

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021

Arbetslivsnämnden

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Begreppsdefinitioner	3
3 Förkortningar	4
4 Struktur	4
4.1 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet	4
4.2 Övergripande mål och strategier	4
4.3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet	5
5 Process - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet	6
5.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits	6
5.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg	7
5.3 Riskanalys.....	7
5.4 Informationssäkerhet.....	7
5.5 Synpunkter och klagomål	8
5.6 Avvikelser på individnivå	8
5.7 Lex Maria.....	8
5.8 Lex Sarah	8
5.9 Egenkontroll	9
6 Resultat och analys	9
6.1 Riskanalys	9
6.2 Synpunkter och klagomål	9
6.3 Avvikelser på individnivå	10
6.4 Lex Maria.....	10
6.5 Lex Sarah.....	10
6.6 Egenkontroll	11
7 Mål och aktiviteter för kommande år	11

Bilagor

Bilaga 1: bilaga 1

1 Sammanfattning

Försörjningsenheten och Relationsvårdsenheten arbetar systematiskt med att bibehålla och utveckla verksamheternas kvalitet genom löpande arbete med rutiner och interna riktlinjer.

Försörjningsenheten

Arbete kring digitalisering och förbättrad tillgänglighet genom ”Mina sidor” har pågått under några år. Under 2021 har alla klienter fått information kring och möjligheten att använda digitala ansökningar. Idag ansöker ca 20 % av klienterna digitalt och målsättningen är att 70 % ska ansöka digitalt.

Försörjningsenheten har fortsatt sitt arbete med att minska antalet bidragshushåll som innehåller barn. Detta genom att kartlägga vilka insatser som behövs för att de individer som ingår i familjerna ska komma vidare till arbete eller studier. Detta är ett arbete som kommer att fortsätta även under 2022. Under sommaren 2021 ökade antalet barnfamiljer som var i behov av försörjningsstöd, troligen var detta kopplat till pandemin. Under hösten sjönk sedan antalet igen. Andelen barn som lever i hushåll som inte har ekonomiskt bistånd har under 2021 legat mellan 98,2 % och 98,7 %.

En stor satsning under 2021 var att minska antalet unga som uppstår försörjningsstöd. Detta arbete har skett genom att socialsekreterarna haft färre klienter som de haft mycket och tät kontakt med. I detta arbete har även ett tätt samarbete med Jobb Borås varit viktigt. Under 2021 har antalet klienter i denna grupp minskat från 210 till 160.

Antalet hushåll med långvarigt biståndsberoende har ökat under 2021 från 409 under januari till 441 hushåll under december.

Relationsvårdsenheten

Relationsvårdsenheten har fortsatt sitt arbete med att öka tillgängligheten för sina klienter. Alla som sökt akut har fått en tid samma dag och i de fall där det inte bedömts som akut har det i de flesta fall fått en tid inom en vecka.

Relationsvårdsenheten har under 2021 erbjudit utbildningar för yrkesgrupper som möter hedersutsatta. Ett flertal utbildningar har genomförts och totalt har ett hundratal personer gått dessa utbildningar. De yrkesgrupper som gått utbildningarna är bland annat rektorer från grundskolan och förskolan samt fritidspersonal.

Informationsmaterial på olika språk har tagits fram under 2021 och finns nu tillgängligt på bland annat skolor, mötesplatser, bibliotek och inom socialtjänsten.

2 Begreppsdefinitioner

- Brukare/klient – enskild med beslutad insats enligt SoL och/eller LSS
- Egenkontroll - systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.
- Kvalitet - 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.
- Ledningssystem - System för att fastställa principer för ledning av verksamheten.
- Sociala klustret – ett samlingsbegrepp för Arbetslivsförvaltningen, Individ och familjeomsorgen, Sociala omsorgsförvaltningen samt Vård- och äldreomsorgen i Borås stad
- Stöd-användare - medarbetare med uppdrag att stödja och hjälpa kollegor kring dokumentation i Viva

3 Förkortningar

ALF - Arbetslivsförvaltningen
HSL - Hälso- och sjukvårdslagen
IFO - Individ och familjeomsorgen
IVO - Inspektionen för vård- och omsorg
KKiK - Kommunens Kvalitet i Korthet
LOV - Lagen om valfrihet
LOU - Lagen om offentlig upphandling
LSS- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
MAS - Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR - Medicinskt ansvarig för rehabilitering
SAS - Socialt ansvarig samordnare
SFS - Svensk författningssamling
SKR - Sveriges kommuner och regioner
SoL - Socialtjänstlagen
SOSFS - Socialstyrelsens författningssamling
VGR - Västra Götalandsregionen
Viva - Verksamhetssystem för dokumentation

