

# Uppföljningsplan för kvalitet 2016

## Socialtjänsten - individ- och familjeomsorg och personer med funktionsnedsättning

De personer som kommer i kontakt med sociala tjänster har rätt till bemötande och insatser med god kvalitet. I socialtjänsten skapas kvalitet till stor del i möten mellan människor, mellan medarbetare och medborgare och i samverkan med samarbetspartners. Begreppet kvalitet är ofta kopplat till värderingar, synsätt och förhållningssätt. Vad som är kvalitet förändras över tid, bland annat när samhällets och medborgarnas behov och förväntningar förändras. Kvalitet kan därför bara förverkligas och säkras i en organisation som har förmåga att förändra sig till nya kvalitetskrav. En förtroendefull samverkan, respekt för den enskildes integritet och brukarens inflytande över det praktiska sociala arbetet är därför av stor betydelse. Mötet med socialtjänsten ska upplevas som objektivt, korrekt och professionellt samt överensstämma med aktuell lagstiftning.



God kvalitet har även en tydlig koppling till en kunskapsbaserad praktik som består av en sammanvägning av brukarens erfarenheter, de professionellas expertis och förtrogenhetskunskap samt bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap.

### Syfte

Uppföljningsplanen ska säkerställa att medborgarna får service och insatser av god kvalitet. Det ska ge även ge underlag för effektiv resursanvändning och redovisningar till medborgare, politiker och medarbetare. Kvalitetsarbetet ska ha en tydlig struktur och genom allas delaktighet skapa en lärande organisation som ger förutsättningar för förändrings- och utvecklingsarbete.

### Beskrivning

Uppföljningsplanen är en del av ledningssystemet för kvalitet som ska ge en struktur för verksamhetens ledning och styrning för att säkra kvaliteten i bemötande och insatser samt för att kontinuerligt bedriva ett förbättringsarbete. Egenkontrollerna har tagits fram utifrån riskanalyser i verksamheterna. Mätningar och kontroller är inte målet utan medlet för förbättringsarbetet. Nämnden ska årligen fastställa uppföljningsplanen för kvalitet. Enheterna ska rapportera resultaten från uppföljningsplanen vid årsredovisning eller oftare vid behov.

Diarienummer	Fastställt/senast uppdaterad	Beslutsinstans	Ansvarigt politiskt organ	Ansvarig processägare
SOCN 2016/243-750			Socialnämnd	Kvalitetsutvecklare på sociala kvalitetsenheten

## Utgångspunkter för god kvalitet

God kvalitet inom socialtjänstens verksamheter innebär att socialtjänstens insatser ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som socialtjänstlagen, lagar och föreskrifter anger samt socialnämndens mål. Alla beslut och all verksamhet ska genomsyras av visionen ”Öppenhet och mångfald” samt den grundläggande värderingen ”Vi har förtroende och respekt för människors kunskap och egna förmåga samt för deras vilja att ta ansvar.” De övergripande målen ligger till grund för socialnämndens strategiska mål, som i sin tur styr socialtjänstens verksamhet och kvalitetsarbete.

Övergripande mål	Strategiska mål för socialnämnd och äldrenämnden
God kommunal service	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medborgare ska ha en hög tillgänglighet och god service</li> <li>Utredningar och beslut ska vara korrekta, välgrundade och lätta att förstå</li> </ul>
Stor valfrihet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Öka möjligheterna för kunder att göra val</li> </ul>
God livsmiljö och långsiktigt hållbar utveckling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medborgarna ska ha kännedom och få tillgång till förebyggande och tidiga insatser</li> </ul>
Kommunal ekonomi i balans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Socialtjänsten ska verka för en effektiv användning av kommunens skattemedel</li> </ul>

Tjänsterna ska även utgå från Socialstyrelsen kvalitetskriterier:

- *Självbestämmande och integritet:* den enskilde ska vara *delaktig*, ha inflytande och ges möjlighet till egna val. *Barnperspektivet* ska beaktas utifrån att barnkonventionens principer om barnets bästa och barnets rätt att få uttrycka sina åsikter och få sin åsikt beaktad i förhållande till sin ålder och mognad, finns införda i socialtjänstlagen,
- *Helhetsyn och samordning* utgår från den enskildes samlade livssituation med samordnade insatserna som präglas av kontinuitet,
- *Trygghet och säkerhet:* tjänsterna är *rättssäkra* enligt gällande regelverk och transparanta, vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom *förebyggande arbete*,
- *Kunskapsbaserad verksamhet:* tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter tas till vara,
- *Tillgänglighet:* det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. *Information och kommunikation* är begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av *ömsesidighet och dialog*. Verksamheterna är *fysiskt tillgängliga*,
- *Effektivitet:* resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.

## Sammanfattning av enheternas uppföljningsplaner

Alla enheter inom socialtjänstens myndighet har uppföljningsplaner för kvalitet som tagits fram utifrån Nacka kommuns mål och vision samt kvalitetskriterier inom socialtjänsten. De områden som särskilt behöver säkras har genom riskanalyser tagits ut för att ingå i uppföljningsplanen. Mätmetoder har sedan utformats och tidsbestämts. För flera områden finns även förbättringsaktiviteter kopplade. Resultatet av uppföljningsplanen ska redovisas till nämnd vid årsbokslut om inte annat sägs. Medarbetare ska även löpande ta del av resultaten och ha möjlighet att reflektera kring dem på arbetsgruppsmöten och enhetsmöten.

De flesta uppföljningarna ska ske inom kvalitetsområdet ”Effektiv och rättssäker handläggning” genom åtta egenkontroller. Det gäller rättssäkerhet utifrån korrekta och välgrundade utredningar samt beslut. Utredningsförfaranden behöver genomlysas både på grund av införandet av verksamhetssystemet Combine och för att arbetet ska bli mer likartat mellan handläggare. Även på sociala kvalitetsenheten finns behov av att säkra hur arbetet med nya insatser och anordnare samt uppföljningar av insatta insatser sker så att det blir mer enhetligt.

Den årliga kollegiegranskningen om rättssäkerhet i handläggning nämns inte av alla nedan. Däremot tar två grupper upp egenkontroller där handläggare ska få frågor om handläggning och bedömningar i fingerade eller verkliga fall som arbetsgrupperna sedan reflekterade över tillsammans för att öka likheten i bedömningar mellan handläggare.

Två arbetsgrupper har lagt in arbetet med ledningssystem för kvalitet i uppföljningsplanen. Alla grupper arbetar med att vidareutveckla ledningssystem även om det inte finns med i deras uppföljningsplaner.

”Delaktighet” är ett kvalitetsområde som ingår i fyra egenkontroller. Det ingår även i kvalitetsområdet ”en kunskapsbaserad socialtjänst”. Delaktighet för kunder och brukare ska utvecklas och säkras genom egenkontrollerna. Arbetsgrupperna arbetar för att säkra att genomförandeplaner och samordnade individuella planer (SIP) görs samt att brukare och kunder är delaktiga i arbetet. Deras synpunkter och erfarenheter ska tas tillvara vid utveckling av insatser och vid uppföljning av utförare både inom individ- och familjeomsorgen och på sociala kvalitetsenheten. Metoder för detta ska tas fram och användas.

Alla enheter ska göra årliga sammanställningar inklusive analyser av synpunkter och klagomål, lex Sarah rapporter och beslut som inte är verkställda efter tre månader. Ansvariga för genomförandet är enhetschefer.

## Uppföljningsplaner med resultat

### Enheten för funktionsnedsättning

#### Delaktighet och inflytande för den enskilde - LSS

Genomförandeplanen är det dokument som redovisar hur den en insats ska genomföras. Den ska utformas tillsammans med den enskilde.

Genomförandeplanen är ett verktyg för handläggare vid uppföljning av insatsen. Det har visat sig att genomförandeplanerna inte alltid är aktuella och att den enskilde inte haft inflytande på utformningen.

