



**Gemensam nämnd för
närvård i Frostviken**

2014-08-29

Plats och tid	Forsgården, Gäddede, kl. 10.00 – 15.00		
Beslutande	Ardis Lindman (s), ordförande Bengt Bergqvist (s) Karin Näsmark (s) Inger Jonsson (c) Mårten Jonsson (c)		
Övriga närvarande	Gunilla Mellgren, sekreterare Barbro Blom, närvårdschef		
Utses att justera	Karin Näsmark		
Justeringens plats och tid	Kommunkontoret, Strömsund, inom 14 dagar		
Underskrifter	Sekreterare Gunilla Mellgren	Paragrafer 31 - 40
	Ordförande Ardis Lindman	
	Justerare Karin Näsmark	

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag

Organ	Gemensam nämnd för närvård Frostviken		
Sammanträdesdatum	2014-08-29		
Datum då anslag sätts upp	2014-09-11	Datum då anslag tas ned	2014-10-03
Förvaringsplats för protokollet	Kommunkansliet, Strömsund		
Underskrift Lena Haglund		



§ 30

Föredragningslista

Utsänd dagordning godkänns med ändringen att målen för 2015 diskuteras före budgeten för 2015.

Som övriga frågor anmäls:

- Information om anhörigstöd
 - Information om asyl-/flyktingmottagningen i Gäddede
 - Ämne för verksamhetsredovisning på sammanträdet i oktober 2014
-



§ 31

Årsplan för återkommande ärenden på nämndens sammanträden

Närvårdsnämnden saknar i dag en tydlig årsplan för återkommande ärenden på sina sammanträden. En tydlig årsplan underlättar för nämnden att planera och följa upp sin verksamhet på ett ändamålsenligt sätt.

Nämndens sekreterare har därför tillsammans med närvårdchefen utarbetat ett förslag till årsplan. De har tagit hänsyn till upprättat förslag till ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.

Förslaget till årsplan diskuteras av nämnden och ändringar görs, bland annat flyttas augusti månads sammanträde till början av september. Ordförande sammanfattar de ändringar som nämnden enats om.

Yrkande

Ordföranden föreslår att nämnden fastställer förslaget till årsplan med de ändringar som nämnden enats om under sammanträdet.

Närvårdsnämndens beslut

Förslaget till årsplan för återkommande ärenden på nämndens sammanträden fastställs. Bilaga.

Gemensam nämnd för närvård Frostviken: Årsplan för återkommande ärenden på sammanträden

Alla sammanträden, sist på dagordningen

Övriga frågor (alltid), delegationsbeslut (om relevant) och delgivningar (om relevant).

Januari

- Preliminärt bokslut för föregående år
- Måluppfyllelse för föregående år, redovisning (ska till KS och KF)
- Verksamhets- och kvalitetsberättelse hälsoval JLL för föregående år
- Patientsäkerhetsberättelse för föregående år

Mars

- Godkännande av bokslut föregående år (ska till KS och KF)
- Verksamhetsprognos, senast aktuella
- Redovisning av sammanställning av synpunkter och klagomål, Lex Sarah och Lex Maria för föregående år
- Öppna jämförelser äldreomsorg, redovisning
- Medarbetarenkäten, redovisning
- Budget kommande år, information/ diskussion (vid behov)

Maj, början

- Verksamhetsprognos per april (ska till KS och KF)
- Måluppfyllelse per april, redovisning (ska till KS och KF)
- Information från verksamheten
- Redovisning av äldreguiden, öppna jämförelser funktionsnedsatta och öppna jämförelser läkemedel
- Budget kommande år, information/ diskussion (vid behov)
- Delrapport internkontroll

September, början

- Verksamhetsprognos per augusti (ska till KS och KF)
- Måluppfyllelse per augusti, redovisning (ska till KS och KF)
- Mål kommande år, information/ diskussion
- Budget kommande år, information/ diskussion
- Kvalitetsportalen "Bättre liv för sjuka äldre", redovisning

Oktober

- Verksamhetsprognos, senast aktuella
- Mål kommande år, beslut
- Budget kommande år, beslut
- Sammanträdesdagar kommande år, beslut
- Information från verksamheten
- Öppna jämförelse hälso- och sjukvård, redovisning

December

- Verksamhetsprognos, senast aktuella
- Internkontrollplan innevarande år, redovisning (delges KS)
- Internkontrollplan, kommande år, beslut (delges KS)

Vid få ärenden kan mötet i december ställas in. Ovanstående ärenden flyttas då till januari månads sammanträde.

Dagordningen till respektive möte kompletteras med aktuella ärenden.

§ 32

Vägvisaren - Ledningssystem för kvalitetsarbete

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd för kvalitetsarbete inom vård och omsorg, "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete", SOSFS 2011:9. Föreskrifterna ska tillämpas av verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och socialtjänstlagen. Föreskrifterna innebär att såväl socialnämnden som närvårdsnämnden ska ha ett ledningssystem för sin verksamhet.

Vård- och socialförvaltningen sammanställde under 2013 en första version av "Vägvisaren - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete". Denna första utgåva fastställdes av socialnämnden den 27 februari 2014.

Kommunens verksamhetscontroller har i samråd med ledande tjänstepersoner inom vård- och socialförvaltningen och närvårdschefen reviderat den första utgåvan av Vägvisaren. Denna andra utgåva har en ny disposition som mer tydligt inkluderar närvårdsnämnden. Den fastställdes av socialnämnden den 27 augusti 2014.

Närvårdsnämnden har fått information om arbetet vid sina sammanträden den 14 mars och 23 maj 2014.

Yrkande

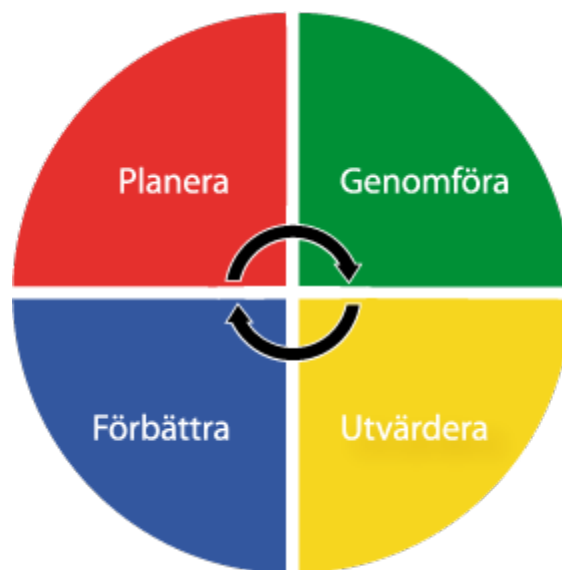
Ordföranden föreslår att nämnden fastställer förslaget till revidering av "Vägvisaren - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete".

Närvårdsnämndens beslut

Förslaget till revidering av "Vägvisaren - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" fastställs. Bilaga.