4 Struktur

4.1 Förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska 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, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år

4.2 Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Verksamheternas ledningsgrupper arbetar löpande med att utveckla och revidera rutiner och arbetsätt för att säkerställa att alla som ansöker om ekonomiskt bistånd och andra biståndsprovade insatser som förvaltningen ansvarar för får en rättssäker handläggning. Vem som får fatta vilka beslut styrs av delegationsordningen. Rutinerna bygger i första hand på socialtjänstlagen, allmänna föreskrifter, socialstyrelsens handbok för ekonomiskt bistånd samt vägledande domar från kammarrätt och högsta förvaltningsdomstolen.

Utvecklad samverkan genom långsiktiga och hållbara samverkanstrukturer är nödvändigt för att förändra och förbättra förhållandena för den enskilde. Verksamheterna arbetar löpande för att utveckla samverkan med såväl interna och externa aktörer.

Arbetslivsnämnden arbetar löpande för att klienter som kommer i kontakt med verksamheten ska få

tydlig information och ett gott bemötande av all personal.

4.3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Nämnd

Nämnden är vårdgivare och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och ytterst för verksamhetens kvalitet.

Förvaltningschef

Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar för att innehållet i ledningssystemet är ändamålsenligt och för att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs. Förvaltningschefen ansvarar också för att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

Verksamhetschef enligt HSL

Ledningen inom hälso- och sjukvård ska enligt lag vara organiserad så att det säkerställs hög patientsäkerhet och god kvalitet. I varje nämnd ska det beslutas vem som har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten och är ansvarig verksamhetschef enligt HSL.

Verksamhetschef/Enhetschef

Verksamhetschef/Enhetschef ansvarar för inom sitt verksamhetsområde att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. De ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt dokumentera kvalitetsarbetet.

Medarbetarna

Alla medarbetare ska vara delaktig i kvalitetsarbetet och på enhetsnivå kan arbetsplatsträffar vara forum för kvalitetsfrågor.

Chef för kvalitets- och utvecklingsfunktioner

Chefer för kvalitet- och utvecklingsenheter har ansvar för att samordna och organisera kvalitetsarbetet inom förvaltningen.

MAS/MAR

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering arbetar övergripande med hälso- och sjukvårdsfrågor i Borås Stad. Ansvaret är lagstyrkt för att patienterna ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår kvalitetssäkring av hälso- och sjukvårdens processer, rutiner samt uppföljning och utvärdering av patientsäkerhet och vårdkvalitet. MAS och MAR utreder och anmäler ärenden enligt lex Maria.

SAS

Socialt ansvarig samordnare har till uppgift att utveckla, säkra och följa upp delar av det systematiska kvalitetsarbetet samt utöva kvalitetsgranskningar i verksamheten. SAS kvalitetssäkrar verksamheternas rutiner och processer samt initierar behov av förändring. Vidare bedriver SAS omvärlds- och lagkravsbevakning. Huvuduppdraget för SAS är att utreda inkomna lex Sarah rapporter och på delegation av nämnden anmäla allvarliga missförhållanden till IVO.

5 Process - Åtgärder för att säkerställa verksamhetens kvalitet

5.1 Hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har bedrivits

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

I enlighet med *SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2* ska varje vårdgivare beskriva hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår i en patientsäkerhetsberättelse. Där ska framgå vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten. I *SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§* framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ansvarar för att upprätta ett ledningssystem, som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Arbetslivsförvaltningen arbetade under 2017 och 2018 med att ta fram ett kvalitetsledningssystem i enlighet med *SOSFS 2011:9*.

Alla kartlagda processer finns idag dokumenterade i processledningssystemet Canea. Detta har lett till en bättre överskådlighet och kontroll över verksamhetens rutiner. Löpande översyn av befintliga processer och rutiner sker löpande under året.

Förvaltningen har idag tre legitimerade arbetsterapeuter med uppdrag att utreda och bedöma arbetsförmåga hos deltagare på Återbruk.

Arbetsterapeuterna har tillgång till verksamhetssystem Viva för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Slumpmässiga journaler har granskats av MAR och dokumentationen är god.

Det finns utsedda stöd-användare för legitimerad personal som har i uppdrag att stödja och hjälpa kollegor kring dokumentation i Viva. Dessa finns i Vård- och äldreförvaltningen samt Sociala omsorgsförvaltningen. Då detta är en ny verksamhet i Arbetslivsförvaltningen har de legitimerade med stöd av MAR och IT -vård och omsorg introducerats i verksamhetssystemet.