Antalet aktuella genomförandeplaner.

Genomförandeplaner läggs in i Combine med början våren 2016

Rapport från verksamhetssystemet

Gruppchef

#### Definition

#### Mätmetod

#### Ansvar och stöd

#### Mättillfälle tidpunkt

Det första mättillfället är i tertialrapport två.

#### Resultat

Det är oklart när genomförandeplaner kommer att kunna dokumenteras och kontrolleras i verksamhetssystemet Combine. Manuell räkning har inte genomförts och skulle vara omöjlig att genomföra i nuläge för att få tillförlitlig underlag. Aktuell genomförandeplan ska finnas i varje enskilt ärende och rutin avseende manuell kontroll behöver tas fram.

#### Kunskapsbaserad och rättssäker handläggning

Nivåbedömningar i daglig verksamhet och bostad med särskild service enligt LSS görs enligt Södertörnsmodellen av varje handläggare. Vid nya placeringar fastställs en preliminär omsorgsnivå. Den ska följas upp och justeras efter tre månader. Nivåbedömningarna behöver säkras så att de görs på likartat sätt och överensstämmer med de enskildas faktiska behov oavsett handläggare. Antalet uppföljda nivåbedömningar behöver öka.

#### Definition

Antalet nya bedömningar av omsorgsnivåer behöver genomföras i möjlig omfattning genomföras på insatserna boende daglig verksamhet och bostad med särskild service. Handläggarna ska fastställa omsorgsnivåerna gemensamt efter mallar från Södertörnsmodellen för att gruppen ska få ett gemensamt lärande.

#### Mätmetod

Hur många nivåbedömningar som görs under 2016  
Hur många nivåbedömningar som har ändrats för att få en bild av om antalet höjningar och sänkningar av nivåbedömningar.

<b>Ansvar och stöd</b>	Gruppchef med stöd av sociala kvalitetsenheten.
<b>Mättillfälle tidpunkt</b>	Oktober och vid årsbokslut.
<b>Resultat</b>	Nivåbedömningar görs på daglig verksamhet och korttidsvård. Handläggare tar fram fem ärenden var att nivåbedöma. Alla ärende som skulle nivåbedömas har ombedömts. Sammanställning om nivåskillnader presenteras 170118.
<b>Delaktighet – socialpsykiatrin</b>	Huvudsyfte att öka brukarens inflytande och insyn i sin egen vård och behandling. En följd blir förhoppningsvis att öka och förtydliga samverkan med psykiatrisk slutenvård samt psykiatrisk öppenvård.
<b>Definition</b>	Samordnad individuell plan (SIP) ska öka brukarens delaktighet i sin egen behandling samt i de beviljade insatserna från kommunen. Planen ska tydliggöra vad som behöver göras och från vem stödet ska komma för att ge brukaren rätt behandling och insatser från samtliga vårdgivare. Detta kräver samverkan mellan kommun, landsting och Capio.
<b>Mätmetod</b>	Kolumn i lista för insatser där handläggaren antecknar datum för upprättad SIP. Antalet SIPar räknas. Stickprov på kvaliteten på SIParna genomförs av gruppchef.
<b>Ansvar och stöd</b>	Handläggare genomför och skriver i lista för insatser. Gruppchef kontrollerar och redovisar vid mättillfälle
<b>Mättillfälle tidpunkt</b>	Halvårsvis första mars samt första september.
<b>Resultat</b>	Socialpsykiatrin har 15 pågående SIPar. Det finns nu framtagna rutiner med Valfärd samhällsservice om samverkan kring SIP som börjar gälla från och med 2017.
<b>Effektiv och rättssäker handläggning - Socialpsykiatrin</b>	Fortsatt arbete med översyn av samtliga SoL ärenden. Arbetet har pågått under 2015, men behöver minst ett år till för att vi tillsammans ska hitta effektiva lösningar samt ett gemensamt synsätt och lika bedömningar i hela gruppen.
<b>Definition</b>	Uppföljning av samtliga ärenden minst en gång per år. Genomlysning av grunderna till beslutet (hämta in nya intyg om funktionsnedsättningen är tveksam eller förändrad). Utredningen ska ge en tydlig bild av funktionsnedsättning samt innehålla en tydlig behovsbedömning. Om beslutet är utöver de rutiner och riktlinjer som framtagits ska det klart framgå varför i utredningen. Dessa ärenden ska dessutom alltid genomlysas i

