



Kvalitetsberättelse 2016

Humanistiska nämnden/Välfärdförvaltningen

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
1.1 Syftet med kvalitetsberättelsen.....	3
1.2 Krav och mål som gäller för verksamheten	3
1.3 Definitioner av begrepp	3
1.4 Välfärdsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SKA).....	4
1.5 Processutveckling med stöd av SIQs Processindex.....	4
1.6 Bedömningsskalor	5
2 Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet	6
2.1 Ledningsprocesser	6
2.2 Huvudprocesser	18
2.3 Stödprocesser	34
3 Mått/mätresultat	39
4 Sammanställning systematiskt förbättringsarbete	47
4.1 Sammanställning med riskanalyser	47
4.2 Sammanställning med egenkontroller	48
4.3 Sammanställning med utredning av avvikelser	48
4.4 Sammanställning med åtgärder.....	51
5 Utvecklingsbehov	53
5.1 Analys av det systematiska kvalitetsarbetet	53
5.2 Processer som behöver utvecklas för att säkra verksamhetens kvalitet.....	57

1 Inledning

1.1 Syftet med kvalitetsberättelsen

Syftet med välfärdsförvaltningens kvalitetsberättelse är att utgöra en dokumentation av arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Av kvalitetsberättelsen bör det framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet
- vilka resultat som har uppnåtts.

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att:

- det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar
- informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

1.2 Krav och mål som gäller för verksamheten

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, andra föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Krav och mål för verksamheten framgår bland annat av följande lagar:

- Socialtjänstlag (SFS 2001:453) (SoL).
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387) (LSS).
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) (HSL).
- Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) (PSL).
- Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (SFS 1990:52) (LVU).
- Lag om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870) (LVM).

1.3 Definitioner av begrepp

Kvalitet

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, andra föreskrifter och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Process

Serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.

Ledningsprocesser

Ledningsprocesser behövs för att styra och koordinera huvud- och stödprocesser.

Huvudprocesser

Processer som realiserar verksamhetsidén.

Stödprocesser

Stödprocesser behövs för att huvudprocesserna ska fungera så bra som möjligt.

Processansvarig

I processansvaret ingår att, utifrån behov, leda, driva och följa upp processutvecklingsarbetet samt underlätta arbetet i processen och arbeta med ständiga förbättringar av processen.

1.4 Vårdförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SKA)

Enligt SOSFS 2011:9 (M OCH S) "Föreskrifter och allmänna råd. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" ska det finnas ett ledningssystem, det vill säga ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten.

Humanistiska nämnden och omsorgsnämnden ansvarar för att:

- Det finns ett ledningssystem för verksamheten (1 §).
- Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (1 §).
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (2 §).
- Det av ledningssystemet framgår hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet är fördelade i verksamheten (3 §).

Humanistiska nämnden och omsorgsnämnden fastställde den 18 juni respektive den 19 juni 2013 *Vårdförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9*. Med utgångspunkt från det dokumentet utvecklas ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) på intranätet.

Centrala delar i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) är:

- Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Rutiner som beskriver bestämda tillvägagångssätt för hur aktiviteterna som ingår i respektive process ska utföras (inklusive i vilken ordning aktiviteterna ska utföras) och anger hur ansvaret för utförandet av aktiviteterna som ingår i respektive process är fördelat i verksamheten.
- Samverkan för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.
- Systematiskt förbättringsarbete.
- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.

1.5 Processutveckling med stöd av SIQs Processindex

Processutvecklingsarbetet inom vårdförvaltningen kvalitetssäkras genom arbete med utgångspunkt i SIQs ProcessIndex som omfattar följande 10 utvecklingssteg:

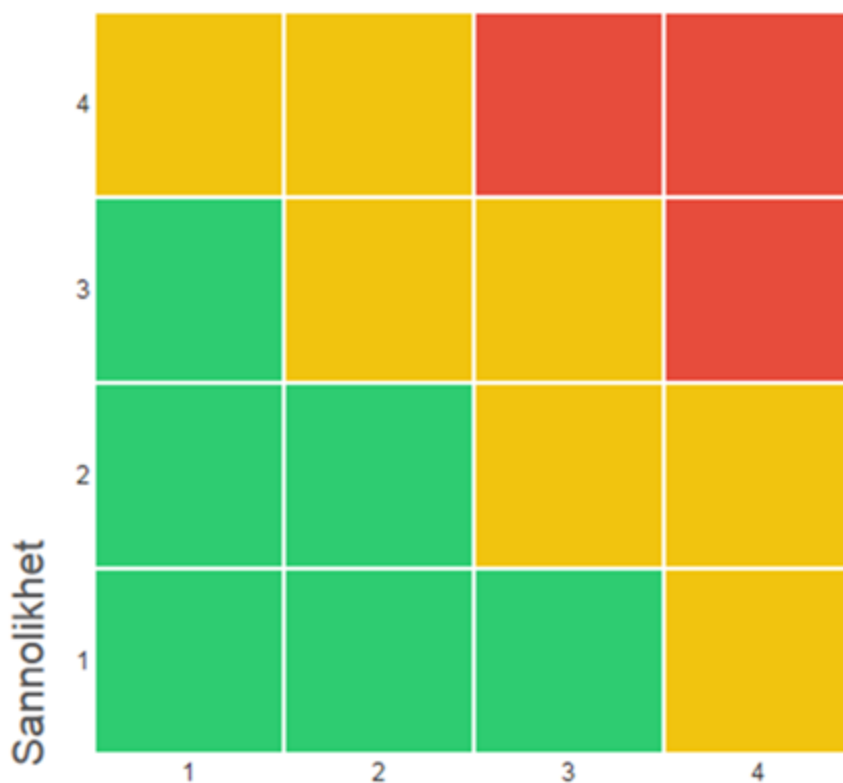


1.6 Bedömningsskalor

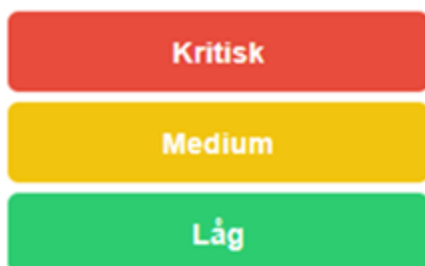
1.6.1 Mått

- Grön = "Uppnått"/"Mycket bra eller Bra"
- ◆ Gul = "Delvis uppnått"/"Godkänt"
- Röd = "Inte uppnått"/"Svagt eller Dåligt"

1.6.2 Riskanalyser



Allvarlighetsgrad



	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad
4	Mycket stor	Hög
3	Stor	Betydande
2	Liten	Måttlig
1	Mycket liten	Mindre

1.6.3 Egenkontroller

- Grön = "Godkänd"
- Röd = "Ej godkänd"

2 Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet

2.1 Ledningsprocesser

2.1.1 Med syfte att styra verksamheten

Processområde:

2.1.1.1 *Bevaka omvärld*

Beskrivning

Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsstyrning genom att bevaka omvärlden.

Process:

2.1.1.1.1 *Hantera krav i lag/föreskrift*

Beskrivning av processen

Hantera krav som fastställts av riksdagen.

Process:

2.1.1.1.2 *Hantera lokala krav*

Beskrivning av processen

Hantera krav som fastställts av humanistiska nämnden eller kommunfullmäktige.

Processområde:

2.1.1.2 *Utarbeta och fastställa överenskommelser*

Beskrivning

Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsstyrning genom att utarbeta och fastställa överenskommelser.

Process:

2.1.1.2.1 *Upprätta och fastställa överenskommelser om extern samverkan i enskilda ärenden*

Beskrivning av processen

Upprätta och fastställa överenskommelser om extern samverkan i enskilda ärenden (de som följs upp årligen via Socialstyrelsens Öppna jämförelser).

Mått	Utfall 2016
Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Ekonomiskt bistånd	50 %
Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Hemlöshet och utestängning från arbetsmarknaden	0 %
Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Missbruks- och beroendevård	100 %
Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Social barn- och ungdomsvård	72,7 %

Mått	Utfall 2016
Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Våld i nära relationer	16,7 %
Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Stöd till personer med funktionsnedsättning enligt LSS	87,5 %
Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Stöd till personer med funktionsnedsättning Socialpsykiatri	100 %

Processområde:

2.1.1.3 Planera verksamhet och resurser

Beskrivning

Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsstyrning genom att planera verksamhet och resurser.

Process:

2.1.1.3.1 Planera verksamhetens innehåll och utbud

Beskrivning av processen

-

Process:

2.1.1.3.2 Säkra välfärdförvaltningens strategiska planering

Beskrivning av processen

Syftet med strategisk planering att ge en flerårig inriktning för arbetet inom ett område.

Process:

2.1.1.3.3 Planera verksamhet (ettårig verksamhetsplanering)

Beskrivning av processen

Verksamhetsplanen är en beskrivning av vad verksamheten planerar att genomföra under året. I verksamhetsplanen presenteras bland annat hur nämndens mål ska uppnås under året.

Process:

2.1.1.3.4 Planera behovet av kompetens

Beskrivning av processen

Syftet med arbetet i processen är att säkerställa att vi har rätt kompetens på plats för att uppfylla verksamhetens mål. Kompetensplanering innebär att upprätta kompetensplaner för att utveckla verksamheten. Grunden för kompetensplanering är organisationens uppdrag, verksamhetsidé, mål, krav och behov kombinerat med de anställdas förutsättningar som utretts i kompetensanalysen.

Mått	Utfall 2016
Andel avdelningar med en dokumenterad kompetensförsörjningsplan	66,67 %
Andel enheter med en dokumenterad kompetensförsörjningsplan	90,77 %

Process:

2.1.1.3.5 Planera behovet av kompetensutveckling

Beskrivning av processen

Syftet med arbetet i processen är att säkerställa att medarbetare utbildas så att de har rätt kompetens för att nå verksamhetens mål. Utifrån genomförd kompetensanalys (kompetensförsörjningsprognos, kompetensskattning, kompetensgap och behov) planeras kompetensutvecklingen inom förvaltningen.

Process:

2.1.1.3.6 Lokalplanering

Beskrivning av processen

Planera behovet av lokaler med utgångspunkt i förvaltningens lokalresursutredning och respektive verksamhets behov.

Process:

2.1.1.3.7 Lokalfinansiering

Beskrivning av processen

Säkra finansiering av en lokal.

Process:

2.1.1.3.8 Hantera statsbidrag (stimulansmedel)

Beskrivning av processen

Säkra hanteringen av stadsbidrag/stimulansmedel.

Process:

2.1.1.3.9 Säga upp lokaler

Beskrivning av processen

På uppdrag av avdelningschef meddela konsult- och serviceförvaltningen att en lokal ska sägas upp.

Processområde:

2.1.1.4 Följa upp verksamheten

Beskrivning

Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsstyrning genom att följa upp verksamheten.

Process:

2.1.1.4.1 Följa upp verksamhet (utifrån den ettåriga verksamhetsplaneringen)

Beskrivning av processen







Verksamhetens utveckling följs upp på enhets-, avdelnings- respektive nämndnivå med utgångspunkt från enhetsplan, avdelningsplan respektive nämndens verksamhetsplan.



Process:

2.1.1.4.2 Följa upp om systematiskt förbättringsarbete bedrivs enligt SOSFS 2011:9

Beskrivning av processen

Följa upp det systematiska förbättringsarbetet som utgör en del av det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9 (M och S) Föreskrifter och allmänna råd. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som har genomfört egenkontroll med stöd av checklistan "Systematiskt säkerhetsarbete (SSA)"	85,7 % 
Andel enhetschefer som har genomfört egenkontroll med stöd av checklistan "Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)"	71,4 % 
Andel enhetschefer som har genomfört egenkontroll med stöd av checklistan "Allvarliga samhällsstörningar/extraordinära händelser".	85,7 % 
Andel enhetschefer som har genomfört egenkontroll med stöd av checklistan "Systematiskt kvalitetsarbete (SKA) & LEAN-inspirerat förbättringsarbete"	69,2 % 
Andel enhetschefer som har genomfört egenkontroll med stöd av checklistan "Information för att uppmärksamma förbättringsmöjligheter/anmäla händelser"	61,5 % 
Andel enhetschefer som har genomfört egenkontroll med stöd av checklistan "Ekologiskt hållbar utveckling"	64,3 % 

Egenkontroll	Utfall	Kontrollmoment för egenkontroll
 Systematiskt kvalitetsarbete (SKA) & LEAN-inspirerat förbättringsarbete	Ej godkänd	Checklista
 Information för att uppmärksamma förbättringsmöjligheter/anmäla händelser	Ej godkänd	Checklista

Process:

2.1.1.4.3 Planera och genomföra interna kontroller

Beskrivning av processen

Planera och genomföra interna kontroller som ingår i humanistiska nämndens verksamhetsplan.