5.1.1 Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

För att få en tydlig struktur över uppföljning och utvärdering utgår verksamheten från processkartan för egenkontroll.



Uppföljning och utvärdering utgår i huvudsak ifrån verksamhetsplan, resultat från egenkontroll, verksamhetsbesök från MAS/MAR/SAS, inkomna synpunkter, rapporterade avvikelser samt Lex Maria och Lex Sarah.

5.2 Samverkan för trygg och säker vård och omsorg

5.2.1 Samverkan med externa aktörer

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Samverkan mellan VGR och kommunerna i regionen regleras i hälso- och sjukvårdvårdsavtalet. Delregional styrning sker via Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Det finns även lokala överenskommelser till exempel mellan Borås Stad och primärvården.

5.2.2 Samverkan mellan interna aktörer

För att upprätthålla en god arbetsmiljö och en säker arbetsplats fri från hot och våld har förvaltningen ett samarbete med CKS. Innehållet är kompetensutveckling samt stöd i vissa situationer.

5.2.3 Samverkan med den enskilde och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan innebär att den enskilde ska beredas möjlighet till delaktighet i och inflytande över sin vårdplanering, genomförandeplan och uppföljning av avvikelser samt möjlighet att bli hörd vid utredning av Lex Maria och Lex Sarah.

5.3 Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Förvaltningen bedömer fortlöpande om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska verksamheten uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

5.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Förvaltningen har under året fortsatt arbeta centralt med informationssäkerhet. Det har tagits fram en informationssäkerhetspolicy och startats upp nano-utbildningar inom informationssäkerhet. Utbildningarna som genomförs digitalt skickas ut till samtliga anställda inom Borås Stad. Det har köpts in ytterligare verktyg/system för att på ett systematiskt och strukturerat sätt arbeta med informationssäkerheten i hela staden. Exempel på detta är informationssäkerhetsmodulen i systemet Stratsys där informationssäkerhetsarbetet kopplas samman med förvaltningsplanerna.

Arbetet med pullprint-skrivare har påbörjats vilket innebär att den anställde inte skriver ut på en specifik skrivare utan istället går till valfri skrivare och först då väljer att skriva ut dokumentation via sitt tjänstekort, risken att skriva ut på fel skrivare försvinner.

Förvaltningen har ur ett informationssäkerhetsperspektiv, infört mer strikta kriterier för genomförande av registervård i verksamhetssystemen. Detta för att minimera risken att användare delvis har kvar

behörigheter som dom inte behöver.

Den reservlösning som finns för förvaltningens journalsystem testas flera gånger årligen av personal på IT-Vård och Omsorg och används även vid uppdateringar av systemet för att kunna läsa dokumentation. Detta medför att reservlösningen även testas av verksamheten själva i en situation som kan jämföras med ett "skarpt läge".

Arbetet fortsätter med att ta ut och granska loggar i förvaltningens system samt årligen reviderar de sekretessgränser som finns.

MAS, MAR och SAS har i samband verksamhetstillsyner och vid utredningar granskat journaler. En strukturerad granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring samt granskning av ärenden i SAMSA har även gjorts av MAS och MAR

5.5 Synpunkter och klagomål

Varje synpunkt utreds och följs upp av ansvarig chef. Synpunkter följs också kontinuerligt upp på olika nivåer i organisationen. Till exempel på verksamhetsledning, arbetsplatsträffar samt av MAS/MAR/SAS i syfte att lära av varandra och att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt. Rapporterade synpunkter sammanställs och analyseras en gång i halvåret. Med utgångspunkt från analysen identifierar verksamheterna riskområden och handlingsplaner upprättas.

5.6 Avvikelse på individnivå

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 3-8 §

Förvaltningen arbetar enligt Borås Stads rutiner för synpunktshantering samt process för avvikelshantering enligt HSL, SoL och LSS.

Varje enskild avvikelse utreds och följs upp av ansvarig chef. Avvikelse följs också kontinuerligt upp på olika nivåer i organisationen. Till exempel på verksamhetsledning, arbetsplatsträffar samt av MAR/SAS i syfte att lära av varandra och att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt. Rapporterade avvikelser sammanställs och analyseras en gång i halvåret. Med utgångspunkt från analysen identifierar verksamheterna riskområden och handlingsplaner upprättas.

