



# Kvalitetspolicy

Med ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt  
SoL och HSL inom Omvårdnadsförvaltningen

Nov 2009

Nov 2009

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

KVALITETSPOLICY .....	3
LEDNINGSSYSTEM FÖR KVALITET I VERKSAMHET ENLIGT SOL OCH HSL..	4
1. KVALITETSSÄKRING AV SOCIALA TJÄNSTER INKLUSIVE KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	8
2. BEHOVSBEDÖMNING OCH RÄTTSSÄKERHET I HANDLÄGGNING OCH DOKUMENTATION.....	9
3. SAMVERKAN OCH SAMARBETE .....	10
4. FÖRHÅLLNINGSSÄTT OCH METODER .....	11
5. PERSONAL- OCH KOMPETENSFÖRSÖRJNING .....	12
6. SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL .....	13
7. FEL OCH BRISTER, RISKIDENTIFIERING .....	14
8. UPPHANDLING, INKÖP, TEKNISKA SYSTEM OCH PRODUKTER ETC.....	15
9. UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING .....	16

### **Referenser**

I arbetet med att ta fram Kvalitetspolicy inklusive ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL och HSL inom Omvårdnadsförvaltningen har vi gjort en omfattande omvärldsspaning och bland annat tittat på hur man gjort i nedanstående kommuner:

**Borlänge    Haninge    Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning**  
**Nacka        Skarpnäck    Söderhamn**  
**Uppsala     Västerås    Östersund**

Omvårdnadsförvaltningen har också ingått i Kvalitetsnätverk med forskarstöd hos Dalarnas forskningsråd där nedanstående kommuner deltagit:

**Gagnef      Leksand      Rättvik      Säter      Älvdalen**

## **Kvalitetspolicy**

Kvalitetspolicyn är ett övergripande dokument som beskriver det långsiktiga kvalitetsarbetet samt den inriktning och det förhållningssätt som ska känneteckna all verksamhet som bedrivs på nämndens uppdrag.

Kvalitetsarbetet ska:

- Bidra till att medborgarnas behov av service och stöd tillgodoses.
- Skapa förutsättningar för ett kontinuerligt förändrings- och utvecklingsarbete.
- Bedrivs systematiskt.
- Vara en integrerad del i det dagliga arbetet.

Målsättningen med kvalitetsarbetet är att de tjänster som tillhandahålls är av god kvalitet och tydligt definierade.

### **Kvalitetsdefinition**

Kvalitet är ett svårfångat begrepp och låter sig inte enkelt definieras. Människor uppfattar begreppet kvalitet olika då det är beroende av sitt sociala och kulturella sammanhang. I en tjänsteproducerande verksamhet skapas till stor del kvalitet i möten och i dialog mellan människor. Därför är en gemensam värdegrund viktig. Värdegrunden formuleras både i den lagstiftning som reglerar verksamheten inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område samt i förvaltningens gemensamma värdegrund.

En allmän definition av begreppet är:

Kvalitet är att tillfredsställa uttalade och outtalade behov och infria förväntningar hos människor.

### **Vad är god kvalitet?**

God kvalitet i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård<sup>1</sup> kan beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter) som beslutats samt att de:

- Bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet.
- Utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglade av kontinuitet.
- Är kunskapsbaserade och effektivt utförda.
- Är tillgängliga och jämlikt fördelade.
- Är trygga, säkra och präglade av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

### **Strategi**

För att uppnå god kvalitet ska förvaltningen utarbeta, förvalta, informera, följa och följa upp Kvalitetspolicyn. Verktöget för detta är *Ledningssystem för kvalitet* enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd inom respektive ansvarsområde.

---

<sup>1</sup> God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS SOSFS 2006:11. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården SOSFS 2005:12

# **Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL och HSL**

Ledningssystem för kvalitet utgör en struktur för att styra, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten samt vad, hur och när uppföljning och utvärdering ska göras.

Ledningssystemet är ett flexibelt system som innebär att det utvecklas och förändras när det krävs t.ex. vid ny lagstiftning, nya uppdrag och uppgifter, reviderade rutiner och riktlinjer m.m.

Ledningssystemet presenteras på Insidan under benämningen Verksamhetshandbok för kvalitet och utveckling.

