2016-01-11
**KALLELSE**
BERIT LUNDQVIST
DIREKT: 0224-74 90 57

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

# Kallelse till sammanträde

| | |
|---|---|
| Organ | Vård- och omsorgsnämnden |
| Plats | Sammanträdesrummet, Fredsgatan 23, Sala |
| Tid | Onsdag den 20 januari 2016 kl 13.30 |

## ÄRENDEN

1 Utseende av justerare

2 Mätetal

3 Tillsyn av bostad med särskild service för vuxna enl 9 § 9 LSS
Dnr 2015/211
Förslag. Bilaga VON 2016/1/1

4 Tillsyn av myndighetsutövning avseende handläggning och beslut enligt LSS
Dnr 2014/1260
Förslag. Bilaga VON 2016/2/1-3

5 Ny överenskommelse med Migrationsverket om anordnande av boende för asylsökande barn utan legal vårdnadshavare i Sverige s k ensamkommande barn
Dnr 2015/908
Förslag. Bilaga VON 2016/3/1

6 Ledningssystem privat verksamhet LOV och LOU
Dnr 2016/48
Bilaga VON 2016/4/1

7 Presentation av nytt LOV-företag
Information

8 Tillgänglighetsarbete inom vård och omsorg
Dnr 2016/49
Bilaga VON 2016/5/1-2

9 Ledningssystem för vård och omsorg
Dnr 2014/908, 2015/107
Bilaga VON 2016/6/1-6

10 MAS/MAR

11 Redovisning av enkätsvar biståndshandläggarna 2015
Dnr 2016/50
Bilaga VON 2016/7/1

12 Hemtjänst team 3
Information

SALA3001, v 1.0, 2010-06-09

Vård- och omsorgsnämnden

13 Familjecentral
Information

14 Kompletteringsval

15 Socialchefen informerar

16 Rapporter

17 Ärenden avgjorda med stöd av delegation

18 Kurser och konferenser

19 Anmälningsärenden
Bil. VON 2015/8/1

Ordföranden

# ÄRENDE NR 3

Bilaga VON 2016/1/1



SALA KOMMUN

VÅRD OCH OMSORG
Anneli L Sundin

**Redovisning av vidtagna åtgärder efter IVO tillsyn av bostad med särskild service för vuxna enligt 9§9 LSS vid Karpgatans service och gruppbostad, Sala med Dnr 8.5-6215/2015-17**

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har efter tillsyn på Karpgatans grupp och serviceboende ställt följande krav på Vård och omsorgsnämnden.

Att nämnden organiserar verksamheterna vid Karpgatans service-och gruppbostad så de boende tillförsäkras goda levnadsvillkor och bostaden utgör en trygg plats med starkt begränsat antal sociala kontakter för de boende.

Verksamheten kommer att från april 2016 organisera om personalgruppen så brukare som bor på gruppbostaden och brukare som bor på servicebostaden har var sin egen personalgrupp.

Vård och omsorgsnämnden kommer från januari 2016 ställa sig i bostadskö för att få tillgång till ytterligare en baslägenhet i det närliggande geografiska området. Den kommer att kunna användas av de brukare som bor i servicebostad. Fram till dess en ny servicebaslägenhet finns får de brukare som bor i servicebostad fortsätta samverka som i dag med gruppbostaden i deras befintliga lokal.

Anneli L Sundin/verksamhetschef

SALA1000, v 2.0, 2012-08-02 http://sp/vol/Avenderiebeveckning/Lister/Uppgifter/Attachments/454/Redovisning av vidtagna åtgärder efter IVO tillsyn av bostad med särskild service för vuxna enligt 9.docx

**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

2015-11-03 Dnr 8.5-6215/2015-21 1(1)

Avdelning mitt
Christina Eljansbo-Hammarbäck
christina.eljansbo-hammarback@ivo.se

Sala kommun
Vård och omsorgsnämnden
Box 304
733 25 SALA

SALA KOMMUN
Vård- och omsorgsförvaltningen
Ink. 2015 -11- 04
Diarienr | Diarieplanbeteckn.

**Tillsyn av bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS vid Karpgatans service- och gruppbostad, Sala**

Översänder härmed det preliminära underlaget för beslut efter tillsyn vid Karpgatans service- och gruppbostad. Eventuella synpunkter ska ha kommit in till IVO **senast den 10 november 2015.**

IVO kan komma att fatta beslut i ärendet även om ni inte yttrar er.

Vid kontakt med IVO i detta ärende bör diarienummer 8.5-6215/2015 anges.

Med vänlig hälsning

Christina Eljansbo-Hammarbäck

Christina Eljansbo-Hammarbäck



Inspektionen för vård och omsorg
Box 423
701 48 Örebro

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

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

Inspektionen för vård och omsorg

Avdelning mitt
Christina Eljansbo-Hammarbäck
christina.eljansbo-hammarback@ivo.se



Sala kommun
Vård och omsorgsnämnden Box 304
733 25 SALA

### *Verksamheten*

Av besvarad enkät framgår att det bor tio personer på Karpgatans service- och gruppbostad. Fyra personer bor i gruppbostaden och övriga sex bor i servicebostad. De boende i gruppbostaden är tre män och en kvinna i åldrarna 23 – 39 år. De boende i servicebostadsdelen är fyra män och två kvinnor i åldrarna 27 – 68 år. Det finns ett par som bor tillsammans och de delar lägenhet i servicebostadsdelen.

Verksamheten har elva platser, en plats i gruppbostadsdelen är ledig och platsen är erbjuden till en ny person.

Målgruppen för verksamheten är personer med utvecklingsstörning och autism. En person i servicebostaden har en förvärvad hjärnskada och tillhör personkretsen enligt 1 § 2 LSS.

Enligt chefen var verksamheten från början inte en gruppbostad. Vid en översyn av lokalerna beslutades att en del av verksamheten skulle vara gruppbostad. Förändringen kunde inte förklaras av ändrade behov hos de boende utan av lokalernas utformning. Personalen fortsatte som tidigare med att arbeta med alla boende oavsett om de bodde i gruppbostad eller servicebostad.

Alla boende har tillgång till ett gemensamhetsutrymme. Enligt både chef och personal skulle det vara bra om de fick tillgång till ytterligare en lägenhet som kunde användas till en gemensamhetslokal för de som bor i serviceboendet. Chefen tror att det skulle vara rörigt även om färre personer delade på gemensamhetsutrymmet.

Enligt personalen har det sedan 2012 flyttat in enskilda med neuropsykiatriska diagnoser och vårdtyngden hos de boende har ökat.

### *Verksamhetens lokaler*

Verksamheten bedrivs i två hus. Gruppbostaden ligger på ett plan med en gemensam ingång. En del av servicebostaden ligger i samma trapphus som gruppbostaden medan den övriga delen ligger i huset bredvid. De intervjuade uppger att alla lägenheter är fullvärdiga. Enligt de intervjuade har de boende i servicebostadsdelen tillgång till gemensamhetsutrymmet fram till klockan 21:00 på kvällen. Enligt



Inspektionen för vård och omsorg
Box 423
701 48 Örebro

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

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

chefen har syftet varit att under kvällstid skapa en lugnare miljö för dem i gruppbostaden. Personalen uppger att tidpunkten kan flyttas fram om gruppen t.ex. tittar på film. De boende i gruppbostaden har nyckel till gemensamhetsutrymmet vilket de övriga inte har.

Enligt de intervjuade finns även två gruppbostäder och en korttidsverksamhet i samma kvarter.

Det var enligt Socialstyrelsens beslut vid tillsynen 2012 särskilt viktigt att genom uppföljningar och utvärderingar följa möjligheterna att erbjuda en verksamhet med god kvalitet och goda levnadsvillkor eftersom verksamheten hade så många boende. Av beslutet framgick även att nämnden borde beakta detta vid sin planering av nya gruppbostäder och sträva efter att erbjuda gruppbostäder med ett litet antal boende för att säkra god kvalitet och goda levnadsvillkor.

Enligt chefen har det inte varit någon förändring vad gäller verksamhetens lokaler sedan tillsynen 2012. Sala kommun har startat två nya gruppbostäder sedan 2012 och av dessa har en fem platser och den andre sex.

### *Inflytande, delaktighet och självbestämmande*

De intervjuade uppger att alla boende har en genomförandeplan. Planen upprättas av den personal som är kontaktman. Enligt de intervjuade är den enskilde alltid med och enligt personalen bestämmer denne vilka övriga som ska delta. Informationen från genomförandeplanen förs sedan över till en pärm som kallas HUR-pärm där personalen får information om hur den enskilde vill ha insatsen utförd. HUR-pärmen används av personalen i det dagliga arbetet.

Enligt de intervjuade kan de boende vara med och bestämma i de gemensamma utrymmena via boendemötet som genomförs en gång per vecka. De boende kan genomföra både individuella och kollektiva fritidsaktiviteter men personalen anser att det är svårt att hinna med. De aktiviteter som den enskilde vill kunna genomföra ska framgå av genomförandeplanen. Enligt chefen ska en aktivitet som inte kan genomföras dokumenteras som en avvikelse. Enligt personalen kan extra personal sättas in vid behov. I kommunen finns en Fritidsgrupp som erbjuder aktiviteter.

Chefen uppger att två boende har begränsningar. De övriga boende berörs inte av dessa begränsningar. Det finns ett larm nattetid. Enligt de intervjuade har larmet beslutats av enhetschefen, förskrivits av Habiliteringen, åtgärden följs upp av verksamheten, den enskilde har lämnat sitt samtycke och åtgärden är dokumenterad. En rullstolsburen har bälte, brickbord samt sänggrindar och detta anses som

skyddsåtgärder. Enhetschefen uppger att dessa hjälpmedel förskrivits av arbetsterapeut och enhetschefen uppger att sådana skyddsåtgärder dokumenteras på särskilt sätt och följs upp. Enligt personalen är det svårt att få den enskildes samtycke varför åtgärden godkänts av företrädare. Enligt enhetschefen kan inte åtgärder godkännas av företrädare. Begränsande åtgärder och olika arbetsmetoder diskuteras i verksamheten.

Enligt personalen kan gruppbostaden vara obemannad under 1 – 1,5 timme när de går över till servicebostaden. Personalen uppger att det känns osäkert att lämna gemensamhetsutrymmet obemannat. Enligt personalen tillser de att en av de boende i gruppbostaden går in i sin lägenhet och låser om sig när gemensamhetsutrymmet är obemannat. Enligt personalen finns det behov av att personal finns i gemensamhetsutrymmet hela tiden för att avstyra konflikter.

Förändringar när det gäller delaktighet sedan 2012 är att en synpunktslåda tillkommit.

*Dokumentation*

För varje person finns en pärm med nödvändig information gällande den enskilde. Dokumenten är daterade.

Vid inspektionen granskades tre akter. Det finns löpande journalanteckningar och beslut om insatsen. Då journalen granskades ett år tillbaks i tiden framgår inte alltid när insatsen påbörjades. Faktiska omständigheter och händelser av betydelse framgår. Uppgifter finns om den enskildes önskemål och synpunkter och när genomförandeplanen upprättats. Det finns inga anteckningar enligt patientdatalagen. I en journal finns anteckningar som är ovidkommande men ingen akt innehåller värdeomdömen som kan uppfattas som nedsättande eller kränkande. Namn och datum på den som gjort anteckningen finns men inte vilken befattning personen har.

Alla akter har en upprättad genomförandeplan. I planerna finns datum, vilka delar som ingår i insatsen, när och hur insatsen ska utföras samt vilka som deltagit vid planeringen. Det framgår inte vilka mål som finns för insatsen, anteckningarna har mer formen av en genomgång av vad personen klarar. Det framgår om den enskilde deltagit i planeringen samt på vilket sätt denne utövat inflytande över planeringen. Det finns anteckning om vilka som deltagit vid planeringen men inte vilken roll de har. Det framgår när planerna ska följas upp.

Personalen anser att det är betungande att dokumentera, de uppger att de dokumenterar på 40 olika ställen och att de inte hinner följa upp

genomförandeplanerna som bestämt. Enligt chefen ska genomförandeplanen följas upp var sjätte månad eller vid behov.

## *Personal*

### *Kompetens*

Enhetschefen har genomgått det sociala omsorgsprogrammet. Av enkätsvar framgår att verksamheten har sju tillsvidareanställa. Enligt enhetschefen består arbetsgruppen av åtta personal, där den åttonde tjänsten är en halvtidstjänst som bemannas med en vikarie.

Av de åtta anställda har sju någon form av vårdutbildning, en personal har annan gymnasieutbildning. Enligt de intervjuade anställs ingen utan vårdutbildning idag. Personalen uppger att de har en bra blandning av kompetenser.

De intervjuade uppger att personalen har kompetensutveckling. Personalen efterfrågar utbildning som mer anpassas efter deras behov.

Personalgruppen har ingen handledning, Enligt personalen har de haft handledning från Habibliteringen. Chefen uppger att handledning ges när behov finns. Enligt både personal och chef finns stöd för arbetet med de boende kallat "Bollplank". Bollplanket är en intern handledning som ges av kollegor som genomgått utbildning i kognitiv beteendeterapi, KBT.

### *Bemanning*

Av besvarad enkät framgår att bemanningen på vardagar är två-tre personal på dagtid och två-fyra på kvällen. På helgen tjänstgör två personal på morgon och eftermiddag och tre mitt på dagen. Nattetid finns en sovande jour.

Enligt enhetschefen räcker bemanningen till för omvårdnad men är tveksam till om bemanningen räcker för att tillgodose behoven av kultur och fritid. Personalen uppger att de skulle behöva vara fler för att räcka till.

Chefen har möten med personalgruppen var 14:e dag, besöker verksamheten då och då samt har telefonkontakt däremellan.

En förändring sedan 2012 är att personalgruppen nu endast tjänstgör på Karpgatan. Tidigare var några tjänster delande med andra verksamheter.

### *Samtal med vård- och omsorgstagare*

IVO har samtalat med en enskild som trivs bra i boendet. Han tycker att personalen är snälla, att han kan prata med dem och att de lyssnar. Han är delaktig i t.ex. matsedeln och tycker att han får hjälp med det han behöver hjälp med. Han säger att det inte varit några förändringar i boendet de senaste åren.