2.1.2 Med syfte att utveckla verksamheten

Processområde:

2.1.2.1 Identifiera och analysera behov

Beskrivning

Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsutveckling genom att identifiera och analysera behov.

Process:

2.1.2.1.1 Säkra välfärdsförvaltningens insamling av statistik

Beskrivning av processen

Fastställa processer och rutiner för hur välfärdsförvaltningens statistik ska tas fram och rapporteras.

Process:

2.1.2.1.2 Genomföra kompetensanalys

Beskrivning av processen





Syftet med arbetet i processen är att identifiera ett eventuellt kompetensgap och utifrån detta planera kompetensutveckling. I kompetensanalysen ska kompetensbehoven och hur kompetensen tillvaratas tydliggöras, kompetensgapen ska synliggöras och åtgärder dokumenteras. Verktyg i arbetet är bland annat kompetensförsörjningsprognos, kompetensskattning och kompetenskort.

Process:

2.1.2.1.3 Genomföra riskanalys (enligt SOSFS 2011:9)

Beskrivning av processen

Enligt 5 kap. Systematiskt förbättringsarbete. Riskanalys. 1 § ska det fortlöpande bedömas om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska sannolikheten för att händelsen inträffar uppskattas och vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen bedömas.

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet	 69,2 %
Andel enhetschefer som har genomfört riskanalysen "Brukare har inte en aktuell genomförandeplan"	 62,5 %
Andel enhetschefer som har genomfört riskanalysen "Brukares genomförandeplaner följs inte"	 50 %
Andel enhetschefer som har genomfört riskanalysen "Brukares genomförandeplaner följs inte upp"	 50 %

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Genomföra intern kontroll av riskanalysarbetet i enlighet humanistiska nämndens verksamhetsplan 2016	Genomförd	Process	Förebyggande åtgärd

Process:

2.1.2.1.4 Genomföra riskanalys gällande brukar-/klientsäkerhet

Beskrivning av processen

Syftet med riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser.

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
--------	--------	--------------------	---------------------


Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Genomföra intern kontroll av riskanalysarbetet i enlighet humanistiska nämndens verksamhetsplan 2016	Genomförd	Process	Förebyggande åtgärd

Process:

2.1.2.1.5 Genomföra händelseanalys

Beskrivning av processen

När en händelse inträffat, som har inneburit ett allvarligt hot mot eller som har medfört (allvarliga) konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa, ska en händelseanalys genomföras.

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som genomför en händelseanalys när en händelse har inträffat som har inneburit ett allvarligt hot mot eller som har medfört (allvarliga) konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa	46,2 % 

Processområde:

2.1.2.2 Utveckla tjänster

Beskrivning


Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsutveckling genom att utveckla tjänster.

Process:

2.1.2.2.1 Säkra följsamheten till avtal

Beskrivning av processen

Att säkra förvaltningens hantering av avtal så att upprättade avtal följs.

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som känner till innehållet i kommunens "Inköps- och upphandlingsstrategi"	42,9 % 

Process:

2.1.2.2.2 Ledningens genomgångar/uppföljningar av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) i Stratsys

Beskrivning av processen


Ledningens genomgång (vår) och ledningens uppföljning (höst) är möjligheter chefer att följa upp och utvärdera innehållet i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA), lyfta det som är viktigt för att säkra verksamhetens kvalitet och belysa brister med mera.

Process:

2.1.2.2.3 Bedriva LEAN-inspirerat förbättringsarbete

Beskrivning av processen

Lean handlar kortfattat om att skapa en kultur där vi fokuserar på att göra rätt saker och göra saker rätt, det vill säga att skapa värde för kommunmedborgarna på smartast möjliga sätt.

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som bedriver LEAN-inspirerat förbättringsarbete	 69,2 %

Process:

2.1.2.2.4 Utveckla processer (processutveckling)

Beskrivning av processen

Underlätta processutveckling med stöd av SIQs ProcessIndex.

Mått	Utfall 2016
Nivå på SIQs ProcessIndex (medelvärde)/Socialt stöd (redovisas från och med 2017)	—
Nivå på SIQs ProcessIndex (medelvärde)/Social utredning (redovisas från och med 2017)	—
Nivå på SIQs ProcessIndex (medelvärde)/Arbetsmarknad/integration (redovisas från och med 2017)	—

Process:

2.1.2.2.5 Utveckla/avveckla rutiner (rutinutveckling/-avveckling)

Beskrivning av processen

Hur rutiner inom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) upprättas/uppdateras/granskas, fastställs, publiceras/förvaras, sprids information om, avvecklas och arkiveras.

Process:

2.1.2.2.6 Arbeta med evidensbaserad praktik (EBP)

Beskrivning av processen

Evidensbaserad praktik innebär att den professionelle väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser.

Process:

2.1.2.2.7 Upprätthålla en hög informationssäkerhet

Beskrivning av processen

-

Processområde:

2.1.2.3 Utveckla verksamhet

Beskrivning

Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsutveckling genom att utveckla verksamhet.

Process:

2.1.2.3.1 Arbeta systematiskt för ett gynnsamt förhållningssätt (värdegrundsarbete)

Beskrivning av processen

Arbeta systematiskt för ett gynnsamt förhållningssätt (värdegrundsarbete) inom avdelningens arbetsmarknad/integration.

Process:

2.1.2.3.2 Projektprocessen

Beskrivning av processen

Projektprocessen är ett strukturerat arbetssätt för att genomföra projekt.

Process:

2.1.2.3.3 Uppdragsprocessen

Beskrivning av processen

Uppdragsprocessen är ett strukturerat arbetssätt för att genomföra uppdrag.

Process:

2.1.2.3.4 Bedriva kvalitetsutvecklingsarbete i enlighet med "Strategisk plan för kvalitetsutveckling inom välfärdsförvaltningen 2015-2018"

Beskrivning av processen

Med kvalitetsutvecklingsarbete avses arbete med ständiga förbättringar innan arbete utförs, under arbetets gång och efter arbete har utförts. Kvalitetsutvecklingsarbete handlar om att ständigt arbeta med förbättringar och det innefattar exempelvis kvalitetssäkring (att påverka orsaker till nöjdhet innan arbete utförs), kvalitetsstyrning (att styra arbetet) och kvalitetskontroll (att reagera på klagomål efter utfört arbete).




Process:

2.1.2.3.5 Dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande (lex Sarah)

Beskrivning av processen

Anställda ska rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten.

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som känner till hur missförhållanden/risk för missförhållanden (lex Sarah) ska rapporteras	61,5 %
Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till att de ska rapportera	





Mått	Utfall 2016
missförhållanden/risk för missförhållanden (lex Sarah)	61,5 %
Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapporteringsskyldigheten gällande lex Sarah vid introduktion av medarbetare	61,5 % 
Andel enhetschefer som känner till att medarbetaren ska skriva under att den har tagit del av informationsbladet (om rapporteringsskyldigheten gällande lex Sarah) vid introduktionen	61,5 % 
Antal inkomna lex Sarah-rapporteringar	 27

Process:

2.1.2.3.6 *Hantera klagomål och synpunkter*

Beskrivning av processen

Syftet med klagomåls- och synpunktshanteringen är att identifiera och förebygga brister inom verksamheten. Genom klagomåls- och synpunktshanteringen kan förvaltningens verksamheter få information om sådant som inte fungerar som det ska så att brister kan åtgärdas och verksamheter förbättras. Ett klagomål är ett klart uttryckt missnöje med verksamhetens kvalitet. En synpunkt är en klart uttryckt åsikt om verksamhetens kvalitet.



Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som känner till hur klagomål och synpunkter ska rapporteras	69,2 % 
Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till att de ska rapportera klagomål och synpunkter på verksamheten	69,2 % 
Andel enhetschefer som informerar sina brukare/klienter/deltagare om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter på verksamheten (direkt eller indirekt via din personal)	53,8 % 
Antal inlämnade klagomål/synpunkter som har inkommit via nämndens klagomåls- och synpunktshantering	 12

Process:

2.1.2.3.7 *Rapportera förbättringsmöjligheter och handlägga kvalitetsärenden i SAM*

Beskrivning av processen

Syftet med att rapportera förbättringsmöjligheter och handlägga kvalitetsärenden i SAM är att underlätta ständigt förbättringsarbete och personalens medverkan i kvalitetsarbetet.

Mått	Utfall 2016
Antal rapporterade utvecklingsmöjligheter som har inkommit via rapporteringen av förbättringsmöjligheter i SAM	 0
Antal rapporterade avvikelser som har inkommit via rapporteringen av förbättringsmöjligheter i SAM	 0

Process:

2.1.2.3.8 *Bedriva systematiskt förbättringsarbete enligt SOSFS 2011:9*

Beskrivning av processen

Använda identifierade risker, brister i verksamheten som upptäckts vid egenkontroll, avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter för att systematiskt förbättra verksamheten.

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som använder identifierade risker, brister i verksamheten upptäckta vid egenkontroll, avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter för att systematiskt förbättra verksamheten	61,5 %
Andel enhetschefer som använder identifierade risker, brister i verksamheten upptäckta vid egenkontroll, inkomna klagomål och synpunkter för att förbättra processerna och rutinerna	69,2 %

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Beskriva hur risker ska hanteras inom välfärdsförvaltningen (Helhetsgrepp "Riskanalys och riskbedömning" (kvalitet och arbetsmiljö))	Ej påbörjad	Process	Förebyggande åtgärd
Beskriva hur avvikelser ska hanteras inom välfärdsförvaltningen (Helhetsgrepp "Hantering av avvikelser inom välfärdsförvaltningen")	Ej påbörjad	Process	Förebyggande åtgärd

Process:

2.1.2.3.9 *Använda resultat från Socialstyrelsens öppna jämförelser för att säkra verksamhetens kvalitet*

Beskrivning av processen

Syftet med att hantera resultat från Socialstyrelsens öppna jämförelser på ett enhetligt sätt är att skapa förutsättningar för att resultatet av egenkontrollen som öppna jämförelser utgör tas tillvara i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som arbetar med förbättringar av verksamheten med utgångspunkt från resultat av Socialstyrelsens Öppna jämförelser	54,5 %

Process:

2.1.2.3.10 *Systematiskt förbättringsarbete med utgångspunkt i IVO:s, JO:s och Patientnämndens beslut om åtgärder utifrån inspektion, tillsyn eller klagomål (kvalitet)*

Beskrivning av processen

Bedriva systematiskt förbättringsarbete utifrån IVO:s/JO:s beslut om åtgärder samt identifiera trender och mönster.

Mått	Utfall 2016
Antal inkomna inspektioner, tillsyner och klagomål från IVO, JO och/eller Patientnämnden	5

Process:

2.1.2.3.11 Tillvarata resultatet av interna kontroller i det systematiska kvalitetsarbetet (SKA)

Beskrivning av processen

Processen ska tydliggöra hur resultatet av interna kontroller ska tillvaratas för att systematiskt arbeta för att utveckla verksamhetens kvalitet.

Process:

2.1.2.3.12 Kvalitetsutveckling (med stöd av SIQs Modell för Kundorienterad Verksamhetsutveckling)

Beskrivning av processen

SIQs Modell för Kundorienterad Verksamhetsutveckling är ett verktyg med vars hjälp en organisation själv kan utvärdera och förbättra sin egen verksamhet. Erfarenheterna från arbetet med verktyget kan sammanfattas med att det:

- Ger ledning och medarbetare en helhetsbild av den egna verksamheten.
- Skapar ett stort engagemang i organisationen.
- Skapar ett gemensamt språk samt tydliggör vad som menas med kundorienterad verksamhetsutveckling och ständiga förbättringar.
- Leder till förbättrat resultat.

Mått	Utfall 2016
Kundorientering	● 3,95
Engagerat Ledarskap	● 3,88
Allas delaktighet	◆ 3,51
Kompetensutveckling	◆ 3,07
Långsiktighet	◆ 3,43
Samhällsansvar	● 3,77
Processorientering	◆ 3,3
Förebyggande åtgärder	● 3,77
Ständiga förbättringar	◆ 3,44
Lära av andra	● 3,66
Snabbare reaktioner	● 3,61
Faktabaserade beslut	◆ 3,28
Samverkan	◆ 3,49

Processområde:

2.1.2.4 Utveckla kompetens

Beskrivning

Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsutveckling genom att utveckla kompetens.

