

KVALITETSPLAN



Edsbyn & Alfta
Ovanåkers kommun
Socialförvaltningen

KVALITETSBOKSLUT 2017

Socialförvaltningen

Ovanåkers kommun



"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"
(3 KAP. 3§ SOL)

Innehållsförteckning

INLEDNING	2
POLITISKA MÅL	3
INTERKONTROLL.....	13
ÖVRIGA KVALITETSINSATSER	18

Inledning

I denna kvalitetsboks slutsrapport redogörs för de kvalitetsinsatser som genomförts inom socialförvaltningen i Ovanåkers kommun under verksamhetsåret 2017. För att underlätta det aktiva arbetet med socialnämndens mål samt säkerställa att all personal får kännedom om dem, involveras från och med 2014 både nämndens mål och styrkort samt socialförvaltningens handlingsplaner i kvalitetsplanen. I kvalitetsplanen samlas verksamhetsårets alla stora ålägganden och uppdrag, något som underlättar arbetet på alla nivåer i verksamheten.

På övergripande nivå lades i början av året mycket arbete på implementeringen av både det nya kvalitetsledningssystemet och internkontrollen i verksamhetssystemet Stratsys. Den struktur och uppbyggnad av systemet, som färdigställdes under hösten 2016, presenterades och utbildningsinsatser påbörjades under våren 2017. Dock, under våren blev nyckelpersoner inom förvaltningen sjukskrivna, vilket bland annat ledde till att andra nyckelpersoner fick gå in och täcka upp för dessa. Av den anledningen stannade en stor del av kvalitetsarbetet på övergripande nivå av eftersom de resurser som fanns inom förvaltningen fick lägga all energi på att lösa de akuta problem som uppstod och det mer strategiska arbetet fick således prioriteras bort. Under hösten har en arbetsgrupp inom hela kommunkoncernen arbetat för att bygga upp en struktur för införandet av målstyrningen i Stratsys. Fördelen med att ha både kvalitetsledningssystemet, internkontrollen och målstyrningen inom samma system är att det blir ett mer enhetligt intryck och mer lättjobbat för cheferna. Framför allt eftersom man inte behöver lära sig flera olika system och slipper mycket av det dubbelarbete som uppstår som en följd.

Några andra kvalitetsinsatser som utförts under året är bland annat det fortsatta införandet av IBIC, som till stor del fortskridit efter projektplanering, där en positiv trend gällande bland annat målarbetet kan utläsas efter införandet. Dessutom har den nya, reviderade delegationsordningen färdigställts. En stor del av den personal som arbetat utifrån den gamla delegationsordningen har upplevt dess struktur som svårarbetad, vilket har lett till att det varit problem att hitta de beslut man som medarbetare har rätt att fatta. Förhoppningen är att den nya delegationsordningen ska räta ut de problem som funnits och göra det enklare för dem som arbetar utifrån delegationsordningen.

Året har till mycket stor del präglats av den osäkerhet som funnits inom förvaltningen på grund av sjukskrivningar och nyrekryteringar. Mycket energi har lagts på att förvalta, snarare än utveckla då det inte funnits resurser för det strategiska, utvecklande arbetet. Dock, förvaltningens kvalitetsarbete sker inte enbart på övergripande nivå utan en stor del händer även ute i verksamheten, och utförs av alla anställda. Kvalitet bestäms till stor del av den som använder förvaltningens tjänster och sker således i möten med brukare, klienter och kunder. Det är därför kommuninvånarna som till stor del avgör huruvida förvaltningen lyckats leverera. Mycket av förvaltningens kvalitet avgörs således där, exempelvis när personalen i hemtjänsten träffar pensionären eller när socialsekreteraren möter klienten, osv.

Med detta kvalitetsbokslut läggs verksamhetsåret 2017 till handlingarna. Slutsatsen som kan dras av året är att en stor del av de planerade kvalitetsinsatserna inte utförts på grund av sjukskrivningar och omfördelning av nyckelpersoner. Av den anledningen kommer många av de kvalitetsinsatser som planerats att arbetas med detta år, fortsätta att prioriteras under nästa. Liksom föregående år är målet trots allt att sträva efter att ha en verksamhet med så god kvalitet som möjligt, med förhoppningen att Ovanåkers kommun ska vara i framkant när det gäller kvalitet och utveckling. Med målsättningen att detta än mer ska hjälpa kommunens brukare och klienter går förvaltningen in i ytterligare ett verksamhetsår, 2018.



2018-01-18

Kristin Eriksson

Vik. Metod- och kvalitetsutvecklare

Socialförvaltningen

Ovanåkers kommun

1

POLITISKA MÅL

Kommunallag (KL), förvaltningslag (FL), socialtjänstlag (SOL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslag (HSL) är några exempel på lagar som socialförvaltningen har att rätta och förhålla sina verksamheter efter (verksamheten ska vara laglig). Men våra politiker har även utrymme att utforma egna styrdokument och politiska mål för hur verksamheterna ska bedrivas (verksamheten ska vara lämplig).

Kommunfullmäktige beslutar om politiska inriktningsmål. Målen är övergripande och anger ett önskvärt framtida tillstånd. Inom ramen för dessa mål ska effektmål formas i dialog mellan nämnd och förvaltning, det vill säga vilka resultat verksamheten ska klara. Socialnämnden omsätter med andra ord inriktningsmålen till politiska effektmål som socialförvaltningen sedan genomför. Effektmålen ska vara mätbara och följas upp och redovisas för socialnämnden.



