ÄRENDE NR 8

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORG
Anneli L Sundin

Redovisning av vidtagna åtgärder efter IVO tillsyn av myndighetsutövningen inom äldreomsorgen vid socialtjänsten, Sala med Dnr 8.5-23147/2014.

- För att "säkerställa att hanteringen av ärenden där den enskilde avböjer erbjudande av namngivet särskilt boende inte begränsar den enskildes rätt till skälig levnadsnivå" har en ny tillämpningsrutin införts. Se bilaga 1.
- När det gäller hur nämnden kan "redovisa hur man i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete möjliggör samverkan med landstingets primärvård och psykiatriska vård", så har ett arbete under våren 2015 startats med att bygga en kvalitets ledningssystem. Ledningssystem för vård och omsorg bilaga 2,Dokumenthantering för styrande dokument bilaga 3, Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem bilaga 4.

  De riktlinjer som till dags datum finns färdiga och fastställda av nämnden och som berör samverkan är, Samordning och samverkan bilaga 5, Samordnad individuell plan (SIP) bilaga 6, kallelse till Samordnas individuell plan(SIP) bilaga 7, Samordnad Individuell plan bilaga 8. Alla biståndshandläggare skall gå en SIP halvdagsutbildning efter sommaren. Rutin för samverkan vid egenvård bilaga 9, Lokal handlingsplan 2015-2016 bilaga 10 och 11.

  Från våra riktlinjer skall det skapas tillämpningsrutiner i alla nämndens verksamheter. Detta arbete är en fortsatt del i vår uppbyggnad av kvalitetsledningssystemet. Alla chefer skall påbörja ett arbete med att ta fram och beskriva sina processer och knyta tillämningsrutiner till processerna.
- När det gäller "hur nämnden genomför egenkontroller för att säkerhetsställa kvalitén och rättsäkerheten vid äldreomsorgens myndighetutövning" har ny tillämpningsrutin för ärendegranskning vad det gäller myndighetsutövning tillskapats. Se bilaga 12.

Anneli L Sundin/verksamhetschef

SALA KOMMUN
Vård- och omsorg
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Fredsgatan 23, Sala
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

Anneli L Sundin
Verksamhetschef
anneli.l.sundin@sala.se
Direkt: 0224-74 90 08

inspektionen för vård och omsorg

Avdelning mitt
Lena Nyberg
lena.nyberg@ivo.se

Lena N
Anneli L S
Marianne A
VON ordf.
VON
Peter
Agneta v S

BESLUT

2015-04-13 Dnr 8.5-23147/2014 1(11)

Vård- och omsorgsnämnden

Sala kommun
Box 304
733 25 SALA

SALA KOMMUN
Vård- och omsorgsförvaltningen
Ink. 2015 -04- 14
Diarienr 2014/485 Diarieplanbeteckn. - 6

Ärendet

Tillsyn av myndighetsutövning inom äldreomsorgen vid socialtjänsten, Sala

Beslut

Vård- och omsorgsnämnden i Sala kommun ska:

- säkerställa att hantering av ärenden där enskild avböjer erbjudande av namngivet särskilt boende inte begränsar den enskildes rätt till skälig levnadsnivå,
- redovisa hur man i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete möjliggör samverkan med landstingets primärvård och psykiatriska vård,
- redovisa hur nämnden genomför egenkontroller för att säkerställa kvaliteten och rättssäkerheten vid äldreomsorgens myndighetsutövande verksamhet.

En redovisning av vidtagna åtgärder ska ha inkommit till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) senast den 1 juni 2015.

Bakgrund

IVO har i ett tidigare klagomål uppmärksammat brister i biståndshandläggares utredningar samt bristande samverkan och informationsöverföring.

Med hänsyn till ovanstående inledde IVO en verksamhetstillsyn gällande myndighetsutövningen avseende äldreomsorgen vid Vård- och omsorgsnämnden i Sala kommun. Tillsynen inkluderar biståndshandläggarnas kompetens och kompetensutveckling, samverkansfrågor mellan myndighetsutövningen och verkställande verksamhet i hemtjänsten samt externa aktörer.

Underlag

- Beslut i ärende med dnr: 8.2-35971/2013
- Protokoll fört vid inspektion den 7 oktober 2014.

Inspektionen för vård och omsorg
Box 423
701 48 ÖREBRO

Telefon 010-788 50 00
registrator@ivo.se
www.ivo.se

Fax +46 010-788 56 46
Org nr 202100-6537

- Social dokumentation i form av ansökningar, utredningar och biståndsbeslut inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen samt biståndshandläggares journal.
- Yttrande från nämnden samt av nämnden upprättad handlingsplan avseende bl.a. myndighetsutövningen daterad den 13 november 2014.

Redovisning av tillsyn

En inspektion genomfördes vid verksamheten den 7 oktober 2014. Tre intervjuer genomfördes under inspektionen. Hemtjänstpersonal, biståndshandläggare och ansvarig verksamhetschef för myndighetsutövningen inom äldreomsorgen intervjuades.

Intervju med verksamhetschefen

Arbetssätt

Kommunen ska ändra verksamhetssystem från den 1 januari 2015. En del i systemet kommer att vara avsett endast för biståndshandläggarnas journalanteckningar. Ett nytt arbetssätt ska införas men börjar som pilotprojekt tillsammans med en hemtjänstgrupp och en handläggare. Fokus ska ändras från att ha varit insatsbaserat till att mer utgå från individuella behov. Detta ska sedan utvärderas.

Verksamhetschefen har kunnat konstatera att det saknas rutiner för myndighetsutövningen. Visserligen finns rutiner på papper eller elektroniskt men de har inte implementerats och var och en har arbetat på sitt sätt. Teamarbetet behöver utvecklas och handläggarna behöver stärkas i sina roller. Tanken är att brukarens behov och önskemål ska vara i centrum och att besluten ska bli mer detaljerade. Det nya arbetssättet ska öka möjligheten för brukarna att bli mer delaktiga.

En konsulent har rekryterats. Hennes uppdrag är inledningsvis att skapa basrutiner för t.ex. handläggningsprocessen utifrån biståndshandläggarnas roll.

Kompetens

I medarbetarsamtal ska verksamhetschefen kartlägga biståndshandläggarnas kompetensutvecklingsbehov. Det finns troligen brister som kommer att behöva kartläggas, t.ex. kunskap om samtalsmetodik, demenssjukdomar samt lagstiftningsfrågor. Handläggarna ska gå en intern dokumentationsutbildning i november. Det ska vara en basutbildning men även förändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL m.m. (SOSFS 2014:5) ska ingå. I dagsläget finns det inget systematiserat sätt

att ta lärdom t.ex. av domar från ett överklagande. Detta anses vara ett förbättringsområde där det har brustit.

Samverkan
En gång i månaden genomförs arbetsplatsträffar med biståndshandläggarna. Verksamhetsutvecklingsträffar sker med samtliga handläggare ett par gånger årligen. Konsulenten har ärendehandläggningar med biståndshandläggare två gånger i månaden. Konsulenten ska upprätta rutiner för samverkansformer mellan SoL- och LSS-handläggare. Hon ska även bevaka lagförändringar, ge metodstöd och arbeta med utvecklingsfrågor. Biståndshandläggarna har möjlighet att ingå i ett nätverk med andra kommuner men verksamhetschefen är osäker på hur mycket de använder sig av det. Det finns ett samverkansdokument med psykiatrin men verksamhetschefen anser att samverkan behöver förbättras. Konsulenten är delaktig i detta arbete.

Kvalitet
Vid tiden för intervjun genomförde verksamhetschefen ingen kontroll av utredningarnas innehåll och kvalitet men det fanns planer på t.ex. kollegiegranskning. Verksamhetschefen skulle genomföra en utbildning om avvikelsehantering som handläggarna skulle gå. Det finns riktlinjer för vilka insatser som kan beslutas men handläggarna kan gå till nämnden om de anser att insatser utöver dessa behövs eller om riktlinjerna behöver ändras.

Intervju med biståndshandläggarna
Samverkan med andra aktörer
På fråga om handläggarna använder sig av Samordnad Individuell Plan (SIP) svarar de att de inte har gjort det ännu men att det kan bli aktuellt. En annan samverkansform är regelbundna teamträffar mellan hemtjänsten och hemsjukvården där både sjuksköterska och arbetsterapeut deltar. Där tar man bl.a. upp ärenden. Handläggarna har inga regelbundna träffar med representanter från psykiatrin. Psykiatrin hänvisar ofta de äldre till familjeläkaren. De äldre riskerar därför hamna mellan stolarna. Detta har skett oftare på sistone.

Dokumentation
Man planerar att införa ett nytt dokumentationssystem. Det nya systemet ska användas av biståndshandläggarna, enhetscheferna för hemtjänsten samt eventuellt samordnaren för hemtjänsten. Omvårdnadspersonal i hemtjänsten kommer inte att dokumentera i det nya systemet.

Beslut
Biståndshandläggarna fattar inga beslut om individuella insatser på särskilt boende. Man avvaktar ny föreskrift på området. Eftersom förändringen innebär mer arbete för handläggarna har medel till ytterligare en tjänst avsatts.

Beslut om insatser i hemtjänsten kan skrivas i sammanfattande termer som t.ex. morgonhjälp. Handläggarna skickar en arbetsplan till hemtjänstpersonalen där de beskriver vad morgonhjälpen består av. Den enskilde kan se i genomförandeplanen vilka insatser som han eller hon ska få. Handläggarna beslutar endast om schablontid och enhetschefen för hemtjänsten reglerar tiden. När det gäller omvårdnadsinsatser så har enhetschefen möjlighet att ändra tiden men avgiften påverkas inte.

Beställning och uppföljning
När handläggarna har fattat ett beslut så skickar de en beställning till den enhetschef inom hemtjänsten som är ansvarig för det aktuella geografiska området. Enhetschefen lämnar beställningen till en av samordnarna som planerar insatserna. Funktionsbedömning, arbetsplan och det beslutsmeddelande som sänts till den enskilde följer automatiskt med beställningen till hemtjänsten. Biståndshandläggaren tar alltid kontakt med den enskilde för uppföljning. När den enskilde har kommit hem från sjukhuset samt vid nya ärenden ska uppföljning göras efter 4-6 veckor. Det är inte alltid handläggarna hinner göra det inom denna tid. Dessutom kan hemtjänstpersonal, enhetschef och/eller biståndshandläggare använda s.k. teamträffar för att uppmärksamma biståndshandläggaren på att en uppföljning ska eller bör göras.

Kompetensutveckling
Handläggarna har medarbetarsamtal en gång om året. De har fått en kompetensutvecklingsmall där de själva ska skatta sin kompetens vad gäller äldres åldrande, dokumentation, handläggning osv. Den ska resultera i en kompetensutvecklingsplan.

Kvalitetskontroll
Ett företag anlitades tidigare för kompetensutveckling i dokumentationen och de utgick från handläggarnas avidentifierade utredningar. Företaget höll sedan en utbildning där de gick igenom hur handläggarna dokumenterade och vad som behövde förbättras.

Överklagade ärenden
Om ett beslut överklagats tar handläggaren del av överklagandet. Om beslutet ändras sker dokumentation i det befintliga ärendet. Om beslutet kvarstår skickas överklagandet vidare till förvaltningsrätten tillsam-

mans med kommunens yttrande. Om rätten skulle döma till den enskildes fördel skulle en beställning utifrån domen lämnas till utföraren. Det finns dock ingen känd rutin för hur handläggarna ska agera i en sådan situation. Handläggarna har inte varit med om ett överklagande vad gäller hemtjänst men det förekommer oftare vid beslut om särskilt boende. Några gånger har överklagan till kammarrätten gjorts från kommunens sida men det finns ingen rutin för hur det ska göras. Ibland händer det att en handläggare begär prövningstillstånd i kammarrätten. Vid frågan om agerande vid återförvisning från domstolen är handläggarna osäkra.

Intervju med omvårdnadspersonal i hemtjänsten

Planering av insatser

Den enskilde kan bestämma när biståndet ska ges inom ett visst spann. Personalen anser att de hinner med att ge de insatser de ska men ibland hinns åtgärder avseende samordning, dokumentation, uppföljningar etc. inte med.

Dokumentation

Personalen ska använda mobiltelefonen för att registrera besvarade larm, genomförda insatser samt ej utförda insatser. Denna information läggs in automatiskt i det elektroniska dokumentationssystemet. På fem veckor har personalen två stora arbetsplatsträffar. Vid en av dessa träffar uppdateras genomförandeplanerna.

Samverkan

Teamen träffar biståndshandläggarna varannan vecka eller två gånger på fem veckor. Då går man igenom alla brukare och tar upp aktuella frågor. De intervjuade uppger att samarbetet fungerar bra. Biståndshandläggarna är kopplade till vissa geografiska områden. Personer med psykisk ohälsa eller missbruk har ofta gode män som är till stor hjälp. Det finns också ofta kontaktpersoner inom psykiatrin som kan göra hembesök.

Ibland fungerar samverkan med primärvården mindre bra. Det är oklart vilka som är hemsjukvårdskunder och primärvårdskunder.

Granskning av utredning och beslut

IVO har granskat ansökningar, utredningar och beslut om hemtjänst och särskilt boende från 2014. Totalt har IVO granskat 17 personakter som avser hemtjänst eller särskilt boende där ansökan bifallits samt 5 personakter där ansökan om särskilt boende avslagits. Granskningen omfattar även biståndshandläggares journal avseende aktuell person. Vid granskningen har IVO noterat följande.

- Anledning till att utredning inletts framgår av alla utredningar.
- I några utredningar framgår inte om det är den enskilde som ansökt om insatser. Utredning har inletts efter diskussion mellan biståndshandläggare och närstående.
- Uppgifter om fysiska, psykiska och sociala behov under dygnet samt den enskildes egna resurser framgår delvis i utredningarna. I de fall det varit befogat framgår behov av hälso- och sjukvård samt rehabilitering under dygnet.
- Granskade avslagsbeslut innehåller en utredning och har motiverats.
- Inget av bifallsbesluten avseende särskilt boende innehåller beslut om eller beskrivning av vilka individuella insatser den enskilde ska få på boendet.
- I hälften av de beslut som gäller särskilt boende finns följande förbehåll antecknat. "Den som tackar nej till erbjuden plats i särskilt boende ska vara medveten om att detta betraktas som att ansökan om plats återtas och att någon kö till att få en annan plats vid ett annat boende inte finns. För dig som eventuellt bor tillfälligt på korttidsplats och tackar nej till erbjuden plats på särskilt boende upphör beslut om korttidsplats att gälla".
- Det är vanligt förekommande att besluten om hemtjänst innehåller beslut om "morgonhjälp" eller "kvällshjälp" utan någon närmare precisering av innehållet.

Nämndens yttrande m.m.

Nämnden har efter genomförd inspektion kompletterat tillsynen med ett yttrande och en handlingsplan. Av yttrandet framgår bl.a. följande. Nämnden ser ett allmänt behov av utveckling inom verksamheten vad gäller dokumentation, mätbara mål och mer regelbunden uppföljning av individens insatser. Efter genomförd egenkontroll har nämnden fattat beslut om en övergripande åtgärdsplan. De beslutade åtgärderna har tidplanerats. Vidtagna åtgärder ska följas upp inom ett år för att säkerställa att åtgärderna haft avsedd effekt. Uppföljningarnas resultat ska redovisas till nämnden. En del av åtgärderna är:

- Översyn och tydliggörande av berörda enheters arbetsfördelning som ska vara genomfört våren 2015. Ansvarig: verksamhetschef för biståndenheten, äldreomsorgen.
- Upprätta en riktlinje för information och samordning vid ett besluts verkställighet som ska vara genomfört i april 2015. Ansvarig: konsulent och enhetschefer inom äldreomsorg och entreprenad.

- Upprätta riktlinje för beslutande nämnds dokumentation enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:5) som ska vara genomförd i februari 2015. Ansvarig: utvecklare inom verksamheten.
- Upprätta riktlinje för utförares dokumentation enligt SOSFS 2014:5 som ska vara genomförd februari 2015. Ansvarig för åtgärd är utvecklare.
- Utbildningar kommer att ske i dokumentation, utredningsmetodik, systematiska metoder och mätbara mål, barnperspektiv i handläggning samt förvaltningsutbildning. Ansvariga för detta är utvecklare, projektansvarig och enhetschefer.
- Upprätta tillämpningsrutin för handläggares systematiska uppföljning. Ansvarig konsulent och projektansvarig för ÄBIC (äldres behov i centrum).

Utöver ovanstående kommer ytterligare tillämpningsrutiner och checklista avseende dokumentation att upprättas.