## **Bakgrund**

Socialstyrelsen har angett föreskrifter och allmänna råd för hur kommunerna ska inrätta ledningssystem för kvalitet i verksamheterna enligt SoL, LVU, LVM, LSS och HSL (SOSFS 2006:11 och SOSFS 2005:12). I dessa föreskrifter och allmänna råd lyfter Socialstyrelsen fram vad ett systematiskt kvalitetsarbete ska innehålla och vilka krav man kan ställa på detta.

Utöver detta finns i Socialtjänstlagens 3 kap 3 § krav på insatser av god kvalitet, personal med lämplig utbildning, och verksamhet som systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. LSS 6§ och HSL 2§ innehåller motsvarande bestämmelser.

Nämnden ansvarar för att ett ledningssystem upprättas som fastställer grundprinciperna för ledning av verksamheten, ställer upp mål och följer upp och utvärderar dessa mål. Ledningssystemet anger ett integrerat arbetssätt när det gäller mål, resurser, utförande och resultat.

Ledningssystemet ska integreras med de befintliga systemen för budget och verksamhetsplanering som nämnden har. Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet.

## **Krav på ledningssystem**

Ledningssystemet ska säkerställa att

1. uppföljningsbara mål fastställs, dokumenteras och kontinuerligt följs upp
2. kvalitetsarbetet är anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning och vad som krävs för att nå uppsatta mål
3. ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet fastställs
4. enskilda och grupper, t.ex. brukarorganisationer, ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten
5. personalen görs delaktig i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten så att kvalitetsarbetet är väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen
6. vårdskador förebyggs och att kvalitetsarbetet utgår från identifierade och prioriterade vårdbehov samt vårdprocesser
7. processerna inom ansvarsområdet fungerar verksamhetsöverskridande

## Kvalitetsbegrepp

Kvalitet är ett svårfångat begrepp som inte enkelt låter sig definieras. Människor uppfattar begreppet kvalitet olika då det är beroende av sitt sociala och kulturella sammanhang. I en tjänsteproducerande verksamhet skapas till stor del kvalitet i möten och i dialog mellan människor och därför är en gemensam värdegrund viktig. Värdegrunden formuleras både i den lagstiftning som reglerar verksamheten inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område samt i förvaltningens gemensamma värdegrund.

En formell definition av begreppet är:

Kvalitet är att tillfredsställa uttalade och outtalade behov och infria förväntningar hos människor.

Kvalitetsarbetet kan delas in i fyra övergripande faser:

**Kvalitetssäkring** är en beskrivning av de egenskaper som en verksamhet, tjänst, aktivitet eller funktion har. Kvalitetssäkring innebär att det är dokumenterat VAD den aktuella tjänsten ska innehålla och VAD som kan förväntas, det vill säga en slags utfästelse eller garanti.

**Kvalitetsstyrning** beskriver hur insatserna ska göras och hur målen ska nås. Genom olika styrdokument regleras HUR de olika tjänsterna ska utföras. Dokumenterade rutiner ska finnas över hur tjänsterna ska utföras.

**Kvalitetskontroll** innebär uppföljning av de egenskaper som anges i kvalitetssäkringen och att de utförs på de sätt som anges i kvalitetsstyrning/rutiner och riktlinjer.

**Kvalitetsutveckling** innebär att kunskaperna från kvalitetskontrollen används för utveckling av de egenskaper som en verksamhet/funktion skall ha och för hur dessa egenskaper framställs.

## Ansvar

Kvalitet är ett personligt åtagande, där varje chef och varje medarbetare ytterst har ansvar för kvaliteten i sitt eget arbete.

Chefer och medarbetare på alla nivåer ansvarar för att delta i arbetet med att samla in och dokumentera samtliga befintliga arbetsätt och rutiner under ledning av Kvalitets- och utvecklingsenheten.

## Nämnden

Har ett övergripande ansvar för att:

1. fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen,
2. ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och processer som säkerställer kvaliteten, och
3. ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att processerna fungerar verksamhetsöverskridande.

## **Förvaltningschef**

Ansvarar för att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet i enlighet med nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

## **Verksamhetschef enligt HSL**

Ansvarar för att:

1. inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten,
2. ansvara för att mål för verksamheten formuleras och för att dessa nås, och
3. ansvara för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

Se även överenskommelse Verksamhetschef/MAS.

