

 ÖRNSKÖLDSDVIKS KOMMUN	Verksamhetsområde Systematiskt kvalitetsarbete	
	Dokumentnamn Välfärdsförvaltningens kvalitetsberättelse 2015	
Förvaltning Välfärdsförvaltningen	Dokumentansvarig Kvalitetsledaren	Version
Fastställd av Humanistiska nämnden 2016-03-15 Omsorgsnämnden 2016-03-16	Skapad/ändrad av Margareta Bolinder Sundin	Sida 1 (18)
	Skapat datum 2016-02-24	Ändrad datum

Välfärdsförvaltningens kvalitetsberättelse 2015

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.

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 föreskrifter¹ och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter².

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

- Socialtjänstlag (SFS 2001:453³) (SoL).
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387⁴) (LSS).
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763⁵) (HSL).
- Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659⁶) (PSL).

¹ Föreskrifter (SOSFS) om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade.

² SOSFS 2011:9 (M OCH S) Föreskrifter och allmänna råd. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2 kap. Definitioner.

³ SoL 3 kap. 3 §.

⁴ LSS 6 §.

⁵ HSL 31 §.

⁶ Specifika bestämmelser för patientsäkerhet framgår av 3 kap. Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (PSL).

Nämndernas mål, mått och måltal⁷ framgår av nämndernas verksamhetsplan.

3. Välfärdsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SKA)

Enligt SOSFS 2011:9⁸ 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 §)⁹.
- 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 *Välfärdsförvaltningens 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 aktiviteter som ingår i respektive process ska utföras (inklusive i vilken ordning aktiviteterna ska utföras)
 - anger hur ansvaret för utförandet av aktiviteter som ingår i respektive process är fördelat i verksamheten.
- Samverkan för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.
- Systematiskt förbättringsarbete¹⁰.
- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet¹¹.

4. Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet

4.1 Processgrupper

Kravet på att identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, som framgår av ledningssystemet för

⁷ Nämndernas resultatnivåer som verksamheten ska uppnå.

⁸ SOSFS 2011:9 (M OCH S) Föreskrifter och allmänna råd. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

⁹ Ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten.

¹⁰ Riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser (klagomål och synpunkter, rapporteringsskyldighet, sammanställning och analys), förbättrande åtgärder i verksamheten, förbättring av processerna och rutinerna.

¹¹ Det ska säkerställas att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA).

systematiskt kvalitetsarbete¹², uppnås genom processbaserad verksamhetsutveckling. Eftersom verksamhetens processer fyller olika funktioner delas de in i processgrupperna:

- *Ledningsprocesser*, som behövs för att styra och koordinera huvud- och stödprocesserna.
- *Huvudprocesser*, som realiserar verksamhetsidén ”Underlätta människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv”.
- *Stödprocesser*, som behövs för att huvudprocesserna ska fungera så bra som möjligt.

I kommande avsnitt presenteras processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (med processansvarig funktion i parentes).

4.2 Ledningsprocesser

4.2.1 Verksamhetsplanering/-uppföljning (kvalitetsledaren)

4.2.1.1 Verksamhetsplaner/uppföljda verksamhetsplaner

För att verksamheten ska kunna styras och utvecklas i den riktning som framgår av kommunens vision, kommunfullmäktigemålen och nämndmålen har alla verksamheter i uppdrag att dokumentera uppföljningsbara aktiviteter för den egna verksamheten i en verksamhetsplan^{13 14}. Andelen enheter med en uppföljd verksamhetsplan 2015 är 89,5 %. Det kan jämföras med 2014 då andelen var 93,2 % (se nedan)¹⁵.

Verksamhetsplaner/ uppföljda verksamhetsplaner 2014	Socialt stöd	Social utredning	Arbetsmarknad/ integration	LSS verksamhet	Ordinärt boende	Särskilt boende	Utveckling/ internt stöd	Förvaltningen
Andel (%) enheter tertial 1 (januari – april)	100	25	100	85,7	94,7	88,5	100	-
Andel (%) enheter tertial 2 (maj – juli)	100	50	100	100	100	96,2	100	-
Andel (%) enheter tertial 3 (augusti–december) ¹⁶	75	50	100	93,3	100	96	100	93,2
Betyg 2014¹⁷:	4	3	5	5	5	5	5	5
Uppföljda verksamhetsplaner 2015								
Andel (%) enheter tertial 3 (augusti–december) ¹⁶	16,7	100	100	85,7	95,6	100	100	89,5
Betyg 2015¹⁷:	2	5	5	4	5	5	5	5

¹² SOSFS 2011:9, 4 kap. 2 § - 4 §.

¹³ Enligt kommunens direktiv kallas från och med 2015 avdelningens verksamhetsplan för avdelningsplan och enhetens verksamhetsplan för aktivitetsplan. Från och med 2016 kallas enhetens verksamhetsplan, i kommunens webbstöd Stratsys – för verksamhetsplanering/-uppföljning – Stratsys, för enhetsplan.

¹⁴ Verksamhetsplanen underlättar för *förtroendevalda* att styra, kontrollera och utvärdera verksamhet, *chefer* att leda, samordna och följa upp verksamhet samt *medarbetare* att förbättra och utveckla verksamhet.

¹⁵ Se ”Verksamhetsplanering/-uppföljning 2015” i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) på intranätet: <http://intranet/Organisation/Valfardsforvaltningen/Ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete-SKA/Del-1-Verksamheten/1.2-Processer/1.2.1-Ledningsprocesser/1.2.1.1-Ledningsprocesser-med-syfte-att-styra-verksamheten/Verksamhetsplanering---uppfoljning-2015.html>

¹⁶ Andel uppföljda verksamhetsplaner.

¹⁷ Betyg: 1 (0-15%) = röd. 2 (16-35%) = orange. 3 (36-65%) = gul. 4 (66-85%) = ljusgrön. 5 (86-100%) = grön.

4.2.1.2 Strategisk plan för kvalitetsutveckling

I december 2014 fastställdes ”Strategisk plan för kvalitetsutveckling inom välfärdsförvaltningen 2015-2018” av nämnderna och den ger en flerårig inriktning för välfärdsförvaltningens kvalitetsutvecklingsarbete. Arbeta pågår enligt plan och arbetet kommer att följas upp av kvalitetsledaren under 2016.

