

KVALITETSPLAN



Edsbyn & Alfta

Ovanåkers kommun
Socialförvaltningen



KVALITETSPLAN 2013

Socialförvaltningen

Ovanåkers kommun



Innehållsförteckning

INLEDNING	2
KVALITETSPLANENS FORTSATTAS DISPOSITION	2
GRUNDERNA FÖR DET SYSTEMATISKA KVALITETSARBETET INOM SOCIALTJÄNSTEN	3
1. PROCESSER OCH RUTINER	5
BESKRIVNING AV KVALITETSOMRÅDET	5
2. SYSTEMATISKT FÖRÄNDRINGSARBETE	6
BESKRIVNING AV KVALITETSOMRÅDET	6
3. TILLGÄNGLIGHET	8
BESKRIVNING AV KVALITETSOMRÅDET	8
4. SAMVERKAN	9
BESKRIVNING AV KVALITETSOMRÅDET	9
5. HANDLÄGGNING OCH DOKUMENTATION	10
BESKRIVNING AV KVALITETSOMRÅDET	10
6. PERSONAL	11
BESKRIVNING AV KVALITETSOMRÅDET	11
7. JÄMSTÄLLDHET	12
BESKRIVNING AV KVALITETSOMRÅDET	12
8. MILJÖ	13
BESKRIVNING AV KVALITETSOMRÅDET	13
KVALITETSINSATSER UNDER 2013	14

Inledning

För att säkerställa en god verksamhetskvalitet använder socialförvaltningen i Ovanåkers kommun ett ledningssystem, ett system för att fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten och för att sätta upp, följa upp och utvärdera verksamhetens mål. Ett välfungerande ledningssystem medför att det för verksamheten finns en organisatorisk struktur med ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Syftet med vårt ledningssystem är således att skapa en systematik och samordning i arbetet med verksamhetens kvalitetsutveckling.

Denna kvalitetsplan utgör en modell för vårt ledningssystem som skall säkerställa arbetet med verksamhetens kvalitetsutveckling där de olika verksamhetsprocesserna inom förvaltningen beskrivs och synliggörs. Vidare innefattar kvalitetsplanen en struktur för styrning, utveckling och dokumentation av kvaliteten i verksamheten samt vad, hur och när uppföljning och utvärdering skall göras. Denna plan och den uppföljning som årligen görs är med andra ord en del i den dokumentationsskyldighet som nämns i 7 kap. 1§ SOSFS 2011:9.

SOSFS 2011:9

7 kap. 1 §.

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Allmänna råd

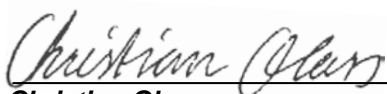
Vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå

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

Kvalitetsplanens fortsatta disposition

I denna kvalitetsplan redogörs för socialförvaltningens kvalitetsarbete för verksamhetsåret 2013. Inledningsvis presenteras grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet inom socialtjänsten som innehåller bakgrunden till de olika kvalitetsområdena. Därefter görs en fördjupad redovisning inom varje kvalitetsområde. Där redogörs för aktuell lagtext, som kan vara råd och stöd, anvisningar eller föreskrifter vilket är tvingande lagtext. En beskrivning av kvalitetsområdet följer som förklarar varför detta är ett kvalitetsområde.

Slutligen redovisas de kvalitetsinsatser som är planerade att genomföras under 2013, detta under rubriken "Kvalitetsinsatser under 2013", samt hur ansvarsfördelningen ser ut och vilka tidsramar som gäller under rubriken "Ansvarsfördelning". För varje kvalitetsinsats redogörs även för vilka stödresurser som finns att tillgå.

 2013-01-08

Christian Olars

Metod- och kvalitetsutvecklare

Socialförvaltningen

Ovanåkers kommun

Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet inom socialtjänsten

Att en verksamhet systematiskt och fortlöpande ska utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten framgår av 3 kap. 3 § Socialtjänstlag (2001:453). §6 i lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och 2§ i hälso- och sjukvårdslag (1982:763) innehåller motsvarande bestämmelser.

SOL

3 KAP. 3§

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Socialstyrelsen har angett föreskrifter och allmänna råd för hur kommunerna ska inrätta ledningssystem för att säkerställa kvalitet i verksamheterna. De nya föreskrifterna och allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas och anger att det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Den fastslagna systematiken ska användas för att utveckla och säkra samtliga krav och mål som gäller för respektive verksamhet enligt författningar (lagar, förordningar och föreskrifter).