5.7 Lex Maria

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO. Händelserna utreds av MAS/MAR som också bedömer om en anmälan ska göras. IVO säkerställer att utredningen är fullständig och att de eventuella åtgärder och förändringar i verksamheten som vårdgivaren vidtagit är adekvata.

5.8 Lex Sarah

14 kap. 3-6 §§ SoL, SOSFS 2011:5

Var och en som är verksam inom berörda verksamheter utifrån SoL och LSS omfattas av skyldigheten att rapportera händelse som orsakar risk för missförhållande eller missförhållande enligt gällande lagstiftning. Dessa händelser utreds av SAS som föreslår åtgärder som bör tas fram för att säkerställa att

missförhållandet inte kan hända igen. Vid allvarlig risk för missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande gör SAS anmälan till IVO på delegation av nämnden.

5.9 Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Försörjningsenheten arbetar löpande med egenkontroller i form av stickprov på handläggarnas underlag till beslut.

- Kontroller görs dagligen vid ”släpp” av pengar, cirka var tionde utbetalning kontrolleras.
- En gång per halvår väljer 1:e socialsekreterare ut två ärenden per socialsekreterare för en djupare kontroll. Varje ärende kontrolleras tre månader bakåt och följande poster granskas:
 - Ekonomi – beräkning
 - Dokumentation – utredning & journalanteckning
 - Individuell planering – finns det?
 - Barnperspektiv, kvinnofrid, sekretessmarkering
 - Bedömning/motivering
 - Kommunikering
 - Beslut
 - Delgivning
 - Överklagan
 - Årshjulet - 1 år
 - Insatser
- Öppna jämförelser
- Kommunens kvalitet i korthet
- Brukarundersökning IFO
- Jämförelser med andra kommuner

6 Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

6.1 Riskanalys

Arbetslivsnämnden har inte genomfört några riskanalyser under 2021.

6.2 Synpunkter och klagomål

Synpunkter

Under 2021 har Arbetslivsnämnden mottagit 12 synpunkter. Av de framförda synpunkterna var nio klagomål, två förslag och en fråga. Klagomålen var kopplade till Jobb Borås samt IFO Försörjningsstöd.

Domar

Under år 2021 har det fram till 30 december inkommit 208 domar från Förvaltningsrätten som avser överklagade beslut om ekonomiskt bistånd.

Av de totalt inkomna 208 domarna har Förvaltningsrätten i 173 stycken fall avslagit klientens överklagan och gått på Arbetslivsnämndens linje.

20 stycken domar som inkommit från Förvaltningsrätten har återförvisats till nämnden för ny prövning. I tre av dessa ärenden har nämnden begärt och beviljats prövningstillstånd i Kammarrätten. Kammarrätten har i ett av dessa ärenden upphävt Förvaltningsrättens dom och gett Arbetslivsnämnden bifall på sin överklagan. Övriga två ärenden är ännu inte avgjorda i Kammarrätten.

I 15 fall har Förvaltningsrätten bifallit klientens överklagan. Fyra av dessa domar har nämnden överklagat till Kammarrätten där prövningstillstånd beviljats. Tre av dessa ärenden är under rättslig prövning och i ett fall har Kammarrätten fastställt Förvaltningsrättens dom.

Under år 2021 har det inkommit totalt sju domar från Kammarrätten. Fem av dessa domar avser beslut som överklagades år 2020 och av dessa har nämnden fått rätt i fyra fall. Kammarrätten har även gått på nämndens linje i ett ärende som överklagats under år 2021. I ett ärende som överklagats till Kammarrätten under år 2021 har klienten fått bifall på sin överklagan.

Felaktiga utbetalningar

Under år 2021 har totalt 43 stycken anmälningar inkommit fram till 22 december. Alla årets inkomna anmälningar är färdigutredda förutom ett ärende som fortfarande är under handläggning. Det har under 2021 varit en prioriterad fråga för arbetsgruppen som jobbar med felaktiga utbetalningar att komma i fas med inkomna anmälningar vilket givet resultat. Det är totalt 50 stycken anmälningar som blivit utredda under år 2021 då även 8 stycken anmälningar som inkommit under år 2020 har hanterats.

6.3 Avvikelser på individnivå

Förvaltningen arbetar enligt Borås Stads rutiner för synpunktshantering, sedan våren 2021 finns ett formaliserat system för avvikelser enligt Socialtjänstlagen (SoL) i VIVA.

Arbetslivsnämnden har implementerat och utbildat personalen i avvikelserapporteringen i VIVA under våren 2021. En första uppföljning och utvärdering av detta arbete kommer att genomföras under våren 2022.