### *Legala företrädares synpunkter på verksamheten*

Av svaren framgår att företrädarna anser att deras huvudmän har det bra i boendet. På frågan om något behöver förbättras har en företrädare svarat maten och en annan tvätt, hygien och aktiviteter. Två har svarat att det finns möjlighet till både individuella och kollektiva aktiviteter medan några svarat delvis. En företrädare har svarat att det inte finns möjlighet att genomföra individuella fritidsaktiviteter. De flesta har svarat att de deltar i planeringsmöten men det förekommer synpunkter dels på att det inte är så mycket möten och dels att tidpunkten för möten inte passar. Tre företrädare anser att personalen lyssnar till önskemål från både dem samt deras huvudman men det finns även synpunkter om att personal är olika på den punkten.

Inspektionen för vård och omsorg

**BESLUT**

2015-11-13 Dnr 8.5-6215/2015-17 1(10)

Avdelning mitt
Christina Eljansbo-Hammarbäck
christina.eljansbo-hammarback@ivo.se

Sala kommun
Vård och omsorgsnämnden
733 25 SALA

SALA KOMMUN
Vård- och omsorgsförvaltningen
Ink. 2015 -11- 16
Diarienr | Diarieplanbeteckn.

## Ärendet

Tillsyn av bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS vid Karpgatans service- och gruppbostad, Sala

## Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ställer följande krav på åtgärder:

- Att nämnden organiserar verksamheterna vid Karpgatans service- och gruppbostad så att de boende tillförsäkras goda levnadsvillkor och bostaden utgör en trygg plats med starkt begränsat antal sociala kontakter för de boende.

Redovisningen av planerade åtgärder med tidplan ska ha kommit in till IVO senast den 8 januari 2016

## Bakgrund

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, genomför under 2015 en nationell tillsyn av bostäder med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Tillsynen utgör ett underlag i Socialstyrelsens arbete med genomförandet av den funktionshinderpolitiska strategin under åren 2011 – 2016 och delmålet ökad delaktighet. Tillsynen ska bidra till att personer med funktionsnedsättning i större utsträckning kommer till tals, blir lyssnade till och kan utöva inflytande över insatsernas genomförande.

IVO:s tillsyn är en uppföljning av den tillsyn av 100 bostäder med särskild service som Socialstyrelsen genomförde år 2012. Ett syfte med uppföljningen är att följa utvecklingen över tid och möjliggöra jämförelser med resultatet från tillsynen 2012. Tillsynen bygger på ett slumpmässigt urval av 50 av de 100 bostäder som granskades 2012.



Inspektionen för vård och omsorg
Box 423
701 48 Örebro

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

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

IVO kommer i januari 2016 att överlämna en underlagsrapport till Socialstyrelsen. IVO kommer även att i särskild rapport redovisa det sammanlagda resultatet av tillsynerna 2012 och 2015.

### *Underlag*

IVO genomförde den 15 april 2015 en föranmäld inspektion på Karpgatans service- och gruppboende i Sala.

Representanter för IVO var inspektörerna Ramona Persson och Christina Eljansbo Hammarbäck.

Inför tillsynen hade IVO begärt in

- Uppgifter om anställd personal i gruppbostaden
- Uppgifter om boende i gruppbostaden

Vid inspektionen intervjuades chefen för verksamheten och den tillträdande chefen närvarade. Sex representanter för personalen intervjuades. Samtal har skett med en boende.

Protokollen från intervjuerna har faktagranskats av de intervjuade. Inkomna synpunkter har beaktats i underlaget.

IVO har tagit del av fem enkäter som besvarats av de boendes legala företrädare.

Vid inspektionen granskades genomförandeplaner och journaler för tre personer.

IVO har tagit del av Socialstyrelsens beslut från 2012 med dnr. 52542/2012.

## Redovisning av tillsyn

### *Verksamheten*

Av besvarad enkät framgår att det bor tio personer på Karpgatans service- och gruppbostad. Fyra personer bor i gruppbostaden och övriga sex bor i servicebostad. De boende i gruppbostaden är tre män och en kvinna i åldrarna 23 – 39 år. De boende i servicebostadsdelen är fyra män och två kvinnor i åldrarna 27 – 68 år. Det finns ett par som bor tillsammans och de delar lägenhet i servicebostadsdelen.

Verksamheten har elva platser, en plats i gruppbostadsdelen är ledig och platsen är erbjuden till en ny person.

Målgruppen för verksamheten är personer med utvecklingsstörning och autism. En person i servicebostaden har en förvärvad hjärnskada och tillhör personkretsen enligt 1 § 2 LSS.

Enligt chefen var verksamheten från början inte en gruppbostad. Vid en översyn av lokalerna beslutades att en del av verksamheten skulle vara gruppbostad. Förändringen kunde inte förklaras av ändrade behov hos de boende utan av lokalernas utformning. Personalen fortsatte som tidigare med att arbeta med alla boende oavsett om de bodde i gruppbostad eller servicebostad.

Alla boende har tillgång till ett gemensamhetsutrymme. Enligt både chef och personal skulle det vara bra om de fick tillgång till ytterligare en lägenhet som kunde användas till en gemensamhetslokal för de som bor i serviceboendet. Chefen tror att det skulle vara rörigt även om färre personer delade på gemensamhetsutrymmet.

Enligt personalen har det sedan 2012 flyttat in enskilda med neuropsykiatriska diagnoser och vårdtyngden hos de boende har ökat. Enligt ledningen är det framförallt vårdtyngden hos en boende som ökat.

### *Verksamhetens lokaler*

Verksamheten bedrivs i två hus. Gruppbostaden ligger på ett plan med en gemensam ingång. En del av servicebostaden ligger i samma trapphus som gruppbostaden medan den övriga delen ligger i huset bredvid. De intervjuade uppger att alla lägenheter är fullvärdiga. Enligt de intervjuade har de boende i servicebostadsdelen tillgång till gemensamhetsutrymmet fram till klockan 21:00 på kvällen. Enligt chefen har syftet varit att under kvällstid skapa en lugnare miljö för dem i gruppbostaden. Personalen uppger att tidpunkten kan flyttas fram om gruppen t.ex. tittar på film. De boende i gruppbostaden har nyckel till gemensamhetsutrymmet vilket de övriga inte har.

Enligt de intervjuade finns två andra gruppbostäder och en korttidsverksamhet i samma kvarter.

Det var enligt Socialstyrelsens beslut vid tillsynen 2012 särskilt viktigt att genom uppföljningar och utvärderingar följa möjligheterna att erbjuda en verksamhet med god kvalitet och goda levnadsvillkor eftersom verksamheten hade så många boende. Av beslutet framgick även att nämnden borde beakta detta vid sin planering av nya gruppbostäder och sträva efter att erbjuda gruppbostäder med ett litet antal boende för att säkra god kvalitet och goda levnadsvillkor.

Enligt chefen har det inte varit någon förändring vad gäller verksamhetens lokaler sedan tillsynen 2012. Sala kommun har startat två nya gruppbostäder sedan 2012 och av dessa har en fem platser och den andra sex.

### *Inflytande, delaktighet och självbestämmande*

De intervjuade uppger att alla boende har en genomförandeplan. Planen upprättas av den personal som är kontaktman. Enligt de intervjuade är den enskilde alltid med och enligt personalen bestämmer denne vilka övriga som ska delta. Informationen från genomförandeplanen förs sedan över till en pärm som kallas HUR-pärm där personalen får information om hur den enskilde vill ha insatsen utförd. HUR-pärmen används av personalen i det dagliga arbetet.

Enligt de intervjuade kan de boende vara med och bestämma i de gemensamma utrymmena via boendemötet som genomförs en gång per vecka. De boende kan genomföra både individuella och kollektiva fritidsaktiviteter men personalen anser att det är svårt att hinna med. De aktiviteter som den enskilde vill kunna genomföra ska framgå av genomförandeplanen. Enligt chefen ska en aktivitet som inte kan genomföras dokumenteras som en avvikelse. Enligt personalen kan extra personal sättas in vid behov. I kommunen finns en fritidsgrupp som erbjuder aktiviteter.

Chefen uppger att två boende har begränsningar i boendet. En av dessa är ett larm nattetid. Enligt de intervjuade har larmet beslutats av enhetschefen, förskrivits av Habiliteringen, åtgärden följs upp av verksamheten, den enskilde har lämnat sitt samtycke och åtgärden är dokumenterad. Den andra begränsningen är en rullstolsburen som har bälte, brickbord samt sänggrindar och detta anses som skyddsåtgärder. Enhetschefen uppger att dessa hjälpmedel förskrivits av arbetsterapeut och enhetschefen uppger att sådana skyddsåtgärder dokumenteras på särskilt sätt och följs upp. De övriga boende berörs inte av dessa begränsningar. Enligt personalen är det svårt att få den enskildes samtycke varför åtgärden godkänts av företrädare. Enligt enhetschefen kan inte åtgärder godkännas av företrädare. Begränsande åtgärder och olika arbetsmetoder diskuteras i verksamheten.

Enligt personalen kan gruppbostaden vara obemannad under 1 – 1,5 timme när de går över till servicebostaden. Personalen uppger att det känns osäkert att lämna gemensamhetsutrymmet obemannat. Enligt personalen tillser de att en av de boende i gruppbostaden går in i sin lägenhet och låser om sig när gemensamhetsutrymmet är obemannat. Enligt personalen finns det behov av att personal finns i gemensamhetsutrymmet hela tiden för att avstyra konflikter.

Förändringar när det gäller delaktighet sedan 2012 är att en synpunktslåda tillkommit.

### *Dokumentation*

För varje person finns en pärm med nödvändig information gällande den enskilde. Dokumenten är daterade.

Vid inspektionen granskades tre akter. Det finns löpande journalanteckningar och beslut om insatsen. Då journalen granskades ett år tillbaks i tiden framgår inte alltid när insatsen påbörjades. Faktiska omständigheter och händelser av betydelse framgår. Uppgifter finns om den enskildes önskemål och synpunkter och när genomförandeplanen upprättats. Det finns inga anteckningar enligt patientdatalagen. I en journal finns anteckningar som är ovidkommande men ingen akt innehåller värdeomdömen som kan uppfattas som nedsättande eller kränkande. Namn och datum på den som gjort anteckningen finns men inte vilken befattning personen har.

Alla akter har en upprättad genomförandeplan. I planerna finns datum, vilka delar som ingår i insatsen, när och hur insatsen ska utföras samt vilka som deltagit vid planeringen. Det framgår inte vilka mål som finns för insatsen, anteckningarna har mer formen av en genomgång av vad personen klarar. Det framgår om den enskilde deltagit i planeringen samt på vilket sätt denne utövat inflytande över planeringen. Det finns anteckning om vilka som deltagit vid planeringen men inte vilken roll de har. Det framgår när planerna ska följas upp.

Personalen anser att det är betungande att dokumentera och att de inte hinner följa upp genomförandeplanerna som bestämt. Enligt chefen ska genomförandeplanen följas upp var sjätte månad eller vid behov.
En genomgång av dokumentation inom LSS verksamheterna har visat att det finns 40 olika sätt att dokumentera. Ledningen avser att se över detta.

### *Personal*

*Kompetens*

Enhetschefen har genomgått det sociala omsorgsprogrammet. Av enkätsvar framgår att verksamheten har sju tillsvidareanställa. Enligt enhetschefen består arbetsgruppen av åtta personal, där den åttonde tjänsten är en halvtidstjänst som bemannas med en vikarie.

Av de åtta anställda har sju någon form av vårdutbildning, en personal har annan gymnasieutbildning. Enligt de intervjuade anställs ingen utan

vårdutbildning idag. Personalen uppger att de har en bra blandning av kompetenser.

De intervjuade uppger att personalen har kompetensutveckling. Personalen efterfrågar utbildning som mer anpassas efter deras behov.

Personalgruppen har ingen handledning, Enligt personalen har de haft handledning från Habibliteringen. Chefen uppger att handledning ges när behov finns. Enligt både personal och chef finns stöd för arbetet med de boende kallat "Bollplank". Bollplanket är en intern handledning som ges av kollegor som genomgått utbildning i kognitiv beteendeterapi, KBT.

*Bemanning*

Av besvarad enkät framgår att bemanningen på vardagar är två-tre personal på dagtid och två-fyra på kvällen. På helgen tjänstgör två personal på morgon och eftermiddag och tre mitt på dagen. Nattetid finns en sovande jour.

Enligt enhetschefen räcker bemanningen till för omvårdnad men är tveksam till om bemanningen räcker för att tillgodose behoven av kultur och fritid. Personalen uppger att de skulle behöva vara fler för att räcka till.

Chefen har möten med personalgruppen var 14:e dag, besöker verksamheten då och då samt har telefonkontakt däremellan.

En förändring sedan 2012 är att personalgruppen nu endast tjänstgör på Karpgatan. Tidigare var några tjänster delande med andra verksamheter.

### *Samtal med vård- och omsorgstagare*

IVO har samtalat med en enskild som trivs bra i boendet. Han tycker att personalen är snälla, att han kan prata med dem och att de lyssnar. Han är delaktig i t.ex. matsedeln och tycker att han får hjälp med det han behöver hjälp med. Han säger att det inte varit några förändringar i boendet de senaste åren.

### *Legala företrädares synpunkter på verksamheten*

Av svaren framgår att företrädarna anser att deras huvudmän har det bra i boendet. På frågan om något behöver förbättras har en företrädare svarat maten och en annan tvätt, hygien och aktiviteter. Två har svarat att det finns möjlighet till både individuella och kollektiva aktiviteter medan några svarat delvis. En företrädare har svarat att det inte finns möjlighet att genomföra individuella fritidsaktiviteter. De flesta har svarat att de deltar i planeringsmöten men det förekommer synpunkter

dels på att det inte är så mycket möten och dels att tidpunkten för möten inte passar. Tre företrädare anser att personalen lyssnar till önskemål från både dem samt deras huvudman men det finns även synpunkter om att personal är olika på den punkten.

## Kommunicering

I en muntlig kommentar har verksamhetschefen lämnat information om att bemanningen på service- och gruppbostaden har höjts. Den höjda bemanningen ska göra att gemensamhetsutrymmet i gruppbostaden aldrig lämnas obemannad. Verksamhetschefen har även ställt en fråga till enhetschefen om det är möjligt att organisera arbetet så att varje verksamhet har sin egen personalgrupp.

Övriga synpunkter har inarbetats i underlaget.

