom hemtjänsten
- Integrerad myndighetsfunktion
- Uppföljning och justering av myndighetsbeslut
- Effektiv stödverksamhet
- Funktion för att rekvirera bidrag

Nämnden föreslås godkänna handlingsplanen. När det gäller förslaget kring en integrerad myndighetsfunktion, behövs dock ett mer omfattande underlag om lösning och effekter inklusive riskbedömning, för att nämnden ska kunna fatta beslut om att verkställa den delen av handlingsplanen.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna handlingsplanen för en ekonomi i balans enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-08
- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndsammanträdet 2021-09-02 inkomma med en skriftlig rapport över hur arbetet enligt handlingsplanen framskrider och vilka de uppnådda effekterna är så långt samt bedöms vara efter årets slut.
- 3) **att** uppdra åt DSO att till nämndsammanträdet 2021-09-02 inkomma med ett beslutsunderlag när det gäller förslaget att integrera myndighetsfunktionen.

Beslut till:

Division Social omsorg

Kommunstyrelsen för kännedom

Vård- och omsorgsnämnden

Handlingsplan för en ekonomi i balans

Bakgrund

Division Social omsorg (DSO) har under en lång rad år redovisat ett ekonomiskt underskott. För 2021 prognostiseras i samband med uppföljningen efter februari ett årsresultat på -115 mnkr. Omsorgen har återkommande prioriterats i det kommunövergripande budgetarbetet, men trots detta har underskottet eskalerat. Vård- och omsorgsnämnden har sett behovet av ett omfattande internt förändringsarbete inom divisionen och gav därför divisionen i uppdrag att under 2020 ta fram en handlingsplan för en ekonomi i balans. Vid två tillfällen presenterades handlingsplaner, vilka dock underkändes av nämnden. Se § 55 och 67. Den nya divisionsledningen har nu arbetat fram en ny handlingsplan, vilken bifogas denna tjänsteskrivelse.

I handlingsplanen presenteras en rad åtgärder som genomförs 2021 och där den ekonomiska effekten i ett flertal fall kan beräknas. Dessutom presenteras åtgärder som påbörjas 2021, men där den ekonomiska effekten i dagsläget är svårt att göra en bedömning av.

Utifrån de bedömningar som är möjliga, uppgår den sammantagna ekonomiska effekten för 2021 till 25 mnkr. Den ackumulerade effekten 2022 uppgår till minst 62 mnkr.

Åtgärder med genomförande under 2021 handlar om:

- Verksamhetsområde Äldre
- Utveckling av Hälso- och sjukvårdsorganisationen
- DSO HR och bemanning
- Ökad andel utförd tid av planerad tid inom hemtjänsten
- Integrerad myndighetsfunktion
- Uppföljning och justering av myndighetsbeslut
- Effektiv stödverksamhet
- Funktion för att rekvirera bidrag

Nämnden föreslås godkänna handlingsplanen. När det gäller förslaget kring en integrerad myndighetsfunktion, behövs dock ett mer omfattande underlag om lösning och effekter inklusive riskbedömning, för att nämnden ska kunna fatta beslut om att verkställa den delen av handlingsplanen.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna handlingsplanen för en ekonomi i balans enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-04-08
- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndsammanträdet 2021-09-02 inkomma med en skriftlig rapport över hur arbetet enligt handlingsplanen framskrider och vilka de uppnådda effekterna är så långt samt bedöms vara efter årets slut.
- 3) **att** uppdra åt DSO att till nämndsammanträdet 2021-09-02 inkomma med ett beslutsunderlag när det gäller förslaget att integrera myndighetsfunktionen.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2021-04-13

Beslut till:

Division Social omsorg

Kommunstyrelsen för kännedom

DSO I BALANS

HANDLINGSPLAN

FÖRFATTARE MARIA EGERMALM



Innehållsförteckning

HANDLINGSPLAN	I
Inledning	3
Sammanställning åtgärder.....	4
Kort beskrivning åtgärder med genomförande 2021	4
Verksamhetsområde Äldre	4
Utveckling av Hälso- och sjukvårdsorganisationen	4
DSO HR och bemanning	5
Ökad andel genomförd vs planerad tid, hemtjänst	5
Integrerad myndighetsfunktion VON	5
Uppföljning och möjlig justering av beslut utifrån rådande rättsläge	6
Effektiv stödverksamhet.....	6
Funktion rekvirera bidrag	6
Kort beskrivning åtgärder som påbörjas 2021	7
Värdegrundsarbete.....	7
Ledarskap.....	7
Medarbetarskap	7
Ständiga förbättringar	7
Bilaga	8
SKRs Ekonomirapporten oktober 2019	8
Södertörnmodellen.....	8

Inledning

Vård- och omsorgsnämnden (VON) gav Division Social omsorg (DSO) i uppdrag att under våren 2020 ta fram en handlingsplan för ekonomi i balans avseende VONs ansvarsområde. Divisionens ledningslag arbetade i samverkan med andra representanter i organisationen fram en handlingsplan som presenterades för VON den 25 juni. Handlingsplanen underkändes och reviderad version presenterades den 10 september, även den underkändes. VON gjorde bedömningen att planen inte innehöll specifika åtgärder att ta ställning till och gav ett förnyat uppdrag att, i löpande samverkan med VON, ta fram en ny handlingsplan samt att den kommande handlingsplanen ska arbetas in i ordinarie budgetprocess. Handlingsplanen ska utgå från de tre grundpelarna Styrning, Kultur och ledarskap samt Arbetsorganisation, se VON §67.

