



Handläggare: Lotta Gillhardt
Telefon: 08-508 14 019

Till
Enskede-Årsta Vantörs stadsdelsnämnd

Tillsyn enligt 13 kap. 2 § socialtjänstlagen av myndighetsutövning och insatser inom socialpsykiatri - svar till Socialstyrelsen (Dnr 9.1-159/2010)

Förvaltningens förslag till beslut

Förvaltningens svar godkänns och översändes till Socialstyrelsen

Lena Holmdahl
T.f. stadsdelsdirektör

Vlasta Marcikic
Avdelningschef

Sammanfattning

Socialstyrelsen har genomfört en tillsyn enligt 13 kap. 2 § socialtjänstlagen av myndighetsutövning och dokumentation inom socialpsykiatri samt av verksamhetsinnehåll, kvalitetsarbete m.m. inom boendestödsteamet Årsta, arbetsverksamheten Bageriet Stureby samt Hagsätravägens gruppbostad.

Förvaltningen har tagit del av Socialstyrelsens synpunkter och beaktat de brister som framkommit i rapporten. Bland annat kommer ett ledningssystem för kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer utarbetas i samband med verksamhetsplan 2011 och integreras i stadens ledningssystem, ILS (Integrerad Ledning och Styrning).



Bakgrund

Socialstyrelsen har genomfört en tillsyn enligt 13 kap. 2 § socialtjänstlagen av myndighetsutövning och dokumentation inom socialpsykiatri samt av verksamhetsinnehåll, kvalitetsarbete m.m. inom boendestödsteamet Årsta, arbetsverksamheten Bageriet Stureby samt Hagsätravägens gruppbostad. Tillsynen genomfördes under fem dagar i oktober, november och december 2009.

Socialstyrelsens bedömningar av förvaltningens insatser till målgruppen grundar sig på information som framkommit via enkätsvar, interjuver, skriftligt material samt aktgranskning.

Tillsynen syftar till att ge en aktuell bild av kommunens stöd och service till personer med psykisk funktionsnedsättning både på lokal och nationell nivå samt att uppmärksamma viktiga bristområden.

Socialstyrelsen har begärt att nämnden senast den 1 december 2010 ska redovisa vilka åtgärder som vidtagits för att åtgärda de påtalade bristerna.

Förvaltningens synpunkter

Förvaltningen har tagit del av Socialstyrelsens synpunkter och beaktat de brister som framkommit i rapporten. Bland annat kommer ett ledningssystem för kvalitet utvecklas i enlighet med socialstyrelsens riktlinjer och integreras i ILS.

Socialstyrelsen har påpekat följande brister;

1. Nämnden saknar ett dokumenterat och sammanhållet ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar samtliga områden som anges i SOSFS 2006:11 vilket bland annat medför att följande rutiner saknas:
 - handläggning och dokumentation som rör enskilda
 - att verksamheten har den bemanning och den kompetens som behövs för att utföra uppdraget samt att personalens kompetensutveckling ska tillgodoses.
 - att fel och brister identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp.
 - intern och extern samverkan och samarbete mellan nämnd och landsting.



2. Aktuell rutin saknas för anmälan av allvarliga missförhållanden enligt 14 kap. 2 § socialtjänstlagen.
3. Handläggning av insatser och dokumentation under genomförandet garanterar inte den enskilde full rättsäkerhet
4. Ett beslut enligt LSS (lagen om stöd och service till funktionsnedsatta) kan inte verkställas enligt socialtjänstlagen.

I det följande kommenteras de granskningsområden som Socialstyrelsen har varit kritiska emot.

- *Nämnden saknar ett dokumenterat och sammanhållet ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar samtliga områden som anges i SOSFS 2006:11 avseende*

Socialstyrelsens författningssamling innefattar bland annat föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSF 2006:11) För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska nämnden inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Ledningssystemet ska integreras med befintliga system för budget- och verksamhetsplanering.

Förvaltningens verksamhetsplan utgör grunden för arbetet inom de olika verksamheterna. I verksamhetsplanen beskriver enheterna hur de planerar att arbeta utifrån kommunfullmäktiges och stadsdelsnämndens mål. Ett stöd för arbetet utgörs av stadens ILSWEBB där såväl ekonomi som mer verksamhetsspecifika aktiviteter och indikatorer följs upp varje tertial.

Inför verksamhetsplan 2011 kommer förvaltningen att utarbeta ett gemensamt dokument för kvalitet och ledning. De olika verksamhetsavdelningarna har idag egna ledningssystem för kvalitet och de enskilda enheterna inom individ- och familjeomsorgen har upprättat egna rutin- och policypärmar förutom de rutiner som redan finns inom ledningssystemet ILS.

I det följande kommenteras varje delmoment;

- *handläggning och dokumentation som rör enskilda*



Stadens socialtjänst – och arbetsmarknadsförvaltning (SAF) har utfärdat riktlinjer för socialpsykiatri. Alla handläggare och arbetsledare har genomgått en utbildning våren 2010 anordnad av SAF. Syftet med riktlinjerna är rättssäkerhet och likabehandling när det gäller utredning, bedömning och tillgång till de insatser som erbjuds från stadens socialtjänst. Riktlinjerna ska ge handläggare stöd och vägledning i arbetet och utgår från relevant lagstiftning.