Process:

2.1.2.4.1 Introducera personal

Beskrivning av processen

Syftet med arbetet i processen är att ge nyanställda rätt förutsättningar att utföra sitt arbete på bästa sätt för att uppnå verksamhetens mål. Värdeförädling som görs i processen är att den nya medarbetaren ska känna sig välkommen och få förutsättningar att utföra arbetet på ett bästa möjliga sätt.

Process:

2.1.2.4.2 Möjliggöra anställdas kompetensutveckling

Beskrivning av processen

Underlätta och möjliggöra anställdas kompetensutveckling.

Mått	Utfall 2016
Andel anställda med adekvat och dokumenterad utbildning	93,25 %
Andel anställda med en individuell kompetensutvecklingsplan	63,1 %

Process:

2.1.2.4.3 Tillvarata anställdas kompetens (innevarande tjänst)

Beskrivning av processen

Processen ska tydliggöra hur välfärdsförvaltningen bidrar till att tillvarata anställdas kompetens under innevarande tjänst.

Process:

2.1.2.4.4 Tillvarata anställdas kompetens (inför avslut av tjänst)

Beskrivning av processen

Processen ska tydliggöra hur välfärdsförvaltningen bidrar till att tillvarata anställdas kompetens inför avslut av tjänst.

Processområde:

2.1.2.5 Genomföra förändring

Beskrivning

Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsutveckling genom att genomföra förändring.

Process:

2.1.2.5.1 *Kommunicera beslut*

Beskrivning av processen

Processen beskriver hur beslut ska kommuniceras inom förvaltningen (verktyg som nyttjas är kommunikationsplaneringsmall).

Process:

2.1.2.5.2 *Säkra följsamheten till överenskommelser*

Beskrivning av processen

Säkra hanteringen av överenskommelser så att dessa följs.

Processområde:

2.1.2.6 *Följa upp förändring*

Beskrivning

Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsutveckling genom att följa upp förändring.

Process:

2.1.2.6.1 *Genomföra egenkontroll*

Beskrivning av processen

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem (SOSFS 2011:9).

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som följer upp verksamheten med stöd av brukar-/klient-/deltagarundersökningar	— 30,8 %
Andel enhetschefer som utövar egenkontroll löpande för att säkra verksamhetens kvalitet	■ 53,8 %
Andel enhetschefer som kontrollerar att den egna verksamheten bedrivs enligt fastställda processer och gällande rutiner	■ 61,5 %
Andel enhetschefer som systematiskt följer upp och utvärderar verksamhetens resultat	■ 53,8 %

2.2 Huvudprocesser

2.2.1 *Med syfte att underlätta människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv*

Processområde:

2.2.1.1 *Söka och få information*

Beskrivning

Huvudprocesser som underlättar människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv genom att söka och få information.

Process:

2.2.1.1.1 Tillhandahålla information till klienter/deltagare

Beskrivning av processen

Underlätta tillgängligheten till information för klienter/deltagare.

Process:

2.2.1.1.2 Informera nyanlända vid MångKulturellt Centrum (MKC)

Beskrivning av processen

Underlätta integration via social gemenskap hos Mångkulturellt centrum

Processområde:

2.2.1.2 Förebygga behov av insats

Beskrivning

Huvudprocesser som underlättar människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv genom att förebygga behov av insats.

Process:

2.2.1.2.1 Uppmärksamma och göra orosanmälan när barn far illa (internaktualisering)

Beskrivning av processen

Internaktualisera oro för barn och unga.

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som känner till hur orosanmälan när barn far illa ska rapporteras	— 61,5 %
Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till hur orosanmälan när barn som far illa ska rapporteras	— 61,5 %
Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapportering av orosanmälan när barn far illa vid introduktion av medarbetare	— 53,8 %

Process:

2.2.1.2.2 Uppmärksamma och göra orosanmälan när vuxna far illa (internaktualisering)

Beskrivning av processen

Internaktualisera oro för vuxna.

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som känner till hur orosanmälan när vuxna far illa ska rapporteras	— 61,5 %
Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till hur orosanmälan när vuxna far illa ska rapporteras	— 53,8 %
Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapportering av	—

Mått	Utfall 2016
orosanmälan när vuxna far illa vid introduktion av medarbetare	38,5 %

Process:

2.2.1.2.3 Uppmärksamma och/eller agera vid våld i nära relationer/misstanke om våld i nära relationer

Beskrivning av processen

Våldet kan vara av fysisk, psykisk eller sexuell karaktär, eller omfatta olika former av tvång och begränsningar. Med våld i nära relation avses att den våldsutsatta har eller har haft en nära relation eller beroendeförhållande till förövaren.

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som känner till vad de ska göra vid misstanke om/upptäckt av att någon har utsatts för våld	61,5 %
Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till vad de ska göra vid misstanke om/upptäckt av att någon har utsatts för våld	61,5 %
Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om vad medarbetare ska göra vid misstanke om/upptäckt av att någon har utsatts för våld vid introduktion av medarbetare	53,8 %

Riskanalys	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Grunden för riskanalysen
 Riskbedömningar genomförs inte i utredning gällande våld i nära relationer/misstanke om våld i nära relationer	4. Mycket stor	3. Betydande	Frekventa iakttagelser av risker

Process:

2.2.1.2.4 Förebygga suicid (suicidprevention)

Beskrivning av processen

Syftet med att förebygga suicid (suicidprevention) är att minska andelen personer som begår suicid eller som försöker begå suicid, detta genom samverkan samt samordning av resurser och åtgärder.

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som känner till vad de ska göra vid misstanke om/upptäckt av risk för suicid (själv mord)	30,8 %
Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till vad de ska göra vid misstanke om/upptäckt av risk för suicid (själv mord)	30,8 %
Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapportering av misstanke om/upptäckt av risk för suicid (själv mord) vid introduktion av medarbetare	23,1 %

Process:

2.2.1.2.5 *Bedriva förebyggande/uppsökande verksamhet*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.2.6 *Bedriva medling/ungdomstjänst*

Beskrivning av processen

Syftet med medling är att ge den brottsutsatte möjligheten att bearbeta sina upplevelser av brottet och att gärningspersonen ska få ökad insikt om brottets konsekvenser och därmed förebygga att gärningspersonen begår nya brott.

Process:

2.2.1.2.7 *Ungdomsboendestöd*

Beskrivning av processen

Stödja ungdom i att bli självständig i sin boendesituation (ekonomi, städ och tvätt).

Process:

2.2.1.2.8 *Ge psykosocialt stöd till personer med psykisk ohälsa/psykisk funktionsnedsättning*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.2.9 *Bedriva uppsökande verksamhet riktade till personer i behov av psykosocialt stöd*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.2.10 *Utbilda och informera kommunens övriga verksamheter om de sociala konsekvenserna av psykisk funktionsnedsättning och om hur vi arbetar med detta*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.2.11 *Ge råd och stöd till anhörig/närstående till en person som har ett riskmissbruk eller beroende*

Beskrivning av processen

Erbjuda upp till 5 stödsamtal på service där samtalen bland annat berör medberoende, möjliggörande samt förhållningssätt.

Process:

2.2.1.2.12 *Erbjuda upp till fem stödsamtal (utan biståndsbeslut) inom missbruksområdet*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.2.13 *Förebyggande öppen verksamhet*

Beskrivning av processen

Bedriva förebyggande arbete för att förebygga avhopp från gymnasiestudier och rehabilitera människor (16-30 år) med psykisk ohälsa (öppen verksamhet utan bistånd).

Process:

2.2.1.2.14 *Erbjuda anhörigstöd (till och med 64 år)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.2.15 *Erbjuda service*

Beskrivning av processen

Erbjuda upp till fem råd- och stödsamtal till både anhöriga/närstående och personer som önskar hjälp att komma ur sitt riskbruk, missbruk eller beroende.

Processområde:

2.2.1.3 *Anmäla och/eller ansöka om insats*

Beskrivning

Huvudprocesser som underlättar människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv genom att anmäla och/eller ansöka om insats.

Process:

2.2.1.3.1 *Ta emot en ansökan om bistånd enligt SoL*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.3.2 *Ta emot begäran om insatser enligt LSS*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.3.3 Ta emot anmälan av ett ärende

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.3.4 Ta emot en internaktualisering av oro för barn och unga

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.3.5 Ta emot en internaktualisering av oro för vuxna

Process:

2.2.1.3.6 Hantera inkommen begäran från annan kommun att överflytta ärende (till Örnsköldsviks kommun)

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.3.7 Hantera inkommen begäran från annan kommun att överflytta ärende (från Örnsköldsviks kommun)

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.3.8 Upprätta anmälan om behov av god man/förvaltare

Beskrivning av processen

-

Processområde:

2.2.1.4 Utredda behov och fatta beslut

Beskrivning

Huvudprocesser som underlättar människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv genom att utreda behov och fatta beslut.

Process:

2.2.1.4.1 Fatta beslut om särskild förordnad vårdnadshavare (familjerätt)

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.2 *Yttrande i namnärende (familjerätt)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.3 *Samarbetssamtal, avtal boende, upplysningar, yttrande umgängesstöd (familjerätt)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.4 *Utreda vård, boende, umgänge enligt FB (familjerätt)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.5 *Utreda och fatta beslut om medgivande till adoption (familjerätt)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.6 *Motta barn till adoptioner (familjerätt)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.7 *Fastställa faderskap (familjerätt)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.8 *Utreda och fatta beslut om HVB-hemsplacering (barn och ungdom till och med 18 år)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.9 *Utreda och fatta beslut om familjehem, kontaktfamiljer (barn och ungdom till och med 18 år)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.10 *Utreda och fatta beslut om HVB-hemsplacering (ensamkommande barn)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.11 *Utreda och fatta beslut om familjehem, kontaktfamiljer (ensamkommande barn och ungdom)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.12 *Utreda och fatta beslut under placering (familjehem, HVB-hem)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.13 *Utreda och fatta beslut om underhållsbidrag (barn och ungdom till och med 18 år)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.14 *Utreda och fatta beslut om vård enligt SoL eller LVM (beroendefrågor)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.15 *Utreda, utföra och besluta om att anpassa bostad samt återställa bostad (bostadsanpassning)*

Beskrivning av processen

Processen omfattar ansökan, bedömning och handläggning av bostadsanpassningsbidrag (BAB).

Process:

2.2.1.4.16 *Utreda och fatta beslut om insatser enligt LSS (LSS handläggning)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.17 *Utreda och fatta beslut om bistånd enligt SoL (SoL biståndshandläggning)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.18 *Hjälpa annan kommun med att sammanställa någons behov*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.19 *Yttra sig till andra myndigheter (yttranden)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.20 *Fatta beslut om ekonomiskt bistånd*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.21 *Utreda och fatta beslut om att förmedla egna medel*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.22 *Utreda och besluta om dödsboanmälan*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.23 *Handlägga individuella beslut i särskilt boende (vilande)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.24 Utreda och fatta beslut om insats enligt SoL (exempelvis kontaktperson, öppenvård, behandling)

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.25 Utreda och fatta beslut om bostad

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.4.26 Hantera avslag (avslagsprocessen)

Beskrivning av processen

Den formella processen när nämnden ska besluta om avslag i ett ärende.

Process:

2.2.1.4.27 Hantera överklagande (överklagansprocessen)

Beskrivning av processen

Den formella processen när ett överklagande ska hanteras.

Process:

2.2.1.4.28 Avsluta utredning när beslut inte tas om insats (vid avslag)

Beskrivning av processen

-

Processområde:

2.2.1.5 Planera insats

Beskrivning

Huvudprocesser som underlättar människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv genom att planera insats.

Process:


2.2.1.5.1 Planera genomförandet av insatsen och upprätta en genomförandeplan i samråd med den enskilde


Beskrivning av processen

Syftet med genomförandeplanen är att skapa en tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Genom planen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur.

Mått

Utfall
2016

Mått	Utfall 2016
Andel aktuella genomförandeplaner	76,96 % 

Risikanalyt	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Grunden för risikanalyt
 Brukare har inte en aktuell genomförandeplan	1,5	1,4	Frekventa iakttagelser av risker

Process:

2.2.1.5.2 Upprätta individuell plan LSS

Beskrivning av processen

-

Processområde:

2.2.1.6 Genomföra insatser

Beskrivning

Huvudprocesser som underlättar människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv genom att genomföra insatser.