DSO gjorde positivt resultat 2014 men sedan dess har underskotten staplats på hög. Det ackumulerade underskottet uppgår till 375 mnkr varav 258 mnkr avser 2018-2020 och 90 mnkr enbart 2020, vilket motsvarar 7% överskridande. Initial budget 2021 är inte i balans, differensen är ca 75 mnkr, men hur Covid-19 kommer att påverka verksamheten under 2021 är en stor osäkerhetsfaktor. Arbetshypotesen är därför att utan riktade åtgärder kommer även 2021 att medföra ett underskott i storleksordningen upp emot 100 mnkr, årets första prognos landade på 115 mnkr där personalkostnaderna står för ca 75%. Med anledning av detta, och det förnyade uppdraget från VON, har omtag gjorts för att nå inte bara en ekonomi i balans rörande VONs område - vilket står för ca tre fjärdedelar av DSOs uppdrag 2021 - utan även avseende SNs och KANs ansvarsområde, hela DSO i balans. I förhållande till beställd verksamhet, lagar och förordningar, styrdokument med flera påverkande faktorer ska DSO tillhandahålla rätt verksamhet, med rätt kvalitet, i rätt tid och skapa mesta möjliga värde för varje insatt krona. Det är en omfattande förändring DSO står inför men i högsta grad realistisk. Mer verksamhet för pengarna utan sämre kvalitet är möjligt - det svåra är att få det att hända. Det var en av slutsatserna i SKRs Ekonomirapporten oktober 2019¹.

Utifrån denna bakgrund genomfördes under december och januari en nulägesanalys som presenterades för nämndens ordförande och sakkunnig den 10 februari 2021. Såväl divisionens ekonomichef som divisionschef har löpande avstämning med nämndens sakkunniga och utöver nulägesanalysen har även handlingsplanens mest väsentliga åtgärder samverkats med nämndsordförande. Arbetet med nulägesanalysen ligger till grund för denna handlingsplan, därutöver har den behandlats i divisionens ledningslag vid olika tillfällen och input från divisionens chefer och medarbetare beaktats, alla har getts möjlighet att bidra.

Flera av åtgärderna är mycket svåra att beräkna besparing för, de utgör dock viktiga hörnstenar i byggandet av DSOs nya kultur där hela divisionen arbetar med gemensam målbild och ledning samt arbetsorganisation möjliggör förändringen. För några av åtgärderna finns kompletterade dokument framtagna, exempelvis utförligare beskrivning, risk- och konsekvensanalys och detaljerad handlingsplan. Föreslagna åtgärder kommer i sedvanlig ordning att samverkas och risk- och konsekvensanalys att tas fram.

¹ För mer information, se bilaga

Sammanställning åtgärder

Åtgärd	Status	Besparing 2021	Besparing 2022
Åtgärder med genomförande 2021			
Verksamhetsområde Äldre	Påbörjat		1+ mnkr
Utveckling av Hälso- och sjukvårdsorganisationen	Påbörjat	5 mnkr	10 mnkr
DSO HR och bemanning	Påbörjat	20 mnkr	40 mnkr
Ökad andel genomförd vs planerad tid, hemtjänst	Påbörjat	Positiv	5 mnkr
Integrerad myndighetsfunktion VON			Positiv
Uppföljning och möjlig justering av beslut utifrån rådande rättsläge	Påbörjat		Positiv
Effektiv stödverksamhet	Påbörjat	Positiv	1+ mnkr
Funktion rekvirera bidrag		Positiv	5+ mnkr
SUMMA		25 mnkr	62+ mnkr
Åtgärder som påbörjas 2021			
Värdegrundsarbete		Positiv	Positiv
Ledarskap		Positiv	Positiv
Medarbetarskap		Positiv	Positiv
Ständiga förbättringar		Positiv	Positiv

Kort beskrivning åtgärder med genomförande 2021

Verksamhetsområde Äldre

Nuvarande verksamhetsområden Särskilt boende respektive Hälso- och sjukvård och hemtjänst görs om till ett verksamhetsområde, Äldre, och en tjänst som verksamhetschef tas bort. Förändringen möjliggör en rakare och mer ändamålsenlig styrning av äldreomsorgsfrågorna med sikte på kommande strategi för målgruppen. I arbetet med att formera det nya verksamhetsområdet kommer hela strukturen att ses över vilket även kan medföra förändringar av enheter. Ny verksamhetschef är rekryterad och tillträder 2021-06-21. Verksamhetsområdet blir mycket omfattande och verksamhetschefen kommer behöva utökat stöd jämfört med nuvarande verksamhetschefer, detta stöd finns inom befintlig organisation och medför ingen utökning. Flera av övriga, nedan föreslagna, åtgärder får bättre förutsättningar att realiseras genom införandet av ett verksamhetsområde för målgrupp äldre.

Utveckling av Hälso- och sjukvårdsorganisationen

Den kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget utökades för 10 år sedan att även inkludera hemsjukvården. Målgruppen är alla kommuninvånare ålder 18+ och verksamheten överskrider såväl budget, som när det gäller hemsjukvården, skatteväxlingsbeloppet. På grund av svårigheter att rekrytera SSK nyttjas mycket bemanningsSSK och trenden är

stigande. Genom optimering av organisationen, översyn av funktioner och förändrat arbetssätt ska köp av bemanningsSSK minimeras och övriga kostnader minska.

DSO HR och bemanning

Nuvarande enhet Rekrytering och Pool förändras till att bli en DSO-övergripande stödfunktion med uppdrag att förse verksamheterna med personal utifrån aktuellt behov och avlasta enhets- och verksamhetschefer i personalfrågor såsom anställning, rehabiliteringsutredning och sjukfrånvarohantering. Effektiv schemaläggning, frisk arbetsplats och bemanning utifrån brukarens behov är ledord för funktionen och förutsättningar för optimalt nyttjande av divisionens främsta resurs, personalen. Funktionen kommer medföra ett aktivt arbete med rehabilitering, minskad tid utförd av timvikarier, minskad sjukfrånvaro, minskad övertid, bättre omhändertagande av tillkommande tjänstgöringstid med anledning av heltid som norm, frigjord tid för EC och VC, objektivare beslut, stärkt kompetens, bättre resursutnyttjande, likvärdigare förutsättningar och ökad kvalitet och kontinuitet. Som bas för enhetens uppdrag ska grundbemanning, baserad på bland annat Södertörnmodellen², och kompetensförsörjningsplan arbetas fram och löpande uppdateras. Pågående uppdrag och projekt, exempelvis samordnad bemanning, inkluderas i enhetens uppdrag.

