

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOCIALNÄMNDEN



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. LEDNINGSSYSTEM ENLIGT SOSFS 2011:9	4
1.1 SYFTET MED ETT LEDNINGSSYSTEM FÖR KVALITET	4
1.1.1 Struktur.....	4
1.2 VERKSAMHET SOM LEDNINGSSYSTEMET OMFATTAR.....	6
2. ANSVAR FÖR OCH ANVÄNDNING AV LEDNINGSSYSTEMET	6
2.1 SOCIALNÄMNDEN.....	6
2.2 SOCIALFÖRVALTNING.....	6
2.2.1 Socialchef.....	7
2.2.2 Verksamhetschef hälso- och sjukvård.....	7
2.2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska	7
2.2.4 Programområdeschefer.....	7
2.2.5 Områdeschefer och enhetschefer.....	8
2.2.6 Hälso- och sjukvårdspersonal.....	8
2.2.7 Medarbetare.....	8
2.2.8 Systemförvaltare	8
2.2.9 Socialförvaltningens stab.....	8
2.2.10 Externa utförare.....	8
3. KARTLÄGGNING OCH BESKRIVNING AV PROCESSER OCH RUTINER	9
3.1 DEFINITIONER	9
3.2 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT FÖR ATT IDENTIFIERA VILKA PROCESSER OCH RUTINER SOM BEHÖVER FINNAS BESKRIVNA	9
4. LEDNINGSSYSTEMETS UPPBYGGNAD	10
5. PROCESSOMRÅDEN OCH AKTIVITETER	11
5.1 SYSTEMATISKT OCH FORTLÖPANDE UTVECKLA OCH SÄKRA KVALITETEN I VERKSAMHETEN.....	12
5.1.1 Planera verksamheten och upprätta mål.....	12
5.1.2 Kartlägga och säkerställa personal- och kompetensförsörjningen inom verksamheterna	12
5.1.3 Organisera kvalitetsarbetet.....	13
5.1.4 Dokumentera kvalitetsarbetet.....	15
5.1.5 Uppföljning av processer och rutiner	16
5.1.6 Åtgärdande av brister.....	16
5.2 SAMVERKA OCH SAMARBETA.....	16
5.2.1 Samverkan mellan de olika verksamheterna inom den egna organisationen	17
5.2.2. Samverkan med externa aktörer.....	17
5.3 GEMENSAMMA ADMINISTRATIVA PROCESSER	17
5.3.1 Uppfylla serviceskyldigheten och erbjuda lättillgänglig service, bistånd vård och omsorg	17
5.3.2 Avgöra den egna kommunens ansvar	18

5.3.3 Offentlighet, sekretess och informationssäkerhet	18
5.3.4 Dokumentation i individärenden	19
5.4 TILLHANDAHÅLLA TJÄNSTER	20
5.4.1 Förebyggande och uppsökande arbete	20
5.4.2 Tillhandahålla servicetjänster utan föregående individuell behovsprövning	21
5.4.3 Säkerställa tillgången på insatser av god kvalitet	21
5.5 MYNDIGHETSUTÖVNING	22
5.5.1 Förhandsbedömning	22
5.5.2 Planera, genomföra och dokumentera en utredning	22
5.5.3 Planera, verkställa och följa upp en behovsprövad insats	24
5.6 KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	27
5.6.1 Organiseringen av hälso- och sjukvårdsverksamheten	27
5.6.2 Dokumentation	27
5.6.3 Arbeta för att förebygga ohälsa	28
5.6.4 Säkra en god hygienisk standard	28
5.6.5 Tillgodose den enskildes behov av trygghet, självbestämmande, valfrihet, integritet och kontinuitet	28
5.6.6 Information till den enskilde	28
5.6.7 Hantering av läkemedel	28
5.6.8 Hantering av medicintekniska produkter och hjälpmedel	28
5.6.9 Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård	29
5.6.10 Rehabilitering och habilitering	29
5.6.11 Demensteam	29
5.6.12 Vård och omvårdnad vid inkontinens	29
5.6.13 Vård och omsorg för upprätthållande av god munhälsa	29
5.6.14 Delegering	29
5.6.15 Palliativ vård och omhändertagande av avliden	29
5.6.16 Samverkan	30
REFERENSER	31
BILAGA 1 AKTUELL LAGSTIFTNING OCH FÖRESKRIFTER UTIFRÅN VILKEN KVALITETEN UTVECKLAS OCH SÄKRAS	32
BILAGA 2 FÖRTECKNING ÖVER FÖRBÄTTRINGSVERKTYG OCH FÖRBÄTTRINGSMETODER VERKSAMHETERNA ANVÄNDER	34
BILAGA 3. RIKTLINJER FÖR EGENKONTROLL	35
BILAGA 4. RIKTLINJER FÖR RISKANALYS	36
BILAGA 5. RIKTLINJER FÖR KLAGOMÅLS- OCH SYNPOINTSHANTERING	37
BILAGA 6. ÅRSHJUL	38
Figur 1. Årshjul för rapporteringar och mätningar för kvalitetsutveckling	38
Figur 2. Årshjul för resultat av rapporteringar och mätningar för kvalitetsutveckling	39

I. LEDNINGSSYSTEM ENLIGT SOSFS 2011:9

Enligt Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 är utförare av socialtjänst skyldiga att klargöra vilken verksamhet man bedriver och göra en kartläggning av vilka krav och mål som gäller för respektive verksamhet. Utföraren är även skyldig att bedöma vilka processer och rutiner som behöver fastställas för att uppfylla dessa krav och mål. Föreskriften förtydligar också kravet på att vårdgivaren eller den som bedriver verksamhet enligt Socialtjänstlagen (2001:453) eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) systematiskt förbättrar sin verksamhet. Förbättringsarbetet ska omfatta riskanalys, egenkontroll och utredning av händelser.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd är tillämpliga inom: hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst & verksamhet inom lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Detta ledningssystem gäller för socialförvaltningen i Gislaveds kommun i tillämpliga delar.

I.1 SYFTET MED ETT LEDNINGSSYSTEM FÖR KVALITET

Ledningssystemets syfte är att vara ledningens verktyg för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Ett kvalitetsledningssystem utgörs av en organisatorisk struktur, processer, rutiner, och resurser som är nödvändiga för ledning, styrning och förbättring av verksamheten med avseende på kvalitet. Kvalitet definieras här som uppfyllelse av krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter. Ledningssystemet innehåller dokumenterade beskrivningar av hur verksamheten styrs, leds och redovisas. Syftet med ett ledningssystem är i förlängningen att de vi är till för ska vara nöjda med våra tjänster.

Den del av ledningssystemet som beskriver vad som ska göras, det vill säga mål, ledningsfunktioner och processer är beslutat av socialnämnden. Den del av ledningssystemet som beskriver hur detta ska göras, det vill säga rutiner, är beslutat av tjänstemän på ledningsnivå. Det är dessa bägge funktioner som har rätt att fortsättningsvis göra ändringar i respektive delar.

I.1.1 STRUKTUR

Ledningssystemet innehåller en fördelning av arbetsuppgifterna som ingår i arbetet med att utifrån ledningssystemet systematiskt och fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten. Vidare beskrivs socialnämndens viktigaste processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. De aktiviteter som ingår i processerna beskrivs i inbördes ordning. Rutinerna i rutinhandboken beskriver dels ett bestämt tillvägagångssätt för en aktivitet dels anger de hur ansvaret för utförandet av aktiviteten är fördelat.

För att ledningssystemet ska fungera väl är det viktigt att ledningssystemet är enkelt att förstå och ingår i kommunens övriga arbete med processer. Att ledningssystemet finns tillgängligt på internet och länkar till olika lagstiftningar, riktlinjer och andra styrdokument är viktigt med hänsyn till tillgängligheten.

Ledningssystemet har en koppling till förbättringshjulet vilket förtydligar det systematiska arbetet med att förbättra, utveckla och lära.

1.1.1.1 Säkerställa kvaliteten

En av de viktigaste uppgifterna för ledningssystemet är att säkerställa att personalen arbetar i enlighet med angivna processer och rutiner och medverkar i verksamhetens kvalitetsarbete. På så sätt kan vi säkerställa att verksamheterna håller hög kvalitet. Socialförvaltningen uppmuntrar medarbetare till initiativ gällande kvalitetsutveckling och hoppas att ledningssystemet ska vara ett stöd som ger positiva följder för såväl medarbetare som medborgare.

1.1.1.2 Uppföljning av verksamhetens processer och rutiner

Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i författningar föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Den som bedriver verksamheten ska, när en avvikelse uppmärksammas, vidta åtgärder och se över processer, aktiviteter och rutiner. Åtgärderna ska vara ändamålsenliga och verksamheten ska arbeta systematiskt för att förbättra kvaliteten.

Föreskrifterna SOSFS 2011:9 och allmänna råden tydliggör flera olika sätt på vilka verksamheten kan få kännedom om de resultat man uppnår och förekomsten av eventuella avvikelser:

Egenkontroll – detta innebär att regelbundet följa upp verksamheten, med den frekvens och i den omfattning som krävs, för att säkra kvaliteten.

Riskanalys – innebär att verksamheten fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i kvaliteten. Genom en riskanalys uppskattas sannolikheten att något inträffar och vilka negativa konsekvenser som kan bli följden av en sådan händelse. Används vid t.ex. omorganisering, införande av nya system eller vid risk för hot och våld.

Klagomål och synpunkter – ett klagomål är ett uttryck för ett missnöje med en tjänst eller service som inte infriat den klagandes förväntningar. Synpunkt är en uppfattning/åsikt som även kan innehålla beröm och förslag. Klagomål och synpunkter ska tas tillvara och bemötas systematiskt.

Avvikelse – en avvikelse är något som avviker från det ”normala” och som, i förlängningen hade kunnat innebära en risk om det upprepats. En avvikelse är alltid knuten till en enskild inom verksamheten.

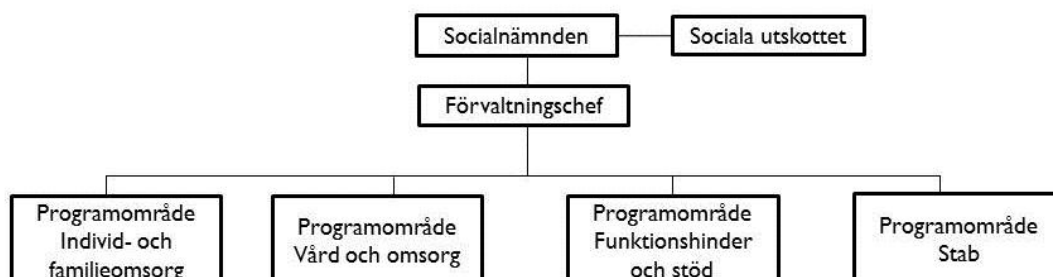
Rapporteringskyldighet enligt Lex Maria och Lex Sarah – i lagstiftningen finns bestämmelser som reglerar skyldigheter att rapportera vårdskada respektive missförhållande och risk för missförhållande. Framförallt är det SOSFS 2005:28 om anmälningsskyldighet enligt lex Maria och SOSFS 2011:5 om lex Sarah som reglerar rapporteringskyldigheten.

1.1.1.3 Ständiga förbättringar

På grundval av resultaten från ovan nämnda verktyg för uppföljning och kontroll ska nämnden eller den nämnden delegerar till vidta de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Detta kan innebära att processer och rutiner måste omarbetas. Ett arbete med ständiga förbättringar skapar en lärande organisation och kvaliteten i verksamheterna kan kontinuerligt säkras och höjas.

I. 2 VERKSAMHET SOM LEDNINGSSYSTEMET OMFATTAR

SOCIALNÄMNDENS OMRÅDE



2. ANSVAR FÖR OCH ANVÄNDNING AV LEDNINGSSYSTEMET

En nyckel till att styrningen och uppföljningen ska fungera optimalt i förvaltningen är en tydlig rollfördelning mellan politiker och tjänstemän. Det vill säga vem som ansvarar för *vad/när* och vem som ansvarar för *hur/vem*. På den politiska nivån ska man arbeta utifrån frågeställningarna om *vad* det är man vill ha utfört och *när* i tiden detta ska ske. Förvaltningschefen beslutar och ansvarar sedan för *hur* dessa mål ska uppnås och *vem* som ska utföra uppdraget.

2.1 SOCIALNÄMNDEN

Den nämnd som bedriver vård och omsorg enligt socialtjänstlagen (2001:453), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och/eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I Gislaveds kommun är det socialnämnden som är ansvarig nämnd i dessa frågor. Socialnämnden är ytterst ansvarig för att det finns ett ledningssystem för kvalitet.