## **Sektionschef**

Ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom sektionen samt ansvarar för tillämpningen av 14 kap. 2 § SoL och 24 a § LSS (Lex Sarah).

Ansvarar för att identifiera sektionens olika tjänster och aktiviteter samt att sammanställa dessa i sektionens verksamhetsplan.

## **MAS - Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

Har det övergripande ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård. Ansvarar därmed för tillsyn, egenkontroll och uppföljning enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (2005:12) samt anmälningsskyldighet enligt Lex Maria SOSFS 2005:28.

Se även överenskommelse Verksamhetschef/MAS.

## **Enhetschef**

Ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för förbättringsarbete inom det egna ansvarsområdet.

## **Medarbetare**

Alla medarbetare ska kontinuerligt delta i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

1. framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder,
2. tillämpning av gällande rutiner,
3. risk-, avvikelse- och klagomålshantering, samt
4. uppföljning och analys av mål och resultat.

## **Kvalitets- och utvecklingsenhet**

Ansvarar för att, i samarbete med verksamheten, utarbeta och förvalta ett ledningssystem för kvalitet utifrån nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

## Områden som omfattas

I föreskrifterna anges ett antal områden som ska finnas med i ett ledningssystem. Dessa områden skiljer sig något åt för de olika lagrummen. En beskrivning av vad som ingår i respektive ledningssystem följer nedan.

<b>Ledningssystem för SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11)</b>	<b>Ledningssystem för HSL (SOSFS 2005:12)</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kvalitetssäkring av sociala tjänster</li><li>2. Tillgänglighet</li><li>3. Samverkan och samarbete</li><li>4. Handläggning och dokumentation m.m. av ärenden som rör enskilda</li><li>5. Fel och brister i verksamheten</li><li>6. Synpunkter och klagomål på verksamheten</li><li>7. Personal- och kompetensförsörjning</li><li>8. Försörjning av varor och tjänster</li><li>9. Uppföljning och utvärdering av verksamheten</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bemötande av patienter</li><li>2. Metoder för diagnostik, vård och behandling</li><li>3. Kompetens</li><li>4. Samverkan och samarbete</li><li>5. Riskhantering</li><li>6. Avvikelsehantering</li><li>7. Försörjning av tjänster, produkter och teknik</li><li>8. Spårbarhet</li><li>9. Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring</li></ol>

**För att säkerställa att processerna ska fungera verksamhetsöverskridande har de båda ledningssystemen i denna kvalitetspolicy slagits samman enligt nedanstående områden.**

1. Kvalitetssäkring av sociala tjänster inklusive kommunal hälso- och sjukvård
2. Handläggning och dokumentation av ärenden inom SoL och HSL
3. Samverkan och samarbete
4. Förhållningssätt och metoder
5. Personal- och Kompetensförsörjning
6. Synpunkter och klagomål
7. Fel och brister, riskidentifiering
8. Upphandling, inköp, tekniska system och produkter etc.
9. Övergripande uppföljning och utvärdering

Uppföljning, utvärdering, egenkontroll och erfarenhetsåterföring redovisas under respektive område.

# 1. Kvalitetssäkring av sociala tjänster inklusive kommunal hälso- och sjukvård

## Krav i författning

Ledningssystemet ska, för att garantera en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet, säkerställa att:

- de viktigaste tjänsterna och dess tillhörande arbetsprocesser beskrivs.
- analyser av hur tjänsterna svarar mot enskilda och grupperns behov samt mot lagstiftningens krav görs.
- det finns arbetsformer för hur verksamheten ska göras tillgänglig

Resultatet av analyserna samt forskning och erfarenheter från bland annat tillsynsverksamhet bör ligga till grund för arbetet med att utveckla och säkra tjänsternas kvalitet.