Skälen för beslutet

Tillämpliga bestämmelser

- 3 kap 3 §, 5 kap 1-4 §§, 11 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation i samband med handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS (upphört att gälla 1 januari 2015)
- 4 kap och 5 kap. 2 och 7 – 8 §§ Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Bedömning

Myndighetsutövning och dokumentation

Av IVO:s tillsyn framgår att såväl verksamhetschef som biståndshandläggare uppgivit att det saknats rutiner och ett samordnat arbetssätt när det gäller myndighetsutövningen inom äldreomsorgen. Detta är inte förenligt med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det har nu påbörjats ett omfattande förbättringsarbete för att utarbeta riktlinjer, rutiner och andra styrdokument avseende myndighetsutövning, dokumentation och uppföljning. IVO ser positivt på detta arbete. IVO vill dock anföra följande.

Vårdgivare och den som bedriver socialtjänst, i detta fall vård- och omsorgsnämnden, ansvarar för att ett för verksamheten anpassat lednings-

system för systematiskt kvalitetsarbete upprättas i enlighet med ovan nämnda föreskrift. Av 4 kap. 1 - 4 §§ följer att nämnden ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. De ingående aktiviteterna i processerna ska identifieras och ordnas och de rutiner som behövs ska utarbetas och fastställas. IVO vill här understryka att ett anpassat kvalitetsledningssystem alltså inte endast utgörs av en samling rutiner utan ska innehålla en systematisk beskrivning av verksamhetens processer med ingående aktiviteter. Det är först när man kartlagt vilket arbete som faktiskt utförs, dvs. vilka processer som finns, som man kan fastställa vilka rutiner, riktlinjer m.m. som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. IVO vill också peka på att i myndighetsutövningen väsentliga delar som t.ex. information om möjligheten att överklaga, hantering av överklagande av biståndsbeslut och processen i förvaltningsdomstol m.m. bör hanteras i ledningssystemet. Detta eftersom dessa processer har stor betydelse för den enskildes rättssäkerhet. IVO påpekar också att nämnden är ytterst ansvarig för att personal inom socialtjänsten har relevanta kunskaper inom det området.

Förbehåll i biståndsbeslut
IVO har i sin granskning av biståndsbeslut noterat att de, i hälften av de beslut som gäller särskilt boende, finns ett förbehåll angivet. Förbehållet innebär att om en enskild tackar nej till erbjuden plats på särskilt boende medför detta att nämnden betraktar ansökan som återtagen och att eventuellt pågående verkställighet av korttidsplats upphör. Av yttrande från Justitieombudsmannen (JO 2005/2006 s. 182) framgår att ett beslut om särskilt boende inte automatiskt kan anses verkställt i och med att den enskilde tackar nej till ett namngivet boende. Att den enskilde tackar nej kan bero på att boendet inte motsvarar den enskildes önskemål eller att erbjudandet inte är anpassat till den enskildes behov. I sådana fall kan det ifrågasättas om verkställigheten av biståndsbeslutet i det enskilda fallet tillgodoser den enskildes rätt till en skälig levnadsnivå. En prövning genom ett förvaltningsbeslut kan då även vara nödvändigt i verkställigheten. En prövning i denna fråga måste alltid göras i varje enskilt fall.

IVO anser med hänsyn till ovanstående att nämnden inte automatiskt kan återkalla det gynnande beslutet enbart av den anledningen att den enskilde tackar nej till ett erbjudet boende. Detsamma gäller beslutet om korttidsplats. I de flesta fall innebär ett nej inte att förutsättningarna för biståndsbeslutet har ändrats. Eftersom behovet kvarstår, kvarstår även beslutet som ej verkställt. Om den enskilde tackar nej till boendet och behovet ändå kvarstår bör orsakerna till detta antecknas och nämnden får sedan i nära samråd med den enskilde söka finna en lösning som på bästa sätt kan tillgodose den enskildes behov. Nämnden måste

därför säkerställa att hantering av ärenden där enskild avböjer erbjudande av namngivet särskilt boende inte begränsar den enskildes rätt till skälig levnadsnivå.

Utformning av beslut och uppföljning m.m.
Vid beslut om särskilt boende fattar nämnden ett s.k. rambeslut. Insatsen beskrivs endast som plats på särskilt boende utan precisering av vilka insatser den enskilde har rätt till på boendet. På samma sätt fattar nämnden ibland opreciserade beslut som t.ex. morgonhjälp och kvällshjälp, när det gäller hemtjänstinsatser. Ett rambeslut kan vara ett sätt att ge en flexibilitet i verkställigheten men detta får dock enligt IVO:s uppfattning inte medföra att besluten blir så allmänt hållna att den enskilde inte vet om han eller hon fått den hjälp som begärts eller om beslutet borde överklagas. Beslutens utformning medför också en svårighet för nämnden att följa upp om den enskilde faktiskt fått sitt behov av hjälp och stöd tillgodosett.

Nämnden har inlett ett arbete med att förbättra biståndshandläggarnas arbete att följa upp den enskildes insatser. IVO anser att detta arbete bör fortsätta och att nämnden tar ansvar för att systematiskt och fortlöpande följa upp de enskildas behov och stöd. Detta ansvar har tydliggjorts i förarbeten till socialtjänstlagen enligt följande. "Regeringen vill i detta sammanhang understryka att det alltid är den beslutande nämnden som har ansvaret för att den enskilde verkligen får det bistånd som har beviljats, oavsett vem – den beslutande nämnden själv, en annan nämnd eller en enskild verksamhet – som verkställer det beslutade biståndet. Med detta ansvar följer självklart en skyldighet att dokumentera att beslutet har verkställts samt att följa upp det beviljade biståndet" (prop. 2005/2006:115 s 118).

I granskning av biståndsutredningarna och beslut har IVO vidare noterat att utredning av behov av insatser ibland initierats av närstående. Här vill IVO påpeka att socialtjänsten ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet och insatser enligt socialtjänstlagen ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Närstående kan i detta sammanhang vara en viktig källa för att få förståelse för den äldre personens behov, samtidigt som verksamheten behöver vara lyhörd för den äldres egen uppfattning. Verksamheten ska därför alltid vara aktiv för att värna den äldres delaktighet utifrån dennes förutsättningar. Vidare noterade IVO att det i några av de granskade besluten anges att enskilda beviljats "insatser i hemmet i form av särskilt boende". IVO anser att denna formulering är otydlig och riskerar medföra en osäkerhet om vad den enskilde egentligen har beviljats. IVO påpekar vikten av att det finns en tydlighet i beslut om

insatser gällande vad den enskilde ansökt om och vilka insatser som beviljats samt vart dessa har beviljats.

Samverkan
Enligt 4 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska nämnden identifiera de processer inom socialtjänsten där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten samt hur samverkan ska möjliggöras med andra verksamheter samt med hälso- och sjukvården. Nämnden ska även enligt 6 § samma kapitel identifiera de processer som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Även av dessa processer och rutiner ska framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten samt hur samverkan möjliggörs med andra vårdgivare samt socialtjänsten.

Såvitt framgår av IVO:s tillsyn finns ett upparbetat arbetssätt mellan sjuksköterskor och hemtjänstpersonal för att samverka omkring den enskilde äldre. Ett arbete pågår också för att förbättra samverkan mellan biståndshandläggarna och den verkställande delen av äldreomsorgen. Däremot finns osäkerhet vad gäller kontakten med landstingets hälso- och sjukvård, såväl vad gäller primärvården som psykiatrin. Med hänsyn härtill ska nämnden till IVO redovisa hur man i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete möjliggör samverkan med landstingets primärvård och psykiatriska vård.

Egenkontroll
Vid IVO:s inspektion framkom att inga systematiska uppföljningar av biståndshandläggarnas arbete genomfördes. Detta är en brist. En utomstående konsult har visserligen granskat biståndsutredningar för att kartlägga behov av utbildningsinsatser men någon regelbunden egenkontroll genomförs inte. Planer fanns eventuellt för kollegiegranskning men detta hade inte genomförts.

Enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är nämnden skyldig att utföra egenkontroll av verksamheten. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att nämnden ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Resultatet av egenkontrollen utgör sedan en del av det underlag för åtgärder som nämnden, enligt 5 kap. 7 – 8 §§ nämnda föreskrift, ska vidta åtgärder för att säkra verksamhetens resultat. Om så behövs ska verksamhetens processer och rutiner förbättras.

IVO anser att en fungerande egenkontroll är ett väsentligt verktyg för nämnden för att säkra verksamhetens kvalitet. IVO har i aktuell tillsyn

konstaterat att egenkontroll helt saknades vad gäller äldreomsorgens myndighetsutövning. Nämnden måste vidta åtgärder för att undanröja denna brist.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Anna Karin Nyqvist. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Katarina Bone och Margit Nordin-Lundgren deltagit. Inspektören Lena Nyberg har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg

Anna Karin Nyqvist

Anna Karin Nyqvist

Lena Nyberg

Lena Nyberg

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Tilllämpningsrutin boendesamordningen	DOKUMENTT	BESLUTAD 2015-08-20
ORGANISATION Vård och omsorgsnämnden	DOKUMENTÄGARE Socialchef	DIARIENUMMER 2015-107
HANDLÄGGARE Sipan Mehho	PUBLICERAD	REVIDERAD

Tillämpningsrutin Boendesamordning Sala kommun

Process boendesamordning vård och omsorgsboende

Syfte och bakgrund.

Syftet med rutinen är att beskriva processen vid erbjudandet av vård och omsorgsboende, korttidsplats samt växelvårdsplatser.

- Biståndshandläggare fattar beslut om ett särskild vård och omsorgsboende.
- Biaståndshandläggare skickar beslut till boendesamordning äldreomsorg på utförarval.
- Meddelande skickas i Pulsen Combine till boendesamordnarna. Ev önskemål från brukare bifogas i meddelandet
- Boendesamordnare skickar erbjudande om vård och omsorgsboende till den brukare som har de tidigaste beslutsdatumet.Vid akut behov kan datumordning frångås. Erbjudandet görs per brev. Svar begärs ha inkomit från brukaren senast efter en vecka efter erbjudan om vård och omsorgsboende.
- Återkoppling av boendesamordnare till biståndshandläggare när brukaren blir erbjuden ett vård och omsorgesboende, för kunna avsluta pågående insatser.
- Boendesamordnare ansvarar för planering av det särskilda vård och omsorges boende (lägenhets nummer) . Beställning skickas av boendesamordnare till aktuell utförare för vård och omsorgsboende, när datum för inflyttning blivit bestämt.
- Tackar brukaren nej till erbjudande om vård och omsorges boende, kontaktar boendesamordnare ansvarig biståndshandläggare som i sin tur gör en uppföljning och bedömning av brukarens behov av insatser. Tackar brukaren nej till det erbjudan om vård och omsorgsboendet pga av brukaren vill bo på ett annat vård och omsorgsboende skall biståndshandläggarens

bedömningen handla om behovet kan tillgodoses på annat sätt i avvaktan på erbjudandet om annat vård och omsorgsboende.

- När brukaren avlider eller inte har behov av vård och omsorges boende, meddelas det av boendets enhetschef till boendesamordnare och biståndshandläggare med namn och lägenhetsnummer.
- Boendesamordnare ska avsluta brukare i combine om brukaren flyttar till nytt vård och omsorgsboende eller avlider.
- Om brukaren byter lägenhet inom samma boende, kan boendesamordnaren placera om brukaren i den aktuella lägenheten.
- Om brukaren byter sitt vård och omsorgesboende inom kommunen, kan boendesamordnaren byta utförare på utföraval.
- Om brukaren avlider i väntan på särskild boende, meddelas biståndshandläggaren för att avsluta ärendet.
- Icke verkställda beslut rapporteras av boendesamordnare till ansvarig rapportör inom IVO idag Petra Nordwall.

Dokumentation under boendesamordningsprocess görs av boendesamordnare på myndighetsvyn fram till det datum då brukaren flyttar in till sitt boende.

- Drar planeringen ut på tiden eller om brukare ångrat sig tar boendesamordnaren kontakt med biståndshandläggare.

Korttidsboende

- Beställningar som gäller kortidsboende (alla) skickas till kortidsboende Parklängan 1.
- Beställningen ligger kvar i inkomna beställningar till dess den kan verkställas.
-
- När korttidsplats skall verkställas någon annanstans än Parklängan 1 och beställningen redan finns hos Parklängan. Då måste beställningen bekräftas och biståndshandläggare gör ett nytt utförarval till den nu aktuella enheten.
- När brukarren vistas på sjukhuset skriver biståndshandläggaren i prator när brukaren har fått plats på korttidsboende. Sjukhuset meddelar brukaren i sin tur om platsen. Vid andra fall är det enhetschefen på kortidsplatsen som erbjuder brukaren plats.

SALA KOMMUN

Vård- och omsorgsnämnden

Växelvård

- Biståndshandläggaren skickar beställningen till Parklängan för planering.I de fall biståndshandläggaren inte har tagit kontakt med någon av de för växelvård aktuella enheterna, kan biståndshandläggaren skicka beställningen direkt till enhetschefen för växelvårdsboendet.

- Verkställande av växelvård sker då planeringen är klar.
- Drar planeringen ut på tiden eller om brukare ångra sig, då måste boendesamordnaren meddela biståndshandläggaren.

2

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Vård och omsorgsnämndens ledningssystem	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-03-12
ORGANISATION VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN	DOKUMENTÄGARE Socialchef Agneta von Schoting	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD 2015-03-16	REVIDERAD

Ledningssystem för vård och omsorg

Innehåll

Ledningssystem för vård och omsorg 1
Syfte och innehåll 2
Fördelning av ansvar och uppgifter 2
Ledningssystemet olika delar 3
Gemensamt arbetssätt 3
Processer och rutiner 3
Systematiskt förbättringsarbete 4
Riskanalyser 4
Utredning av felhändelser och avvikelser 6
Kontinuerligt förbättringsarbete och utveckling 6
Uppföljning av kvaliten 7
Dokumentation, sammanställning och analys 7
Kvalitetsberättelse 8
Patientsäkerhetsberättelse 8

SYFTE OCH INNEHÅLL

Verksamheten omfattas av krav på ledningssystem[1] i vilket ingår styrande dokument såsom policys, program och planer från kommunfullmäktige samt riktlinjer, handlingsprogram, handlingsplaner och tillämpningsrutiner från nämnden, kommunstyrelsen och den egna verksamheten.

Ledningssystemet ska anpassas till verksamheten och till enheternas inriktning och omfattning[2]. De styrande dokumenten för verksamheten ska identifieras och ingå. Använda nivåer och strukturen är; ledning, kärnverksamhet och stöd. En laglista ska finnas som utgångspunkt för chefernas arbete.

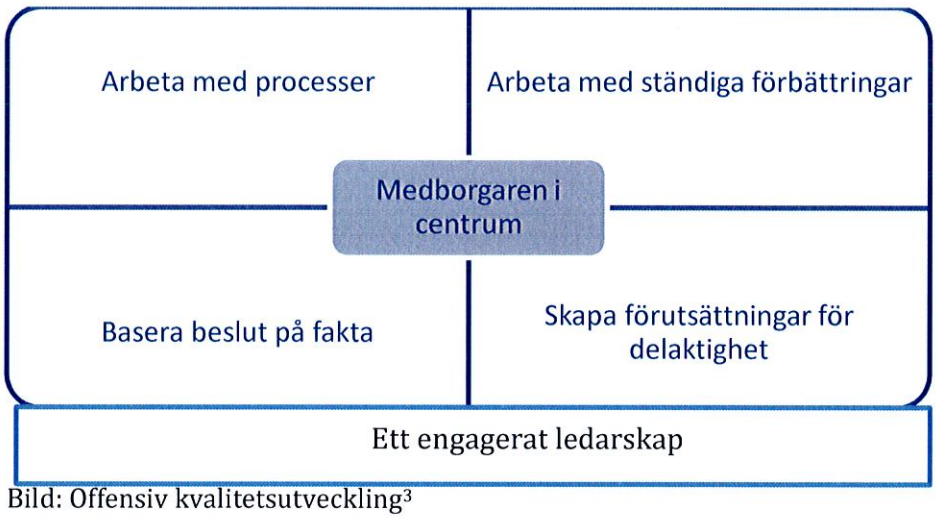


Bild: Offensiv kvalitetsutveckling[3]

FÖRDELNING AV ANSVAR OCH UPPGIFTER

Utgångspunkten är uppdraget, lagstiftning samt fullmäktiges och nämndens mål. Ansvaret för att planera arbetet, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra[4] verksamheten ligger på ansvarig chef. I ansvaret ingår att förtydliga hur det ska göras och vilka delar som ingår för det egna verksamhetsområdet. Det innebär att chefen för sitt område ansvarar för följande delar

- Utforma rimliga mål med tydlig ambitionsnivå och tillhörande indikatorer som utgår från politiska mål och verksamhetens behov
- Upprätta en laglista samt uppdragsbeskrivning eller åtagandedokument
- Identifiera alla viktiga processer för kvalitet samt säkerställa att de dokumenteras i styrande dokument (tillämpningsrutiner)
- Kontinuerligt arbeta med systematisk förbättring; med riskanalyser, klagomål, avvikelsehantering, egenkontroll och förbättringsarbete
- Regelbundet följa upp och analysera verksamheten med fokus på resultat och utveckling samt upprätta en årlig kvalitetsberättelse

[1] 1 kap 1 § SOSFS 2011:9
[2] 4 kap 1 § SOSFS 2011:9
[3] Bergman, B, Klefsjö, B. Kvalitet från behov till användning, Lund:Studentlitteratur; 2007
[4] 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9

LEDNINGSSYSTEMET OLIKA DELAR

Verksamhetens mål utformas av politiken. Övergripande nationella mål för socialtjänsten finns i lagstiftningen. Det finns särskilda mål för olika områden. Det tillkommer sedan lokala mål. Verksamheten ska välja vilka mål som ska prioriteras, de omvandlas till mätbara mål och följs upp.