	<p>ärendehandledning tillsammans med kollegor och gruppchef.</p> <p>Genom verksamhetssystemet Combine och genom kollegiegranskning</p> <p>Redovisning sker på gruppmöten och till nämnd vid årsbokslut.</p> <p>Handläggare kollegiegranskar. Gruppchef kontrollerar att det genomförs.</p>
<b>Mätmetod</b>	
<b>Redovisning</b>	
<b>Ansvar och stöd</b>	
<b>Mättillfälle tidpunkt</b>	Halvårsvis första april samt första oktober.
<b>Resultat</b>	<p>Genomlysning av handläggning har genomförts av sociala kvalitetsenheten.</p> <p>De undersökta variablerna visar en rättssäkerhet på 90 procent. Med de mått som använts är rättssäkerheten inom de olika områden genomgående hög med några avvikelser framförallt när det gäller bristande dokumentation kring ett ärendes initiering och underrättelse om beslut.</p>
<b>Effektiv och rättssäker handläggning</b>	Beslut om bistånd och insatser ska enligt lagstiftning verkställas inom tre månader
<b>Definition</b>	Väntetid mellan beslut och verkställighet av insats
<b>Mätmetod</b>	Rapporter från verksamhetssystemet Combine
<b>Ansvar och stöd</b>	Enhetschef och jurist
<b>Mättillfälle tidpunkt</b>	Var tredje månad.
<b>Resultat</b>	Rapporter har skickats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) var tredje månad om ej verkställda beslut. Alla SoL beslut har kunnat verkställas inom angiven tidsram

## Individ- och familjeomsorgen

<b>Effektiv och rättssäker handläggning</b>	Arbetsgrupperna inom individ-och familjeomsorgen är specialiserade och man arbetar med flera olika målgrupper. Brukarnas delaktighet behöver säkras och deras upplevelser av övergångarna och samverkan mellan arbetsgrupperna inom IFO tas tillvara.
<b>Definition</b>	Ett första steg är att få en bild av hur brukarna uppfattar av övergångarna och samverkan mellan arbetsgrupperna inom individ-och familjeomsorgen idag.
<b>Mätmetod</b>	Intervjuer med familjer som är aktuella inom flera grupper inom individ-och familjeomsorgen vid ett tillfälle. Urvalet sker genom att välja ut de tre första familjerna som avslutats i augusti månad. Gruppchefer intervjuar tre brukare vardera från varandras grupper. Frågorna ska behandla om man fått tillräcklig information och hur man upplevt delaktighet och samverkan mellan olika arbetsgrupper samt om den nya handläggaren har information om den enskilde.
<b>Ansvar och stöd</b>	Gruppchefer med stöd från FoU Södertörn och Sociala kvalitetsenheten.
<b>Mättillfälle tidpunkt</b>	September – november.

<b>Resultat</b>	Ett tjugotal brukare har plockats ut och 18 intervjuer är genomförda under november-december månad. Svaren är sammanställda och kommer att analyseras och bearbetas i början av 2017.
-----------------	---

<b>Effektiv och rättssäker handläggning</b>	Arbetsgrupperna inom individ-och familjeomsorgen är specialiserade och man arbetar med flera olika målgrupper. Vi behöver säkra bedömningar och beslut blir likvärdiga oavsett arbetsgrupp eller handläggare
<b>Definition</b>	Bedömningar och beslut i utredningsgrupperna barn och unga och Vuxengruppen ska studeras.
<b>Mätmetod</b>	Webbaserade vinjetter/fallbeskrivningar med frågor som besvaras av varje handläggare.
<b>Ansvar och stöd</b>	Gruppchefer med stöd från FoU Södertörn och Sociala kvalitetsenheten.
<b>Mättillfälle tidpunkt</b>	September – november

