

Datum 2016-12-08
DNR 2016/KS 0372

Uppföljning av temagranskning: Granskning av socialförvaltningens handläggning och rutiner för uppföljning av beslut.

Myndighetschef: John Henriksson

Uppföljningen genomfördes 20160901 – 20161122

Granskningen genomförd av:

Eva Lindgren
Kvalitetscontroller
eva.lindgren@tyreso.se

Uppföljningsrapporten godkänns och överlämnas till socialförvaltningen för
eventuella åtgärder med anledning av granskningen.

Tyresö den 2016-12-08


Britt-Marie Lundberg Björk
Chef medborgarfokus

1	Sammanfattning	3
2	Syfte.....	4
3	Metod	4
3.1	Allmänt, uppdrag/organisation	4
4	Uppföljning av femagranskning.....	5
4.1	Ny organisation.....	5
4.2	Tillämpningen av den förenklade biståndsprövningen för insatsen dagverksamhet för personer är inte rättsäker.	6
4.3	Uppföljning av beviljade insatser behöver påbörjas snarast.....	6
4.4	Dokumentation och hur samtycke inhämtas saknas. Detta måste åtgärdas snarast.....	10
4.5	Möjligheter för medborgarna att få kontakt med handläggarna behöver förbättras.....	7
4.6	Den enskildes rätt till samordnad individuell plan måste säkerställas. Samverkan med landstinget behöver utvecklas.	8
4.7	Systematiska och gemensamma metoder och rutiner i syfte att garantera rättssäkerheten i myndighetsutövningen behöver upprättas för hela handlägningsprocessen.....	9
	Skriftliga rutiner och checklistor för dokumentation och innehåll i akterna behöver upprättas.	9
5	Referenser.....	11

1 Sammanfattning

I temagranskningen från 2014 konstaterades vissa brister och utvecklingsområden inom biståndsavdelningen. En åtgärdsplan upprättades för att beskriva hur verksamheten skulle utvecklas och förbättras med hänsyn till resultatet av granskningen. Biståndsavdelningen skulle åtgärda brister vad gäller rättsäkerhet i förenklad biståndsbedömning samt uppföljning av beviljade insatser och att inhämtning av samtycke sker.

Den uppföljande granskningen 2016 visar att flertalet brister kvarstår även om en del förbättringar har gjorts. Framförallt handlar det om att säkerställa att alla beslut följs upp enligt gällande lagstiftning och att samtycke inhämtas från den enskilde. Inom äldreomsorgen ses en klar förbättring jämfört med LSS-området, men inom båda områdena saknas dokumentation om uppföljning och/eller samtycke. Bristerna måste omgående åtgärdas så att rättssäkerheten i handläggningen upprätthålls.

Biståndsavdelningen har arbetat aktivt för att genomföra förbättringar utifrån åtgärdsplanen med fokus på att öka tillgängligheten och skapa gemensamma arbetssätt och rutiner.

2 Syfte

Kommunstyrelsen i Tyresö kommun beslutar årligen om en granskningsplan för privat och kommunal verksamhet. I denna framgår att verksamheter oavsett regiform inom socialförvaltningen ska kvalitetsgranskas var tredje år. Därutöver ska en uppföljande kvalitetsgranskning göras minst en gång under treårsperioden. Fokus på den uppföljningen ska vara brister och utvecklingsbehov som framkommit vid granskningen.

Rapporten är en uppföljning av den temagranskning som gjordes av socialförvaltningens handläggning och rutiner för uppföljning av biståndsbeslut inom äldreomsorg och personer med funktionsnedsättning 2014.

Syftet är att ge en nulägesbeskrivning av verksamheten kopplat till föregående kvalitetsgranskning och vilka åtgärder som vidtagits för att rätta till de brister som redovisades i rapporten.

Den uppföljande granskningen har gjorts av kvalitetsenheten, avdelningen Medborgarfokus som tillhör kommunstyrelseförvaltningen.

3 Metod

Vid uppföljningen har följande metoder använts:

Genomgång av dokument

Intervjuer av myndighetschef, enhetschef, bistånds- och LSS handläggare samt andra nyckelpersoner

Granskning av akter.

Urvalet av akter grundar sig på ansökningar, utredningar och beslut som fattats under perioden augusti – oktober 2016. Totalt granskades 80 akter.

3.1 Allmänt, uppdrag och organisation

Förvaltningens bedömning vid granskningen 2014

Förvaltningen bedömde att biståndsavdelningen omgående behövde åtgärda de brister som redovisats så att den förenklade biståndsbedömningen blir rättsäker, uppföljning av beviljade insatser säkerställs samt att inhämtning och dokumentation om samtycke säkerställs. Utöver detta angavs i rapporten flera

förbättringsområden där enheten behövde göra ett utvecklingsarbete. Det gällde till exempel gemensamma rutiner, arbetsprocesser och checklistor för att garantera rättsäkerhet i myndighetsutövningen.