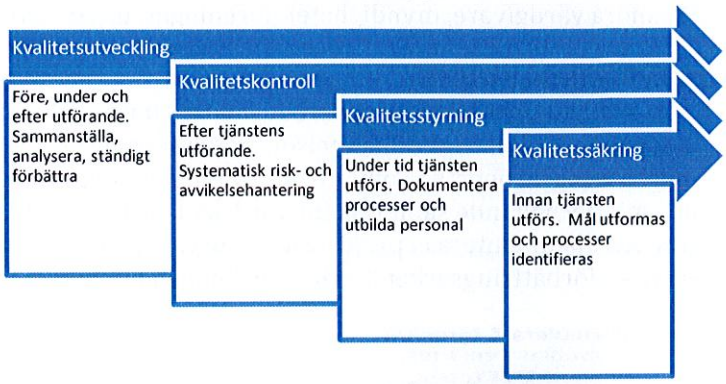


Bild: Bild efter Bergman och Klefsiö, 2001.

GEMENSAMT ARBETSSÄTT

Det arbetssätt som ska användas ska utgå från PDCA-hjulet. Arbetet ska planeras och chefen ska leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra[5] verksamheten. I det dagliga arbetet ska ledningssystemet användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

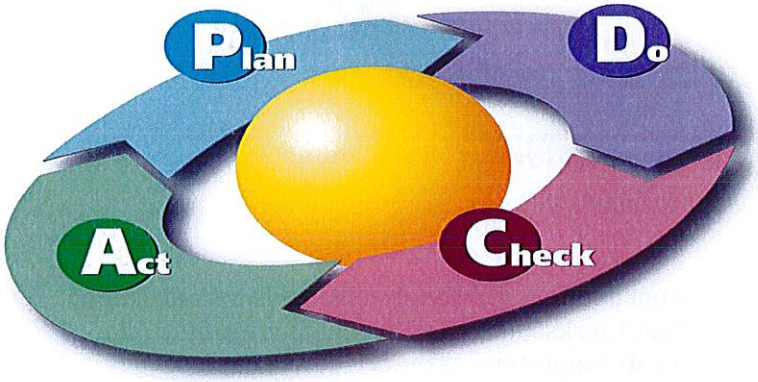


Bild: Wikipedia

PROCESSER OCH RUTINER

De processer som behövs för att säkra kvaliteten ska identifieras, beskrivas och fastställas. För varje process ska identifieras de aktiviteter som ingår och deras inbördes ordning. För varje aktivitet ska utarbetas de tillämpningsrutiner som behövs för enhetens kvalitet. Tillämpningsrutinerna ska beskriva tillvägagångssättet för hur en aktivitet ska utföras samt ange hur ansvaret för utförandet är fördelat[6]. Ansvarig för att identifiera processer och upprätta tillämpningsrutiner är chefen.

---

[5] 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9
[6] 4 kap 2-4§§ SOSFS 2011:9

Verksamheten ska även identifiera samverkansprocesser där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges. Om hälso- och sjukvård bedrivs ska även identifieras de samverkansprocesser som behövs för att förebygga vårdskada. Det ska av tillämpningsrutiner framgå hur samverkan ska ske. Det ska säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller verksamhet enligt LSS; andra vårdgivare, myndigheter, föreningar, organisationer[7].

SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Verksamheten ska ha ett systematiskt förbättringsarbete i vilket ingår risk- och avvikelsehantering, utredning av allvarliga felhändelser, egenkontroll samt förbättrande arbete. Förbättringsarbetet ska omfatta klagomål, rapportering av risk för missförhållande och missförhållande samt risk för vårdskada och vårdskada[8]. Utvecklingsarbete drivs och dokumenteras i projektform. Ansvarig för att driva och säkerställa det systematiska förbättringsarbetet och utvecklingen är chefen.

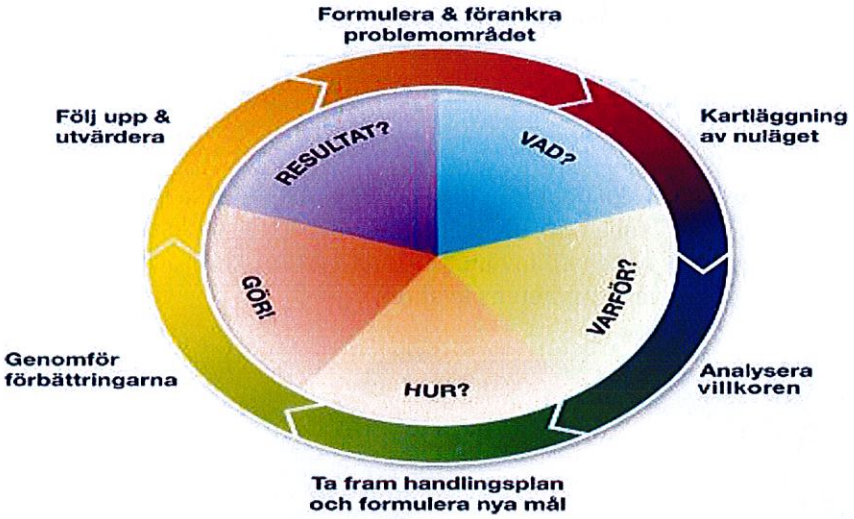


Bild: Västra Götalandsregionens hemsida[9]

Riskanalyser

Det ska fortlöpande bedömas om det finns risk för att felhändelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens och enhetens kvalitet. Alla medarbetare har en skyldighet att rapportera risker och de ska hanteras av ansvariga chefer enligt för detta upprättade riktlinjer. För varje rapporterad och identifierad risk ska ansvarig chef:[10]

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen/risken inträffar
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av identifierade risker om de inträffar
- Värdera de negativa konsekvenserna med hänsyn tagen till enskilda individer och medarbetare

7 4 kap 5-6 §§ SOSFS 2011:9
8 SOSFS 2011:9
9 http://jamlikvard.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Kunskapscentrum-for-Jamlik-vard/jamlik_vard/Verksamhetsutveckling/Verksamhetsutveckling/Strategi/
10 5 kap 1§ SOSFS 2011:9

- Vidta åtgärder för att förhindra eller minska möjligheten för identifierade risker att inträffa
- Vid allvarliga konsekvenser för individen göra en mer omfattande riskanalys, vid behov med stöd av utredningsteamet

Rapportering, hantering och bedömning av risker ska dokumenteras. Enhetens riskanalyser ska delges verksamhetschefen. Det ska finnas en tillämpningsrutin av vilken framgår enhetens riskhantering med fördelning av uppgifter och ansvar.

Klagomål och synpunkter
Verksamheten ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från[11]

- Enskilda individer och deras närstående
- Medarbetare
- Vårdgivare
- Privat socialtjänst och privat verksamhet enligt LSS
- Myndigheter
- Föreningar, andra organisationer och intressenter

Inlämnade klagomål och synpunkter ska hanteras, dokumenteras och besvaras av ansvarig chef. Det ska finnas en tillämpningsrutin av vilken framgår enhetens hantering av synpunkter och klagomål med fördelning av uppgifter och ansvar.

Felhändelser och avvikelser
Verksamheten ska ta emot och utreda händelser i verksamheten och på enheterna som har medfört eller hade kunnat medföra en risk för missförhållande eller missförhållande samt en risk för vårdskada eller vårdskada[12]. För varje felhändelse ska den ansvarige chefen:[13]

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar igen
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen
- Vid allvarliga konsekvenser för individen aktualisera utredning med händelseanalys via verksamhetens utredningsteam
- Vidta omedelbara åtgärder för att förhindra skada eller upprepning
- Föreslå ett ställningstagande som är motiverat
- Vidta långsiktiga åtgärder för att förhindra eller minska möjligheten för att felhändelsen ska inträffa igen

Det finns en skyldighet att snarast avhjälpa eller undanröja risken för missförhållanden och missförhållandet samt att dokumentera både rapportering och hantering[14]. Rapporterade felhändelser ska hanteras, dokumenteras och åtgärdas. Det är ett uppdrag för ansvarig chef på enheten. Det ska upprättas en

[11] 5 kap 3 § SOSFS 2011:9
[12] 5 kap 4§ SOSFS 2011:9
[13] 5 kap 1§ SOSFS 2011:9
[14] 5 kap 5 § SOSFS 2011:9

tillämpningsrutin av vilken framgår enhetens hantering av felhändelser samt fördelning av uppgifter och ansvar.

Utredning av felhändelser och avvikelser
Verksamheten ska utreda alla klagomål och synpunkter samt rapporter om risker, missförhållanden och vårdskador. Utredningen ska ha en sådan omfattning att den kan tillhandahålla ett underlag för ett motiverat ställningstagande och beslut. Inför varje rapporterad risk, missförhållande eller vårdskada ska ansvarig chef bedöma allvaret med hänsyn tagen till konsekvenserna för berörd person enligt särskild bedömningsmall. Alla felhändelser ska utredas och risker värderas. Om felhändelsen eller risken är av allvarlig art ska den rapporteras till överordnad chef. Som allvarlig art ses händelser med negativa konsekvenser för personen alternativt påtaglig risk som hade kunnat medföra negativa konsekvenser. Överordnad chef ansvarar för att utreda händelsen och besluta om åtgärder, utredning görs i samråd med utredningsteamet. För felhändelse av allvarlig art inom sjukvård ansvarar medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) för utredning och beslut om åtgärder, i samråd med utredningstem och ansvarig verksamhetschef enligt 29§ Hälso och sjukvårdslagen.

Kontinuerligt förbättringsarbete och utveckling
Ansvarig chef har uppdraget att med utgångspunkt från resultatet av utredningar och sammanställning med tillhörande analys vidta de åtgärder som bedöms nödvändiga för att säkra verksamhetens kvalitet. Om resultatet visar att verksamhetens processer eller rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet så ska de ändras och förbättras[15].

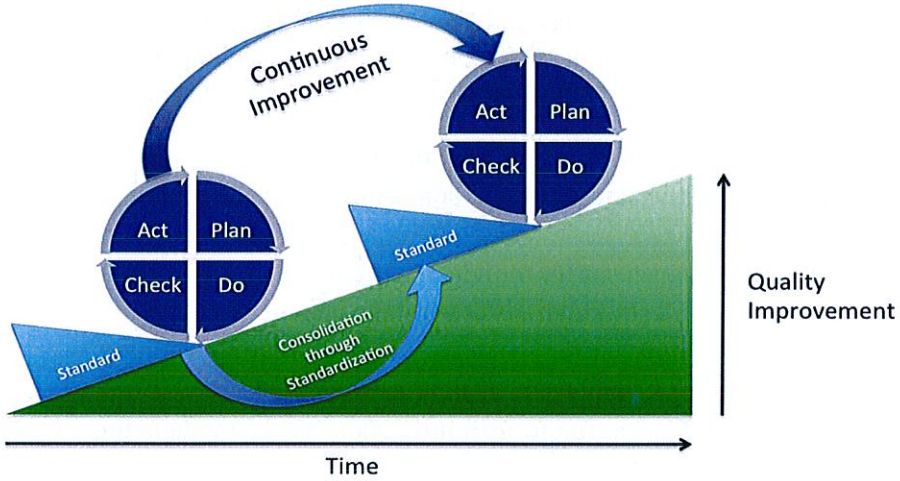
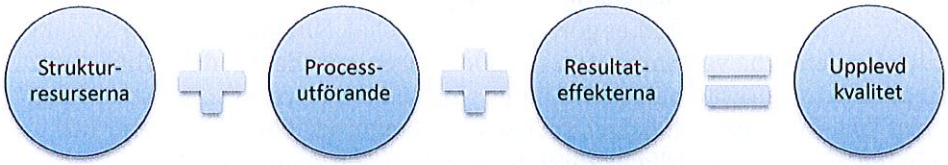


Bild: Wikipedia

När utredningen är klar och beslut om åtgärder fattats ansvarar beslutsfattaren för att följa upp att planerade åtgärder genomförs som tänkt samt kontrollerar om det medfört önskat resultat. För utvecklingsarbete används projekt som arbetsmetod och för dokumentationen används de projektmallar som ingår i ProSala; nämndens projektportfölj.

[15] 5 kap 7-8§§ SOSFS 2011:9

UPPFÖLJNING AV KVALITEN



Uppföljning ska göras på viktiga områden. Kvalitetsområden för socialtjänsten är

- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning av insatser
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad socialtjänst
- Tillgänglighet
- Effektivitet

För alla verksamheter ska väljas indikatorer och mått. Måtten bör omfatta både process och resultatmått. Det bör övervägas användning av data från befintliga undersökningar såsom KKiK och Öppna jämförelser.

Egenkontroll

Ansvariga chefer ska utöva internrevison s.k. egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att ansvariga ska kunna säkra verksamhetens kvalitet[16]. Egenkontrollen ska planeras och omfatta

- Värderingar; bemötande och förhållningssätt – enligt plan av enheten
- Det systematiska förbättringsarbetet – enligt plan av enheten
- Granskning av enhetens dokumentation – enligt plan av enheten
- Målgruppsundersökningar – övergripande av verksamhetschef/stab; kund, brukare, närstående , medarbetare
- En internrevision - övergripande årlig kontroll av stab
- Enhetens resultat med uppgifter från kvalitetsregister för äldreomsorgen- enligt plan av enheten och årligen övergripande av MAS och MAR
- Öppna jämförelser på valda områden – årligen övergripande av verksamhetschefer/stab

Det ska finnas en plan för egenkontroll i de olika verksamheterna. Att identifiera områden som ska ingå och planera för genomförandet av egenkontroll är ett uppdrag för ansvarig verksamhetschef. Att fortlöpande utöva egenkontroll enligt plan på den egna enheten är ett uppdrag för ansvarig enhetschef. Att utöva årlig egenkontroll och sammanställa data från kvalitetsregister är ett uppdrag för staben.

DOKUMENTATION, SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras[17]. För enheten inkomna rapporter om risker, missförhållanden och vårdskador samt klagomål och synpunkter bör sammanställas kvartalsvis och analyseras för att på enhetsnivå se mönster eller trender som

[16] 5 kap 2 § SOSFS 2011:9
[17] 7 kap 1 § SOSFS 2011:9

indikerar brister i verksamheten[18]. För det systematiska förbättrande arbetet används olika instrument för att dokumentera hanteringen samt särskilda analysinstrument för att sammanställa underlaget på samma sätt på alla enheter. Uthämtandet av data från systemet görs av ansvarig chef. Sammanställning av data med analys för den egna verksamheten ska göras av enhetschef till delårsbokslutet och delges ansvarig verksamhetschef. Analys görs sedan per verksamhetsområde av ansvarig verksamhetschef och delges socialchef och nämnd. För alla enheter och verksamheten görs även en årlig kvalitetsberättelse. I den sammanställs, dokumenteras och analyseras enhetens systematiska förbättringsarbete. För sjukvård ingår även uppgifter till patientsäkerhetsberättelsen.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten ska med dokumentationen från enheterna som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Ansvarig för kvalitetsberättelse är för respektive område, kvalitetshandläggare och MAS. Av den ska framgå

- Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet
- Vilka resultat som har uppnåtts

Kvalitetsberättelsen ska vara tillgänglig för den som önskar ta del av den. Det ska gå att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits.

Patientsäkerhetsberättelse

Verksamheten ska senast den 1 mars varje år upprätta patientsäkerhetsberättelse[19] Ansvariga är MAS och MAR för respektive ansvarsområde. Utöver vad som framgår i Patientsäkerhetslagen ska den innehålla uppgift om hur[20]

- ansvaret har varit fördelat,
- patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats,
- samverkan har möjliggjorts för att förebygga vårdskada,
- risker för vårdskador och vårdskador[21] har hanterats
- inkomna klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats

Det ska framgå hur många händelser som utretts under föregående kalenderår och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits i verksamhetens olika delar.