4.2.2 Personalplanering (verksamhetsutvecklare kompetensförsörjning)

Måttet personkontinuitet¹⁸ är kopplat till personalplaneringsprocessen. Nedan framgår att personkontinuiteten inom ordinärt boende (hemtjänsten) och särskilt boende har förbättrats under 2015 jämfört med 2014.

Personkontinuitet 2014	Ordinärt boende	Särskilt boende
Antal tertial 1 (januari – april)	15 personer/14 dagar	13,9 personer/14 dagar
Antal tertial 2 (maj – juli)	-	-
Antal tertial 3 (augusti – december)	14 personer/14 dagar	12 personer/14 dagar
Betyg 2014¹⁷:	3	4
Personkontinuitet 2015		
Antal tertial 1 (januari – april)	8,8 personer/14 dagar	12 personer/14 dagar
Antal tertial 2 (maj – juli)	9,16 personer/14 dagar	-
Antal tertial 3 (augusti – december)	10,1 personer/14 dagar	11,5 personer/14 dagar
Betyg 2015¹⁷:	4	4

4.2.3 Tertialuppföljningar (kvalitetsledaren)

För att veta om verksamheten utvecklas i den riktning som framgår av nämndernas måltal följs verksamhetens resultat upp tertialvis¹⁹. Nedan framgår, av parenteserna i tablåns högra kolumn, måluppfyllelsen för 2015 gällande nämndernas mått fördelat på perspektiven medborgarnytta, effektiv verksamhet samt utveckling och förnyelse.

Medborgarnytta²⁰:

Resultatmått	H	O	Målvärde 2015	Resultat tertial 1	Resultat tertial 2	Resultat tertial 3
Ökad upplevelse av delaktighet och inflytande		X	4	4,2	4,2	4,2 (+0,2)
Ökad upplevelse av meningsfullhet	-	-	4	-	-	-
Ökad upplevelse av gott bemötande		X	5	3,4	3,4	3,4 (-1,6)
Ökad upplevelse av nöjdhet		X	4,5	4,3	4,2	4,2 (-0,3)
Ökad upplevelse av trygghet	X	X	4	3	3	3,1 (-0,9)
Ökad patientsäkerhet		X	4	3	3	3 (-1)

¹⁸ Antal personer som besöker en vårdtagare under en 14 dagarsperiod.

¹⁹ Se ”Tertialuppföljning (välfärdsförvaltningen)” i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) på intranätet: <http://intranet/Organisation/Valfardsforvaltningen/Ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete-SKA/Del-1-Verksamheten/1.2-Processer/1.2.1-Ledningsprocesser/Tertialuppfoljning.html>

²⁰ På skalan 1 till 5 är 5 det högsta betyget för målvärdet.

Effektiv verksamhet²⁰:

Resultatmätt	H	O	Målvärde 2015	Resultat tertial 1	Resultat tertial 2	Resultat tertial 3
Ökad kontinuitet i insatsernas utförande		X	4	4,7	4,0	4,0 (=)
Ökad andel verksamheter som arbetar med systematiskt kvalitetsarbete (SKA)	X	X	3	4,3	4,3	4,3 (+1,3)
Ökad upplevelse av tillgänglighet	X	X	4,5	4,1	4,1	4,4 (-0,1)
Ökat ledarengagemang	X	X	4,2	4,02	4,02	4,1 (-0,1)
Ökat medarbetarengagemang	X	X	4,2	4,04	4,04	4,11 (-0,09)

Utveckling och förnyelse²⁰:

Resultatmätt	H	O	Målvärde 2015	Resultat tertial 1	Resultat tertial 2	Resultat tertial 3
Samverka med kommunens övriga förvaltningar för att öka medborgarnytan	X	X	4,5	5	5	5 (+0,5)
Ökad andel trygga barn och unga	X	X	4	-	-	-
Ökat miljöarbete inom välfärdsförvaltningen	X	X	4,5	4	4	4 (-0,5)
Samverka med lokala företag/organisationer för att öka medborgarnytan	X	X	3	2,2	2,7	2,8 (-0,2)

4.2.4 Intern kontroll (kvalitetsledaren)

Välfärdsförvaltningens arbete med interna kontroller är kvalitetssäkrat²¹. Under året genomfördes följande interna kontroller (berörd/a nämnd/er i parentes):

- Informationsöverföring i vårdkedjan (HSL) (omsorgsnämnden).
- Rekrytering av familjehem (humanistiska nämnden).

Resultaten av genomförda interna kontroller utgör en del av arbetet med ständiga förbättringar av verksamheten²². Arbetet med planerade åtgärder utifrån resultatet av tidigare års interna kontroller följs upp årligen.

4.2.5 Värdegrundsarbete (SAS)

Inom avdelningarna särskilt boende och ordinärt boende har det arbetats med implementering av äldreomsorgens nationella värdegrund. Inom ordinärt boende

²¹ Se "Rutin Internkontrollprocessen" med mera i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) på intranätet: <http://intranet/Organisation/Valfardsforvaltningen/Ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete-SKA/Del-1-Verksamheten/1.2-Processer/1.2.1-Ledningsprocesser/Intern-kontroll.html>

²² Se "Intern kontroll" i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) på intranätet: <http://intranet/Organisation/Valfardsforvaltningen/Ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete-SKA/Del-1-Verksamheten/1.2-Processer/1.2.1-Ledningsprocesser/Intern-kontroll.html>

har det skapats en kunskapsbank med fallbeskrivningar som används som diskussionsunderlag vid arbetsplatsträffar. Även en stor del av vikarierna har genomgått Socialstyrelsens webbutbildning ”Äldreomsorgens nationella värdegrund”. Inom särskilt boende har några enheter fördjupat sig i värdegrundsarbetet genom att ha tagit fram utbildningsmaterial och arbetat med bland annat fallbeskrivningar på arbetsplatsträffar. Goda exempel i verksamheten är, enligt avdelningschefen, Lingbo, Rönnen, Bjästagårdens vård- och omsorgsboende och Bjästagårdens servicehus. Avdelningen särskilt boendes genomförandeplan är reviderad och numera kopplad till den nationella värdegrunden.