Genom de verksamhetssystem som finns i staden, Paraplyet och Parasol är handläggningsrutinerna klarlagda. Förvaltningen delar Socialstyrelsens uppfattning att alla delar i handläggningen ska fungera för att garantera full rättssäkerhet. Nya arbetsrutiner i samband med införandet av valfrihetssystemet har påverkat handläggarna. Arbetsledningen inom enheten har därför sett över nya rutiner och processer och tillsammans med handläggarna gjort en plan för att minska stressen i arbetet vilket ger bättre förutsättningar att sköta bland annat dokumentationen mer noggrant. Arbetsgruppen kommer att kartlägga processerna kring uppföljningen av sina ärenden med hjälp av Lean-metoden.

Alla brukare har en genomförandeplan. Dessa planer skrivs tillsammans med den enskilde utifrån den beställning som biståndshandläggaren har gjort. Under arbetets gång förs löpande journalanteckningar kring avvikelser från planen och annan viktig information. Från och med juli 2010 skrivs en sammanfattning varje månad av hur arbetet fortlöper enligt genomförandeplanen. Tidigare skedde detta var tredje månad.

- *att verksamheten har den bemanning och den kompetens som behövs för att utföra uppdraget samt att personalens kompetensutveckling ska tillgodoses.*

Bemanningen inom utförarverksamheterna bedöms vara tillräcklig efter det att det nya valfrihetssystemet har införts upplevs arbetet löpa på enligt nya rutiner. Vid de två gruppboendena har en schemaändring precis genomförts för att ha högst bemanning när brukarna har mest behov. I enhetens risk- och väsentlighetsanalys (ROV) följs bemanningen upp kontinuerligt.

Alla handläggare inom myndighetsdelen samt alla utförare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Inventering av kompetensutveckling diskuteras mellan chef och medarbetare vid det årliga medarbetarsamtalet.

Under hösten 2010 går all personal såväl inom myndighetsutövningen som inom utförarverksamheterna en basutbildning i neuropsykiatri.

- *att fel och brister identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp.*

En blankett för rapportering av fel och brister är framtagen (se bilaga). Arbetet med att ta fram en rutin för rapportering och uppföljning av fel och brister pågår. Varje verksamhet har sedan den 1 januari 2010 en särskild s.k. Lex Sarahpärm där bland annat denna blankett återfinns.

I anslutning till framtagandet av nämndens verksamhetsplan görs risk- och väsentlighetsanalyser inom samtliga verksamhetsområden.

- *intern och extern samverkan och samarbete mellan nämnd och landsting.*

Stockholms stad saknar en övergripande överenskommelse med Stockholms läns landsting om samarbetet kring personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller beroendeproblematik. Den beräknas bli klar under året. Ett arbete pågår på lokal nivå för att sluta en lokal samverkansöverenskommelse mellan stadsdelsnämnden och landstingets psykiatriska verksamhet. I denna överenskommelse ska även samarbetet kring in- och utskrivningar ingå. För närvarande fungerar det enligt tidigare upprättade överenskommelser.

Utförarenheten för socialpsykiatri har ett nära samarbete med psykiatri kring enskilda klienter. Enhetscheferna för såväl myndighetsutövningen som för utförarverksamheten träffar regelbundet den vårdadministrativa chefen för Enskede-Årsta-Vantörs socialpsykiatriska enhet för att diskutera samarbetsfrågor och eventuella svårigheter.

Rutiner för samarbetet internt mellan beställare och utförare regleras genom att beställningar lämnas via verksamhetssystemet Paraplyet och hämtas upp i ParaSol. Genomförandeplanerna returneras via samma system. Dialog förs mellan enhetschef och biståndshandläggare när enskilda får ett erbjudande om placering i verksamhet.

- *Aktuell rutin saknas för anmälan av allvarliga missförhållanden enligt 14 kap. 2 § socialtjänstlagen.*

Stadsdelsnämnden kommer senast den 31 december 2010 att revidera rutinen för anmälan om missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade enligt kap.14 2§ socialtjänstlagen utifrån socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2008:10.

- *Handläggning av insatser och dokumentation under genomförandet garanterar inte den enskilde full rättsäkerhet*

Arbetsledningen har på personalmöten gått igenom vad som ska dokumenteras och på vilket sätt. En intern utbildning i dokumentation är inplanerad under hösten.

- *Ett beslut enligt LSS (lagen om stöd och service till funktionsnedsatta) kan inte verkställas enligt socialtjänstlagen.*

Inom Hagsätravägens bostad med särskild service (SoL) bor en person som beviljats insats enligt LSS då vederbörande tillhör LSS personkrets. Brukarens gode man har informerats om möjligheten att vända sig till biståndsbedömaren inom avdelningen för funktionsnedsatta för att få insatsen omprövad enligt rätt lagstiftning.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts inom avdelningen för individ- och familjeomsorg och behandlats på samverkansgrupp 2010-11-06.

Bilaga

1. Beslut från Socialstyrelsen
2. Blankett "Fel och brister"