Vägvisaren

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Innehållsförteckning

1. Inledning	3
1.1 Varför ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?	3
1.2 Definition av ledningssystem	3
1.3 Definition av kvalitet	4
1.4 Tillgänglighet	4
1.5 Bemötande	5
1.6 Struktur för ledningssystemet	5
2. Planera	6
2.1 Krav och mål i lagstiftningen	6
2.2 Våra egna krav och mål	7
2.3 Vård- och socialförvaltningen har en vision med två inriktningar	7
2.4 Värdegrund för närvård Frostviken	8
2.5 Organisation	8
2.6 Processer	8
2.7 Roller och ansvarfördelning i kvalitetsarbetet	10
2.8 Riskanalyser	13
3. Genomföra	14
3.1 Kvalitetssäkring av verksamheternas processer	14
3.2 Metoder för diagnostik, vård och behandling	15
3.3 Ta emot rapporter, samla information och sammanställa	15
4. Utvärdera	16
4.1 Egenkontroll	16
4.2 Utredning av klagomål och synpunkter (avvikelser), rapporteringsskyldighet	16
5. Förbättra	18
5.1 Metoder och verktyg i förbättringsarbetet	18
5.2 Kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse	19
6. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	19
7. Samverkan med andra vård- och omsorgsgivare	20
8. Dokumentation	20
8.1 Ledningssystemet	21
8.2 Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten	21
8.3 Spårbarhet i kommunala hälso- och sjukvården och primärvården i Frostviken	22
8.4 Årlig kvalitetsberättelse	22
8.5 Patientsäkerhetsberättelse	22
8.6 Patientnämndens årsredovisning	23
9. Lagar och föreskrifter	23

Id nr: 70:20

Fastställd av: SN 2014-08-27, § 90
NVN 2014-08-29, § 32

Giltighetstid: Tills vidare
Uppdateras: 2017

Version: 2.0

1. Inledning

1.1 Varför ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?

Ett ledningssystem är ett verktyg för att kunna planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska säkerställa kvaliteten i utförda tjänster. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete behövs för att åstadkomma god kvalitet inom vård och omsorg.

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd för kvalitetsarbete inom vård och omsorg, "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete", SOSFS 2011:9. Föreskrifterna ska tillämpas av verksamheter som omfattas av:

- Hälso- och sjukvårdslagen, 31 §
- Tandvårdslagen, 16 §
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, 6 §
- Socialtjänstlagen, 3 kap 3 §

I vår kvalitetshandbok Vägvisaren beskriver vi

- Socialnämndens ledningssystem för kvalitet inom vård- och socialförvaltningens verksamhet.
- Närvårdsnämndens (Gemensam nämnd för närvård i Frostviken) ledningssystem för kvalitet inom närvård Frostvikens verksamhet.

Kvalitetshandboken är det styrande dokumentet för ledningssystemet och ska säkerställa arbetsformerna för verksamhetens kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling. Handboken ska göra det möjligt att på ett överskådligt sätt få en helhetsbild över systemet.

1.2 Definition av ledningssystem

Socialstyrelsen definierar ett ledningssystem som *ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten*. Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Systemet ska vara ett stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Id nr: 70:20

1.3 Definition av kvalitet

Socialstyrelsen beskriver kvalitet med följande definition: *att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.*

Socialstyrelsen har också identifierat kvalitetsindikatorer för socialtjänstens arbete och tillsammans med Sveriges kommuner och landsting, SKL, definierat deras betydelse. Enligt dessa ska verksamhetens tjänster:

- bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet
- utgå från en helhetssyn, vara samordnade och präglas av kontinuitet
- vara kunskapsbaserade och effektivt utförda
- vara tillgängliga och jämlikt fördelade
- vara trygga, säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen

Dessa indikatorer fungerar som utgångspunkter vid verksamhetsplanering och verksamhetsutveckling samt i allt kvalitetsarbete.

Alla medarbetare har ett ansvar för att känna till och aktivt arbeta utifrån nämndens mål, samt ett eget ansvar för att utföra sitt arbete med god kvalitet. I varje möte med kvinnor, män, flickor och pojkar synliggörs och avgörs kvaliteten.

Kvalitet kan även uttryckas som förhållandet mellan förväntning och upplevelse. Det ska vara tydligt vad de enskilda kan förvänta sig av vård- och socialförvaltningen och närvård Frostviken. De som kommer i kontakt med verksamheterna bedömer kvaliteten på arbetet i förhållande till vad de har förväntat sig.

1.4 Tillgänglighet

Den samlade socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården och primärvården i Frostviken ska vara lättillgänglig. Begreppet tillgänglighet ska tolkas i vid bemärkelse. Med tillgänglighet avses bl.a. tillgänglighet till beviljade insatser, till lokaler och byggnader, hur besök genomförs och hur information om verksamheten ges. Det är angeläget att undersöka vad kvinnor och män, flickor och pojkar inom olika målgrupper anser om tillgängligheten.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner, metoder och arbetsätt för hur verksamheten ska göras tillgänglig.

Id nr: 70:20

Rutiner och andra styrande dokument

- Landstingets tillgänglighetskrav på vårdgivare i hälsoval Jämtlands län
- Kommunens tillgänglighetsplan för personer med funktionsnedsättning
- Brukarundersökningar om tillgänglighet
- Information om tillgänglighet redovisas på kommunens hemsida och i foldrar och broschyrer
- Rutin för synpunkter, förslag och klagomål

1.5 Bemötande

*Medarbetare ska respektera den enskilda kvinnans och mannens, flickans och poj-
kens värdighet och integritet. Enskilda och anhöriga ska vara delaktiga i frågor
som rör insatser och vård. I ett gott bemötande ingår även hur information om
verksamheten och insatserna/vården ges. Information ska även ges om att det
finns rutiner för att ta tillvara förslag, synpunkter och klagomål.*

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att

- den enskildes värdighet och integritet respekteras
- enskilda och anhöriga visas omtanke och respekt oavsett till exempel ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning
- enskilda och anhöriga informeras och görs delaktiga om det inte finns hinder för detta enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller i patientsäkerhetslagen (2010:659)

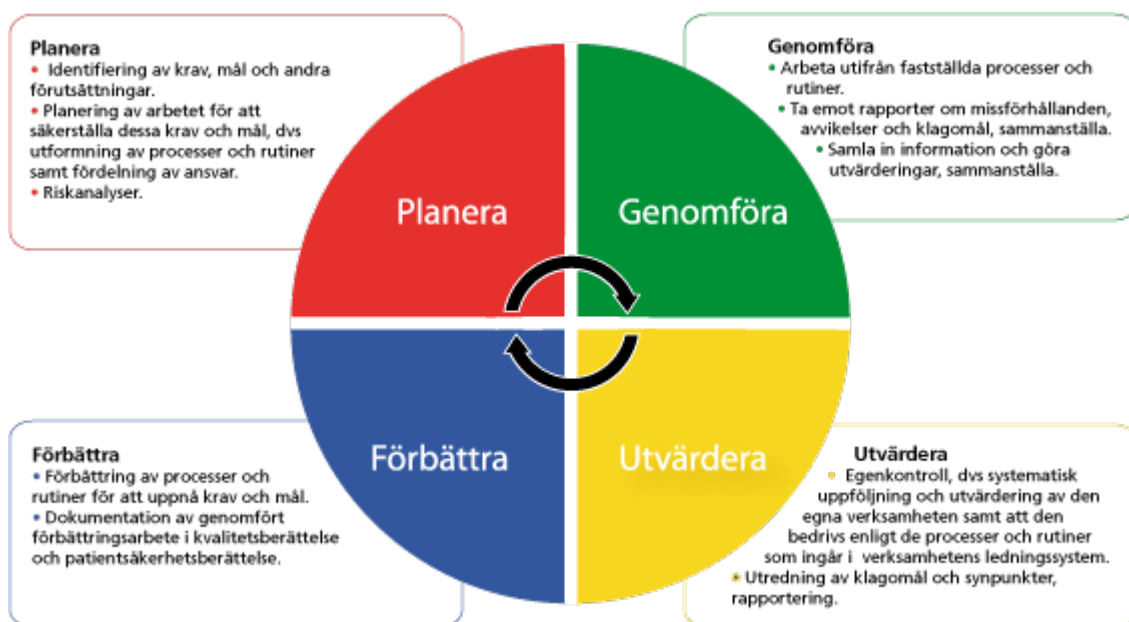
Rutiner och andra styrande dokument

- Information från patientnämnden
- Brukarundersökningar
- Rutin för förslag, synpunkter och klagomål
- Rutin för rapportering av avvikelshantering och missförhållanden
- Rutin för förhandsbedömning

1.6 Struktur för ledningssystemet

I den här kvalitetshandboken ges en översiktlig beskrivning av vårt ledningssystem. Detaljerade beskrivningar av processer, aktiviteter och rutiner finns på kommunens intranät.

