



# **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

**Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden**

**Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen**  
Strategisk utvecklingsavdelning

**Upprättad:** 2023-01-01  
**Dnr:** HVO-2022-5016



# Innehållsförteckning

<b>Inledning .....</b>	<b>4</b>
<b>Kvalitet – vad ska uppnås? .....</b>	<b>5</b>
Socialstyrelsens kvalitetsdimensioner .....	5
Upplevd kvalitet .....	6
Kvalitet genom gemensamma värderingar .....	6
Kvalitet i hälso- och sjukvård .....	6
Hälsofrämjande och förebyggande arbete.....	7
<b>Metoder och verktyg för att uppnå kvalitet.....</b>	<b>8</b>
Egenkontroll - förhindra att det går fel .....	9
Punktprevalensmätning (PPM) .....	9
Risk- och händelseanalys.....	9
Intern kontroll .....	9
Kvalitetsregister .....	10
Kvalitetsuppföljningsmodell .....	10
Brukarundersökning .....	11
När det går fel.....	11
Synpunkter och klagomål .....	11
Avvikelsehantering .....	12
Anmälan enligt Lex Maria .....	12
Anmälan enligt Lex Sarah.....	13
Riktlinjer och rutiner.....	13
Patientsäkerhetsberättelse .....	13

Dokumentation .....	14
Samverkan inom socialtjänst och hälso- och sjukvård .....	14
<b>Ansvar - vem gör vad? .....</b>	<b>17</b>
Nämnd.....	17
Förvaltning.....	18
Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering .....	18
Socialt ansvarig samordnare .....	18
Förvaltningschef .....	19
Avdelningschef .....	19
Enhetschef.....	19
Sektionschef .....	19
Medarbetare .....	20
<b>Ledning och uppföljning .....</b>	<b>21</b>
Mål och uppföljning i budget.....	21
Fokusområden .....	21
Avdelningsplaner och kvalitetsplaner .....	22

## Inledning

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete knyter samman lagstadgade skyldigheter med de områden som förvaltningen arbetar med för att säkerställa kvalitet för Malmöbon, brukaren, patienten och dess anhöriga.

Ledningssystemet ger en överblick om vad som ska uppnås, vilka verktyg som används, hur ansvarsfördelningen ser ut samt hur förvaltningen leder, följer upp och analyserar resultat.

Ledningssystemet syftar till att skapa tydlighet kring lagrummen som styr vår verksamhet så som socialtjänstlagen (SoL)<sup>1</sup>, hälso- och sjukvårdslagen (HSL)<sup>2</sup> och patientsäkerhetslagen (PSL)<sup>3</sup> samt föreskrifter, rutiner och beslut som styr förvaltningens arbete och uppdrag. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete innehåller flera delar som på olika sätt styr förvaltningen för att säkerställa utveckling och förbättrad kvalitet för Malmöbon ur olika perspektiv.

Dokumentet är uppdelat i fyra kapitel som börjar med *Kvalitet - vad ska uppnås?* I detta kapitel ligger tyngdpunkten på att skapa en förståelse kring vad kvalitet är och olika utgångspunkter för kvalitet.

Den andra delen består av *Metoder och verktyg för att uppnå kvalitet*. I denna del finns bland annat beskrivningar kring egenkontroll, hantering av synpunkter och klagomål, avvikelser samt hur förvaltningen arbetar med kvalitetsregister, rutiner och riktlinjer.

Den tredje delen, *Ansvar – vem gör vad?* belyser ansvarsfördelningen utifrån olika roller och uppdrag inom förvaltningen.

Dokumentet avslutas med ett kapitel kring *Ledning och uppföljning*. Här finns en beskrivning av nämndens budget, förvaltningens fokusområden och avdelnings- och kvalitetsplaner.

---

<sup>1</sup> Socialtjänstlag (2001:453).

<sup>2</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

<sup>3</sup> Patientsäkerhetslag (2010:659).

## Kvalitet – vad ska uppnås?

I detta kapitel beskrivs de olika krav som finns på nämnden och förvaltningen utifrån lagar och riktlinjer. Detta kapitel innehåller de grundläggande ramarna för arbetet med ett systematiskt kvalitetsarbete både gällande vad det ska innehålla och vad som ska uppnås samt hur det ska genomföras i vissa delar.

Att upprätthålla och utveckla kvalitet är en ständig utmaning inom våra verksamheter. Ambitionerna om kvalitet finns på alla nivåer, från statlig nivå genom lagar och regler, till den enskilde medarbetaren i mötet med de förvaltningen är till för.