De nya föreskrifterna och allmänna råden beskriver hur en verksamhet systematiskt och fortlöpande ska arbeta för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Kvalitet definieras i 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 på följande sätt:

SOSFS 2011:9

2 KAP. 1 §

Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Ovanstående definition av kvalitet är grunden för hur ledningssystemet ska vara uppbyggt och hur det ska användas. Ledningssystemet ska därefter byggas upp så att det kan användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Den som bedriver verksamhet kan välja att ställa ytterligare krav på verksamheten genom att sätta egna mål eller följa krav i olika standarder. Det är möjligt förutsatt att sådana krav eller mål inte står i strid med författningar.

Medborgare och den enskilde klienten/brukaren förväntar sig att få adekvat stöd och hjälp av God kvalitet. Ledningssystemet säkerställer att socialtjänsten utvecklar tjänster med god kvalitet, i enlighet med gällande regelverk. God kvalitet inom socialtjänstens verksamhet innefattar bland annat rättssäkerhet, bemötande, delaktighet och att socialtjänstens insatser ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som socialtjänstlagen anger. Det är detta som måste synliggöras inom förvaltningens olika verksamheter. Vi måste kunna beskriva de processer som pågår och de tjänster som vi erbjuder, vad vi gör. Vi måste exempelvis kunna beskriva vad som händer när en individ flyttar till något av våra boenden, blir beviljad vardagsstöd eller hemtjänstinsatser. För att kunna få kunskap om, och utveckla kvaliteten i verksamheten och att kunna bedöma resultaten krävs metoder för uppföljning och utvärdering samt en systematisk dokumentation av detta arbete. Ledningssystemet innehåller en struktur för att styra, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten samt vad, hur och när uppföljning och utvärdering ska göras. Ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetet fastställs och personalen görs delaktig i kvalitetsarbetet.

Nedanstående beskrivning av ledningssystemet ligger till grund för det systematiska kvalitets- och utvecklingsarbetet inom socialtjänsten i Ovanåkers kommun. Socialförvaltningens ledningssystem för kvalitet grundar sig i de områden som Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2011:9, lyfter fram samt delar av det tidigare kvalitetsledningssystemet vilket grundade sig i SOSFS 2006:11, samt ytterligare två områden bestämda av socialnämnden. Utifrån denna grund har sedan ledningssystemet förnyats innehållsmässigt utifrån innehållet i Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2011:9.

Vårt kvalitetsledningssystem som grundar sig i Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 samt SOSFS 2006:11 omfatta följande områden

1. Processer och rutiner
2. Systematiskt förändringsarbete
3. Tillgänglighet
4. Samverkan
5. Handläggning och dokumentation
6. Personal

Socialnämnden har dessutom utökat antalet kvalitetsområden till att även innefatta

7. Jämställdhet.
8. Miljö.

Innehållet i Socialstyrelsens nya föreskrifter, SOSFS 2011:9 innefattas huvudsakligen i mapparna 1. Processer och rutiner, där vi med hjälp av rutiner och manualer ska beskriva vad vi gör och vilka tjänster vi erbjuder, en produktbeskrivning av socialförvaltningens arbete med andra ord, samt 2. Systematiskt förändringsarbete, där fokus ligger på att systematiskt utveckla och förbättra verksamheten. Övriga mappar har vi valt att behålla eftersom vi anser att dessa är viktiga och fungerar som ett komplement och en kvalitetssäkring av kvalitetsarbetet.

Kvalitetsledningssystemet och det kvalitetsarbete som genomförs inom socialförvaltningen i Ovanåkers kommun syftar till ett ständigt förändrings- och förbättringsarbete där vi planerar, genomför, följer upp och åtgärdar den verksamhet som vi bedriver. Kvalitetshjulet till höger ger en bild av det kvalitetsarbete som ständigt ska pågå inom förvaltningen. Kvalitetsarbetet för 2013 regleras och styrs av denna kvalitetsplan. Det är utifrån de kvalitetsmål som klargörs i denna plan som vi årligen analyserar och redovisar förvaltningens arbete gällande kvalitet.



1. Processer och rutiner

SOSFS 2011:9

4 KAP.

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska i varje process enligt 2 § 1. identifiera de aktiviteter som ingår, och 2. bestämma aktiviteternas inbördes ordning.

4 § För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Beskrivning av kvalitetsområdet

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS måste börja arbetet med att klargöra vilken verksamhet som bedrivs samt göra en kartläggning av vilka krav och mål som gäller för respektive verksamhet. Vidare ska den som bedriver verksamhet bedöma och beskriva vilka processer och rutiner som verksamheten behöver fastställa för att uppfylla dessa krav och mål. Därefter ska den som bedriver verksamhet se till att arbetet bedrivs utifrån fastställda processer och rutiner.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och ska anpassas till verksamhetens art och omfattning. Socialstyrelsens definition av kvalitet är grunden för ledningssystemets uppbyggnad. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS måste börja arbetet med att klargöra vilken verksamhet som bedrivs. Därefter ska denne göra en kartläggning av vilka lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade, samt vilka beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter, som gäller för verksamheten. Slutligen ska denne bedöma och beskriva vilka processer och rutiner som behöver fastställas för att säkra att verksamheten uppfyller kraven och målen i författningar och beslut.