Nedan framgår resultatet från socialstyrelsens öppna jämförelser för mätetal med beröringspunkter till värdegrundsarbete²³.

Resultat Öppen jämförelse Vård och omsorg	2013 ²⁴	2014 ²⁴	Betyg 2014 ¹⁷ :
Ordinärt boende			
Trygghet	51	43	3
Bemötande	77	74	4
Tillräckligt med tid	82	80	4
Hänsyn till åsikter och önskemål	86	87	5
Möjlighet att påverka tider	55	56	3
Nöjdhet	89	91	5
Särskilt boende			
Trygghet	50	49	3
Bemötande	60	59	3
Tillräckligt med tid	73	76	4
Hänsyn till åsikter och önskemål	78	80	4
Möjlighet att påverka tider	55	53	3
Nöjdhet	80	81	4

4.2.6 Kompetensförsörjningsprocessen (verksamhetsutvecklare kompetensförsörjning)

Under året har förutsättningarna för kompetensförsörjning inklusive kompetensutveckling förbättrats inom välfärdsförvaltningen genom att exempelvis:

- Uppdrag ”Välfärdsambassadörer” har antagits.
- Strategi för kompetensförsörjning har arbetats fram och inväntar beslut från ledningsgrupp och nämnder.
- En övergripande kompetensanalys har genomförts som en del i arbetet med strategin.
- En implementeringsplan för strategin har påbörjats.
- Organisationsstrukturen för lokal samverkan i Vård- och omsorgscollege har fortsatt att utvecklas.
- Personal som arbetar med barn och unga har utbildats genom en regional satsning, bland annat i dokumentation, att sätta mål och barns möte med socialtjänsten samt evidensbaserad praktik.
- En inventering av behov av brand- och säkerhetsutbildningar inom förvaltningen har genomförts och ett arbete med räddningstjänsten pågår för att fastställa utbildningsplanen.

²³ Resultatet för 2015 publiceras på Socialstyrelsens hemsida på Internet 2016, vecka 13.

²⁴ Andel (%).

- En ny rutin för utbildningsförfrågningar har upprättats.
- Ett gemensamt introduktionsmaterial för socionomstudenternas verksamhetsförlagda utbildning har vidareutvecklats.

4.2.7 Systematiskt förbättringsarbete

4.2.7.1 Systematiskt förbättringsarbete på enhetsnivå

I välfärdsförvaltningens systematiska förbättringsarbete ingår riskanalys (att fortlöpande om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet), egenkontroll (att löpande utöva egenkontroll för att säkra verksamhetens kvalitet), utredning av avvikelser (att rapportera missförhållanden/risk för missförhållanden, att rapportera klagomål och synpunkter på verksamheten) och att systematiskt förbättra verksamheten (att använda identifierade risker, upptäckta brister i verksamheten, avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter för att förbättra verksamheten). Andel (%) enheter som arbetar med det ovan nämnda framgår nedan²⁵.

Systematiskt förbättringsarbete (andel (%) enheter)	År	Socialt stöd	Social utredning	Arbetsmarknad/ integration	LSS verksamhet	Ordinärt boende	Särskilt boende	Utveckling/ internt stöd	Förvaltningen
Bedömer du fortlöpande om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet?	2013	25	25	50	72,2	68,4	69,2	50	62
	2014	80	75	100	78,6	90	88	100	86,1
	2015	66,7	75	50	78,6	78,3	96	100	82,9
Utövar du egenkontroll löpande för att säkra verksamhetens kvalitet?	2013	0	50	50	57,1	66,7	53,8	100	54,9
	2014	20	50	50	71,4	70	68	100	65,3
	2015	16,7	75	50	71,4	78,3	96	100	77,6
Rapporterar du klagomål och synpunkter på verksamheten?	2013	25	50	50	64,3	72,2	53,8	100	59,2
	2014	60	100	50	50	75	88	100	73,6
	2015	33,3	75	50	64,3	91,3	96	50	80,3
Rapporterar du missförhållanden/ risk för missförhållanden (lex Sarah)?	2013	25	74	50	71,4	83,3	76,9	100	73,2
	2014	80	100	50	92,9	90	100	50	91,7
	2015	66,7	100	50	92,9	82,6	96	100	88,2
Använder du identifierade risker, brister i verksamheten du upptäckt vid egenkontroll, avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter för att systematiskt förbättra din verksamhet?	2013	25	75	50	64,3	72,2	76,9	100	69
	2014	80	50	50	78,6	85	88	100	81,9
	2015	50	100	50	71,4	91,3	92	100	84,2
Index*: <i>*Index baserat på 5 frågor till enhetscheferna.</i>	2013	20	55	50	64,3	73,3	66,2	90	64,6
	Betyg¹⁷:	2	3	3	3	4	4	5	4
	2014	64	75	60	74,3	82	86,4	80	79,7
	Betyg¹⁷:	3	4	3	4	4	5	4	4
	2015	46,7	85	50	75,7	84,3	95,2	90	82,6
Betyg¹⁷:	3	4	3	4	4	5	5	4	

²⁵ Se även "SKA - systematiskt kvalitetsarbete (egenkontroll) 2014" i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) på intranätet: <http://intranet/Organisation/Valfardsforvaltningen/Ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete-SKA/Del-3-Resultatet-av-verksamhetens-forbattningsarbete/Systematiskt-kvalitetsarbete---SKA-egenkontroll-2015/SKA-egenkontroll-2014.html>

4.2.7.2 Riskanalyser (SAS, MAS)

Andelen enhetschefer som fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet har minskat under året från 86,1 % till 82,9 %.

Till stöd för arbetet med riskanalyser finns skrifterna *Modell för risk- och händelseanalys. Systematiskt förbättringsarbete inom individ- och familjeomsorg (SKL)* och *Riskanalys & händelseanalys. Handbok för patientsäkerhetsarbete SKL med flera*. I bilagan *Patientsäkerhetsberättelse Vårdförvaltningen Örnsköldsviks kommun 2015* finns information om arbetet med riskanalyser inom HSL området.