Staten har genom de så kallade kvalitetsparagraferna i socialtjänstlag, hälso- och sjukvårdslag och patientsäkerhetslag angett att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras och att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten för att god vård ska uppnås. Enligt Socialstyrelsen ska de processer och rutiner som leder till en god kvalitet identifieras, beskrivas, fastställas, kontrolleras och utvecklas. Ledningssystemet ska utgöra ett stöd i detta arbete och bestå av metoder och regler för hur det ska gå till. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utgör ett stöd för kommunerna i upprättandet av ledningssystemet.

Kvalitet skapas i mötet mellan organisationens medarbetare och den enskilde brukaren, patienten och dess anhöriga. Kvalitet inom hälsa, vård och omsorg kan beskrivas som förmågan att kunna tillgodose den enskildes behov. Det handlar också om att rätt saker ska utföras på rätt sätt och i rätt tid. Verksamheten kan därmed åstadkomma största möjliga nytta för den enskilde i förhållande till de resurser som används, det vill säga – ett effektivt arbetssätt.

## Socialstyrelsens kvalitetsdimensioner

Socialstyrelsen definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter. Socialstyrelsen framhåller att god kvalitet förutsätter att vården är kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig och jämlik.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Kunskapsguiden, God kvalitet i vård och omsorg för äldre personer - om god kvalitet i vård och omsorg för äldre personer. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/god-kvalitet-i-vard-och-omsorg-for-aldre-personer/om-god-kvalitet-i-vard-och-omsorg-for-aldre-personer2/> (hämtad: 2022-11-08)

## Upplevd kvalitet

Medarbetare som möter den enskilde ska på ett tydligt sätt kommunicera vad hen kan förvänta sig av sin vård och omsorg. Rätt förväntningar ger bättre förutsättningar för en upplevelse av god kvalitet. Detta kan göras vid till exempel vårdplaneringar, utredningar och uppföljningar av biståndsbeslut, vid hembesök, i välkomstsamtal och i kontakt med anhöriga. Genom att löpande ta reda på den enskildes upplevelse av kvaliteten på servicen, vården och omsorgen kan den utvecklas och anpassas kontinuerligt. Som ett komplement gör Socialstyrelsen årligen en nationell brukarundersökning för att undersöka upplevelsen av hemtjänst och särskilt boende.

## Kvalitet genom gemensamma värderingar

Genom att arbeta utifrån gemensamma värderingar skapas och upprätthålls kvaliteten i verksamheten. Arbetet ska genomsyras av den nationella värdegrunden som är inriktad på att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå det behöver samtliga medarbetare värna och respektera den enskilda personens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning.

## Kvalitet i hälso- och sjukvård

En god vård ska bland annat tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.<sup>5</sup> Hälso- och sjukvårdsinsatser ska genomsyras av ett personcentrerat perspektiv där den enskildes behov och delaktighet styr den medarbetarens undersökande, behandlande och förebyggande åtgärder. Det innebär bland annat att målen för den enskildes vård ska utformas med ett patientperspektiv och enligt den enskildes önskemål. Enligt patientlagen<sup>6</sup> ska den enskilde göras delaktig i sin vård och behandling. Detta innebär bland annat att legitimerade yrkesgrupper ska informera om planerad vård och behandling samt försäkra sig om att den enskilde har förstått informationen.

All hälso- och sjukvård ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer i form av kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig och jämlik ska genomsyra all vård och omsorg. Risker ska identifieras och adekvata åtgärder vidtas för att upprätthålla god munhälsa och förebygga/behandla undernäring, fall, trycksår, och blåsdysfunktion. Registrering i nationella kvalitetsregister för vård och omsorg

---

<sup>5</sup> 5 kap. 1 § HSL.

<sup>6</sup> Patientlag (2014:821).

ska göras för att identifiera riskpatienter samt för att utveckla förebyggande arbetssätt.

## **Hälsofrämjande och förebyggande arbete**

Ett hälsofrämjande och förebyggande arbete är en aspekt av kvalitet som innebär att arbeta för att förbättra och/eller bevara hälsa och livskvalitet. Det görs bland annat genom att skapa förutsättningar för social gemenskap och delaktighet för Malmöborna.