<b>Resultat</b>	Detta har inte prioriterats p.g.a. arbetet med de nya processerna vilket bedöms komma att leda till en mer rättssäker handläggning. Under året har ärendekonsultationer skett en gång per vecka där gruppchefer och ansvarig handläggare deltar. Detta bidrar till att skapa likvärdiga bedömningar och beslut.
-----------------	---

<b>Effektiv och rättssäker handläggning</b>	Barnperspektivet och barnens perspektiv inom individ-och familjeomsorgen behöver säkras utifrån barnkonventionen. Studera om dokumenterad information och analys om barnens situation är relevant och tillräckligt inom alla arbetsgrupper på individ -och familjeomsorgen.
<b>Definition</b>	Genom den årliga kollegiala webbaserade rättssäkerhetsgranskningen av akter.
<b>Mätmetod</b>	

<b>Ansvar och stöd</b>	Gruppchef med stöd från Sociala kvalitetsenheten och kommunjurist.
<b>Mättilfälle tidpunkt</b>	Oktober
<b>Resultat</b>	Rättsäkerhetsgranskningen har genomförts där frågor om barnperspektivet har ställts. Resultaten är generellt goda och barns delaktighet är hög. 22 medarbetare på barn och unga har genomgått en 7,5 högskolepoäng lång utbildning i rättssäkerhet inom den sociala barn- och ungdomsvården.
<b>Kunskapsbaserad socialtjänst</b>	Ett kunskapsbaserad socialt arbete är både ett mål i Nacka och ingår i ledningssystem för kvalitet. Kunskapen ska komma från tre källor: forskning, profession och brukaren. Det finns en handlingsplan för detta evidensbaserade arbete (EBP).
<b>Definition</b>	Handlingsplanen för EBP med aktiviteter och tidsplanering.
<b>Mätmetod</b>	Följa upp handlingsplanen för EBP var sjätte månad i ledningsgruppen.
<b>Ansvar och stöd</b>	Enhetschef
<b>Mättilfälle tidpunkt</b>	T2 och vid årsbokslutet.
<b>Resultat</b>	Arbetet med EBP har under 2016 till största delen genomförts enligt planering: workshops med chefer inom IFO, FUNK och VSS; nya chefer har gått grundutbildning vid tre tillfällen; alla medarbetare har erbjudits fyra heldagar workshops/ föreläsningar. Ett omtag behövs vad gäller styrgruppsarbetet som flyttades under året till Ledningsgruppen för socialtjänsten.
<b>Effektiv administration</b>	En omorganisation har skett inom individ-och från och med den 1 januari 2016 med en sammanhållen administration. Handläggning och administration behöver stärkas än mer och säkras både utifrån det interna arbetet och i arbetet med de externa kunderna, främst anordnare.
<b>Definition</b>	1. En tydlig backup för varandra till exempel vid sjukdom och semestrar. 2. Ett flöde kring fakturahanteringen och utbetalning till anordnare som kontaktfamiljer och familjehem ska skapas. Därefter ska riskområden identifieras och aktiviteter utarbetas för att minska riskerna.
<b>Mätmetod</b>	1. Gå igenom scheman att backup finns och fungerar. 2. Ett flöde med riskanalys och aktiviteter finns. En avstämning att aktiviteterna har genomförts och vad de har resulterat i.
<b>Ansvar och stöd</b>	Gruppchef med stöd av enhetschef
<b>Mättilfälle tidpunkt</b>	Varje tertial och årsbokslut.
<b>Resultat</b>	Det finns idag en backup och ett tydligt flöde för fakturahantering.