Id nr: 70:20



Bilden visar grunden i uppbygganden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet. Pilarna visar på fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. Underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma fram direkt under varje fas.

I kommande avsnitt beskriver vi hur vi arbetar i faserna:

- Planera, se avsnitt 2
- Genomföra, se avsnitt 3
- Utföra, se avsnitt 4
- Förbättra, se avsnitt 5

2. Planera

Planeringen omfattar

- Identifiering av krav, mål och andra förutsättningar
- Planering av arbetet för att säkerställa dessa krav och mål, dvs. utformning av processer och rutiner samt fördelning av ansvar
- Riskanalyser

2.1 Krav och mål i lagstiftningen

Socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) har alla en liknande skrivelse att verksamheten ska vara av god kvalitet och att verksamheten systematiskt ska utvecklas och säkras. I de tre lagarna finns också krav på personalens kompetens.

Id nr: 70:20

Andra viktiga lagkrav som skapar förutsättningar för verksamheters kvalitetsarbete är att arbetet inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och LSS ska bygga på respekt för kvinnors och mäns, flickors och pojkars självbestämmande och integritet.

2.2 Våra egna krav och mål

Socialnämnden och närvårdsnämnden har valt att uttrycka sin politiska viljeinriktning i ett antal inriktnings- och effektmål. Alla effektmål som berör individer ska om möjligt vara könsuppdelade. Utifrån den politiska viljeinriktningen tar varje förvaltning/område fram sin egen verksamhetsplan. Nämndernas mål finns på intranätet.

Nämnderna ansvarar för uppföljningen. Rapporteringen ska innehålla viktiga mätresultat med framförallt analyser, slutsatser och kommentarer som förklarar resultatet och vad det betyder för den egna verksamheten och Strömsunds kommun som helhet.

Kommunfullmäktige tar beslut om politiska prioriteringar. Kommunfullmäktiges antagna politiska prioriteringar finns uttryckta i ett antal inriktningsmål. Varje nämnd ska värdera fullmäktiges politiska prioriteringar och hur de påverkar verksamheten och budgeten. Nämnden kan komplettera fullmäktiges inriktningsmål med egna nämndspecifika inriktningsmål.

Strömsunds kommun har genom beslut i kommunfullmäktige i december 2006 undertecknat CEMRs deklARATION för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå. Genom undertecknandet har kommunen anslutit sig till deklARATIONENS sex principer och förbundit sig att verka för ett förverkligande av dessa. I deklARATIONEN finns 30 artiklar som konkretiserar målen.

2.3 Vård- och socialförvaltningen har en vision med två inriktningar

De kvinnor och män, flickor och pojkar som bor och vistas i kommunen är trygga i sina dagliga liv därför att de vet att vård- och socialförvaltningens medarbetare ger stöd, skydd och hjälp som de behöver och har rätt till.

Jag som arbetar i vård- och socialförvaltningen i Strömsunds kommun är stolt och glad över att jag gör ett bra jobb. Jag vet att det är min kompetens och arbetsinsats som gör det möjligt för de som vistas i kommunen att vara trygga och bekräftade där de bor. Jag är uppskattad och jag vet att arbetsledningen ser min insats och är nöjd med den.

Id nr: 70:20

2.4 Värdegrund för närvård Frostviken

Vårt arbete består av ständiga möten med flickor och pojkar, kvinnor och män. Vårt förhållningssätt till dessa människor ska kännetecknas av respekt för individen och professionalism.

I mötet med människor utgår vi från en humanistisk människosyn. Vi menar att alla människor har samma värde, samma rätt att påverka sin situation och samma rätt till hjälp och stöd.

Vår uppgift är att vara lyhörda för vars och ens behov, att se hela människan och den situation hon befinner sig i. Vi ska möta människor med empati och omtanke. De ska kunna lita på vår strävan att se, lyssna och förstå.

De värderingar som kommer till uttryck i den humanistiska människosynen återkommer i lagar som styr vårt arbete. Där finns begreppen självbestämmande, integritet, trygghet, värdighet, respekt, kontinuitet, flexibilitet och helhetssyn.

Vi sammanfattar de här begreppen i ett enda ord: människovärde.

2.5 Organisation

Respektive nämnd ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet som fastställer grundprinciperna för ledning av verksamheten, ställer upp mål samt följer upp och utvärderar dessa mål.

Ledningssystemet för kvalitet ska integreras med det befintliga system för målstyrning samt den budget- och verksamhetsplanering som nämnden har. Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet, som nämnden upphandlar tjänster av eller har avtal med.

För att kvalitetsarbetet ska kunna bedrivas systematiskt måste det finnas en angiven fördelning av ansvar och befogenheter. Respektive nämnds delegation av beslutanderätt framgår av nämndens delegationsordning

2.6 Processer

Vård- och socialförvaltningen har tre huvudprocesser utifrån lagstiftningen:

- Handläggning enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- Verkställighet enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Id nr: 70:20

- Åtgärder enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Närvård Frostviken har två huvudprocesser utifrån lagstiftningen:

- Verkställighet enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- Åtgärder enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Dessutom finns ett antal stödprocesser.

Aktiviteter i processen "Handläggning enligt socialtjänstlagen och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade"

- Anmälan eller ansökan
- Samtycke
- Utredning
- Bedömning
- Beslut enligt delegation; vid bifall vidare till verkställighet, vid avslag information om överklagning
- Genom hela processen dokumentation

Aktiviteter i processen "Verkställighet enligt socialtjänstlagen och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade"

- Planering
- Genomförande
- Uppföljning
- Utvärdering av resultat
- Genom hela processen dokumentation

Aktiviteter i processen "Åtgärder enligt hälso- och sjukvårdslagen"

- Identifiering av behov hos den enskilde
- Samtycke
- Utredning
- Bedömning om behov och vårdnivå
- Om hemsjukvård, planering av åtgärder
- Utföra åtgärder; den legitimerade själv eller genom delegation
- Uppföljning
- Utvärdering av resultat
- Genom hela processen dokumentation

Vård- och socialförvaltningen har organiserat sin verksamhet i fyra områden: biståndsenhet, individ- och familjeomsorg, omsorger om personer med funktionsnedsättning och äldreomsorg.

Id nr: 70:20

Närvård Frostviken har organiserat sin verksamhet i fyra områden: äldreomsorg, hälsocentral, ambulansverksamhet och omsorger om personer med funktionsnedsättning.

2.7 Roller och ansvarfördelning i kvalitetsarbetet

Socialnämnden och närvårdsnämnden, tillika vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen, ansvarar inom sina respektive områden för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och har ett övergripande ansvar för:

- Att ledningssystemet integreras med de befintliga system för budget- och verksamhetsplanering som nämnden har
- att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen
- att ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och processer som säkerställer kvaliteten
- att ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet är så utformat att processerna fungerar verksamhetsöverskridande
- att följa de avsnitt i hälso- och sjukvårdslagen samt de förordningar och föreskrifter som anger vårdgivarens ansvar, se förteckningen sist i dokumentet
- att verksamheten är organiserad så att hög patientsäkerhet och god kvalitet kan upprätthållas samt ge förutsättningar för detta
- att utse verksamhetschef enligt § 29 i hälso- och sjukvårdslagen

Socialchef och närvårdschef, båda tillika verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, ansvarar för:

- att inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- att mål för verksamheten formuleras och för att dessa nås
- att upprätta en övergripande verksamhetsplan för förvaltningen/avdelningen
- uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården
- att kommunicera och omsätta nämndens övergripande mål och förvaltningens/avdelningens strategier inom hela förvaltningen/avdelningen
- att följa de avsnitt i hälso- och sjukvårdslagen, samt de förordningar och föreskrifter som anger verksamhetschefens ansvar, se förteckningen sist i dokumentet