● Genomfört ◆ Delvis genomfört ■ Ej genomfört

Beskrivning av kvalitetsinsats 1:1

Socialnämnden har som målsättning att aktivt arbeta för att tillgodose framtida personalbehov.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att aktivt arbeta med att lyfta goda exempel från verksamheterna och genom detta stärka den interna stoltheten inom förvaltningen	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	■
Ledningsgruppen ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att fortsätta arbetet med att skapa en långsiktig och strategisk personalplanering för att kunna tillgodose framtida personalbehov. Bl.a. kommer en satsning att göras när det gäller så kallade traineeplatser samt att skapa bra praktikperioder för de som gör sin studiepraktik inom våra olika verksamheter.	Arbetet kommer att fortgå under 2017.	●
Att fortsätta det strategiska arbetet när det gäller marknadsföring, rekrytering och stärka socialförvaltningens arbetsgivarvarumärke (Framtiden är din). Under 2017 kommer en särskild satsning fortsatt att göras med inriktning på socialsekreterare och enhetschefer där vi ser stora behov de närmaste åren. Fokus kommer huvudsakligen att ligga på att marknadsföra yrkesrollerna samt på att lyfta fram goda ambassadörer. En inventering kommer även att göras för att se hur det ser ut med eventuella framtida chefer inom den befintliga organisationen.	Arbetet kommer att fortgå under 2017.	◆
Att i samband med verksamhets- och framtidsplanering se över framtida kompetensbehov. Under 2017 kommer fokus huvudsakligen att ligga på att säkerställa kompetensbehov inom IBIC enligt fastlagd projektplanering.	Ska vara genomfört 2017-12-31	●
Att aktivt delta i det koncernövergripande styrkortsarbetet när det gäller att utforma en strategi för framtida personalbehov/rekryteringar. KS-förvaltningen har huvudansvaret för detta kommungemensamma effektmål.	Arbetet kommer att fortgå under 2017.	◆

Kommentarer till kvalitetsinsats

Kvalitetsinsatsen har delvis genomförts enligt fastlagd planering. Arbetet för att aktivt lyfta goda exempel har på grund av förvaltningens situation under året fått pausats, då det inte funnits resurser för detta arbete. Dock har det under året fortfarande skapats både trainee- och praktikplatser. Traineer har fått fast anställning efter sin tid och flera av de praktikanter som gjort sin studiepraktik hos förvaltningen har sökt de tjänster som annonserats ut, bland annat som socialsekreterare.

Marknadsföring av de yrkesroller där det finns stora behov de närmaste åren har genomförts, dock inte i samma utsträckning som föregående år. Inventering av framtida chefer inom den befintliga organisationen har bidragit till anställningar.

Under året har även deltagande skett inom det koncernövergripande styrkortsarbetet gällande strategi för framtida personalbehov/rekryteringar, till den mån det funnits utrymme för.

Beskrivning av kvalitetsinsats 1:2

Socialnämnden har som målsättning att aktivt arbeta för att minska andelen vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd samt att andelen barnfamiljer med långvarigt ekonomiskt bistånd ska minska.

Ansvarsfördelning

Ledningsgruppen ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Utsedd arbetsgrupp inom förvaltningen fortsätter arbetet när det gäller att skapa en fungerande och sammanhållen sysselsättning för aktuell målgrupp.	Arbetet kommer att fortgå under 2017.	
Hitta metoder och strategier för att arbeta förebyggande genom exempelvis KIVO och andra utbildnings- och informationsåtgärder.	Arbetet kommer att fortgå under 2017.	

Kommentarer till kvalitetsinsats



Kvalitetsinsatsen har delvis genomförts enligt fastlagd planering. Arbetet med att skapa en fungerande och sammanhållen sysselsättning har fått pausats på grund av den situation som förekommit inom förvaltningen under året. Nyckelpersoner i den arbetsgrupp som skapats för arbetet har blivit sjukskrivna och andra personer har därigenom fått ta sig an nya arbetsuppgifter.

Arbetet med att hitta metoder och strategier för förebyggande arbete har däremot fortgått under året. Utbildnings- och informationsåtgärder som exempelvis KIVO har pågått och kommer fortsätta så under ansvar av ny chef.

Beskrivning av kvalitetsinsats 1:3

Socialnämnden har som målsättning att aktivt arbeta och planera för att möta framtida brukares behov.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att upprätta en gemensam verksamhetsplanering för socialförvaltningens olika verksamheter (Ovanåker 2020-2030) utifrån perspektiven brukare/klient, verksamhet (metoder och modeller), personal.	Ska vara genomfört och redovisas i samband med chefsforum 2017-05-16.	
Ledningsgruppen ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att med utgångspunkt i verksamhetsplaneringen arbeta aktivt med att möta framtida brukares behov.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	

Kommentarer till kvalitetsinsats




Kvalitetsinsatsen har delvis genomförts enligt fastlagd planering. En revidering av gemensam verksamhetsplanering för socialförvaltningens olika verksamheter har påbörjats men ännu inte slutförts. Exempelvis är planeringen för äldre- och handikappområdet nästintill klart medan arbetet med IFO ännu inte har påbörjats.

I och med att verksamhetsplaneringen inte är klar är arbetet med att utifrån den möta framtida brukares behov inte påbörjad. Däremot har annat arbete för att möta framtida brukares behov pågått under året. Exempelvis har arbetet med IBIC fortskridit och likaså planeringen av kommunens nya äldreboende.