Det finns flera skäl att klargöra och beskriva de viktigaste sociala tjänsterna, rutinerna och de tillhörande arbetsprocesserna. Både ur medborgarperspektiv och brukarperspektiv är det en demokratisk rättighet att känna till och förstå hur socialtjänsten arbetar och vad man kan förvänta sig av socialtjänsten. Det ökar brukarens möjligheter till aktiva val, inflytande och delaktighet. Socialförvaltningens processer och rutiner ska svara mot både enskilda individers och grupperns behov, samt mot lagstiftningens krav.

Att beskriva processer och rutiner är ett stöd för nyanställd personal, ökar rättssäkerheten för brukaren, ger möjlighet att identifiera och säkra delar i tjänsten som är problematiska samt möjlighet att identifiera onödiga led som minskar effektiviteten. När tjänsterna är tydligt beskrivna är de också möjliga att följa upp och utvärdera, vilket underlättar ett fortsatt kvalitetsarbete.

2. Systematiskt förändringsarbete

SOSFS 2011:9

3 KAP.

1 § 2 st. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

5 KAP.

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda 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.

Beskrivning av kvalitetsområdet

Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i författningar föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Den som bedriver verksamheten ska om en avvikelse uppmärksammas vidta åtgärder, och se över processer och rutiner så att dessa är ändamålsenliga, för att säkra att verksamheten arbetar systematiskt för att förbättra kvaliteten. De nya föreskrifterna och allmänna råden i SOSFS 2011:9 lyfter fram flera olika sätt genom vilka den som bedriver verksamhet kan få kännedom om de resultat verksamheten uppnår och om förekomsten av eventuella avvikelser, *riskanalys*, *egenkontroll*, *klagomål och synpunkter* och slutligen *fel och brister*.

Den som bedriver verksamhet ska enligt 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9 fortlöpande utföra **riskanalys**er för att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa i verksamheten som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Riskanalys innebär att den som bedriver verksamheten systematiskt ser framåt det vill säga analyserar och identifierar risker för att händelser skulle kunna inträffa i framtiden i den verksamhet som ska bedrivas samt gör en bedömning av risknivåer.

Den som bedriver verksamhet ska enligt 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9 fortlöpande utöva **egenkontroll**. Egenkontrollen innebär att den som bedriver verksamheten granskar bakåt det vill säga undersöker den verksamhet som har bedrivits. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Den som bedriver verksamhet ska enligt 5 kap 3 § SOSFS 2011:9 ta emot och utreda **klagomål och synpunkter** på verksamhetens kvalitet. Med kvalitet avses enligt 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppfyller dessa krav och mål. Med synpunkter på verksamhetens kvalitet avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar.

Föreskrifterna och allmänna råden ställer krav på att den som bedriver verksamheten ska ha system för att ta emot klagomål och synpunkter från en vid krets. Klagomål och synpunkter ska tas emot från:

- *vård- och omsorgstagare och deras närstående*
- *personal*
- *vårdgivare*
- *de som bedriver socialtjänst*
- *de som bedriver verksamhet enligt LSS*
- *myndigheter*
- *föreningar, andra organisationer och intressenter*

Mottagna klagomål och synpunkter ska utredas.

I lagstiftningen finns bestämmelser som reglerar skyldigheter att rapportera **fel och brister** som vårdskador och risker för vårdskador (Lex Maria) respektive missförhållanden och risker för missförhållanden (Lex Sarah). Lex Sarah gäller fr.o.m. 2011-06-01 samtliga anställda inom socialförvaltningen. En rutin gällande Lex Sarah finns upprättad och under 2012 kommer Socialstyrelsen att ge ut en handbok.

Den som bedriver verksamhet ska arbeta med ett systematiskt förbättringsarbete. Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

3. Tillgänglighet

SOSFS 2006:11

4 KAP.

För att, i enlighet med 3 kap. 3 § tredje stycket SoL och 6 § första stycket LSS, garantera en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet bör ledningssystemet säkerställa att det finns arbetsformer för hur verksamheten ska göras tillgänglig. Med tillgänglighet avses bl.a. tillgänglighet till lokaler och byggnader, hur besök och andra kontakter organiseras och hur information om verksamheten ges.

Beskrivning av kvalitetsområdet

Sociala tjänster ska vara lättillgängliga. Begreppet tillgänglighet ska tolkas i vid bemärkelse. Det innefattar bland annat hur lokaler anpassas för personer med funktionsnedsättning, hur besök, hembesök och andra kontakter organiseras, väntetider och hur information ges. Nämnden försäkras sig genom ledningssystemet att det finns arbetsformer för hur verksamheterna görs tillgängliga. För att kunna göra tjänsterna optimalt tillgängliga krävs det kunskap om målgruppens behov. Det är angeläget att undersöka vad målgrupper och medborgare anser om tillgängligheten.