Id nr: 70:20

- att utse vem som har förskrivningsrätt avseende kostnadsfria förbrukningsartiklar vid inkontinens, diabetes och stomi (SOSFS 2008:1)
- att utse vem som har förskrivningsrätt avseende medicintekniska produkter (SOSFS 2008:1)
- att utse vem som har förskrivningsrätt avseende vissa läkemedel (SOSFS 2001:16)
- anmälan till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) om allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande (Lex Sarah, SFS 2001:453, SoL)

Närvårdchefen ansvarar dessutom för:

- att föra dialog i samrådsorgan (t.ex. lokala brukarsamråd) med representanter för målgrupperna
- att göra en ansvarsfördelning inom avdelningen
- att kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom avdelningen
- att föra dialog med kvinnor och män, flickor och pojkar som får sina insatser inom avdelningen, samt med anhöriga, om verksamhetens utveckling och resultat
- att inbjuda till anhörigträffar
- att vara tillgänglig för de som får sina insatser inom avdelningen för att underlätta deras möjlighet att påverka kvaliteten
- att skapa förutsättningar för underställda medarbetare att i vardagen reflektera kring kvalitet
- att inom avdelningen följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera kvalitetsarbetet
- att tillsammans med medarbetarna, utveckla och förbättra arbetsmetoder för att tillgodose enskildas individuella behov

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) utses av kommunstyrelsen och ansvarar för:

- att följa de avsnitt i hälso- och sjukvårdslagen samt de förordningar och föreskrifter som anger MAS ansvar, se förteckningen sist i dokumentet
- att anmäla till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) när någon i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom, delegerat från socialnämnden och närvårdsnämnden (Lex Maria, SOSFS 2005:28),
- att vara anmälningsansvarig avseende negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter, delegerat från socialnämnden och närvårdsnämnden (SOSFS 2008:1)

Id nr: 70:20

Områdescheferna inom vård- och socialförvaltningen har det övergripande kvalitetsansvaret inom sina verksamhetsområden.

Detta innebär att:

- upprätta och revidera en årlig verksamhetsplan
- inom sitt verksamhetsområde bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete
- göra en ansvarsfördelning inom sitt verksamhetsområde
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde
- föra dialog i samrådsorgan (ex kommunala pensionärsrådet, tillgänglighetsrådet, lokala brukarsamråd) med representanter för målgrupperna
- skapa förutsättningar för underställda chefer och medarbetare att i vardagen analysera och reflektera över kvalitet och resultat
- inom sitt verksamhetsområde följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera kvalitetsarbetet

Enhetscheferna inom vård- och socialförvaltningen leder kvalitetsarbetet inom sin enhet.

Detta innebär att:

- genom bemötande och personligt engagemang vara föredöme i ett kvalitetsarbete
- inom sin enhet bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete
- göra en ansvarsfördelning inom sin enhet
- kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sin enhet
- föra dialog med kvinnor och män, flickor och pojkar som får sina insatser inom enheten, samt med anhöriga, om verksamhetens utveckling och resultat
- inbjuda till anhörigträffar
- vara tillgänglig för de som får sina insatser inom enheten för att underlätta deras möjlighet att påverka kvaliteten
- skapa förutsättningar för underställda medarbetare att i vardagen reflektera kring kvalitet
- inom sin enhet följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera kvalitetsarbetet
- tillsammans med medarbetarna, utveckla och förbättra arbetsmetoder för att tillgodose enskildas individuella behov

Id nr: 70:20

Alla medarbetare inom vård- och socialförvaltningen och närvård Frostviken

Ska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att:

- skapa förtroende och god kvalitet vid varje möte med kvinnor och män, flickor och pojkar samt anhöriga
- delta i framtagande och vidareutveckling av rutiner och metoder
- tillämpa gällande rutiner och följa instruktioner och riktlinjer
- delta i uppföljning av mål och resultat
- rapportera fel och brister, risk för missförhållanden/missförhållanden avvikelser i vården, förslag, förslag, synpunkter och klagomål
- delta i avvikelse- och riskhantering

Externa utförare

- ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:09
- är ansvariga för att informera berörd nämnd om resultatet av företagens kvalitetsuppföljningar

2.8 Riskanalyser

Inför förändringar, exempelvis organisationsförändringar, införande av ny teknik eller nya metoder är det viktigt att göra en riskanalys. Baserat på denna kartläggning ska sedan åtgärder sättas in för att minimera riskerna.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att

- identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten
- göra en riskbedömning vid planerade förändringar i verksamheten
- göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten
- åtgärda orsakerna till riskerna

Rutiner och andra styrande dokument

- Rutin för risk- och väsentlighetsanalys vid planerade verksamhetsförändringar. Sammanställs årsvis på individ- och gruppnivå i verksamheten och totalt.
- Information, rutiner och blanketter om systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM), se intranätet. Uppföljning sker i led från medarbetare till chef enligt fastställda rutiner årligen.
- Strömsunds kommuns reglemente och riktlinjer för internkontroll (författningssamlingen, kommunens hemsida)

Id nr: 70:20

3. Genomföra

Genomförandet omfattar

- Arbeta utifrån fastställda processer och rutiner
- Ta emot rapporter om missförhållanden, avvikelser och klagomål, sammanställa
- Samla in information och göra utvärderingar, sammanställa

3.1 Kvalitetssäkring av verksamheternas processer

Kvalitetsutveckling av sociala tjänster, stöd till funktionsnedsatta och hälso- och sjukvård består dels av att förbättra existerande tjänster, men också att konstruera nya tjänster för att tillfredsställa de behov som kvinnor och män, flickor och pojkar som bor och vistas i kommunen har.

De som bor och vistas i kommunen ska känna till och förstå hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården arbetar samt hur stödet till funktionsnedsatta utförs. Det ökar deras möjligheter till aktiva val, inflytande och delaktighet. Beskrivningen av tjänsterna utgör även en vägledning för medarbetare och samarbetspartners.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att

- det finns ett system för att identifiera, beskriva och fastställa verksamhetens processer
- processer och rutiner är kända och följs
- analyser görs av hur tjänsterna svarar mot enskilda och gruppers behov samt mot lagstiftningens krav
- resultatet av analyser, forskning och erfarenheter från bl.a. tillsynsverksamhet ligger till grund för arbetet med att utveckla och säkra tjänsternas kvalitet

Rutiner och andra styrande dokument

- Landstingets krav i hälsoval Jämtlands län
- samverkansavtal mellan kommunen och landstinget gällande gemensam nämnd för närvård i Frostviken
- Värdighetsgarantier
- Brukarundersökningar, både egna och genomförda av externa
- Rutin för förslag, synpunkter och klagomål
- Rutin för avvikelshantering/Lex Maria
- Rutin för rapportering om missförhållanden/Lex Sarah
- Tillsynsmyndigheters granskningar och rapporter
- Nämndens plan för internkontroll och uppföljning
- Förvaltningens/avdelningens plan för egenkontroll och uppföljning

Id nr: 70:20

3.2 Metoder för diagnostik, vård och behandling

I ledningssystemet ska ingå dokumenterade rutiner för att styra och utovärdera introduktion, tillämpning och avveckling av metoder för diagnostik, vård och behandling.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att

- säkerställa patientsäkerheten när nya metoder för diagnostik, vård och behandling provas ut och introduceras
- tillämpa fastställda metoder, kontinuerligt följa upp dem och vid behov revidera
- specificera vilka åtgärder som ska vidtas när tillämpningen av metoderna behöver förändras och inaktuella metoder ska identifieras och avvecklas
- bevaka nya författningar, rekommendationer och forskningsresultat
- använda riskanalys vid förändring av behov, teknologi och resurser. Se även "Riskanalyser" avsnitt 2.8.