Beskrivning av kvalitetsinsats 1:4

Socialnämnden har som målsättning att 95 % av alla tillfrågade ska vara nöjda med bemötandet från socialförvaltningens personal samt att all personal ska aktivt delta i värdegrundsarbetet.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att inom omsorgsenhetens och individ- och familjeomsorgens olika verksamheter driva värdegrundsarbetet utifrån det material som ledningsgruppen tagit fram med inriktning på att vi ska vara "anhörigvänliga" verksamheter.	Ska vara genomfört under 2017.	
Omvärldsbevaka och kartlägga hur det ser ut med anhörigstödsinsatser inom individ- och familjeomsorgen i andra kommuner.	Ska vara genomfört under 2017.	
Ledningsgruppen ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att leda värdegrundsarbetet inom förvaltningen.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	





Kommentarer till kvalitetsinsats

Kvalitetsinsatsen har inte genomförts enligt fastlagd planering. På grund av förvaltningens situation under året och läget gällande resurser har värdegrundsarbetet inte prioriterats. Omtag kommer därför ske under 2018.

Beskrivning av kvalitetsinsats 1:5

Socialnämnden har som målsättning att en aktuell/uppdaterad plan med syfte och mål ska finnas för alla insatser inom socialförvaltningen.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att en aktuell/uppdaterad plan (genomförandeplan/vårdplan/hälsoplan) med syfte och mål ska finnas för alla insatser inom socialförvaltningen.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	
Att säkerställa att alla insatser har uppföljningsbara mål.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	
Att aktivt delta i införandeprocessen av IBIC enligt fastlagd projektplanering.	Enligt fastlagd projektplanering.	
Ledningsgruppen ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Leda och styra arbetet med att införa IBIC inom förvaltningens olika verksamheter enligt fastlagd projektplan.	Enligt fastlagd projektplanering.	

Kommentarer till kvalitetsinsats

Kvalitetsinsatsen har delvis genomförts enligt fastlagd planering. Aktuella och uppdaterade planer finns till viss del ute i verksamheten. Inom äldreomsorgen har de flesta brukare aktuella och uppdaterade genomförandeplaner och det går att se en positiv trend gällande sambandet mellan antalet mätbara mål och införandet av IBIC. Ytterligare arbete gällande genomförandeplaner behöver dock fortsätta på IFO. Av ett urval på 37 klienter finns endast 10 upprättade genomförandeplaner och enbart en plan är aktuell och uppdaterad. Samtliga mål i genomförandeplanerna behöver dessutom konkretiseras mer för att säkerställa att de är uppföljningsbara och mätbara.

Införandet av IBIC har fortgått efter fastlagd projektplanering. Införandet i hemtjänsten som dock skulle genomförts hösten 2017 har blivit försenat till februari 2018, med utbildningar i januari 2018. På grund av förvaltningens situation har det även blivit uppskjutet inom individ- och familjeomsorgen. Införandet kommer ske när den nya organisationen är satt och fulltalig.

Beskrivning av kvalitetsinsats 1:6

Socialnämnden har som målsättning att en kvalitetsplan ska årligen upprättas, vara känd och följas av all personal inom socialförvaltningen.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att utifrån de kvalitetsinsatser som kvalitetsplanen fastslår upprätta en åtgärdsplanering och aktivt arbeta med dessa förslagsvis i de utsedda kvalitetsgrupper som finns.	Detta arbete ska ske kontinuerligt. Under 2017 ska kvalitetsplanen vara en stående punkt på dagordningen på samtliga möten.	◆
Att gå igenom socialförvaltningens kvalitetsplan i samband med APT och andra träffar.	Detta arbete ska ske kontinuerligt. Under 2017 ska kvalitetsplanen vara en stående punkt på dagordningen på samtliga APT.	◆
Ledningsgruppen ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att sammanställa en kvalitetsplan och sedan aktivt arbeta med att verkställa, leda och fördela de kvalitetsinsatser som fastslagits av socialnämnden.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	◆
Att följa upp kvalitets- och målarbetet i samband med bokslutsperioderna.	I enlighet med fastlagda bokslutsperioder.	■
Att lyfta socialförvaltningens kvalitetsplan i samband med möten och träffar.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	■

Kommentarer till kvalitetsinsats

Kvalitetsinsatsen har delvis genomförts enligt planering. En kvalitetsplan har upprättats och är en stående punkt på APT ute i verksamheterna. På grund av förvaltningens situation under året, med saknaden av resurser och prioritering av annat arbete, har kvalitetsplanen dock inte varit detta på ledningsnivå. Av samma anledning har det aktiva kvalitetsarbetet fått prioriterats bort då annat mer akut arbete fått prioriterats före. Kvalitetsplanen har dessutom enbart följts upp i samband med årsbokslutet.