[18] 5 kap 6§ SOSFS 2011:9
[19] 3 kap 10§ Patientsäkerhetslagen (2010:659)
[20] 3 kap 9§ Patientsäkerhetslagen (2010:659)
[21] Rapporter enligt 6 kap 4§ Patientsäkerhetslagen(2010:659)

VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Dokumenthantering för styrande dokument	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2014-11-13
ORGANISATION VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN	DOKUMENTÄGARE Agneta von Schoting	DIARIENUMMER 2014/908
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD 2014-11-25	REVIDERAD

Dokumenthantering för styrande dokument

Innehåll

Dokumenthantering för styrande dokument 1
Syfte och omfattning 2
Kommunens styrdokument 2
Vård och omsorgsnämndens dokumentkategorier och beslutsnivåer 2
Dokumentstyrning 3
Ansvar och roller 4
Flödet vid upprättandet av styrande dokument 4
Kommunicering och fastställande 5
Implementering av styrande dokument 5
Publicering 5
Bevakning, revidering och arkivering 6

SALA KOMMUN

Vård- och omsorgsförvaltningen

Syfte och omfattning

Syftet med detta dokument är att beskriva använda dokumentkategorier, ställda krav på innehåll och spårbarhet samt ansvar när styrande dokument upprättas i Vård och omsorgsnämndens verksamheter[1]. Olika dokumenttyper används

- Styrande dokument - följs av alla medarbetare
- Vägledande dokument – kan väljas om det bedöms lämpligt
- Redovisande dokument - verifierar att något utförts

Kommunens styrdokument

Styrdokument är det övergripande samlingsbegreppet för dokument som beskriver vad som styr vår verksamhet, vad vi har att förhålla oss till och hur vi ska utföra vårt arbete. Det finns både politiskt beslutade styrdokument och vägledande dokument som beslutats av tjänstemannaorganisationen. Styrdokument kan avse hela kommunen, vissa förvaltningar eller vissa verksamheter[2]. För mer information om kommunfullmäktiges dokumentkategorier se Handbok för hantering av handlingar för Sala kommun från post till arkiv.

Styrande dokument anger ställda krav i lagstiftning och regelverk samt kommunens politiska vision och viljeinriktning. Styrande dokument finns på olika nivåer. För medarbetare är de en grund för handlandet inom ett väl definierat område eller verksamhet. Styrande dokument gäller för alla medarbetare[3]. De innehåller i många fall krav som ska uppfyllas och anger ett tvingande underlag till handlande.

Vård och omsorgsnämndens dokumentkategorier och beslutsnivåer[4]

Handlingsplaner: Beslutas av nämnd eller är en tillämpning av plan från kommunfullmäktige. Har "vad" karaktär ur ett nämndperspektiv. Förvaltningen bryter ner dem till konkreta aktivitetsplaner av "hur" karaktär. Ex: VEP som baseras på nämndens mål och viljeinriktning och anger vad som ska uppnås och hur förvaltningen reglerar resurser. Styrande.

Handlingsprogram: En tillämpning av kommunfullmäktiges program. Med "vad" karaktär. Förvaltningen bryter ner dem till konkreta aktiviteter med "hur" de ska uppfylla handlingsplanerna och deras mål. Styrande.

Riktlinjer: Beskriver våra processer. Tydliggör ställda krav i lag; vad vi ska göra och hur vi ska arbeta på valda områden. Övergripande och ledningsnivå. Är ofta underlag till av verksamhet/enhet upprättade tillämpningsregler. Beslutas av nämnd. Styrande.

Tillämpningsregler: Beskriver hur arbetet görs i en specifik verksamhet. Verksamhetsnivå. Utgår ofta från nämndens styrande dokument såsom riktlinjer och handlingsplaner. Beslutas av förvaltningschef eller nämnd. Styrande.

---

[1] SOSFS 2011:9, 4 kap 1§
[2] Handbok för hantering av handlingar för Sala kommun från post till arkiv; Medborgarkontoret
[3] SOSFS 2011:9, 6 kap 1-2§§
[4] Grafisk manual för Sala kommun dnr 2009/286 samt Handbok för hantering av handlingar för Sala kommun från post till arkiv; Medborgarkontoret

Redovisande dokument: Mallar och checklistor kopplade till riktlinjer och andra styrande dokument. Hänvisning ska finnas till det styrande dokumentet. Beslutas samtidigt med det styrande eller vägledande dokumentet. Vägledande.

Kunskapsstöd: Metodmanualer, koncept och vårdprogram. Innehåller information om den bästa evidensen/kunskapen på viktiga områden eller för grupper. Utformas ofta på basis av vägledande nationella styrdokument. Beslutas av förvaltningschef eller nämnd. Vägledande.

Dokumentstyrning

Dokumentet styrs layoutmässigt av Sala kommuns grafiska profil. Använda mallar finns i systemet ePhorte. Dokument som dokumentstyrs är:

- Handlingsplaner
- Riktlinjer
- Tillämpningsregler
- Redovisande dokument
- Kunskapsstöd

I nämndövergripande styrande dokument finns på första sidan följande information:

- Dokumentkategori/typ
- Verksamhetsområden som dokumentet avser
- Dokumenttitel
- Tydliga referenser och källor
- Diarienummer
- Upprättare
- Fastställare/beslutare
- Fastställandedatum/ beslutsdatum
- Publiceringsdatum
- Utgåvenummer
- Sida av antal sidor
- Innehållsförteckning om dokumentet omfattar mer än 6 sidor

I tillämpningsregler finns på första sidan följande information

- Dokumentkategori/typ
- Verksamhetens namn
- Dokumenttitel
- Tydliga referenser och källor
- Diarienummer
- Upprättare
- Fastställare/beslutare
- Fastställandedatum/ beslutsdatum
- Utgåvenummer

I redovisande dokument finns på första sidan följande information:

- Dokumentkategori/typ
- Verksamhetens namn
- Dokumenttitel

- Diarienummer
- Upprättarens namn
- Fastställandedatum/ beslutsdatum
- Utgåvenummer

Ansvar och roller

Alla medarbetare som upprättar dokument på uppdrag av Vård och omsorgsnämnden ansvarar för att följa denna riktlinje. Följande roller ingår vid upprättandet av styrande dokument:

Upprättare: Ansvarar för att utifrån uppdrag välja dokumentmall, skriva innehåll och utse granskare samt kommunicera dokumentet innan det överlämnas till fasställare. Vid behov kan arbetsgrupp bestående av flera personer utses. Efter beslut från fastställare planera implementeringen med berörda chefer.

Granskare: Ansvarar för att granska dokumentets utformning och innehåll med hänsyn till formalia, sakinnehåll och användbarhet. Antalet granskare kan variera beroende på frågeställning och dokumenttyp men bör alltid omfatta minst en person från de verksamhetsområden som berörs av dokumentet.

Fastställare: Är ägare av sakfrågan och därmed även dokumentet. Utser upprättare och slutgodkänner dokument för publicering och användning. Beslutar vem som äger dokument färdiga dokument. Vård och omsorgsnämnd eller förvaltningschefen.

Handläggare: Ansvarar på uppdrag av fastställare/beslutsfattare för att bevaka och revidera det styrande eller vägledande dokumentet. Utses när dokumentet beslutas/fastställs.

Flödet vid upprättandet av styrande dokument

Processen för upprättandet, kommuniceringen och implementeringen av styrande dokument är tydliggjord och fastställd i riktlinjen[5]; Arbetsprocess för styrande dokument.

Initiering och uppdrag

Beslut att upprätta styrande eller vägledande dokument kan initieras av förändringar i lagstiftning och regelverk, politiska beslut, förvaltningsledning eller enskilda medarbetare.

Uppdrag ges till medarbetare som ansvarar för att upprätta dokumentet med hänsyn tagen till de krav som ställs upp på formalia och innehåll i fastställda riktlinjer.

Upprättandet

Medarbetare med uppdrag att ta fram styrdokument tar hänsyn till sakinnehåll, informationen bygger på bästa kunskap/evidens och är användbar för aktuella verksamheter. Dokumentet följer de formkrav som ställs upp i riktlinjerna för styrande dokument och innehåller hänvisning till referenser och källor. I förslag beaktas alltid:

- lagstiftning och regelverk

[5] SOSFS 2011:9, 4 kap 1-2§§

- politiska beslut
- kommunens befintliga styrande dokument
- eventuella risker och konsekvenser
- verksamheternas synpunkter

Granskningen
Granskning görs av en arbetsgrupp där medarbetare valts med hänsyn tagen till sakkunskap och möjligheterna att bedöma dokumentets användbarhet. Antalet granskare varierar beroende på frågeställning och dokumenttyp men omfattar minst en person från respektive verksamhetsområde som berörs av dokumentet. Dokument som inte uppfyller ställda krav ska återemitteras och omarbetas.

Kommunicering och fastställande

Förslag på upprättat dokument kommuniceras alltid med förvaltningschef eller förvaltningsledning innan de lämnas för beslut. Om oklarheter finns återemitteras förslaget för omarbetning.

För nämndövergripande styrdokument av typen riktlinjer eller styrdokument som omfattar flera ämnesområden alternativt flera verksamheter upprättas en kommunikationsplan för implementeringen. När kommuniceringen är klar lämnas förslaget på styrande dokument och eventuell kommunikationsplan till ansvarig nämnd eller förvaltningschef för beslut/fastställande.

För tillämpningsregler på verksamhetsnivå behövs ingen kommunikationsplan. Förslaget kommuniceras först på den aktuella arbetsgruppens APT därefter till förvaltningsledningen.

Ansvarig för kommuniceringen är upprättaren i samråd med aktuell enhetschef för aktuell verksamhet. När kommuniceringen är klar fastställer/beslutar förvaltningschef.

Implementering av styrande dokument

Beslutat styrdokument och kommunikationsplan lämnas in till förvaltningens ledningsgrupp. För förvaltningsövergripande styrdokument upprättas en tidsplan för implementeringen av vilken framgår aktiviteter, tid samt ansvariga för genomförandet. Vid behov beslutas även om resurser som kan användas för arbetet.

Ansvarig för implementering av övergripande styrdokument är respektive verksamhetschef för det aktuella ämnesområdet. Ansvarig för implementering av verksamheters tillämpningsregler är aktuell enhetschef.

Publicering

Alla styrande och vägledande dokument läggs in i systemet ePhorte. Om de inte omfattas av sekretess görs de även tillgängliga för alla medarbetare på intern hemsida. Särskild riktlinje finns upprättad för hanteringen på hemsidan. Upprättaren skickar efter beslut/fastställande dokumenten till utsedda systemansvariga för ePhorte och till ansvariga för hemsidan.

SALA KOMMUN

Vård- och omsorgsförvaltningen

Bevakning, revidering och arkivering

Handläggare ansvarar på uppdrag av dokumentägaren/fastställaren att bevaka styrdokumentets aktualitet. Bevakning görs utifrån fastställd giltighetstid vilken framgår av styrdokumentet. Bevakning av förändringar i lagstiftning och regelverk kan innebära att revidering måste ske tidigare än vad som anges i dokumentet.

Revision där ändring sker av dokumentets innehåll markeras med streck i vänster marginal. Vid förändring av innehåll ges dokumentet nytt revisionsnummer s.k. utgåvenummer. Reviderat dokumentet hanteras sedan som ett nytt styrdokument och följer flödet from granskning, kommunicering och implementering.

Arkiveringstid för aktuella dokument följer av arkivlagen och anges i Vård- och omsorgsnämndens arkivhanteringsplan.

Stöddokument

Dokumentnamn	Plats
Riktlinje: Arbetsprocess för styrande dokument	
Riktlinje: Publicering och uppdatering av hemsida	
Vägledande: ProjektA	
Mall: Projektplan	
Mall: Redovisning och avstämning	
Mall: Kommunikationsplan	

4

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystemet	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-03-12
ORGANISATION VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN	DOKUMENTÄGARE Socialchef Agneta von Schoting	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD 2015-03-16	REVIDERAD

Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem

Innehåll

Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem 1
Fördelning av Ansvar och uppgifter 2
Fullmäktiges ansvar 2
Nämndens ansvar 2
Verksamhetens uppdrag och uppgift 2
Styrande och stödjande dokument 4

FÖRDELNING AV ANSVAR OCH UPPGIFTER

Det samlade strategiska ledningsansvaret för kommunens verksamhet ligger på fullmäktige, det operativa på ansvarig nämnd samt förvaltnings- och verksamhetsledningar.

Fullmäktiges mål och beslut dokumenteras i styrande dokument såsom policys, program, riktlinjer och planer. Fördelningen av uppgifter och ansvar för arbetet tydliggörs i lagstiftning, reglementen, delegationsordning och i kommunens styrande dokument.

Vård och omsorgsnämndens ledningssystem ska användas för att planera arbetet, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra[1] verksamheten. Kommunens styrande dokument ska ingå i ledningssystemet. I det dagliga arbetet ska ledningssystemet användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Fullmäktiges ansvar

Fullmäktige har det yttersta ansvaret inför medborgarna. De beslutar om mål för verksamheten, utser nämnder, styrelser och beredningar samt bedömer och prövar utövandet av ansvar. Fullmäktige prövar genom granskning av verksamheten om nämnderna uppfyller mål och beslut, om den är effektiv, om välfungerande styrning och kontroll av verksamheten finns samt följer upp räkenskaper och ekonomiska resultat[2].

Nämndens ansvar

Nämnden får sitt uppdrag från fullmäktige. Ansvaret innefattar att förvalta och genomföra verksamhet. Uppdraget tydliggörs i nämndens reglemente och i delegationsordningen. Vård och omsorgsnämnden har ett verksamhetsansvar i vilket ingår ansvar för myndighetsutövning och beslutsfattande samt utförande av verksamheter och tjänster oavsett regi. I ansvaret ingår att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med kommunens mål och gällande lagstiftning samt säkerställa att intern kontroll och uppföljning görs.

Verksamhet i egen regi styrs av fullmäktiges och nämndens mål, lagstiftning samt kommunens styrande dokument. Verksamhet i privat regi styrs av lagstiftning, förfrågningsunderlag och avtal.

Vård och omsorgsnämnden har i egenskap av huvudman och vårdgivare ansvar för att det finns ett ledningssystem för den egna verksamheten[3] och ska säkerställa att privata utförare har ett ledningssystem som uppfyller ställda krav i SOSFS 2011:9.

Verksamhetens uppdrag och uppgift

Beslutanderätten tydliggörs i delegationsordningen. Fördelningen av uppgifter i ledningssystemet tydliggörs i detta dokument. Av nämndens styrande dokument framgår hur uppgifterna är fördelade och hur arbetet ska göras för att säkerställa att

[1] 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9
[2] 6 kap Kommunalag (1991:900)
[3] 3 kap 1§ SOSFS 2011:9

alla medarbetare arbetar som bestämt samt vad som ska kontrolleras och följas upp[4].

I arbetet med att upprätta styrande dokument, exempelvis riktlinjer och tillämpningsrutiner, ska användas av nämnden beslutade riktlinjer för dokumentstyrning; dokumentationen av och processen för dokumenthantering. Utgångspunkten är uppdraget, lagstiftning samt fullmäktiges och nämndens mål.

Ansvar för alla medarbetare
Alla medarbetare har en skyldighet att bidra till att verksamheten håller en god kvalitet och en hög patientsäkerhet. Det ingår att medverka i och ta ansvar för verksamhetens uppdrag och kvalitetsarbete[5]. I det ingår en skyldighet att rapportera säkerhetsrisker, missförhållanden och vårdskador samt olika tillbud.

Ansvar för chefer
Ansvaret för att planera arbetet, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra[6] verksamheten ligger på ansvarig chef. Grundläggande delar som ingår i arbetet framgår av beskrivningen: Vård och omsorgsnämndens ledningssystem samt styrande och stödjande dokument. I ansvaret ingår att förtydliga hur arbetet ska göras och vilka delar som ingår för det egna verksamhetsområdet. Det innebär att chefen för sitt område ansvarar för följande delar

- Utforma rimliga mål med tydlig ambitionsnivå och tillhörande indikatorer som utgår från politiska mål och verksamhetens behov
- Upprätta en laglista samt uppdragsbeskrivning eller åtagandedokument
- Identifiera alla viktiga processer för kvalitet samt säkerställa att de dokumenteras i styrande dokument (tillämpningsrutiner)
- Kontinuerligt arbeta med systematisk förbättring; med riskanalyser, klagomål, avvikelsehantering, egenkontroll och förbättringsarbete
- Regelbundet följa upp och analysera verksamheten med fokus på resultat och utveckling samt upprätta en årlig kvalitetsberättelse

Socialchef
Har det övergripande ansvaret för den operativa verksamheten på delegation av nämnden. Har möjlighet att vidaredelegera vissa uppgifter. Fördelar arbetet i verksamheten och beslutar om tillämpningsrutiner. Upprättar delegationsordning för vidaredelegation.

Verksamhetschefer
Ansvarar för att upprätta en laglista samt anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning[7] genom att inventera och förteckna de viktiga kommunala styrdokumenten. Förteckningen ska delges underställda chefer vid nyanställning. Kvalitetssäkra tillämpningsrutiner för det egna verksamhetsområdet och ha en övergripande kontroll över tillsynsbeslut och allvarliga händelser. Regelbundet analysera den egna verksamheten för att kunna vidta förbättrande åtgärder samt redovisa resultat såsom öppna jämförelser och

[4] 3 kap 3 § och 6 kap 1§, SOSFS 2011:9
[5] 6 kap 4§ Patientsäkerhetslagen (2010:659), 14 kap 2 § Socialtjänstalgen (2001:453) , 24a§ Lag (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade
[6] 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9
[7] 4 kap 1 § SOSFS 2011:9

annan data. I ansvaret ingår att analysera verksamheten. I analysen ingår att årligen inför VEP välja ut förslag på mål, välja lämpliga nyckeltal och resultatmått samt föreslå plan för uppföljning och egenkontroll.