4.2.7.3 Händelseanalyser (SAS, MAS)

Andelen 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 är 77,6 %. Det är en minskning med 8,5 % från 2014 (86,1 %).

Under 2015 har analysteamet genomfört två händelseanalyser kopplat till avvikelser (lex Sarah), en inom humanistiska nämndens ansvarsområde och en inom omsorgsnämndens ansvarsområde. Inom HSL området genomförs händelseanalyser utifrån inkomna avvikelser.

4.2.7.4 Egenkontroll (kvalitetsledaren)

4.2.7.4.1 Systematisk uppföljning och utvärdering samt kontroll

Egenkontroll är, enligt SOSFS 2011:9, ”systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem”. Inom vårdförvaltningen arbetas det med egenkontroll genom exempelvis (hänvisning till avsnitt i parentes):

- Tertiäruppföljningar (avsnitt 4.2.3).
- Intern kontroll (avsnitt 4.2.4).
- Ledningens genomgång av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) (avsnitt 4.2.7.4.2).
- Systematisk hantering av resultat från öppna jämförelser (se avsnitt 4.2.7.4.3).
- Kvalitetsuppföljningar (avsnitt 4.2.7.4.4).
- Uppföljningar av genomförandeplaneringsträffar/uppföljningsträffar (om genomförandeplanen) (avsnitt 4.2.7.4.5).

Andelen enhetschefer som utövar egenkontroll löpande för att säkra verksamhetens kvalitet har ökat under året från 65,3 % till 77,6 % (se tablan i avsnitt 4.2.7.1²⁶).

²⁶ Se även ”Systematiskt kvalitetsarbete - SKA (egenkontroll) 2015” i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) på intranätet: <http://intranet/Organisation/Valfardsforvaltningen/Ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete-SKA/Del-3-Resultatet-av-verksamhetens-forbattningsarbete/Systematiskt-kvalitetsarbete---SKA-egenkontroll-2015.html>

4.2.7.4.2 Ledningens genomgång av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA)

Ledningens genomgång²⁷ av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) genomfördes i april 2015. En genomgång av processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet genomfördes och processansvariga funktioner utsågs. Under hösten har kvalitetsgruppen utvecklat ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) i Stratsys. I takt med att det fylls med processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet kommer det att säkra det systematiska kvalitetsarbetet i alla verksamheter.

4.2.7.4.3 Systematisk hantering av resultat från öppna jämförelser

Resultat från Socialstyrelsens öppna jämförelser har, enligt gällande rutin, sammanställts och hanterats under året. Av rutinen *Öppna jämförelseprocessen*²⁸ framgår hur ansvaret för utförandet av aktiviteterna som ingår i processen är fördelat i verksamheten. Sammanställningar av årets resultat och föregående års resultat med mera finns på intranätet²⁸.

4.2.7.4.4 Kvalitetsuppföljningar

Genomförda kvalitetsuppföljningar inom humanistiska nämndens verksamheter:

- Öppen jämförelse Stöd till brottsoffer²⁹.
- Öppen jämförelse Ekonomiskt bistånd²⁹.
- Öppen jämförelse Missbruks- och beroendevård²⁹.
- Öppen jämförelse Sociala barn- och ungdomsvården²⁹.

Genomförda kvalitetsuppföljningar inom omsorgsnämndens verksamheter:

- Öppen jämförelse Stöd till personer med funktionsnedsättning²⁹.
- Öppen jämförelse Vård och omsorg om äldre²⁹.
- Brukaruppföljning LSS – daglig verksamhet.
- Kvalitetsregistren³⁰ (se bilagan *Patientsäkerhetsberättelse Valfärdsförvaltningen Örnsköldsviks kommun 2015*).

4.2.7.4.5 Uppföljningar av genomförandeplaneringsträffar/uppföljningsträffar (om genomförandeplanen)

Arbetet med att kvalitetssäkra genomförandeplaneringsprocessen pågick under 2014 och två frågeformulär för utförande av egenkontroller i nära anslutning till genomförandeplaneringsträffar respektive uppföljningsträffar (om

²⁷ Ska enligt avsnittet 2.2.3.4 *Ledningens genomgång av ledningssystemet* i "Strategisk plan för kvalitetsutveckling inom valfärdsförvaltningen 2015-2018" genomföras två gånger per år (april/maj, oktober). Ledningens genomgång av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) leds av kvalitetsledaren och kvalitetsgruppen, förvaltningschefen samt avdelningscheferna deltar.

²⁸ Se "Hantering av resultat från öppna jämförelser" i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) på intranätet: <http://intranet/Organisation/Valfardsforvaltningen/Ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete-SKA/Del-1-Verksamheten/1.2-Processer/1.2.1-Ledningsprocesser/Hantering-av-resultat-fran-oppna-jamforelser-.html>

²⁹ Socialstyrelsen.

³⁰ Senior Alert, Palliativa registret, BPSD-registret.

genomförandeplanen) arbetades fram inom ramen för ”Leda för resultat”^{31 32}. Denna egenkontroll har inte kommit igång som planerat.

4.2.7.5 Klagomåls- och synpunktshantering (kvalitetsledaren)

En genomgång av det som inkommit via humanistiska nämndens respektive omsorgsnämndens klagomåls- och synpunktshantering visar inte på mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten (se nedan). Av det som har lämnats in gällande hemtjänsten innehåller 18 beröm, 13 klagomål och 10 synpunkter om verksamheten i stort. En del av det som har lämnats in innehåller både beröm, klagomål och/eller synpunkter.

Inlämnade klagomål/synpunkter 2015	Socialt stöd	Social utredning	Arbetsmarknad/ integration	LSS verksamhet	Ordinärt boende	Särskilt boende	Utveckling/ internt stöd	Förvaltningen
Antal tertial 1 (januari – april)	-	-	-	-	16	5	-	21
Antal tertial 2 (maj – juli)	-	3	-	-	15	1	-	19
Antal tertial 3 (augusti – december)	2	-	-	2	6	2	-	13 ³³

Att relativt få klagomål och synpunkter lämnas in via nämndernas rapporteringar jämfört med att 80,3 % av enhetscheferna under slutet av året svarat ja på frågan: ”Rapporterar du klagomål och synpunkter på verksamheten?” tyder på att det kan finnas ett mörkertal gällande rapportering av klagomål och synpunkter (se tablan i avsnitt 4.2.7.1). Det är positivt att andelen enhetschefer som rapporterar klagomål och synpunkter på verksamheten har ökat under året från 73,6 % till 80,3 % (se tablan i avsnitt 4.2.7.1²⁶).