Process:

2.2.1.6.1 Hantera akuta situationer utanför kontorstid (socialjour)

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.6.2 Placera barn/ungdom i HVB-hem

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.6.3 Placera barn/ungdom i familjehem inklusive konsulentstött familjehem

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.6.4 Genomföra insatsen målinriktat i enlighet med genomförandeplanens innehåll

Beskrivning av processen

Den som utför en insats ska i samråd med den enskilde upprätta en genomförandeplan som beskriver hur insatsen ska genomföras. Insatsen ska utgå ifrån upprättad genomförandeplan som skapar strukturen för genomförandet. Arbetet ska planeras, bedrivs målinriktat och följas upp.

Riskanalys	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Grunden för riskanalysen
● Brukares genomförandeplaner följs inte	1,2	1,5	Frekventa iakttagelser av risker

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Genomföra den interna kontrollen "Granska om insatser genomförs i enlighet med genomförandeplanens innehåll" i enlighet med humanistiska nämndens verksamhetsplan 2017	Ej påbörjad	Process	Förebyggande åtgärd

Process:

2.2.1.6.5 Placera ensamkommande barn/ungdom i HVB-hem

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.6.6 Placera ensamkommande barn/ungdom i familjehem inklusive konsulentstött familjehem

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.6.7 Bedriva Multi Systemisk Terapi (MST)

Beskrivning av processen

Vi verkställer domar och biståndsbeviljade insatser enligt Socialtjänstlagen till föräldrar och barn/ungdomar mellan åldrarna 10-17,5 år som uppfyller kriterierna för MSTs riktlinjer. Målet är att minska placeringar utanför hemmet.

Process:

2.2.1.6.8 Bedriva ungdomsbehandling/stöd

Beskrivning av processen

Ge psykosocialt stöd utifrån individuellt behov.

Process:

2.2.1.6.9 *Bedriva familjebehandling*

Beskrivning av processen

Ge psykosocialt stöd utifrån familjens behov.

Process:

2.2.1.6.10 *Erbjuda samtalsstöd till ungdomar under 20 år som utsatts för brott*

Beskrivning av processen

Att motverka negativa effekter för de ungas psykiska hälsa och livsföring som konsekvens av brottsutsatthet.

Process:

2.2.1.6.11 *Erbjuda medling till ungdomar i Örnsköldsviks kommun mellan 12 och 21 år som begått brott, och till dem som utsatts för dessa brott*

Beskrivning av processen

Syftet med medling är att ge den brottsutsatte möjligheten att bearbeta sina upplevelser av brottet och att gärningspersonen ska få ökad insikt om brottets konsekvenser och därmed förebygga att gärningspersonen begår nya brott.

Process:

2.2.1.6.12 *Bedriva motivationsarbete med våldsutövare*

Beskrivning av processen

Behandlingen går ut på att se vad som är våld, förstå hur våldet fungerar och vad våldet orsakar, samt lära sig vad man kan göra istället, det vill säga alternativ till våld.

Process:

2.2.1.6.13 *Genomföra terapisaftal (familjerådgivning)*

Beskrivning av processen

Syftet är att bistå personer så att de kan hantera sina konflikter, problem och krissituationer på sådant sätt att de kan fortsätta leva tillsammans.

Process:

2.2.1.6.14 *Arbeta förebyggande och uppsökande och vända sig till kommunens ungdomar i åldern 13-20 år (fältgruppen)*

Beskrivning av processen

Fältgruppen arbetar förebyggande och uppsökande och vänder sig till kommunens ungdomar i åldern 13-20 år. Fältgruppen har hela Örnsköldsviks kommun som arbetsfält.

Process:

2.2.1.6.15 *Bedriva gruppverksamhet för barn och ungdomar i åldrarna 7-20 år som har erfarenhet av förälder/föräldrar med missbruksproblematik, psykisk ohälsa och/eller våld i familjen*

Beskrivning av processen

Syftet är att ge barn och ungdomar en möjlighet att minska skuld- och ensamhetskänslor, stärka självförtroendet samt inge hopp inför framtiden.

Process:

2.2.1.6.16 *Erbjuda stöd vid myndighets- och samhällskontakter (personliga ombud)*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.6.17 *Vägleda ungdomarna när det gäller deras utveckling och integration (ensamkommande flyktingbarn)*

Beskrivning av processen

Syftet är att stödja ungdomarna i vardagen så att de kan utveckla sina färdigheter för ett fortsatt meningsfullt och självständigt liv.

Process:

2.2.1.6.18 *Återvinning/Återbruk*

Beskrivning av processen

I verksamheten sker återvinning av möbler, husgeråd, cyklar med mera som därefter säljs i återvinningsbutiken. Elektronik-återvinning sker i form av elektronikdemontering för att särskilja olika fraktioner inom metall samt miljöfarliga komponenter.

Process:

2.2.1.6.19 *Rehabilitera människor till självförsörjning*

Beskrivning av processen

Motiverande/stödande arbete som via bistånd, avtal eller öppen verksamhet möjliggör personlig utveckling och självförsörjning.

Process:

2.2.1.6.20 *Mottagning av och information till nyanlända*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.6.21 *Verkställa beslut gällande bostäder (övergångskontrakt)*

Beskrivning av processen

Bostadsocialas uppdrag är att:

- Stödja klienten i att förbättra deras livssituation utifrån behov.

- Med hjälp av regelbundna uppföljningar hjälpa klienten att sköta sina bostadsåtaganden och på så sätt verka för att klienten ska få ett eget boende vilket ger en större möjlighet att leva ett självständigt och värdigt liv.

Process:

2.2.1.6.22 *Bedriva öppenvård för ungdomar enligt aktuella metoder*

Beskrivning av processen

Öppenvården bedrivs med stöd av: CPU (Cannabisprogram för ungdomar), ACRA (Adolescent Community Reinforcement Approach), HAP (Program för haschavvänjning) och HAP-samtal.

Process:

2.2.1.6.23 *Bedriva öppenvård för vuxna enligt aktuella metoder*

Beskrivning av processen

Öppenvården bedrivs med stöd av: ÅP (Återfallsprevention), CRA (Community Reinforcement Approach) och CRA-grupp.

Process:

2.2.1.6.24 *Bedriva eftervård för ungdomar (öppenvård)*

Beskrivning av processen

Samtalsstöd efter genomgången behandling.

Process:

2.2.1.6.25 *Bedriva eftervård för vuxna (öppenvård)*

Beskrivning av processen

Samtalsstöd efter genomgången behandling.

Process:

2.2.1.6.26 *Boende BERTBO*

Beskrivning av processen

Arbetet innefattar att:

- Stödja klienter i att förbättra deras livssituation utifrån deras behov och önskningar.
- Stärka dem i arbetet till ett självständigt liv.
- Tillsammans med klienten skapa bättre förutsättningar för ett fortsatt drogfritt liv och meningsfull tillvaro.
- Stödja klienten till att söka egen bostad.

Process:

2.2.1.6.27 *Beroenderesursteam-stöd*

Beskrivning av processen

Beroenderesursteamets uppdrag är att:

- Stödja klienter i att förbättra deras livssituation utifrån deras behov och önskningar.
- Stärka dem i arbetet till ett självständigt liv.
- Tillsammans med klienten skapa bättre förutsättningar för ett fortsatt drogfritt liv och meningsfull tillvaro.

Processområde:

2.2.1.7 Följa upp insats

Beskrivning

Huvudprocesser som underlättar människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv genom att följa upp insats.

Process:

2.2.1.7.1 Följa upp genomförandet av insatsen utifrån genomförandeplanens innehåll

Beskrivning av processen

Syftet är att säkerställa att den enskilde får den beviljade insatsen utförd enligt nämndens beslut. Följa upp insatsen gentemot fastställda mål och den planering som gjorts tillsammans med den enskilde, samt identifiera eventuella andra behov av åtgärder.

Riskanalys	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Grunden för riskanalysen
● Brukares genomförandeplaner följs inte upp	1,4	1,75	Frekventa iakttagelser av risker

Process:

2.2.1.7.2 Följa upp insatser enligt LSS (den beslutande nämndens ansvar)

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.7.3 Följa upp bistånd enligt SoL (den beslutande nämndens ansvar)

Beskrivning av processen

-

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Genomföra den interna kontrollen "Granska uppföljningsprocessen av bistånd enligt SoL" i enlighet med humanistiska nämndens verksamhetsplan 2017	Ej påbörjad	Process	Förebyggande åtgärd

Process:

2.2.1.7.4 Följa upp efter avslutad placering (uppföljningsansvaret efter 6 månader)

Beskrivning av processen

-

Process:

2.2.1.7.5 Följa upp tidsbegränsad korttidsvistelse

Beskrivning av processen

-

Processområde:

2.2.1.8 Avsluta insats

Beskrivning

Huvudprocesser som underlättar människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv genom att avsluta insats.

Process:

2.2.1.8.1 Avslutningsprocess i vårdnadsöverflytt

Beskrivning av processen

-

2.3 Stödprocesser

2.3.1 Med syfte att skapa förutsättningar

Processområde:

2.3.1.1 Tillhandahålla anpassade lokaler

Beskrivning

Stödprocesser som skapar förutsättningar för verksamheten genom att tillhandahålla anpassade lokaler.

Process:

2.3.1.1.1 Avtalsskrivning och kontraktsbevakning (lokaler)

Beskrivning av processen

Avtal och kontrakt hanteras av konsult- och serviceförvaltningen samt godkänns av berörd/a avdelningschef/er. Kontrakt bevakas av välfärdsförvaltningens lokalsamordnare.

Process:

2.3.1.1.2 Underhåll av lokal (löpande åtgärder)

Beskrivning av processen

-

Process:

2.3.1.1.3 Ombyggnation av lokal

Beskrivning av processen

Avdelningschefen beskriver behovet av ombyggnation av lokal i en behovsblankett som skickas till välfärdsförvaltningens lokalsamordnare.

Process:

2.3.1.1.4 (Ny)anskaffning av lokal

Beskrivning av processen

Avdelningschefen beskriver behovet av (ny)anskaffning av lokal i en behovsblankett som skickas till välfärdsförvaltningens lokalsamordnare.

Process:

2.3.1.1.5 (Ny)anskaffning av inredning/inventarier

Beskrivning av processen

Avdelningschefen beskriver behovet av inredning/inventarier i en behovsblankett som skickas till välfärdsförvaltningens lokalsamordnare.

Process:

2.3.1.1.6 Inflyttning av lokal

Beskrivning av processen

Planera och genomföra inflyttning av lokal.

Process:

2.3.1.1.7 Utflyttning av lokal

Beskrivning av processen

Planera och genomföra utflyttning av lokal.

Processområde:

2.3.1.2 Tillhandahålla IT-stöd

Beskrivning

Stödprocesser som skapar förutsättningar för verksamheten genom att tillhandahålla IT-stöd.

Process:

2.3.1.2.1 Hantera statistik

Beskrivning av processen

Statistik ska tas fram och rapporteras enligt gällande rutiner.

Processområde:

2.3.1.3 Tillhandahålla personal

Beskrivning

Stödprocesser som skapar förutsättningar för verksamheten genom att tillhandahålla personal.

Process:

2.3.1.3.1 Rekrytera personal

Beskrivning av processen

Rekryteringsprocessen beskriver förfarandet vid rekrytering av personal.

Process:

2.3.1.3.2 *Attrahera personal att söka anställning inom välfärdförvaltningen (ny personal, tidigare anställda)*

Beskrivning av processen

-

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Genomföra den interna kontrollen "Genomföra en orsaksanalys av bristen på socionomer" i enlighet med humanistiska nämndens verksamhetsplan 2017	Ej påbörjad	Process	Förebyggande åtgärd

Process:

2.3.1.3.3 *Kontrollera utdrag ur belastningsregister för anställda åt minderåriga*

Beskrivning av processen

-

Processområde:

2.3.1.4 *Underlätta samordnad insats*

Beskrivning

Stödprocesser som skapar förutsättningar för verksamheten genom att underlätta samordnad insats.

Process:

2.3.1.4.1 *Rekrytera familjehem, avlastningsfamiljer och umgängeskontaktpersoner*

Beskrivning av processen

Syftet med processen är att säkerställa tillgången till familjehem för barn och unga.