## Ansvar

Vad	Vem	Uppföljning
Styret	Förvaltningschef, sektionschef, enhetschef	Kontinuerligt under året.
Styrkort	Förvaltningschef, sektionschef, enhetschef	Bokslut/Ekonomiuppföljning, Verksamhetsberättelse
Tjänstekatalog	Förvaltningschef, sektionschef, enhetschef	Bokslut/Ekonomiuppföljning, Verksamhetsberättelse
Processbeskrivning	Förvaltningschef, sektionschef, enhetschef	1ggr/år
Kvalitetskriterier	Förvaltningschef, Kvalitets- och utvecklingsenhet	Kvalitetsuppföljning, Internkontroll, kollegiegranskning.
Verksamhetsuppföljning	Förvaltningschef, Kvalitets- och utvecklingsenhet	Enligt Rutin för kvalitetsuppföljning av intern och extern verksamhet
Verksamhetsuppföljning	Länsstyrelsen, Socialstyrelsen	Tillsyn, granskning
Information (inklusive lättläst, översatt på flera språk, anpassat för syn- och hörselskadade)	Ansvarig chef, Förvaltningens IT-enhet	Kund- och anhängenkäter, Internkontroll
www.falun.se	Ansvarig chef, Förvaltningens IT-enhet	Internkontroll
Brukartelefon	Ansvarig enhetschef	Kund- och anhängenkäter
Handikappolitiskt program	Förvaltningschef	Verksamhetsberättelse, bokslut
Besök, hembesök, vårdplaneringar	Handläggare, chefer, legitimerad personal	Kund- och anhängenkäter

## Ansvar

Vad	Vem	Uppföljning
Mottagningsenheten, Bistånd	Enhetschef Biståndsenheten	Kontinuerlig
Information (inklusive lättläst, översatt på flera språk, anpassat för syn- och hörselskadade)	Ansvarig chef, Förvaltningens IT-enhet	Kund- och anhängenkäter, Internkontroll
www.falun.se	Ansvarig chef, Förvaltningens IT-enhet	Internkontroll
Brukartelefon	Ansvarig enhetschef	Kund- och anhängenkäter
Handikappolitiskt program	Förvaltningschef	Verksamhetsberättelse, bokslut
Telefontider, -tillgänglighet etc.	Förvaltningschef	Kund- och anhängenkäter
Besök, hembesök, vårdplaneringar	Handläggare, chefer, legitimerad personal	Kund- och anhängenkäter

## 2. Behovsbedömning och rättssäkerhet i handläggning och dokumentation

### Krav i författning

Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för:

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

### Ansvar

Vad	Vem	Uppföljning
Rutiner för handläggning och dokumentation.	Sektionschef	Ärligen enligt Internkontrollplanen.
Rutiner för dokumentation av genomförandet av insatser.	Sektionschef, MAS, Chef enskild verksamhet	Ärligen enligt Internkontrollplanen
Rutiner för överlämnande av beslut för verkställighet.	Sektionschef, MAS, Chef enskild verksamhet	Ärligen enligt Internkontrollplanen
Rutiner för uppföljning och utvärdering av insatser.	Sektionschef, MAS, Chef enskild verksamhet	Rutin för kvalitetsuppföljning av intern och extern verksamhet

### 3. Samverkan och samarbete

#### **Krav i författning**

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner som tydliggör:

- ansvaret för samarbete, internt och externt, som gäller den enskildes behov av insatser vad avser t.ex. överföring av information
- hur samverkan ska bedrivas såväl internt, inom och mellan nämnder, som externt med myndigheter och andra aktörer.

I arbetet med att ta fram ändamålsenliga former för samverkan och samarbete är det viktigt att tänka på att samverkan är ett medel och inte ett mål i sig. I arbetet med att beskriva de viktigaste tjänsteprocesserna blir det tydligt var och när i processen behov av samarbete och samverkan finns och med vilka interna eller externa aktörer man behöver samarbeta med.

#### **Ansvar**

<b>Vad</b>	<b>Vem</b>	<b>Uppföljning</b>
Rutiner för informationsöverföring	Förvaltningschef, MAS, Sektionschef	Rapport av bristande informationsöverföring. Internkontrollplan
Rutiner för intern samverkan och samarbete.	Förvaltningschef, MAS, Sektionschef	Samverkansgrupper Internkontrollplan
Rutiner för extern samverkan och samarbete.	Förvaltningschef, MAS, Sektionschef	Samverkansgrupper Internkontrollplan
Rutiner för information om och uppföljning av sekretess och tystnadsplikt.	Förvaltningschef, MAS, Sektionschef	Enligt introduktionsprogram Minst 1 gång per år på APT.
Rutiner för inhämtande av samtycke.	Förvaltningschef, MAS, Sektionschef	Enligt introduktionsprogram Minst 1 gång per år på APT.