Under 2015 lanserades möjligheten att rapportera klagomål och synpunkter via förvaltningens rapportering av förbättringsmöjligheter i SAM, men inga klagomål eller synpunkter har ännu rapporterats via den kanalen.

4.2.7.6 Avvikelsehantering

4.2.7.6.1 Risk för missförhållande/missförhållande (lex Sarah) (SAS)

Andelen enhetschefer som rapporterar risk för missförhållanden/missförhållanden (lex Sarah) har minskat under året från 91,7 % till 88,2 % (se tablan i avsnitt 4.2.7.1²⁶).

Nedan framgår antal rapporterade avvikelser lex Sarah 2015.

³¹ Svenska Kommuner och Landstings (SKL) utvecklingsprogram för ledningsgrupper respektive stödfunktioner i att leda för resultat.

³² Att denna egenkontroll ska göras framgår av ”Samlingsrutin Genomförandeplaneringsprocessen” som gäller samtliga avdelningar (godkänd av förvaltningschefen 2014-05-08). Se även ”Genomförandeplanering/-uppföljning” i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) på intranätet: <http://intranet/4.70579fc914505d0b242185e.html>

³³ Eftersom det har inkommit en synpunkt som inte kan kopplas till en avdelning överstiger summan antalet klagomål/synpunkter som inkommit gällande avdelningars verksamheter.

Antalet inkomna Sarah-rapporter 2015 är detsamma som 2014, 85 stycken. Sju av de inkomna rapporteringarna 2015 avslutades med beslut om att det rapporterade

Rapporterade avvikelser lex Sarah 2015 (antal)	Socialt stöd	Social utredning	Arbetsmarknad/integration	LSS verksamhet	Ordinärt boende	Särskilt boende	Utveckling/internt stöd	Förvaltningen
Antal tertial 1 (januari – april)	-	9	-	3	4	17	-	33
Antal tertial 2 (maj – juli)	1	6	-	-	5	8	2	22
Antal tertial 3 (augusti – december)	1	11	-	4	4	10	-	30
Summa:	2	26	-	7	13	35	2	85

missförhållandet eller själva rapporteringen inte faller under bestämmelserna om lex Sarah. I de fall där det rapporterade inte faller under bestämmelserna om lex Sarah har socialt ansvarig samordnare hänvisat ansvarig enhetschef att rapportera det inträffade på annat vis, till exempel som en synpunkt eller ett klagomål.

Under 2015 har en skattning av respektive ärendes allvarlighetsgrad genomförts, där riskstorleken vägs mot sannolikheten att missförhållandet ska inträffa igen³⁴. I de fall där riskvärdet är 8 eller högre, eller allvarligheten bedöms som hög görs en anmälan till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Av inkomna rapporteringar under 2015 har 2 stycken bedömts som allvarliga och anmälan till inspektionen för vård och omsorg (IVO) har gjorts. I båda fallen bedömde inspektionen för vård och omsorg (IVO) att utredningen av det rapporterade missförhållandet var tillräcklig.

Av de 85 lex Sarah rapporter som gjordes under 2015 kom 56 rapporter (65,9%) från omsorgsnämndens verksamheter och 29 rapporter (34,1%) från humanistiska nämndens verksamheter.

Det är möjligt att humanistiska nämndens verksamheter kommer att fortsätta öka sin andel av lex Sarah rapporteringarna³⁵. Det är också möjligt att antalet lex Sarah rapporteringar kommer fortsätta att öka då det arbetssätt som införts under 2015 ger snabbare återkoppling till enhetschef. Arbetet med uppföljningar uppmuntrar ytterligare till att fler rapporteringar görs.

Inkomna lex Sarah ärenden kategoriseras utifrån typ av missförhållande och exempel på detta är:

- Våld eller övergrepp:
 - Har förekommit inom särskilt boende:
 - Mellan personer med demenssjukdom.
 - Har förekommit inom socialt stöd/social utredning:

³⁴ Enligt "Modell för risk- och händelseanalys. Systematiskt förbättringsarbete inom individ- och familjeomsorg (SKL)".

³⁵ Detta kan jämföras med 2013 då 9 (23,7 %) lex Sarah rapporter för humanistiska nämndens verksamheter och 29 (76,3 %) lex Sarah rapporter för omsorgsnämndens verksamheter, och 2014 då 60 rapporter (70,6 %) från omsorgsnämndens verksamheter och 25 rapporter (29,4 %) från humanistiska nämndens verksamheter.

- Mellan personer på boenden.
- Ekonomiska oegentligheter:
 - Två rapporteringar under 2015 har angetts gälla ekonomiska oegentligheter. Fem inkomna rapporteringar gäller försvunna läkemedel, en gäller ett försvunnet guldhalsband och en gäller stöld av DVD-filmer.
- Brister i samband med handläggning av ett ärende:
 - Majoriteten av rapporteringarna rör väntetider. En del rapporteringar avser missförhållanden där rutiner inte har följts under utredningens gång.

4.2.7.6.2 Risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) (MAS)

I bilagan *Patientsäkerhetsberättelse 2015 Vårdförvaltningen Örnsköldsviks kommun* finns information om rapportering av risk för vårdskador/vårdskador.

4.2.7.7 Förbättringsarbete

Andelen enhetschefer som använder identifierade risker, brister i verksamheten som upptäckts vid egenkontroll, avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter för att systematiskt förbättra sin verksamhet har ökat från 81,9 % till 84,2 % (se tabblån i avsnitt 4.2.7.1²⁶).

4.2.7.8 Förutsättningarna för att bedriva systematiskt förbättringsarbete

Under hösten 2015 har kommunens webbstöd Stratsys utvecklats till att omfatta ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) enligt SOSFS 2011:9. Eftersom Stratsys är myndighetsindelad håller ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) per nämnd på att utvecklas i Stratsys.