Under 2021 har totalt åtta avvikelser rapporterats och utretts.

- En bristande/felaktig insats
- En brister i intern samverkan
- En brister i följsamhet till lokala riktlinjer
- En brister i följsamhet till delegation/lokala riktlinjer
- En bristande bemötande/ fördröjd insats
- Tre annat

Resultatet av utredningarna har bland annat lett till förändringar i rutiner och information till medarbetarna för att detta ska kunna undvikas vid senare tillfällen.

6.4 Lex Maria

Arbetslivsnämnden hade inga anmälningar om Lex Maria under 2021.

6.5 Lex Sarah

Arbetslivsnämnden hade under 2021 en Lex Sarah. Utredningen visade på risk för missförhållande.

6.6 Egenkontroll

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK)

Borås stad deltar sedan flera år i kvalitetsjämförelsen KKiK. Här jämförs ett antal olika nyckeltal för olika delar av en kommuns verksamhet. De två utvecklingsnyckeltal inom ekonomiskt bistånd är väntetid från inkommen ansökan till beslut samt andelen klienter som inte återaktualiseras inom ett år efter avslutat bistånd.

Medeltalet för väntetiden var 17 dagar under 2021, under 2020 var väntetiden 18 dagar. Det finns stora variationer i väntetider mellan olika ärenden. Anledningen till att det i vissa fall varit längre väntetider beror till stor del på att de underlag som inkommit med den initiala ansökan inte varit fullständiga och det funnits behov av kompletteringar.

När det gäller ”ej återaktualiserade klienter” var andelen 79,7 % år 2021 jämfört med 76 % år 2020. Tendensen över flera års tid är att allt färre personer faller tillbaka i ett biståndsberoende efter avslutat ekonomiskt bistånd. Antalet personer som återaktualiserats 2021 var 84 och år 2020 var antalet 68 . Antalet personer som avslutades 2021 var 414 och år 2020 avslutades 283.

Brukarundersökning

Brukarundersökningen 2021 gjordes digitalt i samverkan mellan SKR och Enkätfabriken. Antal brukare som ingick i målgruppen för enkäten var 427. Totalt har 158 svar inkommit. Det innebär att svarsfrekvensen är 37 %.

En jämförelse med resultatet 2019 visar på en ökning av resultatet på fyra av sju frågor och en liten minskning på tre av frågorna. Svarsfrekvensen under 2019 var 70 % mot 37 % 2021 vilket gör att det kan vara svårt att jämföra resultaten. Under 2020 gjordes ingen brukarundersökning på grund av pandemin.

En sammanställning av resultatet presenteras i bilaga 1.

7 Mål och aktiviteter för kommande år

Försörjningsenheten har som mål under 2022:

Fortsatt arbete med digitalisering och tillgänglighet kommer ske under året. Målsättningen är att 70 % av alla klienter ska ansöka digitalt.

Försörjningsenheten kommer arbeta med att försöka minska antalet bidragshushåll som innehåller barn. Detta genom att kartlägga vilka insatser som behövs för att de individer som ingår i familjerna ska komma vidare till arbete eller studier.

Förvaltningen kommer även att arbeta med att kartlägga de klienter på försörjningsenheten som är berättigade anställningsstöd och försöka växla över så många som möjligt av dessa från bidrag till anställning.

Fortsatt fokus på unga för att i så stor utsträckning som möjligt minska denna grupp.

I alla avslagsbeslut där det finns barn ska en barnkonsekvensanalys genomföras.

Relationsvårdsenheten har som mål under 2022:

Fortsatt arbeta för att öka tillgängligheten för de klienter som söker stöd eller skydd. Alla som söker akut hjälp ska erbjudas en tid samma dag de tar kontakt. I de fall där det inte bedöms som akut ska tid erbjudas inom en vecka.

Personer som söker stöd och hjälp ska få ett samordnat stöd genom att SIP tillämpas i ärenden där fler än en verksamhet behövs för att klientens behov ska omhändertas.

Relationsvårdsenheten kommer även fortsatt att utveckla och genomföra grundutbildnings- och fortbildningsinsatser till yrkesgrupper som möter hedersutsatta.

Under 2022 kommer Relationsvårdsenheten att revidera handboken för hedersrelaterat våld och förtryck

Fortsatt utveckla tillgängligheten för att få information om hedersvåld.

I alla ärenden där barn är barn finns med ska en barnkonsekvensanalys genomföras.