Rutiner och andra styrande dokument

- Nationella vårdprogram, metoder och kvalitetsregister
- Länsgemensamma och lokala hälso- och sjukvårdsrutiner
- Rutiner för riskbedömningar på individnivå

3.3 Ta emot rapporter, samla information och sammanställa

Rutiner för rapportering av avvikelser och missförhållanden/Lex Sarah, klagomål och synpunkter finns på intranätet.

Rapportering av negativa händelser och tillbud är en skyldighet och ett ansvar för alla medarbetare i verksamheten. Detta utgör en av grunderna för förbättrad säkerhet. Riskanalys ska göras för att förebygga att liknande händelser inträffar igen. Det är viktigt att sammanställa och analysera missförhållanden och avvikelser, att ge återkoppling till medarbetarna, liksom att sprida kunskap till andra verksamheter.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att

- identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud
- fastställa, åtgärda, följa upp och återföra negativa och positiva erfarenheter till verksamhetens medarbetare och andra
- använda erfarenheterna i det förebyggande riskhanteringsarbetet
- anmäla till myndigheter i enlighet med gällande författningar

Id nr: 70:20

Rutiner och andra styrande dokument

- Rutin för avvikelshantering och Lex Maria
- Rutin för rapportering av missförhållanden och Lex Sarah
- Rutin för hantering av avvikelser mellan Jämtlands läns landsting och länets kommuner
- Sammanställning av egenkontroll, redovisas i ledningsgrupp
- Sammanställning av rapporterade missförhållanden/Lex Sarah, redovisas för nämnden och förvaltningen/avdelningen
- Sammanställning av avvikelser i vården/Lex Maria redovisas för nämnden och förvaltningen/avdelningen
- Årlig kvalitetsberättelse
- Årlig patientsäkerhetsberättelse

4. Utvärdera

Utvärderingen omfattar

- **Egenkontroll, dvs. systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.**
- **Utredning av klagomål och synpunkter, rapportering.**

4.1 Egenkontroll

Verksamheten upprättar årligen en egenkontrollplan där processer och rutiner som är viktiga för verksamheten kontrolleras. Ansvar för att genomföra kontrollerna fördelas i planen. Resultatet av genomförd egenkontroll redovisas i ledningsgruppen under första kvartalet samt i kvalitetsberättelsen.

Rutiner och andra styrande dokument

- Årlig plan för egenkontroll och uppföljning

4.2 Utredning av klagomål och synpunkter (avvikelser), rapporterings- skyldighet

Möjligheten att lämna synpunkter på den samlade socialtjänstens verksamhet, stödet till funktionsnedsatta och hälso- och sjukvården har en demokratisk dimension. Det är viktigt att fånga in åsikter om utförda tjänster för en förbättrad verksamhet. För att hanteringen av förslag, synpunkter och klagomål ska leda till höjd kvalitet och säkerhet finns det rutiner för att samla in och använda informationen. Det ska vara enkelt att lämna synpunkter och det ska kunna göras på flera olika sätt.

Id nr: 70:20

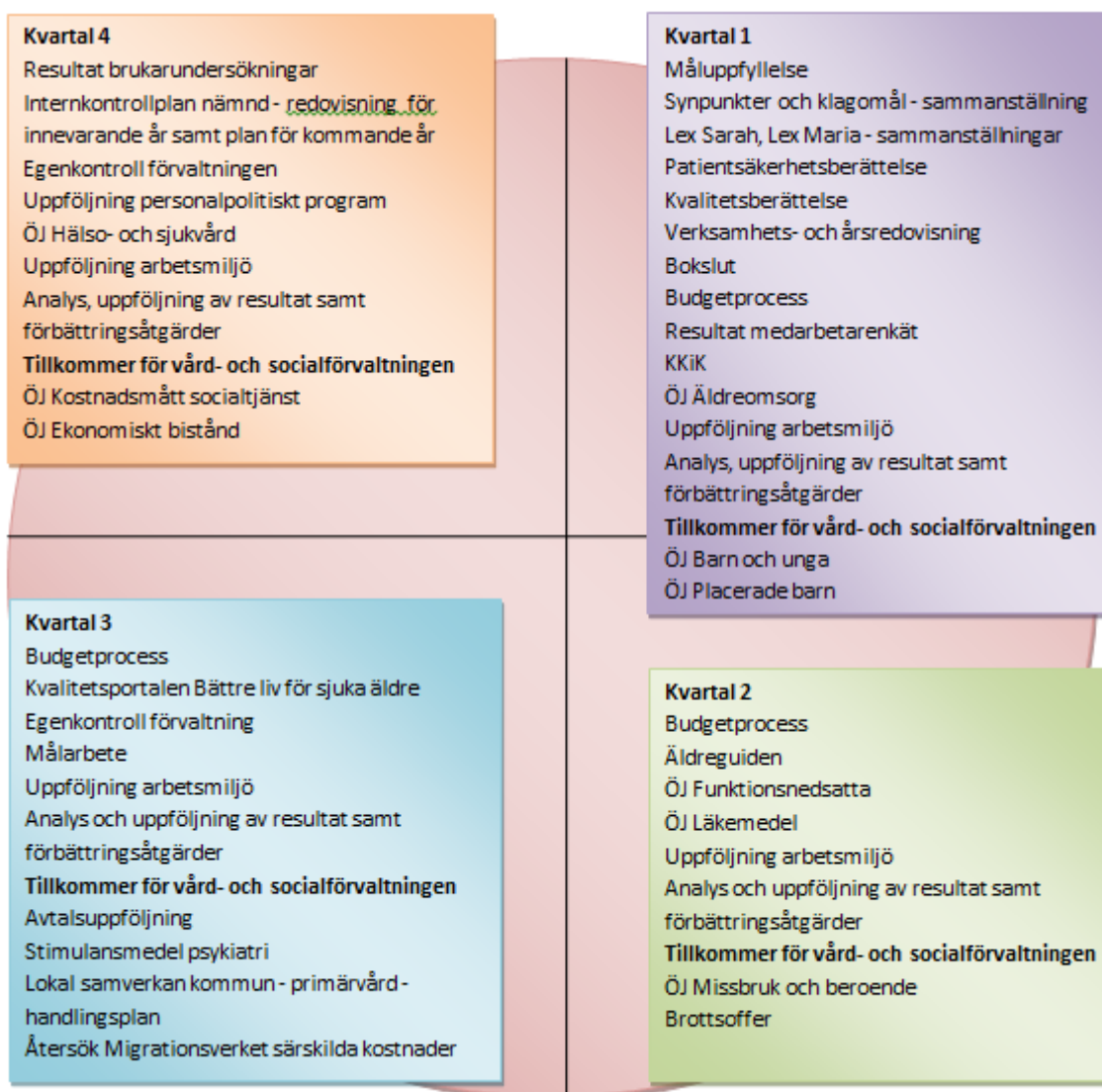
Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att

- ta emot och utreda förslag, synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet från enskilda kvinnor och män, deras anhöriga, föreningar och andra intressenter
- förebygga fel och brister, utveckla verksamheten och identifiera nya eller ej tillgodosedda behov

Rutiner och andra styrande dokument

- Rutin för förslag, synpunkter och klagomål
- Sammanställning av inkomna förslag, synpunkter och klagomål
- Rapporter från undersökningar om den enskildes uppfattning om verksamheten, egna och externt producerade
- Andra undersökningar, egna och externt producerade

4.3 Årshjul för mätningar, rapporter och sammanställningar



Id nr: 70:20

5. Förbättra

Förbättringen omfattar

- **Förbättring av processer och rutiner för att uppnå krav och mål.**
- **Dokumentation av genomfört förbättringsarbete i kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.**

5.1 Metoder och verktyg i förbättringsarbetet

Verksamheten använder ett antal metoder och verktyg som tillsammans förväntas garantera en god kvalitet och medverka i en kontinuerlig utveckling av verksamheten.