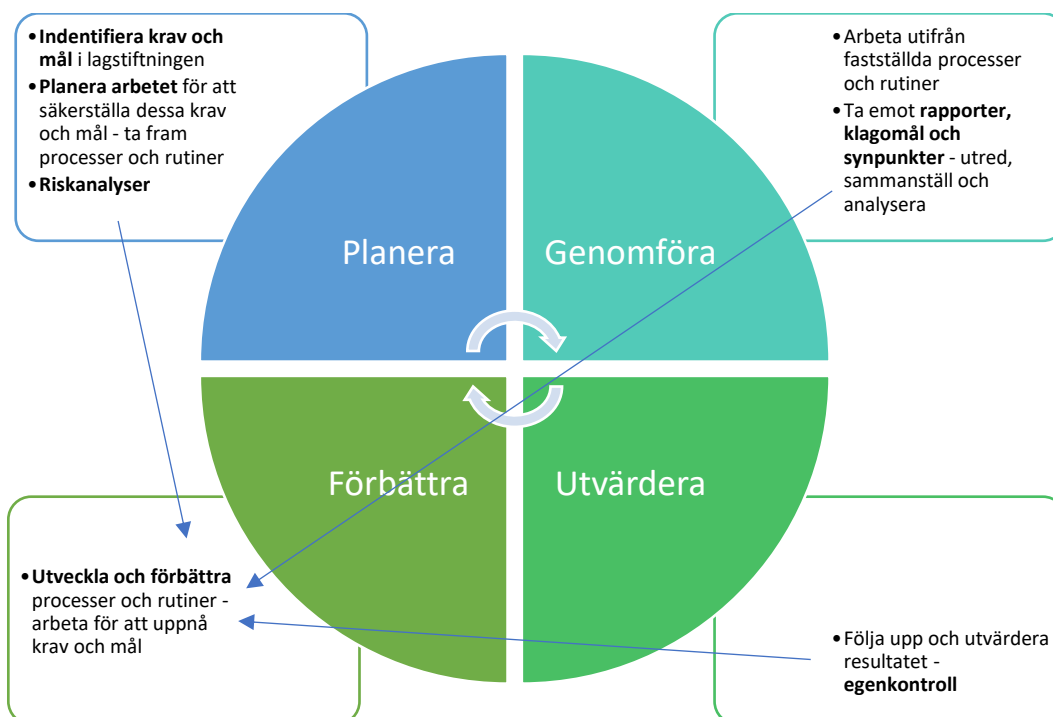
Samtliga avdelningar i förvaltningen ska arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att främja ett gott och hälsosamt åldrande.

## Metoder och verktyg för att uppnå kvalitet

I detta kapitel beskrivs viktiga verktyg som används inom förvaltningen för att säkra och utveckla kvalitet för Malmöbon.

Verktygen är till för att främja effektiva processer<sup>7</sup> och för att förebygga fel men även hantera fel på ett korrekt sätt om det inträffar, samt ta vara på lärdomarna för att undvika att framtida fel inträffar. De två kompletterande delarna, att arbeta för att förebygga risker och att hantera inträffade brister, är viktiga aspekter i kvalitetsarbetet. Bild 1 visar uppbyggnaden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet. De inre pilarna illustrerar fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna visar på att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma fram direkt under varje fas (planering, genomförande och utvärdering).

**Bild 1. Ledningssystemet som ett förbättringshjul**



Källa: Socialstyrelsens handbok för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete; 2012.

<sup>7</sup> En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller resultat.



## Egenkontroll - förhindra att det går fel

Egenkontrollen syftar till att följa upp den egna verksamheten för att säkerställa att verksamheten bedrivs enligt lagar och rutiner och att arbetet görs på rätt sätt. För detta används olika verktyg vilka beskrivs under nedanstående rubriker. Exempel utöver nedanstående är till exempel granskning av dokumentation, loggranskning, kollegial journalgranskning, granskning av skyddsåtgärder och granskning av privata medel.

## Punktprevalensmätning (PPM)

PPM-mätningen är nationell och organiseras av Sveriges kommuner och regioner (SKR). Den genomförs under ett antal veckor en gång om året och består i observationer kring följsamhet till de rutiner som finns om basal hygien och klädregler. Resultatet ligger till grund för utvecklings- och förbättringsarbete.

## Risk- och händelseanalys

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen använder SKR:s metod för risk- och händelseanalys men med anpassning till kommunal verksamhet. En risk- eller händelseanalys görs alltid ur ett patient- och brukarperspektiv. En riskanalys brukar beskrivas som att ”tänka efter före” och syftar till att identifiera och förebygga risker för patient och brukare vid till exempel införande av nya arbetssätt, rutiner eller organisationsförändringar. En händelseanalys avser att identifiera brister i systemet när en oönskad händelse eller avvikelse har inträffat och ska svara på följande frågor: Vad har hänt? Varför har det hänt? Hur gör vi för att det inte ska upprepas? Riskanalys och händelseanalys syftar till att ge förslag på åtgärder som ska göra att sannolikheten eller allvarlighetsgraden för risken minskar eller att händelsen inte upprepas. Förvaltningen har en risk- och händelseanalysgrupp som stödjer och hjälper verksamheterna om en risk eller händelse behöver analyseras.