4.2.8 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

4.2.8.1 Förutsättning för och resultat av förbättringsarbete

Nedan framgår avdelningarnas resultat för hållbart medarbetarengagemang (HME) indexen som används för att följa upp ledarengagemang (styrning³⁶, ledarskap³⁷) respektive medarbetarengagemang (motivation³⁸).

³⁶ Baseras på medarbetarenkätfrågorna:

- Jag är insatt i min arbetsplats mål.
- Min arbetsplats mål följs upp och utvärderas på ett bra sätt.
- Jag vet vad som förväntas av mig i mitt arbete.

³⁷ Baseras på medarbetarenkätfrågorna:

- Min närmaste chef visar uppskattning för mina arbetsprestationer.
- Min närmaste chef visar förtroende för mig som medarbetare.
- Min närmaste chef ger mig förutsättningar att ta ansvar i mitt arbete.

³⁸ Baseras på medarbetarenkätfrågorna:

- Mitt arbete känns meningsfullt.
- Jag lär nytt och utvecklas i mitt dagliga arbete.
- Jag ser fram emot att gå till arbetet.

Hållbart medarbetarengagemang (HME)	År	Socialt stöd	Social utredning	Arbetsmarknad/integration	LSS verksamhet	Ordinärt boende	Särskilt boende	Utveckling/intern stöd	Förvaltningen
Ledarengagemang									
HME - styrning	2013	3,99	3,57	3,94	-	4,01	4,19	3,92	4,12
	2014	4,1	3,44	4,11	4,13	4	4,18	4,15	4,1
	2015	3,97	3,76	4,39	4,17	4,09	4,21	3,99	4,14
HME - ledarskap	2013	4	3,63	3,75	-	3,96	3,98	4,15	3,95
	2014	4,18	3,68	3,85	3,97	3,9	3,92	4,21	3,93
	2015	4,26	3,92	4,38	4,05	4,15	4,03	4,17	4,08
Medarbetarengagemang									
HME - motivation	2013	4,32	3,99	4,15	-	4,01	4,07	4,02	4,07
	2014	4,36	3,98	4,22	4,01	4,06	4	4,19	4,04
	2015	4,34	3,98	4,43	4,04	4,15	4,09	4,19	4,11

4.2.8.2 LEAN-inspirerat förbättringsarbete

Alla chefer gick under 2014 och början av 2015 kommunens LEAN utbildningen i vilken det ingick att driva ett LEAN-arbete. Av tablån nedan framgår att andelen enhetschefer inom avdelningarna skiljer sig ifråga om de bedriver LEAN-inspirerat förbättringsarbete i sin verksamhet.

LEAN-inspirerat förbättringsarbete	Socialt stöd	Social utredning	Arbetsmarknad/integration	LSS verksamhet	Ordinärt boende	Särskilt boende	Utveckling/intern stöd	Förvaltningen
Andel (%) enheter	60	25	100	28,6	55	76	100	58,3
Betyg 2014¹⁷:	3	2	5	2	3	4	5	3
	50	100	100	42,9	73,9	88	100	73,7
Betyg 2015¹⁷:	3	5	5	3	4	5	5	4

4.2.8.3 Kvalitetsredogörelser

Under året har kvalitetsredogörelsen för avdelningen ordinärt boende uppdaterats (Kvalitetsredogörelse Avdelningen Ordinärt boende, daterad 2015-02-27) och en kvalitetsredogörelse för avdelningen särskilt boende sammanställts (Kvalitetsredogörelse Avdelningen Särskilt boende, daterad 2015-04-28).

Kvalitetsredogörelsens syfte är att bland annat:

- Synliggöra avdelningens systematiska kvalitetsarbete.
- Underlätta för avdelningschefen att säkra verksamhetens kvalitet.

Kvalitetsredogörelsen ger en övergripande bild av avdelningens:

- Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Arbete med ständiga förbättringar av verksamheten.
- Resultat av verksamhetens förbättringsarbete (med utgångspunkt i nämndernas mått och den öppna jämförelsen).

- Förbättringsområden (som ska ingå i verksamhetsplaneringen).

4.3 För att underlätta människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv

4.3.1 Förebyggande arbete, SoL området och LSS området

4.3.1.1 Utveckling av huvudprocesser 2015

Huvudprocesser som det arbetas systematiskt med och/eller har utvecklats under året framgår av tabell nedan. I de fall processansvariga har utsetts framgår det av parenteserna i anslutning till respektive process.

Huvudprocess (processansvarig i parentes)	Söka och få information	Förebygga behov av insats	Anmäla och/eller ansöka om insats	Utreda behov och fatta beslut	Planera insats	Genomföra insatser	Följa upp insats	Avsluta insats	Avsluta relation
Placeringsprocessen ³⁹ (verksamhetsutvecklare IFO)				X	X	X	X	X	X
Utredningsprocessen gällande placeringar ³⁹ (verksamhetsutvecklare IFO)		X		X	X	X	X	X	X
Försörjningsstödsprocessen				X	X	X	X	X	X
Insats kontaktperson SoL ⁴⁰				X	X	X	X	X	X
Utredningshemtjänst				X	X	X	X	X	X
Individuella beslut SoL				X		X			
Genomförandeplaneringsprocessen (SAS)					X	X	X	X	
Ensamkommande barn				X	X	X	X	X	X
Korttidsvistelse (för till exempel äldre)				X	X	X	X	X	X
Samverkan med kvinnojouren		X	X	X	X	X	X	X	X

4.3.1.2 Andel aktuella genomförandeplaner

Ett mått kopplat till genomförandeplaneringsprocessen som följs upp per tertiäl är andel (%) aktuella genomförandeplaner. Som framgår nedan skiljer sig andelen åt mellan avdelningarna. Avdelningarna socialt stöd och social utredning har valt att inte delta i mätningen under året.