Stabsfunktioner
Huvudansvar för uppdraget att utarbeta riktlinjer till nämndens ledningssystem ligger på stabsfunktionerna, i uppdraget ingår även att sammanställa en årlig och övergripande analys av hela verksamheten. I uppdraget för staben ingår även övergripande uppgifter, t.ex. inventeringar och utredningsarbete på uppdrag av socialchef. De områden som ingår i verksamheten fördelas enligt följande

- Kvalitetshandläggare – styrande dokument för socialtjänst; myndighetsutövning, individ och familjeomsorg och verksamhet enligt LSS. Ingår i utredningsteamet.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska – styrande dokument för sjukvård och äldreomsorg. Ingår i utredningsteamet.
- Medicinskt ansvarig för rehabilitering – styrande dokument för sjukvård och äldreomsorg. Ingår i utredningsteamet.
- Systemförvaltare – aktuellt system, förvaltningsplan, informationsklassning och riskanalys samt styrande dokument för hanteringen.

Enhetschefer
Enhetschefen ansvarar för att upprätta en laglista som utgångspunkt för enhetens arbete samt identifiera processer och upprätta tillämpningsrutiner för den egna enheten och ansvarsområdet; Där det finns överenskommelser om samarbete och samordning mellan kommunen med andra huvudmän ska dessa ingå och tillämpningsrutiner utarbetas. Tillämpningsrutiner kvalitetssäkras av överordnad chef och beslutas av nämnd eller socialchef. Det ingår även att planera och leda enhetens arbete och att systematiskt arbeta med uppföljning och kontroll samt förbättring av verksamheten kvalitet på olika områden. I det ingår att sammanställa och analysera data för att utveckla enheten och innehållet i verksamheten.

Styrande och stödjande dokument

Dokumentnamn	Innehåll
Vård och omsorg - mål och framtidsfokus	Dokument som beskriver VON:s mål
Dokumenthantering i styrande dokument	Riktlinje för krav på dokumentation och dokumentstyrning
Process för styrande dokument	Riktlinje för arbetsprocessen för VON:s styrande dokument
Vård och omsorgsnämndens ledningssysstem	Riktlinje som beskriver delar och innehåll i VON.s ledningssystem
Risker för missförhållanden och missförhållanden	Riktlinje som beskriver hanteringen av risker och missförhållanden
Händelseanalys	Vägledning för arbetet med händelseanalys

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Samordning och samverkan	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-05-13
ORGANISATION Vård och omsorgsämnden	DOKUMENTÄGARE Socialchef Agneta von Schoting	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Kvalitetshandläggare Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Samordning och samverkan

Innehåll

Samordning och samverkan 1
Syftet med samarbete och samordnad planering 2
Mål för samordning och samverkan 2
Samverkan internt 2
Samverkan med andra myndigheter och organisationer 2
Vem behöver samordnade insatser? 3
Tystnadsplikt och sekretess 3
Vad ska dokumenteras? 4
Ansvaret för samordning och samarbete 5
Organisera och styr enhetens arbete 5

Denna riktlinje klargör ansvaret för samordnade insatser och samarbete inom Vård och omsorgsnämndens verksamheter. Kommunens socialtjänst och de verksamheter som har ett uppdrag från Vård och omsorgsnämnden ska samarbeta och säkerställa en samordnad planering av insatser. I denna riktlinje definieras några samverkansformer och de krav som ställs upp för samordning och samverkan.

Syftet med samarbete och samordnad planering

Om flera huvudmän ansvarar för insatser förväntas en samordning av insatserna och ett samarbete. Det finns krav på planering av insatser och att planeringen dokumenteras i någon form av plan i flera lagar inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården[1]. Hur ansvaret för samordningen av insatser och informationsöverföringen mer exakt ska se ut är däremot inte alltid tydligt. Hur ansvaret ser ut för olika aktörer tydliggörs ofta i överenskommelser mellan aktuella huvudmän och andra aktörer.

Samverkan definieras som ett samlingsbegrepp för samordning och samarbete. Samarbete definieras som ett gemensamt ansvarstagande. Det betecknas av mellanmänskliga relationer med och kring enskilda personer t.ex. i informella nätverk. Samordning definieras som stödstrukturer för samarbete, t.ex. övergripande riktlinjer, ledningsgrupper för särskilda frågor etc.

Mål för samordning och samverkan

Samverkan är inte ett mål i sig utan ett medel för att ge berörd person, barn eller vuxen, ett tillräckligt och anpassat stöd för att möjliggöra en utveckling, ett meningsfullt liv. Det handlar om att tillsammans identifiera behov, formulera mål, överväga olika handlingsalternativ och välja väg. För att uppnå bästa möjliga resultat är det viktigt att planera både på kort och på lång sikt. Planering syftar till att tydliggöra mål och medel genom att svar på vad som ska göras, vem som ska göra vad samt när och hur det ska göras. Målen för samordning och samverkan är:

- Inflytande och delaktighet för berörd person
- Tillgång till insatser utifrån personens behov
- Samordning för insatser med god kvalitet

Berörd person ska så långt möjligt ges inflytande och medbestämmande över de insatser som ges[2]. Insatserna ska utformas och genomföras tillsammans med personen och vid behov i samarbete med andra involverade samhällsorgan[3] och aktörer.

Samverkan internt

De personer som har sammansatta problem, som kräver insatser från flera myndigheter och aktörer ska tillfrågas om medgivande till informationsöverföring, samordning och samverkan. Om flera enheter inom nämndens ansvarsområde eller inom kommunen är involverade bör samordning ske så att insatserna inte motverkar varandra. Det kan ibland även vara tillräckligt att endast informera om vilka insatser som är aktuella.

Samverkan med andra myndigheter och organisationer

De personer som behöver insatser från flera samhällsinstanser kan behöva samordnas. Att samverka med andra myndigheter och aktörer är i många fall en förutsättning för att kunna utföra uppdraget tillfredsställande. För att berörd person ska kunna få den hjälp och det stöd som är nödvändigt är det viktigt att insatserna planeras i samarbete mellan de berörda myndigheterna och organisationerna.

---

[1] Socialstyrelsens Meddelandeblad Nr 1/2010
[2] Lag om stöd och service 6 §
[3] Socialtjänstlagen 3 kap 5 §

Vem behöver samordnade insatser?
Alla människor kan i vissa situationer ha behov av samordning. Det finns dock vissa grupper med komplexa behov som kan sägas ha ett särskilt stort behov av samarbete och samordning. De grupperna är bland annat personer med funktionsnedsättningar och missbruk, barn och unga med psykiska och sociala svårigheter samt multisjuka äldre. Krav på samordning och samarbete finns både för socialtjänst och för sjukvård.

Inom socialtjänst ska plan för samordning och samverkan finnas för

- Barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet - planen ska även innehålla åtgärder och insatser från andra huvudmän[4]
- Personer med missbruksproblem[5]
- Personer som erbjuds vård i HVB eller familjehem[6]
- Personer som tillhör personkretsen för LSS – om de önskar individuell plan[7]

Inom socialtjänst och sjukvård finns krav på samordning och samarbete för

- Personer – både barn och vuxna - som behöver insatser från både socialtjänst och sjukvård och har ett behov av samordnat stöd – individuell planering[8]
- Personer – både barn och vuxna - som behöver stöd inför utskrivning - vårdplanering vid utskrivning från sjukvårdsinrättning[9]
- Personer som får tvångsvård - samordnad planering vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård[10]
- Personer – både barn och vuxna - som behöver rehabilitering, habilitering och hjälpmedel[11]
- Personer – både barn och vuxna- utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående[12]

För privat verksamhet på uppdrag av Vård o ch omsorgsnämnden finns krav på samordning och samverkan i nationella styrdokument och i avtalet. I uppdraget ingår att samarbeta med berörda myndigheter. Det är en förutsättning för att kunna utföra uppdraget på ett effektivt sätt och tillhandahålla en insats med god kvalitet.

Tystnadsplikt och sekretess
Samarbete får aldrig ske över huvudet på den som är berörd. Ett samtycke ska inhämtas genom att berörd person medger att samordning får ske och information får lämnas mellan myndigheter och verksamheter.

---

[4] 5 kap 1§ SoF och SOSFS 1997:15
[5] Socialtjänstlagen 5 kap 9 § och Lagen om vård av missbrukare 10 §
[6] Socialtjänstlagen 3 kap 5 §
[7] Lagen om stöd och service 10 §
[8] Socialtjänstlagen 2 kap 7§
[9] Lag om kommunens betalningsansvar och SOSFS
[10] Lag om psykiatrisk tvångsvård 16 §
[11] SOSFS 2007:10
[12] Socialtjänstlagen 5 kap 11§ , SOSFS 2014:4

Inhämtandet av samtycke ska vara en naturlig del av arbetet även om personen själv oftast deltar i de möten som handlar om honom eller henne. Berörd person ska vidare vara införstådd med vilka uppgifter som behöver lämnas ut till de personer som ska vara med och diskutera hans eller hennes situation innan personen lämnar sitt samtycke. Vad personen faktiskt har samtyckt till ska dokumenteras. Detsamma gäller om personen återkallar sitt samtycke. Det ska antecknas i personens journal.

Vill personen själv vara närvarande vid ett möte i en samrådsgrupp är det viktigt att han eller hon får denna möjlighet. Att personen närvarar vid mötet innebär i sig inte att man kan tala fritt om hans eller hennes situation. För detta krävs ett uttryckligt samtycke av berörd person. Det finns inga hinder för att samråda och diskutera i ett personärende om uppgifterna är avidentifierade. Då får personen inte nämnas vid namn. Uppgifter om t.ex. ålder, yrke och uppgifter som kan bidra till att personen kan identifieras får inte heller lämnas.

Vad ska dokumenteras?

De uppgifter som bedöms ha betydelse bör sammanställas och dokumenteras i en plan. Frågan om vad planen ska innehålla eller hur omfattande den behöver vara kan inte besvaras generellt. Vad som är tillräcklig och väsentlig information varierar. Det viktiga är att arbetet planeras, bedrivs målinriktat och följs upp samt dokumenteras.

Planens innehåll och omfattning får avgöras från fall till fall beroende på insatsens komplexitet och varaktighet. En plan kan vara en viktig plattform för genomförandet av den insats som har beslutats. Det gäller särskilt när en insats omfattar flera delar av olika karaktär. Som exempel kan nämnas strukturerade öppenvårdsprogram för ungdomar som kan innehålla både samtalsstöd och studier eller praktik. Det kan även vara motiverat att upprätta flera planer. Det gäller t.ex. hemtjänst där ansvaret för genomförandet av personlig omvårdnad och serviceinsatser kan vara delat mellan kommunen och en enskild verksamhet enligt lagen om valfrihet (LOV).

Dokumentationen bör koncentreras till de uppgifter som är av direkt betydelse för planeringen. Vilka faktauppgifter planen ska innehålla beror på vilken typ av ärende det gäller. Orsaken till planen bör alltid redovisas liksom personens aktuella situation och berörda aktörer och insatser. Av beslutsunderlaget bör det bl.a. framgå

- vem eller vilka personer ärendet avser,
- vad ärendet/frågan gäller
- vad som har kommit fram under planeringen
- den enskilde personens uppfattning om sina behov och hur de kan tillgodoses
- hur verksamheten har samverkat med t.ex. andra myndigheter, organisationer eller föreningar och vad det har resulterat i

Det är lämpligt att dokumentera uppgifterna så att de kan ligga till grund för genomförande och uppföljning av myndighetens beslut. De planer som upprättas kan vara mer eller mindre detaljerade beroende på omständigheterna. Om det av en sådan plan framgår hur insatsen praktiskt ska genomföras behöver någon ytterligare plan inte upprättas.

Ansvaret för samordning och samarbete

Det är professionen, aktuella tjänstemän, som ansvarar för att den samordning och samverkan som behövs kommer till stånd. Ansvaret ligger på aktuell tjänsteman och i utförarverksamheter chef eller av denne utsedd medarbetare att bedöma behovet av samordnade insatser för individer aktuella på den egna enheten.

Det är chefen som har ansvaret att utifrån enhetens uppdrag, målgrupp och eventuellt avtal identifieras processer där samverkan behövs för insatser med god kvalitet samt vilka aktörer verksamheten ska samarbeta med. I ansvaret ingår att identifiera nationella och kommunala styrdokument för samverkan, identifiera egna interna och externa processer för samordning samt för att upprätta tillämpningsrutiner.

Organisera och styr enhetens arbete

Framgångsrik samverkan handlar om att bygga in samsyn, styrning och struktur i arbetet som bör vara systematiskt. Enhetens amordning och samverkan ska omfatta följande

- förankring av enhetens uppdrag och mål
- tydliggörande av regelverk och samverkansprocesser
- identifiering av viktiga aktörer och utveckling av samsyn
- identifiering av aspekter som underlättar respektive försvårar
- rapportera avvikelser och följa upp
- årligen analysera arbetet och dokumentera det i kvalitetsberättelsen

De tillämpningsrutiner som upprättas ska tydliggöra vilka aktiviter som ingår, hur ansvaret fördelas samt vad som ska dokumenteras och följas upp. Områden som alla enheter ska ha tillämpningsrutiner för är:

- barn som riskerar att fara illa
- personer utsatta för våld

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Samordnad individuell plan (SIP)	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-05-13
ORGANISATION VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN	DOKUMENTÄGARE Socialchef Agneta von Schoting	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Kvalitetshandläggare Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Samordnad individuell plan (SIP)

Innehåll

Samordnad individuell plan (SIP) 1
Vilka omfattas av reglerna om individuell plan? 2
När ska en individuell plan upprättas? 2
Privata aktörer med uppdrag från huvudmannen 3
Innehållet i planen 3
Den enskilde personens och de närståendes roll 4
Hur förhåller sig den individuella planen till andra planer? 4

Denna riktlinje tydliggör ansvaret, syftet och processen för en samordnad individuell plan (SIP)som används för att samordna insatser. Den ska användas av alla verksamhet som arbetar på uppdrag av Vård och omsorgsnämnden.

Det finns en gemensam skyldighet för kommuner och landsting att upprätta individuella planer. Syftet är att samordna insatserna och få ett fungerande samarbete mellan olika aktörer där personer har insatser från flera huvudmän.

> När den enskilde personen har behov av insatser både från socialtjänst och från hälso- och sjukvård ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde personen ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde personen samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.
>
> Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde personen. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå
> 1. vilka insatser som behövs,
> 2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
> 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget,och
> 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.
>
> (3f § HSL och 2 kap 7 § SoL)

Vilka omfattas av reglerna om individuell plan?

Det finns en skyldighet att medverka både för sjukvård och socialtjänst. En samordnad individuell plan ska kunna erbjudas alla personer som behöver det. En samordnad individuell plan kan vara aktuell att upprätta i all verksamhet men framför allt i verksamheter där det finns personer med behov av insatser från både sjukvård och socialtjänst, t.ex. beroende- och missbruksvård, äldreomsorg och socialpsykiatri.

Skyldigheten att upprätta en individuell plan avser insatser till både vuxna och barn. Den är inte tänkt att begränsas till personer med stora och omfattande behov, utan kan gälla alla människor som kommuner och landsting kommer i kontakt med där en plan behövs för att behoven av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska tillgodoses[1].

När ska en individuell plan upprättas?

När en person bedöms behöva insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska landsting och kommun tillsammans upprätta en individuell plan om det behövs för att personen ska få sina behov tillgodosedda. För att kunna ta ställning till behovet av en samordnad plan behövs ofta en behovsbedömning. Uppgifterna i en epikris eller en utredning av biståndsansökan bör kunna ligga till grund för en bedömning av om insatser behöver samordnas.

En samordnad individuell plan ska bara upprättas när det finns ett behov av det. Det är kommunen eller landstinget som ska avgöra i vilka fall ett sådant behov föreligger. Det finns ett ansvar att överväga om plan ska upprättas och att erbjuda samordning.

---

[1] Prop. 2008/09:193 s 20

Samordnad individuell plan behövs när insatser från andra huvudmän är nödvändiga för att den myndighet eller huvudman som bedömer planeringsbehovet ska kunna fullgöra sitt ansvar. Det kan handla om personer som har sociala insatser från kommunen men svårt att ta emot dessa om hen inte samtidigt får medicinska rehabiliteringsinsatser. När det gäller personer med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar bör huvudregeln vara att en individuell plan behövs för att deras behov ska tillgodoses[2].

Arbetet med planen ska påbörjas skyndsamt, så snart ett behov av samordning identifieras. I normalfallet innebär det att den första kontakten tas inom några dagar från det att ett behov har identifierats. Tiden måste dock anpassas till behoven hos den enskilde personen. Ibland kan det vara nödvändigt med en omedelbar planering.