Metoder och verktyg, exempel som används av båda verksamheterna

- **Årshjul:** Planerade återkommande aktiviteter läggs in i en tidsaxel över året.
- **Brukarundersökningar:** Enkäter, intervjuer eller observationer. Nationella och interna. Resultat redovisas om möjligt per kön.
- **Synpunkts- och klagomålshantering:** Rutiner för hur vi hanterar klagomål och synpunkter. Redovisas könsuppdelat.
- **Senior alert:** Är ett nationellt kvalitetsregister för de mest sjuka äldre. Alla steg i den vårdpreventiva processen ska registreras. Är ett hjälpmedel för ett systematiskt arbetssätt, för uppföljning av resultat och jämförelse med andra i riket.
- **Palliativregistret:** Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar av vården av en person i livets slutskede. Resultatet används för att se vilken kvalitet som vården håller, vad som behöver förbättras och uppföljning av genomförda förbättringar.
- **Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD):** Registrets syfte är att minska BPSD och lidandet som detta medför, dvs. ge en ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom.

Metoder och verktyg, exempel som används enbart av närvård Frostviken

- **NDR, nationella diabetesregistret:** Är ett hjälpmedel för ett systematiskt arbetssätt vid diabetesvård.
- **SVEDEM, svenskt demensregister:** Används för att utveckla demensvården.

Id nr: 70:20

Metoder och verktyg, exempel som används enbart av vård- och socialförvaltningen

- **BBiC, (Barns Behov i Centrum):** Ett enhetligt system för handläggning och dokumentation av insatser till barn och ungdomar. Statistik redovisas om möjligt per kön.
- **ASI, (Addiction Severity Index):** En strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem. Statistik redovisas om möjligt per kön.

5.2 Kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse

Innehåll och hantering beskrivs i avsnitt 8.

6. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Anställda kvinnor och män är socialtjänstens, den kommunala hälso- och sjukvårdens och primärvården i Frostvikens viktigaste tillgång. Det är viktigt att deras kompetens utvecklas kontinuerligt. Genom att identifiera utbildningsbehov och ge möjligheter för regelbunden fortbildning och kompetensutveckling kan verksamhetens utveckling säkras. God introduktion av alla nya medarbetare är av största vikt.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att

- det finns den bemanning som behövs för att utföra uppdraget inom den samlade socialtjänstens verksamhetsområde, den kommunala hemsjukvården och primärvården i Frostviken
- det finns planer för medarbetares kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov och kunskapsutvecklingen inom verksamhetsområdet
- vid rekrytering säkerställa att nya medarbetare har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna
- definiera medarbetares ansvar och befogenheter

Rutiner och andra styrande dokument

Kommunövergripande

- Strömsunds kommuns personalpolitiska program (PPP)
- Riktlinjer och rutiner för lönesättning vid nyanställning
- Rutin för resultat- och utvecklingssamtal (RUS)

Id nr: 70:20

Specifika för den samlade socialtjänstens verksamhetsområden, den kommunala hemsjukvården och primärvården i Frostviken

- Lagar som anger krav på kompetens och behörighet; SoL, LSS och patientsäkerhetslagen
- Författningar från socialstyrelsen som anger krav på kompetens och behörighet; 2006:14 (barn och unga), 2011:12 (äldre) och 2008:32 (funktionshinder)
- Rutiner för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

7. Samverkan med andra vård- och omsorgsgivare

Många som kommer i kontakt med den samlade socialtjänstens verksamhetsområden, den kommunala hälso- och sjukvården och primärvården i Frostviken har sammansatta behov, vilket kräver en fungerande samverkan såväl internt som externt. Samverkan är en lagstadgad skyldighet och en förutsättning för att den enskilda kvinnans och mannens, flickans och pojakens behov ska kunna tillgodoses.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att tydliggöra

- ansvaret för samarbete, planering och informationsöverföring vid insatser till enskilda och i vården av enskilda
- hur samverkan ska bedrivas inom och mellan nämnder, samt med myndigheter och andra aktörer med beaktande av bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och bestämmelserna om tystnadsplikt i HSL, SoL eller LSS
- hur samverkan ska bedrivas i processer internt och externt mellan olika funktioner och verksamheter, om det inte finns hinder för detta i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Rutiner och andra styrande dokument

- Samverkansavtal mellan Regionförbundet Jämtland och Jämtlands läns landsting,
<http://jll.se/politikochinsyn/samverkankommunlandsting/svom.4.a212511344a664fef8000287.html>
- Rutin för intern samordnad individuell plan (ISIP)
- Rutin för sammanställning av förslag, synpunkter och klagomål
- Handbok för analys av resultat i "Öppna jämförelser"

8. Dokumentation

Ledningssystemet och det systematiska förbättringsarbetet ska dokumenteras.

Id nr: 70:20

8.1 Ledningssystemet

Denna kvalitetshandbok och underliggande rutiner i kvalitetsledningssystemet publiceras på kommunens intranät.

Dokumenterna "Att ta fram styrande dokument i vård- och socialförvaltningens kvalitetssystem" och "Att ta fram styrande dokument i närvård Frostvikens kvalitetssystem" anger hur rutiner (instruktioner, riktlinjer, mallar, checklistor) och blanketter ska utformas, hur de ska publiceras samt hur ansvaret för detta är fördelat.

Övergripande styrande dokument finns i författningssamlingen på kommunens hemsida och i informationsbanken på intranätet.

8.2 Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten

Alla kvinnors och mäns, flickor och pojkars rättsäkerhet och medverkan är grundläggande i hela processen från ansökan, till beslut och genomförande av insatser inom socialtjänsten. Handläggning och dokumentation är en central uppgift inom socialtjänsten och regleras i ett flertal olika bestämmelser.

Rutinerna omfattar när en utredning ska inledas, hur olika typer av utredningar ska genomföras, hur målen för en planerad eller beslutad insats ska formuleras, hur beslut ska formuleras samt hur ett överklagande ska hanteras.

Kvalitetsledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att

- handlägga och dokumentera ett ärende
- dokumentera genomförandet av en beslutad insats
- lämna uppgifter mellan den som fattar beslut om en insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av en insats
- följa upp och utvärdera beslutad insats

Rutiner och andra styrande dokument

- Nämndens delegationsordning
- Rutiner, mallar och checklistor för handläggning och dokumentation inom myndighetsutövning
- Rutin för dokumentation i verkställighet
- Förvaltningens/avdelningens rutin och checklista för LVU/LVM
- Dokumenthanteringsplan för socialnämnden och närvårdsnämnden
- Förvaltningens/avdelningens dokumenthanteringsplan
- Rutin för överklagande

Id nr: 70:20

8.3 Spårbarhet i kommunala hälso- och sjukvården och primärvården i Frostviken

Med spårbarhet menas att åtgärder rörande en enskild kvinna eller man, flicka eller pojke ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård. Den ska kunna användas för uppföljning av hur behandlingen genomförts och om den gett avsett resultat.

I patientdatalagen finns bestämmelser om journalföring, dokumentation och spårbarhet.

Ledningssystemet säkrar att det finns rutiner för att

- i dokumentationen kunna identifiera och spåra alla åtgärder som rör en enskild

Rutiner och andra styrande dokument

- Rutin för journalföring och annan dokumentation
- Hälsoplaner
- Rutin för dokumentation i patientuppföljning
- Rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Förvaltningens/avdelningens dokumenthanteringsplan

8.4 Årlig kvalitetsberättelse

Av den årliga kvalitetsberättelsen ska det framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår. Det ska även framgå vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra kvaliteten och vilka resultat som har uppnåtts.