Beskrivning av kvalitetsinsats 1:7

Socialnämnden har som målsättning att socialförvaltningens anställda ska rekommendera socialförvaltningen som arbetsgivare samt att de semestervikarier som socialförvaltningen använder ska uppleva våra verksamheter som attraktiva arbetsplatser.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att aktivt arbeta med att lyfta goda exempel från verksamheterna och genom detta stärka den interna stoltheten inom förvaltningen	Arbetet kommer att fortgå under 2017.	<input checked="" type="checkbox"/>
Ledningsgruppen ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Aktivt arbeta med arbetsgivarvarumärket och den interna stoltheten och med att på olika sätt lyfta fram goda exempel från verksamheterna via ex. stormöten, hemsidan, sociala medier och media av olika slag.	Arbetet kommer att fortgå under 2017.	<input checked="" type="checkbox"/>
Aktivt arbeta med det systematiska arbetsmiljöarbetet inom socialförvaltningen med utgångspunkt i AFS 2015:4. Under 2017 kommer fokus bl.a. att läggas på att starta upp en skyddskommitté när det gäller arbetsmiljöarbetet inom förvaltningen.	Arbetet kommer att fortgå under 2017.	<input checked="" type="checkbox"/>
Arbeta med den åtgärdsplan utifrån arbetsledarneken som togs fram under 2016.	Arbetet kommer att fortgå under 2017.	<input checked="" type="checkbox"/>
Aktivt arbeta med att få fler att besvara medarbetarundersökningen som genomförs inom kommunen samt analysera och aktivt arbeta med resultatet.	Detta arbete ska ske i samband med att medarbetarundersökningen genomförs.	<input checked="" type="checkbox"/>
Genomföra en undersökning bland semestervikarierna för att undersöka nöjdheten och hur man upplever attraktiviteten.	Ska vara genomfört under 2017.	<input checked="" type="checkbox"/>

Kommentarer till kvalitetsinsats

Kvalitetsinsatsen har inte genomförts enligt fastlagd planering. Då situationen sett ut som den gjort under året och resurser inte funnits för att driva ett mer strategiskt arbete, har sådant arbete som inte kräver akuta insatser fått prioriterats bort. Omtag kommer därför ske under 2018.

Beskrivning av kvalitetsinsats 1:8

Socialnämnden har som målsättning att synpunkterna som kommer till socialförvaltningen ska öka samt att öka medverkan vid medborgardialoger.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att ansvara för att samtliga anställda känner till, förstår och följer <u>rutinen för synpunktshanteringen</u> .	Personalen ska informeras fortlöpande om rutinen för synpunktshandling och dess innehåll, dock minst en gång per år.	●
Att ansvara för att samtliga brukare/klienter inom förvaltningen får ta del av <u>broschyr/blankett</u> för synpunktshandling.	Ska ske fortlöpande.	●
Att ansvara för att samtliga synpunkter som inkommer till förvaltningens olika verksamheter dokumenteras på framtagna <u>broschyr/blankett</u> och därefter skickas till nämndsekreterare.	Ska ske fortlöpande.	●
Att ansvara för att synpunkter som framkommer i möten/samarbete med brukarorganisationer och andra samverkansformer ska dokumenteras på framtagna <u>broschyr/blankett</u> i likhet med övriga synpunkter, och sedan redovisas för Socialnämnden.	Ska ske fortlöpande.	●
Ledningsgruppen ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att ansvara för att synpunkter som framkommer i möten/samarbete med brukarorganisationer och andra samverkansformer ska dokumenteras på framtagna <u>broschyr/blankett</u> i likhet med övriga synpunkter, och sedan redovisas för Socialnämnden.	Ska ske fortlöpande.	●
Att i samband med helårsbokslutet redovisas en sammanställning av inkomna synpunkter till socialnämnden. Detta görs i den uppföljning av kvalitetsplan som årligen redovisas för socialnämnden. (Varje bokslutsperiod (tertiäl, delår samt helårsbokslut) ska nämndsekreteraren göra en sammanställning av inkomna synpunkter. Sammanställningen lämnas till enhets- och verksamhetschefer).	Ska ske fortlöpande. Varje bokslutsperiod (tertiäl, delår samt helårsbokslut).	●
Göra en satsning på att informera/utbilda personal gällande synpunkter och synpunktshandling.	Ska fortgå under 2017.	●
Använda sig av kommunens hemsida för att genomföra medborgardialoger och insamla synpunkter när det gäller exempelvis större förändringsprocesser och dylikt.	Ska ske fortlöpande.	◆
Fortsätta arbetet som påbörjades 2015 med medborgardialogen kring "Framtidens äldreboende".	Ska ske fortlöpande.	■

Kommentarer till kvalitetsinsats

Kvalitetsarbetet har genomförts enligt fastlagd planering. En broschyr/blankett för synpunktshandling skickas med alla brukare/klienter och en sammanställning av alla inkomna synpunkter redovisas i och med detta kvalitetsbokslut, se nästkommande sida. Sammanfattningsvis kan sägas att synpunkterna ökat från föregående år. I äldreomsorgens brukarundersökning syntes även en märkvärd skillnad från föregående år gällande kännedom om synpunktshandling och vart man lämnar sina synpunkter.

Då det inte skett någon större förändringsprocess med skäl att genomföra medborgardialoger på hemsidan, har denna kanal heller inte använts.

Statistisk redovisning av antalet inkomna synpunkter till socialförvaltningen 2017

	OVE	OSE	IFO	HSL	BE	Övrigt	Totalt
2012	5	1	2	-	-	-	8
2013	8	-	-	-	-	2	10
2014	18	-	6	-	-	-	24
2015	16	1	3	1	1	2	24
2016	5	1	5	1	-	2	14
2017	23	-	7	-	1	1	32

Statistisk redovisning av synpunktstyp

	Beröm	Klagomål	Förslag	Fråga	Annan	Ej angivit
2014	7	12	3	1	-	1
2015	-	17	4	1	2	-
2016	-	11	1	2	-	-
2017	9	18	1	2	2	-



Statistisk redovisning av vem som lämnat synpunkter till socialförvaltningen

	Brukare/klient	Anhörig	Personal	Annan/ej angivit
2014	7	15	1	1
2015	4	12	4	4
2016	-	6	2	6
2017	6	13	2	11

Beskrivning av kvalitetsinsats 1:9

Socialnämnden har som målsättning att tidiga insatser ska öka.