Ledningssystemet ska integreras med de befintliga system för budget och verksamhetsplanering som nämnden har. Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i den egna verksamheten och i övrigt yrkesmässigt bedriven verksamhet.

I kommunen förutsätts nämnderna sträva efter att delegera beslut som inte enligt lag måste fattas av nämnden. Många av de beslut som nämnderna av olika skäl måste fatta kan delegeras. Detta innebär att besluten kan överlämnas till exempel till förvaltningens tjänstemän vilket i många fall kan bidra till en högre effektivitet i organisationen. Beslut ska alltid följa fastställd delegeringsförteckning.

2.2 SOCIALFÖRVALTNING

Förvaltningens uppgift är att arbeta för att uppfylla nämndens mål gällande *vad* och *när*. Förvaltningen arbetar fram en verksamhetsplan som beskriver *hur* målen ska nås och *vem* som kommer genomföra verksamheten. Det är förvaltningsledningens och arbetsledningens uppgift att planera och genomföra den verksamhet som socialnämnden beställt genom att planera lämpliga aktiviteter och eventuellt komplettera med verksamhetens mål.

2.2.1 SOCIALCHEF

Förvaltningschefen ansvarar för att avsikten med kvalitetsutvecklingen omsätts i praktisk handling. Detta innebär till exempel att: organisera verksamheten utifrån givna mål och resurser, göra analyser och lämna rapportunderlag till socialnämnden och kommunledningen, se till att intern kontroll av verksamheten sker systematiskt och kontinuerligt, bereda ärenden till nämnden så att de kan besluta i enlighet med mål, uppdrag, riktlinjer, policys, lagar, och förordningar. Socialchefen ansvarar för att ledningssystemet årligen går igenom. Socialchefen ansvarar för att det finns fungerande rutiner för riskanalyser, egenkontroll och hantering av synpunkter och avvikelser.

2.2.2 VERKSAMHETSCHEF HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Enligt 26 § HSL (1982:763) och SOSFS 1997:8 ska det finnas en verksamhetschef för den kommunala hälso- och sjukvården. I lagen är det reglerat att verksamhetschefen endast får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda om han eller hon har tillräcklig kompetens eller erfarenhet för detta. Enligt HSL (1982:763) 29a § är det verksamhetschefens uppdrag att säkerställa att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses. Om det är nödvändigt eller om den enskilde begär så ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt åt den enskilde.

Enligt lag har verksamhetschefen rätt att delegera enskilda ledningsuppgifter till den eller de som har tillräcklig erfarenhet och kompetens för att utföra dessa.

Verksamhetschefen ska planera och leda verksamheten inom hälso- och sjukvård och se till att verksamheten har resurser och kompetens för att arbeta efter de framtagna riktlinjerna. Verksamhetschefen har också ansvar för det systematiska kvalitetsarbete som ska genomföra verksamheten.

2.2.3 MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA

Enligt HSL (1982:763) ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som har det medicinska ansvaret för kommunernas hälso- och sjukvård. MAS: ens arbete är även reglerat enligt 7 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1 369) och Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1997:10 om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård.

MAS ansvarar för att enskilda får en säker och ändamålsenlig vård. MAS är också ansvarig för att kommunen tillhandahåller behandling av god kvalitet samt att enskilda får den vård och behandling som ordinerats dem.

MAS ansvarar även bland annat för att:

- bistå verksamhetschefen i arbetet med att utarbeta och utvärdera verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete,
- planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa verksamhetens arbete med kvalitet och patientsäkerhet genom att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända, följa upp att de efterlevs samt att det finns nödvändiga direktiv och instruktioner för hälso- och sjukvårdsverksamheten,
- upprätta den årliga patientsäkerhetsberättelsen,
- följa upp att hälso- och sjukvårdspersonal har rätt kompetens med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

2.2.4 PROGRAMOMRÅDESCHEFER

Programområdeschefer ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. De ska ange hur uppgifterna, som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten, är fördelade.

Programområdeschefer ansvarar för att kontroll och uppföljning av externa utförare sker. Uppföljning av avtal ska ske minst en gång per år och ytterligare kontroller och uppföljningar genom kvalitetsnyckeltal och verksamhetstillsyn ska ske.

2.2.5 OMRÅDESCHEFER OCH ENHETSCHEFER

Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att med stöd av ledningssystemet planera, kontrollera och följa upp, utvärdera och förbättra sin verksamhet.

2.2.6 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDPERSONAL

Hälsa- och sjukvårdspersonal ska ge sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. De har ansvar för att kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet, även för de arbetsuppgifter som har delegerats till annan när det är förenligt med god och säker vård.

2.2.7 MEDARBETARE

Alla medarbetare ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Medarbetarna ska skapa förtroende och god kvalitet genom att visa engagemang, lyhördhet, positiv inställning och respekt i varje möte med enskild, närstående, medborgare och varandra.

Alla medarbetare ska delta i framtagande, tillämpning och vidareutveckling av rutiner och arbetsmetoder samt delta i arbetet kring uppföljning av mål och resultat. Medarbetare ansvarar för att löpande dokumentera arbetet och den enskildes utveckling.

2.2.8 SYSTEMFÖRVALTARE

Systemförvaltare utför behörighetskontroll och tar ut loggar från systemen. Systemförvaltaren tilldelar och tar bort åtkomst till systemen och SITHS-kort. Systemförvaltaren ser till att behörigheterna stämmer med den anställning och de arbetsuppgifter som medarbetaren har. Systemförvaltaren informerar om systemförändringar och ger support till verksamheten, utbildar och tar fram riktlinjer, rutiner och manualer etc.

2.2.9 SOCIALFÖRVALTNINGENS STAB

Staben arbetar på uppdrag av ledningsgruppen med utveckling, omvärldsbevakning, utredningar och uppföljningar inom socialförvaltningens område. Staben ska bistå verksamheterna med stöd och service främst gällande utvecklingsarbete. Staben arbetar även med metodutveckling, planerings- och utredningsarbete, omvärldsbevakning och utbildningsplanering. Staben bevakar ledningssystemet och uppmärksammar socialchefen på förändringsbehov. På staben utreds lex Sarah-rapporter.

2.2.10 EXTERNA UTFÖRARE

Externa utförare är ansvariga för att upprätta ett eget kvalitetsledningssystem som innebär kvalitetsuppföljning, kvalitetsutveckling, att involvera medarbetare i kvalitetsarbetet samt att ge information om resultatet till sina medarbetare inom sitt verksamhetsområde.

Externa utförare är ansvariga för att informera Gislaveds kommun om resultatet av sina kvalitetsuppföljningar enligt avtal.

Kommunen är skyldig att följa upp verksamhet som sker på uppdrag av kommunen, oavsett om verksamheten sker i egen regi eller av extern utförare.

3. KARTLÄGGNING OCH BESKRIVNING AV PROCESSER OCH RUTINER

3.1 DEFINITIONER

Kvalitet	Med kvalitet avses att de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar föreskrifter och beslut uppfylls i verksamheten.
Den enskilde	Samlingsnamn för person som brukar socialnämndens tjänster även kallade brukare, klient, patient, omsorgstagare, vårdtagare, den äldre etc.
Hälso- och sjukvård	Kommunal verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:736) och tandvårdslagen (1985:125).
Vårdgivare	Vårdgivare är statlig myndighet, landsting och kommun som bedriver sådan hälso- och sjukvård som dessa har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.
Socialtjänst	Kommunal verksamhet som omfattas av bestämmelsen i 3 kap 3 § 3 stycket socialtjänstlagen (2001:453). I sådan verksamhet inkluderas även verksamhet som bedrivs enligt lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52) eller enligt lag om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870).
Ledningssystem	System för fastställande av principer för ledning av verksamheten.
Process	En serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.
Rutin	En rutin ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat.
Aktivitet	Aktiviteter är det som konkret görs för att uppnå målen.

3.2 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT FÖR ATT IDENTIFIERA VILKA PROCESSER OCH RUTINER SOM BEHÖVER FINNAS BESKRIVNA

I socialtjänstlagen (2001:453) anges ett antal principer som socialtjänsten ska följa. Det är principerna om helhetssyn, frivillighet, självbestämmande, normalisering, kontinuitet, flexibilitet och närhet. I lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade betonas särskilt principen om tillgänglighet.

Det finns också andra principer som är gemensamma för olika myndigheter. Det är principerna om människors lika värde, offentlighet, objektivitet och likställighet. När det gäller barn finns särskilda principer uttryckta i barnkonventionen. Dessa principer gäller för alla de processer som beskrivs i ledningssystemet.

För att identifiera processer, aktiviteter och rutiner tas utgångspunkt i aktuell lagstiftning och föreskrifter. Processer som innebär en hög risk med avseende på sannolikhet och konsekvens ska också beskrivas – detta rör inte minst hälso- och sjukvården.

Utgångspunkten är att **en process inte bör beskrivas som verksamhetsspecifik om det inte är nödvändigt** för att säkra kvaliteten i verksamheten.

Socialchef och programområdeschefer ansvarar för att bedöma vilka processer som behöver kartläggas för att uppfylla krav och mål på respektive nivå. MAS identifierar processer inom hälso- och sjukvård som kräver kartläggning. Stabspersonal ska aktivt delta i identifieringen av processer som behöver kartläggas.

4. LEDNINGSSYSTEMETS UPPBYGGNAD

Ledningssystemets syfte att hjälpa till att utveckla och säkra kvaliteten i de aktuella verksamheterna ska nås genom att:

- Upprätta mål och planera
- Skapa/ändra/kvalitetssäkra rutiner
- Dokumentera kvalitetsarbetet
- Säkerställa kompetens
- Organisera kvalitetsarbetet
- Systematiskt hantera klagomål och synpunkter
- Analysera och hantera risker i verksamheten

5. PROCESSOMRÅDEN OCH AKTIVITETER

5.1 Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten

5.1.1 Planera verksamheten och upprätta mål

5.1.2 Kartlägga och säkerställa personal- och kompetensförordningen inom verksamheterna

5.1.3 Organisera kvalitetsarbetet

5.1.4 Dokumentera kvalitetsarbetet

5.1.5 Uppföljning av processer och rutiner

5.1.6 Åtgärdande av brister

5.2 Samverka och samarbeta

5.3 Gemensamma administrativa strukturer

5.3.1 Uppfylla service- skyldigheten och erbjuda lättillgänglig service, bistånd vård och omsorg

5.3.2 Avgränsa den egna kommunens ansvar

5.3.3 Offentlighet, sekretess och informationssäkerhet

5.3.4 Dokumentation i individärenden

5.4 Tillhandahålla tjänster

5.4.1 Förebyggande och uppsökande arbete

5.4.2 Tillhandahålla servicetjänster utan föregående individuell behovsprövning

5.4.3 Säkerställa tillgången till insatser av god kvalitet

5.5 Myndighetsutövning

5.5.1 Förhandsbedömning

5.5.2 Planera, genomföra och dokumentera en utredning

5.5.3 Planera, verkställa och följa upp en behovsprövad insats.

5.6 Kommunal hälso- och sjukvård

5.1 SYSTEMATISKT OCH FORTLÖPANDE UTVECKLA OCH SÄKRA KVALITETEN I VERKSAMHETEN

Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap 3 § innehåller krav på insatser av god kvalitet, personal med lämplig utbildning och erfarenhet, samt verksamhet som systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 6 § och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2 § innehåller motsvarande bestämmelser.

5.1.1 PLANERA VERKSAMHETEN OCH UPPRÄTTA MÅL

I Gislaveds kommun tar kommunfullmäktige varje år fram ett ”Strategiskt styrdokument för mål och budget”. I detta ingår den styrmodell som gäller för kommunen.

Kommunfullmäktige fastställer årligen de förutsättningar som gäller för nämndernas verksamhet genom att ange ett antal konkretiserade mål som varje nämnd har att förhålla sig till. Dessa mål bryts i sin tur ner till verksamhetsmål på olika nivåer, där varje programområde ansvarar för arbetet med att nå målen.

Kommunen använder sig av rapporteringsverktyget Stratsys för att följa upp måluppfyllelsen. Rapporteringen ska ske så fort en aktivitet är avslutad, då målet är uppnått eller när tiden för målet gått ut. Slutrapportering ska även ske vid varje årsbokslut. Stratsys möjliggör att alla parametrar samlas på ett och samma ställe och roll- och ansvarfördelningen blir tydlig. Att ha allt samlat på ett ställe skapar en större transparens i organisationens arbete och förenklar det kvalitetshöjande arbetet.