Process:

2.3.1.4.2 *Matcha familjehem, avlastningsfamilj och umgängeskontaktperson*

Beskrivning av processen

-

Process:

2.3.1.4.3 *Upprätta, följa upp och utvärdera samordnad individuell plan enligt SoL och HsL (SIP)*

Beskrivning av processen

Huvudmännen ska tillsammans 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.

Mått	Utfall 2016
Antal samordnade individuella planer (SIP)/Social utredning (IFO)	16

Mått	Utfall 2016
Antal uppföljda samordnade individuella planer (SIP)/Social utredning (IFO)	11
Antal samordnade individuella planer (SIP)/Omsorgsenheten (sammankallande)	3
Antal samordnade individuella planer (SIP)/Omsorgsenheten (deltagande)	4

Process:

2.3.1.4.4 Rekrytera familjehem och avlastningsfamiljer (ensamkommande barn och unga)

Beskrivning av processen

Syftet med processen är att säkerställa tillgången till familjehem för ensamkommande barn och unga.

Process:

2.3.1.4.5 Hantera överenskommelser

Process:

2.3.1.4.6 Inte röja skyddade personuppgifter

Beskrivning av processen

Skyddade personuppgifter får man om det finns risk för att man ska utsättas för hot eller våld.

Mått	Utfall 2016
Andel enhetschefer som känner till vad de ska göra för att inte röja skyddade personuppgifter	61,5 %
Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till vad de ska göra för att inte röja skyddade personuppgifter	53,8 %
Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om vad göra för att inte röja skyddade personuppgifter vid introduktion av medarbetare	38,5 %

2.3.2 Med syfte att stödja verksamheten

Processområde:

2.3.2.1 Upphandla och avtala om varor och tjänster

Beskrivning

Stödprocesser som stödjer verksamheten genom att upphandla och avtala om varor och tjänster.

Process:

2.3.2.1.1 Hantera välfärdförvaltningens avtal

Beskrivning av processen

-

Processområde:

2.3.2.2 Ta betalt

Beskrivning

Stödprocesser som stödjer verksamheten genom att ta betalt.

Process:

2.3.2.2.1 Återsöka migrationsmedel

Beskrivning av processen

Syftet med rutinen är att tydliggöra vilka funktioner som ansvarar för vad när det gäller att återsöka medel från Migrationsverket. Det ska även bli känt för olika verksamheter inom kommunen vilka ersättningar som kan återsökas och hur migrationsmedel hanteras ekonomiskt.

2.3.3 Med syfte att leverera värde till andra aktörer

Processområde:

2.3.3.1 Avtala tjänster

Beskrivning

Stödprocesser som levererar värde till andra aktörer genom att avtala tjänster.

Process:

2.3.3.1.1 Hantera privata medel









Beskrivning av processen










-

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Arbeta fram avdelningsgemensam rutin för att "Hantera privata medel" för välfärdförvaltningen	Pågående	Process	Förebyggande åtgärd

3 Mått/mätresultat
















Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016
Upprätta och fastställa överenskommelser om extern samverkan i enskilda ärenden		Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Ekonomiskt bistånd	■ 50 %
		Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Hemlöshet och utestängning från arbetsmarknaden	■ 0 %
		Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Missbruks- och beroendevård	■ 100 %
		Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Social barn- och ungdomsvård	■ 72,7 %
		Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Våld i nära relationer	■ 16,7 %
		Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Stöd till personer med funktionsnedsättning enligt LSS	■ 87,5 %
		Andel aktuella överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden - Stöd till personer med funktionsnedsättning Socialpsykiatri	■ 100 %
Planera behovet av kompetens	Rapportera årligen om avdelningen/enheten har en dokumenterad kompetensförsörjnings plan	Andel avdelningar med en dokumenterad kompetensförsörjnings plan	■ 66,67 %
		Andel enheter med en dokumenterad kompetensförsörjnings plan	◆ 90,77 %
Följa upp om systematiskt förbättringsarbete bedrivs enligt SOSFS	Följa upp om det utövas egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som	Andel enhetschefer som har genomfört egenkontroll med stöd av checklistan	◆ 85,7 %

Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016
2011:9	krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet/Egenkontroll enligt SOSFS 2011:9	"Systematiskt säkerhetsarbete (SSA)"	
		Andel enhetschefer som har genomfört egenkontroll med stöd av checklistan "Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)"	 71,4 %
		Andel enhetschefer som har genomfört egenkontroll med stöd av checklistan "Allvarliga samhällsstörningar/ext raordinära händelser".	 85,7 %
		Andel enhetschefer som har genomfört egenkontroll med stöd av checklistan "Systematiskt kvalitetsarbete (SKA) & LEAN-inspirerat förbättringsarbete"	 69,2 %
		Andel enhetschefer som har genomfört egenkontroll med stöd av checklistan "Information för att uppmärksamma förbättringsmöjligheter/anmäla händelser"	 61,5 %
		Andel enhetschefer som har genomfört egenkontroll med stöd av checklistan "Ekologiskt hållbar utveckling"	 64,3 %
Genomföra riskanalys (enligt SOSFS 2011:9)		Andel enhetschefer som fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet	 69,2 %
		Andel enhetschefer som har genomfört riskanalysen "Brukare har inte en aktuell genomförandeplan"	 62,5 %
		Andel enhetschefer som har genomfört riskanalysen "Brukares	 50 %

Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016
		genomförandeplaner följs inte"	
		Andel enhetschefer som har genomfört riskanalysen "Brukares genomförandeplaner följs inte upp"	 50 %
Genomföra händelseanalys		Andel enhetschefer som genomför en händelseanalys när en händelse har inträffat som har inneburit ett allvarligt hot mot eller som har medfört (allvarliga) konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa	 46,2 %
Säkra följsamheten till avtal		Andel enhetschefer som känner till innehållet i kommunens "Inköps- och upphandlingsstrategi"	 42,9 %
Bedriva LEAN-inspirerat förbättringsarbete		Andel enhetschefer som bedriver LEAN-inspirerat förbättringsarbete	 69,2 %
Utveckla processer (processutveckling)		Nivå på SIQs ProcessIndex (medelvärde)/Socialt stöd (redovisas från och med 2017)	
		Nivå på SIQs ProcessIndex (medelvärde)/Social utredning (redovisas från och med 2017)	
		Nivå på SIQs ProcessIndex (medelvärde)/Arbetsmarknad/integration (redovisas från och med 2017)	
Dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande (lex Sarah)	Uppmärksamma och rapportera ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande (lex Sarah)	Andel enhetschefer som känner till hur missförhållanden/risk för missförhållanden (lex Sarah) ska rapporteras	 61,5 %
		Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till att de ska rapportera	 61,5 %

Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016
		missförhållanden/risk för missförhållanden (lex Sarah)	
		Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapporteringsskyldigheten gällande lex Sarah vid introduktion av medarbetare	■ 61,5 %
		Andel enhetschefer som känner till att medarbetaren ska skriva under att den har tagit del av informationsbladet (om rapporteringsskyldigheten gällande lex Sarah) vid introduktionen	■ 61,5 %
		Antal inkomna lex Sarah-rapporteringar	■ 27
Hantera klagomål och synpunkter	Ta emot och rapportera klagomålet/synpunkten	Andel enhetschefer som känner till hur klagomål och synpunkter ska rapporteras	■ 69,2 %
		Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till att de ska rapportera klagomål och synpunkter på verksamheten	■ 69,2 %
		Andel enhetschefer som informerar sina brukare/klienter/deltagare om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter på verksamheten (direkt eller indirekt via din personal)	■ 53,8 %
		Antal inlämnade klagomål/synpunkter som har inkommit via nämndens klagomåls- och synpunktshantering	■ 12
Rapportera förbättringsmöjligheter och handlägga kvalitetsärenden i SAM	Rapportera förbättringsmöjlighet i SAM	Antal rapporterade utvecklingsmöjligheter som har inkommit via rapporteringen av förbättringsmöjligheter i SAM	■ 0

Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016
		Antal rapporterade avvikelser som har inkommit via rapporteringen av förbättringsmöjligheter i SAM	0
Bedriva systematiskt förbättringsarbete enligt SOSFS 2011:9		Andel enhetschefer som använder identifierade risker, brister i verksamheten upptäckta vid egenkontroll, avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter för att systematiskt förbättra verksamheten	61,5 %
		Andel enhetschefer som använder identifierade risker, brister i verksamheten upptäckta vid egenkontroll, inkomna klagomål och synpunkter för att förbättra processerna och rutinerna	69,2 %
Använda resultat från Socialstyrelsens öppna jämförelser för att säkra verksamhetens kvalitet		Andel enhetschefer som arbetar med förbättringar av verksamheten med utgångspunkt från resultat av Socialstyrelsens Öppna jämförelser	54,5 %
Systematiskt förbättringsarbete med utgångspunkt i IVO:s, JO:s och Patientnämndens beslut om åtgärder utifrån inspektion, tillsyn eller klagomål (kvalitet)		Antal inkomna inspektioner, tillsyner och klagomål från IVO, JO och/eller Patientnämnden	5
Kvalitetsutveckling (med stöd av SIQs Modell för Kundorienterad Verksamhetsutveckling)		Kundorientering	3,95
		Engagerat Ledarskap	3,88
		Allas delaktighet	3,51
		Kompetensutveckling	3,07
		Långsiktighet	3,43
		Samhällsansvar	3,77
		Processorientering	3,3

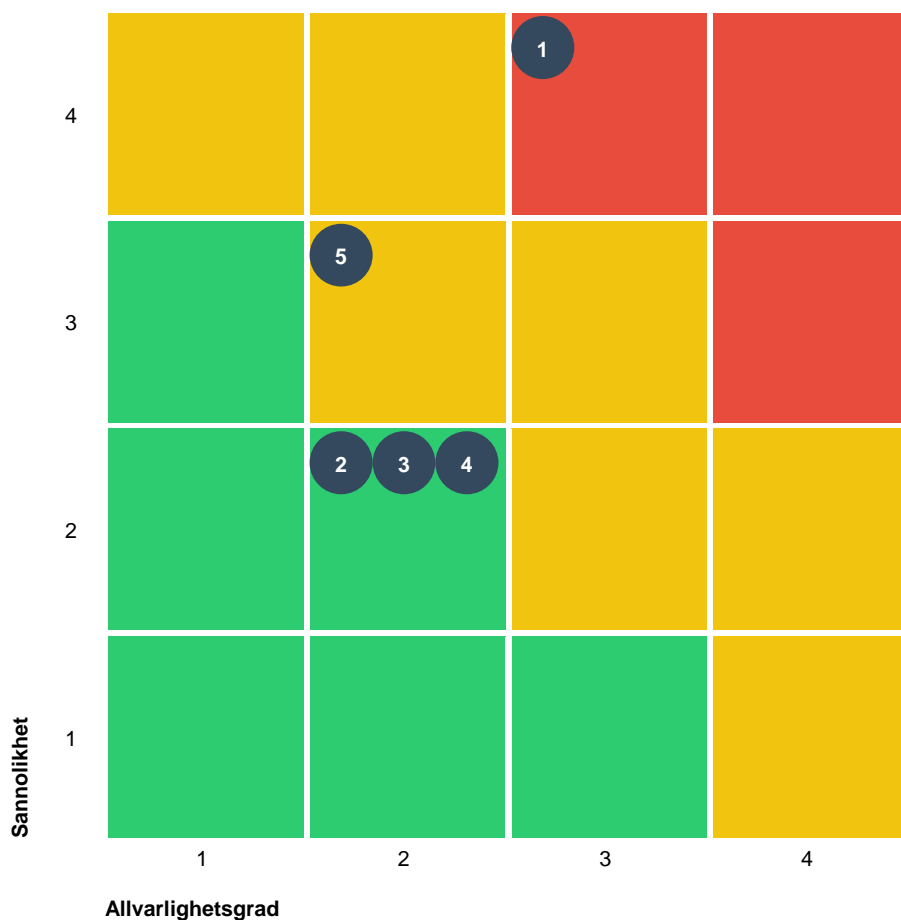
Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016
		Förebyggande åtgärder	 3,77
		Ständiga förbättringar	 3,44
		Lära av andra	 3,66
		Snabbare reaktioner	 3,61
		Faktabaserade beslut	 3,28
		Samverkan	 3,49
Möjliggöra anställdas kompetensutveckling	Följa upp och utvärdera anställdas kompetensutveckling	Andel anställda med adekvat och dokumenterad utbildning	 93,25 %
	Rapportera tertialvis andel anställda med en individuell kompetensutvecklingsplan	Andel anställda med en individuell kompetensutvecklingsplan	 63,1 %
Genomföra egenkontroll		Andel enhetschefer som följer upp verksamheten med stöd av brukar-/klient-/deltagarundersökningar	 30,8 %
		Andel enhetschefer som utövar egenkontroll löpande för att säkra verksamhetens kvalitet	 53,8 %
		Andel enhetschefer som kontrollerar att den egna verksamheten bedrivs enligt fastställda processer och gällande rutiner	 61,5 %
		Andel enhetschefer som systematiskt följer upp och utvärderar verksamhetens resultat	 53,8 %
Uppmärksamma och göra orosanmälan när barn far illa (internaktualisering)		Andel enhetschefer som känner till hur orosanmälan när barn far illa ska rapporteras	 61,5 %
		Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till hur orosanmälan när barn som far illa ska rapporteras	 61,5 %
		Andel enhetschefer som uppger att det	 53,8 %

Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016
		ingår information om rapportering av orosanmälan när barn far illa vid introduktion av medarbetare	
Uppmärksamma och göra orosanmälan när vuxna far illa (internaktualisering)		Andel enhetschefer som känner till hur orosanmälan när vuxna far illa ska rapporteras	■ 61,5 %
		Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till hur orosanmälan när vuxna far illa ska rapporteras	■ 53,8 %
		Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapportering av orosanmälan när vuxna far illa vid introduktion av medarbetare	■ 38,5 %
Uppmärksamma och/eller agera vid våld i nära relationer/misstanke om våld i nära relationer		Andel enhetschefer som känner till vad de ska göra vid misstanke om/upptäckt av att någon har utsatts för våld	■ 61,5 %
		Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till vad de ska göra vid misstanke om/upptäckt av att någon har utsatts för våld	■ 61,5 %
		Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om vad medarbetare ska göra vid misstanke om/upptäckt av att någon har utsatts för våld vid introduktion av medarbetare	■ 53,8 %
Förebygga suicid (suicidprevention)		Andel enhetschefer som känner till vad de ska göra vid misstanke om/upptäckt av risk för suicid (själv mord)	■ 30,8 %
		Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till vad de ska göra vid	■ 30,8 %

Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016
		misstanke om/upptäckt av risk för suicid (själv mord)	
		Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapportering av misstanke om/upptäckt av risk för suicid (själv mord) vid introduktion av medarbetare	■ 23,1 %
Planera genomförandet av insatsen och upprätta en genomförandeplan i samråd med den enskilde	Dokumentera planeringen av genomförandet av insatsen i en genomförandeplan	Andel aktuella genomförandeplaner	◆ 76,96 %
Upprätta, följa upp och utvärdera samordnad individuell plan enligt SoL och HsL (SIP)		Antal samordnade individuella planer (SIP)/Social utredning (IFO)	■ 16
		Antal uppföljda samordnade individuella planer (SIP)/Social utredning (IFO)	■ 11
		Antal samordnade individuella planer (SIP)/Omsorgsenheten (sammankallande)	■ 3
		Antal samordnade individuella planer (SIP)/Omsorgsenheten (deltagande)	■ 4
Inte röja skyddade personuppgifter		Andel enhetschefer som känner till vad de ska göra för att inte röja skyddade personuppgifter	■ 61,5 %
		Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till vad de ska göra för att inte röja skyddade personuppgifter	■ 53,8 %
		Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om vad göra för att inte röja skyddade personuppgifter vid introduktion av medarbetare	■ 38,5 %

4 Sammanställning systematiskt förbättringsarbete

4.1 Sammanställning med riskanalyser






1 Kritisk
 1 Medium
 3 Låg
 Totalt: 5



Kritisk
Medium
Låg

Sannolikhet		Allvarlighetsgrad
4	Mycket stor	Hög
3	Stor	Betydande
2	Liten	Måttlig
1	Mycket liten	Mindre

Process	Risk nummer	Riskanalys	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad
Uppmärksamma och/eller agera vid våld i nära relationer/misstanke om våld i nära relationer	1	■ Riskbedömningar genomförs inte i utredning gällande våld i nära relationer/misstanke om våld i nära relationer	4. Mycket stor	3. Betydande
Planera genomförandet av	2	■ Brukare har inte en aktuell genomförandeplan	1,5	1,4

Process	Risk nummer	Risikanalyser	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad
insatsen och upprätta en genomförandeplan i samråd med den enskilde				
Genomföra insatsen målinriktat i enlighet med genomförandeplanens innehåll	3	 Brukares genomförandeplaner följs inte	1,2	1,5
Följa upp genomförandet av insatsen utifrån genomförandeplanens innehåll	4	 Brukares genomförandeplaner följs inte upp	1,4	1,75
Bevara eller gallra allmänna handlingar	5	 Att det inte gallras enligt avdelningens dokumenthanteringsplan	3. Stor	2. Måttlig
		Att handlingar inte avställs digitalt enligt femårsregeln		

4.2 Sammanställning med egenkontroller

Process	Egenkontroll	Utfall	Kontrollmoment för egenkontroll
Följa upp om systematiskt förbättringsarbete bedrivs enligt SOSFS 2011:9	 Systematiskt kvalitetsarbete (SKA) & LEAN-inspirerat förbättringsarbete	Ej godkänd	Checklista
	 Information för att uppmärksamma förbättringsmöjligheter/anmäla händelser	Ej godkänd	Checklista

4.3 Sammanställning med utredning av avvikelser

4.3.1 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska systematiskt tas emot och utredas till underlag för förbättringsarbete. Syftet med klagomåls- och synpunktshandlingen är att identifiera och förebygga brister inom verksamheten. Genom klagomåls- och synpunktshandlingen kan förvaltningens verksamheter få information om sådant som inte fungerar som det ska så att brister kan åtgärdas och verksamheter förbättras.

En genomgång av de 12 klagomål/synpunkter som har inkommit under året via humanistiska nämndens klagomåls- och synpunktshandling visar inte på mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten (T1/3 stycken, T2/5 stycken, T3/4 stycken). Av det som har inkommit finns 6 klagomål, 3 synpunkter och 1 beröm. Av inlämnade klagomål/synpunkter gäller 8 handläggning och 2 tillgänglighet.

4.3.2 Risk för missförhållande/missförhållande (lex Sarah)

4.3.2.1 Lex Sarah rapporteringar

Lex Sarah är en del i det systematiska kvalitetsarbetet som ska bedrivas i verksamheter inom ramen för socialtjänstlagen (SoL) och enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till.

Missförhållanden kan vara både utförda handlingar och handlingar som någon av försummelse eller av något annat skäl inte utfört. Rapporteringsskyldigheten gäller i situationer där det inträffade har fått följder för den enskilde i form av hot mot eller konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa. En påtaglig risk för ett missförhållande ska också rapporteras och avser om det är fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.

Avvikelse enligt SoL och LSS utreds och följs upp av socialt ansvarig samordnare i dialog med avdelningschefer, enhetschefer och medarbetare. Humanistiska nämnden och omsorgsnämnden får månatlig information om delegationsbeslut som fattats utifrån inkomna lex Sarah-rapporteringar.

2016 var antalet inkomna lex Sarah-rapporteringar 108 stycken. Av dessa avvikelser gällde 81 rapporter (75 %) omsorgsnämndens verksamheter och 27 rapporter (25 %) gällde humanistiska nämndens verksamheter. 2015 var antalet avvikelser som rapporterades 85 stycken, vilket innebär en ökning med 27 % under 2016.

Antal Lex Sarah-rapporteringar	Humn	Osn	Totalt
2014	22	60	82
2015	29	56	85
2016	27	81	108

Rapporterade avvikelser lex Sarah 2016 (antal)	Socialt stöd	Social utredning	Arbetsmarknad och integration	Ordinärt boende	Särskilt boende	LSS verksamhet	Utveckling och Internt stöd	Välfärdsförvaltningen	Enskild verksamhet
Antal tertial 1 (januari - april)	1	7	-	14	9	-	1	32	1
Antal tertial 2 (maj - augusti)	3	6	-	15	14	1	-	39	-
Antal tertial 1 (september - december)	3	7	-	8	15	3	1	37	-
							Totalt:	108	

Antal individer som omfattats av rapporteringarna har varit 110 st. En rapportering kan gälla flera individer.

Inkomna lex Sarah-rapporteringar kategoriseras utifrån typ av missförhållande. Dessa kategoriseras utifrån våld eller övergrepp (fysiskt, psykiskt eller sexuella övergrepp), ekonomiska oegentligheter, försummelser, brister i bemötande, brister i samband med handläggning av ett ärende, brister i samband med verkställighet av insats, samt annan form.

Under 2016 har en skattning av respektive ärendes allvarlighetsgrad genomförts, där riskstorleken vägs mot sannolikheten att missförhållandet ska inträffa igen. I de fall där riskvärdet är 8 eller högre (upp till 16), eller allvarligheten bedöms som hög görs en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Inom humanistiska nämnden har en majoritet av avvikelserna som är relaterade till den enskilde individen värderats till 3-4.

En av de inkomna rapporteringarna från humanistiska nämnden under 2016 avslutades med beslut om

att det rapporterade inte faller under bestämmelserna om lex Sarah. Socialt ansvarig samordnare har hänvisat ansvarig enhetschef att rapportera det inträffade på annat vis, till exempel som en synpunkt eller ett klagomål.

1/1 -- 31/12 2016 Kategorier som avvikelserna innefattar	Brister i handläggningen	Brister i verkställighet	Brister i bemötande	Försummelse	Ekonomiska oegentligheter	Annan form	Våld eller övergrepp	Antal kategorier rapporteringarna inkluderat	Enskild verksamhet
Humanistiska nämnden	14	5	2	0	0	9	1	31	
Omsorgsnämnden	5	21	8	10	20	18	6	88	1
Totalt antal välfärdsförvaltningen	19	26	10	10	20	27	7	119	1

Under 2016 gjordes från Sveriges kommuner sammanlagt 1204 stycken anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) där inkomna lex Sarah-rapporteringar bedömts som allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden. I Västernorrlands län gjordes 12 anmälningar varav två från Örnsköldsviks kommun. Den ena anmälningen som gjordes till Inspektionen för vård och omsorg från välfärdsförvaltningen gällde brister i verkställighet och handläggning. Brister i handläggningen utifrån att humanistiska nämnden inte har bedömt risken för ytterligare våld i utredningen samt brister i verkställighet utifrån att den enskilde fick vänta i sju månader på att få sitt bistånd verkställt. Missförhållandet fick som konsekvens att den enskilde riskerade att bli fortsatt utsatt för våld. I utredningen framkom även att en lex Sarah-rapportering gjordes till berörd enhetschef i början av november 2015, men att lex Sarah-rapporteringen inte skickades vidare till berörd registrator skyndsamt, i enlighet med rutin, utan registrerades som upprättad drygt fem veckor senare i december 2015. I mitten av december 2015 togs även beslut om att inleda lex Sarah-utredning. Lex Sarah-utredning genomfördes inte utan dröjsmål och i enlighet med hur bestämmelserna kring lex Sarah ska tillämpas.

De viktigast bakomliggande orsakerna till missförhållandet bedöms vara hög arbetsbelastning, avsaknad av information om organisationsförändring, felaktiga rutiner samt avsaknad av rutiner. De viktigaste åtgärderna för att minimera de bakomliggande orsakerna blir att säkerställa att tjänster inte är vakanta och att rekryteringar görs i tid för att säkra verksamheten. Ett uppdrag pågår gällande att skapa rutiner inom våld i nära relationer mellan avdelningarna social utredning och socialt stöd. Det är av största vikt att detta arbete färdigställs och att en rutin skapas gällande riskbedömningar som stämmer överens med föreskrift SOSFS 2014:4. En rutin behöver även skapas gällande hur prioriteringar av insatser kan ske.

Den andra avvikelserna inkom 2016 och gäller att ett enskilt barn uppgett till handläggande socialsekreterare att denne utsatts för våld i ett tidigare familjehem. Även denna skickades som anmälan till IVO. Det enskilda barnet har berättat om sin utsatthet för våld vid flera tillfällen till olika personer och utredning har inte inletts. Barnet uppgavs ha haft svårigheter under placeringen och efter omplacering gick utvecklingskurvan uppåt. De viktigast bakomliggande orsakerna till missförhållandet bedöms vara att utredning inte har inletts vid kännedom om att ett barn kan ha utsatts för våld eller andra övergrepp av en närstående, eller bevittnat våld mot en närstående. Detta leder till att ingen bedömning görs kring risken för att det enskilda barnet och dennes syskon kommer att utsättas för eller bevittna ytterligare våld. Barnets behov av stöd och hjälp akut, och på kort och lång sikt blir därmed inte utrett. De viktigaste åtgärdsförslagen för att minska risken för att missförhållandet händer igen är att säkra att föreskrifter följs gällande utredning vid våld i nära relationer, samt att säkra att risken för ytterligare våld bedöms i utredningen.