Ansvarsfördelning

Ledningsgruppen ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att fortsätta arbetet som påbörjades under 2015 när det gäller att tillsammans med bl.a. skolan och andra berörda aktörer skapa en metod och ett arbetssätt samt upprätta rutiner inom kommunen som säkerställer att man så tidigt som möjligt identifiera och med effektiva metoder motverkar socialt utanförskap och exkludering när det gäller barn och unga (Ovanåkersmodellen).	En omstart kommer att göras under 2017.	
Att skapa en ny och bättre fungerande struktur när det gäller beroendemottagningens verksamhet samt den vård och behandling av personer som har ett beroende eller missbruk som socialförvaltningen ansvarar för. Arbetet innefattar att se över vilka evidensbaserade stödinsatser, öppenvårdsbehandlingar och behandlingsinsatser som finns och vad som behöver tillföras verksamheten.	Ska vara genomfört 2017-12-31 .	

Kommentarer till kvalitetsinsats





Kvalitetsinsatsen har inte genomförts enligt fastlagd planering. Då arbetet sker tillsammans med skolan och det bland annat inte prioriterats av skolans representanter har arbetet pausats.

Eftersom den arbetsgrupp som utsetts för att skapa en ny och bättre struktur för beroendemottagningens verksamhet på grund av sjukskrivningar och omstruktureringar inte längre är fulltalig, har processen stannat upp. Omtag kommer därför ske under 2018.

Beskrivning av kvalitetsinsats 1:10

Socialnämnden har som målsättning att cheferna ska ha kunskap om sin budget, och verksamhetens ekonomi till 100 % samt att personalen ska till 100 % ha förståelse för de ekonomiska konsekvenserna av vad de gör.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att delta i utbildningar och använda de redskap för uppföljning som är framtagna.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	
Att varje månad (närmaste APT möte efter stormötet) följa upp och informera respektive arbetsgrupp om verksamhetens ekonomi och förändringar/åtgärder med utgångspunkt i den ekonomiska nämndsuppföljningen.	Detta ska göras regelbundet och innan förändringar ska genomföras.	
Att vid avvikande ekonomiska siffror/resultat (både positiva och negativa avvikelser) lämna en sammanställning enligt framtagen mall till ansvarig verksamhetschef där man beskriver avvikelserna samt dess orsak. Vid negativa avvikelser ska även en åtgärdsplan fyllas i och lämnas	Detta arbete ska ske kontinuerligt i slutet av varje månad i samband med att den ekonomiska nämndsuppföljningen redovisats.	
Ledningsgruppen ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att följa och leda budgetprocessen i förvaltningen.	Ska ske fortlöpande.	




Kommentarer till kvalitetsinsats

Kvalitetsinsatsen har genomförts enligt fastlagd planering. Chefer följer upp och informerar sina respektive arbetsgrupper om verksamhetens ekonomi och lämnar en sammanställning till ansvarig verksamhetschef vid avvikande siffror. Förvaltningens ekonomi är dessutom inom ramarna för årets budget.

Beskrivning av kvalitetsinsats 1:11

Socialnämnden har som målsättning att nyckeltal för kostnader i verksamheterna ska finnas framtagna och följas upp i samband med bokslutsperioderna.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att aktivt delta i det strategiska arbetet med öppna jämförelser och med åtgärder och förbättringar med utgångspunkt i detta.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	
Ledningsgruppen ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att strategiskt använda resultatet från Öppna Jämförelser i styrningen och utvecklingen av förvaltningens arbete.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	
Att aktivt arbeta för att öka svarsfrekvensen på de brukarundersökningar som genomförs.	Detta arbete ska ske kontinuerligt.	

Kommentarer till kvalitetsinsats

Kvalitetsinsatsen har delvis genomförts enligt fastlagd planering. Deltagande har skett i den regionala nätverksgruppen för öppna jämförelser och årets resultat har redovisats både för berörda chefer, nämnd och pensionärsråd.

Resultatet har däremot inte använts strategiskt i styrning och ledning av förvaltningens arbete. Det har heller inte skett ett aktivt arbete för att öka den relativt låga svarsfrekvensen på de brukarundersökningar som genomförs.

2

INTERNKONTROLL

Internkontroll är ett verktyg som skall användas för att säkerställa de, av fullmäktige, fastställda verksamhetsmässiga och ekonomiska målen. Internkontrollen omfattar såväl de politiska som de professionella systemen och rutinerna som används för att styra verksamhet och ekonomi. Arbetet med internkontroll tar sitt ursprung i kommunallagen och utgör en central del i kvalitetssäkringen av kommunens verksamheter. Internkontroll har till syfte att säkerställa:

*En rättvisande och tillförlitlig redovisning och information om verksamheten.
Säkerställande av att lagar, policyer, reglementen m.m. tillämpas.
Skydd mot förluster och/eller förstörelse av kommunens tillgångar.
Eliminering och/eller upptäckt av allvarliga fel och brister.*

Internkontroll handlar om tydlighet, ordning och reda. Det handlar om att säkra att det som ska göras blir gjort, på det sätt som det är tänkt. Egenkontroll är det samlade begreppet för den organisering och de system, processer och rutiner som bidrar till detta.

Att ha ett bra system för internkontroll innebär att man har koll på läget. Det ger trygghet för våra medborgare, våra medarbetare och för de förtroendevalda. Internkontroll 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 internkontroll ska således bidra till att ändamålsenligheten stärks och att verksamheten med medborgarnas bästa för ögonen bedrivs effektivt och säkert. Socialnämnden i Ovanåkers kommun ska verka för att internkontroll bedrivs inom socialförvaltningens olika verksamheter.