Ett av de verktyg för verksamhetsutveckling som Gislaveds kommun använder sig av är det så kallade förbättringshjulet. Förbättringshjulets grundläggande tanke vilar på fyra pelare: planera, genomföra, utvärdera och förbättra. Mer specifikt så ingår i de fyra pelarna:

Planera: Definiering av verksamhetens kvalitetskrav och mål. Problemformulering, nulägesanalys och tänkta åtgärder för att lösa problem.

Genomföra: Genomförande av åtgärder såsom riskanalyser, egenkontroll, analys av synpunkter och avvikelser.

Utvärdera: Analysera resultatet av åtgärden och kommunicera.

Förbättra: Här genomförs ledningens beslut om förbättringar exempelvis genom verksamhets- och handlingsplaner. Uppföljning.

5.1.2 KARTLÄGGA OCH SÄKERSTÄLLA PERSONAL- OCH KOMPETENSFÖRSÖRJNINGEN INOM VERKSAMHETERNA

Enskilda som använder sig av de tjänster som socialförvaltningen tillhandahåller befinner sig ofta i ett utsatt läge när det gäller till exempel hälsa, ekonomi och/eller egen förmåga att tillvarata sina intressen. Socialförvaltningens kompetens är därför en rättssäkerhetsfråga för de mest utsatta i samhället. Det är således viktigt att den personal som anställs har adekvat utbildning och att medarbetarna kontinuerligt erbjuds kompetensutveckling. Relevant och individanpassad introduktion av nyanställd personal samt personal som varit ledig under längre tid säkerställer god kvalitet.

Den personal som arbetar inom socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens områden ska ha, för tjänsten, lämplig utbildning och/eller erfarenhet.

Varje chef med personalansvar har också ansvar för att verksamheten har tillräcklig bemanning för att utföra verksamhetens uppdrag. Chefen har ansvar för att personalen har den kompetens som krävs och att innan anställning kontrollera eventuell legitimering och adekvat utbildning för yrkesfunktionen. Chefen är vidare ansvarig för att det finns adekvata kompetensbeskrivningar som anger personalens ansvar och befogenheter.

Programområdeschefer, områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att ha en god bild av vilken kompetensutveckling som sker bland medarbetarna samt vilka kurser och utbildningar medarbetarna deltagit i. Detta gäller framförallt sådan kompetensutveckling som sker på arbetstid men även kompetensutveckling som medarbetaren ägnar sig åt på sin fritid är viktig för verksamheten att ha vetskap om och ta tillvara.

5.1.2.2 Kompetensbeskrivningar för skilda yrkesgrupper och befattningar

Gislaveds kommun har arbetat med projektet "Befattningsvärdering i Gislaveds kommun" och som ett resultat av detta projekt finns det mål och ansvarsbeskrivningar för samtliga grundläggande befattningar på socialförvaltningen och resten av kommunen. Dessa mål- och ansvarsbeskrivningar uppdateras kontinuerligt men uppdateringar kräver oftast initiativ från ansvarig chef. Mål- och ansvarsbeskrivningarna kan ses som en typ av arbetsbeskrivning. Varje beskrivning omfattar de grundläggande krav som ställs för respektive typbefattning. Tjänstebeskrivningarna ligger på intranätet under Dokument >Mål och ansvar >Socialförvaltningen. Mål och ansvarsbeskrivningarna kan användas som stöd vid rekryteringar och lönesättning.

5.1.3 ORGANISERA KVALITETSARBETET

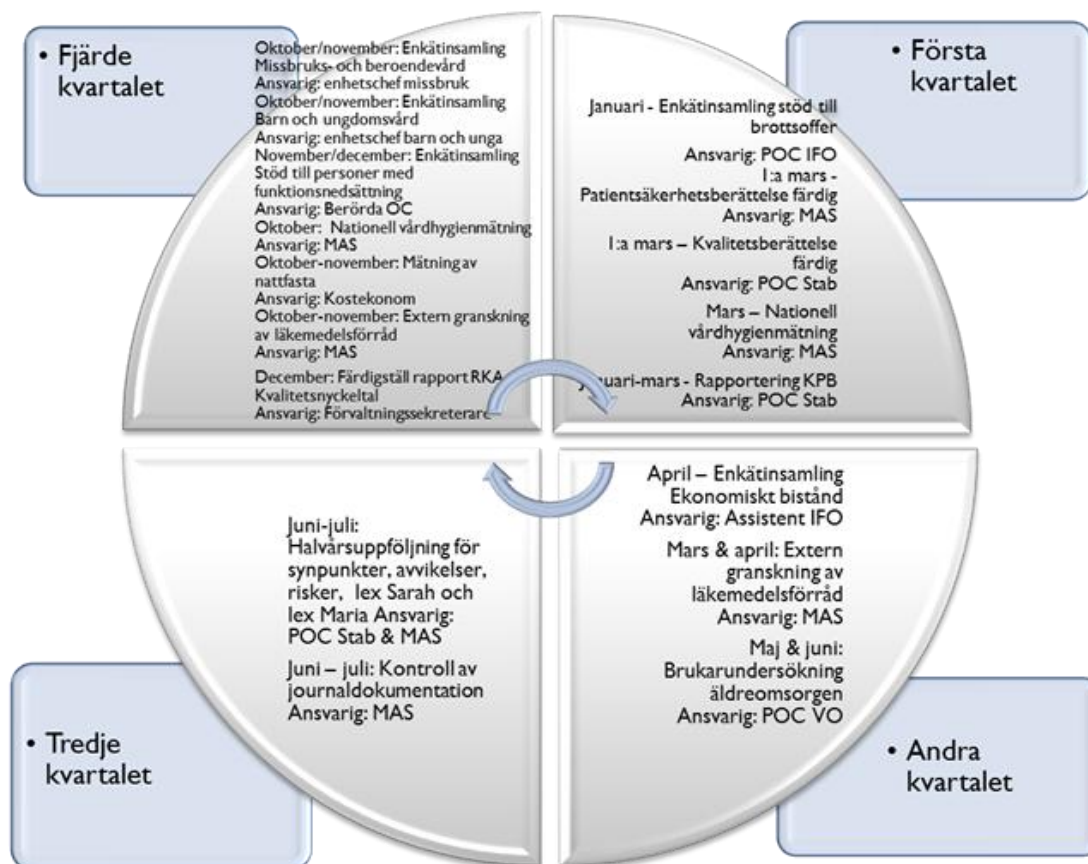
Socialchefen är ansvarig för kvalitetsledningssystemet. Programområdescheferna har utvecklingsansvaret för respektive område.

Mycket av verksamhetsutvecklingen sker löpande och kan röra sig om ändringar i rutiner, framtagande av nya rutiner, processkartläggningar, processanalyser, händelseanalyser, utredningar av avvikelser, mätningar, inrapportering till diverse register etcetera. Värt att nämna är de rapporteringar till socialstyrelsens och SCB:s register för officiell statistik dit förvaltningen rapporteras månadsvis och årsvis.

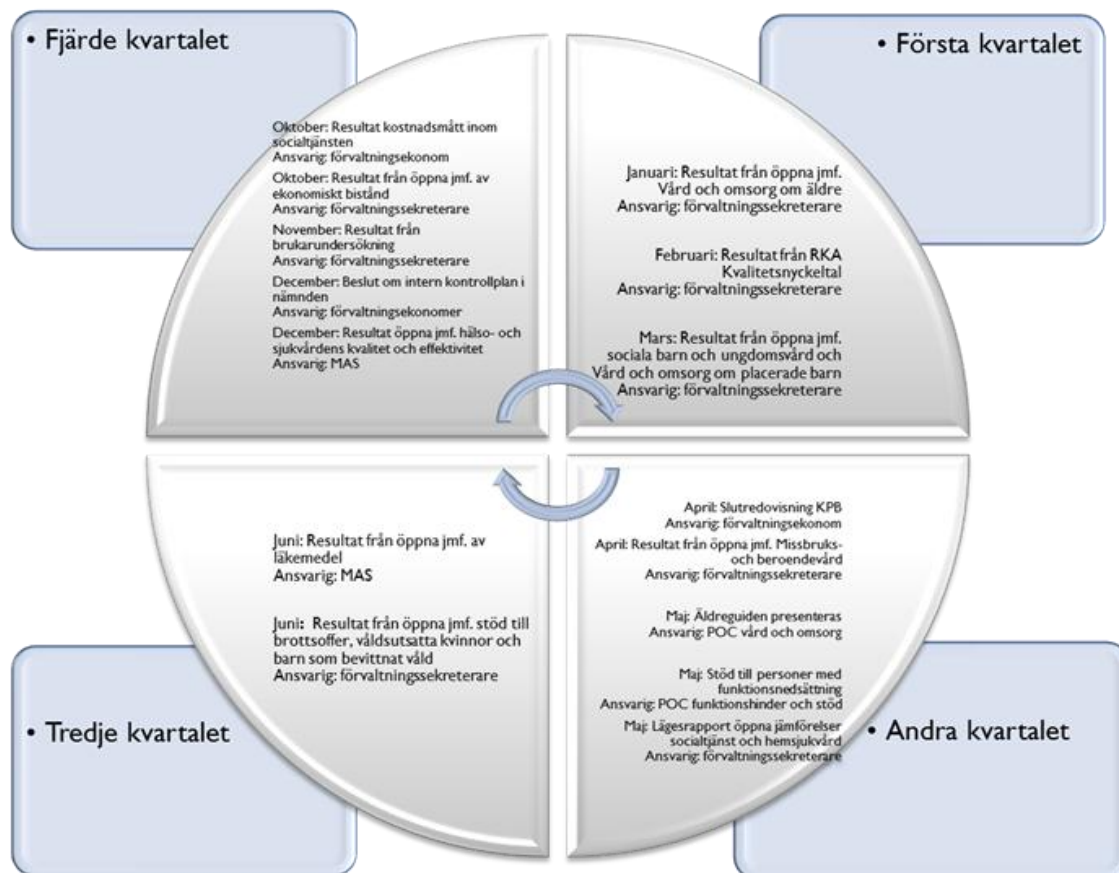
Föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tydliggör tre verktyg som ska användas i kvalitetssäkringen av verksamheterna: egenkontroll, riskanalys och synpunktshantering. Dessa tre redskap utgör tillsammans med avvikelshanteringen kärnan i utvecklingsarbetet. På grund av tyngden i dessa tre verktyg ska formerna för dessa processer fastställas av socialnämnden. Riktlinjerna återfinns i Bilaga 3, Bilaga 4 och Bilaga 5.

En del av verksamhetsutvecklingen är av mer cyklisk karaktär och redovisas i nedan två årshjul. Det ena årshjulet visar när mätningar och rapporteringar ska göras och av vem och det andra årshjulet visar när undersöknings- och mätningsresultat är färdigställda och ska tas om hand av tjänstemän på förvaltningen. Figurerna finns i större format i bilaga 3.

Figur 1. Årshjul för rapporteringar och mätningar för kvalitetsutveckling



Figur 2. Årshjul för resultat av rapporteringar och mätningar för kvalitetsutveckling



5.1.4 DOKUMENTERA KVALITETSARBETET

Resultaten av kvalitetsarbetet ska dokumenteras och analyseras. Förvaltningen ska arbeta med ett ständigt förbättringsarbete utifrån resultat och mätningar. God dokumentation är en förutsättning för att möjliggöra spridningseffekter för lärande och kvalitet.

Arbetet med riskanalyser och intern kontroll ska dokumenteras i kommunens system för uppföljning och kontroll – Stratsys. De processkartor som beskriver förvaltningens flöden ska dokumenteras i kommunens program för processbaserad – VisAlfa. Kontinuerligt sammanställs resultat från öppna jämförelser och andra mätningar såsom t.ex. Kostnad per brukare och Öppna jämförelser dessa sammanställningar bör hållas tillgängliga för den som önskar ta del av dem.

Arbetet med att hantera rapporterade avvikelser sker i första hand i modulen för avvikelsehantering i Magna Cura. Den systematiska hanteringen av synpunkter sker i kommunens gemensamma system för synpunktshantering – StreamFlow.

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år. Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. I patientsäkerhetsberättelsen ska det vara tydligt hur det organisatoriska ansvaret för

patientsäkerheten är fördelat inom verksamheten. Det ska framgå: hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. Vårdgivare i privat regi ska delge socialnämnden sina patientsäkerhetsberättelser.

Nämnden ska vidare, varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse enligt SoL (2001:453) och LSS (1993:387) där det ska framgå: hur kvalitetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka kvaliteten och vilka resultat som uppnåtts.

Staben ansvarar för att upprätta patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsberättelsen för nämndens räkning. **Chefer på varje verksamhetsnivå** ansvarar för att dokumentation av kvalitetsarbetet i deras verksamhet är tillfredsställande.