Privata aktörer med uppdrag från huvudmannen

Skyldigheten omfattar alla personer som har behov av socialtjänstens insatser och hälso- och sjukvård, dvs. även de som får dessa behov tillgodosedda av privata vårdgivare eller andra enskilda aktörer som kommun **eller landsting** har slutit avtal med. Kommunen och landstinget är skyldiga att försäkra sig om att individuella planer upprättas även för personer som får vård och behandling från dessa aktörer[3].

Det finns även ett ansvar för utförare som arbetar enligt avtal med aktuella huvudmän att arbeta med samordning och samverkan samt vid behov påtala och kalla till samordnad plan. Ett samtycke från berörd individ är en förutsättning för samordningen och informationsutbytet.

Det finns andra viktiga aktörer som kan behöva kallas t.ex. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. I socialtjänstens samt hälso- och sjukvårdens skyldighet ingår att tillsammans med personen och de närstående identifiera aktörerna, deras insatser och ge dem möjligheter att delta i planeringen. Då berörd person måste samtycka till planen är det också personen själv som avgör vilka insatser som ska redovisas i planen[4].

Innehållet i en individuell plan

Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för och vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen. I planen ska också redovisas åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen och **landstinget.** I vissa situationer, t.ex. när det gäller behandlingshemsvistelser eller skräddarsydda, samordnade insatser kring en viss individ med stora behov, kan planeringen falla om kostnadsfördelningen inte definieras. Därför måste även anges vem som ska bekosta insatserna.

Planen ska tydliggöra för personen vilka krav som kan ställas på huvudmännen och hur ansvaret dem emellan är fördelat. I planen ska huvudmännens ansvar dokumenteras så konkret och tydligt som möjligt. Det kan handla om en ansvarsfördelning som behöver tydliggöras för personen och de närstående, t.ex. att kommunen ger insatser på vissa bestämda tider enligt ett uppgjort schema, och att den psykiatriska vården finns tillgänglig om behov uppkommer på nätter och helger. Det kan också vara fråga om ett

---

[2] Prop. 2008/09:193 s 21
[3] Prop. 2008/09:193 s 23
[4] Prop. 2008/09:193 s 22

skräddarsytt samarbete kring en viss individ, t.ex. vem som ska reagera när en person som missbrukar slutar delta i en verksamhet och vad reaktionen ska leda fram till[5].

När det är lämpligt ska den individuella planen innehålla mål för insatserna, på kort och lång sikt. I de fall planen behövs för att planera stödåtgärder under en längre tid och på flera livsområden, ställs särskilda krav på de professionella att vara lyhörda och efterfråga den enskilde personens behov på olika områden. Behovsbedömningen bör vara systematisk och dokumenteras så att uppföljningar blir möjliga. Planen ska förvaras i akt och det ska framgå av journalanteckningarna när en plan har upprättats.

Den enskilde personens och de närståendes roll

En individuell plan kräver samtycke av personen och kan inte upprättas mot hens vilja. Även sekretessbestämmelserna medför som regel att personen måste ge sitt medgivande till att uppgifter lämnas från den ena huvudmannen till den andra. Berörd person kan själv ta initiativ till att en individuell plan ska upprättas. En möjlighet att aktualisera behovet av en plan finns även för närstående. Det är dock kommun och landsting som i sista hand avgör om en individuell plan behövs. En plan bör inte nekas när personen själv anser att plan behövs annat än i undantagsfall[6].

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med personen så att han eller hon ges möjlighet att delta aktivt. Det är personens behov och önskemål som ska utgöra utgångspunkten för planeringen. Planeringssituationen måste därför så långt möjligt anpassas efter personens förmåga att delta och den individuella planen bör delges personen i skriftlig form. Planen bör om det är lämpligt upprättas tillsammans med närstående och utgå från personens hela livssituation. Om berörd person motsätter sig att en närstående deltar ska det respekteras. Som närstående avses människor med nära band, oavsett biologiskt släktskap. Det bör vara personen själv som avgör vem eller vilka som är närstående.

Hur förhåller sig den individuella planen till andra planer?

Det finns sedan tidigare föreskrifter om samverkan och samarbete samt individuella planer och vårdplaner som på olika sätt syftar till att säkerställa individens behov, såsom exempelvis individuell plan enligt 10 § LSS. Den individuella planen[7] skiljer sig dock från övriga planer på så sätt att den gäller alla som behöver den och att huvudsyftet är att säkerställa samarbete så att individers samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. Om det redan finns en plan enligt någon annan bestämmelse eller på frivillig grund, är det tillräckligt med den planen så länge samtliga föreskrivna krav är uppfyllda[8] enligt 3f § HSL och 2 kap 7 § SoL.

Utbildning i SIP

Det finns en webbutbildning som kan användas för att utbilda medarbetare i användning av SIP på www.kunskapsguiden.se. Följ länken
http://www.kunskapsguiden.se/utbildning/Sidor/default.aspx

---

[5] Prop. 2008/09:193 s 23-24
[6] Prop. 2008/09:193 s 24-26
[7] Här avses individuell plan enligt 3f § HSL och 2 kap 7 § SoL
[8] Prop. 2008/09:193 s.19

SALA KOMMUN

Vård- och omsorgsnämnden

Processen för arbetet med SIP

1. Initiativ till upprättande av SIP:

SIP upprättas när en person har insatser eller behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård, när insatser ges av flera aktörer och det finns ett behov av samordning. Frågor att ställa är:

- Vilka behov finns och vilka aktörer är involverade?
- Behöver pågående vård och insatser samordnas?
- Behövs ytterligare stöd från andra aktörer?
- Har berörd person eller närstående påtalat ett behov av samordning?

Medarbetare som uppmärksammar behovet är ska bedöma behovet av och om behov av samordning finns erbjuda SIP. Övriga t.ex. indviden och närstående kan föreslå SIP.

2. Individens delaktighet

Berörd person ska ha stort inflytande över den individuella planen. Informationen om SIP ska anpassas till personens förutsättningar och berörd person ska informeras om sina rättigheter. Informationen bör ges muntligt och skriftligt. Närstående bör efterfrågas och motiveras till att medverka vid SIP.

3. Inhämtande av samtycke

Berörd person ska samtycka till samverkande aktörer utbyter information och samordnar insatserna vid en SIP. Samtycket ska dokumenteras. Om personen inte samtycker eller återtar samtycket det dokumenteras i journalen. När ett samtycke har lämnats kallar medarbetaren till ett SIP möte.

4. Förbereda mötet

Medarbetare i den verksamhet som initierat mötet om SIP ansvarar för förberedelser samt för att hålla i det första mötet. Berörd person och medarbetare identifierar tillsammans de aktörer som ska delta, vilka frågor som ska tas upp och voilka inte ska tas upp, hur mötet ska urformas och gå till samt hur berörd persons behov ska prioriteras. Ordna plats och bestäm tid för mötet. Mötet kan ske i verksamheten loklaer , hemma hos berörd person eller via telefon eller videomöte

5. Kontakta berörda aktörer

Deltagare kallas av medarbetaren på aktuell enhet. Medarbetaren på enheten skickar en kallelse. Medarbetare hos den huvudman som kallas är skyldiga att delta. Den som kallas ska bekräfta att kallelsen har mottagits och deltagande på mötet. Medarbetare som ska delta på mötet bör ta del av riktlinjen för SIP.

6. Genomföra mötet och upprätta SIP

Innan start, klargör ramarna för mötet, tid, pauser och dagordning samt låt alla presentera sig. Ge alla deltagare möjlighet att lyssan in varandra.Sammanfatta vad som diskuterats och beslutats. Vad händer i nästa steg? Planera för uppföljning och välj vem

som ska ha fortsatt samordningsansvar för SIP. Boka in nästa möte vid sittande bord. Planen finns tillgänglig i verksamhetens akt. Alla får en skriftlig kopia på upprättad SIP.

7. Följa upp SIP

En SIP följs upp och revideras vid behov. Den medarbetare som ansvarar för samordningen kallar till uppföljningsmöte. Deltagare kallas av medarbetaren på aktuell enhet.

8. Avsluta eller revidera SIP

En SIP avslutas när målen är uppfyllda och det inte längre finns behov av samordning. Den kan också avslutas om samtycket återtas.

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Samordnad individuell plan - kallelse	DOKUMENTTYP Blankett	BESLUTAD 2015-05-13
ORGANISATION Vård och omsorgsnämnden	DOKUMENTÄGARE Socialchef Agneta von Schoting	DIARIENUMMER 2015-107
HANDLÄGGARE Kvalitetshandläggare Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Kallelse till Samordnad individuell plan (SIP)

Undertecknad kallar härmed till SIP (Samordnad Individuell Plan) enligt 2 kap. 7 § SoL och § 3 f HSL. Samordningen sker med föräldrar/förälders samtycke.

Mötet äger rum:

Datum:	**Tid:**
Plats:	

Samordningen gäller:

Namn:	**Personnummer:**
Adress:	**Telefonnummer:**

Syfte med mötet:

Kallade till mötet:

Namn	Befattning/Org.
Namn	Befattning/Org.
Namn	Befattning/Org.
Namn	Befattning/Org.
Namn	Befattning/Org.
Namn	Befattning/Org.
Namn	Befattning/Org.
Namn	Befattning/Org.

Bekräfta till den sammankallande att kallelsen är mottagen och meddela innan mötet, vem som kommer att delta.

SALA KOMMUN

Vård- och omsorgsnämnden

Sammankallande:
Namn, titel
Organisation
Telefon

VKL VÄSTMANLANDS Kommuner & Landsting

INDIVIDUELL PLAN för Vuxen - samverkansdokument mellan landstinget och kommunerna i Västmanlands län avseende samarbete och gemensam individuell planering mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten (3 f § HSL, 2 kap. 7 § SoL).

Namn	Personnummer
Adress	
God man/Förvaltare/Vårdnadshavare	Telefon
Adress	
God man/Förvaltare/Vårdnadshavare	Telefon
Adress	

Datum för Individuell planering	Plats

Initiativtagare	Ansvarig för dokumentationen	Ansvarig för uppföljning/utvärdering

Kallade/Närvarande/Fått ett exemplar av planen

		Närvarande vid mötet		Fått ett ex av planen	
Namn	Telefon	Ja	Nej	Ja	Nej
		¤	¤	¤	¤
		¤	¤	¤	¤
		¤	¤	¤	¤
		¤	¤	¤	¤
		¤	¤	¤	¤
		¤	¤	¤	¤
		¤	¤	¤	¤
		¤	¤	¤	¤
		¤	¤	¤	¤
		¤	¤	¤	¤

Den enskildes mål:

Kommunens mål:

Landstingets mål:

Gemensamt mål:

Samtycke till individuell plan

Ort	Datum	Namnteckning
Ort	Datum	Namnteckning
Ort	Datum	Namnteckning

Vad ska göras?	Namn - ansvarig	Verksamhet
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

Uppföljning

Datum	Tid	Plats

Ansvarig för uppföljning

Underskrifter

Kommunrepresentant	Landstingsrepresentant

Kommunicering

Underskrift den enskilde	Underskrift God man/Förvaltare/Vårdnadshavare

Utvärdering/Uppföljning

Datum	Nr	

9.

RUTIN FÖR SAMVERKAN VID EGENVÅRD

ÖVERENSKOMMELSE MELLAN LANDSTINGET OCH KOMMUNERNA I VÄSTMANLANDS LÄN

Version: 1
Fastställd av: Chefsforum 2014-03-14
Handläggare: Lena Karlsson, utvecklingsstrateg
Gäller fr.o.m.: 2014-03-14
Diarienummer: VKL 2013-045.27

VKL VÄSTMANLANDS Kommuner & Landsting

INNEHÅLL

INLEDNING	3
MÅLGRUPP	3
SYFTE	3
TILLÄMPNINGSOMRÅDE	3
ANSVAR	3
BEDÖMNING OCH RISKANALYS	4
PLANERING, GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING	4
FLÖDESSCHEMA FÖR BEDÖMNING OCH PLANERING AV EGENVÅRD ELLER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	5
INFORMATIONSÖVERFÖRING	6
FLÖDESSCHEMA FÖR BISTÅND	6
EXEMPELINTYG	7

INLEDNING

Västmanlands amverkansdokument för egenvård utgår från Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2009:6, om bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård samt Socialstyrelsens meddelandeblad Nr 6/2013. Definitioner av begreppen egenvård, hälso- och sjukvård samt socialtjänst följer Socialstyrelsens definitioner.

MÅLGRUPP

All personal som arbetar inom verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387).

SYFTE

Syftet är att klargöra ansvar vid bedömning av egenvård. Syftet är också att tydliggöra ansvar för att skriva egenvårdsintyg samt att beskriva rutinen för samverkan kring detta.

TILLÄMPNINGSOMRÅDE

I de flesta fall utför den enskilde själv sin egenvård, men för de personer som inte själva kan ansvara för egenvården är det den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att bedöma och fatta beslut om egenvård. Den enskilde kan inte själv välja hälso- och sjukvård framför egenvård.

ANSVAR

Legitimerade yrkesutövare som ordinerar hälso- och sjukvårdsåtgärder omfattas av detta ansvar inom sitt eget ansvarsområde. Om bedömningen sker i samband med eller inför vårdplanering vid in- och utskrivning av den enskilde i slutenvård är det dock alltid den behandlande läkaren som gör bedömningen.

BEDÖMNING OCH RISKANALYS

Det är den legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården som inom sitt ansvarsområde ska göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

Bedömning och riskanalys ska göras i samråd med patienten och utgå från patientens fysiska och psykiska hälsa samt dennes livssituation och omfatta nedanstående punkter:

- Kan den enskilde utföra uppgiften själv?
- Kan den enskilde ansvara för uppgiften?
- Utsätts den enskilde för någon risk att skadas när egenvården utförs får åtgärden inte bedömas som egenvård.
- Om patienten behöver praktisk hjälp ska den behandlande legitimerade yrkesutövaren samråda med den eller de närstående som ska hjälpa patienten, ansvarig nämnd inom socialtjänsten, ansvarig befattningshavare eller annan aktör.

PLANERING, GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING

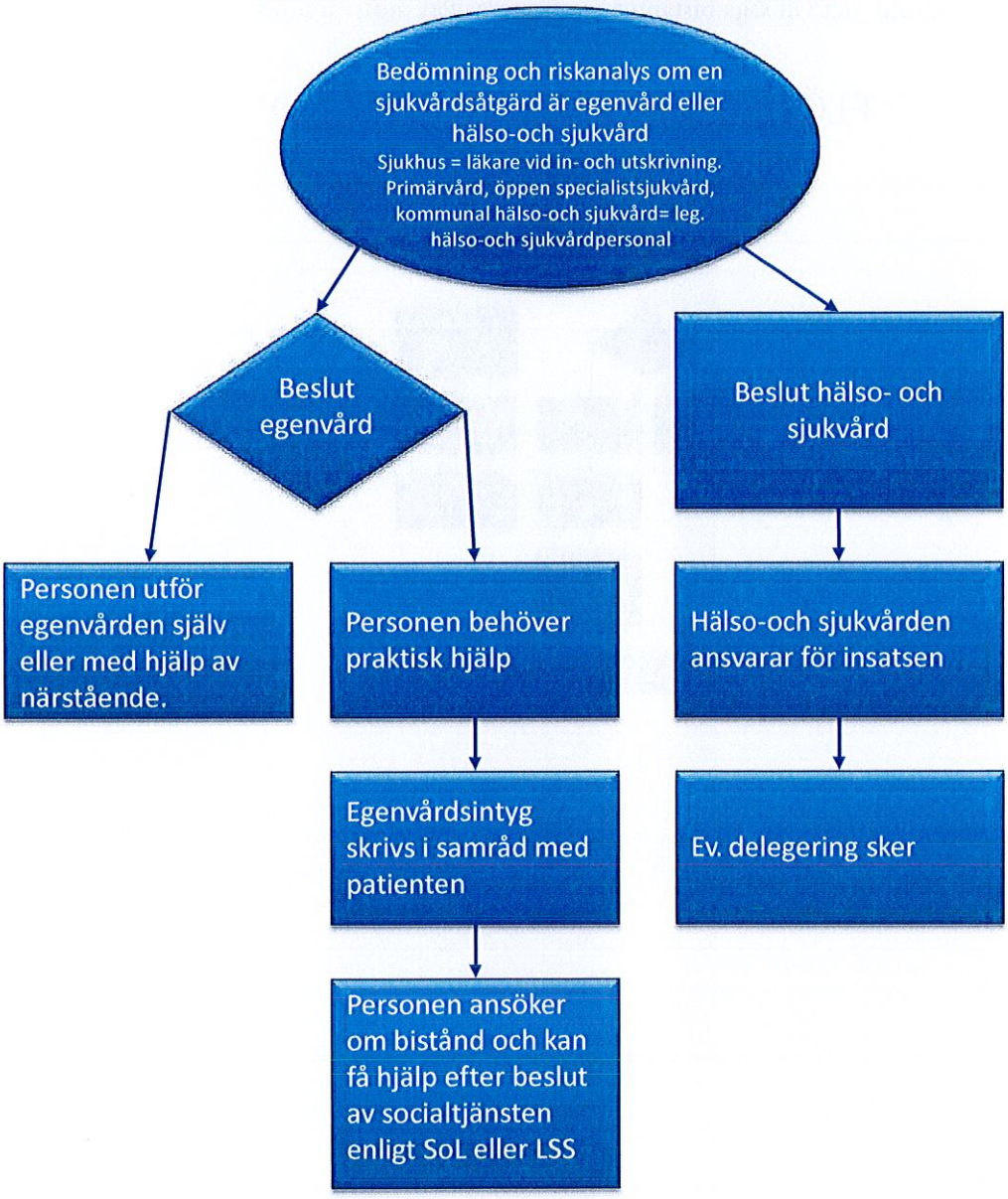
Den skriftliga planen utfärdas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen. Den enskilde ska få en kopia av dokumentationen. Av den dokumenterade planeringen ska det framgå:

1. vilken åtgärd som har bedömts som egenvård
2. om den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska utföra egenvården
3. hur information och instruktioner till den eller dem som ska utföra egenvården ska ges
4. vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas om den enskilde har drabbats av, eller har utsatts för risk att drabbas av, skada eller sjukdom i samband med egenvården
5. vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas, om den enskildes situation förändras
6. hur och när bedömningen av egenvården ska följas upp
7. när en omprövning av bedömningen av egenvården ska göras.