## Intern kontroll

Intern kontroll syftar till att förhindra att det går fel i verksamheten. Det handlar om mer än enbart brukar- och patientperspektiv och kan till exempel gälla informationssäkerhet, upphandling och inköp eller risker som berör medarbetare. Förvaltningen arbetar med intern kontroll genom riskanalyser som utgår från olika teman som bestäms årligen. I arbetet deltar sakkunniga från förvaltningens olika verksamheter. Riskanalyserna visar när åtgärder

behöver vidtas eller om det finns behov av att närmare undersöka att saker genomförs på rätt sätt. Varje år beslutar nämnden om en intern kontrollplan.

## Kvalitetsregister

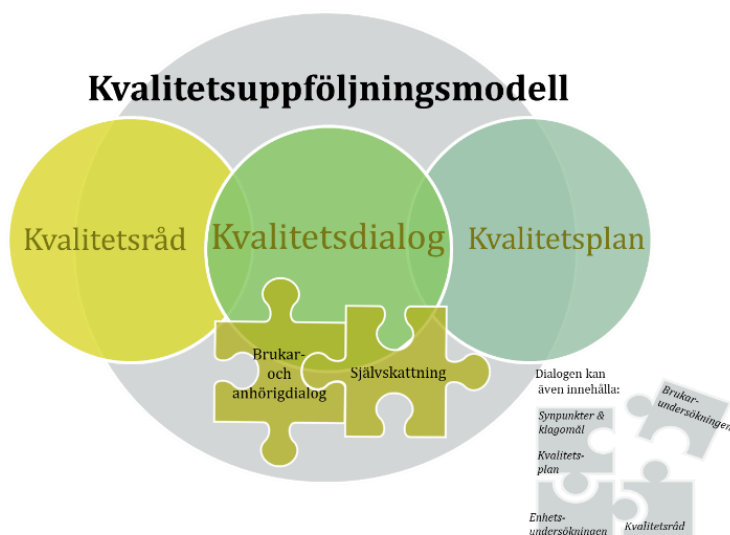
Nationella kvalitetsregister ger kunskap om hur vården och omsorgen fungerar och kan förbättras. Syftet med att arbeta med kvalitetsregister är att säkra en bra systematik för det förebyggande arbetet och att säkerställa en personcentrerad vård och omsorg och öka livskvaliteten för den enskilde. De kvalitetsregister som används inom förvaltningen är Senior alert, Palliativregistret, SveDem och svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Förvaltningen arbetar kontinuerligt med att utveckla användningen av kvalitetsregister i syfte att både kvalitetssäkra och utveckla verksamheten.

## Kvalitetsuppföljningsmodell

Kvalitetsuppföljningsmodellen är gemensam i hela förvaltningen och innebär ett systematiskt sätt att arbeta med kvalitetsuppföljning där dialogen utgör en grund. Den fokuserar både på att identifiera utvecklingsområden och förutsättningar men även att hitta framgångsrika arbetssätt. Modellen syftar också till att främja ett lärande klimat och ett kollegialt lärande.

Genom en strukturerad dialog skapas utrymme och förutsättningar för verksamhetsutveckling. Dialogerna i modellen bygger dels på en självskattning som medarbetarna genomför, dels på en brukar- och anhörigdialog där sektionschefer kontaktar brukare och anhöriga för att efterfråga deras upplevelse av det stöd och de insatser vi utför. Till det kan sektionschefen välja att ta in andra kvalitetsaspekter, exempelvis resultat från brukarundersökningen, synpunkts- och klagomålshantering eller annat som kan vara relevant för kvalitetsarbetet på sektionen.

**Bild 2. Kvalitetsuppföljningsmodellens tre ben**



Kvalitetsdialogerna sker på alla organisatoriska nivåer och bygger på varandra i en kedja där sektionerna utgör starten. Sista dialogen sker med avdelningscheferna och förvaltningschefen.

Syftet med den löpande brukar-och anhörigdialogen är att regelbundet efterfråga brukarens och anhörigas upplevelser av kvalitet på förvaltningens insatser. Det är ett sätt att arbeta förebyggande och samtalen ger nyanser, en ökad förståelse och direkt återkoppling om hur insatserna upplevs av brukare och anhöriga. Brukare och anhöriga har därigenom också en möjlighet att mycket snabbare få återkoppling och förändring utifrån sina behov och önskemål. Att aktivt efterfråga synpunkter och åsikter är också ett sätt att nå de individer som inte är så benägna att själva ge återkoppling.

Kvalitetsråden på sektionsnivå syftar till att arbeta med kvalitetsutveckling med utgångspunkt i verksamhetens avvikelser och är en del av förvaltningens systematiska kvalitetsarbete. Avvikelser utifrån socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt fallrapporter ska analyseras på kvalitetsråden. Arbetet knyter samman avvikelserapporteringen och sektionens kvalitetsarbete.