Ökad andel genomförd vs planerad tid, hemtjänst

De senaste åren har genomförd tid i jämförelse med planerad tid medfört en differens på intäkter om ca 7 mnkr per år. Åtgärden har två angreppssätt, dels handlar det om kultur - att verkligen rapportera all tid som genomförs - dels om arbetsorganisation och planering, att bli bättre på att anpassa organisationen utifrån verklig genomförd tid. Ur kommun-ekonomiskt perspektiv är det dock bara minskade kostnader som får effekt. Utöver ökade intäkter/minskade kostnader maa bättre samstämmighet mellan genomförd och planerad tid finns ytterligare stor besparing att göra genom förändrat verksamhetsstöd. Idag görs över tre miljoner utskrifter av dagsplanering, som förutom utskriftskostnad drar kostnader för hämtning av dokumenten. Det är möjligt att aktivera digitalt planeringsstöd i det systemstöd som finns, det kräver dock tvåfaktorsinloggning vilket hittills inte gått att lösa. KLK-IT är involverade men tidsaspekt och kostnad för åtgärdande är ej känd.

Integrerad myndighetsfunktion VON

En åsikt som då och då kommer till uttryck är att myndighetsbeslut fattas utan tillräcklig avvägning mellan brukarens behov och resurseffektivitet. Genom integrerad, dvs en myndighetsfunktion inom varje verksamhetsområde/gentemot varje målgrupp, blir Myndighet såväl beslutande som betalande för respektive insats. Detta tillämpas idag inom SN/Individ och familjeomsorg och upplevs fungera väl. I samband med integrering är det också mycket viktigt att tydliggöra gränsdragning, ta fram nya rutiner med mera så önskad effekt uppnås utan att myndighetsfunktionen blir partisk. Utöver det interna perspektivet

² För beskrivning, se bilaga

finns rollen som konkurrensneutral förmedlare, brukarens behov kan tillgodoses genom privata aktörers verksamhet. Denna funktions utformning och placering behöver utredas så förmedling sker med kommunens bästa i sikte. Ett enda ej optimerat beslut kan leda till flera miljoner i ökade kostnader för kommunen.

Uppföljning och möjlig justering av beslut utifrån rådande rättsläge

Det pågår ständig översyn och uppföljning av beslut, till exempel har insatsen tillsyn precis tagits bort och ersatts med tre trygghetsskapande insatser vilket medfört mer än en halvering av beviljad insatstid. Justeringar och ändringar sker utifrån rådande rättsläge och möjlighet till ändring av gynnande beslut, vilka idag kan synas vara av överkompenserande art. Även fokus på kostnadsöverbältringar från Försäkringskassan behöver beaktas. Likaså upplevs ambitionsnivån för dagverksamhet/sysselsättning (SoL), för personer under 65 år, ligga högt och närma sig daglig verksamhet (LSS). Kommunens handlingsutrymme den gång beslut redan är fattat är litet men det är ändå intressant att kartlägga vilka beslut som, med förnyad bedömning, skulle bli annorlunda, beräkna vilken resultatpåverkan som finns, identifiera om en förändring är möjlig och i så fall hur samt, om förändring är möjligt, driva frågan på såväl lokal som nationell nivå. Oavsett om gamla beslut kan påverkas eller ej leder åtgärden till bättre beslut i framtiden.

Effektiv stödverksamhet

Förändrad arbetsorganisation för att stödverksamheten ska stötta kärnverksamheten på optimalt sätt. Införande av team med olika funktioner, exv stöd vid uppföljning, hantering av leverantörsfakturor och fakturering, där varje team stödjer ett verksamhetsområde, samtidigt som processer är lika för alla team vilket säkerställer backup och lika förutsättningar. Djupgående genomlysning av alla idag förekommande stöd, likaväl som genomgång av vilka administrativa sysslor som idag utförs på chefsnivå, för att renodla såväl stödfunktion som chefskap.

Funktion rekvirera bidrag

Det finns idag mycket medel att söka, såväl statsbidrag som ur olika fonder, men det är ett brett område som kan vara svårt att sätta sig in i. Divisionen söker idag vissa medel, nämnden vissa, divisionen vissa på nämndens uppdrag men det finns mer att söka och framför allt bevaka så inget faller mellan stolarna. En vanlig uppfattning är att en riktad funktion betalar sig minst tio gånger om dock är exakt effekt svår att beräkna.

Kort beskrivning åtgärder som påbörjas 2021

Värdegrundsarbete

Nulägesanalysen visar tydligt att divisionen inte har en gemensam värdegrund, inte heller målbild. Stuprörsagerandet är tydligt och även om många medarbetare är mycket engagerade och gör ett bra jobb får det inte den effekt för brukaren, inte heller för resursförbrukningen, som är önskvärd. 2018 togs en vision fram, den är inte känd i verksamheten idag. Divisionen behöver göra ett aktivt arbete med att ta fram sin vision, baserad på hur divisionen ska bidra till att uppnå kommunens vision, och översätta den kommunövergripande värdegrunden till divisionens förutsättningar. Genom att skapa en gemensam målbild och ett gemensamt förhållningssätt, en grund alla beslut ska bygga på, kommer divisionen att genom tillit förflytta sig åt önskat håll.

Ledarskap

Vad innebär det att vara chef? Tydliggörande och renodling av uppdraget på respektive chefsnivå och framtagna av ett gemensamt förhållningssätt. Säkerställa dialog inom divisionen så information går fram och tillbaka mellan linje och ledningslag, men även mellan division och nämnder, centrala ledningslaget med mera. Leder till att cheferna får mer tid att ägna sig åt kärnverksamhet och strategiska frågor, och därmed verksamhetsutveckling, samt ökad kvalitet, delaktighet och engagemang.