4. Samverkan

SOSFS 2011:9

4 KAP. 5 §

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Beskrivning av kvalitetsområdet

Kraven på kartläggning av en verksamhets processer gäller endast för de processer som finns inom respektive vård- eller omsorgsgivares organisation. Samtidigt är fungerande vård- och omsorgskedjor oftast en förutsättning för vård och omsorg av god kvalitet. I 4 kap. 5 § [SOSFS 2011:9](#) anges därför att det av processerna och rutinerna ska framgå hur samverkan bedrivs inom den egna verksamheten, till exempel mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar, och mellan olika personalgrupper. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs mellan vårdgivare eller verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS. Många gånger kan det vara lättare att samverka om olika vård- och omsorgsgivare har en likartad syn på processer. När verksamheter samverkar kring en enskild person måste de alltid beakta bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt.

Många som kommer i kontakt med socialtjänsten har sammansatta behov som kräver samverkan och samarbete såväl internt, inom och mellan nämnder, som externt med andra myndigheter och aktörer. Samverkansskyldigheten på socialtjänstens område regleras i olika lagar och föreskrifter, bl.a. Förvaltningslagen (FL), SoL, LSS. Samverkan är ofta en förutsättning för att den enskilde ska få det stöd som motsvarar hennes eller hans behov. Därför är det en nödvändig faktor för att uppnå kvalitet i verksamheten.

5. Handläggning och dokumentation

SOSFS 2006:11

4 KAP. 2 §

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för

1. handläggning och dokumentation av ett ärende,
2. dokumentation av genomförandet av en beslutad insats,
3. hur uppgifter ska lämnas mellan den som fattar beslut om en insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av en insats, i förekommande fall efter prövning enligt bestämmelserna i sekretesslagen (1980:100) och bestämmelserna om tystnadsplikt i SoL eller LSS, och
4. uppföljning och utvärdering av en beslutad insats.

Beskrivning av kvalitetsområdet

Handläggning och dokumentation av ett ärende, dokumentation av genomförandet av beslutad insats och uppgiftslämnande mellan den som fattar beslut om en insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av en insats regleras av olika lagar, förordningar och föreskrifter. Handläggning och dokumentation ska ske på ett sätt som garanterar rättssäkerhet för individen.

6. Personal

SOSFS 2011:9

6 KAP.

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

3 § Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

SOSFS 2006:11

4 KAP. 5 §

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att fortlöpande kontrollera att:

1. det finns den bemanning som behövs för att utföra socialtjänstens uppdrag,
2. personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna, och
3. personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutvecklingen inom verksamhetsområdet.

Beskrivning av kvalitetsområdet

Av 6 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Detta säkerställer att alla arbetar på ett likartat sätt. Det möjliggör ett systematiskt förbättringsarbete genom att arbetssätt kan följas upp och utvärderas. Den som bedriver verksamhet bedömer vilka utbildningsinsatser eller andra åtgärder som behöver vidtas för att säkerställa att processer och rutiner följs.

Då brukare ofta befinner sig i ett utsatt läge, när det gäller t.ex. hälsa, ekonomi eller egen förmåga att driva sina egna intressen, är det viktigt att det finns rutiner som säkrar både bemanning och kompetens. Socialtjänstens kompetens är ytterst ett rättvis- och rättssäkerhetsfråga för de mest utsatta grupperna i vårt samhälle.

7. Jämställdhet

Definitioner

Jämställdhet är när båda könen har samma möjlighet att forma sina liv utifrån egna önskemål. Det är en viktig uppgift att undanröja traditionella föreställningar, fördomar och strukturer som försvårar jämställdheten mellan kvinnor och män.

Jämställdhetsintegrering är en politisk strategi som syftar till att minska ojämställdhet i samhället genom att införliva ett jämställdhetsperspektiv inom alla arenor och verksamhetsområden på alla samhällsnivåer

Beskrivning av kvalitetsområdet

Utdrag ur kommunens riktlinjer för jämställdhet (2008-10-01):

Jämställdhetsarbetet ska vara ett naturligt led i den ordinarie verksamheten och får inte ses som en isolerad fråga. Varje chef och arbetsledare med verksamhets- och personalansvar ansvarar också för jämställdhetsfrågorna. Facknämnderna och personalorganet ska ta aktiv del i och bevaka jämställdhetsarbetet inom sina respektive ansvarsområden.