## 4. Förhållningssätt och metoder

### Krav i författning

Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner så att:

- kundens värdighet och integritet respekteras,
- kund och närstående visas omtanke och respekt, oavsett t.ex. ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning, och
- kund och anhöriga/närstående informeras och görs delaktiga, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.
- hur nya metoder för diagnostik, vård och behandling skall tas fram, provas ut och introduceras så att säkerheten säkerställs,
- hur fastställda metoder skall tillämpas, kontinuerligt följas upp och vid behov revideras, och
- vilka åtgärder som skall vidtas när tillämpningen av metoderna behöver förändras och inaktuella metoder skall identifieras och avvecklas.

Förutom nedanstående lokala rutiner används informationstjänster från bland annat Landstinget Dalarna, Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting såsom t.ex Handbok för hälso- och sjukvård och Labnytt – nyhetsblad från laboratoriemedicin.

### Ansvar

Vad	Vem	Uppföljning
Gemensam värdegrund	Förvaltningschef	Kontinuerligt APT. Kund- och anhörigenkäter.
Ökat Brukarinflytande	Förvaltningschef	Kontinuerligt APT. Kund- och anhörigenkäter.
Rehabiliterande förhållningssätt	Förvaltningschef	Kontinuerligt APT. Kund- och anhörigenkäter.
Hygienrutiner	MAS	Enligt Rutin för kvalitetsuppföljning av intern och extern verksamhet
Lokal läkemedelsrutin	MAS	Apoteksinspektioner, kollegial narkotikakontroll.
Vårdprogram	MAS	Enligt nationella riktlinjer
Rutin för vård vid livets slut	MAS, sektionschef	Journalgranskning enligt checklista, samverkans- och reflektionsgrupper
MTP-pärm	MAS, gruppchef MTP	Årligen av gruppchef MTP
Våld i nära relationer	Förvaltningschef	Enligt Internkontrollplan

## 5. Personal- och Kompetensförsörjning

### Krav i författning

Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för att tillgodose och kontrollera att:

- den bemanning som behövs för att utföra verksamhetens uppdrag finns,
- personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna,
- personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutvecklingen inom verksamhetsområdet
- det finns beskrivningar som anger personalens ansvar och befogenheter

### Ansvar

Vad	Vem	Uppföljning
Rekrytering	Förvaltningschef, Ansvarig chef	Modell för rekryteringsprocess följs.
Introduktionsprogram	Ansvarig chef, Verksamhetens kvalitetsråd	Uppdateras och redovisas årligen av Verksamhetens kvalitetsråd till förvaltningens ledningsgrupp.
Uppdragsbeskrivning	Ansvarig chef	Uppdateras och redovisas årligen till förvaltningens ledningsgrupp.
Kompetensutvecklingsplaner	Ansvarig chef	Görs och följs upp vid årliga medarbetarsamtal
Medarbetarsamtal	Ansvarig chef och medarbetare	Genom rutin för lön- och medarbetarsamtal.
Kontaktnannskap och andra ombud	Enhetschef, berörda medarbetare	Kontinuerligt och vid förnyelse.
Delegering inom HSL	MAS, Legitimerad personal	Kontinuerligt och vid förnyelse.
Bemanning	Förvaltningschef, MAS	Kontinuerligt, nyckeltal, värdeytngdsmätning, avvikelshantering, synpunkter och klagomål
Personalomsättning	Förvaltningschef	Bokslut

## **6. Synpunkter och Klagomål**

### **Krav i författning**

Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för att samla in och använda synpunkter och klagomål från enskilda samt från t.ex myndigheter och organisationer för att:

- förebygga fel och brister
- utveckla verksamheten,
- identifiera nya eller ej tillgodosedda behov.