## **Brukarundersökning**

Förvaltningen använder resultaten från Socialstyrelsens brukarundersökning för att undersöka den upplevda nöjdheten. Resultatet ger underlag för att förbättra kvaliteten i linje med brukares åsikter och kunna uppmärksamma skillnader över staden och möjlighet att säkerställa en jämlik och jämställd upplevelse av omsorgen.

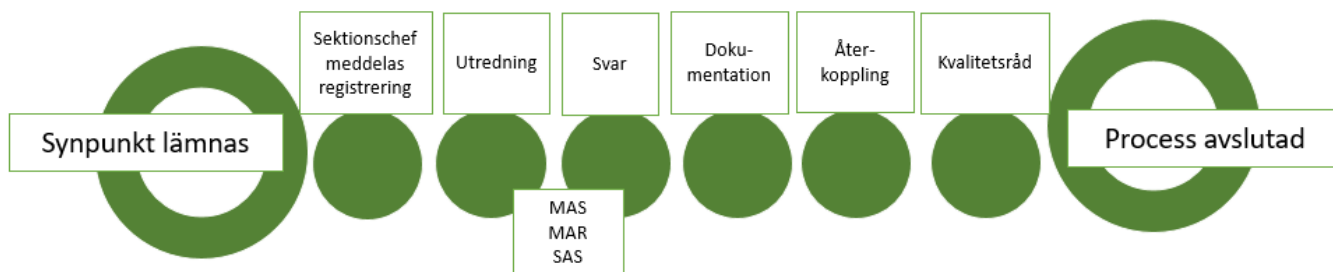
## **När det går fel**

Förvaltningen ska arbeta förebyggande inom ett flertal områden, men det händer att det går fel ändå. Förvaltningen har rutiner för att hantera till exempel synpunkter och klagomål på ett korrekt sätt med ansvarsfördelning kopplat till olika roller.

## **Synpunkter och klagomål**

Synpunkter kan vara av positiv eller negativ karaktär. De utgör en källa till möjligheter att förbättra verksamheten och kvaliteten. Samtliga medarbetare inom hälsa, vård och omsorg kan vara mottagare av synpunkter. Ett professionellt bemötande i sådana situationer är av största vikt.

**Bild 3. Process för synpunkter och klagomål**



Enskilda som inte är nöjda med den vård eller omsorg de fått ska i första hand lämna sina synpunkter till den verksamhet som ansvarat för insatsen.

Verksamheten ska bekräfta att de tagit emot synpunkten och ska lämna ett svar inom fyra veckor. Svaret ska innehålla en förklaring till vad som har hänt och formuleras så att det är lätt för den enskilde att förstå.

## Avvikelsehantering

Inom hälsa, vård och omsorg finns rutiner för att hantera hur avvikelser i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp. Med avvikelse avses att verksamheten inte når upp till krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och socialtjänst. All avvikelsehantering hanteras inom Malmö stads avvikelssystem.

Sammanställd information om avvikelser utifrån socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt fallrapporter ska ligga till grund för förbättringsarbete. På sektionsnivå sker det bland annat i kvalitetsråden.

## Anmälan enligt Lex Maria

I de fall det uppstått en händelse i verksamheten som medfört eller riskerar att medföra en allvarlig vårdskada görs en anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Med vårdskada avses i patientsäkerhetslagen lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses en vårdskada som är:

- bestående och inte ringa
- har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

## Anmälan enligt Lex Sarah

Vid vissa tillfällen inträffar det händelser i en verksamhet som är missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden som ska rapporteras enligt bestämmelserna om lex Sarah. Enligt socialtjänstlagen har alla ”som fullgör uppgifter inom socialtjänsten” en rapporteringsskyldighet.<sup>8</sup>

Förvaltningen utreder händelserna på uppdrag av nämnden. Om en handling eller en underlåtelse har medfört ett hot mot eller konsekvenser för enskildes liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa så är det ett missförhållande.

I de fall en händelse i verksamheten bedöms som ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande görs en anmälan enligt lex Sarah till IVO av socialt ansvarig samordnare (SAS).

## Riktlinjer och rutiner

Riktlinjer är ett övergripande direktiv eller anvisning för vad som ska utföras. Riktlinjer är oftast förvaltningsövergripande och tas ibland fram tillsammans med de två andra socialförvaltningarna i Malmö stad. Riktlinjerna kan ange gränsdragningar och ansvarsområden mellan olika förvaltningar för att en process ska kunna fungera även för brukare som är aktuella inom flera socialförvaltningar samtidigt.

Rutiner beskriver ett bestämt tillvägagångssätt dvs. hur en aktivitet ska genomföras. Rutinerna ska vara ett stöd för medarbetarna att agera rätt i olika situationer. När fel och misstag sker fyller också rutinerna en viktig funktion för att kunna utreda vad som hände och hur detta eventuellt skiljer sig från den specifika rutinen. Rutiner finns för en mängd olika områden och nivåer i organisationen. De ska säkra ett gemensamt och evidensbaserat arbetssätt och att vården och omsorgen är likvärdig för den enskilde.