8. Miljö

Utdrag ur Ovanåkers kommuns miljöpolicy

Vi anställda och förtroendevalda i Ovanåkers kommun ska arbeta för ett ekologiskt uthålligt samhälle. Vi ska hushålla med naturresurser och sträva efter fungerande kretslopp. Vårt arbete ska bidra till en samhällsutveckling som ger goda levnadsförhållanden och ett ur miljö- och hälsosynpunkt gott samhälle. I kommunens verksamheter ska vi genom fortlöpande uppföljning arbeta för en minskad miljöpåverkan, och ständigt arbeta med förbättringar. Vi ska ha en öppen attityd och ta till oss nya kunskaper och erfarenheter inom miljöområdet.

Beskrivning av kvalitetsområdet

För Ovanåkers kommun innebär det att:

Vi ska sprida kunskap, skapa insikt och förmedla framtidstro om miljöfrågor och hållbar utveckling till kommuninvånarna, framför allt till barn och ungdomar.

Vi ska utbilda, informera och stimulera vår personal till engagemang, delaktighet och ansvar inom miljöområdet.

Vi ska med helhetssyn, förebyggande åtgärder, ständiga förbättringar och mätbara miljömål eftersträva en låg påverkan på miljön.

Vi ska använda bästa miljöanpassade alternativ om det inte medför allt för stora merkostnader. Rätt pris behöver inte betyda lägsta pris.

Vi ska ställa höga miljökrav på leverantörer och samarbetspartners liksom vi ställer höga krav på oss själva.

Kvalitetsinsatser under 2013

Beskrivning av kvalitetsinsats 1

Med utgångspunkt i [SOSFS 2011:9](#) samt de processbeskrivningar som arbetades fram under 2012 kommer socialförvaltningen under 2013 arbeta med att skapa en metod för riskanalyshantering genom att:

1. Identifiera och beskriva risker (vad kan gå fel och vilka blir i sådana fall konsekvenserna?) (riskanalys).
2. Utifrån identifierade risker upprätta en rutin för att säkerställa att risken inte inträffar.
3. Utifrån upprättad rutin bedriva egenkontroll.
4. Skapa en struktur för avvikelser för att dokumentera, åtgärda och följa upp eventuella avvikelser från de rutiner som upprättats och som framkommit av den egenkontroll som bedrivs.
5. Aktivt arbeta med de förbättringsområden som togs fram i samband med processbeskrivningarna.

Utöver detta ska en enkel beskrivning av respektive insats/verksamhet formuleras till hemsidan.

OBS: Ovanstående modell är inte enbart kopplade till arbetet med processbeskrivningarna utan ska användas i samband med införandet av nya arbetssätt, uppdrag etc. inom förvaltningen.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för att:	Tidsramar:	Genomfört:
Följa upp och vid behov revidera processbeskrivningarna samt identifiera eventuella risker.	Ska vara genomfört senast 2013-04-26 . Därefter ska uppföljning/revidering av processbeskrivningarna genomföras årligen i samband med tertialbokslutet i april månad.	<input type="checkbox"/>
Beskriva riskerna enligt framtagen modell (riskanalys).	Ska vara genomfört senast 2013-09-24 .	<input type="checkbox"/>
Att utifrån identifierade risker upprätta rutiner, följa upprättad struktur för avvikelser samt bedriva egenkontroll.	Ska ske fortlöpande	<input type="checkbox"/>
Att aktivt arbeta med att åtgärda framtagna förbättringsområden samt ta fram nya förbättringsområden.	Detta arbete ska ske löpande. I samband med den årliga uppföljningen/revideringen av processbeskrivningarna ska även förbättringsområdena ses över. En åtgärdsplan som beskriver vad som ska göras, vem som ska utföra och när det ska vara utfört ska tas fram till 2013-04-26 .	<input type="checkbox"/>
Med utgångspunkt i processbeskrivningarna formulera enkel och lättbegriplig information på kommunens hemsida och därefter skicka informationen till nämndssekreteraren som ansvarar för hemsidan (detta utifrån målsättningen med tillgänglig hemsida). I samband med detta bör det som efterfrågas i öppna jämförelserna beaktas.	Ska vara genomfört senast 2013-09-24 .	<input type="checkbox"/>

Metod- och kvalitetsutvecklare ansvarar för att:	Tidsramar:	Genomfört:
Skapa en modell för riskanalys.	Ska vara genomfört senast 2013-04-26 .	<input type="checkbox"/>
Tillsammans med en arbetsgrupp skapa en struktur för avvikelshantering.	Ska vara genomfört senast 2013-09-24 .	<input type="checkbox"/>

Stödresurser

Metod- och kvalitetsutvecklare, nämndssekreterare, chefsforum samt kollegorna/chefsgruppen.