Medarbetarskap

Divisionen är en, av flera, utförare av den verksamhet som kommunens nämnder ansvarar för. Vad innebär det för rollen som medarbetare att jobba utifrån en årlig lagd beställning? Vem/vad styr vilka arbetsuppgifter som utförs, när och till vilken kvalitet? Utförs bara det som finns i beställningen eller utförs arbetsuppgifter för att "så har vi alltid gjort"? Kartläggning av hur medarbetarna ser på det idag och framtagna av reviderat medarbetarskap. En stärkt medarbetarroll leder till ökad kvalitet i kärnuppdraget och därmed högre kundnöjdhet likaväl som mindre resursförbrukning.

Ständiga förbättringar

Alla i denna handlingsplan föreslagna åtgärder bidrar till skapandet av en kultur där verksamheten baseras på brukarens behov med beaktande av såväl den kvalitet som ska uppnås som inom givna ramar. Genom att implementera tankesättet att alltid värdera varje åtgärd utifrån "tillför det jag gör värde för kunden?" kommer verksamheten ständigt att förbättras då resurser nyttjas mer och mer optimalt.

Rätt person på rätt plats i rätt tid med rätt kompetens!

Ordförande VON, chefsmöte 210114

Bilaga

SKRs Ekonomirapporten oktober 2019

Två gånger om året publicerar Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, Ekonomirapporten, se <https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/ekonomirapporten.46417.html>.

I Ekonomirapporten oktober 2019, kapitel 5 - Går vi mot en mer effektiv välfärdssektor, beskrivs hur kommuner och regioner arbetar med effektiviseringar och hur arbetet kan främjas på olika sätt. Under rubrik Potential att effektivisera, sista stycket, står att läsa:

”Slutsatsen blir ändå att det är möjligt att få ut mer för kommunsektorns resurser – det vill säga det går att åstadkomma mer verksamhet för pengarna utan att det behöver bli sämre. Det svåra är att få det att hända.”

Södertörnmodellen

Myndigheter eller verksamheter använder sig av nivåbedömningsinstrumentet inom daglig verksamhet (LSS) och bostad med särskild service (LSS). Ofta har man en eller flera omsorgsnivå-handläggare.

Många kommuner använder den så kallade Södertörnmodellen - ett mätinstrument som arbetades fram av södertörnskommunerna redan i slutet av 90-talet. Instrumentet utgörs av ett frågeformulär och bedömer omfattningen av det personaltöd som den enskilde har behov av. Svaren tolkas sedan med hjälp av en manual för insatsmätning. Bedömningen resulterar i en nivå som ska spegla brukarens stödbehov och ger kommunen vägledning i hur de ekonomiska resurserna ska fördelas inom verksamheten. Ersättningsmodellen har i grunden fem nivåer, men individuella ersättningar kan tillämpas för brukare vars behov inte täcks inom modellen, kallas ibland ”5+”. Olika kommuner har förfinat eller ändrat modellen över tid och tex sociala och psykiska faktorer har beaktas tydligare.

Idag pågår ett intensivt arbete med att införa Södertörnmodellen inom verksamhetsområde Omsorg om personer med funktionsnedsättning.

VON § Rekvirering av statligt stöd till implementering av digitala/tekniska verktyg

Diarienummer: VON21/27

Bakgrund

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och regeringen har träffat en överens-kommelse med syfte att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksam-hetsutveckla äldreomsorgen med digitalisering. Den bär namnet "Överens-kommelse äldre - teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus". Bakgrunden är det faktum att antalet äldre ökar kraftigt, medan utbudet på arbetskraft är mer begränsat, vilket gör det nödvändigt att öka inslaget av digitalisering.

Kommunerna har nu möjlighet att från Kammarkollegiet rekvirera ett ekonomiskt stöd för detta ändamål. För Nyköpings del uppgår summan till 1 081 419 kronor. Rekvireringen måste ske senast 1 december 2021. Medel som inte nyttjas under året ska återbetalas till Kammarkollegiet och en redovisning av hur medlen nyttjats ska göras i början av 2022.

Efter diskussioner inom kommunledningen om huruvida det är lämpligast att Vård- och omsorgsnämnden, e-rådet eller kommunens IT-verksamhet rekvirerar medlen, har klartecken getts att rekvirering ska göras av nämnden. Or-saken är att även privata utförare av äldreomsorg ska kunna ta del av medlen. Förutsättningen är dock att de aktiviteter som medlen sen nyttjas till går i linje med kommunens handlingsplan för digitalisering och att eventuellt inköp av teknik går via ordinarie väg för inköp.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 2021 års statliga stöd för implementering av digitala/tekniska verktyg inom äldreomsorgen uppgående till 1 081 419 kronor
- 2) **att** uppdra åt nämndens sakkunniga tjänsteman att återkomma om hur medlen föreslås nyttjas

Beslut till:

Kommunstyrelsen Ansvarig för e-rådet

Vård- och omsorgsnämnden

Rekvirering av statligt stöd till implementering av digitala/tekniska verktyg

Bakgrund

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och regeringen har träffat en överenskommelse med syfte att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksamhetsutveckla äldreomsorgen med digitalisering. Den bär namnet "Överenskommelse äldre - teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus".

Bakgrunden är det faktum att antalet äldre ökar kraftigt, medan utbudet på arbetskraft är mer begränsat, vilket gör det nödvändigt att öka inslaget av digitalisering.

Kommunerna har nu möjlighet att från Kammarkollegiet rekvirera ett ekonomiskt stöd för detta ändamål. För Nyköpings del uppgår summan till 1 081 419 kronor. Rekvireringen måste ske senast 1 december 2021. Medel som inte nyttjas under året ska återbetalas till Kammarkollegiet och en redovisning av hur medlen nyttjats ska göras i början av 2022.