Vid ansökan om bistånd ska den enskilde bifoga en skriftlig planering av egenvården samt ett egenvårdsintyg utfärdat av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

FLÖDESSCHEMA FÖR BEDÖMNING OCH PLANERING AV EGENVÅRD ELLER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Om det är uppenbart obehövligt görs ingen planering för egenvård enligt SOSFS 2009:6.

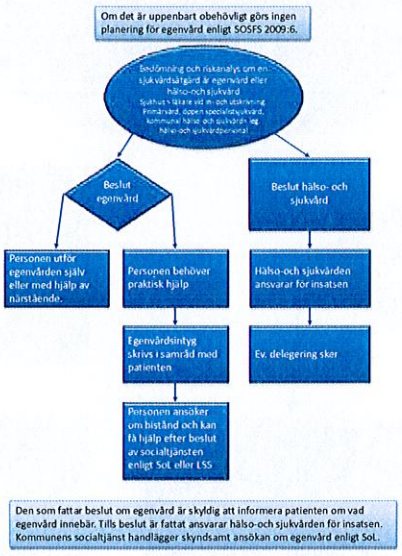


Den som fattar beslut om egenvård är skyldig att informera patienten om vad egenvård innebär. Tills beslut är fattat ansvarar hälso-och sjukvården för insatsen. Kommunens socialtjänst handlägger skyndsamt ansökan om egenvård enligt SoL.

INFORMATIONSÖVERFÖRING

Den legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården som har bedömt egenvården ska iordningställa egenvårdsintyg och kopia på dokumentation inför eventuell vårdplanering samt överlämna det till den enskilde. Den legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården ska även informera om att om den enskilde behöver hjälp att utföra egenvården ska en ansökan om bistånd lämnas skriftligen eller muntligen till ansvarig kommunal nämnd, det vill säga biståndshandläggare eller motsvarande.

FLÖDESSCHEMA FÖR BISTÅND



EXEMPELINTYG

Familjeläkarmottagningen
Ängsgatan 137
700 00 Västerås

xxxxxx-xxxx
Sven Svensson
Ängsgatan 123
700 00 Västerås

INTYG OM EGENVÅRD

Dessa uppgifter ska för patienten betraktas som egenvård:

PÅTAGNING AV STÖDSTRUMPA

ÖGONDROPPAR MORGON OCH KVÄLL

Datum: 090216

Ansvarig legitimerad yrkesutövare (ange yrkeskategori):

Dokumenterad planering bifogas.

SALA KOMMUN

SALA KOMMUN
Vård- och omsorgsförvaltningen
Ink. 2014 -10- 22
Diarienr 2014/957 Diarieplanbeteckn.

LANDSTINGET VÄSTMANLAND

10.

Lokal handlingsplan 2015-2016

FÖR LANDSTINGET I VÄSTMANLANDS LÄN OCH VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN I SALA KOMMUN, DNR 2014/957

Handlingsplan 2015-2016 för utveckling av samverkan mellan landstinget och Sala kommun för vuxna med psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning.

En handlingsplan visar vilka **åtgärder** huvudmännen planerar att vidta för att **utveckla samverkan**.

Denna handlingsplan har utarbetats utifrån resultat och slutsatser av den uppföljning som gjorts av överenskommelsen om samverkan kring vuxna med psykisk funktionsnedsättning samt uppföljning av lokal handlingsplan 2013-2014.

Nätverket VSPH, i vilken ingår föreningarna RSMH Västmanland, VIP, Balans, Frisk och Fri, Attention och Ångestsyndromsällskapet deltar i arbetet och har lämnat synpunkter på den nya handlingsplanen.

Syfte

Handlingsplanens syfte är att utveckla samordning och samverkan genom att identifiera brister i system och organisation samt föreslå åtgärder så att uppsatta mål för lokalt operativt arbete rörande vuxna med psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning kan nås och det operativa arbetet utvecklas.

Målgrupp

Målgruppen för handlingsplanen är personer from 18 år med en psykisk sjukdom/funktionsnedsättning. Fokus för handlingsplanen är personer i behov av samordnat stöd från socialtjänst och hälso- och sjukvård.

En person har en psykisk funktionsnedsättning om hen har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och om dessa begränsningar funnits eller kan antas bestå under en längre tid. Svårigheterna kan vara en konsekvens av psykisk störning/sjukdom. Definitionen av målgruppen är utförligt beskriven i delrapporten: *Vad är psykiskt funktionshinder?* Nationell psykiatrisamordning, SOU 2006:5

Enligt definitionen kan i princip alla tillstånd som diagnosticeras som psykisk sjukdom eller störning ge konsekvensen psykisk funktionsnedsättning. Personer som utöver psykisk funktionsnedsättning har beroende- och missbruksproblem eller utvecklingsstörning ingår också i målgruppen.

I handlingsplanen används begreppen brukare, patient, klient, person och den enskilde synonymt och avser en person som är i behov av samordnade insatser från båda huvudmännen.

Samverkansparter

Kommunen

Kommunens socialtjänst ger stöd och insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lag (1993:384) om stöd och service för vissa funktionshindrade samt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Bistånd och insatser kan sökas av den enskilde och de är frivilliga. Tvångsinsatser inom socialtjänsten kan endast ges med stöd enligt lag (1988:870) om råd av missbrukare i vissa fall och lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Socialtjänsten ansöker då hos förvaltningsrätten om tvångsinsatsen men har själv och inga möjligheter att utöva tvång.

Socialtjänsten och LSS har en skyldighet att utreda när en enskild person söker bistånd eller insatser. Om information inkommer i form av en anmälan för en vuxen person tas först en kontakt berörd person. Om personen önskar söka bistånd startar utredningen. Socialtjänstens utredning räknas som myndighetsutövning vilken regleras av lagstiftning på området. Det ingår att göra en kartläggning av den enskildes önskemål svårigheter och bedöma behovet av bistånd och insatser. Utredning och bedömning utgår från ett helhetsperspektiv på den enskilde och ligger till grund för själva beslutet om insatser.

Sala kommun representeras i ledningsgruppen av vård- och omsorgsförvaltningen och i förekommande fall skolan.

Landstinget

Familjeläkarmottagningen

Primärvårdens ansvar regleras i primärvårdsprogrammet med regelverk för omhändertagande av psykisk ohälsa. Primärvården är första linjens hälso-och sjukvård för mild till måttlig psykisk ohälsa, inklusive missbruk/beroendeproblematik. Uppdraget gäller alla åldrar och gäller även tidiga insatser i situationer där det finns risk för att personer kan utveckla psykisk ohälsa eller att befintlig ohälsa kan förstärkas. Vårdcentralen bedömer och ger behandling för lindriga till måttliga symptom och tillstånd när psykisk ohälsa/sjukdom misstänks eller konstateras. Då uppdraget gäller alla åldrar ska vårdcentralen ha tillgång till medarbetare med god psykologisk och psykosocial bedömnings- och behandlingskompetens. Vårdcentralen ska utveckla arbetssätten för att möta psykisk ohälsa och förbättra samverkan med de vårdgrannar som möter dessa patientgrupper.

Vuxenpsykiatrin i Västmanland

Ansvarar för psykiatrisk vård och behandling vari ingår att utreda och behandla enskilda personer som är i behov av sådana insatser på specialistnivå.
I ansvaret ingår utredning, diagnostik, behandling, rehabilitering, funktionsbedömning, psykiatrisk omvårdnad och uppföljning. Den psykiatriska verksamheten bedrivs i såväl öppen- som slutenvård (HSL). Öppenvårdsmottagningar finns i Sala och slutenvårdsavdelningar i Västerås. Psykiatrisk vård bedrivs även med tvång enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). I de fall patienterna bedömts ha behov av annan specialistvård, till exempel internmedicin eller röntgenundersökning sker remittering enligt landstingets remitteringsrutiner.

Rättspsykiatri Västmanland

Ansvarar för personer som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård vårdas inom Rättspsykiatri Västmanland i Sala som är en länsklinik. Rättspsykiatrisk vård bedrivs som sluten rättspsykiatrisk vård eller öppen rättspsykiatrisk vård men den rättspsykiatriska vården inleds alltid med sluten rättspsykiatrisk vård. Inom rättspsykiatrin finns ett öppenvårdsteam som har sitt arbetsfält över hela länet.

Gemensamma verksamheter

Norra Västmanland Samordningsförbund med lokalt samordningsteam.

Övriga samverkansparter

Försäkringskassan. Arbetsförmedlingen, Polisen, Personligt ombud i Västmanland.

Åtgärder för att utveckla samverkan

Struktur för att säkerställa samarbete och samverkan

En lokal ledningsgrupp för samverkan möts regelbundet, minst 2 ggr/termin. Respektive huvudman ansvarar för att utse representanter till ledningsgruppen. Socialchefen eller av denne utsedd person är sammankallande. Ledningsgruppen utser en ordförande, säkerställer att möten protokollförs och sprids till berörda organisationer.

Intresseorganisationerna bjuds regelbundet in till möten samt representanter från länsgemensamma enheter och myndigheter (AF, FK, Polis etc.) vid behov.

Uppdrag för lokal ledningsgrupp

En återkommande inventering av målgruppen ska ligga till grund för planering och arbete. Samverkan ska omfatta

1. Övergripande gemensam planering
2. Information om planerade verksamhetsförändringar
3. Gemensam kompetensutveckling
4. Uppföljning och utveckling av arbetet på individnivå
5. Identifiering, analys av upptäckta brister och förslag på åtgärder

Ledningsgruppens handlingsplan

1. *Övergripande gemensam planering*: Återskapa ett lokalt brukarråd. Inventera målgrupp och behov, fokus på äldre med psykiska funktionsnedsättningar, vuxna med psykiska funktionsnedsättningar och missbruk. Inventering görs i samråd med VSPH och personligt ombud

2. *Information om planerade verksamhetsförändringar*: Tydliggör ledningsgruppens arbete. Kartläggning och analys av intressenter och kommunikationsplan utifrån behovet av information.
3. *Gemensam kompetensutveckling*: Utbildning anordnas i SIP till medarbetare inom landsting, kommun, VSPH samt anhöriga och brukare.
4. *Uppföljning och utveckling av arbetet på individnivå*: Identifiera behov av gemensamma riktlinjer/rutiner för samordning och samverkan. Undersöka om FACT kan användas som gemensam metod för arbetet.
5. *Identifiering, analys av upptäckta brister och förslag på åtgärder*: Utveckla användning av samverkansavvikelser. Analysera inkomna samverkansavvikelser samt lämna förslag på åtgärder.

Insatser för att lösa tvister inom identifierade områden

Tvister mellan parterna som inte kan lösas på handläggare/behandlare/ läkarnivå löses i första hand mellan ansvariga chefer. Den som upplever att parterna i samverkansarbetet avviker från de rutiner som fastställts för arbetet, aktualiserar detta i avvikelserapporteringen enligt gängse rutiner.

Tvistefrågor som är av principiell karaktär och som inte kan lösas lokalt kan lyftas av cheferna till länets Tjänstemannaberedning för beredning och förslag till åtgärd. Om tvist skulle uppkomma som inte löses av Tjänstemannaberedningen tillsätts ett medlarråd som utses av landstingsdirektören och direktören för VKL.

Giltighetstid

Handlingsplanen gäller under tiden 2015-01-01- 2016-12-31

Fastställande och beslut

Handlingsplanen fastställs av representanter som utses av respektive huvudman

Uppföljning

Uppföljning av handlingsplanen ska göras senast 2015-09-01 av ledningsgruppen.

Uppföljningen ska omfatta en redovisning av om i handlingsplanen gemensamt uppsatta mål har nåtts. Redovisningen ska innefatta en sammanställning och en analys av resultatet. Fokus bör ligga på att redovisa identifierade brister och utvecklingsområden, de aktiviteter som vidtagits och resultatet av dem. En värdering göras av på vilket sätt arbetet och/eller resultatet varit till nytta för målgruppen.

Utifrån resultatet och slutsatserna av uppföljningarna och med utgångspunkt från överenskommelsen upprättas en ny handlingsplan för fortsatt arbete perioden 2016-01-01- 2017-12-31

Handlingsplanen ska årligen följas upp och vid behov revideras. Resultat och reviderad handlingsplan ska rapporteras till Tjänstemannaberedningen.

Underskrifter

Sala kommun 20141022

Vård och omsorgsförvaltningen

Agneta Von Schoting

Förvaltningschef

Landstinget Västmanland

Vuxenpsykiatrin

Solveig Landqvist

Resultatområdeschef

SALA KOMMUN

SALA KOMMUN
Vård- och omsorgsförvaltningen
Ink. 2014 -10- 28
Diarienr 2014/957 Diarieplanbeteckn.

LANDSTINGET VÄSTMANLAND

11.

Lokal handlingsplan 2015-2016

FÖR LANDSTINGET I VÄSTMANLANDS LÄN OCH VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN I SALA KOMMUN, DNR 2014/957

Handlingsplan 2015-2016 för utveckling av samverkan mellan landstinget och Sala kommun för barn med psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning och/eller sammansatt social eller psykiatrisk problematik.

En handlingsplan visar vilka **åtgärder** huvudmännen planerar att vidta för att **utveckla samverkan**.

Denna handlingsplan har utarbetats utifrån resultat och slutsatser av den uppföljning som gjorts av överenskommelsen om samverkan kring barn med psykisk funktionsnedsättning och/eller sammansatt social och psykiatrisk problematik samt uppföljning av lokal handlingsplan 2013-2014.

Samverkansorganisationen, VSPH, i vilken ingår RSMH Västmanland, VIP, Balans, Frisk och Fri, Attention, Villa Omtanken och Ångestsyndromsällskapet har fått information om och möjlighet att lämna synpunkter på den nya handlingsplanen.

Syfte

Handlingsplanens syfte är att utveckla samordning och samverkan genom att identifiera brister i system och organisation samt föreslå åtgärder så att uppsatta mål för lokalt operativt arbete rörande barn och unga kan nås och det operativa arbetet utvecklas.

Målgrupp

Målgruppen för handlingsplanen är barn och unga 0-17 år med en psykisk funktionsnedsättning och/eller en sammansatt social och psykiatrisk problematik. Fortsättningsvis benämns målgruppen som barn.

Samverkansparter

Kommunen

Kommunens ansvar utifrån lagstiftning

Enligt socialtjänstlagen (SoL) har socialtjänsten ett särskilt ansvar för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd de behöver samt, om hänsynen till den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet. Detta innebär också en skyldighet att utreda om socialtjänsten behöver vidta åtgärder. Kommunen ansvarar också för att tillhandahålla insatser enligt LSS till personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar, även barn omfattas. Lagen gäller bara vissa personer med funktionsnedsättning

SALA2000, v 1.0, 2010-08-26

1. Myndighetsutövning enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Kommunen ansvarar för att efter ansökan utreda och besluta om insatser enligt LSS. Den personkrets som omfattas av lagen kan ha rätt till insatser i form av:

- Biträde med personlig assistans
- Ledsagarservice
- Kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför hemmet
- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och unga

2. Individ och familjeomsorgens myndighetsenhet

Ansvarar för att ta emot ansökningar och anmälningar rörande barn och unga 0-21 år, att utreda och besluta om insatser/åtgärder samt följa upp dessa. Bistånd till barn och unga samt deras familjer kan t ex vara någon form av öppenvårdsinsats, kontaktperson, kontaktfamilj eller i vissa fall placering utanför det egna hemmet. Insatser till barn och unga samt deras familjer ska i första hand erbjudas som ett bistånd enligt SoL. I de fall barn och unga behöver stöd och skydd och detta inte kan ges med vårdnadshavarnas samtycke kan socialnämnden ansöka hos Förvaltningsrätten om att vården ska ges enligt Lag med särskilda bestämmelser för unga (LVU).
Socialtjänsten bedriver även familjerättslig verksamhet med ansvar för frågor rörande vårdnad, boende och umgänge, fastställande av föräldraskap samt adoptioner.