## Skälen för beslutet

### *Tillämpliga bestämmelser*

5-7 §§, 21 a-b §§, 23 a § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

3 § förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade

3 § samt allmänt råd om antal boende och gemensamhetslokaler i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

4 kap. 9-11 §§ och 6 kap. 2-3 och 5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS

### *Vägledande dokument*

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskap hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning

## *Bedömning*

## *Brister*

*Verksamheten*

Av 6 § LSS framgår att verksamhet enligt LSS ska vara av god kvalitet. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.

Ett övergripande kvalitetsmål för LSS är att den enskilde ska tillförsäkras goda levnadsvillkor och få en möjlighet att leva som andra. Andra kvalitetskrav som går att urskilja ur lagtext och förarbeten är bland annat respekt för den enskildes rätt till självbestämmande, inflytande och integritet. Gruppbostad beskrivs i lagens förarbeten som ett litet antal lägenheter grupperade kring gemensamma utrymmen. Gemensamhetslokalerna och de möjligheter till samvaro och aktiviteter som dessa kan erbjuda utifrån önskemål och intressen kan ses som ett komplement till de egna lägenheterna.

Människor som har behov av bostad med särskild service enligt LSS har som regel ett livslångt behov av stöd, service och omvårdnad. Det är därför särskilt viktigt att detta stöd ges på ett sätt som av den enskilde uppfattas som så normalt och tryggt och säkert som möjligt.

Vid inspektionen framkom att gruppbostaden är samlokaliserad med en servicebostad. Enligt de intervjuade finns ytterligare två gruppbostäder och en korttidsverksamhet i samma kvarter. Gruppbostaden och servicebostaden har totalt elva platser, de delar på ett gemensamhetsutrymme och har en personalgrupp.

Redan vid Socialstyrelsens inspektion 2012 påpekades att det enligt SOSFS 2002:9 i regel inte bör bo fler än tre till fem personer i en gruppbostad enligt LSS. Av beslutet framgick även att gemensamhetslokalen bör vara till för dem som bor i gruppbostaden. Om andra skulle utnyttja lokalerna skulle detta göras på de boendes villkor. Enligt beslutet skulle nämnden beakta dessa synpunkter vid planering av nya gruppbostäder.

De gruppbostäder som tillkommit i kommunen sedan 2012 har ett mindre antal boende. På Karpgatan har de boende i servicebostadsdelen inte längre tillgång till gemensamhetsutrymmet i gruppbostaden efter klockan 21:00. Denna åtgärd syftade till att skapa en lugnare miljö under kvällstid för de som bor i gruppbostaden.

Av intervjuer med chef och personal som skedde vid inspektionen framkom att det rådde en otrygg stämning i gemensamhetsutrymmet. Personalen kände oro när de måste lämna gemensamhetsutrymmet

obemannat för att arbeta i servicebostaden. En boende i gruppbostaden ombads att gå in till sig och låsa om sig för att undvika konflikter under den tid som utrymmet var obemannat.

Enligt 6 § LSS ska verksamhet enligt denna lag vara av god kvalitet och av 7 § andra stycket LSS framgår att den enskilde genom insatserna ska tillförsäkras goda levnadsvillkor. Redan vid Socialstyrelsens tillsyn 2012 konstaterades att det bodde elva personer i verksamheten och att nämnden genom uppföljningar och utvärderingar skulle följa om verksamheten bedrevs med god kvalitet och erbjöd goda levnadsvillkor.

Enligt muntlig information har bemanningen vid service- och gruppbostaden nu höjts i syfte att gemensamhetsutrymmet aldrig ska behöva lämnas obemannad.

Gemensamhetsutrymmet är en del av den enskildes bostad och alla boende i gruppbostaden har rätt att känna trygghet, säkerhet och att man blir tillräckligt uppmärksammad både i sin bostad och i de gemensamma utrymmena.

Gruppbostaden ska möjliggöra ett positivt social samspel mellan de boende och för detta krävs att gruppen inte är för stor. Den enskilde måste själv få välja när den vill umgås med andra. Ytterligare en anledning till att antalet boende inte får vara för stort är att den personal som svarar för stödet inte får vara för många. Personalen räknas också in i antalet sociala kontakter för den enskilde.

IVO bedömer därför att den nuvarande situationen innebär att de boende inte tillförsäkras goda levnadsvillkor och att detta är en brist.

## *Förbättringsområden*

### *Samtycke*

Personalen uppgav att det var svårt att få den enskildes samtycke varför åtgärd godkänts av företrädare.

Samtycke till begränsande åtgärder kan inte lämnas av någon annan än den enskilde själv. IVO anser att företrädare kan instämma i en åtgärd men utan huvudmannens samtycke får inga begränsningsåtgärder förekomma. Alla insatser inom LSS-verksamhet bygger på frivillighet och det finns inget utrymme för tvång. Mer vägledning runt samtycke finns att få i Socialstyrelsens Meddelandeblad Nr 12/2013.

*Genomförandeplaner*

Av allmänt råd till bestämmelsen i 6 kap. 2 § SOSFS 2014:5 framgår att hur en insats ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan som upprättas hos utföraren med hänsyn tagen till den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Planen bör upprättas med utgångspunkt från den beslutande nämndens uppdrag till utföraren.

Av genomförandeplanen framgick inte vilka mål som fanns för insatsen. Anteckningarna hade mer formen av en genomgång av vad personen klarade.

IVO bedömer att arbetet med innehållet i genomförandeplanerna behöver förbättras.

---

Beslut i detta ärende har fattats av Kristina Lindström. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Gustav Grek och Ramona Persson deltagit. Inspektören Christina Eljansbo Hammarbäck har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg

Kristina Lindström

Christina Eljansbo Hammarbäck

Kopia till: Karpgatans service- och gruppbostad

# ÄRENDE NR 5

KOMMUNSTYRELSENS FÖRVALTNING
Agneta von Schoting

Kommunstyrelsen

MISSIV

Ny överenskommelse om anordnande av boende för asylsökande barn utan legal vårdnadshavare i Sverige s.k. ensamkommande barn.

Sala kommuns fördelningstal för mottagande av asylsökande ensamkommande barn för 2016 är 109 platser. Ny blandöverenskommelse tecknas med 97 platser varav 64 platser för asylsökanade ensamkommande barn med startdatum 1 februari 2016. Under året kommer överenskommelsen att omförhandlas upp till fördelningstal d.v.s. 109 platser för asylsökande ensamkommande barn.

Kommunstyrelsen föreslås besluta

att godkänna förslag om överenskommelse med Migrationsverket

att överenskommelsen gäller from 2016-02-01 tills vidare och ersätter tidigare överenskommelse med Migrationsverket

Agneta von Schoting

socialchef

SALA1000, v 2.0, 2012-08-02 http://sp/wof/Arendehanteringen/Lista/Uppgifter/Attachments/5475/Missiv ensamkommande.docx

SALA KOMMUN
Kommunstyrelsens förvaltning
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Stora Torget 1
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-188 50
kommun.info@sala.se
www.sala.se

Agneta von Schoting
Socialchef
agneta.von.schoting@sala.se
Direkt: 0224-74 90 01

Bilaga VON 2016/3/1



SALA KOMMUN

KOMMUNSTYRELSENSFÖRVALTNING
Agneta von Schoting

Kommunstyrelsen

# Ny överenskommelse om anordnande av boende för asylsökande barn utan legal vårdnadshavare i Sverige s.k. ensamkommande barn.

I denna överenskommelse mellan Migrationsverket och Sala kommun förbinder sig kommunen att med stöd av 2§lag (1994:137)om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA)anordna boende för ensamkommande barn.

Kommunen förbinder sig med stöd av 7b§förordningen(2002:1118)om statlig ersättning för asylsökande m.fl. att hålla 97 boendeplatser tillgängliga totalt, varav 64 är asylplatser för ensamkommande asylsökande barn i en s.k. blandöverenskommelse. Migrationsverket får anvisa asylsökande pojkar från och med 16år till och med 17år. Enligt den nationella rekommendationen ska överenskommelsen innehålla lika många asylplatser som det finns befintliga asylsökande barn och som kommunen har ett vård- och placeringsbeslut på och som kan belägga platser i en överenskommelse.

Ny överenskommelse inför 2016

*Sala kommuns fördelningstal för mottagande av asylsökande ensamkommande barn för 2016 är 109 platser. Ny blandöverenskommelse tecknas med 97 platser varav 64 platser för asylsökanade ensamkommande barn med startdatum 1 februari 2016. Under året kommer överenskommelsen att omförhandlas upp till fördelningstal d.v.s. 109 platser för asylsökande ensamkommande barn.*

Överenskommelsen löper tillsvidare från och med 1 februari 2016 och ersätter tidigare överenskommelse.

Agneta von Schoting

Socialchef

SALA1000, v 2.0, 2012-08-02 http://sp/vof/Arendeberedning/Lists/Uppgifter/Attachments/475/Avtal ensamkommande.docx

**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

**Agneta von Schoting**
Socialchef
agneta.von.schoting@sala.se
Direkt: 0224-74 90 01

# ÄRENDE NR 6

Bilaga VON 2016/4/1

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

| Ledningssystem | | |
|---|---|---|
| DOKUMENTNAMN<br>Certifiering enligt LOV för serviceinsatser | DOKUMENTTYP<br>Riktlinje | BESLUTAD<br>2016-01-20 |
| ORGANISATION<br>VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN | DOKUMENTÄGARE<br>Socialchef | DIARIENUMMER<br>2016/48 |
| HANDLÄGGARE<br>Kvalitetshandläggare | PUBLICERAD | REVIDERAD |

# Innehåll

Ansökan ..... 2
Bedömning av krav för certifiering ..... 2
Utförarens åtaganden ..... 2
Uteslutning ..... 3
Komplettering ..... 3
Beslut ..... 3
Delgivning av beslut ..... 3
Rättelse ..... 3
Publicering av information och beslut ..... 4

Denna Riktlinje utgår från förfrågningsunderlag (dnr 2012/24) om serviceinsatser enligt Lag om valfrihet (LOV) i Sala kommun. Den ska användas för hantering och bedömning av inkommen ansökan och för beslut om certifiering vid deltagande i Sala kommuns valfrihetssystem.

SALA KOMMUN

Vård- och omsorgsnämnden

## ANSÖKAN

Ansökan ska lämnas i original på för detta avsedd blankett med namn, Ansökan om godkännande enligt LOV. Ansökan ska vara skriven på svenska, vara komplett ifylld i alla delar och vara undertecknad. Till ansökan bifogas de handlingar som är nödvändiga för att bedöma ansökan med hänsyn tagen till de krav som anges i förfrågningsunderlaget, hur kraven uppfylls redovisas och verifieras av sökande. Inlämnade handlingar ska vara sidnumrerade och även inlämnas som digitala kopior. Alla handlingar, där det är aktuellt med underskrift, inlämnas i original, fax kan användas men ska då så snart möjligt kompletteras med underskrivet original. Inkommen ansökan hanteras inom 6 veckor. Ansökan diarieförs och inlämnade handlingar förtecknas.

## BEDÖMNING AV KRAV FÖR CERTIFIERING

Certifiering är granskning av ställda krav enligt förfrågningsunderlag (dnr 2012/24). Vid certifiering ställs krav på den som ansöker om att få bedriva verksamheten att beskriva hur krav har uppfyllts och att verifiera genom att för varje krav ange vilken/vilka källor som används för att visa att kravet uppfylls.

Olika informationskällor kan användas av företaget för att verifiera ett specifikt krav. Vissa informationskällor är obligatoriska och framgår av certifieringskraven, se bilaga A Certifieringskrav enligt lag om valfrihet, LOV. Det kan även finnas källor som används som komplement för att visa att kravet är uppfyllt. För samtliga krav där källan är inlämnad dokumentation ska av den lämnade handlingen framgå datering samt att källan ska vara identifierbar. För handling som är ett intygande av den som granskas ska kompletterande källor inlämnas. För rutiner ska framgå datum för när den är upprättad och beslutad, ansvarsfördelning och aktiviteter som ingår i den aktuella processen.

## UTFÖRARENS ÅTAGANDEN

Serviceinsatser ska erbjudas till boende inom hela kommunen och utföras mellan 08-17 måndag till fredag. Ett uppdrag ska kunna påbörjas inom 3 arbetsdagar från det att beställning överlämnats till utföraren. Av ansökan bör därför framgå ett kapacitetstak angivet i timmar.

Om tilläggstjänster erbjuds ska det finnas en basinformation till kunden. Av basinformationen ska framgå tydlig prisinformation, att kund inte behöver nyttja dem om de inte så önskar, att tjänsterna då de ges betalas direkt av kund, möjligheterena till skatteavdrag för hushållsnära tjänster (RUT) samt att tilläggstjänsterna inte innefattas av biståndsbeslutet.

## KONTROLL AV FÖRETAGET- AV STÄLLDA KRAV

Företaget ska styrka ekonomisk och finansiell stabilitet och säkerhet. Kontroll görs hos Bolagsverket och Skatteverket, uppgifter inhämtas via kommunens Upphandlingsenhet. Kontroll görs även hos angivet försäkringsbolag samt att uppgivna referensperson/er (kommuner) kontaktas. En giltig ansvarförsäkring eller utfästelse att teckna sådan ska finnas och vara inlämnad innan avtal skrivs. Samtliga allmänna krav måste vara uppfyllda vid godkännadet och senast vid start, annars får utföraren inte bedriva verksamhet.

## UTESLUTNING

Utförare som är föremål för omständigheter enligt 7 kap 1 § LOV får inte godkännas. Om ett godkännande redan lämnats får beslut och avtal hävas om det sökande företaget

- är i konkurs eller likvidation, under tvångsförvaltning, föremål för ackord, tillsvidare har inställt sina betalningar eller har näringsförbud
- inte har fullgjort sina åligganden avseende socialförsäkringar eller skatter i hemlandet eller annan stat inom EES-området
- inte uppnår nivå 3 enligt Upplysningscentralens rating eller att företaget inte kan styrka ekonomisk stabilitet
- är dömd för brott som avser yrkesutövningen eller har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen och upphandlande myndighet kan visa detta
- i något väsentligt hänseEnde har låtit bli att lämna begärda upplysningar eller lämnat felaktiga upplysningar som har begärts med stöd av 7 kap 1 § LOV.

## DOKUMENTATION AV KONTROLLEN

Kontroll och bedömning görs av att företaget uppfyller krav enligt förfrågningsunderlag, dessa tydliggörs i dokument, Certifieringskrav enligt LOV. Bedömningen ska dokumenteras i avsett dokument, Certifieringsprotokoll och diarieföras.