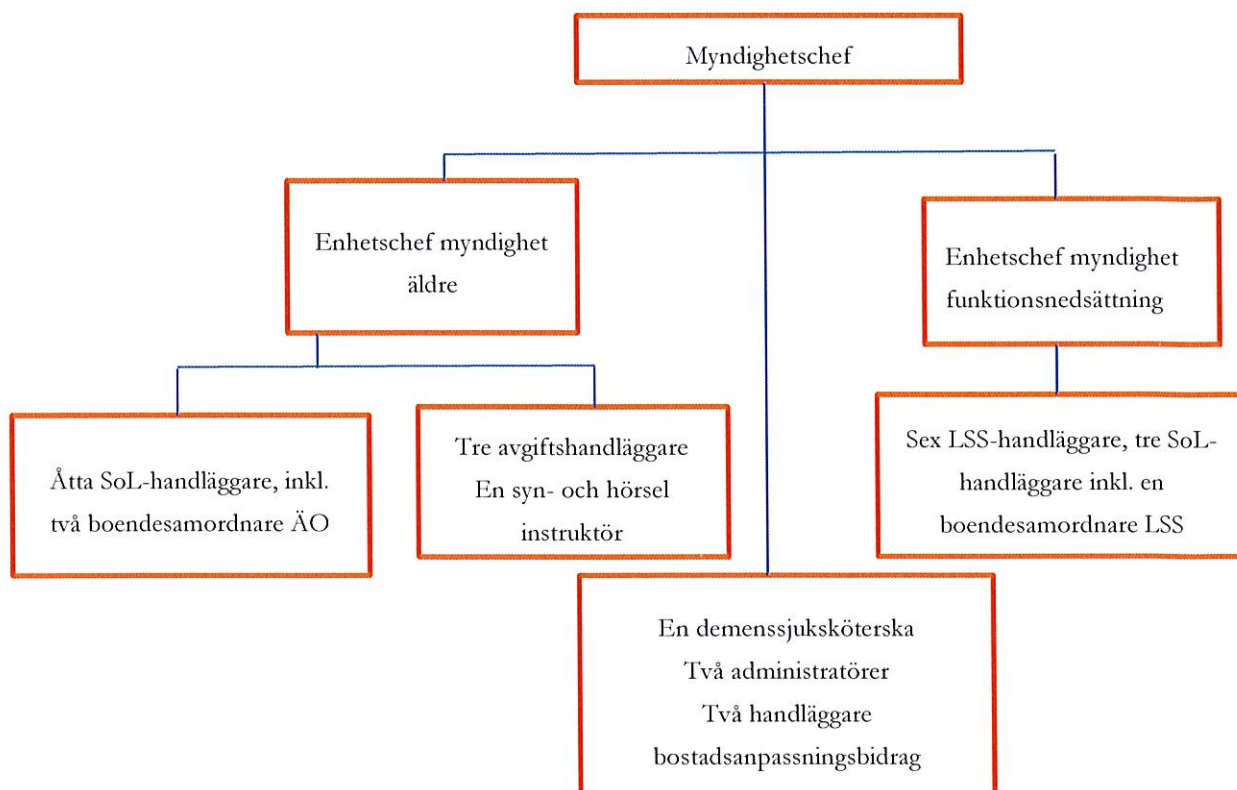
Nämndens beslut vid granskningen 2014

Socialnämnden uppdrog åt förvaltningen att återkomma med en åtgärdsplan i september 2014 om hur verksamheten skulle utvecklas och förbättras med hänsyn till resultatet av granskningen.

4 Uppföljning av temagranskning

4.1 Ny organisation

Verksamheten har sedan temagranskningen genomfördes genomgått en organisatorisk förändring. Under våren 2016 tillsattes en myndighetschef som också hade uppdraget att fungera som operativt stöd för handläggarna inom området personer med funktionsnedsättning eftersom det saknas enhetschef inom området. När uppföljningen påbörjades fanns en enhetschef för äldreomsorgens myndighetsutövning. Denna tjänst är nu vakant och rekrytering pågår.



5 Resultat

Rubrikerna nedan utgör de områden som identifierades som utvecklingsområden i temagranskningen.

5.1 Tillämpningen av den förenklade biståndsprövningen för insatsen dagverksamhet för personer är inte rättsäker.

2012 beslutade socialnämnden om en modell för handläggning av insatsen dagverksamhet för personer som har demenssjukdom, så kallad förenklad biståndsprövning¹. Modellen innebär att beslut om dagverksamhet fattas av biståndshandläggare och underlaget till den individuella bedömningen består av demenssjuksköterskans utredning.