5.1.5 UPPFÖLJNING AV PROCESSER OCH RUTINER

Enligt SoL (2001:453) 3 kap 3a § är socialnämnden skyldig att se till att det finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden inom socialtjänstens verksamhet rörande barn och ungdom. Vid analys av verksamheternas resultat genom riskanalyser, egenkontroll, klagomålshantering och avvikelshantering ska särskilt tas hänsyn till kvaliteten i processerna och behovet av förändringar.

Socialchef och programområdeschefer i samråd med MAS och områdes- och enhetschefer ansvarar för att kartlägga, utveckla och dokumentera handlingsplaner för förbättringsåtgärder.

5.1.6 ÅTGÄRDANDE AV BRISTER

Om det framkommer avvikelser i verksamheten innebär detta att den som bedriver verksamheten ska se över sina processer och rutiner. Visar avvikelserna att processer och rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet så ska dessa förbättras. Detta innebär att verksamheten blir en lärande organisation. Genom att förändra och förbättra i och med framkomna avvikelser utvecklas och säkras verksamhetens kvalitet. För att kunna åtgärda avvikelser är medarbetare och enskilda viktiga tillgångar. Det är därför nödvändigt att chefer i förvaltningen ställer sig positiva till personal och enskilda som lämnar in rapporter, klagomål och synpunkter på verksamheten.

Den som beslutat om rutinen eller processen är också den som ska fatta beslut om att ändra i rutinen eller processen. Alla medarbetare som märker att en rutin eller process inte är ändamålsenlig ska uppmärksamma sin närmaste chef på detta. Det är sedan chefens ansvar att besluta om rutinen eller processen kräver ändring och i så fall kontakta den som ansvarar för rutinen eller processen.

5.2 SAMVERKA OCH SAMARBETA

Bland enskilda inom socialtjänstens finns det personer som har komplexa behov som kräver samarbete och samverkan både inom kommunen mellan olika nämnder men också med andra myndigheter och med andra aktörer t.ex. arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Den samverkansskyldighet som finns inom socialtjänstens område regleras bland annat i förvaltningslagen (1986:223), socialtjänstlagen (2001:453), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Samarbete och samverkan är nödvändigt för att på bästa och mest effektiva sätt kunna ge den enskilde det stöd och den service som motsvarar den enskildes behov. Samverkan ska alltid ske med hänsyn till offentlighets- och sekretesslagstiftning samt med den enskildes integritet i åtanke.

5.2.1 SAMVERKAN MELLAN DE OLIKA VERKSAMHETERNA INOM DEN EGNA ORGANISATIONEN

Samverkan såväl internt som externt är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänsten, verksamhet enligt LSS (1993:387) och i hälso- och sjukvården.

Föreskrifternas krav på att identifiera, beskriva och fastställa processer för samverkan gäller för de enskilda som finns i den egna verksamheten, det vill säga inom respektive vård- eller omsorgsgivares organisation. Det kan vara fråga om hur samverkan ska bedrivas, till exempel mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar och mellan olika personalgrupper.

Av processerna och rutinerna framgår det hur samverkan möjliggörs med externa aktörer då kunden ofta rör sig mellan flera olika vård- och omsorgsgivare. Det finns inga krav på att olika verksamheter har identiska processer så länge nödvändig samverkan möjliggörs. Många gånger kan det dock vara lättare att samverka mellan olika vård- och omsorgsgivare om de har en likartad uppbyggnad av sina ledningssystem och en likartad syn på processer.

Att socialnämnden samverkar och samarbetar med berörda aktörer är en förutsättning för att kunna bedriva en kvalitativ verksamhet.

Socialchef och programområdeschefer ansvarar för att säkerställa att det finns rutiner och riktlinjer som tydliggör ansvar för den interna samverkan och hur informationsöverföring ska ske. Så långt det är möjligt ska den enskilde ge samtycke vid överföring av information. Rutiner för att upprätthålla sekretessen ska finnas.

5.2.2. SAMVERKAN MED EXTERNA AKTÖRER

Nämndens samverkansskyldighet gäller även externa aktörer såsom myndigheter och andra kommuner. I Jönköpings län finns ett regionalt ledningssystem för samverkan mellan landstinget och länets kommuner vilket nämnden följer.

Arbetet med samverkan är prioriterat. **Socialchef och programområdeschefer ansvarar** för att säkerställa att det finns rutiner och riktlinjer som tydliggör ansvar för extern samverkan och hur informationsöverföring ska ske. Så långt det är möjligt ska den enskilde ge samtycke vid överföring av information. Rutiner för att upprätthålla sekretessen ska finnas.

5.3 GEMENSAMMA ADMINISTRATIVA PROCESSER

Socialnämnden har flera komplexa verksamheter inom sitt ansvarsområde. Det mångfacetterade uppdraget innebär att det ibland behövs diversifierade processer och rutiner. Här beskrivs de gemensamma administrativa processerna och rutinerna.

5.3.1 UPPFYLLA SERVICESKYLDIGHETEN OCH ERBJUDA LÄTTILLGÄNGLIG SERVICE, BISTÅND VÅRD OCH OMSORG

Enligt FL (1986:223) ska myndigheter lämna upplysningar, vägledning, råd och annan hjälp i frågor som rör verksamhetsområdet utifrån den enskildes behov. Detta ska ske så snart som möjligt. Man ska också hjälpa enskild tillrätta om den vänt sig till fel instans. Sekretessen är överordnad serviceskyldigheten och sekretessbeläggningar kan därmed begränsa serviceskyldigheten.

5.3.1.1 Lämna upplysningar, vägledning och råd till enskild

Upplysningar, vägledning och råd till enskild ska lämnas i de fall då informationen inte är sekretessbelagd. Servicen ska vara kostnadsfri. Förvaltningen tar ut en, av fullmäktige fastställd taxa, för kopiering. Avgiften överstiger inte, förvaltningens självkostnad.

5.3.1.2 Erbjudna en lättillgänglig service, bistånd, vård och omsorg

För att förvaltningen ska vara tillgänglig krävs att allmänheten informeras om öppettider och telefonnummer samt att det alltid hålls öppet minst två timmar varje helgfri vardag. På så vis undviks begränsning av registrering och utlämning av allmänna handlingar. Kravet på öppethållande gäller inte midsommarafton, julafton och nyårsafton. Förvaltningen informerar om telefonnummer, e-post adress och öppettider på kommunens hemsida. Det finns inga krav på att enskilda tjänstemäns namn ska vara publicerade på hemsidan, bedömning kring sådan ska göras av förvaltningens ledningsgrupp tillsammans med berörd tjänsteman. Kontaktuppgifter till alla politiker i nämnden ska dock finnas tillgängliga för allmänheten.

5.3.2 AVGÖRA DEN EGNA KOMMUNENS ANSVAR

Enligt kommunallagen (1991:900) 2 kap 1 § får kommuner inte agera på områden som ska skötas enbart av staten, en annan kommun, landstinget eller någon annan huvudman. Det är därför viktigt att tydliggöra den egna kommunens ansvar i förhållande till andra kommuner.

5.3.2.1 Utreda vilken kommun som är ansvarig och ansvar i förhållande till andra huvudmän

Om en enskild efter beslut av en socialnämnd vistas i en annan kommun har den kommun som beslutat om vistelsen ansvaret för den enskilde. Överflyttning kan ske om den enskilde har starkare anknytning till vistelsekommunen, i så fall är vistelsekommunen även att se som boendekommun. Den kommun där den enskilde är folkbokförd har samma ansvar som en placeringskommun för bistånd, stöd och sociala tjänster under kriminalvård i anstalt, under vård på sjukhus och inför avslutningen av vård i vistelse kommunen. Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

5.3.2.3 Hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för

Enligt 18 § HSL (1982:763) ska varje kommun erbjuda hälso- och sjukvård åt dem som efter beslut av kommunen bor i särskilt boende för äldre, boende med särskild service för funktionshindrade eller hem för vård och boende. Varje kommun ska även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § SoL (2001:453), erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

Gislaveds kommun har ansvar över hemsjukvården vilket möjliggörs i 18 § HSL (1982:763). Kommunen har, i enlighet med upprättat avtal mellan lanstinget och länets kommuner, ansvar för insatser för hembesök, rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i särskilt boende och i ordinärt boende.

5.3.3 OFFENTLIGHET, SEKRETESS OCH INFORMATIONSSÄKERHET

Offentlighet, sekretess och informationssäkerhet är alla tre viktiga beståndsdelar för den enskildes integritet. Socialförvaltningen möter många människor som har en utsatt situation och mycket av den information som produceras i samband med handläggning av ärenden enligt SoL (2001:453), LSS (1993:387) och HSL (1982:763) har känslig karaktär. Att varje medarbetare har goda kunskaper om sekretessen är därför av största vikt. Lika viktigt är att förvaltningen på ett korrekt sätt hanterar de allmänna handlingar som inte omfattas av sekretessen och därmed är offentliga.

Offentlighetsprincipen är en central del i den svenska demokratin och handläggare på socialförvaltningen har ett ansvar i att inte göra några inskränkningar på den. Här beskrivs de aktiviteter som rör registrering, utlämnade och övrig hantering av allmänna handlingar samt rutiner gällande bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt till skydd för uppgifter om enskilds personliga eller ekonomiska förhållanden.

Den ständiga digitaliseringen av samhället gör också att förvaltningen möter nya utmaningar gällande handhavandet av personuppgifter och uppgifter om enskilds personliga förhållanden som ska hanteras.

5.3.3.1 Offentlighet och utlämnande av handlingar

Diarieföring, arkivering och utlämnande av inkomna handlingar regleras i lag. För att kunna ge en fullgod service till invånare och enskilda är det viktigt att dessa lagar följs. Hanteringen av allmänna handlingar är en av grundstenarna i vårt demokratiska samhälle och bör därför vara särskilt prioriterad, dock aldrig på bekostnad av den enskildes integritet.

5.3.3.2 Behandling av personuppgifter

Kommunen ska enligt lag ha ett personuppgiftsombud som ansvarar för att den enskilde kan få information om vilka kategorier av uppgifter som finns om den enskilde. Personuppgiftsombudet ser till att personuppgifter behandlas korrekt och lagenligt. Ombudet för en förteckning över register och annan behandling av personuppgifter och hjälper registrerade att få felaktiga uppgifter rättade. På socialförvaltningen är nämndsekreterare kontaktperson för personuppgiftslagen och sköter således kontakten med kommunens personuppgiftsombud samt ansvarar för hur förvaltningen hanterar personuppgifter.

5.3.3.3 Nationella e-Hälsotjänster

Nationella e-hälsotjänster syftar till att utveckla den enskildes rätt till att medverka i sin egen vård. E-hälsotjänster för invånaren har starka samband med vårdgivarens verksamhetsstöd. Vårdgivarnas system ska samordnas inom en samlad IT-arkitektur för att vara effektiva och värdeskapande.

5.3.4 DOKUMENTATION I INDIVIDÄRENDEN

Den enskildes rättssäkerhet och medverkan är grundläggande i hela processen från ansökan, via utredning, till beslut och genomförande av insatser inom socialtjänsten. Handläggning och dokumentation av genomförandet av beslutad insats och uppgiftslämnande mellan den som fattar beslut om en insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av en insats regleras av lagar, förordningar och föreskrifter.

5.3.5.1 Hantera inkomna handlingar som tillhör personakt samt upprätta, förvara och gallra personakt

Alla inkommande handlingar som rör enskild ska registreras genom personakten.

Förvaring och gallring av personakt regleras i lagstiftning och dokumenthanteringsplan. Viktigt är att handlingarna förvaras på ett säkert sätt. Hanteringen av personakter sker på ett säkert sätt i något av förvaltningens verksamhetssystem samt i pappersform.

5.3.5.2 Dokumentera individärenden

En viktig del i förbättringsarbetet inom socialtjänsten är att verksamheten dokumenteras på ett tillfredsställande sätt som möjliggör systematiska undersökningar och uppföljningar av det arbete som utförs. En god dokumentation är också viktigt för att kunna undersöka om de insatser som ges ger tänkt resultat för den enskilde.

Allt som framkommit i en utredning om enskild och som har en avgörande betydelse för myndighetens beslut ska, enligt FL (1986:223), dokumenteras. Om dokumentationen brister kan det leda till att beslut fattas på otillräckligt eller felaktigt underlag. Dokumentation och den enskildes rätt till insyn i ärenden som rör myndighetsutövning stärker den enskildes skydd mot brister i myndighetsutövningen och är således en viktig del i att garantera kvaliteten. Vidare är dokumentationen helt nödvändig för intern kontroll och statlig tillsyn liksom vid eventuell överprövning av beslut i förvaltningsdomstol. Arbetet med att ta tillvara erfarenheter och kunskaper är långsiktigt och förutsätter en enhetlig terminologi och struktur för en systematisk dokumentation av både individuppgifter och innehållet i olika insatser. Här spelar dokumentationen en viktig roll.