## KOMPLETTERING

Om en ansökan är felaktigt ifylld eller inte komplett ska en komplettering efterfrågas. Begäran om komplettering kan ske per telefon, e-post eller brev. Begäran om en komplettering ska noteras i ärendets logg och diarieföras.

## BESLUT

Om ansökan uppfyller ställda krav beslutas att godkänna och därmed är företaget certifierat och kan bedriva verksamhet. Om ställda krav på certifiering inte uppfylls medges rättelse. En komplettering till ansökan ska då göras av utföraren. Beslutet ska dokumenteras i bedömningsdokumentet, noteras i ärendets logg och diarieföras

## DELGIVNING AV BESLUT

Beslut om att inte godkänna ska delges skriven form samt muntligen per telefon eller vid besök för att säkerställa att företaget får och förstått informationen och skälen för beslutet. Beslut att godkänna delges skriftligen per post eller e-post. Delgivning ska noteras i ärendets logg och diarieföras.

## RÄTTELSE

Om det bedöms att företaget inte uppfyller i förfrågningsunderlaget ställda krav ska rättelse medges. Ställda krav på rättelse tydliggörs i upprättat certifieringsprotokoll. Inkommen rättelse ska noteras i ärendets logg och diarieföras.

Utföraren ska skriftligen efterfråga rättelse och inkomma med efterfrågade handlingar. Certifieringsprotokollets diarienummer ska framgå av rättelsen. Rättelsen ska ha inkommit inom 3 veckor från datum för beslutet.

Rättelse sker om utföraren inkommer med det underlag som verifierar de krav som ställts vid certifieringen. Företaget blir då certifierat. Om rättelse inte sker så att ställda krav uppfylls underkänns certifieringen och avtal får då inte skrivas och tjänster inte erbjudas enligt LOV.

## AVTALET

Avtalstiden gäller från det att avtal undertecknats. Avtalet tecknas för ett år i taget, och förlängs med automatik, förutsatt att utföraren erhållit kunder innevarande år. Avtalet kan sägas upp vid avtalsbrott. Uppsägningstiden för utförare är 3 månader och för kommunen 6 månader från skriftligt meddelande om uppsägning.

## PUBLICERING AV INFORMATION OCH BESLUT

Beslut om certifiering och företagets informationsmaterial läggs ut på kommunens hemsida. Upprättat avtal läggs in på intranätet. Informationen delges via e-post till chefen för myndighetsfunktionen.

| Dokumentnamn | Dokumenttyp | Plats |
|---|---|---|
| LOV, Servicetjänster | Förfrågningsunderlag | www.sala.se/E-SERVICE/Ansokan-om-godkannande-for-deltagande-i-valfrihetssystem-LOV-/ |
| Ansökan om godkännande | Blankett | www.sala.se/E-SERVICE/Ansokan-om-godkannande-for-deltagande-i-valfrihetssystem-LOV-/ |
| Certifieringskrav enligt LOV | Bedömningsunderlag | www.sala.se/E-SERVICE/Ansokan-om-godkannande-for-deltagande-i-valfrihetssystem-LOV-/ |
| Certifieringsprotokoll för godkännande enligt LOV | Blankett | www.sala.se/E-SERVICE/Ansokan-om-godkannande-for-deltagande-i-valfrihetssystem-LOV-/ |
| VON:s Målbild för kvalitetsarbete | Stödjande dokument | N/VOOLedningssystem/Ledningsprocesser/Leda & planera |
| Ledningssystem | Riktlinje | N/VOOLedningssystem/Ledningsprocesser/Leda & planera |
| Klagomål | Blankett | N/VOOLedningssystem/Verksamhetsprocesser/ |
| Risker för risker och missförhållanden | Riktlinje | N/VOOLedningssystem/Ledningsprocesser/Risker och händelser |
| Utförares dokumentation | Riktlinje | N/VOOLedningssystem/Ledningsprocesser/Dokumentation |
| Utlämnande av handlingar | Riktlinje | N/VOOLedningssystem/Ledningsprocesser/Information och sekretess |
| Sekretessprövning | Riktlinje | N/VOOLedningssystem/Ledningsprocesser/Information och sekretess |
| Samordning och samverkan | Riktlinje | N/VOOLedningssystem/Ledningsprocesser/Samverkan |
| Samordnad individuell plan | Riktlinje | N/VOOLedningssystem/Verksamhetsprocesser |
| Uppföljning av utförares verksamhet | Handlingsplan | N/VOOLedningssystem/Ledningsprocesser/Uppföljning |
| Fakturahantering i Aditro Windows | Rutin | http://sp/Docs/Ekonomihandbok1/Forms/Kategori.aspx |

VÅRD- OCH OMSORG

**Certifiering av privat hemtjänst, certifieringskrav enligt lag om valfrihet, LOV**

Certifiering är granskning av ställda krav enligt förfrågningsunderlag. Vid certifiering ställs krav på den som bedriver verksamheten att beskriva hur krav har uppfyllts och att verifiera genom att för varje krav ange vilken/vilka källor som används för att visa att kravet uppfylls.

Olika informationskällor kan användas för att verifiera ett specifikt krav. Vissa informationskällor är obligatoriska och framgår av kommunens certifieringsprotokoll. Övriga källor kan användas som komplement för att visa att kravet är uppfyllt. Intyg får inte vara mer än 3 månader gamla när de lämnas in. Kontroll av lämnade uppgifter görs.

För samtliga krav där källan är inlämnad dokumentation ska av den lämnade handlingen framgå datering samt att källan ska vara identifierbar. För handling som är ett intygande av den som granskas ska kompletterande källor inlämnas. För rutiner ska framgå datum för när och av vem den är upprättad och beslutad, med beskrivning av de aktiviteter och ansvar som ingår i den aktuella processen.

| Kvalificeringskrav/allmänna krav | Krav på informationskälla och uppgifter |
|---|---|
| Företaget lämnar en ansökan i original där kapacitetstak anges och alla frågeställningar besvarats. Serviceinsatser erbjuds till boende i hela kommunen. | Komplett ifylld och underskriven ansökan med uppgift om kapacitetstak på avsedd blankett lämnas. |
| Utföraren är en fysisk person som har egen firma eller en juridisk person, antingen aktiebolag, handelsbolag eller ekonomisk förening. | Registreringsbevis från Bolagsverket |
| Företaget styrker att giltig ansvarsförsäkring finns som är förenlig med uppdraget, som omfattar fel och försummelse av utförare. | Intyg eller kopia på aktuellt och giltigt försäkringsbrev lämnas. |
| Företaget lämnar beskrivning av företaget, dess ledning, målsättning och kompetens | Verksamhetsplan eller annat dokument som beskriver organisation, funktioner, verksamhetside, målsättning och kompetens lämnas. För kompetens lämnas CV, kopior på examensintyg och utbildningsbevis. |
| Om underleverantörer används godkänns de av kommunen. Uppgifter motsvarande de krav som ställs på leverantörer inhämtas av leverantör. | Ansökan innehåller uppgift om använd underleverantör och motsvarande underlag för ställda krav som för företaget lämnas |
| Företaget lämnar referenser från liknande uppdrag. | Uppgift i ansökan, 3 referenser med namn, funktion och kontaktuppgifter (telefon och e-post) |

SALA KOMMUN

Vård- och omsorg

| Ekonomisk stabilitet och säkerhet | |
|---|---|
| Företaget styrker ekonomisk och finansiell stabilitet. Bedöms enligt Upplysningscentralens riskklassning. | Intyg från UCB som inte är sämre än riskklass 3 eller motsvarande lämnas |
| Företaget styrker att det är momsregistrerat, betalar skatt och sociala avgifter. Vid nystart ska intyget inlämnas inom 6 månader från starten av verksamhet | F-skattesedel eller FA-skattesedel samt intyg SKV 4820 för företaget från Skatteverket lämnas. |
| Företaget styrker att det och dess företrädare inte har skulder hos skattemyndigheten eller kronofogden. | Intyg SKV 4820 från Skatteverket för företagets ledning, VD och chefer lämnas |
| Företaget styrker att företagets ledning inte är dömd för brottslighet. | Registerutdrag från Rikspolisstyrelsen för företagets ledning ( styrelse och VD) lämnas eller visas upp vid besök. Rutin ska finnas för att kontrollera anställda om verksamheten är riktad mot barn. |
| Företaget styrker att information om hushållsnära tjänster ges, basinformation om att tjänsterna inte ingår i biståndsbeslutet, tydlig prisinformation, att tjänsten betalas direkt av kunden, att kund inte behöver använda tilläggstjänster för att välja utförare samt att utföraren informerar kund om möjligheten till skatteavdrag "Rutavdrag" | Uppgift om tilläggstjänst lämnas i ansökan. Ett informationsblad med den basinformation som lämnas till kunden lämnas. |

| Särskilda krav på tjänstens innehåll | Krav på informationskälla och uppgifter |
|---|---|
| Företaget anger vem som är ansvarig chef och kontaktperson. | Uppgift lämnas med namn och kontaktuppgifter i ansökan |
| Företaget styrker att ledningen inte är dömd för brott i yrkesutövningen. | Intyg från Rikspolisstyrelsen, misstanke och belastningsregistret, för ledning och chefer lämnas eller visas upp vid besök |
| Företaget styrker att personal har för arbetsuppgifterna lämplig utbildning och erforderlig kompetens. Personal kan kommunicerar i tal och skrift på svenska. | Uppgift i ansökan eller annat dokument om kompetenskrav för personal samt företagets plan för kompetensutveckling |
| Företaget styrker att kundens behov och önskemål ur språklig, etnisk, kulturell och religiös synpunkt respekteras. | Uppgift i ansökan eller annat dokument om hur företaget arbetar med att säkerställa kundernas behov och önskemål. |
| Företaget styrker att kontaktman utses för kunden, hur uppgift om | En rutin/rutiner som beskriver kontaktmannskapet, ansvar och innehåll |

SALA KOMMUN

Vård- och omsorg

| | |
|---|---|
| vem som är kontaktman meddelas myndigheten (biståndshandläggare) samt att det ingår i kontaktmannens ansvar att upprätta genomförandeplan tillsammans med kund och vid behov ha kontakt med anhöriga. | samt hur information om det lämnas. |
| Företaget styrker att det finns ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbet enligt SOSFS 2011;9. I det ingår ledningens genomgång, riskhantering, hantering av felhändelser och förbättrande arbete | Ett dokument som beskriver ledningssystemet struktur och innehåll som motsvarar innehållet för hemtjänst i VON:s riktlinjer för Ledningssystem och Uppföljning av utförare |
| Företaget styrker att ställda krav enligt AFS 2001:1 samt AFS 2003 systematiskt arbetsmiljöarbete uppfylls (SAM). I SAM ingår rapportering av tillbud och arbetsskador, riskanalys, checklista för arbetet i annans hem samt en psykosocial skyddsrond | En rutin/rutiner för rapportering, hantering och analys av SAM lämnas. Använda verktyg och checklistor bifogas. |
| Företaget styrker att det finns rutiner för tystnadsplikt och ska tillämpa meddelarfrihet för personalen. | En rutin som beskriver information om tystnadsplikt, hanteringen och utlämnande av information och handlingar. Rutinen motsvarar de delar som ingår i VON:s riktlinjer för tystnadsplikt och utlämnande |
| Företaget styrker att det finns rutiner för dokumentation som beskriver hur dokumentationen sker enligt SOSFS 2006:5 nu 2014:5. Genomförandeplan upprättas inom 14 dagar från insatsens start. Plan upprättas tillsammans med kund alt företrädare och skrivs under. | En rutin som beskriver hur dokumentation förs, hanteras och förvaras lämnas. |
| Företaget styrker hur hantering ser ut när behovsbedömning behöver aktualiseras samt vad som ska göras om kund inte är anträffbar på överenskommen tid. | En rutin som beskriver hanteringen vid förändrade behov. Utföraren efterfrågar ett samtycke och underrättar därefter myndigheten om att ny behovsbedömning behöver göras av handläggare. |
| Företaget styrker att det finns ett informationsmaterial om verksamheten, ev. tilläggstjänster och kapacitetstak ingår. Läggs in på hemsidan. | Informationsmaterial lämnas i PDF via mail eller nersparad på USB. |
| Företaget styrker att det finns rutiner för nyckelhanteringen samt att utföraren ombesörjer och bekostar låsbyte vid förlust av nycklar. | En rutin som beskriver hanteringen av nycklar, inklusive utlämning, återlämning, signering och hantering vid förlust, lämnas |
| Företaget styrker att det finns rutiner för rapportering och hantering av risker och missförhållanden enligt 14 kap 2§ och SOSFS 2011:5 som | En rutin som beskriver rapportering och hantering av risker och missförhållanden lämnas. Rutinen motsvarar de delar som ingår i VON:s |

SALA KOMMUN

Vård- och omsorg

| | |
|---|---|
| följer kommunens riktlinjer för lex Sarah i delen anmälningar. | riktlinje för risker och missförhållanden |
| Företaget styrker att det finns en klagomålshantering. Kommunens blankett används. | En rutin lämnas som beskriver hanteringen av klagomål samt när och hur information om möjligheten att klaga ges till kunden. Rutinen motsvarar de delar om klagomål som ingår i VON:s riktlinjer |
| Företaget styrker att utföraren samarbetar med berörda personer och organisationer i den utsträckning som krävs för god service till kund. Samtycke lämnas vid samordning och samarbete. | En rutin lämnas som beskriver informationsöverföring, hur samordning och samverkan sker samt beskriver i vilka situationer samverkan kan vara aktuell. Inhämtande av samtycke och SIP ingår |

# ÄRENDE NR 8

Bilaga VON 2016/5/1



SALA KOMMUN

VÅRD OCH OMSORG
Anneli L Sundin

# Redovisning av tillgänglighetsarbete för Vård och omsorg 2015.

## Bakgrund.

Kommunfullmäktige beslutade 2010-10-23,§ 66 att anta Policy för tillgänglighets arbete och Plan för tillgänglighetsarbete för Sala kommun. I beslutet finns ett uppdrag till styrelse ,nämnder och kommunala bolag att arbeta fram egna handlingsplaner för hur tillgänglighetsarbete inom den egna verksamhetens skall gå till. På vård och omsorg består handlingsplanen av att årligen i september from 2015 göra en egenkontroll av tillgängligheten på hela verksamhetsområdet. Egenkontrollen genomförs utifrån fastställda checklistor som hämtats från myndigheten för handikapp politisk samordning. Se bifogad tillämpningsrutin.