Efter diskussioner inom kommunledningen om huruvida det är lämpligast att Vård- och omsorgsnämnden, e-rådet eller kommunens IT-verksamhet rekvirerar medlen, har klartecken getts att rekvirering ska göras av nämnden. Orsaken är att även privata utförare av äldreomsorg ska kunna ta del av medlen. Förutsättningen är dock att de aktiviteter som medlen sen nyttjas till går i linje med kommunens handlingsplan för digitalisering och att eventuellt inköp av teknik går via ordinarie väg för inköp.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 2021 års statliga stöd för implementering av digitala/tekniska verktyg inom äldreomsorgen uppgående till 1 081 419 kronor
- 2) **att** uppdra åt nämndens sakkunniga tjänsteman att återkomma om hur medlen föreslås nyttjas

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

Beslut till:

Kommunstyrelsen
Ansvarig för e-rådet

VON § Rekvirering av statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg om äldre personer

Diarienummer: VON21/47

Bakgrund

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2021 fördela medel till landets kommuner för en äldreomsorgssatsning. Syftet är att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer. Medlen kan exempelvis användas till att motverka ensamhet, förebygga smittspridning, öka personalkontinuiteten mm.

Nyköping har möjlighet att rekvirera 26 748 271 kronor. Medlen kan rekvireras fram till 1 november 2021 och kan användas för verksamhet från och med 1 januari 2021. I början av 2022 ska en återsrapportering göras över hur medlen använts och det som inte förbrukats ska återbetalas till Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsnämnden föreslås nu rekvirera medlen.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

1) **att** rekvirera 26 748 271 kronor i statsbidrag för säkerställande av en god vård och omsorg av äldre personer 2021

Vård- och omsorgsnämnden

Rekvirering av statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg om äldre personer

Bakgrund

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2021 fördela medel till landets kommuner för en äldreomsorgssatsning. Syftet är att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer. Medlen kan exempelvis användas till att motverka ensamhet, förebygga smittspridning, öka personalkontinuiteten mm.

Nyköping har möjlighet att rekvirera 26 748 271 kronor. Medlen kan rekvireras fram till 1 november 2021 och kan användas för verksamhet från och med 1 januari 2021. I början av 2022 ska en återrapportering göras över hur medlen använts och det som inte förbrukats ska återbetalas till Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsnämnden föreslås nu rekvirera medlen.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 26 748 271 kronor i statsbidrag för säkerställande av en god vård och omsorg av äldre personer 2021

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

VON § Rekvirering av medel för Äldreomsorgslyftet 2021

Diarienummer: VON21/46

Bakgrund

Socialstyrelsen har för andra året i rad fått i uppdrag att fördela stimulansmedel till kommunerna för en satsning på Äldreomsorgslyftet. Syftet är att höja kompetensen inom vård och omsorg om äldre hos såväl personal som första linjens chefer. De utbildningar som berättigar till stöd är undersköterska och vård-biträde samt ledarskapsutbildning. Riksdagen har ännu inte beviljat fortsatta medel för 2022, men Socialstyrelsen utgår i dagsläget från att ett sådant beslut kommer i december 2021.

För de medel som kom Nyköpings kommun till del under 2020, startades första omgången av validering och utbildning till undersköterska omfattande ett 20-tal medarbetare. Nu pågår planering av omgång två. Nyköpings kommun har för 2021 fått möjlighet att rekvirera 22 694 388 kronor, vilket ska göras senast den 1 november 2021. Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 57 i juni 2020 att inom ram avsätta 5,0 mnkr för 2021 till ökad kompetens inom omsorgen, som ett komplement till statens satsning. Nämndens egna medel kan användas även inom funktionshinderområdet.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar föreslå Kommunstyrelsen att besluta

- 1) **att** rekvirera 2021 års medel för Äldreomsorgslyftet
- 2) **att** uppdra åt Vård- och omsorgsnämnden att administrera medlen och disponera dem för avsedda ändamål och därefter bistå Kommunstyrelsen med underlag för återrapportering till Socialstyrelsen under 2022

Beslut till:

Kommunstyrelsen

Vård- och omsorgsnämnden

Rekvirering av medel för Äldreomsorgslyftet 2021

Bakgrund

Socialstyrelsen har för andra året i rad fått i uppdrag att fördela stimulansmedel till kommunerna för en satsning på Äldreomsorgslyftet. Syftet är att höja kompetensen inom vård och omsorg om äldre hos såväl personal som första linjens chefer. De utbildningar som berättigar till stöd är undersköterska och vårdbiträde samt ledarskapsutbildning. Riksdagen har ännu inte beviljat fortsatta medel för 2022, men Socialstyrelsen utgår i dagsläget från att ett sådant beslut kommer i december 2021.

För de medel som kom Nyköpings kommun till del under 2020, startades första omgången av validering och utbildning till undersköterska omfattande ett 20-tal medarbetare. Nu pågår planering av omgång två. Nyköpings kommun har för 2021 fått möjlighet att rekvirera 22 694 388 kronor, vilket ska göras senast den 1 november 2021. Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 57 i juni 2020 att inom ram avsätta 5,0 mnkr för 2021 till ökad kompetens inom omsorgen, som ett komplement till statens satsning. Nämndens egna medel kan användas även inom funktionshinderområdet.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar föreslå Kommunstyrelsen att besluta

- 1) **att** rekvirera 2021 års medel för Äldreomsorgslyftet
- 2) **att** uppdra åt Vård- och omsorgsnämnden att administrera medlen och disponera dem för avsedda ändamål och därefter bistå Kommunstyrelsen med underlag för återrapportering till Socialstyrelsen under 2022

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

Beslut till:

Kommunstyrelsen för beslut

VON § Rekvirering av statsbidrag för habiliterings-ersättning 2021

Diarienummer: VON21/49

Bakgrund

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2021 fördela medel till kommunerna i form av ett statsbidrag, som ska användas till att antingen införa eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), den s k habiliterings-ersättningen. Motsvarande statsbidrag har funnits sedan 2018 och Nyköpings kommun har årligen rekvirerat medlen.