Beskrivning av kvalitetsinsats 2

Nämndens målsättning är att 95% av alla tillfrågade ska vara nöjda med bemötandet. Förvaltningens framgångsfaktor är att bedriva ett fungerande värdegrundsarbete. Detta är någonting som vi vill göra ett omtag beträffande under 2013. Huvudfokus kommer att läggas på "det andra benet" d.v.s. varför vi är på jobbet. Det är viktigt med ett aktivt ledarskap och delaktiga medarbetare. Utgångspunkten i värdegrundsarbetet blir därför de ledstjärnor som ledningsgruppen arbetade fram under 2012. Metoden som inledningsvis har tänkt användas är fokusgruppsdiskussioner på samtliga arbetsplatsträffar utifrån frågeställningar som ledningsgruppen ska arbeta fram. Arbetet inleds i samband med chefsforum 2013-03-01 med samtliga chefer för att därefter genomföras inom hela förvaltningen.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för att:	Tidsramar:	Genomfört:
Driva processen med värdegrundsarbetet i respektive arbetsgrupp med utgångspunkt i socialförvaltningens ledstjärnor: <ul style="list-style-type: none">• <i>Vara resultatinriktad</i>• <i>Vara ansvarstagande</i>• <i>Kunna kommunicera</i>• <i>Kunna samarbeta</i>	Värdegrundsarbetet ska vara inledas i samtliga arbetsgrupper under våren 2013 och ska följas upp/redovisas i samband chefsforum. Ska vara genomfört senast 2013-12-10 .	<input type="checkbox"/>
Ledningsgruppen ansvarar för att:	Tidsramar:	Genomfört:
Inleda och följa upp arbetet och samt vara ett stöd i det fortlöpande arbetet.	Detta ska genomföras i samband med chefsforum 2013-03-01 . Uppföljning sker i samband chefsforum 2013-09-24 .	<input type="checkbox"/>

Stödresurser

Ledningsgruppen, chefsforum samt kollegorna/chefsgruppen.

Beskrivning av kvalitetsinsats 3

Aktivt arbeta med att göra pågående överenskommelser 2013 mellan staten och SKL kända. Med utgångspunkt i dessa överenskommelser förtydliga vilka uppdrag vi ska arbeta med under 2013.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för att:	Tidsramar:	Genomfört:
Ta del av överenskommelserna och deras innehåll.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	<input type="checkbox"/>
Ledningsgruppen ansvarar för att:	Tidsramar:	Genomfört:
Sammanfatta, gå igenom överenskommelserna och stämma av med ansvariga chefer.	Detta ska genomföras i samband med chefsforum 2013-05-21 samt 2013-09-24 .	<input type="checkbox"/>

Stödresurser

Ledningsgruppen, chefsforum samt kollegorna/chefsgruppen.

Beskrivning av kvalitetsinsats 4

Socialförvaltningen har som målsättning att cheferna ska ha kunskap om sin budget och verksamhetens ekonomi till 100%. Med utgångspunkt i detta kommer utbildningsinsatser att göras under 2013.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för att:	Tidsramar:	Genomfört:
Delta i utbildningarna och använda de redskap som är framtagna.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	<input type="checkbox"/>
Regelbundet följa upp och informera respektive arbetsgrupp om verksamhetens ekonomi och förändringar/åtgärder.	Detta ska göras regelbundet och innan förändringar ska genomföras.	<input type="checkbox"/>

Ledningsgruppen ansvarar för att:	Tidsramar:	Genomfört:
Planera och genomföra utbildningar.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	<input type="checkbox"/>

Stödresurser

Ledningsgruppen, chefsforum samt kollegorna/chefsgruppen.

Beskrivning av kvalitetsinsats 5

Socialförvaltningen har som målsättning att nyckeltal för kostnader i verksamheterna ska finnas framtagna. Med utgångspunkt i detta kommer vi under året att göra en satsning utifrån öppna jämförelser. De öppna jämförelserna ska användas som ett verktyg för att utveckla, förbättra och utvärdera våra olika verksamheter. Detta arbete ska samordnas både på lokal nivå och i länets kommuner.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för att:	Tidsramar:	Genomfört:
Att samordna arbetet med öppna jämförelser inom respektive verksamhetsområde.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	<input type="checkbox"/>
Vid brukarundersökningar informerar brukarna samt anhöriga om att undersökningen kommer att genomföras och uppmana dem att besvara enkäten.	Detta ska göras regelbundet och innan brukarundersökningar/enkäter ska genomföras.	<input type="checkbox"/>

Stödresurser

Ledningsgruppen, chefsforum samt kollegorna/chefsgruppen.

Beskrivning av kvalitetsinsats 6

Socialförvaltningen har som målsättning att ha en konkurrenskraftig och ändamålsenlig verksamhet av god kvalitet. Med utgångspunkt i detta kommer vi under året att revidera verksamhetsplan Ovanåker 2020.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för att:	Tidsramar:	Genomfört:
Stämna av och revidera det underlag som togs fram 2010 utifrån dagens perspektiv (2013-2020).	Ska vara genomfört senast 2013-09-24.	<input type="checkbox"/>
HSL som ska upprätta en egen verksamhetsplan Ovanåker 2020.	Ska vara genomfört senast 2013-12-10.	