Riktlinjer och rutiner finns på intranätet Komin.

## Patientsäkerhetsberättelse

Syftet med en patientsäkerhetsberättelse är att på ett transparent sätt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

---

<sup>8</sup> Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah, sid. 33.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år enligt patientsäkerhetslagen. Den ska beskriva hur förvaltningen har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården och hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.

Patientsäkerhetsberättelsen ska även redogöra för de resultat som uppnåtts under föregående år. Det kan till exempel handla om utvecklingen av vårdrelaterade infektioner, att förvaltningen har infört tekniska system för att få ned vårdskadorna, eller att insamlingen av data om vårdskador blivit effektivare med hjälp av nya rutiner.

## Dokumentation

Dokumentation ska ske i samband med den enskildes insatser för att kunna säkerställa kvalitet, kontinuitet, spårbarhet, tillgänglighet och rättssäkerhet. Utredning, bedömning, behov och beslut om insats enligt socialtjänstlagen dokumenteras av biståndshandläggarna utifrån IBIC (Individens behov i centrum) och ICF (klassifikation för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). Varje beslutad insats ska dokumenteras i verksamhetssystemen Lifecare och sedan verkställas så snart som möjligt.

Vård- och omsorgspersonal med ansvar för genomförandet av beslutad insats är också skyldiga att dokumentera. Dokumentationen för genomförande av beslutad insats omfattar såväl upprättande av genomförandeplan som löpande anteckningar enligt socialtjänstlagen och sker i Lifecare.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen och patientdatalagen<sup>9</sup> är all legitimerad personal skyldig att dokumentera. Beslutade åtgärder för den enskilde och förskrivna individuella medicin- och arbetstekniska produkter, ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen. Patientjournalen ska bidra till en god och säker vård. Samtliga åtgärder ska följas upp och det ska framgå om behandlingen har haft den avsedda effekten.

## Samverkan inom socialtjänst och hälso- och sjukvård

Många enskilda som kommer i kontakt med hälsa, vård och omsorg har sammansatta och komplexa behov som kräver samverkan mellan olika verksamheter, medarbetare och andra aktörer. Det finns processer och rutiner för hur samverkan ska ske såväl internt som externt. Syftet med samverkan är

---

<sup>9</sup> Patientdatalag (2008:355).

att klargöra ansvaret kring planeringen av vården och omsorgen om den enskilde. Samverkan sker mellan hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen, primärvården, specialistsjukvården samt vuxenpsykiatri. Samverkan sker också mellan olika verksamhetsområden och förvaltningar inom Malmö stad. De tre socialnämnderna i Malmö stad har en styrgrupp där funktioner från samtliga förvaltningar deltar med uppdrag att förbättra och upprätthålla samverkan mellan förvaltningarna för att tillsammans tillgodose målgruppens behov.<sup>10</sup> Förvaltningarna ska även ta fram en handlingsplan årligen som beskriver utvecklingsarbete gällande samverkan kring målgruppen.

Mellan regionen och hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen finns centrala former för samverkan som är:

- I samband med utskrivning från sluten vård på sjukhus sker vid behov samverkan.
- En individuell planering ska alltid genomföras när läkare bedömt att patienten befinner sig i livets slutskede (palliativ vård). Detta innebär att ansvarig sjuksköterska i samråd med patientansvarig läkare initierar samtal och planering med den enskilde och anhöriga.
- En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas då den enskilde har behov av insatser där mer än en huvudman ingår. Enligt *Lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*<sup>11</sup> ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna, om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.
- Samarbete inom ramen för mobilt vårdteam har sitt ursprung i hälso- och sjukvårdsavtalet.<sup>12</sup> Det är de mest sjuka med behov av kommunal hälso- och sjukvård och med omfattande vård- och omsorgsbehov som kan vara aktuella för inskrivning i mobilt vårdteam. Till gruppen räknas personer som bor i kommunens särskilda boenden inklusive boenden enligt LSS, i ordinärt boende eller tillfälligt vistas på korttidsplatser. Läkare från primärvården och den kommunala sjuksköterskan utgör kärnan i mobilt vårdteam och ska svara för det gemensamma uppdraget att vårda de mest sjuka i hemmet. Målgruppen definieras utifrån sex inklusionskriterier, varav minst fyra måste vara uppfyllda för

<sup>10</sup> Överenskommelse om samverkan mellan ASF, FSF, HVOF avseende vuxna och äldre; 2022.

<sup>11</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

<sup>12</sup> Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2016-01-19.

att inskrivning i den aktuella vårdformen ska kunna ske. Genom insatser från teamet undviker majoriteten av patienterna väntetider på akutmottagningen samt inläggning på sjukhus.