Nyköpings kommun betalar idag en habiliteringsersättning på sju kronor per timme och denna kan nu förstärkas under 2021 på samma sätt som under de senaste åren med hjälp av statsbidraget. Statsbidraget 2021 uppgår för Nyköpings del till 2 166 192 kronor och nu föreslås att detta rekvireras. Under våren 2022 ska en återrapportering göras till Socialstyrelsen om hur medlen använts.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 2021 års statsbidrag för habiliteringsersättning
- 2) **att** uppdra åt Division Social omsorg att därefter administrera statsbidraget och i början av 2022 återrapportera till Vård- och omsorgsnämnden, som ansvarar för rapporteringen till Socialstyrelsen

Beslut till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Rekvirering av statsbidrag för habiliteringsersättning 2021

Bakgrund

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2021 fördela medel till kommunerna i form av ett statsbidrag, som ska användas till att antingen införa eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), den s k habiliteringsersättningen. Motsvarande statsbidrag har funnits sedan 2018 och Nyköpings kommun har årligen rekvirerat medlen.

Nyköpings kommun betalar idag en habiliteringsersättning på sju kronor per timme och denna kan nu förstärkas under 2021 på samma sätt som under de senaste åren med hjälp av statsbidraget. Statsbidraget 2021 uppgår för Nyköpings del till 2 166 192 kronor och nu föreslås att detta rekvireras. Under våren 2022 ska en återrapportering göras till Socialstyrelsen om hur medlen använts.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 2021 års statsbidrag för habiliteringsersättning
- 2) **att** uppdra åt Division Social omsorg att därefter administrera statsbidraget och i början av 2022 återrapportera till Vård- och omsorgsnämnden, som ansvarar för rapporteringen till Socialstyrelsen

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

Beslut till:

Division Social omsorg

VON § Rekvirering av medel mot ensamhet alternativt för personer med en demenssjukdom

Diarienummer: VON21/48

Bakgrund

Regeringen har en pågående treårig satsning på stimulansmedel till landets kommuner för att ge dem möjlighet att rikta insatser för att motverka ensamhet bland äldre och en ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom. År 2020 var det första av de tre åren. Vård- och omsorgsnämnden beslutade då att rekvirera medlen och att de skulle nyttjas till att skapa ytterligare ett demensteam som komplement till det team som redan fanns inom hemtjänsten. Det nya teamet har formerats under 2020 och är nu i drift. Se § 28 och 40 (2020).

Nyköping har nu för 2021 möjlighet att för samma ändamål rekvirera 4 070 607 kronor. Medlen kan rekvireras fram till 1 november 2021 och kan användas för verksamhet från och med 1 januari 2021. I början av 2022 ska återrapportering göras över hur medlen använts och det som inte förbrukats ska återbetalas till Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsnämnden föreslås nu rekvirera medlen för fortsatt finansiering av det nybildade demensteamet, vilket nu benämns "multiprofessionellt team".

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 4 070 607 kronor i stimulansmedel för 2021 för fortsatt finansiering av det multiprofessionella teamet med inriktning mot omsorg om personer med demenssjukdom
- 2) **att** uppdra åt Division Social omsorg att till nämndsammanträdet 2021-09-02 sammanställa en rapport över hur arbetet i det multiprofessionella teamet utvecklas.

Vård- och omsorgsnämnden

Rekvirering av medel mot ensamhet alternativt för personer med en demenssjukdom

Bakgrund

Regeringen har en pågående treårig satsning på stimulansmedel till landets kommuner för att ge dem möjlighet att rikta insatser för att motverka ensamhet bland äldre och en ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom. År 2020 var det första av de tre åren. Vård- och omsorgsnämnden beslutade då att rekvirera medlen och att de skulle nyttjas till att skapa ytterligare ett demensteam som komplement till det team som redan fanns inom hemtjänsten. Det nya teamet har formerats under 2020 och är nu i drift. Se § 28 och 40 (2020).

Nyköping har nu för 2021 möjlighet att för samma ändamål rekvirera 4 070 607 kronor. Medlen kan rekvireras fram till 1 november 2021 och kan användas för verksamhet från och med 1 januari 2021. I början av 2022 ska återrapportering göras över hur medlen använts och det som inte förbrukats ska återbetalas till Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsnämnden föreslår nu rekvirera medlen för fortsatt finansiering av det nybildade demensteamet, vilket nu benämns "multiprofessionellt team".

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 4 070 607 kronor i stimulansmedel för 2021 för fortsatt finansiering av det multiprofessionella teamet med inriktning mot omsorg om personer med demenssjukdom

- 2) **att** uppdra åt Division Social omsorg att till nämndsammanträdet 2021-09-02 sammanställa en rapport över hur arbetet i det multiprofessionella teamet utvecklas.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2021-04-13

VON § Revidering av Förfrågningsunderlag för bedriv-ande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem

Diarienummer: VON21/18

Bakgrund

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 avser bland annat rutiner vid återkrav, språkrav och förtydliganden kring så kallade bombesök. Tillägg är markerade med grönt och borttag med rött.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna det reviderade förfrågningsunderlaget enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-29.
- 2) **att** det reviderade förfrågningsunderlaget gäller fr o m 2021-06-01.

Beslut till:

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

Vård- och omsorgsnämnden

Revidering av Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem

Bakgrund

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 avser bland annat rutiner vid återkrav, språkkrav och förtydliganden kring så kallade bombesök. Tillägg är markerade med grönt och borttag med rött.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna det reviderade förfrågningsunderlaget enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2021-03-29.
- 2) **att** det reviderade förfrågningsunderlaget gäller fr o m 2021-06-01.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

Beslut till:

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

VON § Förändring i budgetgruppen, Vård- och omsorgsnämnden till och med 2022

Diarienummer: VON18/177

Bakgrund

Budgetgruppen är parlamentariskt sammansatt med en representant från vart och ett av de åtta partierna. Gruppens uppgift är att vara vägledande och beredande i frågor som rör nämndens budget eller i till budgeten närliggande frågeställningar.

Enligt § 9 valdes ledamöter till nämnden. Nu har Moderaternas representant Maria Gilstig avsagt sig sitt uppdrag i Vård- och omsorgsnämnden. Hon ersätts med Karin Eriksson, som därmed även tar plats i nämndens budgetgrupp.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

1) **att** Karin Eriksson ersätter Maria Gilstig i Vård- och omsorgsnämndens budgetgrupp fram till och med 2022, som representant för Moderaterna.