Aktuella genomförandeplaner	Socialt stöd	Social utredning	Arbetsmarknad/integration	LSS verksamhet	Ordinärt boende	Särskilt boende	Förvaltningen
Andel (%) tertiäl 1 (januari – april)	-	-	96,2	86,4	65,1	83,9	-
Andel (%) tertiäl 2 (maj – juli)	-	-	100	82,5	61,8	93,4	-
Andel (%) tertiäl 3 (augusti – december)	-	-	97,9	83,1	64,9	86,8	75,2
Betyg 2014¹⁷:	-	-	5	4	3	5	4
Andel (%) tertiäl 1 (januari – april)	84,5	15,8	97,6	84,9	70,8	91,3	80
Andel (%) tertiäl 2 (maj – juli)	74,9	60	96	83,1	81,2	92,7	84,7
Andel (%) tertiäl 3 (augusti – december)	80	50	96,4	84,4	74,1	90,2	80,7
Betyg 2015¹⁷:	4	3	5	4	4	5	4

³⁹ Placeringar i HVB- och familjehem, barn och unga upp till 20 år.

⁴⁰ Försörjningsstödsenheten. Processen omfattar utredning och beslut, genomförande samt uppföljning.

4.3.2 HSL området

Processer inom HSL område som det arbetas systematiskt med och som det utsetts processansvariga för (se funktionen i respektive parentes) under året är (se bilagan *Patientsäkerhetsberättelse Valfärdsförvaltningen Örnsköldsviks kommun 2015* för mer information):

- Vårdpreventiva processen (HSL) (MAS).
- Delegeringsprocessen (HSL) (MAS).
- Läkemedelsprocessen (HSL) (MAS).
- Egenvårdsprocessen (HSL) (MAS).
- Dokumentationsprocessen (HSL) (MAS).
- Forskrivningsprocessen (HSL) (MAR).
- Rehabprocessen (HSL) (MAR).
- Hjälpmedelsprocessen (HSL) (MAR).
- Demensprocessen (HSL) (avdelningschef särskilt boende).
- Palliativa processen (HSL) (avdelningschef särskilt boende, avdelningschef ordinärt boende).

4.4 Stödprocesser

Stödprocesser som det arbetas systematiskt med och som det har utsetts processansvariga (se funktionen i respektive parentes) med mera för under året är:

- Återsökning migrationsmedel (migrations- och avtalshandläggare).
- Socialutskottets administration (nämndsekreterare/ekonomiassistent).
- Avgiftshandläggning enligt SoL och LSS (Avgiftshandläggare).
- Rekrytering av familjehem (verksamhetsutvecklare IFO).
- Matchningsprocessen gällande placeringar⁴⁷ (verksamhetsutvecklare IFO).

5. Förutsättningar för samverkan

För att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten, som framgår av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete⁴¹, behövs aktuella överenskommelser om samverkan⁴². Nedan framgår inom vilka områden, av dem som följs upp årligen via Socialstyrelsens öppna jämförelser, det finns aktuella överenskommelser.

Aktuell överenskommelse om samverkan fördelat på område	Ja ⁴³	Nej	Andel (%) aktuella överenskommelser inom respektive område 2014	Ja ⁴⁴	Nej	Andel (%) aktuella överenskommelser inom respektive område 2015
Sociala barn – och ungdomsvården			0 (0 av 2)			100 (2 av 2)
Om samverkan med förskola		x		x		
Om samverkan med skola		x		x		

⁴¹ SOSFS 2011:9, 4 kap. 5 § - 6 §.

⁴² Som definierar samverkanskrav, beskriver hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten och beskriver hur samverkan möjliggörs med andra verksamheter och med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

⁴³ Finns enligt 2014 års öppna jämförelser, Socialstyrelsen.

⁴⁴ Finns enligt 2014 års öppna jämförelser, Socialstyrelsen.

Aktuell överenskommelse om samverkan fördelat på område	Ja ⁴³	Nej	Andel (%) aktuella överenskommelser inom respektive område 2014	Ja ⁴³	Nej	Andel (%) aktuella överenskommelser inom respektive område 2015
Stöd till brottsoffer			0 (0 av 2)			100 (2 av 2)
Mellan barn- och ungdomsverksamheten och skola		x		x		
Mellan barn- och ungdomsverksamheten och förskola		x		x		
Sociala barn- och ungdomsvården			12,5 (1 av 8)			87,5 (7 av 8)
Om samverkan med tandvård		x			x	
Om samverkan med mödravård		x		x		
Om samverkan med barnhälsovård		x		x		
Om samverkan med primärvård		x		x		
Om samverkan med barn- och ungdomspsykiatri		x		x		
Om samverkan med barn- och ungdomsmedicin		x		x		
Om samverkan med barn- och ungdomshabilitering		x		x		
Om samverkan med polis	x			x		
Missbruks- och beroendevård			100 (1 av 1)			100 (1 av 1)
Om samarbete med landsting	x			x		
Stöd till brottsoffer			14,3 (1 av 7)			14,3 (1 av 7)
Mellan barn- och ungdomsverksamheten och polisen	x				x	
Mellan barn- och ungdomsverksamheten och BUP		x			x	
Mellan utredning våldsutsatta vuxna och polis		x			x	
Mellan utredning våldsutsatta vuxna och vuxenpsykiatri		x			x	
Mellan utredning våldsutsatta vuxna och primärvården		x			x	
Mellan utredning våldsutsatta vuxna och ungdomsmottagning		x			x	
Mellan utredning våldsutsatta vuxna och kvinnojour		x		x		
Hemlöshet och utestängning från arbetsmarknaden			50 (1 av 2)			0 (0 av 2)
Om samverkan med bostadsföretag/hyresvärdar på övergripande nivå		x			x	
Om samverkan med frivilligorganisationer	x				x	
Stöd till personer med funktionsnedsättning			33,3 (2 av 6)			50 (3 av 6)
För samverkan med: Arbetsförmedlingen		x		x		
För samverkan med: Försäkringskassan	x			x		
För samverkan med: Landstingets barnhabilitering		x			x	
För samverkan med: Landstingets vuxenhabilitering		x			x	
För samverkan med: Landstingets barnpsykiatri	x				x	
För samverkan med: Landstingets vuxenpsykiatri		x		x		

Aktuell överenskommelse om samverkan fördelat på område	Ja ⁴³	Nej	Andel (%) aktuella överenskommelser inom respektive område 2014	Ja ⁴³	Nej	Andel (%) aktuella överenskommelser inom respektive område 2015
Ekonomiskt bistånd			75 (3 av 4)			50 (2 av 4)
Med Arbetsförmedlingen		x		x		
Med Försäkringskassan	x			x		
Med primärvården	x				x	
Med öppenpsykiatri	x				x	