Möjligheten att komma med synpunkter på verksamheten har ett brett demokratiskt syfte, nämligen att fånga in medborgarnas åsikter och förmedla dessa till politikerna

### **Ansvar**

<b>Vad</b>	<b>Vem</b>	<b>Uppföljning</b>
Rutin för hantering av synpunkter och klagomål	Förvaltningschef	Kontinuerligt samt årlig sammanställning till nämnden.
Erfarenhetsåterföring	Chefer på alla nivåer och berörda medarbetare	Kontinuerligt APT

## 7. Fel och brister, Riskidentifiering

### Krav i författning

Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner så att:

- missförhållanden, avvikelser, fel och brister i verksamheten identifieras, dokumenteras, rapporteras, analyseras, åtgärdas och följs upp.
- erfarenheterna utgör ett underlag för kvalitetsarbetet samt i det förebyggande riskhanteringsarbetet.

### Ansvar

Vad	Vem	Uppföljning
Rutin gällande avvikelshantering, rapporterings- och anmälningsskyldighet samt fallregistrering.	Sektionschef, MAS	Månadsvis på sektionsnivå, Årligen till nämnden
Rutin för anmälan av missförhållanden i omsorger om äldre och funktionshindrade enligt SoL.	Sektionschef, MAS,	Månadsvis på sektionsnivå, Årligen till nämnden
Avvikelsehantering Medicinskt Tekniska Produkter (MTP)	MAS, Gruppchef MTP-gruppen	Månadsvis på sektionsnivå, Årligen till nämnden
Riskanalyser t.ex.nutrition, fall	Förvaltningschef, MAS, chefer på alla nivåer, leg.personal, biståndshandläggare, medarbetare	Internkontrollplan, enligt gällande rutin för området
Erfarenhetsåterföring	Chefer på alla nivåer och berörda medarbetare	Kontinuerligt APT

## **8. Upphandling, inköp, tekniska system och produkter etc.**

### **Krav i författning**

Ledningssystemet bör säkerställa att det vid formulering av kriterier inför en upphandling särskilt uppmärksammas sådana kriterier som bidrar till att de varor och tjänster som tillhandahålls är av god kvalitet.

### **Ansvar**

<b>Vad</b>	<b>Vem</b>	<b>Uppföljning</b>
Plan för upphandling	Förvaltningschef, sektionschef bistånd, kvalitet och utveckling	Internkontrollplan
Kvalitetskrav vid upphandling av verksamheter, varor och tjänster.	Central upphandlingsenhet, Ansvarig chef, MAS, utredningssekreterare, kvalitet och utvecklingsenheten	6-12 mån efter slutförd upphandling utvärderas arbetet av ansvariga personer på upphandlingsenheten och förvaltningen.

## **9. Uppföljning och utvärdering**

### **Krav i författning**

Ledningssystemet skall säkerställa att det systematiska kvalitetsarbetet omfattar metoder för uppföljning och utvärdering av verksamhetens planering, genomförande, resultat och utveckling.

Uppföljning och utvärdering bör bl.a. göras utifrån

- hur väl verksamheten uppfyller lagstiftningens krav och de kommunala målen,
- hur väl verksamheten tillgodoser enskilda och grupperns behov, samt
- hur kund och andra intressenter uppfattar verksamhetens kvalitet.
- regelbunden granskning av metodernas, rutinernas och processernas ändamålsenlighet och effektivitet för att uppnå målen,
- hur resultatet av granskningar skall dokumenteras och återföras till berörda, och
- att dokumentera genomförda förbättringsåtgärder.

### **Ansvar**

<b>Vad</b>	<b>Vem</b>
Verksamhetsberättelse	Chefer på alla nivåer
Granskningar och revisioner	Utvecklingschef, Sektionschef Bistånd, Kvalitet och utveckling, MAS
Enkätuppföljningar, kunder, anhöriga och medarbetare	Enhetschef Kvalitet och utveckling
Internkontroll plan	Controller
Nationell statistik, enkäter och register	Utvecklingschef, Sektionschef Bistånd, Kvalitet och utveckling, MAS
Erfarenhetsåterföring	Chefer på alla nivåer och berörda medarbetare
KPB - Kostnad per brukare	Förvaltningschef
Nationella uppföljningar - Äldreguiden, Öppna jämförelser och Individstatistik	Förvaltningschef
Kunskapsöversikter	PA-enhet, sektionschef, enhetschef
Kunskapstester	Legitimerad personal