I båda fallen bedömer Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att nämnden fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet i enlighet med 14 kap. 6-7 §§ SoL. IVO beslutar att avsluta ärendet och inga ytterligare åtgärder kommer att vidtas. Nämnden bedöms ha identifierat orsaker till det inträffade, samt vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen.

4.3.2.2 Analys

Analys och bedömningar av vad vi kan lära av inkomna avvikelser och lämpliga åtgärder görs fortlöpande under verksamhetsåret. Totalt inom förvaltningen har inkomna lex Sarah-rapporteringar har ökat med 27 % från 2015 till 2016. Till stor del bedöms ökningen bero på ökad medvetenhet och engagemang för kvalitetsarbete hos personal inom förvaltningen. I och med att syftet med lex Sarah blir mer känd i organisationen är bedömningen att antalet lex Sarah-rapporteringar kommer fortsätta att öka.

Under 2016 har en stor del av lex Sarah-rapporteringarna inom omsorgsnämnden handlat om ekonomiska oegentligheter. Ett arbete har utifrån det påbörjats med att uppdatera rutinen för kontanthantering samt göra rutinen förvaltningsövergripande, utifrån att kontanthantering berör båda nämnderna. Syftet är att komma till rätta med missförhållanden. Även rutinen gällande hur internpost ska hanteras har uppdaterats med anledning av att användande av förkortningar av namnet på enheter inom förvaltningen på adressat inneburit att mottagare förväxlat.

Utifrån att lex Sarah-rapporteringar inte har utretts utan dröjsmål är ett arbete påbörjat med att ta fram en ny organisation kring arbete med lex Sarah-utredningar. Avdelningsknutna verksamhetsutvecklare kommer vid behov att stötta upp socialt ansvarig samordnare (SAS). Målsättningen är att processen ”hantering av lex Sarah-ärenden” kvalitetssäkras med tillhörande rutiner. Socialt ansvarig samordnare och avdelningarnas verksamhetsutvecklare arbetar i team i syfte att skyndsamt hantera lex Sarah-rapporter och skapa en helhetsbild av utvecklingsmöjligheter där erfarenheter och lärdomar från verksamheterna tas bättre till vara. Detta kommer även att medföra att syftet med rapporteringarna tydliggörs och rimligen kommer det även att medföra att flera rapporteringar görs.

4.4 Sammanställning med åtgärder

Process	Åtgärd	Åtgärdens ursprung	Status
Genomföra riskanalys (enligt SOSFS 2011:9)	Genomföra intern kontroll av riskanalysarbetet i enlighet med humanistiska nämndens verksamhetsplan 2016	Process	Genomförd
Genomföra riskanalys gällande brukar-/klientsäkerhet	Genomföra intern kontroll av riskanalysarbetet i enlighet med humanistiska nämndens verksamhetsplan 2016	Process	Genomförd
Bedriva systematiskt förbättringsarbete enligt SOSFS 2011:9	Beskriva hur risker ska hanteras inom välfärdsförvaltningen (Helhetsgrepp "Riskanalys och riskbedömning" (kvalitet och arbetsmiljö))	Process	Ej påbörjad
	Beskriva hur avvikelser ska hanteras inom välfärdsförvaltningen (Helhetsgrepp "Hantering av avvikelser inom välfärdsförvaltningen")	Process	Ej påbörjad
Genomföra insatsen målinriktat i enlighet med genomförandeplanens innehåll	Genomföra den interna kontrollen "Granska om insatser genomförs i enlighet med genomförandeplanens innehåll" i enlighet med	Process	Ej påbörjad

Process	Åtgärd	Åtgärdens ursprung	Status
	humanistiska nämndens verksamhetsplan 2017		
Följa upp bistånd enligt SoL (den beslutande nämndens ansvar)	Genomföra den interna kontrollen "Granska uppföljningsprocessen av bistånd enligt SoL" i enlighet med humanistiska nämndens verksamhetsplan 2017	Process	Ej påbörjad
Attrahera personal att söka anställning inom välfärdförvaltningen (ny personal, tidigare anställda)	Genomföra den interna kontrollen "Genomföra en orsaksanalys av bristen på socionomer" i enlighet med humanistiska nämndens verksamhetsplan 2017	Process	Ej påbörjad
Hantera privata medel	Arbeta fram avdelningsgemensam rutin för att "Hantera privata medel" för välfärdförvaltningen	Process	Pågående

5 Utvecklingsbehov

5.1 Analys av det systematiska kvalitetsarbetet

5.1.1 Analys av processerna som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet

5.1.1.1 Underlätta utveckling av verksamheten genom att ”Utveckla tjänster”

Utveckla processer (processutveckling)

För att underlätta systematisk och fortlöpande utveckling av verksamheten utvecklas processer med stöd av SIQs ProcessIndex (se avsnitt 2.1.2.2.4). Åtgärder:

- Informera processansvariga funktioner vid introduktion om att de förväntas bedriva processutveckling med stöd av SIQs ProcessIndex.
- Genomföra processutvecklingsträffar med processansvariga funktioner.
- Utveckla processen ”Utveckla processer (processutveckling)” till nivå 8 på SIQs ProcessIndex.

Utveckla/avveckla rutiner

Det ska finnas dokumenterade rutiner som dels ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten (SOSFS 2011:9 4 kap. 5 §) (se avsnitt 2.1.2.2.5). Åtgärder:

- Informera vid introduktion att det finns en rutin för *Rutikutveckling/-avveckling*.
- Arbeta enligt rutinen för *Rutikutveckling/-avveckling* som beskriver hur rutiner inom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) upprättas/uppdateras/granskas, fastställs, publiceras/förvaras, sprids information om, avvecklas och arkiveras.
- Utveckla processen ”Utveckla/avveckla rutiner” till nivå 4 på SIQs ProcessIndex.

5.1.2 Analys av mått/mätresultat

5.1.2.1 Underlätta styrning av verksamheten genom att ”Utarbeta och fastställa överenskommelser”

Upprätta och fastställa överenskommelser om extern samverkan i enskilda ärenden

En viktig förutsättning för verksamheten, som också efterfrågas i Socialstyrelsens öppna jämförelser, är att det finns skriftliga och på ledningsnivå beslutade överenskommelser för hur samverkan i enskilda ärenden ska bedrivas. Av avsnitt 2.1.1.2.1 framgår att andelen överenskommelser om extern samverkan i enskilda ärenden varierar mellan 0 och 100 procent. Åtgärder:

- Inventera behovet av överenskommelser om extern samverkan i enskilda ärenden.
- Arbeta fram överenskommelser om extern samverkan i enskilda ärenden.
- Utveckla processen ”Upprätta och fastställa överenskommelser om extern samverkan i enskilda ärenden” till nivå 10 på SIQs ProcessIndex.

5.1.2.2 Underlätta utveckling av verksamheten genom att ”Identifiera och analysera behov”

Genomföra riskanalys (enligt SOSFS 2011:9)

För att underlätta systematisk och fortlöpande utveckling av verksamheten ska det fortlöpande bedömas om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9 5 kap. 1 §). Av avsnitt 2.1.2.1.3 framgår att 69,2 procent av enhetscheferna uppger att de fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Enhetschefernas deltagande i genomförandet av de tre riskanalyserna (kopplade till genomförandeplan) i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) i Stratsys är förhållandevis lågt. Åtgärder:

- Informera vid introduktion om kraven gällande riskanalys i SOSFS 2011:9.
- Arbeta enligt kraven gällande riskanalys i SOSFS 2011:9.

- Utveckla processen ”Genomföra riskanalys (enligt SOSFS 2011:9)” till nivå 8 på SIQs ProcessIndex.

Genomföra riskanalys gällande brukar-/klientsäkerhet

För att underlätta systematisk och fortlöpande utveckling av verksamheten ska det fortlöpande bedömas om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9 5 kap. 1 §) (se avsnitt 2.1.2.1.4). Åtgärder:

- Informera vid introduktion om kraven gällande riskanalys i SOSFS 2011:9.
- Informera vid introduktion om Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) skrift ”Modell för risk- och händelseanalys”.
- Utveckla processen ”Genomföra riskanalys gällande brukar-/klientsäkerhet” till nivå 6 på SIQs ProcessIndex.

Genomföra händelseanalys

Av avsnitt 2.1.2.1.5 framgår att endast 46,2 procent av enhetscheferna uppger att de genomför en händelseanalys när en händelse har inträffat som har inneburit ett allvarligt hot mot eller som har medfört (allvarliga) konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa. Åtgärder:

- Informera vid introduktion om Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) skrift ”Modell för risk- och händelseanalys”.
- Påbörja arbetet med att utveckla processen ”Genomföra händelseanalys” till nivå 6 på SIQs ProcessIndex.

5.1.2.3 Underlätta utveckling av verksamheten genom att ”Utveckla tjänster”

Säkra följsamhet till avtal

Av avsnitt 2.1.2.2.1 framgår att endast 42,9 procent av enhetscheferna uppger att de känner till innehållet i kommunens ”Inköps- och upphandlingsstrategi”. Åtgärder:

- Informera vid introduktion om kommunens ”Inköps- och upphandlingsstrategi”.
- Informera vid introduktion att avtal finns och ska följas.
- Utveckla processen ”Säkra följsamhet till avtal” till nivå 6 på SIQs ProcessIndex.

Bedriva LEAN-inspirerat förbättringsarbete

Av avsnitt 2.1.2.2.3 framgår att 69,2 procent av enhetscheferna uppger att de bedriver LEAN-inspirerat förbättringsarbete. Åtgärder:

- Informera vid introduktion att LEAN-inspirerat förbättringsarbete ska bedrivas.
- Bedriva LEAN-inspirerat förbättringsarbete.
- Utveckla processen ”Bedriva LEAN-inspirerat förbättringsarbete” till nivå 8 på SIQs ProcessIndex.

5.1.2.4 Underlätta utveckling av verksamheten genom att ”Utveckla verksamhet”

Dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande (lex Sarah)

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande ska utan dröjsmål dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas (SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §). Skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden ska gälla för den som är 1. anställd, 2. uppdragstagare, 3. praktikant eller motsvarande under utbildning, och 4. deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program (SOSFS 2011:5 2 kap. 1 §). Av avsnitt 2.1.2.3.5 framgår att endast 61,5 procent av enhetscheferna uppger att de känner till hur missförhållande/risk för missförhållande (lex Sarah) ska rapporteras. Andelen ligger på samma nivå när det gäller att enhetscheferna uppger att deras personal känner till att de ska rapportera missförhållanden/risk för missförhållanden (lex Sarah), det ingår information om rapporteringsskyldigheten gällande lex Sarah vid introduktion av medarbetare och medarbetaren ska skriva under att den har tagit del av informationsbladet (om rapporteringsskyldigheten gällande lex Sarah) vid introduktionen. Åtgärder:

- Informera vid introduktion om rapporteringsskyldigheten.
- Informera vid introduktion om hur missförhållande/risk för missförhållande (lex Sarah) ska rapporteras.
- Informera vid introduktion om att medarbetaren ska skriva under att denne har tagit del av informationsbladet (om rapporteringsskyldigheten gällande lex Sarah) vid introduktionen.
- Utveckla processen ”*Dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande (lex Sarah)*” till nivå 10 på SIQs ProcessIndex.

Hantera klagomål och synpunkter

Genom klagomåls- och synpunktshanteringen får förvaltningens verksamheter information om sådant som inte fungerar som det ska så att brister kan åtgärdas och verksamheter förbättras. Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från 1. vård- och omsorgstagare och deras närstående, 2. personal, 3. vårdgivare, 4. de som bedriver socialtjänst, 5. de som bedriver verksamhet enligt LSS, 6. myndigheter, och 7. föreningar, andra organisationer och intressenter ska tas emot och utredas (SOSFS 2011:9 5 kap. 3 §). Av avsnitt 2.1.2.3.6 framgår att 69,2 procent av enhetscheferna uppger att de känner till hur klagomål och synpunkter ska rapporteras och att personalen känner till att de ska rapportera klagomål och synpunkter på verksamheten. Andelen enhetschefer som informerar sina brukare/klienter/deltagare om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter på verksamheten (direkt eller indirekt via din personal) är endast 53,8 procent. Åtgärder:

- Informera vid introduktion om kraven gällande klagomål och synpunkter i SOSFS 2011:9.
- Informera vid introduktion om att klagomål/synpunkter ska rapporteras och att rutinen för ”*Klagomåls- och synpunktshantering*” ska följas.
- Utveckla processen ”*Hantera klagomål och synpunkter*” till nivå 7 på SIQs ProcessIndex.