## Sociala kvalitetsenheten

### Effektiv och rättssäker handläggning - uppföljningsgruppen

Kommunen är ansvarig för att följa upp kvalitet i verksamheter i egen regi och verksamheter som drivs av privata utförare. Socialnämnd och äldrenämnd antog hösten 2015 riktlinjer för hur detta ska utföras. En processbeskrivning är framtagen för kvalitetsgranskningens delar och rutiner utformade för de flesta delarna. Former och rutiner för kontroll av kvalitetsgranskningar är framtagen och prövad. Rutinen för kvalitetsgranskning följs men vissa delar behöver utvecklas.

#### Definition

Arbetet med att fullfölja processbeskrivning av verksamhetsuppföljningen, rutiner, riskanalyser och egenkontroller ska slutföras:

- Ett ledningssystem för kvalitet för processen "uppföljning och granskning av utförare och verksamheter" ska färdigställas och publiceras.
- Rutiner och former för riskanalyser och egenkontroller ska tas fram.
- Rutinen för kvalitetsgranskning ska utvecklas efter resultatet från den genomförda egenkontrollen.
- En rutin för kommunikation med utförare vid sanktioner ska arbetas fram i samarbete med socialtjänstens jurist och kommunikatör.

#### Mätmetod

En tidsplan ska tas fram där det ska framgå när respektive aktivitet ska vara färdig och vem som är ansvarig för genomförandet. Arbetet följs regelbundet upp på gruppmötet av gruppchef för att säkerställa att aktiviteterna utförs enligt plan. Statusuppdateringar dokumenteras i tidsplanen

#### Ansvar och stöd

Gruppchef för uppföljningsgruppen har det övergripande ansvaret för genomförandet och kommer att ha stöd av enhetens kvalitetsutvecklare.

#### Mättillfälle tidpunkt

Inför varje tertial

#### Resultat

Processer är framtagna för verksamhetsuppföljning och dessa är klara. Processerna är inte publicerade på webben. Detta återstår.

### Delaktighet - och kunskapsbaserad socialtjänst uppföljningsgruppen

Brukarnas uppfattning om kvaliteten i verksamheter är en del i underlaget för att bedöma en verksamhets kvalitet. Detta sker idag genom att socialtjänsten genomför enkätundersökningar till alla som har insatser under given period. Svarefrekvens på enkäterna är dock låg inom flera områden.

Brukare ska tillfrågas om väsentliga aspekter av kvalitet vid varje kvalitetsgranskning. Detta har skett till viss del och behöver utökas och systematiseras ytterligare.

#### Definition

Brukares och kunders erfarenheter ska i ökad utsträckning tas tillvara och dokumenteras. Rutin för att ta tillvara

<p><b>Mätmetod</b></p>	<p>brukares erfarenheter ska utvecklas och implementeras. Barnperspektivet ska särskilt beaktas.</p> <p>Gå igenom alla kvalitetsgranskningar som rapporterats till nämnd under föregående tertial för att sammanställa i vilken utsträckning brukares synpunkter och erfarenheter har tagits tillvara, analyserats och dokumenterats.</p>
<p><b>Ansvar och stöd</b></p>	<p>Gruppchef har det övergripande ansvaret för genomförandet och kommer att ha stöd av enhetens kvalitetsutvecklare.</p>
<p><b>Mättillfälle tidpunkt</b></p>	<p>April, augusti och december.</p>
<p><b>Resultat</b></p>	<p>Under året har 34 kvalitetsgranskningar genomförts inom SOCN område. Vid 14 av dessa har intervjuer med brukare genomförts och dokumenterats. 20 personer har intervjuats, varav ett barn.</p>
<p><b>Delaktighet och kunskapsbaserad socialtjänst – utvecklingsgruppen</b></p>	<p>Brukares och kunders synpunkter och erfarenheter måste i högre utsträckning tas tillvara i projekt, uppdrag och i arbetet med avtal och kundval. Former för detta ska säkras och utvecklas. Det kan vara fokusgrupper, intervjuer, enkäter eller om inget av detta är möjligt, forskning om brukares erfarenheter</p>
<p><b>Definition</b></p>	<p>Brukares och kunders synpunkter ska tas tillvara och dokumenteras i alla uppdrag i utvecklingsgruppen. I detta ingår att kunna beskriva målgruppen, deras synpunkter eller erfarenheter och att dessa har beaktats i analysen i varje uppdrag där detta är möjligt.</p>
<p><b>Mätmetod</b></p>	<p>Gruppchefen för uppföljningsgruppen ska två gånger per år gå igenom alla uppdrag inklusive löpande uppdrag med varje medarbetare för att se om brukares synpunkter och erfarenheter har tagits tillvara: om inte, orsak; analyserats: om inte, orsak; ovanstående delar finns dokumenterade i projektbeskrivningar, utredningar och uppdrag.</p> <p>Resultatet samlas på gruppnivå för att kunna följa förbättringar, goda exempel och orsaker till svårigheter. Redovisningarna ska även återkopplas till berörda enheter verksamheter.</p>
<p><b>Ansvar och stöd</b></p>	<p>Gruppchefen har det övergripande ansvaret för att kontrollerna genomförs. Kvalitetsutvecklare ger vid behov stöd.</p>