Vid granskningen 2014 framkom det att flera personer fanns på en så kallad väntelista. Handläggarna hade inte fattat något formellt beslut, varken bifall eller avslag. Rutinen var att beslut om insatsen fattades när en plats blev ledig inom dagverksamheten. Vid temagranskningstillfället fanns cirka 30 personer som fått sitt behov av dagverksamhet utrett, men inte fått något formellt beslut om insatsen.

Vid uppföljningstillfället 2016 hade avdelningen ändrat sina rutiner vid förenklad handläggning. De följer numera rutiner för utredning enligt gällande lagstiftning och som en del i utredningen inhämtar de underlag från demenssjuksköterskan och beslutar om insats oberoende av om det finns plats tillgänglig eller inte.

5.1.1 Bedömning

De vidtagna åtgärderna innebär att beslut om dagverksamhet för personer med demenssjukdom fattas enligt gällande lagstiftning.

5.2 Uppföljning av beviljade insatser behöver påbörjas snarast.

Vid temagranskningen 2014 uttryckte handläggarna en osäkerhet om insatser som beviljats utfördes på rätt sätt. Det saknades systematiska arbetsmetoder för

¹ Dnr2012/SN0029/003

uppföljning och de som genomfördes skedde mer slumpmässigt. Rutiner för uppföljning av beviljade insatser behövde säkerställas.

I samband med att resultatet av temagranskningen presenterades, fick en av handläggarna ett särskilt uppdrag att följa upp beslutade insatser. Men av olika anledningar fungerade inte detta och handläggaren återgick snart till ordinarie arbete. Vid uppföljningen framkom att det bildats en arbetsgrupp som tillsammans med ledningen ska utarbeta ruiner för uppföljning, arbetet ska vara klart under vintern 2016/2017. Arbetsgruppen har påbörjat arbetet, men något resultat kan ännu inte ses.

Några av handläggarna dokumenterar föredömligt och det är lätt att följa händelser i ärendet. Inom äldreomsorgen ses en klar förbättring jämfört med LSS- området och socialpsykiatri, men inom alla områden saknas fullständig dokumentation avseende uppföljning och/eller samtycke. Aktgranskningen visar att det fortfarande saknas en gemensam struktur för hur beslutade insatser ska följas upp och dokumenteras. Rubriken uppföljning förekommer enbart i ett fåtal akter.

I 44 procent av de granskade akterna saknas det helt dokumentation om uppföljning.

5.2.1 Bedömning

Det saknas dokumentation om uppföljning av beslut i flera av de granskade akterna. Detta måste åtgärdas omgående.

5.3 Möjligheter för medborgarna att få kontakt med handläggarna behöver förbättras.

Vid temagranskningen framkom att ingen av biståndshandläggarna hade telefontid. De hade telefonen öppen när de var tillgängliga. Från personalen i kommunens växel framkom synpunkter om att det inte alltid var lätt att få kontakt med biståndsavdelningen.

Vid uppföljningen kan vi se att förbättringsåtgärder genomförts. För att öka tillgängligheten för medborgarna har handläggarna fasta telefontider, övrig tid svarar de när de är tillgängliga. En jourtelefon har återinförts där handläggarna kan nås dagtid. Rutinerna för ansvar vid handläggares frånvaro har förtydligats.

5.3.1 Bedömning

Avdelningen har utarbetat hållbara rutiner för att underlätta att komma i kontakt med biståndsavdelningen.

5.4 Den enskildes rätt till samordnad individuell plan måste säkerställas. Samverkan med landstinget behöver utvecklas.

Sedan januari 2010 finns en lagstadgad skyldighet i både HSL 3 f § och SoL 2 kap. 7 § som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att enskildas behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses.

I temagranskningen framkom att handläggarna upplevde att det var svårt att samverka med landstinget.

Ett utvecklingsarbete om samordnad individuell plan påbörjades under hösten 2014. Några av handläggarna inom biståndsavdelningen deltog i KSL:s länsgemensamma utbildning om SIP. Utbildningen riktade sig till personer som arbetade med vuxna och äldre i Stockholms län. Under 2014 undertecknades ett nytt BUS-dokument², där nya samverkansrutiner med landstinget upprättades. Dessutom påbörjades en översyn av gällande rutiner.

I uppföljningen framkommer att verksamheten har rutiner för hur samverkan med landstinget ska fungera. De rutiner som används utgår från ett gemensamt vägledningsdokument³ som KSL utarbetat tillsammans med representanter från bland annat brukarorganisationer, FOU enheter, kommuner och landsting. Det är främst handläggarna inom socialpsykiatri och barnhandläggare inom LSS som använder sig av SIP i sitt arbete.