Internkontroll

Internkontroll utgör en del av det sammanvägda kvalitetsarbetet. Genom rutinorienterade kontroller ska säkerhet i system och rutiner samt rättvisande räkenskaper uppnås. Risk- och väsentlighetsanalys är ett hjälpmedel för planering, prioritering och uppföljning, där organisationens viktigaste processer identifieras. Analysen identifierar sannolikheter och konsekvenser för olika potentiella felaktigheter i den professionella yrkesutövningen.








De risker som socialtjänsten prioriterat att arbeta med under verksamhetsåret 2017 presenteras nedan. Kopplat till varje risk återfinns utfallet för den kontrollerade risken, samt den analys som gjorts i samband med kontrollen.

● Ingen avvikelse ◆ Mindre avvikelse ■ Stor avvikelse

Analys av kontrollmoment

Risk	Analys av kontrollmoment
Att inte tillgodose framtida personalbehov i tillräcklig utsträckning	<p>■ Av socialförvaltningens 491 anställda är 17 % i åldern 60-67 år och beräknas således gå i pension inom de närmaste åren. Hälften av alla anställda är i åldern 50-67 år, medan resterande halva är mellan åldrarna 20-49 år. Endast 8 % av alla anställda är i åldern 20-29 år. Av de anställda inom äldre- och handikappomsorgen är 330 utbildade, 16 % av dessa är i åldern 60-67 år medan endast 7 % är i åldern 20-29 år.</p> <p>Ovanstående innebär att fler personer totalt beräknas gå i pension än vad personer i åldern 20-29 år finns anställda, likaså att större andel av den utbildade personalen inom äldre- och handikappomsorgen beräknas gå i pension än vad det finns utbildad personal i åldern 20-29 år.</p>
Att en aktuell/uppdaterad plan med syfte och mål saknas.	<p>◆ Granskning av dokumentation i procapita har genomförts för särskilt boende, hemtjänst samt IFO (ekonomiskt bistånd, barn och unga, vuxen). Totalkontroll (mätperiod 2017.01.01-2017.11.24) har skett för äldreomsorg, medan stickkontroll (mätperiod 2017.10.01-2017.11.30) på 10 % av totala antalet har genomförts för IFO.</p> <p>För äldreomsorg och <i>särskilt boende</i> är antalet reviderade/uppdaterade planer på samma nivå som 2015, medan antalet genomförandeplaner med mål, delmål samt mätbara mål har ökat. För <i>hemtjänst</i> har både antalet reviderade/uppdaterade planer samt antal genomförandeplaner med mål och delmål har ökat sedan 2015, dock har antalet mätbara mål minskat.</p> <p>För IFO och området <i>barn och unga</i> (BoU) hade 6 av 8 klienter upprättade genomförandeplaner, samtliga planer är minst 1,5 år gamla. Alla granskade planer har mål, dock inga delmål och samtliga mål behöver konkretiseras mer för att bli mätbara. Vid ett urval på 15 klienter inom området <i>vuxen</i> finns 4 upprättade genomförandeplaner. En plan är uppdaterad inom det senaste året, medan övriga är minst 1,5 år gamla. Mål finns på en plan men behöver konkretiseras mer för att bli mätbart. Vid ett urval på 14 klienter inom området <i>ekonomiskt bistånd</i> finns 0 upprättade genomförandeplaner.</p> <p>Även för LSS finns brister inom dokumentation av genomförandeplan.</p>

Att våra brukare/klienter inte upplever personalens bemötande på ett bra sätt.	● Enligt äldreomsorgens brukarundersökning är totalt (hemtjänst och SÄBO) 95 % av alla brukare nöjda med personalens bemötande. Denna procentsats är i paritet med socialnämndens mål.
Att socialförvaltningen inte upplevs som en god arbetsgivare	■ I medarbetarundersökningen uppgav 59,2 % av de svarande att de kunde rekommendera sin arbetsplats till andra. 32,9 % uppgav tveksamt på frågan medan 7,9 % angav svarsalternativet nej. Noterbart är dock att enbart 48,1 % av socialförvaltningens anställda besvarat undersökningen, vilket innebär att resultatet skulle kunna se avsevärt annorlunda ut om all personal svarat på undersökningen
Att ansvariga chefer saknar kunskap om sin budget, och verksamhetens ekonomi.	● Cheferna deltar kontinuerligt i utbildningar och använder framtagna redskap för uppföljning. Avvikande ekonomiskt resultat (positivt såväl som negativt) sammanställs varje månad till verksamhetschef. Man har kontroll över verksamhetens budget och håller sig inom ramarna.
Att användandet av verksamhetssystem inte är kopplad till roll/behov	◆ Av ett stickprov på 76 personer hade 9 personer inte rätt behörighet, alltså ungefär 11 procent, vilket skulle kunna innebära viss obehörig användning av verksamhetssystemet.
Att nyanställd inte får nödvändig introduktion	— På grund av förvaltningens situation under året har bestämd undersökning ej genomförts och därför kan kontroll heller ej utföras.
Att arbetsuppgifter inte utförs i nyckelpersoners frånvaro	◆ Kartläggning av sårbara arbetsuppgifter finns i och med de funktionsbeskrivningar som finns i kvalitetsledningssystemets mapp 6. Personal - funktionsroller, för nämndsekreterare, assistenter, enhetschefsnivå och där under. Kartläggning av sårbara arbetsuppgifter med skriftliga rutiner för övrig ledningsgruppsnivå finns i dagsläget inte. Idag går dock behörig personal in och täcker för varandra vid sjukdom, semester etc.
Att det saknas ersättare för personal med särskild kompetens	◆ Funktionsbeskrivningar för personal inom förvaltningen finns på enhetschefsnivå och där under i kvalitetsledningssystemet, under mapp 6. Personal - funktionsroller. En stor del av dessa behöver dock uppdateras, eller åtminstone ses över då de inte reviderats under de senaste åren. Det saknas däremot funktionsbeskrivningar på ledningsgruppsnivå, bortsett från nämndsekreterare, där det finns en funktionsbeskrivning som behöver uppdateras.
Att det saknas tillräckliga personella resurser så att arbetsmängden för medarbetarna inte är hanterbar.	■ Kontroll har skett genom enkätundersökning, där svar har inkommit från resursenheten, individ- och familjeomsorgen samt biståndsenheten. På en skala mellan 1 och 5, där 1 representerar mycket liten och 5 mycket hög ligger medelvärdet för de svarande på 3,93. Sammanfattande kan det utläsas att de anställda upplever att arbetsbelastningen periodvis är hög och att arbetsmängden varierar. Detta, ställt i relation till medarbetarenkäten där 8,8 procent av de svarande <i>alltid</i> upplever stress i sitt arbete, medan 42,1 procent <i>ofta</i> upplever stress, kan slutsatsen där med dras att medarbetarna har en stor arbetsmängd i förhållande till personliga resurser. Dock är svarsfrekvensen i de båda undersökningarna relativt låg, vilket innebär att resultatet kan se annorlunda ut om alla svarat.