Bristande tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning infördes som en ny form av diskriminering i diskrimineringslagen. Det nya diskrimineringsförbudet gäller från den 1 januari 2015. "Tillgänglighet är när en person med en funktionsnedsättning missgynnas genom att en verksamhet inte vidtar skäliga tillgänglighetsåtgärder för att den personen ska komma i en jämförbar situation med personer utan denna funktionsnedsättning. Den som är ansvarig för en verksamhet är skyldig att genomföra skäliga åtgärder för att verksamheten ska vara tillgänglig för en person med funktionsnedsättning. Den som underlåter (låter bli) att genomföra, skäliga tillgänglighetsåtgärder kan komma att göra sig skyldig till diskriminering. Underlåtenhet kan både vara att den som är ansvarig för en verksamhet inte gör något alls eller att de åtgärder som denne genomfört inte är tillräckliga. Åtgärderna är tillräckliga om de leder till att en person med en funktionsnedsättning kommer i jämförbar situation med en person utan denna funktionsnedsättning". [1]

[1] (Diskrimineringsombudsmannen 2015)hämtad 2015-12-23
http://www.do.se/om-diskriminering/vad-ar-diskriminering/

SALA1000, v 2.0, 2012-08-02 http://sp/vof/Arendedeberedning/Lists/Uppgifter/Attachments/479/Sammanstallning av behov av tillgänglighetsanpassning 2015.docx

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

Vård och omsorg

# Sammanställning av behov av tillgänglighetsanpassning på område Funktionsnedsättning 2015.

Funktionsnedsättningsområdet har vid den årliga egenkontrollen 2015 följt upp tillgänglighet i byggnader och lokaler och hittat brister i följande områden. På vissa delar i checklistan är det inte aktuellet i dagsläget med anpassning men uppstår behovet bör det ske omgående.

**Saknas parkeringsplats för personer med nedsatt rörelseförmåga inom 25m.**

Johannesbergsservicebostad (ej aktuellt)

Skräddargrändskortidsboende

Dalhemsservice boende (ej aktuellt)

Dagligverksamhet Gruvan (ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Bikupan (ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Hunddagis (ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Silverkoppen (ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Silverhuset (ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Columbus (ej aktuellt)

Styrars gruppbostad

**Automatisk entredörröppnare saknas.**

Dalhemsservicebostad

Servicegrupp Sala/Bikupan, dagligverksamhet

Silverhuset, dagligverksamhet (ej aktuellt)

Columbus, dagligverksamhet

Gruvan, dagligverksamhet (ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Bikupan (ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Viljan

Daglig verksamhet, Silverhuset (ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Torpet (ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Columbus

Dagligverksamhet Gruvan (ej aktuellt)

Karpgatan 1

**Handikappsanpassad toalett saknas.**

Daglig verksamhet, Silverhuset (ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Torpet (ej aktuellt)

Dagligverksamhet Gruvan (ej aktuellt)

**Toalett för personer med elrullstol saknas.**

Solgatans gruppbostad (ej aktuellt)

Dalhemsservicebostad (ej aktuellt)

Johannesbergsservicebostad. ( ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Bikupan (ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Viljan (ej aktuellt)

Dagligverksamhet Gruvan (ej aktuellt)

Karpgatan 2 vån 3 ( ej aktuellt)

Karpgatan 1 ( ej aktuellt)

**Saknas hörselslinga i lokalen**

Dagligverksamhet, Bara Vara (ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Columbus (ej aktuellt)

Karpgatan 2 vån 3 ( ej aktuellt )

Styrars gruppbostad ( ej aktuellt)

Karpgatan 1 ( ej aktuellt)

**Byta av allergiframkallande växter och rengöringsmedel.**

Solgatans gruppbostad

Dalhemsservicebostad

Daglig verksamhet, Hunddagis

Daglig verksamhet, Silverhuset

Daglig verksamhet, Torpet

Daglig verksamhet, Columbus

Dagligverksamhet Gruvan

Johannesbergsservicebostad.

Dagligverksamhet, Bara Vara

Daglig verksamhet, Bikupan

**Försämrad framkomlighet pga. av trösklar.**

Skräddargrändskortidsboende

Dalhemsservicebostad

Daglig verksamhet, Silverhuset

Daglig verksamhet, Torpet (ej aktuellt)

Dagligverksamhet Gruvan (ej aktuellt)

Karpgatan 1

**Försämrad framkomlighet pga. av små dörröppningar.**

Skräddargrändskortidsboende

Karpgatan 1

**Kontrasterade dörrar i trapphus saknas**

Hyttgatanservicebostad

Skräddargrändskortidsboende

Kargatan 2, vån 1

Dalhemsservicebostad

Dagligverksamhet, Bara Vara

Daglig verksamhet, Torpet

Dagligverksamhet Gruvan (ej aktuellt)

Karpgatan 2 vån 3

Styrars gruppbostad

Karpgatan 1

**Kontrasterade trappor i trapphus saknas**

Hyttgatanservicebostad

Dagligverksamhet Gruvan (ej aktuellt)

Karpgatan 2 vån 3

Karpgatan 1

**Taltjänst i hissen saknas**

Hyttgatanservicebostad (ej aktuellt)

Daglig verksamhet, Viljan (ej aktuellt)

Karpgatan 2 vån 3 ( ej aktuellt )

**Taktil markering, punkskrift eller relief knappar i trapphus/hiss saknas**

Daglig verksamhet, Viljan (ej aktuellt)

Hyttgatanservicebostad (ej aktuellt)

Johannesbergsservicebostad. (ej aktuellt)

Karpgatan 2 vån 3 ( ej aktuellt)

Styrars gruppbostad (ej aktuellt)

Karpgatan 1 ( ej aktuellt)

**Kontrasterad stora fönster saknas**

Solgatans gruppbostad

## Rapporterade åtgärdsbehov från Hemtjänst och Hälso- och sjukvård.

### Rehabenheten kontor, Stadsträdgården

Dörröppnare

Ny hiss

Bättre skyltning

### Sjuksköterskor Johannesbergsgatan

Dörrarna till sjuksköterskornas kontor och läkemedelsrum saknar dörröppnare

### Sjuksköterskor Ekeby

Dörröppnare saknas på ytterdörr

Samtliga sjuksköterskekontor saknar hörselslingor. I dagsläget inget behov.

## Sammanställning av behov av tillgänglighetsanpassning på område Äldreomsorg Vård och Omsorgsboende 2015

### Saknas parkeringsplats för personer med nedsatt rörelseförmåga inom 25m.

Björkgården

Ekebygården

**Stora glasytor som kan missas för öppningar är inte tydligt markerade**

Parklängan 2 och 3

**Taktil markering, punkskrift eller relief knappar i trapphus/hiss saknas**

Björkgården

Jakobsbergsgården hela verksamheten

Ekebygården

**Taltjänst i hiss saknas**

Jakobsbergsgården hela verksamheten

Ekebygården

**Kontrasterande dörrar och dörrkarmar saknas**

Björkgården

Jakobsbergsgården hela verksamheten

Ekebygården

**Kontrastmarkerade trappor saknas**

Ekebygården (behöver fräschas upp)

Jakobsbergsgården Ålängan, Parklängan 2 och 3

**Skyltar och symboler är inte utformade så att de är lätta att läsa och placerade så att de är lätta att upptäcka**

Björkgården

Parklängan 2 och 3

**Allergiframkallande växter finns**

Björkgården

**Rengöringsmedel som kan vara allergiframkallande används**

Parklängan 2 och 3

Vård och omsorg

**Teleslinga saknas**

Björkgården (reception och mötesrum)

Jakobsbergsgården entréplan (mötesrum)

Ekebygården

**Tillgängliga möten och konferenser**

Bärbara mikrofoner saknas i konferenslokal (Johannesbergsgatan2)

Punktbelysning för teckentolkning saknas i konferenslokal (Johannesbergsgatan 2)

## Sammanställning av behov av tillgänglighetsanpassning på område IFA 2015

**Bergmästaren.( Administration, BoU, vuxenenh, försörjningsstöd,EKB)**

Trösklar in till de små sammanträdesrummen

Parfymerad tvål på toaletterna

Skyltningen i huset består av papperslappar

Blå konferensrummet har heltäckningsmatta

Skarp belysning

Fjärrkontroll till kanon fungerar ej

Dörröppnare vid entrén sitter fel .

Taktil markering ,punktskrift saknas på hissknappar i hissen vid entrén.

Taltjänst saknas i hissen saknas som informerar om vilken våning man är på.

Nuvarande placering av hissknapparna för långt ut vilket gör att det blir svårt för rullstolsburna får svårt att nå knapparna.

Kontrastmarkerade dörrar och dörrkarmar saknas.

Teleslinga saknas i receptionen

**C-Huset Kungsängsgymnasiet(AME, integration)**

Saknas parkeringsplats för personer med nedsatt rörelseförmåga inom 25m.

Stora glasytor som kan misstas för öppningar ej tydligt markerad(ej relevant)

Taktil markering ,punktskrift eller reliefknappar på hissknappar saknas.

Vård och omsorg

Taltjänst i hiss, som informerar om vilken våning man befinner sig på saknas.

Hörselteknisk utrustning saknas i lokalen.

SALA KOMMUN

Bilaga VON 2016/5/2

VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

| LEDNINGSSYSTEM | | |
|---|---|---|
| DOKUMENTNAMN<br>Tillämpningsrutin Egenkontroll- Tillgänglighet | DOKUMENTTYP<br>Tillämpningsregler och rutiner | GÄLLER TOM.<br>2016-08-25 |
| ORGANISATION<br>VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN; FUNKTIONSNEDSÄTTNING; HEMTJÄNST/HEMSJUKVÅRD/HSL; INDIVID, FAMILJ, ARBETE; INFORMATION, STÖD, UTREDNING; MAS/MAR; RESURSENHET/PERSONAL; STAB EKONOMI/PERSONAL; VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE; VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE ÄLDREOMSORG | DOKUMENTÄGARE<br>Agneta von Schoting | DIARIENUMMER<br>2016/49 |

# Tillämpningsrutin Egenkontroll- Tillgänglighet

Syftet med tillämpningsrutinen är att beskriva hur du systematiskt ska arbeta med tillgänglighet inom Vård och Omsorg.

1. Ansvarig chef för verksamheten ansvarar för att egenkontroll utförs årligen i september.
2. Med hjälp av denna blankett samt andra blanketter från Myndigheten för handikapp politisk samordning genomför du egenkontrollen.
3. På Myndigheten för handikapp politisk samordning finns flera checklistor inom flera områden som du kan använda.
   Se källförteckning nedan.
4. I checklistorna kan det finnas frågor eller avsnitt som inte passar er verksamhet. Stryk dem!
   Tycker ni att något saknas? Lägg till det! På så sätt kan checklistan anpassas så att den passar er!
5. Fyll i checklistan tillsammans, chef och medarbetare (inklusive skyddsombud/fackligt ombud).
6. Besvara frågorna med ja eller nej. Uppnår ni inte tillgänglighet, gör en bedömning på vilka åtgärder som behöver genomföras för att uppnå tillgängligheten.
7. Överför därefter åtgärderna i Blankett ÅTGÄRDSPLAN FÖR TILLGÄNGLIGHET. Finns i SP.
8. Tillkommer kostnader för åtgärden, ta gärna in kostnadsförslag och fyll i på åtgärdsplanen.
9. Lämna därefter en sammanställd åtgärdsplan till din närmsta chef/verksamhetschef.
10. Ledningsgruppen för Vård och Omsorg, bedömer prioritet på åtgärderna samt hur arbetet ska gå vidare.

11. Verksamhetschef återkopplar därefter kommande åtgärdsplan till enhetschef för verksamheten.
12. Enhetschef har sedan uppföljning och åtgärdsansvaret.
13. Egenkontrollen kommer innebära att vi varje år får fram ett nuläge och kommande behov av åtgärder som behövs för att uppnå tillgänglighet.

**KÄLLFÖRTECKNING SAMT HÄNVISNING TILL CHECKLISTOR**

**Riktlinjer Riv hindren**
Riktlinjer för tillgänglighet är ett stöd och en inspiration för alla som strävar efter att göra sin verksamhet, sina lokaler och sin information tillgänglig. Målet är att alla, oavsett funktionsförmåga, ska kunna vara delaktiga i samhället.

http://www.mfd.se/globalassets/dokument/publikationer/2015/2015-5-riktlinjer-for-tillganglighet.pdf

**Checklista handlingsplan för tillgänglighet**
Den här checklistan kan du använda för att vara säker på att du får med det som ska finnas med i en handlingsplan för tillgänglighet. En handlingsplan är ett verktyg för att planera arbetet. Målet med planen är att den leder till förbättrad tillgänglighet. Handlingsplanen kan beskriva tillgänglighetsarbetet specifikt eller ingå i till exempel en likabehandlingsplan eller en mångfaldsplan.

http://www.mfd.se/globalassets/dokument/publikationer/2015/2015-5-checklista-handlingsplan-for-tillganglighet.pdf

**Checklista för tillgängliga möten och konferenser**
När du arrangerar möten och konferenser finns det mycket du kan göra för att alla ska kunna både delta och medverka. Det innebär bland annat att välja en möteslokal som personer med begränsad rörelseförmåga kan komma in i och använda. Det är också viktigt att undvika starkt doftande blommor och parfymer som kan framkalla allergi.

http://www.mfd.se/globalassets/dokument/publikationer/2015/2015-5-checklista-tillgangliga-moten-och-konferenser.pdf

**Checklista för att göra informationen tillgänglig**
När du kommunicerar och tar fram information finns det mycket du kan göra för att alla ska kunna ta del av dina budskap.
http://www.mfd.se/globalassets/dokument/publikationer/2015/2015-5-checklista-att-gora-informationen-tillganglig.pdf

**Följa upp tillgängligheten i byggnader och lokaler**
Checklistan visar om de mest grundläggande kraven i avsnittet Riktlinjer Riv hindren för att göra lokalerna tillgängliga är uppfyllda. Frågorna i checklistan gäller prioriterade områden och ger inte en heltäckande bild, men är ett steg på vägen mot tillgängliga lokaler.
http://www.mfd.se/globalassets/dokument/publikationer/2015/2015-5-checklista-tillgangligheten-i-byggnader-och-lokaler.pdf

Här nedan finns ytterligare information som kan vara intressant att läsa

www.prevent

www.arbetsmiljöverket.se

http://www.av.se/dokument/checklistor/Checklista%20Tillg%C3%A4nglighet%20arbetsgivare%2020150318.pdf

http://www.stockholm.se/-/Om-webbplatsen/Tillganglighet/

# ÄRENDE NR 9

Bilaga VON 2016/6/1

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

| Ledningssystem | | |
|---|---|---|
| DOKUMENTNAMN<br>Vård och omsorgsnämndens ledningssystem | DOKUMENTTYP<br>Riktlinje | BESLUTAD<br>2015-03-12 |
| ORGANISATION<br>VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN | DOKUMENTÄGARE<br>Socialchef | DIARIENUMMER<br>2015/107 |
| HANDLÄGGARE<br>Kvalitetshandläggare | PUBLICERAD<br>2015-03-16 | REVIDERAD<br>2016-01-20 |

# 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
Klagomål och synpunkter ..... 5
Felhändelser och avvikelser ..... 5
Utredning av felhändelser och avvikelser ..... 6
Kontinuerligt förbättringsarbete och utveckling ..... 6
Uppföljning av kvaliten ..... 7
Egenkontroll och kvalitetsrevision ..... 7
Dokumentation, sammanställning och analys ..... 7
Kvalitetsberättelse och bokslut ..... 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.