För akuta ärenden efter kontorstid finns en gemensam socialjour för länets samtliga kommuner.

2.1 Öppenvårdsbehandling

Den kan erbjudas efter biståndsprövning. Råd och stödinsatser kan ges som en serviceinsats utan särskild prövning. Öppenvård kan bestå av familjebehandling, föräldrautbildning, programverksamhet vid missbruk och kriminalitet, barngruppsverksamheter för särskilda målgrupper mm.

2.2 Barnahus

Är en gemensam verksamhet i länet där socialtjänsten, polisen, landstinget och åklagarmyndigheten samverkar när det gäller barn som utsatts för misshandel eller andra övergrepp.

3. Skolornas elevhälsa

Den kommunala basnivån för upptäckt och stöd till barn och ungdomar. Elevhälsan möter alla barn i skolan och har ansvar för ett visst antal återkommande hälsoundersökningar för varje barn/elev. Elevhälsan har främst ett förebyggande uppdrag men också anmälningsskyldighet enligt SoL vid misstanke om att barn far illa.

Landstinget

4. Landstingets ansvar utifrån lagstiftning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) har landstinget ansvar för den vård som kräver insatser av medicinsk (inklusive psykiatrisk) utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med annan personal.
Fast vårdkontakt utses vid behov
Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

4.1 Habilitering och rehabilitering

Rådgivning och annat personligt stöd avseende expertinsatser till barn och unga som tillhör LSS personkrets och deras närstående. Insatserna är av rådgivande och allmänt stödjande karaktär där medicinska, sociala, psykologiska och pedagogiska aspekter av funktionsnedsättningen ska beaktas. Insatserna ses som ett komplement till och inte en ersättning för hälso-och sjukvård eller socialtjänst. Insatserna beslutas av landstingets LSS-handläggare som organisatoriskt tillhör Habiliteringscentrum.

4.2 Familjeläkarmottagningen

Primärvårdens ansvar regleras i primärvårdsprogrammet med regelverk för omhändertagandeav psykisk ohälsa. Primärvården är första linjens hälso-och sjukvård för mild till måttlig psykisk ohälsa, inklusive missbruk/beroende-problematik. Uppdraget gäller alla åldrar och gäller även tidiga insatser i situationer där det finns risk för att personer kan utveckla psykisk ohälsa eller att befintlig ohälsa kan förstärkas.

Vårdcentralen bedömer och ger behandling för lindriga till måttliga symptom och tillstånd när psykisk ohälsa/sjukdom misstänks eller konstateras. Då uppdraget gäller alla åldrar ska vårdcentralen ha tillgång till medarbetare med god psykologisk och psykosocial bedömnings- och behandlingskompetens. Vårdcentralen ska utveckla arbetssätten för att möta psykisk ohälsa och förbättra samverkan med de vårdgrannar som möter dessa patientgrupper.

Barnhälsovården inom vårdcentralen ska aktivt erbjuda ett generellt program med hälsoövervakning, regelbunden sköterskekontakt och läkarundersökningar samt psykologinsatser. Målgruppen är listade barn, från 1 veckas ålder tills de börjar förskoleklass, och deras föräldrar. Barnhälsovården övergripande mål är att främja barnets hälsa och trygghet samt minska skadliga påfrestningar för föräldrar och barn samt stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap.

Föräldrastöd i grupp ska erbjudas alla förstagångsföräldrar och flergångsföräldrar med speciella behov. Utökat individuellt stöd ska erbjudas barn och familjer med särskilda behov, till exempel familjer med adoptivbarn, invandrarfamiljer, barn med funktionsnedsättningar, barn till missbrukare eller psykiskt sjuk förälder/rar och barn till identifierade deprimerade mödrar. Varje barnhälsovårdssjuksköterska ska kunna erbjuda depressionsscreening till nyblivna mödrar.

Barnhälsovården ska samverka i familjecentraler där sådana finns och bör ha åtminstone någon del av sin verksamhet förlagd dit. Barnhälsovården ska också

samverka med kvinnokliniken, barn och ungdomskliniken, barn och ungdomspsykiatrin, tandvården, andra familjeläkarmottagningar, Habiliteringscentrum, barnomsorgen, skolhälsovården samt socialtjänsten.

4.3 Barn och ungdomshälsan

Barn och ungdomshälsan är en första linjens vårdinsats för barn och unga med lätt till måttlig psykisk ohälsa. Verksamheten är organiserad under barn och ungdomspsykiatrin, är länsomspännande och finns på flera orter i länet. Verksamheten tar emot patienter främst via hänvisning från vårdcentraler eller i form av remisser från barnpsykiatrin och arbetar med korta och riktade insatser. Vid behov kan verksamheten remittera vidare till barnpsykiatrin.

4.4 Barn och ungdomspsykiatrin

Barn och ungdomspsykiatrins uppdrag är att ge barnpsykiatrin specialistvård till barn och ungdomar i åldern 0-17 år som bor i Västmanland eller som har valt landstinget som vårdgivare. Verksamheten ska erbjuda såväl akuta som planerade vårdinsatser till barn och ungdomar med allvarlig psykisk störning eller sjukdom.

Insatserna kan omfatta bedömning, utredning, behandling, rehabilitering eller vidareremittering, och ges inom både öppen och/eller slutenvårdsavdelningar. Verksamheten ska samverka och samordna med vårdgrannar och myndigheter t.ex. Socialtjänsten, skolan, vuxenpsykiatrin, barn och ungdomskliniken, vårdcentralerna, asylhälsan och polisen.

I uppdraget ingår även att erbjuda stöd och konsultation till vårdgrannar som behöver barn och ungdomspsykiatrisk specialkompetens. Verksamheten ska även bidra till att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa.

4.5 Barn och ungdomskliniken

Barn och ungdomsklinikens uppdrag är att bedriva hälso-och sjukvård för barn och ungdomar 0-17 år i Västmanland. Hälsovårdsuppdraget gäller att utarbeta metodik och rutin för barnhälsovårdsverksamheten i länet och att bemanna barnavårdscentralerna med barnläkarkonsult. I hälsovårdsuppdraget ingår också att ta fram hälsovård till allmänhetens samverkan med primärvården , skolan och andra samverkanspartners.

I sjukvårdsuppdraget ingår att ge specialistsjukvården inom barnmedicin i nära samverkan med primärvården, barn och ungdomspsykiatrin samt regionsjukvården.

4.6 Habiliteringscentrum

Habiliteringscentrums verksamheter har specialistkompetens inom området funktionsnedsättning, funktionshinder och handikapp. Insatser ska ges till personer med utvecklingsstörning, (även i kombination med autism), medfödda och omfattande rörelsehindrade, omfattande och bestående synnedsättning, samt till döva och hörselskadade med behov av tolkservice.

Verksamheten är en resurs som kompletterar den, hälso- och sjukvård, oavsett utförare, som alla länsinnevånare har tillgång till. Insatserna syftar till att underlätta den enskildes vardagliga situation, stärka aktivitet och delaktighet.

5. Gemensamma verksamheter

5.1 Ungdomsmottagningen

Bedrivs i samarbete med landstinget. Kommunen ansvarar för den sociala resursen inom verksamheten. Ungdomsmottagningen (UM) riktar sig till ungdomar 13-23 år och bedrivs i samverkan med kommunen. När det gäller den nedre åldersgränsen görs en individuell bedömning. UM ska främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i identitetsutvecklingen så de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar. Tillgång finns till barnmorska, socionom och läkare.

5.2 Skolteam

Skolteam är en samfinansierad verksamhet tillsammans med skolförvaltningen. Verksamheten arbetar med förebyggande och tidiga insatser för barn/ unga och deras föräldrar i tät samverkan med skolan och andra viktiga aktörer.

6. Övriga samverkansparter

Polisen samt personal inom fritidssektorn.

Åtgärder för att utveckla samverkan

Struktur för att säkerställa samarbete och samverkan

En lokal ledningsgrupp för samverkan möts regelbundet, minst 2 ggr/termin. Respektive huvudman ansvarar för att utse representanter till ledningsgruppen. Socialchefen eller av denne utsedd person är sammankallande. I ledningsgruppen ingår även intresseorganisationen VSPH. Ledningsgruppen utser en ordförande, säkerställer att möten protokollförs och sprids till berörda organisationer.

Representanter från länsgemensamma enheter och myndigheter bjuds in till ledningsgruppens möten vid behov.

Uppdrag för lokal ledningsgrupp

En återkommande inventering av målgruppen ska ligga till grund för planering och arbete. Samverkan ska omfatta

1. Övergripande gemensam planering
2. Information om planerade verksamhetsförändringar
3. Gemensam kompetensutveckling

4. Uppföljning och utveckling av arbetet på individnivå t ex SIP-möten, Närvaroteamet, Omsorgsstyrkan samt familjebehandling i samarbete med barnpsykiatrin.
5. Identifiering, analys av upptäckta brister och förslag på åtgärder
6. Utveckla samverkan med brukarorganisationer

Ledningsgruppens handlingsplan

1. *Övergripande gemensam planering*: Definiera gemensam vårdkedja för skola, BUP, socialtjänst. Beskriva processerna. Tydliggöra vem som gör vad. När upprättade dokument är klara följs dessa upp på nästkommande ledningsmöte.
2. *Information om planerade verksamhetsförändringar.*
3. *Gemensam kompetensutveckling*: Utbildning i SIP under 2015.
4. *Uppföljning och utveckling av arbetet på individnivå*: Utveckla användningen av SIP. Identifiera och utveckla det förebyggande och uppsökande arbetet med att få kontakt med målgruppen.
5. *Identifiering, analys av upptäckta brister och förslag på åtgärder*: Analysera inkomna avvikelser för samverkan samt lämna förslag på åtgärder. Exempel på avvikelser tas upp ledningsgruppen.

Insatser för att lösa tvister inom identifierade områden

Tvister mellan parterna som inte kan lösas på handläggare/behandlare/ läkarnivå löses i första hand mellan ansvariga chefer. Den som upplever att parterna i samverkansarbetet avviker från de rutiner som fastställts för arbetet, aktualiserar detta i avvikelserapporteringen enligt gängse rutiner.

Tvistefrågor som är av principiell karaktär och som inte kan lösas lokalt kan lyftas av cheferna till länets Tjänstemannaberedning för beredning och förslag till åtgärd. Om tvist skulle uppkomma som inte löses av Tjänstemannaberedningen tillsätts ett medlarråd som utses av landstingsdirektören och direktören för VKL.

Giltighetstid

Handlingsplanen gäller under tiden 2015-01-01- 2016-12-31

Fastställande och beslut

Handlingsplanen fastställs av representanter som utses av respektive huvudman.

Uppföljning

Uppföljning av handlingsplanen ska göras senast 2015-09-01 av ledningsgruppen.

Uppföljningen ska omfatta en redovisning av om i handlingsplanen gemensamt uppsatta mål har nåtts. Redovisningen ska innefatta en sammanställning och en analys av resultatet. Fokus bör ligga på att redovisa identifierade brister och utvecklingsområden, de aktiviteter som vidtagits och resultatet av dem. En värdering göras av på vilket sätt arbetet och/eller resultatet varit till nytta för målgruppen.

Utifrån resultatet och slutsatserna av uppföljningarna och med utgångspunkt från överenskommelsen upprättas en ny handlingsplan för fortsatt arbete perioden 2016-01-01- 2017-12-31

Handlingsplanen ska årligen följas upp och vid behov revideras. Resultat och reviderad handlingsplan ska rapporteras till Tjänstemannaberedningen.

Sala kommun 2014-10-22	Landstinget Västmanland
Vård och omsorgsförvaltningen	Barn och ungdomspsykiatrin
Agneta von Schoting	Margit Farkas
Förvaltningschef	Resultatområdeschef

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Ärendegranskning vad det gäller myndighetsutövningen.	DOKUMENT Tillämpningsrutin	BESLUTAD 2015-08-19
ORGANISATION Biståndsenheten	DOKUMENTÄGARE Socialchef	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Sipan Mehho	PUBLICERAD	REVIDERAD

Tillämpningsrutin för ärendegranskning vad det gäller myndighetsutövningen.

Rutin för egenkontroll

Syftet med granskningen:

Att kvalitets säkra utredning och dokumentationen.

När

Granskningen sker varje kvartal. Första kvartalet är det SoL ärende, andra LSS, tredje SoL och fjärde kvartalet socialpsykiatri. Antal beslut som ska granskas är 2 stycken per handläggare. Urval av besluten sker av konsulenten i samråd med enhetschefen.

Hur

Den som granskar besluten är konsulenten på biståndsenheten. Det är en kollegial granskning med hjälp av en checklista som har tagits fram av enhetschefen. Enhetschefen granskar de beslut som konsulenten har fattat beslut om.Resultatet sammanställs och rapporteras till enhetschefen och verksamhetschefen. Enhetschefen går igenom samanställningen på näst kommande APT och ansvarar för att åtgärda de punkter som behöver åtgärdas.

SALA KOMMUN

Vård- och omsorgsnämnden

Checklista för ärendegranskning vad det gäller biståndshandläggarna i Sala kommun.

	Frågor	Bedömningskriterier	Svarsallternativ		
1	Uppgifter om namn, personnummer och adress finns?	Dokumenterad information med för och efternamn, personnummer och adress.	Ja	Delvis	Nej
2	Har utredningen inletts efter inkommen ansökan?	1 § Socialnämnden ska utan dröjsmål inleda utredning (normalt 3 dagar) av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden.	Ja	Delvis	Nej
3	Framgår det tydligt i utredningen, vad den enskilde har ansökt om och vad anledningen är till ansökan?	Enligt SoL och LSS ska en ansökan innehålla uppgifter om anledningen till ansökan, vad ansökan gäller och när den är gjord.	Ja	Delvis	Nej
4	Har handläggarena använts sig av BAS[1] i utredningen.	Dokumentationen ska visa att BAS används eller att det framgår skälen till att den inte använts.	Ja	Delvis	Nej
5	Är barnperspektivet beaktat i de fall som det finns barn i familjen?	Dokumentationen har visat att barnet har fått information och barnets åsikter är dokumenterade. I utredningar som gäller barn visar dokumentationen en avvägning av barnets bästa, där barn och vuxna har olika synpunkter.	Ja	Delvis	Nej
6	Framgår utredarens bedömning tydligt, till underlag för beslut?	Handläggarens uppfattning om den enskildes persons rätt till bistånd/insats utifrån den enskilde personens situation och behov samt gällande lag finns dokumenterad. Bedömningen innehåller information om anledningen till beslutet.	Ja	Delvis	Nej
7	Är målen med insatsen tydliga?	Målen med insatsen bör vara individuellt utformade och är	Ja	Delvis	Nej

[1] BAS: behov av stöd.

		uppföljningsbara. De ska vara realistiska och ge uttryck för vad som är önskvärt att nå i fråga om förmåga samt ha en tydlig koppling till personens vardagssituation.			
8	Har utredaren kommunicerat vid förslag på avslag?	Av dokumentationen ska det framgå om och i så fall när och på vilket sätt beslutunderlaget eller andra uppgifter har kommunicerats med den enskilde enligt 17 § förvaltningslagen.	Ja	Delvis	Nej
9	Är beslutet tydlig?	Dokumentationen av beslut ska innehålla uppgifter om vem eller vilka beslutet avser, vad som har beslutats, enligt vilket lagrum som ligger till grund för beslutet, datum och vilken nämnd. Beslutet ska överrensstämma med vad ansökan gäller.	Ja	Delvis	Nej
10	Finns det journalanteckningar som är kopplade till utredningen.	Det finns journalanteckningar som göra det är möjligt och överskådligt att kunna följa utredningen från ansökan till beslut. Journalanteckningar kan även innehålla hänvisningar till ett eller flera separata dokument.	Ja	Delvis	Nej
11	Handledningstiden från ansökan till beslut	Utredningen ska genomföras utan dröjsmål (i normal fall 1 månad). Där intyg eller annan information måste inväntas godtas längre handläggningstid.		Antal dagar	
12	Har informationen lämnats om rätten till överklagan vid avslag?	Av dokumentationen ska det framgå att besvärshänvisning har lämnats, när ev. överklagan inkom, omprövningen samt när det skickades till domstol.	Ja	Delvis	Nej
13	Är utredningen objektiv och saklig?	Dokumentationen visar att underlaget bygger på fakta och att handläggaren inte använder sig av värderande ord och uttryck.	Ja	Delvis	Nej

SALA KOMMUN

Vård- och omsorgsnämnden