Hot och våld mot personal	 I systemet för tillbudsrapportering har socialförvaltningens olika verksamheter under 2017 rapporterat in 81 tillbud och 54 skador. Antal utförda kontroller i systemet är 0.
Att handlingar inte diarieförs på korrekt sätt	 På kommunövergripande nivå finns Regler för dokument- och ärendehantering från 2007, vilken återfinns på intranätet - Policys & reglementen. För socialnämnden finns beskrivning av nämndsekreterares arbetsuppgifter, vilken innefattar diarium och postöppning. Denna behöver dock uppdateras då den senast reviderades 2011. Intervjuer med personal har inte genomförts.
Delegationsordning följs inte	 Av ett stickprov på 24 beslut, jämt representerade över året, var 3 beslut fattade av fel delegat. En trolig anledning till varför detta skett är att delegationsordningen, som antogs av socialnämnden 2004-10-20, var i behov av en tydligare struktur och uppdateringar. Socialförvaltningen har under 2017 arbetat fram en ny delegationsordning, vilken antogs av socialnämnden i december 2017. Denna delegationsordning förväntas göra det enklare för delegaten att fatta rätt beslut.
Att handläggningstiden i vissa fall överstiger tre månader.	 Granskning av handläggningstid har skett för SOL 11:1-utredningar för IFO, inom områdena <i>barn och unga (BoU)</i> , <i>ekonomiskt bistånd</i> samt <i>vuxen</i> . Inom området ekonomiskt bistånd är 95 % av alla utredningar avslutade inom 3 månader. Inom området vuxen är 74 % av alla utredningar avslutade inom 3 månader, medan inom området BoU är endast 35 % avslutade inom samma tid. Dock, inom området BoU kan dispens ges för en utredningstid på 4 månader, och inom den tiden är 62 % av alla utredningar avslutade.
Att beslut ej verkställs inom tre månader.	 Av de beslut som ej verkställts inom lagstadgad tid är majoriteten beslut som rör kontaktperson eller kontaktfamilj enligt LSS samt SoL. Majoriteten av besluten har dock verkställts, dock ej inom lagstadgad tid på grund av att kontaktperson eller kontaktfamilj antingen ej hittats inom tiden eller inte kunnat matchas med klienten. Ett arbete att hitta lämplig kontaktfamilj/kontaktperson har dock fortgått under tiden.
Att personal genomför obehörig sökning av information i verksamhetssystemet Procapita	 Månatlig kontroll av loggar sker för SOL-ärenden inom handikapp- och äldreomsorg. Ett fåtal obehöriga sökningar av information har skett under 2017, dock finns det ingenting som tyder på att sökningarna gjorts med avsikt. Sökningar kan till största del hänvisas till okunskap om sökverktyget, då det efter kontakt med ansvarig chef rättats till nästkommande månad.
Brister i dokumentation och informationsöverföring.	 Granskning av dokumentation i procapita har gjorts för hemtjänst och särskilt boende. En jämförelse har genomförts mellan kvartal 1 och 3 för dokumentationen inom <i>anteckningar av vikt</i> . Kvartal 1 var andelen feldokumenterade händelser 0,05 % för hemtjänst samt 0,04 % för särskilt boende, medan för kvartal 3 var andelen 0,01 % för både hemtjänst och särskilt boende. Den låga andelen feldokumenterade händelser samt att information dokumenterats för nästintill alla brukare, och under båda kvartalen, kan där med antas bidra till att viktig information överförs mellan personal.

Kommentarer till kvalitetsinsats

Att föra en god intern kontroll krävs för att driva verksamheten framåt och för att veta vilka insatser man bör satsa på framöver. De största utmaningarna för socialförvaltningen i Ovanåkers kommun kommer i framtiden dels att vara att tillgodose framtida personalbehov i tillräcklig utsträckning. Då fler förväntas gå i pension än vad som anställs kommer mycket arbete krävas på att anställa rätt kvalificerade personer till verksamheterna. Dels kommer det även att vara en utmaning att få de anställda att uppleva socialförvaltningen som en god arbetsgivare, samt att få de anställda att uppleva att de har en klart hanterbar arbetsmängd i förhållande till sin arbetskapacitet. Det kontrollerna framför allt visar är att de största avvikelserna handlar om förvaltningens personal och att det således kommer krävas ett arbete angående just detta.