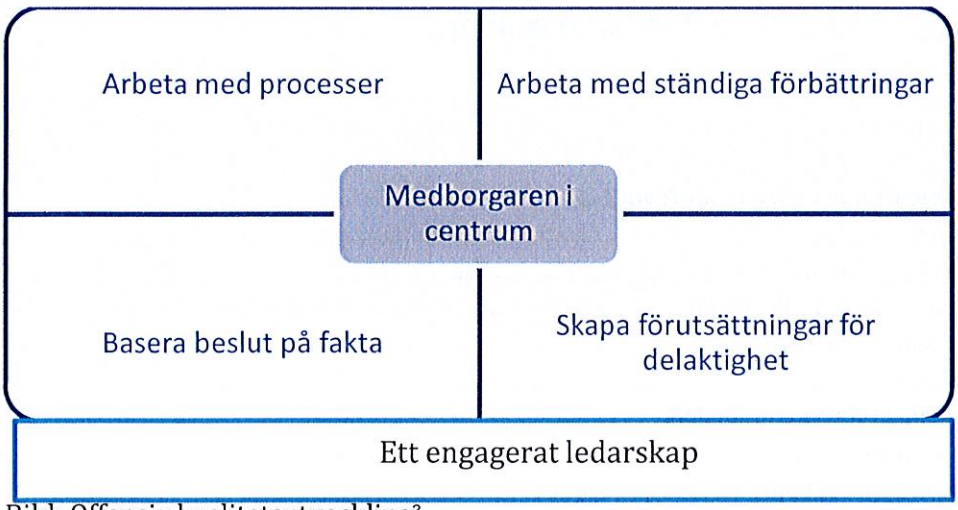



Bild: Offensiv kvalitetsutveckling[3]

**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.

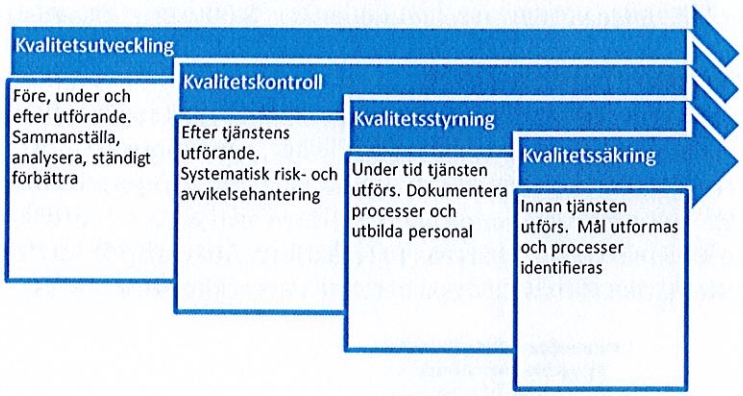



Bild: Bild efter Bergman och Klefsiö, 2001.

**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.

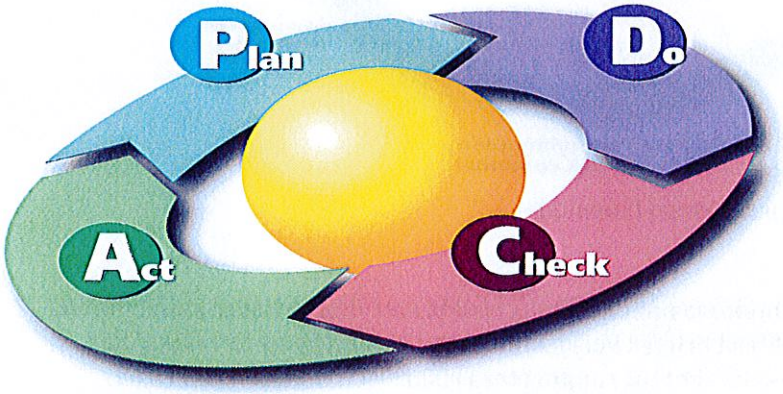



Bild: Wikipedia

**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.

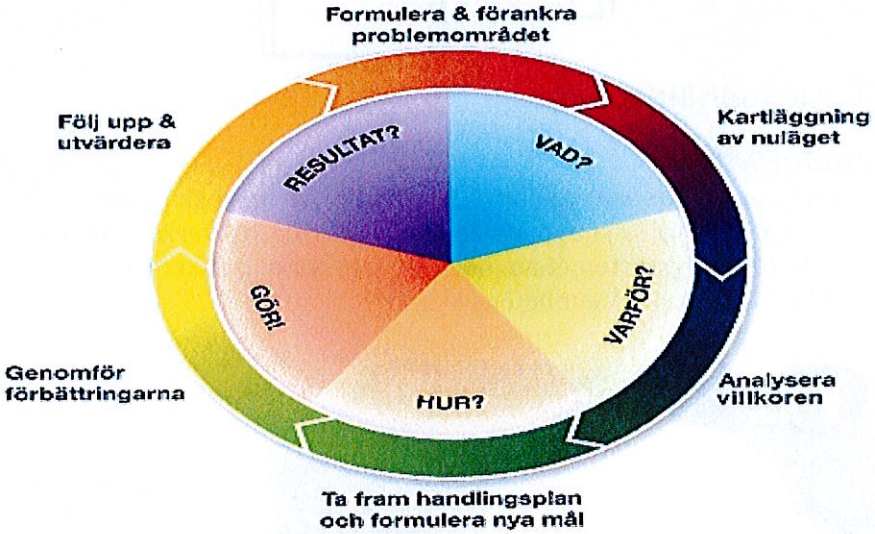



Bild: Västra Götalandsregionens hemsida[9]

## 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 verksamhetschef enligt 29§ Hälso och sjukvårdslagen för beslut om åtgärder, utredningen görs i samråd med utredningsteamet.

**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].

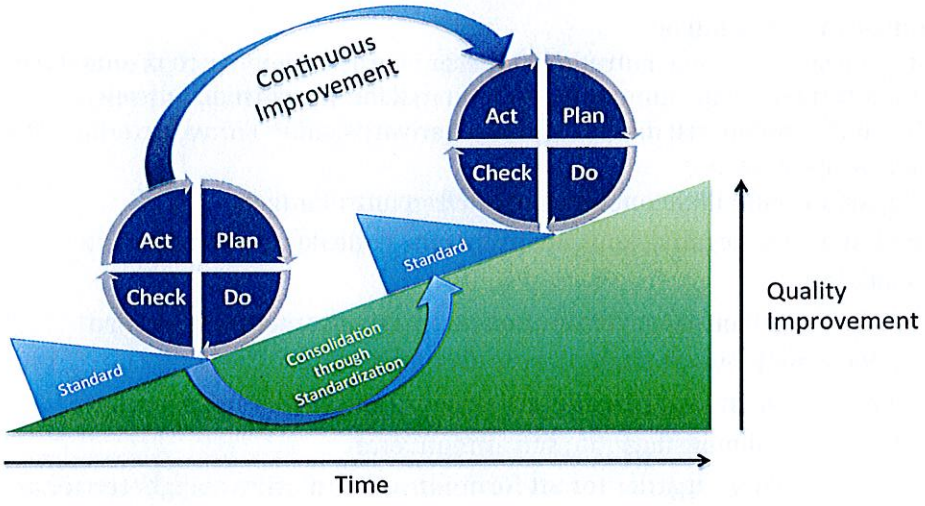
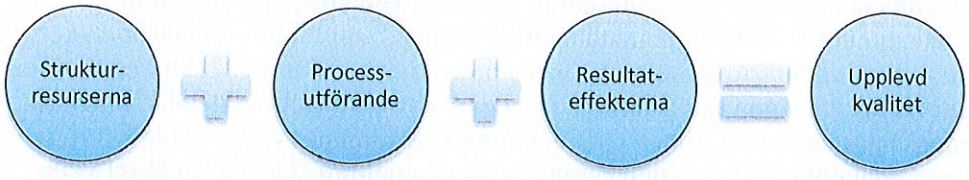



Bild: Wikipedia

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 och kvalitetsrevision

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
- Det systematiska förbättringsarbetet
- Granskning av enhetens dokumentation
- Målgruppsundersökningar – kund, brukare, närstående, medarbetare
- Öppna jämförelser på valda områden
- Kvalitetsregister för äldreomsorgen

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.

En kvalitetsrevision med fokus på viktiga processer och medarbetares kunskaper görs på uppdrag av ledningen. Kvalitetsrevisionen planeras årligen och inriktas mot

- Verksamhetens följsamhet till nationella styrdokument
- Verksamhetens följsamhet till lokala styrdokument
- Medarbetares kunskaper på olika områden

Att årligen planera och genomföra kvalitetsrevisionen är ett uppdrag för utvecklare.

## 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

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

kvartalsvis och analyseras för att på enhetsnivå se mönster eller trender som 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 och bokslut**

Verksamheten ska med dokumentationen från enheterna som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. 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. Ansvarig för verksamhetsområdets sammanhållna kvalitetsanalys är verksamhetschef och ansvarig för kvalitetsbokslutet är utvecklare.

**Patientsäkerhetsberättelse**

Verksamheten ska senast den 1 mars varje år upprätta patientsäkerhetsberättelse[19] Ansvariga är verksamhetschef enligt 29§ HSL. 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)

Bilaga VON 2016/6/2

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

| Ledningssystem | | |
|---|---|---|
| DOKUMENTNAMN<br>Samordnad individuell plan (SIP) | DOKUMENTTYP<br>Riktlinje | BESLUTAD<br>2015-05-13 |
| ORGANISATION<br>VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN | DOKUMENTÄGARE<br>Socialchef | DIARIENUMMER<br>2015/107 |
| HANDLÄGGARE<br>Kvalitetshandläggare | PUBLICERAD<br>2015-05-22 | REVIDERAD<br>2016-01-20 |

# 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
Se mall för Kallelse till SIP i ledningssystemet, mappen: Verktyg ..... 3
Privata aktörer med uppdrag från huvudmannen ..... 3
Innehållet i en individuell plan ..... 3
Se mall för SIP för Västmanlands län i ledningssystemet, mappen: Verktyg ..... 4
Den enskilde personens och de närståendes roll ..... 4
Hur förhåller sig den individuella planen till andra planer? ..... 4
Följa upp och utvärdera SIP ..... 5
Se enkäter i pappersform i ledningssystemet, mappen: Verktyg ..... 5
Utbildning i SIP ..... 5
Ansvaret för samordning ..... 5
Processen för arbetet med SIP ..... 6

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.

Se mall för Kallelse till SIP i ledningssystemet, mappen: Verktyg

## 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

---

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

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 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. Den upprättade planen ska läggas in i systemet PRATOR och det ska framgå av journalanteckningarna i nämndens dokumentationssystem när en plan har upprättats, med vilka samt när den ska följas upp.

Se mall för SIP för Västmanlands län i ledningssystemet, mappen: Verktyg

## 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 hen 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, 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.

---

[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

## Följa upp och utvärdera SIP

Den individuella planen ska följas upp och det ska anges i planen när det ska göras och av vem.

En utvärdering ska också göras av själva planeringsarbetet vid upprättandet av en samordnad individuell plan. Syftet är att fånga vad berörd person ansåg om själva mötet och planeringen. Utvärderingen görs via en enkät, antingen via webb eller i papper.

Aktuell tjänsteman ansvarar för att själv tillsammans med berörd person gå igenom utvärderingsfrågorna alternativt överlämna uppdraget till en utförare. Det ska finnas en journalanteckning i akten (verksamhetssystemet) med uppgift om när enkäten erbjudits och vilken enkätform som valts. Om svaren lämnats via pappersenkät ska den bifogas akten.

Se enkäter i pappersform i ledningssystemet, mappen: Verktyg
Utvärdering via webben görs på följande ställe: http://sipkollen.se/

## Utbildning i SIP

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

Se informationsblad till medarbetare om SIP i ledningssystemet, mappen: Verktyg

## Ansvaret för samordning

Det är professionen, aktuella tjänstemän, som ansvarar för att den samordning och samverkan som behövs kommer till stånd samt att planeringen följs upp. Ansvaret ligger på aktuell tjänsteman och i utförarverksamheter chef eller av denne utsedd medarbetare. I ansvaret inget ingår att bedöma behovet av samordnade insatser för individer aktuella på den egna enheten. Där samordnade insatser behövs ska upprättas en samordnad individuell plan.

Chefen ansvarar för att utifrån enhetens uppdrag säkerställa att alla medarbetare har kunskap om hur arbetet med samordning ska göras. Utbildning i SIP bör erbjudas alla medarbetare och en tillämpningsrutin ska finnas som tydliggör hur arbete ska göras och vad som ska dokumenteras vid behov av samordnad individuell plan.

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 vilka som inte ska tas upp, hur mötet ska utformas och gå till samt hur berörd persons behov ska prioriteras. Ordna plats och bestäm tid för mötet. Mötet kan ske i verksamheten lokaler, 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 deltagandet på mötet. Medarbetare som ska delta på mötet bör ta del av riktlinjen för SIP.

Se mall för Kallelse till SIP i ledningssystemet, mappen: Verktyg

### 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 lyssna 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 läggs in i PRATOR och bör även finns tillgänglig i verksamhetens akt. Närvarande personer får en skriftlig kopia på upprättad SIP, samtycke för det behöver efterfrågas.