Avdelningen har inte utformat några egna dokument för arbetet med SIP utan använder sig av den vägledning som utarbetats av KSL.

² BUS – Samverkan kring barn i behov av särskilt stöd.

³ <http://www.ksl.se/halsa-och-stod/publikationer/individ-och-familj/manual-for-vuxna-och-aldre-i-stockholms-lan-vagledning-for-personal.html>

5.4.1 Bedömning

Handläggarna inom socialpsykiatri och de handläggare som arbetar med barn enligt LSS har kännedom om och använder sig av KSL:s vägledning för arbete med samordnad individuell plan.

Samverkansöverenskommelse med landstinget har upprättats och den enskildes rätt till samordnad individuell plan har avsevärt förbättrats.

5.5 Systematiska och gemensamma metoder och rutiner i syfte att garantera rättssäkerheten i myndighetsutövningen behöver upprättas för hela handlägningsprocessen.

Skriftliga rutiner och checklistor för dokumentation och innehåll i akterna behöver upprättas.

Som grund för verksamhetens systematiska kvalitetsarbete finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Myndighetschefen har ansvar för att utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet inom avdelningen utifrån Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Tyresö kommuns ledningssystem används i verksamheten.

Sedan tidigare granskning genomfördes har strukturen på både avdelningsmöten och arbetsmöten förbättrats och det finns en gemensam tydlig mötesstruktur.

Under 2016 har avdelningen haft planeringsdagar då genomgång av styrkor, utvecklingsområden analyserades och en prioritering av arbetet gjordes. Handläggarna har regelbundna metodmöten där arbets- och utredningsmetoder diskuteras. De har också bildat arbetsgrupper inom områdena juridik, arbetsmetoder och riktlinjer tillsammans med socialförvaltningens stab.

Inom enheten personer över 65 år har de under året infört ICF⁴ ett nationellt instrument för klassifikation av funktionstillstånd. De har använt metodmötena för att utveckla och införa en ny arbetsmodell som innebär ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt enligt, Individens behov i centrum, IBIC⁵. Handläggarna inom äldreomsorgen skriver numera sina utredningar i en strukturerad utredningsmall som utgår från IBIC. Det innebär att det finns en tydlig struktur i utredningarna. Vid granskningen av utredningar, journalanteckningar och beslut syns en stor förbättring mot föregående granskning. Handläggarna inom funktionsnedsättningsområdet och socialpsykiatrin har av olika anledningar inte kommit igång med att utreda och dokumentera strukturerat utifrån ICF och IBIC.

Vid temagranskningen 2014 saknades information om och hur samtycke har inhämtats i stort sett i samtliga akter. Uppgifter från en annan myndighet eller utomstående får inte inhämtas utan att den enskilde lämnat sitt samtycke⁶. Det är viktigt att samtycket dokumenteras så att det inte uppstår några oklarheter om vad den enskilde samtyckt till. Ett samtycke kan när som helst återtas.

Vid den uppföljande granskningen framkom att samtycke till kontakter i samband med utredning och verkställighet inte alltid dokumenterats i de granskade akterna. Det saknades dokumentation om att samtycke inhämtats och när det lämnats i cirka 39 procent av det granskade materialet. I cirka 95 procent av de granskade akterna för området personer över 65 år fanns dock samtycket föredömligt dokumenterat.

5.5.1 Bedömning

Avdelningen behöver fortsätta att utveckla strukturerade arbetssätt inom de prioriterade områdena.

5.5.2 Bedömning

Dokumentation om och hur samtycke inhämtas saknas i flera av de granskade akterna. Detta måste åtgärdas omgående.

⁴ ICF, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, en av WHO:s huvudklassifikationer. <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/>

⁵ IBIC <http://www.socialstyrelsen.se/individensbehovicentrumibic/>

⁶ SOSFS 2014:5

6 Referenser

Socialtjänstlagen

LSS – Lagen

Individens behov i centrum, Socialstyrelsen 2016

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, socialförvaltningen Tyresö kommun
2013

*Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL,
LVU, LVM och LSS*, SOSFS 2014:5, Socialstyrelsen 2014.

Vad gör min LSS-handläggare? – Rapport från Inspektionen för vård och omsorg,
IVO.

Kunskapsguiden.se

Metoder för delaktighet och inflytande inom LSS, – FoU Södertörn, skriftserie 134/15

*Riktlinjer för biståndshandläggning enligt socialtjänstlagen inom äldreomsorgen i Tyresö
kommun*. Reviderade den 30 januari 2013, §1003, Socialnämnden Tyresö
kommun.

*Riktlinjer för handläggning av ärenden enligt lag (1003:387) om stöd och service för vissa
funktionshindrade, LSS*. Fastställda av socialnämnden den 23 februari 2013,
§ 1016