Kontrollmomenten visar även på att uppdatering av rutiner, mål och kartläggning av arbetsuppgifter behöver genomföras.

Fel och brister i verksamheten

Med utgångspunkt i SOSFS 2011:9 samt SOSFS 2011:5. Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med bestämmelserna om lex Sarah är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Det är viktigt att komma till rätta med brister i verksamheten och att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.

● Genomfört ◆ Delvis genomfört ■ Ej genomfört

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att samtliga berörda/anställda inom den egna verksamheten känner till, förstår innehållet i <u>Socialstyrelsens handbok om Lex Sarah</u> , och rapporteringsskyldigheten enl. Lex Sarah samt att man känner till, förstår och följer <u>rutinen</u> .	Personalen ska fortlöpande informeras om <u>Lex Sarah-rutinerna</u> , dock minst en gång per år. Information ska ges både muntligt och skriftligt i samband med nyanställning, vikariat eller när enheten tar emot en praktikant och när frivilligarbetare introduceras i verksamheten etc.	●

Kommentarer till kvalitetsinsats

Kvalitetsinsatsen har genomförts enligt fastlagd planering. Personalen får fortlöpande information om rutinerna, vid bland annat APT. För semestervikarier hålls en introduktion varje år, där även upplysning om Lex Sarah-rutinerna ingår. För att öka förutsättningarna för alla är dessutom denna introduktion beslutad att utökas i längd till år 2018.

3

ÖVRIGA KVALITETSINSATSER

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 (3 KAP. 3§ SOL). Med utgångspunkt i detta vill vi arbeta med att dokumentera, analysera och därefter göra åtgärder som förbättrar våra olika verksamheter.

Det är detta som är systematiskt kvalitetsarbete inom socialförvaltningen i Ovanåkers kommun.



● Genomfört ◆ Delvis genomfört ■ Ej genomfört

Kvalitetsledningssystem

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. Det innebär att vårdgivare, den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, är ansvarig för att det finns ett ledningssystem upprättat för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att genomföra riskanalyser, egenkontroller och ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Det kvalitetsledningssystem som vi använder oss av ska vara verktyget inom våra verksamheter för att nå upp till den kvalitet som ledning och politik beslutat om, samt uppfylla de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Systemet ska med andra ord fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra våra olika verksamheter. Med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska verksamheterna uppnå kvaliteten. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Under 2016 köpte socialförvaltningen in Stratsys kvalitetsledningssystem för att öka kvaliteten i det systematiska kvalitetsarbetet, tydliggöra och förenkla förvaltningens kvalitetsarbete- och de roller och processer som finns- samt generera en högre grad av upplevt engagemang från medarbetare och chefer i arbetet i förvaltningens kvalitetsarbete. Arbetet med att implementera och införa det nya systemstödet kommer att fortsätta under 2017.

Ansvarsfördelning

Ansvariga chefer ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att aktivt delta i arbetet med att se över och revidera befintliga processer, rutiner, riktlinjer etc.	Ska ske fortlöpande.	■
Ledningsgruppen ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att tillsammans med utsedd arbetsgrupp påbörja arbetet med att skapa en ny bättre och fungerande struktur och upplägg för socialförvaltningens kvalitetsledningssystem.	Ska fortgå under 2017	■


Kommentarer till kvalitetsinsats

Kvalitetsinsatsen har inte genomförts enligt fastlagd planering. Uppbyggnaden av det nya kvalitetsledningssystemet i Stratsys genomfördes under hösten 2016 och under våren 2017 påbörjades utbildningsinsatser i det nya systemet. Dock, på grund av den situation som uppstod inom förvaltningen gällande sjukskrivningar och omfördelning av personal, stannade detta arbete av under den senare delen av våren. Fokus har istället varit på att lösa de akuta problem som uppstår och det strategiska arbetet har fått prioriteras bort. Omtag med införande och implementering av det nya kvalitetsledningssystemet kommer att ske under 2018.

Delegationsordning

Delegationsordningen som antogs av socialnämnden 2004-10-20 innehåller de ärenden i vilka socialnämnden har delegerat beslutanderätt åt enskild ledamot eller anställd tjänsteman. Om en ärendetyp inte finns med i delegationsordningen innebär det att beslut fattas av socialnämnden. Nuvarande delegationsordning är i behov av en ny tydligare struktur samt vissa uppdateringar. Med utgångspunkt i detta kommer socialförvaltningen att under 2017 att fortsätta arbetet med att revidera befintlig delegationsordning som sedan kan fastläggas av socialnämnden.

Ansvarsfördelning

Ledningsgruppen ansvarar för:	Tidsramar:	Genomfört:
Att under 2017 revidera befintlig delegationsordning och arbeta fram ett förslag på ny delegationsordning som under 2017 kan fastläggas av socialnämnden.	Ska vara genomfört 2017-12-31	

Kommentarer till kvalitetsinsats

Kvalitetsinsatsen har genomförts enligt fastlagd planering. Under hösten 2017 har socialförvaltningen färdigställt den revidering av delegationsordningen som påbörjades under 2016. Det framarbetade förslaget på ny delegationsordning presenterades för och antogs av socialnämnden 2017-12-14.

Den nya delegationsordningen började gälla 2018-01-01.