Stödresurser

Ledningsgruppen, chefsforum samt kollegorna/chefsgruppen.

Beskrivning av kvalitetsinsats 7

Socialnämnden är ansvarig för att de som utövar våld, både män och kvinnor, får det stöd och hjälp de behöver. Under våren 2013 beslutade Socialnämnden i Ovanåkers kommun om att anta Socialtjänstens handlingsplan för våldsutsatta kvinnor och barn, [ATT VÅGA SE - VÅGA FRÅGA -VÅGA AGERA](#). Enligt innehållet i handlingsplanen ska Socialnämnden verka för:

- Att de som utsätts för våld i nära relationer och som vänder sig till socialtjänsten ska erbjudas skydd, råd och stöd.
- Att barn som kan ha bevittnat eller lever med våld i nära relationer ska få stöd att bearbeta sina trauman och gå vidare i livet.
- Att de som utövar våld och som vänder sig till socialtjänsten ska ges möjlighet att hantera sin aggressivitet utan hot och våld, samt att bearbeta den problematik, som kan ligga bakom våldet.
- Att socialförvaltningens verksamheter ska ha kunskap om området mäns våld mot kvinnor och barn i nära relationer, hedersrelaterat våld och förtryck och våld i särskilt utsatta grupper.
- Att information om stödet för våldsutsatta kvinnor och barn ska spridas i verksamheterna och vara uppdaterat om vilka åtgärder som erbjuds.
- Att socialförvaltningen särskilt ska samverka kring våldsutsatta barn vad gäller upptäckt.
- Att socialförvaltningen ska ha rutiner för hanteringen av skyddade personuppgifter.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för att:	Tidsramar:	Genomfört:
Manualen om våld mot kvinnor i nära relationer ska vara känd av all personal inom respektive arbetsgrupp.	Ska vara genomfört under 2013. Personalen ska därefter informeras fortlöpande om manualen och dess innehåll, dock minst en gång per år.	<input type="checkbox"/>
Samtliga berörda/anställda inom den egna verksamheten känner till innehållet i Socialstyrelsens handbok om Lex Sarah , och rapporteringsskyldigheten enl. Lex Sarah samt att rutinen följs.	Ska vara genomfört under 2013. Personalen ska därefter informeras fortlöpande om Lex Sarah-rutinerna , dock minst en gång per år. Information ska ges både muntligt och skriftligt i samband med nyanställning, när enheten tar emot en praktikant och när frivilligarbetare introduceras i verksamheten etc.	<input type="checkbox"/>
En arbetsgrupp bestående av enhetschefer från samtliga verksamheter ska arbeta fram en rutin för att säkerställa dokumentationen i samband med att samtal förs med anställda på förekommen anledning samt vilken information som ska dokumenteras och ev. sparas.	Ska vara genomfört senast 2013-12-10 .	
Ledningsgruppen ansvarar för att:	Tidsramar:	Genomfört:
Genomföra en verksamhetsövergripande kartläggning för att få kännedom om förekomsten av våld mot närstående i kommunen. Syftet är att få en uppfattning om förekomsten av våld i nära relationer inom förvaltningens olika verksamhetsområden samt hur kunskapsnivån ser ut för att kunna anpassa/tillföra utbildningar och kompetenshöjande insatser. Resultatet av kartläggningen redovisas för socialnämnden.	Den första kartläggningen ska ske under 2013.	<input type="checkbox"/>
Handböcker ska tas fram för området våldsutsatta kvinnor och barn samt kvinnor utsatta för s.k. hedersrelaterat våld. Handböckerna skall användas i den grundläggande utbildningen av förvaltningens personal. En manual ska tas fram som ett komplement till handböckerna. Den ska tydliggöra ansvarsfördelning samt informera om vilka rutiner	Ska vara genomfört senast 2013-09-24 . Handböckerna och manualen ska sedan regelbundet ses över och uppdateras/revideras vid behov.	<input type="checkbox"/>

som finns och vilka åtgärder som kan erbjudas inom de aktuella ämnesområdena.

Samverka till att en gemensam utbildning om bl.a. tidiga signaler hos barn genomförs i kommunen i enlighet med utbildningsplanen i handlingsplanen.

Ska vara genomfört senast **2013-12-10**.

Metod- och kvalitetsutvecklare ansvarar för att:

Tidsramar:

Genomfört:

Information om förvaltningens arbete mot våld i nära relationer ska spridas till alla kommunens invånare via hemsidan och broschyrer.

Ska vara genomfört senast **2013-12-10**.

Stödresurser

Ledningsgruppen, chefsforum samt kollegorna/chefsgruppen.