Se mall för SIP i Västmanlands län i ledningssystemet, mappen: Verktyg

### 7. Utvärdera planeringsmötet

När en SIP har upprättas ska en utvärdering göras av berörd persons upplevelse av mötet och planeringen. Utvärderingen ska dokumenteras.

Se informationsblad om utvärderingen av SIP för berörd person i ledningssystemet, mappen: Verktyg

Se enkät för utvärdering av SIP i pappersform i ledningssystemet, mappen: Verktyg

Utvärdering via webben görs på följande ställe: http://sipkollen.se/

### 8. Följa upp SIP

En SIP följs upp och revideras vid behov. Den medarbetare som ansvarar för samordningen kallar till uppföljningsmöte.

### 9. 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.

Bilaga VON 2016/6/3

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

| Ledningssystem | | |
|---|---|---|
| DOKUMENTNAMN<br>Fördelning av ansvar och uppgifter inom vård och omsorg | DOKUMENTTYP<br>Riktlinje | BESLUTAD<br>2015-03-12 |
| ORGANISATION<br>VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN | DOKUMENTÄGARE<br>Socialchef | DIARIENUMMER<br>2015/107 |
| HANDLÄGGARE<br>Kvalitetshandläggare | PUBLICERAD<br>2015-03-16 | REVIDERAD<br>2016-01-20 |

# Fördelning av ansvar och uppgifter inom vård och omsorg

## Innehåll

**Fördelning av ansvar och uppgifter inom vård och omsorg** ..... 1
Fördelning av Ansvar och uppgifter ..... 2
Fullmäktiges ansvar ..... 2
Nämndens ansvar ..... 2
Verksamhetens uppdrag och uppgift ..... 2
*Ansvar för alla medarbetare* ..... 3
*Ansvar för chefer* ..... 3
*Socialchef* ..... 3
*Verksamhetschef för hälso och sjukvård* ..... 3
*Verksamhetschefer* ..... 4
*Enhetschefer* ..... 4
*Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)* ..... 4
*Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)* ..... 5
*Utvecklare -kvalitetshandläggare* ..... 5
*Systemförvaltare* ..... 5
Styrande och stödjande dokument ..... 5

## 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. Det innefattar även ett ansvar som vårdgivare för hälso- och sjukvård. 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 alla medarbetare arbetar som bestämt samt vad som ska kontrolleras och följas

---

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

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 alla chefer 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 per verksamhet

*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.

*Verksamhetschef för hälso och sjukvård*[7]
Verksamhetschefen representerar vårdgivaren (nämnden). Uppdraget som verksamhetschef fördelas därför på anställda med kompetens för uppdraget inom områdena sjukvård och rehabilitering. I uppdraget ingår ett samlat ansvar för hälso- och sjukvården inom nämndens verksamheter. Som hälso och sjukvård räknas vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med annan personal (delegering).
Verksamhetschefen ansvarar för den löpande verksamheten , att samverkan och samordning fungerar, att det finns direktiv och instruktioner samt att personalens kompetens upprätthålls. I ansvaret ingår att organisera verksamheten så att hälso-

[4] 3 kap 3 § och 6 kap 1§, SOSFS 2011:9
[5] 6 kap 4§ Patientsäkerhetslagen ( 2010:659), 14 kap 2 § Socialtjänstlagen (2001:453) , 24a§ Lag (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade
[6] 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9
[7] 29§ Hälso och sjukvårdslagen(1982:763)och Förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården

och sjukvård bedrivs med hög patientsäkerhet, erbjuda en vård av god kvalitet, främja kostnadseffektivitet samt kvalitetssäkra att sjukvårdens ledningssystem är ändamålsenligt. Verksamhetschefen kan uppdra åt annan befattningshavare som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter[8]. Verksamhetschef ansvarar för att fördela uppgifter och upprätta ett dokument som tydliggör ansvarfördelningen mellan vårdgivare, verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering.

*Verksamhetschefer*
Har det strategiska och operativa ansvaret för sitt verksamhetområde, undantaget hälso- och sjukvården. Ansvarar för att upprätta en laglista samt anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning[9] genom att inventera och förteckna viktiga styrdokumenten. Förteckningen ska delges underställda chefer vid nyanställning. Ansvarar för att 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, brukarundersökningar och annan data. I ansvaret ingår att planera och analysera verksamheten. I planeringen ingår att årligen inför VEP göra en väsentlighetsanalys, välja ut förslag på mål, välja lämpliga nyckeltal och resultatmått samt föreslå plan för uppföljning och egenkontroll samt att analysera den data som gäller det egna verksamhetsområdet.

*Enhetschefer*
Har det operativa ansvaret på enheten. Enhetschefen ansvarar för att göra en väsentlighetsanalys, 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.

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)*
MAS är underställd verksamhetschefen för hälso- och sjukvården, undantaget författningsreglererade uppgifter. Ansvaret omfattar en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet, att journaler förs, tillgång till av läkare ordinerad sjukvård samt säkra och ändamålsenliga rutiner för läkemedelshanteringen. Vidare att det finns att rutiner för kontakt med läkare eller annan sjukvårdspersonal när det behövs, att delegeringar sker säkert samt att anmälan av allvarliga skador inom sjukvården görs till nämnden[10]. MAS har ett särskilt ansvar för att på uppdrag av vårdgivaren arbeta för och bevaka att en hög patientsäkerhet upprätthålls inom hälso- och sjukvården Det ingår inget primärt ansvar för individuellt riktad vård och behandling till enskilda patienter.

---

[8] 30§ Hälso och sjukvårdslagen(1982:763)
[9] 4 kap 1 § SOSFS 2011:9
[10] 24 § Hälso och sjukvårdslagen(1982:763) och 7 kap 3§ Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

*Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)*
MAR är underställd verksamhetschefen för hälso- och sjukvården, undantaget författningsreglerade uppgifter. Ansvaret omfattar en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet och att journaler förs[11]. Vidare att det finns att rutiner för kontakt med sjukvårdspersonal när det behövs, att delegeringar sker säkert samt att anmälan av allvarliga skador inom sjukvården görs till nämnden[12]. MAR har ett särskilt ansvar att på uppdrag av vårdgivaren bevaka att en hög patientsäkerhet upprätthålls inom rehabilitering och habilitering. Det ingår inget primärt ansvar för individuellt riktad vård och behandling till enskilda patienter.

*Utvecklare -kvalitetshandläggare*
Kvalitetshandläggare har ett särskilt ansvar för Vård och omsorgsnämndens ledningssystem, för att stödja arbetet med kunskapsbaserad praktik och för utvecklingsarbete. I ansvaret ingår att på uppdrag av socialchef utarbeta riktlinjer till nämndens ledningssystem, medverka i utredningsteamet och göra kvalitetsrevisioner. Det ingår även att stödja cheferna i arbetet med riskanalyser, händelseanalyser, väsentlighetsanalyser, laglistor och andra analyser samt att anordna utbildningar på uppdrag av socialchef och verksamhetschef. I uppdraget ingår att på uppdrag av socialchef sammanställa en årlig och övergripande analys av hela verksamheten, ett kvalitetsbokslut. Det ingår även övergripande uppgifter, på uppdrag av socialchef, såsom inventeringar, utredningar och upphandlingar.

*Systemförvaltare*
Ansvarar för aktuellt system, för att upprätta en förvaltningsplan, genomföra en informationsklassning och riskanalys samt upprätta styrande dokument för hanteringen. Hur arbetet ska göras tydliggörs i riktlinjen för Informationssäkerhet I ansvaret ingår även att erbjuda support och utbildning till användare.

**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 händelseanalyser |
| Riskanalys | Vägledning för arbetet med riskanalyser |

[11] 7 kap 3§ Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
[12] 24§ Hälso och sjukvårdslagen(1982:763) och 7 kap 3§ Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

Bilaga VON 2016/6/4

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

| Ledningssystem | | |
|---|---|---|
| DOKUMENTNAMN<br>Samordning och samverkan | DOKUMENTTYP<br>Riktlinje | BESLUTAD<br>2015-05-13 |
| ORGANISATION<br>Vård och omsorgsämnden | DOKUMENTÄGARE<br>Socialchef | DIARIENUMMER<br>2015/107 |
| HANDLÄGGARE<br>Kvalitetshandläggare | PUBLICERAD<br>2015-05-22 | REVIDERAD<br>2016-01-20 |

# 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
Avvikelser vid samordning och samverkan ..... 5
Lokala samverkansgrupper ..... 5
Organisera och styr enhetens arbete ..... 5
Ansvaret för samordning och samarbete ..... 6

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 svara 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 och samarbete. Om flera enheter inom nämndens ansvarsområde eller inom kommunen är involverade ska samordning ske så att insatserna inte motverkar varandra. Det kan ibland vara tillräckligt att endast informera om vilka insatser som är aktuella.

## Samverkan med andra myndigheter och organisationer

När personer behöver insatser från flera samhällsinstanser kan insatserna 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 samordnade insatser. Det finns dock vissa grupper med komplexa behov där det finns ett särskilt stort behov av samarbete och samordning. De grupperna är bland annat personer med funktionsnedsättningar och missbruk, barn och unga med sammansatta 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 som har ett uppdrag av Vård och 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.

Inhämtandet av samtycke ska vara en naturlig del av arbetet även om personen själv oftast deltar i de möten som handlar om hen. Berörd person ska vidare vara införstådd

---

[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

med vilka uppgifter som behöver lämnas ut till de personer som ska vara med och diskutera hens 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 hen får denna möjlighet. Att personen närvarar vid mötet innebär i sig inte att man kan tala fritt om hens 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 etc., uppgifter som kan bidra till att personen kan identifieras får inte heller lämnas.

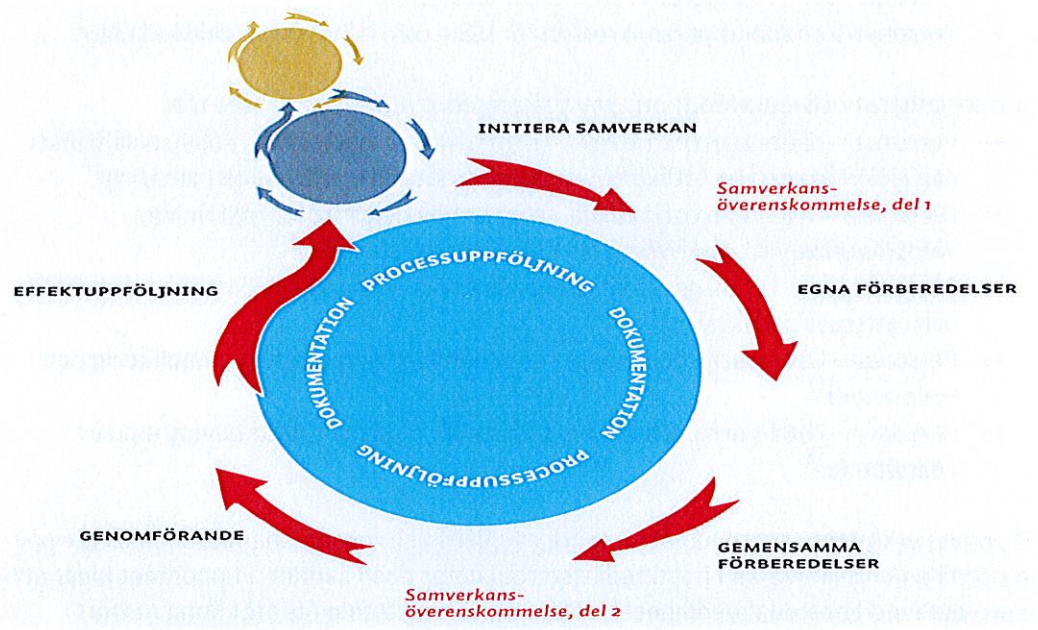



Bild: https://www.bra.se/bra/forebygga-brott/samverkan.html

## 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.

## Avvikelser vid samordning och samverkan

Om samordning och samverkan inte fungerar som tänkt ska det skrivas avvikelserapport som läggs in i nämndens system för avvikelsehantering, LISA, för vidare hantering av enhetens chef. Avvikelsen ska utredas på enheten och även skickas till ansvarig chef hos övriga inblandade huvudmän och aktörer för att utredas och analyseras. Enhetens chef ansvarar för att dra ut och skicka avvikelsen till berörda aktörer, den egna utredningen bör om möjligt bifogas och aktörernas analys efterfrågas. Vid behov av åtgärder ska en handlingsplan upprättas, gärna gemensamt.

## Lokal ledningsgrupp för samverkan

I de fall där samverkan inte fungerar som tänkt och där problemen kvarstår eller om det uppstår tvister ska frågan lyftas till lokala ledningsgruppen för samverkan där företrädare för både kommun och landsting finns med. Ansvarig för att sakfrågan aktualiseras och för att tillhandahålla underlag till behandlingen är berörd chef. Om frågan inte kan lösas på lokal nivå kan den, via verksamhetschef, aktualiseras hos socialchefen och tas upp i chefsgruppen för länsövergripande samverkan, på länsnivå.

## 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

- förankra enhetens uppdrag och mål
- tydliggöra regelverk och samverkansprocesser
- identifiera viktiga aktörer och utveckla samsyn
- identifiera aspekter som underlättar respektive försvårar
- rapportera och följa upp avvikelser
- årligen analysera och dokumentera arbetet 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

## Ansvaret för samordning och samarbete

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

Det är chefen som har ansvaret att utifrån enhetens uppdrag, målgrupp och eventuellt avtal identifiera processer där samverkan behövs för insatser med god kvalitet samt aktörer som är aktuella för samverkan. I ansvaret ingår att identifiera nationella och kommunala styrdokument för samverkan, identifiera egna interna och externa processer för samordning samt för att upprätta tillämpningsrutiner . I ansvaret ingår även att minst årligen analysera samverkan utifrån enhetens avvikelserapporter och vid behov lyfta samverkansfrågor till den lokala ledningsgruppen för samverkan.

Bilaga VON 2016/6/5

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

| Ledningssystem | | |
|---|---|---|
| DOKUMENTNAMN<br>Dokumenthantering för styrande dokument | DOKUMENTTYP<br>Riktlinje | BESLUTAD<br>2014-11-13 |
| ORGANISATION<br>VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN | DOKUMENTÄGARE<br>Socialchef | DIARIENUMMER<br>2014/908 |
| HANDLÄGGARE<br>Kvalitetshandläggare | PUBLICERAD<br>2014-11-25 | REVIDERAD<br>2016-01-20 |

# 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 omsorgsnämnden

## 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 som används är

- Styrande dokument - följs av alla medarbetare
- Vägledande dokument – följs 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. Styrdokumenten kan beslutas politiskt eller av tjänstemannaorganisationen. De kan avse hela kommunen, vissa förvaltningar eller vissa verksamheter[2].