Vård- och socialförvaltningens kvalitetsberättelse upprättas av förvaltningens kvalitetsutvecklare. Den delges socialnämnden och läggs ut publikt på kommunens hemsida.

Kvalitetsberättelsen för närvård Frostviken upprättas av närvårdschefen och delges närvårdsnämnden.

8.5 Patientsäkerhetsberättelse

Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Id nr: 70:20

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att beskriva det systematiska patientsäkerhetsarbetet hos vårdgivaren. I vårdgivarens patientsäkerhetsberättelse publiceras sammanfattning av den analys som har gjorts som tillhör området patientsäkerhet och hur

- det systematiska förbättringsarbetet bedrivits under föregående år
- ansvaret för patientsäkerhetsarbetet fördelats
- egenkontroll har följts upp och utvärderats
- samverkan skett i syfte att förebygga vårdskada
- risker för vårdskador har hanterats
- avvikelserapporter har hanterats
- synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
- många händelser som utretts och anmälts enligt Lex Maria till Inspektionen för vård- och omsorg IVO
- många vårdskador som bedömts som allvarliga

Patientsäkerhetsberättelsen upprättas av verksamhetschef för hälso- och sjukvård i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska och delges berörd nämnd.

8.6 Patientnämndens årsredovisning

Redovisningen analyseras av verksamhetens ledningen och delges socialnämnden och närvårdsnämnden.

9. Lagar och föreskrifter

Lagar och förordningar

SFS 2010:1369 Patientsäkerhetsförordning

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag

SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslag

SFS 2008:355 Patientdatalagen

SFS 2001:453 Socialtjänstlag (SoL)

SFS 1996:933 Förordning om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården

SFS 1993:387 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag (HSL)

Id nr: 70:20

Föreskrifter och allmänna råd från socialstyrelsen

- SOSFS 2013:27 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2012:12) om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden
- SOSFS 2012:12 Ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden
- SOSFS 2012:9 Ändring av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
- SOSFS 2012:3 Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre
- SOSFS 2011:12 Grundläggande kunskaper hos medarbetare som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre
- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- SOSFS 2008:32 Personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder
- SOSFS 2008:14 Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
- SOSFS 2008:1 Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården
- SOSFS 2006:14 Personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som rör barn och unga
- SOSFS 2006:5 Dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS
- SOSFS 2005:28 Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria
- SOSFS 2005:27 Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård
- SOSFS 2001:16 Kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel
- SOSFS 2000:1 Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
- SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
- SOSFS 1997:10 Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård
- SOSFS 1997:8 Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård



§ 33

Delegation av beslutanderätt

Närvårdsnämnden beslöt vid sitt sammanträde den 30 augusti 2013, § 35, att delegera beslutsbefogenheter enligt upprättat förslag till delegationsordning. Enligt beslutad delegationsordning ska en översyn göras inom ett år från fastställandet.

Närvårdschefen har granskat och uppdaterat gällande delegationsordning.

Yrkande

Ordföranden föreslår att nämnden fastställer förslaget till delegation av beslutanderätt.

Närvårdsnämndens beslut

Förslaget till delegation av närvårdsnämndens beslutanderätt fastställs. Bilaga.

Titel: Närvårdsnämndens delegation av beslutanderätt

Id nr: 7:6B
Version: 2.0

Typ: Delegation
Fastställt: NVN 2014-08-29, § 33

Giltighetstid: Tills vidare
Uppdateras: 2017

Gemensam nämnd för närvård i Frostviken, delegation av beslutanderätt

Innehållsförteckning

1. Giltighet
2. Ansvar
3. Anmälan av delegationsbeslut och vidaredelegering
4. Ersättare för delegat
5. Äldreomsorg, vård och stöd till funktionsnedsatta.
6. Patientsäkerhet
7. Arkivering och sekretess
8. Yttranden och anmälningar
9. Avtal
10. Delegater och referenser

1. Giltighet

Delegering innebär att överföra självständig beslutanderätt, dvs. att man ger någon (delegat) i uppdrag att fatta beslut i vissa ärenden. Beslut som fattas utan delegering saknar laglig verkan, dvs. de gäller inte.

Nämnder får enligt 6 kap, 33 § i kommunallagen uppdra åt ett utskott, åt en ledamot eller en anställd att besluta i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. I 6 kap, 34 § finns beskrivet i vilka ärenden beslutanderätten inte får delegeras.

Om nämnden har uppdragit åt en viss anställd kvinna eller man att fatta beslut får nämnden överlåta åt henne/honom att i sin tur uppdra åt annan anställd att fatta beslut. Det ska finnas en uppdaterad förteckning över vidaredelegering.

Denna delegationsordning gäller för den självständiga beslutanderätt som den gemensamma nämnden för närvård i Frostviken har.

Förutom delegerade ärenden som är angivna i delegationsordningen får delegat även besluta om frågor som till art, vikt och omfattning är jämförbara med de ärenden som anges för delegaten om inte ärendet har delegerats till någon annan.



2. Ansvar

Delegat ansvarar för att fatta beslut och anmäla dessa till nämnden.

Nämnden ansvarar för uppdatering av denna delegationsordning senast tre år efter fastställandet.

3. Anmälan av delegationsbeslut och vidaredelegering

Delegat som fattar beslut med stöd av delegation från nämnden ska anmäla beslutet till nämnden. Ärenden ska anmälas löpande.

En förteckning över vidaredelegering ska finnas på kommunkansliet. Förteckningen ska uppdateras minst en gång per år. Närvårdschefen ansvarar för denna uppdatering.

Beslut i verkställighetsfrågor behöver inte anmälas.

4. Ersättare för delegat

Vid jäv eller frånvaro övergår delegationen på närmast överordnad. Delegation till närvårdschefen övergår dock till enhetschefen.

5. Äldreomsorg, vård och stöd till funktionsnedsatta

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Anmärkning
Beslut om arvode och omkostnadserättning till kontaktperson/familj enligt SKL:s rekommendationer		NVC EC	Inkl förordnande och entledigande. Verkställighet
Anmälan om allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	14 kap 7§ SoL 24f§ LSS	NVC	(Lex Sarah)

6. Patientsäkerhet och patientavgifter

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Anmärkning
Beslut om anmälan av allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård, behandling eller undersökning till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	3 kap 5§ Patient- säker- hetsla- gen	MAS	Vårdgivaren an- svarar för att Lex Maria anmälan görs.
Beslut om nedskrivning av eller be- frielse från skuld avseende debiterad patientavgift på hälsocentralen		NVC	

7. Arkivering och sekretess

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Anmärkning
Arkivansvarig enligt kommunens reglemente för den kommunala ar- kivvården, § 2	ArkL §4	NVC	Verkställighet
Beslut om att inte lämna ut sekre- tessbelagd allmän handling eller uppgift ur sådan, samt uppställande av förbehåll i samband med utläm- nande till enskild	2 kap 14§ TF 6 kap 3§ OSL	NVC	Utlämnande av allmän handling prövas av den som har handlingen i sin vård (t ex hand- läggare, registrator, arkivredogörare). Offentlig allmän handling ska läm- nas ut skyndsamt. Beslut att inte lämna ut allmän handling eller ut- lämnande med förbehåll ska läm- nas skriftligt. Be- slutet kan överkla- gas till förvalt- ningsrätt.
Prövning och beslut att till statlig myndighet lämna ut personuppgifter för forskningsändamål	12 kap 6§ SoL	NVC	

8. Yttranden och anmälningar

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Anmärkning
Yttrande till tillsynsmyndighet	13 kap 5§ SoL 26c § LSS	NVC och Ordf. tillsammans	
Beslut om polisanmälan angående brott mot den egna verksamheten	12 kap 10§ SoL 10 kap 2§ OSL	Ordf.	Vid brådskande ärenden arbetsledning

9. Avtal

Ärendegrupp	Lagrum	Delegat	Anmärkning
Tecknande av samverkansavtal med kommuner, landsting och statliga verksamheter		NVC	Avtal som avser hela kommunen tecknas av enhetschefen för VSF efter samråd med NVC

10 Delegater och referenser

Delegater

EC Enhetschef
 Ordf. Nämndens ordförande
 MAS Medicinskt ansvarig sjuksköterska
 NVC Närvårdschef

Referenser

Arkivlagen, SFS 1990:782 (ArkL)
 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, SFS 1993:387 (LSS)
 Offentlighets- och sekretesslag, SFS 2009:400 (OSL)
 Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659
 Socialtjänstlagen, SFS 2001:456 (SoL)
 Tryckfrihetsförordningen SFS 1949:105 (TF)



§ 34

Verksamhetsprognos 4/2104, maj

Närårdschefen informerar. Prognosen pekar på i stort sett samma underskott i driftbudgeten som per sista april, d.v.s. knappt 600 000 kronor.