Dokumentationen inom förvaltningen ska ske i enlighet med av nämnden beslutade "Riktlinjer social dokumentation för personal inom äldre- och handikappomsorgen i Gislaveds Kommun".

5.4 TILLHANDAHÅLLA TJÄNSTER

Socialförvaltningen ska tillhandahålla en rad olika tjänster till medborgarna, dessa tjänster ska hålla en god kvalitet och säkra en skälig levnadsnivå enligt SoL (2001:453) och goda levnadsvillkor enligt LSS (1993:387).

5.4.1 FÖREBYGGANDE OCH UPPSÖKANDE ARBETE

En viktig uppgift för nämnden är att förebygga ohälsa och skapa trygghet. Socialnämnden arbetar därför med uppsökande verksamhet bland annat för att förebygga att barn hamnar i missbruk eller brottslighet och för att förebygga missbruk hos vuxna. Kommunen erbjuder även stöd till anhöriga och uppsökande hembesök till alla personer som fyllt 80 år och ännu inte nyttjar någon hemtjänstinsats från kommunen. Vidare erbjuder kommunen samarbetsamtal för vårdnadshavare som håller på att separera och stöd till personer som utsatts för brott.

5.4.1.1 Med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdomar som visat tecken på en ogynnsam utveckling

Enligt SoL (2001:453) ska socialnämnden med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdom som visar tecken på en ogynnsam utveckling. Nämnden ska också i ett nära samarbete med hemmet skydda och stödja de barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt. I fall då det finns anledning till detta ska vård och fostran utanför det egna hemmet vara ett alternativ.

5.4.1.2 Aktivt arbeta för att motverka missbruk bland barn och ungdomar

Socialnämnden ska enligt SoL (2001:453) 5 kap 1 § 4 st. aktivt arbeta för att motverka missbruk bland barn och unga. Alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel är sådana substanser som nämnden ska förebygga missbruk av.

5.4.1.3 Samarbetsamtal i frågor som rör vårdnad, boende och umgänge

Enligt SoL (2001:453) 5 kap 3 § ska kommunen se till att föräldrar kan erbjudas samtal under sakkunnig ledning som syftar till att nå enighet i frågor som rör vårdnad, boende och umgänge.

5.4.1.4 Verka för att den som utsatts för brott och dennes närstående får stöd och hjälp

Socialnämnden ska ge stöd till den som utsatts för brott. Socialnämnden ska enligt SoL (2001:453) 5 kap 11 § särskilt beakta att kvinnor som är eller varit utsatta för våld i nära relationer kan behöva hjälp för att förändra sin situation. Socialnämnden ansvarar även för att ett barn som utsatts för brott och dennes närstående får det stöd och den hjälp som de behöver. Socialnämnden ska, i enlighet med lag, behandla barn som bevittnat våld eller annat övergrepp mot närstående som brottsoffer. Dessa barn ska erbjudas det stöd och den hjälp som barnet behöver.

5.4.1.5 Arbeta uppsökande och förebyggande för att motverka missbruk samt sörja för att den enskilde missbrukaren får den vård eller hjälp som han eller hon behöver

Socialnämnden ska enligt 3 kap 7 § SoL (2001:453) arbeta för att förebygga missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Genom samverkan och samarbete med andra aktörer ska nämnden sprida kunskap om vilka skadeverkningar ett missbruk kan ha och vilka möjligheter till hjälp som finns. Vidare ska nämnden enligt lag aktivt sörja för att den enskilde får den hjälp och den vård som den enskilde behöver för att komma ifrån sitt missbruk. Nämnden ska i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

5.4.1.6 Göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre och för människor med fysiska och psykiska funktionshinder samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på dessa områden

I SoL (2001:453) 5 kap 6 § respektive 8 § står det att alla kommuners socialnämnd har till uppgift att göra sig väl förtrogen med äldre personers och personer med fysiska och psykiska funktionshinders levnadsförhållanden i kommunerna. Nämnden ska som en del i sin uppsökande verksamhet upplysa

om socialtjänstens verksamhet och erbjuda sina tjänster till såväl grupper som enskilda. När det är lämpligt ska nämnden även samverka med andra aktuella aktörer, både offentliga och privata.

En del i kommunens kartläggning av äldre och personer med fysiska och psykiska funktionshinder innebär att kommunens anhörigstödare gör hembesök hos samtliga av kommunens 80-åringar som idag inte har stöd eller hjälp från hemtjänsten. Hembesöket är frivilligt och kostnadsfritt. Vid hembesöket ska tjänsteman från kommunen informera om vilka stöd- och hjälpinsatser som finns att ansöka om i Gislaveds kommun. Tjänstemannen ska även informera även om vilka personer man kan ta kontakt med, exempelvis biståndshandläggare och arbetsterapeut.

5.4.1.7 Erbjudna stöd och underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder

Socialnämnden ska enligt 5 kap 10 § SoL (2001:453) erbjuda stöd till de personer som vårdar en närstående som är långvarigt i behov av stöd på grund av sjukdom, ålderdom eller funktionshinder.

5.4.2 TILLHANDAHÅLLA SERVICETJÄNSTER UTAN FÖREGÅENDE INDIVIDUELL BEHOVSPRÖVNING

Enligt lagen om vissa kommunala befogenheter 7 § får kommuner utan föregående individuella behovsprövning tillhandahålla servicetjänster åt personer som fyllt 67 år. Som servicetjänster räknas sådana tjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa och som inte innebär personlig omvårdnad. Kommunen har rätt att ta ut en skälig avgift för tjänsten, avgiften får inte överstiga kommunens självkostnad.

5.4.2.1 Tillhandahålla servicetjänster

Socialförvaltningen har en fixartjänst som är tillgänglig för de som är över 75 år. Vidare har socialförvaltningen så kallad förenklad biståndsbedömning för de personer i kommunen som är över 80 år. Den förenklade biståndsbedömningen innebär att personer över 80 år som inte tidigare har några insatser från hemtjänsten kan beviljas servicetjänster i hemmet upp till åtta timmar per månad med en enklare utredning än vad som är brukligt för andra ansökningar.

5.4.3 SÄKERSTÄLLA TILLGÅNGEN PÅ INSATSER AV GOD KVALITET

Socialnämnden ska enligt Sol (2001:453) 6 kap 1 § sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett familjehem eller i ett hem för vård och boende. Socialnämnden är ansvarig för att den som genom beslut av nämnden tagits emot i ett hem annat än det egna får god vård. Enligt 2 § SoL (2001:453) ska varje kommun ansvara för att det finns tillgång till familjehem och hem för vård och boende för enskilda och familjer som behöver vårdas och bo utanför det egna hemmet. Enligt 3 § Sol (2001:453) ska dock behovet av vissa hem tillgodoses av staten. Vård på hem som drivs av staten ska bedrivas i samråd med socialnämnden.

5.4.3.1 Säkerställa tillgången till familjehem för barn och unga

Kommunerna i Jönköpings län kommer under 2014 och 2015 att ha en gemensam enhet som arbetar med familjehemsrekrytering. Arbetet med en länsgemensam enhet som ansvarar för rekrytering och utbildning av familjehem och i viss mån kontaktfamiljer kommer vara ett projekt som, om det faller ut väl kan förlängas. Den länsgemensamma enheten ligger i Jönköping.

5.4.3.2 Säkerställa tillgången till hem för vård eller boende (HVB)

Gislaveds kommun har gjort en gemensam upphandling med kommunerna i Jönköpings län. Genom upphandlingen får Gislaveds kommun anses ha säkerställt tillgången till Hem för vård och boende för barn och unga. Ramavtalet gäller fram till 2014-07-31. Utöver denna upphandling har kommunen även boenden för ensamkommande barn. Kommunen har även hem för vård och boende för vuxna med sociala problem.

5.4.3.3 Planera för att tillgodose behovet av särskilda boendeformer för service och omvårdnad

Enligt SoL (2001:453) 5 kap 5 § 2 st ska socialnämnden inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd. Den enskilde äldre ska i möjligaste mån kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet ska ges. Enligt samma lag 5 kap 7 § 3 st ska kommunen inrätta bostäder med särskild service för personer som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring och därför behöver ett sådant boende.

Socialförvaltningen har särskilda boenden för äldre och särskilda boenden för personer med funktionshinder. Socialförvaltningen köper även boendeplatser av externa entreprenörer och kan upphandla verksamhet.

5.4.3.4 Fortlöpande följa upp vilka som omfattas av LSS och vilka deras behov av stöd och service är

Enligt 15 § LSS (1993:387) tillhör det kommunens uppgifter att fortlöpande följa upp vilka som omfattas av LSS (1993:387) och vilka deras behov av stöd och service är. Kommunen ska bland annat enligt samma lag, samma paragraf medverka till att de personer som omfattas av LSS (1993:387): får tillgång till arbete och studier, får sina behov tillgodosedda och har tillgång till det allmänna fritids- och kulturutbudet.

5.5 MYNDIGHETSUTÖVNING

Myndighetsutövning är en stor och betydande del av socialnämndens område. Myndighetsutövning innebär att nämnden har i uppdrag att i enlighet med lagen fatta beslut som rör medborgare i kommunen. Ett myndighetsbeslut kan vara positivt eller negativt för den som beslutet rör. Myndighetsutövning handlar oftast om att nämnden med stöd i lagen och kommunens regler beslutar om en förmån, rättighet eller skyldighet.

5.5.1 FÖRHANDBEDÖMNING

Innan beslut tas om att inleda utredning finns utrymme att genomföra en förhandsbedömning. Förhandsbedömningen måste vara tidsmässigt avgränsad och får inte likställas med en utredning.

5.5.1.1 Förhandsbedömning

Syftet med en förhandsbedömning är att avgöra om innehållet i de uppgifter som framkommit är av sådan art att socialtjänsten behöver tillsätta en utredning. Under förhandsbedömningen får socialtjänsten endast kontakta den anmälan rör, eventuell vårdnadshavare som uppgifterna rör samt eventuell anmälare. Kontakter med andra än dessa tillhör ett utredningsförfarande och får inte tas förrän ett eventuellt beslut om utredning fattats. Förhandsbedömningen ska utmyнна i ett beslut om att inleda utredning alternativt inte inleda utredning enligt SoL (2001:453) 11 kap 1 och 2 §§.

5.5.2 PLANERA, GENOMFÖRA OCH DOKUMENTERA EN UTREDNING

Att utreda enligt SoL (2001:453) innebär att samla information för att få fram ett beslutsunderlag som gör det möjligt att fatta beslut om insats. När ansökan eller anmälan inkommer till socialtjänsten ska socialtjänsten inleda en utredning utan dröjsmål.

Utredningen ska genomföras skyndsamt och socialtjänsten måste fatta beslut inom rimlig tid. En utredning får inte göras mot en myndig persons vilja i de fall då det gäller den enskildes förhållande. Undantag är när barn far illa och utredning mot vårdnadshavarens vilja kan vara nödvändig. Undantag är också den tvångslagstiftning som finns. Regler för handläggning och dokumentation syftar till att garantera den enskildes rättssäkerhet.

5.5.2.1 Objektivitet och opartiskhet

Enligt 1 kap 9 § RF (1974:152) ska förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör uppgifter inom den offentliga förvaltningen iaktta opartiskhet i sin verksamhet. Den objektivitetsprincip som slås fast i regeringsformen innebär att en myndighet inte får låta sig vägledas av andra intressen än dem som myndigheten är satt att tillgodose. En myndighet får inte fatta avgöranden grundat i annat än de

omständigheter som enligt gällande författningar ska beaktas. Kort sagt får en myndighet inte låta sig påverkas av en önskan att gynna eller missgynna enskilda intressen. Ovidkommande omständigheter får inte heller ligga till grund för beslut.

5.5.2.2 Part och ställföreträdare

För att få räknas som part i ett ärende krävs att två kriterier är uppfyllda: för det första ska parten ha ett rättsligt erkänt intresse i ärendet. För det andra måste parten vara känd för den myndighet eller den domstol som ska fatta beslut i ärendet. Då ett ärende handläggs måste det vara klart om den enskilde själv för sin talan eller om det finns en ställföreträdare för den enskilde. En ställföreträdare har rätt att vidta åtgärder för den andra personens räkning.