Beslut till:

Nämndregistrator Assistent på Beställarkontoret

Vård- och omsorgsnämnden

Förändring i budgetgruppen, Vård- och omsorgsnämnden till och med 2022

Bakgrund

Budgetgruppen är parlamentariskt sammansatt med en representant från vart och ett av de åtta partierna. Gruppens uppgift är att vara vägledande och beredande i frågor som rör nämndens budget eller i till budgeten närliggande frågeställningar.

Enligt § 9 valdes ledamöter till nämnden. Nu har Moderaternas representant Maria Gilstig avsagt sig sitt uppdrag i Vård- och omsorgsnämnden. Hon ersätts med Karin Eriksson, som därmed även tar plats i nämndens budgetgrupp.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** Karin Eriksson ersätter Maria Gilstig i Vård- och omsorgsnämndens budgetgrupp fram till och med 2022, som representant för Moderaterna.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2021-04-13

Beslut till:

Nämndregistrator

Assistent på Beställarkontoret

VON § Delegationsärenden

Diarienummer: VON21/4

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

För begäran om allmän handling, kontakta ansvarig registrator.

Bilagat finns en förteckning över delegationsbeslut fattade till och med 2021-04-14.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** lägga förtecknade delegationsärenden till handlingarna.

Vård- och omsorgsnämnden

Delegationsbeslut

Pt	Dnr	Handlingsrubrik	Beslutande	Beslutsdatum
1.1.1	VON20/101:2	Beslut om allmänhetens möjlighet att delta på nämndsammanträdet 2021-02-04		2021-02-04
1.1.1	VON20/101:3	Beslut avseende allmänhetens möjlighet att delta på nämndsammanträde 2021-04-22	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2021-03-08
5.14.1	VON20/108:3	Beslut att avsluta Lex Sarah rapport om eventuellt missförhållande inom verksamheten personlig assistans	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2021-03-16
1.1.1	VON20/21:5	Beslut om reviderad attestförteckning för Vård- och omsorgsnämnden fr.o.m. 2020-12-15		2021-01-15
1.1.1	VON20/35:20	Beslut om bidrag till Demensföreningen, för år 2021	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2021-03-09
1.1.1	VON20/43:80	Beslut om förlängt krav på munskydd i all ansiktsnära vård och omsvårdnad		2021-01-15
1.1.1	VON20/72:9	Beslut om återrapportering till Socialstyrelsen avseende medlen för Äldreomsorgslyftet 2020	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2021-03-15
5.14.1	VON20/91:4	Beslut att anmäla Lex Sarah-rapport från gruppboendet Sjökapensvägen 12 till Inspektionen för vård och omsorg	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2020-12-04
2.14.1	VON20/94:4	Beslut att anmäla Lex Sarah-rapport från Fruängskällans äldreboende till Inpektionen för vård och omsorg	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2020-12-11
2.14.1	VON21/22:3	Beslut att avsluta Lex Sarah rapport avseende missförhållande på serviceboende Sommarvägen 6, Nyköpings kommun	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2021-03-30
1.1.1	VON21/44:3	Ordförandebeslut -Yttrande över remiss om socialdepartementets promemoria om utbetalning av ersättning för personlig assistans endast vid tillstånd	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2021-03-16

Vård- och omsorgsnämnden

Delegationsbeslut
2021-04[illegible]

VON § Anmälningssärenden

Diarienummer: VON21/1

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

För begäran om allmän handling, kontakta ansvarig registrator.

Bilagat finns en förteckning över inkomna anmälningssärenden till och med 2021-04-14.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** lägga förtecknade anmälningssärenden till handlingarna.

Vård- och omsorgsnämnden

Anmälningar

Nr	Från	Handlingsrubrik	Dnr
1	Socialstyrelsen	Beslut från Socialstyrelsen till regioner och kommuner för 2020 (omgång 1) att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till fö	VON20/70:12
2	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Personlig assistans	VON20/108:1
3	Beställarkontoret	Beslut: Beviljande av MO LSS AB's ansökan om tillstånd att bedriva bostad med särskild service för vuxna i form av gruppboende. LSS. dnr Dnr 4.1.1-24653/2020	VON20/1:56
4	Beställarkontoret	Tillståndsbevis för MO LSS AB att bedriva bostad med särskild service för vuxna i form av gruppboende. LSS. dnr Dnr 4.1.1-24653/2020	VON20/1:57
5	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Herrhagsvägen 19-21 SB	VON20/109:1
6	Socialstyrelsen	Information om utdelning av statsbidrag till kommunerna för särskild satsning på krisstöd, samtalsstöd, traumastöd m.m. till personal inom vård och omsorg om äldre o	VON20/110:1
7	Beställarkontoret	IVO:s regeringsuppdrag om omsorgsregistret rapporterat	VON20/1:59.1
8	Beställarkontoret	Protokoll från sammanträde med Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård 2020-12-11	VON20/14:5
9	Division Social omsorg	Redovisning av åtgärdsplan avseende Lex Sara rapport avseende missförhållande - Fruänaskällans äldre- och demensboende	VON20/94:3
10	Socialstyrelsen	Fördelning av statsbidrag till kommunerna för en särskild satsning på krisstöd, samtalsstöd, traumastöd m.m. till personal inom vård och omsorg om äldre o a av spri	VON20/110:1.1
11	Sveriges kommuner och regioner	Missiv: Instruktioner och information samt blankett för hemställan om tillfälligt lokalt besöksförbud på särskilda boenden för äldre	VON20/111:1
12	Sveriges kommuner och regioner	Instruktioner och information avseende hemställan om tillfälligt lokalt besöksförbud på särskilda boenden för äldre	VON20/111:1.1
13	Sveriges kommuner och regioner	Mall: Hemställan om tillfälligt lokalt besöksförbud på särskilda boenden för äldre	VON20/111:1.2
14	Inspektionen för vård och omsorg	Skrivelse: Överlämnande av inkommet klagomål gällande gruppboende, till Inspektionen för vård och omsorg - till Vård- och omsorgsnämnden för hantering	VON20/112:1