6. Utvecklingsbehov

6.1 Processer som behöver utvecklas för att säkra verksamhetens kvalitet

Med utgångspunkt i en analys av innehållet inklusive resultaten som presenteras i denna kvalitetsberättelse har följande sex processer⁴⁵, som behöver utvecklas för att säkra verksamhetens kvalitet, identifierats (koppling till mätbara effekter i parentes):

- Genomförandeplaneringsprocessen (delaktighet och inflytande, aktuella genomförandeplaner, möjlighet att påverka tider, ökat ledarengagemang, ökat medarbetarengagemang).
- Personalplaneringsprocessen (personkontinuitet).
- Värdegrundsarbete (bemötande, tillgänglighet, trygghet).
- LEAN-inspirerat förbättringsarbete (resurser frigörs för ständigt förbättringsarbete, ökat ledarengagemang, ökat medarbetarengagemang).
- Systematiskt förbättringsarbete (ökat ledarengagemang, ökat medarbetarengagemang).
- Kompetensförsörjningsprocessen (ökat ledarengagemang, ökat medarbetarengagemang).

6.2 Genomförandeplaneringsprocessen

Arbetet i genomförandeplaneringsprocessen behöver kvalitetssäkras för att säkra verksamhetens kvalitet. Detta görs i och med att planerade aktiviteter i avsnittet 3.5.4 *Genomförandeplaneringsprocessen* i ”Strategisk plan för kvalitetsutveckling inom välfärdsförvaltningen 2015-2018” genomförs. Arbete med rätt saker på rätt sätt i genomförandeplaneringsprocessen medför exempelvis:

- Ökad upplevelse av delaktighet och inflytande för klienten/brukaren.
- Ökad andel aktuella genomförandeplaner.
- Ökad möjlighet att påverka tider.
- Ökat ledarengagemang⁴⁶.
- Ökat medarbetarengagemang.

6.3 Personalplaneringsprocessen

Personalplaneringsprocessen behöver kvalitetssäkras för att säkra verksamhetens kvalitet. Detta görs i och med att planerade aktiviteter i avsnittet 5.2.2

⁴⁵ Dessa ingick även i *Välfärdsförvaltningens kvalitetsberättelse 2014*.

⁴⁶ Genom till exempel utförandet av egenkontroller (med stöd av *frågeformulär 1* och *frågeformulär 2*) och löpande uppföljningar av den egna verksamhetens andel aktuella genomförandeplaner.

Personalplanering⁴⁷ i ”Strategisk plan för kvalitetsutveckling inom välfärdsförvaltningen 2015-2018” genomförs. Arbete med rätt saker på rätt sätt i personalplaneringsprocessen medför exempelvis:

- Ökad kontinuitet i insatsernas utförande (genom att färre vårdare som besöker den enskilde).

6.4 Värdegrundsarbetet

Alla har ansvar för kvalitet och ett sätt att säkra verksamhet med god kvalitet är att arbeta med värdegrundsarbete. Det ska ingå som en naturlig del i alla verksamheter inom äldreomsorgen. *SOSFS 2012:3 (S) Allmänna råd. Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre* ger en god inblick i vad arbetet omfattar. Värdegrundsarbetet behöver implementeras, följas upp och utvärderas löpande samt utvecklas tills det är ett väl fungerande och ständigt pågående arbete i alla verksamheter. Värdegrundsarbete skapar förutsättningar för exempelvis:

- Ökad upplevelse av gott bemötande.
- Ökad upplevelse av tillgänglighet.
- Ökad upplevelse av trygghet.

6.5 LEAN-inspirerat förbättringsarbete

”Vi gör rätt saker på rätt sätt för dem som verksamheten är till för” är ett av nämndernas mål 2015 och det faktum att alla verksamheter ska arbeta med LEAN-inspirerat förbättringsarbete ligger väl i linje med detta mål. Att endast 73,7 procent av enhetscheferna vid årets slut arbetar med LEAN-inspirerat förbättringsarbete tyder på att det finns möjligheter i verksamheten att exempelvis:

- Frigöra resurser (tid, kompetens, pengar) till förmån för att bedriva systematiskt förbättringsarbete.
- Öka ledarengagemanget.
- Öka medarbetarengagemanget.

6.6 Systematiskt förbättringsarbete

Även det systematiska förbättringsarbetet behöver ingå som en naturlig del i alla verksamheters arbete. Det gör det inte idag (se avsnitt 4.2.7 Systematiskt förbättringsarbete). *SOSFS 2011:9 (M och S) Föreskrifter och allmänna råd. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* ger en god inblick i vad arbetet omfattar. Egenkontroll⁴⁸ är ett utvecklingsområde, i det systematiska förbättringsarbetet, som alla verksamheter behöver arbeta med för att säkra verksamhetens kvalitet. Arbete med egenkontroll skapar också förutsättningar för exempelvis:

- Ökat ledarengagemang.
- Ökat medarbetarengagemang.

⁴⁷ Med personalplanering avses, i detta sammanhang, planering av personal i verksamheten (med stöd av planeringssystemet Lapscare).

⁴⁸ ”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).

Utvecklingen av de nämndspecifika ledningssystemen för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) i Stratsys, som baseras på kraven i SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, kommer att underlätta systematiskt förbättringsarbete i alla verksamheter.

6.7 Kompetensförsörjningsprocessen

Processen för kompetensförsörjning inklusive kompetensutveckling behöver kvalitetssäkras för att säkerställa att personalen har grundläggande kunskaper och förmågor samt att de vid behov får fortbildning i syfte att upprätthålla dessa kunskaper och förmågor. Av ”*Strategisk plan för kvalitetsutveckling inom välfärdförvaltningen 2015-2018*” framgår att det ska arbetas fram en strategisk plan för välfärdförvaltningens kompetensförsörjning och det arbetet har pågått under 2015.

Bilaga

- Patientsäkerhetsberättelse Välfärdförvaltningen Örnsköldsviks kommun 2015 (2015-02-24).