5.5.2.3 Tolk

Om den enskilde inte behärskar svenska är det enligt 8 § FL (1986:223) ansvarig nämnd som ska ta ställning till behov av översättning av det skriftliga utredningsmaterialet eller användning av tolk. Beroende på omfattning och komplexitet ska nämnden besluta huruvida materialet ska översättas i sin helhet eller genom en sammanfattning. Alternativt kan materialet gås igenom muntligen med hjälp av tolk. Då det rör sig om ingripanden mot enskild ska översättningsbehovet tillskrivas särskild vikt.

Nämnden bör särskilt ta hänsyn till skyldigheten att kommunicera när det gäller personer med vissa funktionshinder till exempel synskada eller läs- och skrivsvårigheter. Det finns inga bestämmelser i lagstiftning som reglerar hur detta ska göras men däremot ska nämnden beakta syftet med bestämmelserna i 17 § FL (1986:223) och reglerna om myndigheternas serviceskyldighet 4 § FL (1986:223).

Socialförvaltningen har egen tolkservice, denna tolkservice ska användas framför externa alternativ.

5.5.2.4 Parts rätt till insyn

En grundläggande princip är att parter i mål och ärenden ska ges möjlighet att ta del av allt utredningsmaterial som är underlag för ett beslut hos en domstol eller en myndighet. Denna princip syftar till att den som är part ska få möjlighet att tillvara ta sin rätt och sina intressen. Enligt SoL (2001:453) 11 kap 8 § tredje stycket gäller rätten till insyn även när nämnden gör en ansökan eller avger ett yttrande till en annan myndighet i ett mål eller ärende som rör myndighetsutövning mot enskild hos den andra myndigheten.

5.5.2.5 Dokumentationen under utredningstiden

Beslutande nämnd ansvarar för att handläggning av ärenden dokumenteras. Handläggning av ett ärende ska dokumenteras fortlöpande. Alla uppgifter som kan vara av betydelse för handläggningen av ett ärende bör utan oskäligt dröjsmål dokumenteras och föras till personakten. Det bör göras i en journal som tillhör den enskildes personakt. Att dokumentationen sker löpande är nödvändigt för att den enskilde ska kunna ta tillvara sin rätt till partsinsyn. Dokumentationen måste vidare vara så omfattande att en ny handläggare vid behov kan slutföra eller överta utredningen på ett för parterna tillfredsställande sätt.

5.5.2.7 Beslutsfattande

En handläggning av ett ärende ska avslutas genom att nämnden fattar ett slutligt beslut. FL (1986:223) säger att ärenden ska handläggas så snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att säkerheten riskeras. Det är viktigt för rättssäkerheten att handläggningstiden begränsas och avgörs med ett beslut.

Inom socialtjänsten fattas beslut antingen av nämnden eller av utskott, enskild politiker eller tjänsteman. Beslut som inte fattas av nämnden direkt ska fattas på delegation av nämnden enligt fastställd delegationsordning.

Enligt 21 § första stycket FL (1986:223) är nämnden skyldig att underrätta den enskilde om innehållet i ett slutligt beslut.

Det finns inte någon generell lagregel som talar om när ett beslut ska verkställas. Däremot innehåller specialförfattningar i vissa fall bestämmelser som reglerar när ett beslut ska verkställas. Inom socialtjänstens verksamhetsområde finns sådana bestämmelser i Sol (2001:453), LVU (1990:52), LVM (1988:870) och LSS (1993:387). Om det saknas särskilda bestämmelser om när ett beslut ska verkställas är den viktigaste frågan om beslutet har vunnit laga kraft eller inte. Förenklat kan sägas att gynnande beslut ska verkställas omedelbart medan beslut med negativ innebörd för den enskilde inte ska verkställas förrän de har vunnit laga kraft. Beslut som inte får överklagas vinner omedelbart laga kraft och får verkställas omedelbart efter tillkännagivandet.

5.5.2.8 Överklagande

Om meddelat beslut går den enskilde helt eller delvis emot och kan överklagas med förvaltningsbesvär ska beslutet innehålla information om hur den enskilde kan överklaga. Är beslutet fattat av nämnden eller ett utskott och dokumenterat i ett protokoll ska den enskilde också underrättas om vilka reservationer som har anmälts mot beslutet. Nämnden bestämmer själv hur informationen ska utformas.

5.5.2.9 Polisanmälan vid brott eller misstanke om brott

Någon allmän lagstadgad skyldighet för nämnden att anmäla brott finns inte, frågan om polisanmälan löses framförallt utifrån de sekretessbrytande bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Nämnden får utan hinder av sekretess polisanmäla brott som hindrar nämndens verksamhet såsom våld mot tjänsteman, bedrägeri som riktar sig mot nämnden etcetera.

Nämnden får anmäla misstanke om brott som riktar sig till person som är under 18 år om det gäller brott enligt 3, 4 och 6 kapitlen i brottsbalken (1962:700) eller brott som anges i lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor (1982:306). Enligt Socialstyrelsens allmänna råd i SOSFS 2006:12 rekommenderas att nämnden anmäler sådana brott.

Sekretessen hindrar inte heller att nämnden anmäler sådan misstanke om brott där det lindrigaste straffet är ett år och misstanke om försök till brott det lindrigaste straffet är två år.

Nämnden är enligt lag skyldig att anmäla vissa allvarliga brott som är "å färde" t ex gäller detta om någon som varit i kontakt med socialtjänsten planerar en allvarlig misshandel, mord eller ett väpnat rån. Anmäls inte brott av sådan art kan man anmälas för underlåtenhet att anmäla brott.

Polisanmälan görs enligt fastställd delegeringsförteckning.

5.5.2.10 Underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar i välfärdssystemet

Enligt lagen om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemet så ska den myndighet som upptäcker en risk för att annan myndighet kommer betala ut en ekonomisk förmån felaktigt eller med ett för högt belopp underrätta den utbetalande myndigheten eller organisationen om detta. Socialnämnden är undantagen från underrättelseskyldigheten men ska ta emot underrättelser.

5.5.3 PLANERA, VERKSTÄLLA OCH FÖLJA UPP EN BEHOVSPRÖVAD INSATS

Varje insats, där det inte är uppenbart obehövt, ska ha en genomförandeplan. I en genomförandeplan tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur det ska ske, dvs. hur beslutet ska omsättas i praktisk handling. Insatsen ska följas upp.

5.5.3.1 Säkerställa att beslutade insatser verkställs inom skälig tid

Det finns inte någon generell lagregel som talar om när ett beslut från en myndighet ska verkställas. Däremot så innehåller flera av de lagar som reglerar socialtjänsten riktlinjer kring detta. Inom socialtjänsten finns sådana särskilda bestämmelser i SoL (2001:453), LVU (1990:52), LVM (1988:870) och LSS (1993:387). Om det inte finns särskilda bestämmelser för beslutets verkställande så är knäckfrågan om beslutet vunnit laga kraft eller inte. Ett gynnande beslut för den enskilde kommer troligtvis inte överklagas och kan därför verkställas omedelbart medan ett beslut med negativ innebörd för den enskilde inte ska verkställas förrän besvärstiden gått ut och beslutet vunnit laga kraft. Beslut som inte får överklagas vinner laga kraft omedelbart och får verkställas direkt.

Om en enskild har ansökt om bistånd enligt SoL (2001:453) eller begärt insatser enligt LSS (1993:387) och nämnden har fattat ett beslut om avslag, verkställs beslutet genom att det delges den sökande. Beslut om yttranden, anmälan eller framställning till annan myndighet verkställs också genom själva expedieringen. När det gäller beslut om bifall till en ansökan om bistånd enligt SoL (2001:453) eller en begäran om insatser enligt LSS (1993:387) är det innehållet i beslutet som avgör hur det verkställs. Gäller beslutet ekonomiskt bistånd görs utbetalningen i enlighet med beslutet. Gäller beslutet en insats som ska verkställas av någon annan än handläggaren krävs andra förberedelser för verkställighet. Socialnämnden ska till Inspektionen för vård och omsorg och till revisorerna rapportera alla gynnande nämndbeslut som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. För varje beslut ska nämnden ange tidpunkten för beslutet och vilken typ av bistånd beslutet gäller samt kortfattat uppge skälen för dröjsmålet. Uppföljningsrapporter ska sedan lämnas till samma mottagare.

Socialnämnden ska lämna en statistikrapport till fullmäktige med en sammanställning över hur många av nämndens gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden ska vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut. Nämnden ska även lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt SoL (2001:453) 4 kap 1 § som inte har verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts. Dessa rapporteringar ska ske en gång per kvartal.

5.5.3.2 Verkställa en dom

Om ett av nämndens ärenden överklagas till domstol kan detta innebära olika saker för verkställandet av beslutet beroende på vilken typ av överklagande det rör sig om.

Förvaltningsbesvär innebär att domstolen kan pröva såväl beslutets laglighet som beslutets lämplighet. Domstolens prövning kan leda till en dom som innebär att nämndens beslut står fast eller ändras. Nämnden måste då verkställa domen. Domstolen kan också upphäva nämndens beslut utan att ersätta det med ett nytt beslut. I dessa fall återförvisas ärendet till nämnden för ny handläggning. Nämnden är då skyldig att skyndsamt utreda och fatta beslut i ärendet och därefter verkställa enligt regler för verkställande av beslut.

5.5.3.3 Planera och formulera mål för insatser

Enligt 3 kap 5 § SoL (2001:453) ska socialnämndens insatser för den enskilde utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.

Enligt 6 § LSS (1993:387) ska verksamhet enligt denna lag bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Där föreskrivs också att verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och att den enskilde i största möjliga utsträckning ska ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges.

Det arbete som bedrivs inom socialtjänsten handlar till stor del om att tillsammans med den enskilde identifiera behov, formulera mål, överväga olika metoder och vägar framåt.

De övergripande målen i SoL (2001:453) och LSS (1993:387) är alltför allmänt hållna för att kunna användas som mål för genomförande och uppföljning av individuellt behovsprövade insatser. De måste därför brytas ner till konkreta mål som anger vad som är önskvärt att uppnå med den insats som har beviljats den enskilde. Oavsett vilken verksamhet det gäller är det viktigt att målen formuleras tillsammans med den enskilde och i termer som gör att målen kan följas upp.

5.5.3.4 Tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan för den enskilde

I situationer när en enskild har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården och kommunen eller landstinget bedömer att en individuell plan behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda ska en sådan upprättas. Det förutsätts att den enskilde samtycker till att planen upprättas. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. HSL (1982:763) och SoL (2001:453) innehåller också bestämmelser om vad som ska framgå av planen. Bestämmelserna gäller både barn och vuxna och de är inte begränsade till att gälla personer med stora och omfattande behov. De kan alltså gälla alla människor som landsting och kommuner kommer i kontakt med och där en individuell plan behövs för att behoven av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska tillgodoses.

När det gäller individuella planer som regleras i SoL (2001:453), LVU (1990:52) och LVM (1988:870) förutsätts det att nämnden tar initiativ till att planen upprättas. I LSS (1993:387) är förhållandet det omvända enligt denna lag 10 § kan den enskilde begära att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom eller henne i samband med att en insats beviljas med stöd av LSS (1993:387). I planen ska även redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen ska fortlöpande och minst en gång om året omprövas. Av bestämmelsen framgår också att landstinget och kommunen ska underrätta varandra om upprättade planer. Den enskilde kan sakna kunskap om möjligheten att begära och få en individuell plan. Därför är det viktigt att de som omfattas av lagen får allsidig och lättfattlig information om möjligheten att få en individuell plan, om syftet med denna, samt information om själva planeringsprocessen.

5.5.3.5 Utlämna en uppgift från beslutande nämnd till den som genomför insatsen samt att överlåta en uppgift till en enskild verksamhet

I de fall då det är någon annan än handläggaren av ärendet som ska genomföra beslutet om en individuellt behovsprövad insats måste de uppgifter som utföraren behöver för att kunna genomföra insatsen på lämpligt sätt lämnas ut. Om insatsen ska genomföras av en enskild verksamhet eller av annan nämnd än den beslutande ska gällande regler om sekretess enligt 1 kap 1 § och 8 kap 1 § OSL (2009:400) tillämpas.

Det är viktigt att den som ska genomföra insatsen får tillräckligt med uppgifter för att kunna genomföra det fattade beslutet. Utgångspunkten vid prövningen bör vara att de uppgifter som behövs för att insatsen ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt och säkert sätt bör lämnas ut.