## Ansvar - vem gör vad?

Under detta kapitel beskrivs ansvarsfördelningen för olika roller inom nämnden och förvaltningen. Roller och ansvar utgör en viktig del av ledningssystemet för att säkerställa att det inte finns områden där ansvaret inte är definierat. Det ska finnas möjlighet till ett ansvarsutkrävande kopplat till olika roller och den kvalitet som dessa roller ska säkerställa inom organisationen.

### Nämnd

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden i Malmö stad arbetar utifrån det reglemente som kommunfullmäktige har beslutat om. I reglementet anges nämndens ansvarsområden som är sammanfattade nedan.

Grunduppdraget definieras av lagar, huvudsakligen socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Verksamheten riktar sig till tre målgrupper:

1. äldre människor
2. vuxna människor med fysisk funktionsnedsättning
3. vuxna människor med somatisk sjukdom.

Nämndens verksamhet ska präglas av likvärdighet i tillgången till stöd och hjälp för nämndens målgrupper samt god service. Nämnden ska beakta ett jämställdhets- och antidiskrimineringsperspektiv.

Nämnden ansvarar för att tillhandahålla förebyggande och uppsökande insatser avseende målgrupperna.

Nämnden fullgör uppgifter inom sitt område gällande kommunens hälso- och sjukvård.

Nämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är äldre, är vuxen och har en fysisk funktionsnedsättning eller är vuxen och långvarigt somatiskt sjuk.

Nämnden får tillhandahålla och ansvara för mötesplatser avseende nämndens målgrupper och ansvarar för handläggning av ansökningar om organisationsbidrag som gagnar ett ändamål, vilket faller inom nämndens ansvarsområde och utgör ett komplement till kommunens insatser.

## Förvaltning

Nämndens förvaltning är organiserad i fyra verksamhetsavdelningar och fem stabsavdelningar:

- Avdelning för myndighet
- Avdelning för hälsa och förebyggande
- Avdelning för ordinärt boende
- Avdelning för särskilt boende
- Ekonomiavdelning
- HR-avdelning
- Kommunikationsavdelning
- Strategisk utvecklingsavdelning
- Avdelning för digital utveckling och lokaler.

## Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs i överensstämmelse med gällande författningar, föreskrifter och rutiner. MAS /MAR ska också bedöma vilka övergripande processer och rutiner som behöver fastställas för att den kommunala hälso- och sjukvården ska uppfylla gällande krav och mål. Utifrån resultat av riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser ska MAS/MAR föreslå förbättringsåtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. MAS/MAR ska också rapportera till IVO om allvarlig vårdskada inträffat eller riskerat att inträffa. Slutligen ansvarar MAS/MAR för att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

## Socialt ansvarig samordnare

Socialt ansvarig samordnare (SAS) har kvalitetsansvar för det sociala innehållet utifrån gällande lagstiftningar och ansvarar för att följa upp, granska och säkerställa att den upprättade rutinen för social dokumentation följs. SAS ansvarar också för att inleda och utreda vid rapportering av missförhållande eller vid risk för missförhållande enligt lex Sarah samt anmäla allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden till IVO. SAS ska även föreslå förbättringsåtgärder inom ramen för socialtjänstlagen utifrån resultat av risk- och händelseanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser.

## Förvaltningschef

Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar att inom förvaltningen planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra genom det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningschefen ansvarar för att ha en kontinuerlig dialog och ge information till nämnden om kvalitetsutvecklingen inom verksamheten.

## Avdelningschef

Avdelningschefen har ett samlat ledningsansvar inom sin avdelning. Det innebär att inom sin avdelning planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra genom det systematiska kvalitetsarbetet. Avdelningschefen har även ansvar för att det finns de rutiner och vägledningar som behövs som omfattar den egna avdelningen.

Verksamhetsavdelningarnas avdelningschefer är även verksamhetschef och ansvarar därmed för att avdelningens hälso- och sjukvård bedrivs utifrån en god och säker vård genom 4 kap. 2 § HSL samt att följa de föreskrifter som finns på området.<sup>13</sup>

## Enhetschef

Enhetschefen har ansvar för att verksamheterna bedrivs i enlighet med de olika lagrum som ligger till grund för verksamheten samt Malmö stads styrdokument, policys och processer. Enhetschefen ska också inom enheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet. Enhetschefen samlar in analysunderlag för att kunna ta fram de åtgärder och beslut inom den egna och avdelningens ledningsgrupp som behövs för att tillgodose verksamheternas behov och säkerställa kvaliteten inom verksamheten. Enhetschefen ska skapa förutsättningar för sektionscheferna att driva verksamheterna med god kvalitet som utgår från Malmöbornas behov. I ansvaret ingår även att främja samarbete inom avdelningen och enheten samt mellan avdelningarna och enheterna i syfte att säkra kvaliteten för den enskilde.