Beskrivning av kvalitetsinsats 8

Alla personer som får äldreomsorg ska leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå det ska äldreomsorgen bland annat värna och respektera den enskilda personens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning i enlighet med 5 kap. socialtjänstlagen (SoL). Enligt innehållet i 5 kap. SoL ska Socialnämnden verka för att värdighetsgarantier införs inom de särskilda boendena i äldreomsorgen:

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för att:

Tidsramar:

Genomfört:

Utforma och införa lokala värdighetsgarantier (konkret beskrivning av vad brukare och anhöriga kan förvänta sig av den service som erbjuds) för de särskilda boendena inom äldreomsorgen. I värdighetsgarantierna ska man beskriva hur man arbetar för att ge den enskilde möjligheten till självbestämmande, delaktighet eller värnar den enskildes integritet och privata sfär.

Ska vara genomfört senast **2013-12-10** och redovisas i samband med chefsforum.

Stödresurser

Ledningsgruppen, chefsforum samt kollegorna/chefsgruppen.

Beskrivning av kvalitetsinsats 9

Intern kontroll ger trygghet. Att ha ett bra system för intern kontroll innebär att man har koll på läget. Det ger trygghet för våra medborgare, våra medarbetare och för de förtroendevalda. Intern kontroll innebär att följa upp de beslut som tagits och de regler som fastställts. Efterlevnaden måste kontrolleras på ett effektivt sätt för att säkerställa att det fungerar i verkligheten. Syftet med kontrollen är att säkra en effektiv förvaltning och att undgå allvarliga fel. En god intern kontroll skall således bidra till att ändamålsenligheten stärks och att verksamheten med medborgarnas bästa för ögonen bedrivs effektivt och säkert. Socialnämnden ska verka för att intern kontroll bedrivs inom socialförvaltningens olika verksamheter:

Ansvarsfördelning

Ansvariga för internkontrollen ansvarar för att:

Tidsramar:

Genomfört:

Utföra upprättad intern kontrollplan samt av ledningsgruppen beslutade granskningsområden:

- *Kontroll av hur många hemsjukvårdspatienter är inskrivna i hemsjukvården.*
- *Stickkontroll av genomförandeplaner.*
- *Kontroll av utredningstiden för biståndsbedömare (håller man tidsramarna på 3 månader?)*
- *Kontroll av hur många anmälningar leder till utredning*

Ska vara genomfört under 2013 och redovisas för socialnämnden i samband med årsbokslutet.

En internkontroll genomförd: 2013-06-19

Stödresurser

Ledningsgruppen, chefsforum samt kollegorna/chefsgruppen.

Beskrivning av kvalitetsinsats 10

Jämställdhet är rättvisa, demokrati och delaktighet. Kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället såväl som sina egna liv. Det förutsätter lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter inom livets alla områden. I Sverige är jämställdhetsintegrering den huvudsakliga strategi som används för att uppnå de jämställdhetspolitiska målen. Jämställdhetsintegrering inom socialförvaltningen innebär att arbetet inom ska präglas av ett jämställdhetsperspektiv. Eftersom jämställdhet mellan kvinnor och män skapas där ordinarie beslut fattas, resurser fördelas och normer skapas måste jämställdhetsperspektivet finnas med i det dagliga arbetet. Jämställdhetsintegrering innebär att jämställdhetsarbetet flyttas in i allt ordinarie arbete. Huvudsyftet med jämställdhetsintegrering inom socialförvaltningen i Ovanåkers kommun är att kvalitetssäkra våra verksamheter och våra arbetsplatser så de blir jämställda och icke diskriminerade. Socialnämnden ska verka för att socialförvaltningens olika verksamheter blir jämställda och icke diskriminerade, både för medarbetare och klienter/brukare:

Ansvarsfördelning

Ledningsgruppen ansvarar för att:	Tidsramar:	Genomfört:
Se över och revidera den undersökning om jämställdhetsintegrering som gjordes sommaren 2010 med huvudsakligt fokus på antalet barn (0-20 år) som aktualiserats inom individ- och familjeomsorgen (IFO), orsaker till aktualiseringen, om utredning inleddes eller ej samt vilka insatser som tillsattes. Tanken är att göra en jämförelse för att se om dessa områden skiljer sig mellan flickor och pojkar. En uppföljning ska göras under sommaren 2013. Syftet med detta är att säkerställa att flickor och pojkar inte bemöts och behandlas olika beroende på kön.	Ska vara genomfört senast 2013-07-01 .	<input type="checkbox"/>

Stödresurser

IT-ansvarig, Socialsekreterargruppen.

OBS: Fler kvalitetsinsatser kommer att komma under 2013, dessa uppdrag kommer att läggas till i denna lista allt eftersom de inkommer och/eller beslutas om.