15	Beställarkontoret	Missiv: Utjämning av LSS kostnader mellan kommuner, utjämningsåret 2021, preliminärt utfall december	VON20/1:60
16	Beställarkontoret	Utjämning av LSS kostnader mellan kommuner, utjämningsåret 2021, preliminärt utfall december	VON20/1:60.1
17	Beställarkontoret	Månadsbrev för december 2020 - St Anna (Ansvar och Omsorg AB)	VON20/12:22
18	Division Social omsorg	Beslut att avsluta lex Sarah rapport avseende allvarligt missförhållande vid Fruänaskällans äldreboende	VON20/94:7
19	Beställarkontoret	Utdrag Kommunfullmäktiges protokoll § 229 201208 Budget 2021, flerårsplan 2022-2023	VON20/98:3.2
20	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport gällande personlig assistans	VON20/108:2
21	Inspektionen för vård och omsorg	Redovisning av åtgärder avseende inkommet klagomål gällande gruppboende, till Inspektionen för vård och omsorg - till Vård- och omsorgsnämnden för hantering	VON20/112:2
22	Beställarkontoret	Program för våren 2021, Anhörigstöd i Nyköping	VON21/1:2
23	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållanden - Stensgårdens gruppboende	VON21/13:1
24	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållanden - Hemtjänst Öster	VON21/16:1
25	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande på serviceboende Sommarvägen 6, Nyköpings kommun	VON21/22:1
26	Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Missiv: Begäran om uppgifter från samtliga nämnder/motsvarande med ansvar för boenden med särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade. LSS	VON21/26:1
27	Beställarkontoret	Ärendestatistik för bostadsanpassning	VON21/31:1
28	Division social omsorg	Lex Sarah rapport avseende försämring för brukare av hemtjänst i Nyköpings kommun	VON21/33:1
29	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende misstänkt stöld från brukare i Nyköpings kommun- Hemtjänst Brandkärr	VON21/34:1
30	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport om risk för missförhållande gällande hantering av eventuell smitta av covid-19 (coronaviruset)	VON21/36:1
31	Beställarkontoret	Protokollsutdrag från Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård , § 4/21 2021-03-04 Verksamhetsberättelse 2020 Nämnden för samverkan kring socialtjänst o	VON20/14:6
32	Socialstyrelsen	Återrapportering till Socialstyrelsen - Statsbidrag för demens och ensamhet	VON20/35:18
33	Socialstyrelsen	Beslut om statsbidrag till regioner och kommuner för 2020 (omgång 2) att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av sjukd	VON20/70:14

34	Division Social omsorg	Beslut avseende tidigare anmälan till IVO om misstänkt allvarligt missförhållande i Nvköpings kommen	VON20/91:10
35	Beställarkontoret	Mail - Utjämning av LSS kostnader mellan kommuner, utjämningsåret 2021, reviderat utfall mars	VON21/1:3
36	Beställarkontoret	Utjämning av LSS kostnader mellan kommuner, utjämningsåret 2021, reviderat utfall mars	VON21/1:3.1
37	Beställarkontoret	Socialstyrelsens analysplan 2021	VON21/1:4
38	Division Social omsorg	Utredning avseende Lex Sarah rapport avseende missförhållande på serviceboende Sommarvägen 6. Nvköpings kommun	VON21/22:2
39	Beställarkontoret	Björkgården ändrat chefsskap - testprojekt	VON21/29:9
40	Beställarkontoret	Inkomna klagomål från anhörig/godman, avseende Riggargatan - 2021-03-23	VON21/29:6
41	Beställarkontoret	Skrivelse till Ansvar och Omsorg AB avseende inkommet klagomål på brister i Riggargatans verksamhet. samt information om uppföljning hösten 2021	VON21/29:7
42	Beställarkontoret	Svar på skrivelse avseende inkommet klagomål på brister i Riggargatans verksamhet, samt information om uppföljning hösten 2021	VON21/29:8
43	Beställarkontoret	Månadbrev efter februari från S:t Anna	VON21/29:4
44	Beställarkontoret	Klagomål på verksamheten på Riggargatan samt verksamhetens svar till anhörig	VON21/29:5
45	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport om risk för missförhållande gällande brist i kommunikation	VON21/35:1
46		Skrivelse avseende vilka rutiner Nyköpings kommun har vid fallolyckor (hur informeras anhöriga mm)	VON21/43:1
47	Inspektionen för vård och omsorg	Överlämnande av klagomål avseende verksamheten vid Trillingsbergsvägen 57 - från Inspektionen för vård och omsorg	VON21/45:1
48	Socialstyrelsen	Information om rekvisition av statsbidrag till kommuner för habiliteringsersättning 2021. Dnr 9.2-546/2021	VON21/49:1
49		Skrivelse avseende konsekvenser av indragning av Daglig verksamhet och borttagande av buss. Stensgården	VON21/50:1
50	Inspektionen för vård och omsorg	Missiv: Information om att Inspektionen för vård och omsorg genomför en tillsyn för att aranska i vilken utsträckning kommunen anlitar privata utförare av hemtjänstinsatser	VON21/52:1
51	Inspektionen för vård och omsorg	Information om att Inspektionen för vård och omsorg genomför en tillsyn för att aranska i vilken utsträckning kommunen anlitar privata utförare av hemtjänstinsatser	VON21/52:1.1
52	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande Koggen 1 A	VON21/53:1

53	SPF/PRO	Mail: Översändande av skrivelse från SPF och PRO gällande initiering av kartläggning av den palliativa vården i länets särskilda boenden. till Vård- och omsorg	VON21/54:1
54	SPF/PRO	Skrivelse: Initiering av kartläggning av den palliativa vården i länets särskilda boende	VON21/54:1.1
55	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Brandholmsvägens gruppboende	VON21/63:1
56	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Stensgården	VON21/64:1
57	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Stensgården	VON21/65:1