## Sektionschef

Sektionschefen har ett övergripande ansvar att inom sektionen planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet. Sektionschefens uppdrag innefattar ansvar för verksamhet, kvalitet, ekonomi och medarbetare. Uppdraget hanteras utifrån de olika lagrum som ligger till grund för verksamheten samt Malmö stads styrdokument, policys, processer och rutiner.

---

<sup>13</sup> Avser avdelningschef för hälsa och förebyggande, myndighet, ordinärt boende och särskilt boende.

Sektionschefens tidsperspektiv är i första hand på årsbasis med fokus på förbättringar och lärande i det vardagsnära arbetet.

Sektionschefen skapar förutsättningar för medarbetarna genom att säkra en god arbetsmiljö, kompetensutveckling, handledning, rekrytering och tvärprofessionell samverkan.

## **Medarbetare**

Förvaltningen tillämpar tillitsbaserad styrning och ledning och eftersträvar en organisationskultur som präglas av trygghet, ansvarstagande, delaktighet, teamarbete och ett gott bemötande. Arbetet ska ske utifrån den nationella värdegrunden för äldreomsorg. Medarbetarna i hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen ska i mötet med den enskilde sträva efter att skapa meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet.

Medarbetare ska ta del av och arbeta efter de processer och rutiner som finns för den verksamhet som de arbetar i. De ansvarar också för att rapportera avvikelser utifrån socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

## Ledning och uppföljning

Utöver vad som ska uppnås inom kvalitet och utöver ansvarsfördelning och verktyg, har förvaltningen även utvecklat andra ledningsformer i syfte att uppnå kvalitet. Nämnden beslutar årligen om en budget som ska vara ledande för hur förvaltningen ska arbeta inom olika områden. Förvaltningen arbetar också utifrån fem fokusområden och verksamhetsavdelningarna leds genom upprättade avdelnings- och kvalitetsplaner.

## Mål och uppföljning i budget

Nämnden beslutar om en årlig budget. I denna finns indikatorer som svarar mot de mål som antagits av kommunfullmäktige i Malmö stad, vilka gäller för mandatperioden. Indikatorerna speglar det som behöver utvecklas för att nämnden och förvaltningen ska bidra till en utveckling i den riktning som kommunfullmäktigemålen anger.

Genom uppföljning och analys av indikatorerna två gånger om året, ges underlag för kvalitativa förflyttningar under mandatperioden.

## Fokusområden

Förvaltningen har identifierat fem fokusområden som anger riktningen på det som förvaltningen gemensamt ska fokusera på för att skapa förutsättningar för bästa möjliga hälsa, vård och omsorg.

**Bild 4. Förvaltningens fem fokusområden**



Fokusområdena anger det som förvaltningen behöver kraftsamla kring. De två första områdena, kvalitet i verksamhet och förebyggande arbete utgör det vi vill uppnå. Kompetensförsörjning, medarbetarskap och ledarskap samt området digitalisering och välfärdsteknik utgör förutsättningar för det vi vill uppnå.

Inom ramen för fokusområdena finns också en ramberättelse som anger förvaltningens målbild och löfte över vad som ska uppnås gentemot brukaren genom: ”Varje dag är viktigast!” Ramberättelsen används internt för att:

- ange och förtydliga förvaltningens ambitionsnivå
- uppnå samsyn i hela organisationen kring uppdraget, kvalitet och ansvar
- vara en inspiration i arbetet med att utveckla verksamheten
- vara en ledstjärna i arbetet med våra fokusområden.

## Avdelningsplaner och kvalitetsplaner

Avdelningsplaner tas fram på avdelningsnivå på respektive verksamhetsavdelning. Syftet med avdelningsplanen är att beskriva avdelningens målsättning och vad den vill uppnå på kort och lång sikt, med hänsyn till de politiska målen, förvaltningens övergripande mål och förändringar i omvärlden.

Kvalitetsplaner tas fram på enhets- och sektionsnivå inom verksamhetsavdelningarna. Syftet med kvalitetsplanen är att samla, tydliggöra och beskriva enheternas och sektionernas utvecklings- och förbättringsarbete, framför allt när det gäller att skapa kvalitet för brukare, patienter och anhöriga. Kvalitetsplanen på sektionsnivå är verksamhetsnära och utgår från t.ex. kvalitetsdialogerna, brukarundersökningen och sektionens arbetsmiljö. Kvalitetsplanerna möjliggör för sektionsschefen att tillsammans med medarbetarna arbeta för en långsiktig utveckling med förankring i det dagliga arbetet.