Nämnden beslutade den 23 maj 2014, § 23, att söka hos kommunfullmäktige om ett tilläggsanslag för 2014 med 679 000 kronor.

Yrkande

Ordföranden föreslår att nämnden tar del av prognosen per 31 maj 2014.

Närårdsnämndens beslut

Nämnden tar del av prognosen per 31 maj 2014. Bilaga.

Förvaltning/avdelning: Närvård Frostviken

Prognos baserad på redovisning
t.o.m:

Verksamhetsprognos driftbudget (exkl kapitalkostnad)

- Februari Mars
 April Maj
 Augusti September
 Oktober November

Budget (belopp tkr)			Prognos helår (belopp tkr)			Nettoavvikelse	Föregående prognos
Kostnader (inkl tilläggsbudget)	Intäkter (inkl tilläggsbudget)	Nettoram	Kostnader	Intäkter	Netto	Prognos helår	
32 063	11 490	20 573	32 907	11 740	21 167	-594	-594

A. Förvaltnings-/avdelningschefs kommentar om nuläget

Åskan slog ut trygghetslarmet på Levinsgården/Forsgården helt den 23/5 på kvällen, problem med att få hjälp med att återställa funktionen. Garanti gick ut i februari, inget funktions- eller serviceavtal finns. Leveratören hjälper nu till att återskapa funktionen. En analys av vad som gått snett bör göras för att inte hamna i denna situation igen. Vi har bemannat upp nattetid för att klara trygghetstillsyn. Arbete med kvalitetssystem fortgår. I arbetslaget finns fem personer med ryggproblematik vilket genererar i viss korttidsfrånvaro. Asylsökande kom till Gäddede under april månad, vissa har nu uppehållstillstånd och vi upplåter en praktikplats, två i personalgruppen på Levinsgården har särskilt ansvar.

B. Åtgärd/förslag för att komma inom budgetram

1. Närvårdsnämnd beslutat söka tilläggsanslag 20140523

Beaktad i prognos	Kräver poli- tiskt beslut	Behandling i nämnd, datum	Besluts- paragraf	Krävs beslut
<input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> Nej	<input checked="" type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	20140523	_____	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> KF
<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	_____	_____	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> KF
<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	_____	_____	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> KF
<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> Nej	_____	_____	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> KF

C. Kommentar till avvikelse i förhållande till föregående prognos

Det prognosticerade underskottet ser lika ut för maj som för april.

Prognos baserad på redovisning t.o.m:

2014

Febr Mars Apr Maj

Aug Sept Okt Nov

Förvaltning/avd: NÄRVÅRD Frostviken

Ändamål	Kostnader (belopp i tkr)			Intäkter (belopp i tkr)			Netto- avvikelse	Kommentarer
	Budget (inkl TA*)	Prognos helår	Prognostiserat över/underskott	Budget (inkl TA*)	Prognos helår	Prognostiserat över/underskott		
008 Nämnd	250	250						
197 Ledn./adm	1 998	1 998						
717 Pers. assistans	685	900	-215				-215	Nytt LSS-beslut, kommunen som utförare påbörjas juni
718 Stödinsatser	70	150	-80				-80	Ny kontaktperson och förändrade arvoden Korttidsboende enl LSS nytt beslut 2014
720 Hälsocentral	6 249	6 249		5 373	5 373			
721 Ambulansverks.	5 928	5 928		5 087	5 087			
771 Särsk.boende	8 401	8 700	-299	485	585	100	-199	Reparation Trygghetslarm,fortbildning, Kvalitetsarbete Extra bemanning på grund av trasigt trygghetslarm
778 Trygghetsboende	393	393						
781 Hemvård	6 215	6 465	-250	460	610	150	-100	Vård i livets slut, ökad vårdtyngd. Ökade intäkter pga ändrade biståndsbeslut.
782 Hemsjukvård	1 671	1 671		35	35			
786 Fotvård	203	203		50	50			
Summa	32 063	32 907	-844	11 490	11 740	250	-594	

* TA=tilläggsanslag/-budget

§ 35

Mål 2015, information och diskussion

Nämnden diskuterar sina mål för 2015 utifrån kommunfullmäktiges politiska prioriteringar för åren 2015 - 2016 och nämndens beslutade mål för 2014.

Yrkande

Ordföranden föreslår att närvårdchefen och nämndens sekreterare får i uppdrag att utifrån nämndens diskussioner utarbeta ett förslag till mål för 2015 till nämndens sammanträde i oktober 2014.

Närvårdsnämndens beslut

Nämnden uppdrar till närvårdchefen och nämndens sekreterare att utifrån nämndens diskussioner utarbeta ett förslag på mål för 2015 till nämndens sammanträde i oktober 2014.



§ 36

Budget 2015, information och diskussion

Närårdchefen informerar om att hon har börjat arbetet med budget för 2015. Det är redan nu svårt att hinna med kvalitetsarbetet med ordinarie personal. Planering och strukturering behövs i ökad omfattning. Nämnden kommer att få ett beslutsförslag till sitt sammanträde i oktober 2014.

Närårdsnämndens beslut

Nämnden tar del av informationen.



§ 37

Kvalitetsportalen "Bättre liv för sjuka äldre", redovisning

Närårdchefen redovisar en delrapport från kvalitetsportalen " Bättre liv för sjuka äldre".

Yrkande

Ordföranden föreslår att nämnden tar del av rapporten.

Närårdsnämndens beslut

Nämnden tar del av rapporten.



§ 38

Övriga frågor

Information om anhörigstöd

En information om anhörigstöd ägde rum tidigare i veckan i Gäddede. Den fick ett positivt mottagande och deltagarna hade önskemål om fortsatta träffar cirka en gång per månad.

Information om asyl-/flyktingmottagningen i Gäddede

Mårten Jonsson, som arbetar aktivt för att stödja de nyanlända, informerar om aktiviteter och önskemål.

Ämne för verksamhetsredovisning på sammanträdet i oktober 2014

Nämnden önskar få en uppföljning av hur det genomförda studiebesöket i Lycksele har påverkat verksamheten inom Levins- och Forsgården.



§ 39

Delegationsbeslut

- a) Närvårdchef Barbro Bloms beslut om arvode och omkostnadsersättning till kontaktperson (nr 1/2014)
- b) Närvårdchef Barbro Bloms beslut om nedskrivning av skuld avseende debiterad patientavgift (nr 1-2/2014)

Närvårdsnämndens beslut

Delegationsbesluten läggs till handlingarna.



§ 40

Delgivningar

- a) Verksamhetsplan 2014 för Närård Frostviken
- b) Tillgänglighetsplan för personer med funktionsnedsättning

Närårdsnämndens beslut

Delgivningarna läggs till handlingarna.