5.1.2.5 Underlätta utveckling av verksamheten genom att ”Utveckla kompetens”

Introducera personal

En viktig förutsättning för verksamheten är att anställda får rätt förutsättningar för att utföra sitt arbete på bästa möjliga sätt (se avsnitt 2.1.2.4.1). Åtgärder:

- Sammanställa avdelningsspecifika introduktionssidor på intranätet (för att underlätta introduktion av enhetschefer).
- Sammanställa enhetsspecifika introduktionssidor på intranätet (för att underlätta introduktion av medarbetare).
- Utveckla processen ”*Introducera personal*” till nivå 10 på SIQs ProcessIndex.

5.1.2.6 Underlätta utveckling av verksamheten genom att ”Följa upp förändring”

Genomföra egenkontroll

Egenkontroll ska utövas med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9 5 kap2 §). Med egenkontroll avses systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Av avsnitt 2.1.2.6.1 framgår att 30,8 procent av enhetscheferna uppger att de följer upp verksamheten med stöd av brukar-/klient-/deltagarundersökningar. Av enhetscheferna uppger 53,8 procent att de utövar egenkontroll löpande för att säkra verksamhetens kvalitet, 61,5 procent att de kontrollerar den egna verksamheten bedrivs enligt fastställda processer och gällande rutiner och 53,8 procent att de systematiskt följer upp och utvärderar verksamhetens resultat. Åtgärder:

- Informera vid introduktion om kraven gällande egenkontroll i SOSFS 2011:9.
- Sammanställa avdelningsspecifika egenkontrollplaner som innefattar vilka metoder för egenkontroll som ska användas, när de ska användas och vem som ansvarar för vad när det gäller egenkontroll.
- Sammanställa enhetsspecifika egenkontrollplaner som innefattar vilka metoder för egenkontroll som ska användas, när de ska användas och vem som ansvarar för vad när det gäller egenkontroll.
- Utveckla processen ”*Genomföra egenkontroll*” till nivå 4 på SIQs ProcessIndex.

5.1.2.7 Underlätta människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv genom att ”Förebygga behov av insats”

Uppmärksamma och göra orosanmälan när barn far illa (internaktualisering)

Av avsnitt 2.2.1.2.1 framgår att av enhetscheferna uppger 61,5 procent att de känner till hur orosanmälan när barn far illa ska rapporteras, 61,5 procent att deras personal känner till hur orosanmälan när barn som far illa ska rapporteras och 53,8 procent det ingår information om rapportering av orosanmälan när barn far illa vid deras introduktion av medarbetare. Åtgärder:

- Informera vid introduktion om att orosanmälan ska göras när barn far illa.
- Utveckla processen ”Uppmärksamma och göra orosanmälan när barn far illa (internaktualisering)” till nivå 4 på SIQs ProcessIndex.

Uppmärksamma och göra orosanmälan när vuxna far illa (internaktualisering)

Av avsnitt 2.2.1.2.2 framgår att av enhetscheferna uppger 61,5 procent att de känner till hur orosanmälan när vuxna far illa ska rapporteras, 53,8 procent att deras personal känner till hur orosanmälan när vuxna som far illa ska rapporteras och 38,5 procent att det ingår information om rapportering av orosanmälan när vuxna far illa vid deras introduktion av medarbetare. Åtgärder:

- Informera vid introduktion att orosanmälan ska göras när vuxna far illa.
- Utveckla processen ”Uppmärksamma och göra orosanmälan när vuxna far illa (internaktualisering)” till nivå 4 på SIQs ProcessIndex.

Uppmärksamma och/eller agera vid våld i nära relationer/misstanke om våld i nära relationer

Det är viktigt att uppmärksamma och/eller agera vid våld i nära relationer/misstanke om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4). Våldet kan vara av fysisk, psykisk eller sexuell karaktär, eller omfatta olika former av tvång och begränsningar. Med våld i nära relation avses att den våldsutsatta har eller har haft en nära relation eller beroendeförhållande till förövaren. Av avsnitt 2.2.1.2.3 framgår att av enhetscheferna uppger 61,5 procent att de känner till vad de ska göra vid misstanke om/upptäckt av att någon har utsatts för våld, 61,5 procent att deras personal känner till vad de ska göra vid misstanke om/upptäckt av att någon har utsatts för våld och 53,8 procent att det ingår information om vad medarbetare ska göra vid misstanke om/upptäckt av att någon har utsatts för våld vid deras introduktion av medarbetare. Åtgärder:

- Informera vid introduktion om vad som ska göras vid misstanke om/upptäckt av att någon har utsatts för våld.
- Fastställa "Välfärdsförvaltningens handlingsplan mot våld i nära relationer 2017-2020" (nämnden).
- Utveckla processen ”Uppmärksamma och/eller agera vid våld i nära relationer/misstanke om våld i nära relationer” till nivå 10 på SIQs ProcessIndex.

Förebygga suicid (suicidprevention)

Det är viktigt med tidig upptäckt och insats för att motverka psykisk ohälsa som kan leda till suicid. Syftet med att förebygga suicid (suicidprevention) är att minska andelen personer som begår suicid eller som försöker begå suicid, detta genom samverkan samt samordning av resurser och åtgärder. Av avsnittet 2.2.1.2.4 framgår att av enhetscheferna uppger 30,8 procent att de känner till vad de ska göra vid misstanke om/upptäckt av risk för suicid (själv mord), 30,8 procent att deras personal känner till vad de ska göra vid misstanke om/upptäckt av risk för suicid (själv mord) och 23,1 procent att det ingår information om rapportering av misstanke om/upptäckt av risk för suicid (själv mord) vid deras introduktion av medarbetare. Åtgärder:

- Arbeta fram rutiner för att underlätta tidig upptäckt och insats för att motverka psykisk ohälsa som kan leda till suicid.
- Informera vid introduktion om vikten av tidig upptäckt och insats för att motverka psykisk ohälsa som kan leda till suicid.
- Utveckla processen ”Förebygga suicid (suicidprevention)” till nivå 8 på SIQs ProcessIndex.

5.1.2.8 Underlätta människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv genom att ”Planera insats”

Planera genomförandet av insatsen och upprätta en genomförandeplan i samråd med den enskilde

I genomförandeplanen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad samt när och hur det ska göras (SOSFS 2014:5). Av avsnitt 2.2.1.5.1 framgår att andelen aktuella genomförandeplaner inom humanistiska nämndens verksamheter är 76,96 procent. Åtgärder:

- Öka andelen aktuella genomförandeplaner.
- Inrätta ett processutvecklingsteam för de genomförandeplansrelaterade processerna som SAS:en är processansvarig för.
- Utveckla processen ”Planera genomförandet av insatsen och upprätta en genomförandeplan i samråd med den enskilde” till nivå 10 på SIQs ProcessIndex.

5.1.2.9 Skapa förutsättningar för verksamheten genom att ”Underlätta samordnad insats”

Inte röja skyddade personuppgifter

Skyddade personuppgifter får man om det finns risk för att man ska utsättas för hot eller våld (SOSFS 2014:4). Av avsnitt 2.3.1.4.6 framgår att av enhetscheferna uppger 61,5 procent att de känner till vad de ska göra för att inte röja skyddade personuppgifter, 53,8 procent att personalen känner till vad de ska göra för att inte röja skyddade personuppgifter och 38,5 procent att det ingår information om vad göra för att inte röja skyddade personuppgifter vid deras introduktion av medarbetare. Åtgärder:

- Arbeta fram rutiner för att förhindra att skyddade personuppgifter röjs.
- Informera vid introduktion om att skyddade personuppgifter inte får röjas.
- Utveckla processen ”Inte röja skyddade personuppgifter” till nivå 8 på SIQs ProcessIndex.

5.1.3 Analys av det systematiska förbättringsarbetet

Bedriva systematiskt förbättringsarbete enligt SOSFS 2011:9

Av SOSFS 2011:9 framgår att systematiskt förbättringsarbete ska bedrivas. Av avsnitt 2.1.2.3.8 framgår att endast 61,5 procent av enhetschefer uppger att de använder identifierade risker, brister i verksamheten upptäckta vid egenkontroll, avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter för att systematiskt förbättra verksamheten. Åtgärder:

- Informera vid introduktion om kraven gällande systematiskt förbättringsarbete i SOSFS 2011:9.
- Informera vid introduktion om rutinerna gällande systematiskt förbättringsarbete (riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättrande åtgärder i verksamheten, förbättring av processerna och rutinerna).
- Utveckla processen ”Bedriva systematiskt förbättringsarbete enligt SOSFS 2011:9” till nivå 8 på SIQs ProcessIndex.

5.2 Processer som behöver utvecklas för att säkra verksamhetens kvalitet

5.2.1 Utvecklingsbehov

Enligt kraven i SOSFS 2011:9 ska processerna som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet stå i fokus för det systematiska kvalitetsarbetet (SKA). Därtill ska aktiviteterna som ingår i respektive process och dess inbördes ordning dokumenteras i rutiner av vilka det även framgår hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten samt hur samverkan ska ske med externa aktörer.

Av avsnitt 5.1.1 framgår vikten av att arbeta med processerna "Utveckla processer (processutveckling)" och "Utveckla/avveckla rutiner" gällande processerna som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. För att kunna följa hur det systematiska kvalitetsarbetet SKA fortskrider behöver måltal för processrelaterade mått sättas. För en del av måtten som ingår i nämndens verksamhetsplan finns måltal. För andra mått kan, för att underlätta det ständiga förbättringsarbetet, måltal sättas i form av rikssnitt alternativt länssnitt, en eller ett par procent över nuvarande resultat eller nivån motsvarande omsorgsnämndens resultat (om det överstiger humanistiska nämndens resultat).

Det är viktigt att det systematiska förbättringsarbetet (riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättrande åtgärder i verksamheten, förbättring av processerna och rutinerna) kommer igång på avdelnings- och enhetsnivå. Redan inplanerat, i ”*Strategisk plan för kvalitetsutveckling inom välfärdsförvaltningen 2015-2018*” är att verksamhetsanalyser ska genomföras på avdelnings- respektive enhetsnivå, med syfte att identifiera och analysera behov, med start 2017. Detta kan göras med utgångspunkt från respektive avdelnings/enhets kvalitetsberättelse där respektive verksamhets processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet är i fokus. Även det inplanerade arbetet, i ”*Strategisk plan för kvalitetsutveckling inom välfärdsförvaltningen 2015-2018*”, med intern revision kommer att underlättas.

5.2.2 Systematiskt kvalitetsarbete under 2016

I början av 2016 påbörjades arbetet med att fylla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) i Stratsys med innehåll. Ledningssystemets struktur följer kraven i SOSFS 2011:9. Under 2016 har fokus, vid ledningens genomgångar (vår) respektive ledningens uppföljningar (höst), legat på att identifiera de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet underlättas i Stratsys genom att riskanalyser, egenkontroller och åtgärder planeras, utförs och följs upp i Stratsys.

5.2.3 Systematiskt kvalitetsarbete under 2017

Med utgångspunkt från nya respektive befintliga krav (i lagar och föreskrifter), identifierade förbättringsbehov/- möjligheter samt identifierade utvecklingsbehov (utifrån analyser av det systematiska kvalitetsarbetet med utgångspunkt i kvalitetsberättelsen) kommer det systematiska kvalitetsarbetet att vidareutvecklas under 2017. Ett utvecklingsområde för förvaltningens kvalitetsledande funktioner (kvalitetsledare, socialt ansvarig samordnare (SAS), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)) är att koppla mått till processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Ett annat utvecklingsområde är att intensifiera processutvecklingsarbetet med stöd av SIQs ProcessIndex.

5.2.3 Andra processer som behöver utvecklas under 2017

Utöver det som framgår av avsnitten 5.1.1, 5.1.2 och 5.1.3 behöver följande utvecklas:

- Systematiskt förbättringsarbete av verksamhetens huvudprocesser med fokus på att ”Underlätta människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv”.