5.5.3.6 Handläggning och dokumentation vid uppföljning av pågående individuellt behovsprövade insatser

Om ett beslut tidsbegränsas har nämnden ansvar för en uppföljning av insatsen och att det fattas ett nytt beslut i god tid innan det tidigare beslutet upphör att gälla. Det är inte godtagbart att den enskilde får besked om fortsatta insatser långt efter att beslutet har upphört att gälla och inte heller att insatsen fortsätter utan giltigt beslut. Insatser enligt LSS (1993:387) 8 § ska bara ges efter en begäran från den enskilde. Vid ett tidsbegränsat beslut krävs därför att den enskilde begär insatsen på nytt innan nämnden fattar beslut om att insatsen ska fortsätta.

Det ligger i sakens natur att den som fattar beslut om en insats ansvarar för att beslutet verkställs och följs upp. Det innebär ett handläggarens ansvar för dokumentation i den personakt som upprättats under handläggningen av ärendet inte upphör utan fortsätter så länge insatsen pågår. Att

genomförandet av insatsen också dokumenteras där den genomförs gör ingen skillnad i detta avseende.

När det gäller skyldigheten att dokumentera själva genomförandet av en insats är det viktigt att dokumentationen inte bara visar vad som faktiskt görs utan också hur situationen utvecklas för den enskilde. Verksamhetssystem hjälper till att strukturera dokumentationen vilket hjälper till i uppföljningen.

5.5.3.7 Utförande av beslutade insatser

Hur utförandet av de behovsprövade tjänsterna ska gå till är olika från fall till fall. I vissa fall, som t.ex. personlig assistans och hemtjänst har den enskilde rätt att välja en annan utförare än kommunen. Oavsett vilken typ av verksamhet det handlar om så ska tjänsterna alltid utföras med ett professionellt förhållningssätt och respekt för den enskildes integritet. Varje verksamhet ska ha rutiner för genomförandet.

5.6 KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god och säker vård. Det innebär att den ska ha god kvalitet, god hygienisk standard och hög patientsäkerhet, så att den tillgodoser den enskildes behov av trygghet i vården. Hälso- och sjukvård ska också vara lättillgänglig och bygga på respekt för den enskildes integritet och självbestämmande samt tillgodose den enskildes behov av kontinuitet. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde, som också ska få individuellt anpassad information. En annan viktig del i hälso- och sjukvården är att förebygga ohälsa. Vid dödsfall ska respekt visas för den avlidne och dennes efterlevande.

Legitimerad personal som sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast är organiserade i programområde Vård och omsorg. Områdescheferna för sjuksköterske- respektive rehabiliteringsorganisationen ansvarar för kvalitet och utförande inom sitt område. Det dagliga arbetet utförs av legitimerad personal inom samtliga programområden.

5.6.1 ORGANISERINGEN AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSVERKSAMHETEN

Socialnämnden är ansvarig för hälso- och sjukvården och till lika vårdgivare. Ansvarig tjänsteman för hälso- och sjukvård är verksamhetschefen som också är socialchef.

Socialnämndens verksamhet är organiserad i fyra programområden med en chef för varje område. Varje programområdeschef har det övergripande ansvaret för utförande och kvalitet inom respektive programområde.

Legitimerad personal som sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast är organiserade i programområde Vård och omsorg. Områdescheferna för sjuksköterske- respektive rehabiliteringsorganisationen ansvarar för kvalitet och utförande inom sitt område. Det dagliga arbetet utförs av legitimerad personal. Omsorgspersonal utför hälso- och sjukvårdsuppgifter dagligen på delegation från hälso- och sjukvårdspersonal.

MAS och verksamhetschefen kan på delegation från nämnden göra anmälningar till socialstyrelsen enligt patientsäkerhetslagen. MAS kan också på delegation göra anmälan om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som inte kan utöva sitt yrke tillfredställande.

5.6.2 DOKUMENTATION

Inom kommunal hälso- och sjukvård förs patientjournal enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355). Journal upprättas för att säkerställa att en god och säker vård kan ges. Lokala rutiner finns utarbetade för dokumentation, sekretess, samtycke, hantering av journaluppgifter och arkivering. Lokal handbok för hälso- och sjukvård hittas på: [länk](#)

5.6.3 ARBETA FÖR ATT FÖREBYGGA OHÄLSA

En central del i all hälso- och sjukvård är arbetet med att förebygga ohälsa. En viktig del är att identifiera risk för undernäring, trycksår och fall. Arbetet bedrivs utifrån nationella kvalitetsregister med utveckling av åtgärdsplaner. Verksamheten ska ha den kunskap och den utrustning som krävs för att arbeta förebyggande. Alla personal ska arbeta salutogent och stödja det friska hos varje individ för att förebygga ohälsa.

5.6.4 SÄKRA EN GOD HYGIENISK STANDARD

Verksamheten ska ha den kunskap och utrustning som krävs för att hålla en hög hygieniskstandard, vilket är ett lagstadgat krav på all vård. Det är viktigt att basala hygienrutiner efterlevs. Nationella vårdhygienmätningar genomförs årligen.

5.6.5 TILLGODOSE DEN ENSKILDES BEHOV AV TRYGGHET, SJÄLVBESTÄMMANDE, VALFRIHET, INTEGRITET OCH KONTINUITET

Enligt HSL (1982:763) ska hälso- och sjukvården uppfylla kraven på en god vård. Detta innebär enligt 2 a § HSL (1982:763) att vården ska tillgodose den enskildes behov av trygghet i vård och behandling, bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Kontinuitet och säkerhet i vården ska tillgodoses. När det finns flera behandlingsalternativ i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, ska vårdgivaren ge den enskilde möjligheten att välja. Vald behandling ska erbjudas om det framstår som befogat, med hänsyn taget till sjukdom, skada och kostnader.

5.6.6 INFORMATION TILL DEN ENSKILDE

Enligt 2b § HSL (1982:763) ska den enskilde ges en individuell information kring sitt hälsotillstånd, metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Den enskilde ska också informeras om sina möjligheter att välja vårdgivare samt om vårdgarantin.

Om informationen inte kan lämnas till den enskilde ska den lämnas till närstående om det inte strider mot offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

5.6.7 HANTERING AV LÄKEMEDEL

Läkemedelshantering är ett område som är reglerat i föreskrifter och allmänna råd. Hanteringen ska vara säker från ordination till administrering. Rutiner för läkemedelshantering följer läns övergripande riktlinjer för kommuner och landsting. Läkemedelsgenomgångar genomförs. I det preventiva arbetet erbjudas vaccinationer till alla över 65 år och speciella riskgrupper.

5.6.8 HANTERING AV MEDICINTEKNISKA PRODUKTER OCH HJÄLPEMEDEL

Med medicintekniska produkter avses en produkt som ska användas, separat eller i kombination med annat. Exempel på medicintekniska produkter är gånghjälpmedel, förbandsmaterial, liftar, mätinstrument. Medicintekniska produkter ska

- Påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra sjukdom
- Påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller ett funktionshinder
- Undersöka, ändra eller ersätta anatomin eller en fysiologisk process
- Kontrollera befruktning.

Produkterna ska kontrolleras. Vårdgivaren är skyldig att dokumentera uppgift om ansvarsfördelning och rutiner samt kontroller. Fastighetsförvaltningen har ansvar för spol- och diskdesinfektorer och att kontroller sker varje år enligt standard.

Kommunen har ansvar för förskrivning av hjälpmedel till alla kommuninnevånare. I Jönköpings län finns ett gemensamt avtal om hjälpmedelsförsörjningen.

5.6.9 BEDÖMNING AV OM EN HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSÅTGÄRD KAN UTFÖRAS SOM EGENVÅRD

Enligt SOSFS 2009:6 ska legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i varje enskilt fall göra bedömning om en hälso- och sjukvårdsuppgift kan utföras som egenvård. Bedömningen ska dokumenteras, planeras och omprövas. Bedöms uppgiften som egenvård kan egenvården utföras av den enskilde, av närstående eller av personal då bistånd till detta beviljats. Bedöms uppgiften som hälso- och sjukvård ska den utföras av hälso- och sjukvårdspersonal eller delegeras.

5.6.10 REHABILITERING OCH HABILITERING

Rehabilitering bedrivs i hemmet av den kommunala hälso- och sjukvården, t ex för personer med stroke, neurologiska handikapp och efter ortopediska ingrepp. Ansvaret för habilitering omfattar basal habilitering.

5.6.11 DEMENSTEAM

Demenssjukdom ställer särskilda krav på vård- och omsorg. För att ge optimal vård och omsorg är det viktigt att man utreder vilken typ av kognitiv nedsättning den enskilde drabbats av. Demenssjuksköterskorna ingår i demensteamerna. Verksamheten ska organiseras med de nationella demensriktlinjerna som grund, där den personcentrerade arbetsmetoden är en avgörande del.

I verksamheten finns det demenssjuksköterskor som arbetar med utredningar. De handleder personal och informerar om demenssjukdom.

5.6.12 VÅRD OCH OMVÅRDNAD VID INKONTINENS

Inkontinens är vanligt förekommande bland äldre personer. För att kunna ge en vård med god kvalitet krävs att personalen har goda kunskaper inom området för individuellt omhändertagande. Alla ska ha möjlighet till utredning och adekvat behandling av sina besvär. Inkontinensprodukter räknas till medicintekniska produkter och regleras av dessa lagar och föreskrifter.

5.6.13 VÅRD OCH OMSORG FÖR UPPRÄTTHÅLLANDE AV GOD MUNHÄLSA

God munhälsa är viktigt för livskvalitet och självkänsla. Munhälsa och tänder är avgörande för att tillgodogöra sig maten och undvika undernäring. Tänderna är också viktiga för talet. I Tandvårdslagen regleras hur uppsökande tandvård ska bedrivas för de som har ett varaktigt behov av omfattande vård och omsorgsinsatser. Detta förutsätter samverkan mellan verksamheten och tandvården. Den vårdgivare som ansvarar för uppsökande verksamhet ska också utbilda personalen.

5.6.14 DELEGERING

Delegering av uppgifter kan ske när det utifrån ett helhetsperspektiv bättre svarar mot den enskildes behov. Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter får dock endast ske när det är förenligt med en god och säker vård. Det finns därför lokala rutiner framtagna inom verksamheten.

5.6.15 PALLIATIV VÅRD OCH OMHÄNDERTAGANDE AV AVLIDEN

Palliativ vård är en viktig del i verksamheten. Att få avsluta sitt liv värdigt är varje individs rättighet. Vid palliativ vård är de närstående betydelsefulla för den döende och delaktighet i vården är viktigt för den som önskar.

För en god palliativ vård ska personalen ha goda kunskaper om vårdförlopp och symtomkontroll. Personalen ska kunna stödja närstående. Det finns nationella riktlinjer och vårdprogram som ska bidra till en god kvalitet. Registrering i nationellt kvalitetsregister möjliggöra strukturerad uppföljning.

Då någon avlidit ska, enligt 2 d §, HSL (1982:763), hälso- och sjukvårdens uppgifter fullgöras med respekt för den avlidne. De efterlevande ska visas hänsyn och omtanke. Efterlevandes upplevelser följs upp med enkät och efterlevandesamtal.

5.6.16 SAMVERKAN

En god och säker vård kräver en väl utvecklad samverkan med olika aktörer t ex. vårdcentraler och specialiserad vård.

Samordnad vårdplanering och upprättandet av individuella vårdplaner är en förutsättning för att den enskildes behov ska tillgodoses. I avtal mellan olika vårdgivare regleras samverkan, t ex avtal om läkarmedverkan, egenvårdsrutiner, mest sjuka äldre och personer med psykisk ohälsa.

REFERENSER

I arbetet med att ta fram ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har information inhämtats från flera olika källor. Lagar och föreskrifter är de viktigaste källorna men även andra kommuners ledningssystem och facklitteratur har använts. Lagar och föreskrifter redovisas på separat laglista.

Tryckta skrifter

Institutet för kvalitetsutveckling. *SIQs Modell för Kundorienterad Verksamhetsutveckling*, Göteborg: 2012

Socialstyrelsen. *Handläggning och dokumentation i socialtjänsten*, Stockholm: 2010.

Socialstyrelsen. *Barn och unga i socialtjänsten. Utredda, planera och följa upp beslutade insatser*, Stockholm: 2006

Socialstyrelsen. *Lex Sarah Handbok för tillämpning av bestämmelserna om lex Sarah*, Stockholm: 2013

Socialstyrelsen. *Om barnet behöver en ny vårdnadshavare*, Stockholm: 2006.

Sveriges kommuner och landsting. *Risikanalytisk och händelseanalys. Handbok för patientsäkerhetsarbete. Andra reviderade upplagan*. Stockholm: 2009

Sveriges kommuner och landsting. *Modell för risk- och händelseanalys Systematiskt förbättringsarbete inom individ och familjeomsorgen*, Stockholm: 2011

Sveriges kommuner och landsting. *Vägledning Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, Stockholm: 2012.