<b>Mättilfälle tidpunkt</b>	Juni och december.
<b>Resultat</b>	<p>Inom socialpsykiatri har avstämning gjorts med brukarorganisationer kring upphandlingar och riktlinjer för att inhämta brukares synpunkter.</p> <p>Inom översyn av kundvalet för hemtjänst, ledsagning och avlösning har gruppintervju gjorts med fyra kunder kring vilka krav de tycker det är viktigt att ställa på anordnarna. Tillgänglighetsrådet och seniorrådet har också lämnat synpunkter.</p> <p>I uppdraget fördjupad kartläggning unga vuxna med neuropsykiatrisk nedsättning har gruppintervju med deltagare med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar genomförts.</p>
<b>Effektiv och rättssäker handläggning – utvecklingsgruppen</b>	<p>Avtalsarbetet behöver effektiviseras och säkras vad gäller enhetligheten i bedömningar. För detta behöver de nyligen genomförda processbeskrivningarna om avtals- och kundvalsarbete gås igenom, riskanalyser genomföras och egenkontroller utformas. Arbetet har påbörjats genom att beskriva arbetsprocesserna för avtalsarbete. Kommande steg är att fastställa processerna, se var risker och svagheter finns samt ta fram och genomföra egenkontroller under året för de viktigaste riskområdena.</p>
<b>Definition</b>	<p>De framtagna processbeskrivningarna om avtals- och kundvalsarbete ska eventuellt revideras. Riskområdena i processerna ska tas fram och analyseras för att sedan planera och genomföra egenkontroller under året.</p>
<b>Mätmetod</b>	<p>En tidsplan för avtalsprocessen och för kundvalsprocessen (handläggning) ska tas fram där det ska framgå hur och när arbetet ska ske med; revidering av processerna; framtagande av risker och riskanalys; framtagande av egenkontroller</p> <p>Tidsplanen följs upp en gång i månaden på gruppmötet av gruppchef för att säkerställa att aktiviteterna utförs enligt plan. Statusuppdateringar dokumenteras i tidsplanen.</p>
<b>Ansvar och stöd</b>	<p>Gruppchef för utvecklingsgruppen har det övergripande ansvaret för genomförandet med stöd av enhetens kvalitetsutvecklare.</p>

**Mättilfälle tidpunkt**

Varje tertial: april, augusti och december.

**Resultat**

Avtals- och uppföljningsprocesserna har tagits fram och i vissa fall reviderats och synkats samman. Visst arbete återstår.

Risker har identifierats inom respektive process. De största riskerna är övergångar mellan olika processteg och att ansvaret för olika processteg är oklara. Egenkontroller ska systematiseras under 2017 och utgå ifrån identifierade risker.