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. Vård och omsorgskontoret 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 Vård och omsorgskontoret reglerar resurser. Styrande.

*Handlingsprogram*: En tillämpning av kommunfullmäktiges program. Med "vad" karaktär. Vård och omsorgskontoret 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 nämnd, socialchef eller verksamhetschef enligt 29§ HSL. Styrande.

*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.

---

[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

*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 nämnd, socialchef eller verksamhetschef enligt 29§ HSL. Hänvisning eller länkning kan göras till kunskapstöd som publiceras av andra organisationer efter beslut av socialchef eller verksamhetschef enligt 29§ HSL. Vägledande.

## Dokumentstyrning

Dokumentet styrs layoutmässigt av Sala kommuns grafiska profil. Använda mallar finns i systemen SharePoint och ePhorte. Dokumentens innehåll ska utgå från de processer, de begrepp och den information som används i den Nationella informationsstrukturen, NI 2015:1[5]. 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:

[5] Användningsstöd Nationell informationsstruktur, 2015-04-17, Socialstyrelsen

- 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 fastställare. Vid behov kan arbetsgrupp bestående av flera personer utses. Efter beslut från fastställare planera implementeringen med berörda chefer. Styrande dokument ska sparas som word dokument som sparas ner på N i mappen Styrande dokument och delges som PDF.

*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 färdiga dokument. Vård och omsorgsnämnd, socialchefen eller verksamhetschef enligt 29§ HSL.

*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[6] Arbetsprocess för styrande dokument.

*Initiering och uppdrag*

Beslut att upprätta styrande eller vägledande dokument kan initieras av förändringar i lagstiftning och regelverk, politiska beslut, ledning 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

[6] SOSFS 2011:9, 4 kap 1-2§§

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
- 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 socialchef eller ledning 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 socialchef för beslut/fastställande.

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

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

## Implementering av styrande dokument

Beslutat styrdokument och kommunikationsplan lämnas in till Vård och omsorgs ledningsgrupp. För övergripande 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 ska diarieföras och läggs då in i systemet ePhorte. Om de inte omfattas av sekretess görs de även tillgängliga för alla medarbetare i SharePoint. Särskild riktlinje finns upprättad för hanteringen i SharePoint. Upprättaren skickar efter beslut/fastställande dokumenten till utsedda ansvariga för inläggning i ePhorte och för SharePoint.

## Bevakning, revidering och arkivering

Handläggare ansvarar, på uppdrag av dokumentägaren/fastställaren, för 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 | N/VOOLedningsystem /Ledningsprocesser |
| Användningsstöd Nationell informationstruktur | www.socialstyrelsen.se |
| Vägledning: ProSala | N/VOOLedningsystem/Verktyg |
| Mall: Projektplan | N/VOOLedningsystem/Verktyg |
| Mall: Redovisning och avstämning | N/VOOLedningsystem/Verktyg |
| Mall: Kommunikationsplan | N/VOOLedningsystem/Verktyg |

Bilaga VON 2016/6/6

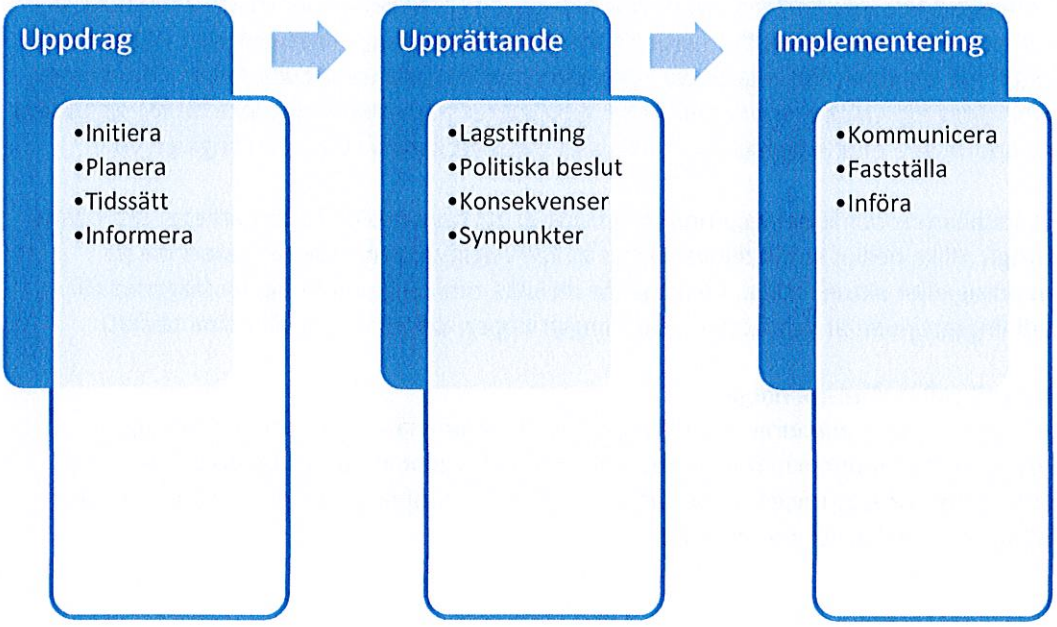
VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

| Ledningssystem | | |
|---|---|---|
| DOKUMENTNAMN<br>Process för styrande dokument | DOKUMENTTYP<br>Riktlinje | BESLUTAD<br>2014-11-13 |
| ORGANISATION<br>VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN | DOKUMENTÄGARE<br>Socialchef | DIARIENUMMER<br>2014/908 |
| HANDLÄGGARE<br>Kvalitetshandläggare | PUBLICERAD<br>2014-11-25 | REVIDERAD<br>2016-01-20 |

# Process för styrande dokument

## Innehåll

Process för styrande dokument ..... 1
Syfte och omfattning ..... 2
Dokumentstyrningen ..... 2
Ansvar och roller ..... 2
Flödet och arbetsprocessen ..... 2
Kommunicering och fastställande ..... 4
Publicering ..... 5
Implementering av styrande dokument ..... 5
Stöddokument ..... 5



SALA KOMMUN

Vård- och omsorgsnämnden

## Syfte och omfattning

Syftet med detta dokument är att beskriva ansvar och arbetsprocess när styrande dokument upprättas i Vård och omsorgsnämndens verksamheter[1]. Vald process gör medarbetare delaktiga i utformningen och ger användbara styrdokument Flödet för upprättandet, kommuniceringen och implementeringen av styrande dokument är tydliggjord och fastställd.

## Dokumentstyrningen

Dokumentet styrs layoutmässigt av Sala kommuns grafiska profil. Innehållet styrs av Nationella informationsstrukturen, NI 2015:1[2]. Mallar som ska användas finns i systemet ePhorte och SharePoint. Se riktlinje för dokumenthantering av styrande dokument.

## Ansvar och roller

Rollerna i arbetsprocessen bör tydliggöras och omfatta följande delar;

- Upprättare - huvudansvarig
- Arbetsgrupp - bistår upprättaren
- Granskare – referensgrupp
- Fastställare - ledningsgrupp vid behov

Upprättare är person som har huvudansvaret och som äger uppdraget eller den aktuella frågeställningen. I ansvaret ingår att definiera och tydliggöra uppdraget samt att fördela ansvaret till den för uppdraget aktuella arbetsgruppen och referensgruppen. Ansvaret för att tydliggöra vad, hur och till vem information skickas ingår. Det ingår även att följa upp genomförandet av det ansvar som fördelats samt att dokumentera detta.

En fungerande informationsöverföring och genomförandet av planerade aktiviteter är ett ansvar för alla som deltar i arbetet för aktuellt uppdrag, arbetsgruppen inkluderad. Exakt hur ansvaret fördelas anges i den plan som huvudansvarig upprättar. Granskares och referensgrupps ansvar är att delge synpunkter på det underlag som de får sig tillsänt av upprättare eller arbetsgrupp. I ansvaret ingår att lämna svar inom angiven tid.

Fastställarens och ledningsgruppens ansvar är att fatta beslut för att arbetet ska kunna fortgå. Vilka beslut som behöver fattas av ledningsgruppen varierar beroende på uppdrag eller aktuell fråga. Ansvarig för att lyfta och delge underlag för frågorna till ledningsgruppen är upprättaren. Ledningsgruppen delger sedan själv sina beslut.

## Flödet och arbetsprocessen

Arbetsprocessen planeras och utformas på ett sådant så att delaktighet möjliggörs[3]. Processen är öppen och dokumenteras med en tidsplan med för uppdraget aktuella aktiviteter. Arbetsprocessen bör utformas som ett projektarbete och dokumenteras i nämndens mallar för projektarbete.

---

[1] SOSFS 2011:9, 4 kap 1§

[2] Användningsstöd Nationell informationsstruktur, 2015-04-21, Socialstyrelsen

[3] 6 kap 4§och 1 kap 6§ PSL, 14 kap 2§ Sol, 24a § LSS

*Initiering och uppdrag*
Beslut att upprätta styrande eller vägledande dokument 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.

*Planera och tidssätt arbetet*
Upprättaren för uppdraget ska säkerställa att uppdraget formuleras i en plan med tillhörande tidsplan och aktiviteter som är aktuella. Det ska av denna plan eller aktivitetsplan framgå vem som ansvarar för uppdraget men också för de olika frågeställningar och aktiviteter som kan tänkas ingå.

*Informationsöverföring*
Av planen framgår arbetsprocessen för informationsöverföringen; vilken information som delges, till vilka samt hur informationen delges. För utskick av information gäller som huvudregel att ansvarig skickar ut informationen så att berörda deltagare få minst 5 arbetsdagar för inläsning och analys för att kunna ge en bra och genomtänkt respons.

*Upprättandet*
Medarbetare som fått uppdrag att ta fram styrdokument tar hänsyn till sakinnehåll, informationen bygger på bästa kunskap och är användbar för aktuella verksamheter. Dokumentet följer de formkrav som ställs upp i riktlinjerna för styrande dokument och innehåller hänvisning till referenser och andra källor[4]. När ett förslag tas fram beaktas alltid följande delar:

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

*Frågeställningen styr krav på innehåll*
Vilken dokumentation som krävs för ett vägledande dokument är beroende av frågeställningen. I de fall där uppdraget innefattar att utreda en frågeställning åt ledningen finns ett definierat uppdrag. Upprättaren ansvarar för att ett förslag på ställningstagande finns med. Ställningstagandet är motiverat. Ledningen ansvarar sedan för beslut i frågan.

*Krav på bästa möjliga kunskap – best practice eller forskning*
En viktig punkt är att alltid undersöka den bästa möjliga kunskap som finns för olika frågor. Basen bör ligga i kunskap och forskning som förstår processer och ta hänsyn till kontextuella faktorer. Sökning av kunskap och forskning bör ingå som en del och underlaget sammanställs och värderas.

För vägledande kunskapsstöd ingår även att söka bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap. Det därför aktuellt att göra en sökning och värdering av aktuell forskning samt

[4] SOSFS 2011:9, 7 kap 1§

tillgänglig best practice. Den best practice som används är vetenskapligt dokumenterad. Den tar hänsyn till kontextuella faktorer samt förståelsen av processer. En dokumenterad analys av underlaget krävs.

*Dokumentets innehåll*
Av beslutsstöd och vägledande dokument bör alltid framgå följande delar 1) bakgrund, 2) aktuell frågeställning, 3) arbetssätt, 4) sammanställning av uppgifter, 5) forskning och beprövad erfarenhet 6) sammanfattande analys samt 7) förslag till ställningstagande. Se riktlinjer för särskilt angivna utredningsuppdrag såsom riskanalyser, allvarliga missförhållanden, särskilda händelser etc.

*Text och disposition*
Lägg upp en disposition som lyfter aktuella teman i texten. Börja med att lägga upp en storyboard där du under de olika delar som ska ingå kort beskriver innehållet med en mening vardera. Utveckla sedan din text. Försök att få till en röd tråd i texten. Källor och referenser anges alltid. Tänk på följande:

- Har du en bra struktur för din information
- Kommer informationen i rätt ordning
- Är sammanhang och samband tydliga
- Använder du bilder och flödescheman för ökad tydlighet
- Professionell text behöver inte vara tråkigt
- Läsaren vill förstå, vi behöver bli bättre på att förklara
- Redovisa inte – berätta i skriven text

Språk och innehåll är lättbegripligt, sakligt och korrekt. Tonen är respektfull och vänlig. Språket är konkret och tydligt samt anpassas till läsaren. Försök anpassa innehållet i texten till kunskapsnivån hos en allmänbildad vuxen. Undvik facktermer och långa och krångliga meningar. Behåll bara text som du kan motivera. Skriv aktivt och undvik upprepningar. Använd punktlistor vid upprepningar och exemplifiera. Kommunicera inte våra värderingar utan skriv vad de betyder i det praktiska arbetet eller använd faktaruta.

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

## Kommunicering och fastställande

Förslag på upprättat dokument kommuniceras alltid med socialchef eller ledning innan de lämnas för beslut. Vid oklarheter 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 på den aktuella arbetsgruppens APT därefter kvalitetssäkras den av verksamhetchefen. Ansvarig för kommuniceringen är upprättaren i samråd med aktuell enhetschef för aktuell verksamhet. När kommuniceringen är klar fastställer/beslutar socialchef eller verksamhetschef enligt 29§ HSL.

## Publicering

Alla styrande och vägledande dokument ska diarieföras och läggas in i systemet ePhorte. Om de inte omfattas av sekretess görs de tillgängliga för alla medarbetare i SharePoint. Särskild riktlinje finns upprättad för hanteringen i SharePoint. Upprättaren skickar efter beslut/fastställande dokumenten till utsedda ansvariga för inläggning i ePhorte och SharePoint.

## Implementering av styrande dokument

Beslutat styrdokument och kommunikationsplan lämnas in till förvaltningens ledningsgrupp. För övergripande 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 tillämpningsrutiner är aktuell enhetschef.

## Stöddokument

| Dokumentnamn | Plats |
|---|---|
| Riktlinje: Upprättande och hantering av styrande dokument | |
| Vägledande: ProSala | |
| Mall: Projektplan | |
| Mall: Redovisning och avstämning | |
| Mall: Kommunikationsplan | |