Uppsala produktion vård och utbildning. *Att förebygga kryphål Projektet gömda – men inte glömda Lathund*, Uppsala: 2009.

Internet

Samverkan kommuner och landsting i Jönköpings län www.lj.se/samverkan

Andra kommuners ledningssystem

Hammarö kommuns Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Lomma kommuns Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Nacka kommuns Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Region Gotlands Ledningssystem för kvalitet

BILAGA I

AKTUELL LAGSTIFTNING OCH FÖRESKRIFTER UTIFRÅN VILKEN KVALITETEN UTVECKLAS OCH SÄKRAS

Här anges den lagstiftning och de föreskrifter som anpassat till verksamheternas omfattning och art har bedömts ha betydelse för de processer, aktiviteter och rutiner som identifieras och beskrivs i ledningssystemet.

Lagstiftning och föreskrifter som ej är specifika för socialtjänst (med socialtjänst avses verksamhet som omfattas av LSS, SoL, LVU och LVM) eller hälso- och sjukvård

Lagstiftning

Offentlighets- och sekretesslagen 2009:400 (OSL).

Förvaltningslagen 1986:223 (FL).

Lag om valfrihetssystem 2008:962 (LOV).

Lagen om offentlig upphandling 2007:1091 (LOU).

Lag om registerkontroll av personal vid sådana hem för vård och boende som tar emot barn 2007:171.

Lag om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar 1992:1068.

Lagstiftning och föreskrifter specifika för socialtjänsten

Lagstiftning

Socialtjänstlagen 2001:453 (SoL).

Socialtjänstförordningen 2001:937.

Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga 1990:52 (LVU).

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall 1988:870 (LVM).

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 1993:387 (LSS).

Förordning om stöd och service till vissa funktionshindrade 1993:1090.

Föräldrabalken 1949:381.

Lag med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare 1964:167.

Lag om medling med anledning av brott 2002:445.

Lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten 2001:454.

Förordning om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten 2001:637.

Lagen om vissa kommunala befogenheter 2009:47.

Föreskrifter

SOSFS 2006:5. Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

SOSFS 2011:5 Föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah.

SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

SOSFS 2002:9. Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

SOSFS 2003:20. Föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende.

SOSFS 2007:4. Föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens utredning och fastställande av föräldraskap.

Lagstiftning och föreskrifter för hälso- och sjukvården

Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 (HSL) .

Läkemedelslagen 1992:859.

Patientdatalagen 2008:355.

Patientsäkerhetslagen 2010:659.

Föreskrifter

SOSFS 1997:14. Föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

SOSFS 2000:1. Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

SOSFS 2005:28. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.

SOSFS 2008:14. Föreskrift om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

SOSFS 2007:19. Föreskrift om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.

SOSFS 2004:12. Föreskrifter om anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som inte kan utöva sitt yrke p.g.a. sjukdom m.m.

BILAGA 2 FÖRTECKNING ÖVER FÖRBÄTTRINGSVERKTYG OCH FÖRBÄTTRINGSMETODER VERKSAMHETERNA ANVÄNDER

Avvikelsehantering

Avtalsuppföljning

Brukarenkäter

Händelseanalys

Kommunens kvalitet i korthet (KKIK)

Kostnad per brukare (KPB)

Kvalitetsnyckeltal

Kvalitetsregister (Senior Alert, Palliativ registret, BPSD)

Medborgardialog

Mätningar

PDSA-hjulet

Processkartläggning

Risikanalys

Tillsyn (extern och intern)

Öppna jämförelser

BILAGA 3. RIKTLINJER FÖR EGENKONTROLL

Egenkontroll innebär att regelbundet följa upp verksamheten, med den frekvens och i den omfattning som krävs, för att säkra kvaliteten. För att egenkontrollen ska vara ändamålsenlig ska de källor som används vara strategiska och beslutade på högsta ledningsnivå. Resultatet av egenkontrollerna ska användas i den fortsatta planeringen av verksamheten.

1. Socialchefen tillsammans med ledningsgruppen beslutar årligen vilka källor som ska användas för egenkontroll samt när egenkontrollerna ska ske.
2. När resultatet från källorna inkommer skickas de till socialförvaltningens stab för sammanställning och analys.
3. Resultat och analys redovisas och diskuteras i förvaltningens ledningsgrupp där ansvariga programområdeschefer ingår. Övergripande resultat blir del av underlaget för prioriteringar, fortsatt verksamhetsplanering och kvalitetsutveckling. Ledningsgruppen beslutar efter dialog med socialnämnd på vilket sätt resultat ska delges socialnämnd och kommuninvånare. Ansvarig chef för programområdet ansvarar för att områdesspecifikt resultat når övriga ledningsled inom området och tar ansvar för att eventuella åtgärdsförslag tas omhand.
4. Berörda chefer arbetar med resultaten och de åtgärdsförslag ledningsgruppen/politisk nämnd lämnat. Om det finns indikationer på att det finns rutiner, processer eller aktiviteter som inte är ändamålsenliga ska dessa förbättras så att de bidrar till god kvalitet i verksamheten.
5. Om ledningsgruppen begär åtgärder från verksamheten ska dessa återkopplas.

BILAGA 4. RIKTLINJER FÖR RISKANALYS

Förvaltningens arbete med att fastställa och utarabeta rutiner för riskanalys ska följa SKL:s modell för risk- och händelseanalys. Rutin för riskanalys ska till exempelvis användas vid omorganisering, införande av nya system eller vid risk för hot och våld. Impulser till riskanalyser kan också komma från öppna jämförelser, inkommande avvikelser, tillbud etc.

1. Beroende på var i organisationen riskanalysen ska göras så är chef på ansvarig ledningsnivå uppdragsgivare. Programområdeschef och/eller socialchef beslutar om riskanalys på övergripande nivå och är därmed uppdragsgivare för sådana analyser. Ledningsgrupp, MAS eller annan lednings- eller stabspersonal kan också uppmärksamma dessa på behovet av riskanalys.
2. Uppdragsgivaren utser analysledare vid aktuell situation. Det är viktigt att den som utses till analysledare har kunskaper i riskhantering och riskanalys. Det ska finnas personal på staben som har sådana kunskaper. Beroende på riskanalysens omfattning utses en analysgrupp. Analysgruppens sammansättning ska spegla verksamhetens professioner.
3. Analysgruppen arbetar med riskanalysen. Hur mycket tid som behöver avsättas beror på riskanalysens omfattning. Resultatet av riskanalysen analyseras av utsedd analysledare.
4. Återkoppling av resultatet sker till uppdragsgivare och ansvarig ledning för berörd verksamhet. Uppdragsgivaren beslutar om eventuella åtgärder och överlämnar dessa för genomförande till högsta ledningsnivå i berörd verksamhet.
5. Berörda verksamheter ansvarar för att de beslutade åtgärderna genomförs.
6. Risker som bedöms som allvarliga och sannolika förs in i intern kontrollplan för vidare kontroll och uppföljning. Uppdragsgivare beslutar i samråd med socialchef om sådana situationer ska rapporteras till socialnämnden.

BILAGA 5.

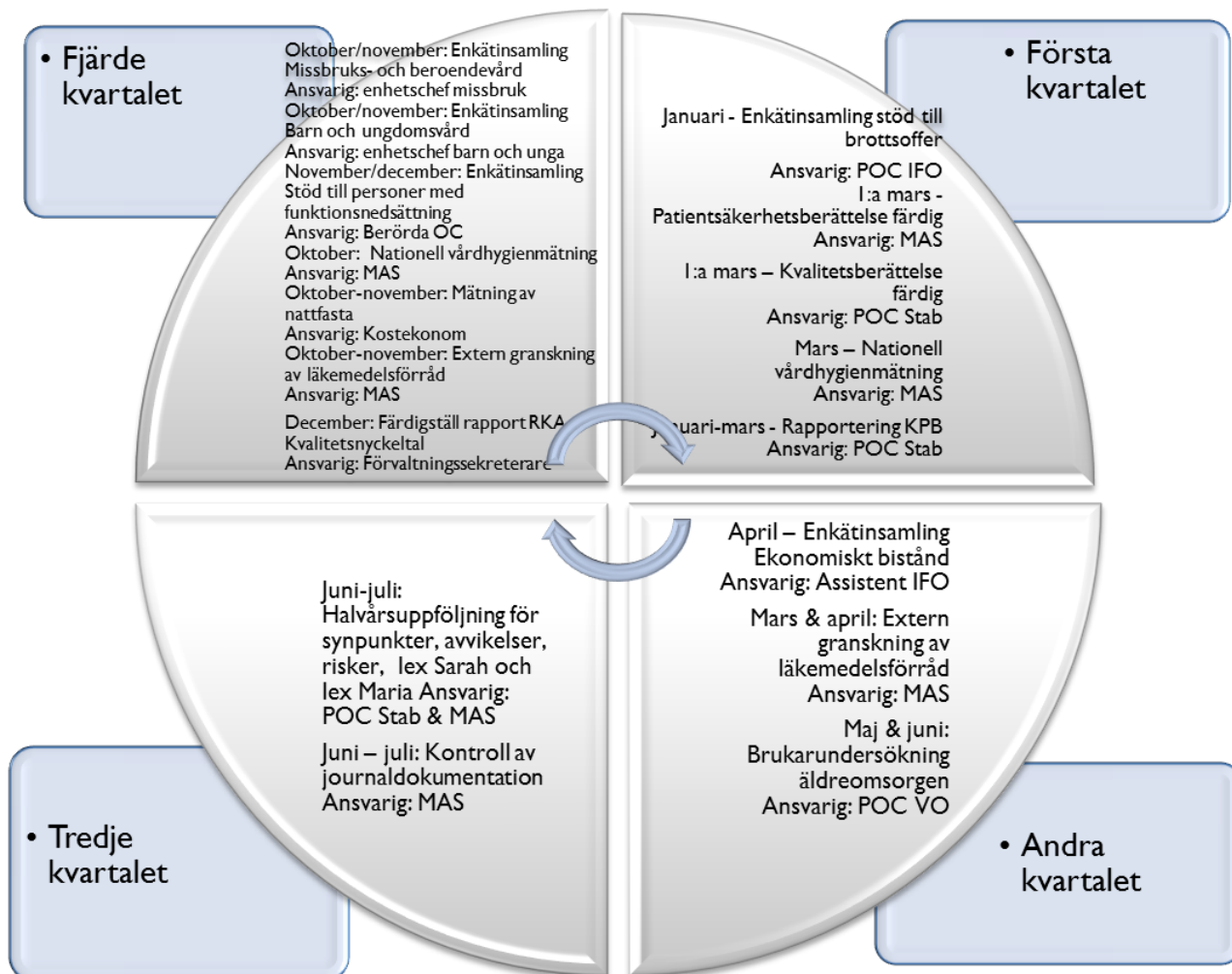
RIKTLINJER FÖR KLAGOMÅLS- OCH SYNPUNKTSHANTERING

Klagomål och synpunkter ska, på ett systematiskt sätt, tas emot och utredas. De ska sammanställas så att mönster som indikerar brister ska kunna identifieras och åtgärdas. Socialförvaltningen använder kommunens gemensamma system för hanteringen av synpunkter och klagomål.

1. Synpunkter och klagomål kan lämnas in på pappersblankett eller på kommunens hemsida. Även synpunkter och klagomål som tas emot muntligen eller skriftligen på annat sätt ska föras in i kommunens särskilda system.
2. Om den som framför synpunkt eller klagomål uppger kontaktuppgifter ska denne ges en bekräftelse på att deras synpunkt eller klagomål tagits emot och kommer att handläggas så snart som möjligt.
3. Förvaltningens registrator fördelar alla klagomål och synpunkter till rätt område och ansvarig chef.
4. Ansvarig chef ansvarar för att ta hand om, besvara och åtgärda de klagomål och synpunkter som inkommer till deras verksamhet.
5. I januari-februari och juni-juli varje år gör socialförvaltningens stab en uppföljning av inkomna synpunkter. De inkomna synpunkterna och eventuella åtgärder och mönster analyseras och återkopplas till socialnämnden. Analysen från januari-februari läggs till nämndens kvalitetsberättelse.

BILAGA 6. ÅRSHJUL

FIGUR 1. ÅRSHJUL FÖR RAPPORTERINGAR OCH MÄTNINGAR FÖR KVALITETSUTVECKLING



FIGUR 2. ÅRSHJUL FÖR RESULTAT AV RAPPORTERINGAR OCH MÄTNINGAR FÖR KVALITETSUTVECKLING

