



Malmö stad

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

1	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	3
2	Tillämpningsområde	3
3	Kvalitet	4
3.1	Definition	4
3.2	Upplevd kvalitet	4
3.3	Kvalitet genom gemensamma värderingar	4
3.4	Hälsofrämjande och förebyggande arbete	5
3.4	Kvalitet i hälso- och sjukvården	5
4	Ansvar för ledningssystemet	6
5	Processer	11
5.1	Metod för processbeskrivning	11
5.2	Processer för hälsa, vård och omsorg i Malmö stad	11
6	Samverkan	13
7	Dokumentation	14
7.1	Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse	14
8	Systematiskt förbättringsarbete	15
8.1	Mål- och verksamhetsstyrning	16
8.2	Risk- och händelseanalys	17
8.3	Egenkontroll	18
8.4	Modell för kvalitetsuppföljning	18
8.5	Intern kontroll	18
8.6	Avvikelsehantering	19
Bilaga 1	21
Bilaga 2	22

1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Ett ledningssystem är ledningens stöd för att systematiskt och fortlöpande säkerställa och utveckla verksamhetens kvalitet. Ett kvalitetsledningssystem är ett system av metoder och regler för hur organisationen ska bedriva arbetet för att säkra kvaliteten för dem organisationen är till för.

Vad är ett ledningssystem?

Socialstyrelsen har antagit föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dessa trädde i kraft den 1 januari 2012. Föreskrifterna är gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter enligt LSS. Enligt Socialstyrelsen ska ledningssystemet användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Ett genomtänkt och välkänt ledningssystem gör verksamheten mer transparent och spårbar. Det ska gå att ta reda på varför en process fungerar som den gör eller varför ett beslut har tagits. Det ska vara möjligt för medarbetarna att förstå hur deras arbete hänger ihop med de politiska målen. Detta hjälper till att skapa förtroende för kommunen och ger trygghet för medarbetare som arbetar i verksamheten.

2 Tillämpningsområde

Ledningssystemet utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd och ska enligt 1 kap. 1 § SOSFS 2011:9 tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i sådan verksamhet som omfattas av någon eller några av följande bestämmelser:

- [Socialtjänstlagen \(2001:453\)](#)
- [Hälso- och sjukvårdslagen \(2017:30\)](#)
- [Patientsäkerhetslagen \(2010:659\)](#)

Socialtjänstlagen 3 kap. 1-3 § anger att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För utförandet av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Till uppgifterna hör även att genom uppsökande verksamhet främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden. Enligt 5 kap. 10 § SoL är verksamheten också skyldig att erbjuda anhörigstöd.

Hälso- och sjukvårdslagens 5 kap. 1-4 § anger att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Patientsäkerhetslagens 3 kap. anger vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Utöver nämnda lagar, finns ytterligare lagar, författningar och allmänna råd samt kommunala riktlinjer och beslut, som utgör förutsättningar för nämndens ansvarsområde och uppgifter. Hit räknas nämndens reglemente, delegationsordning, politiska mål och planer för verksamheten,

budget och ekonomi m.m.

3 Kvalitet

3.1 Definition

Kvalitet skapas ytterst i mötet mellan organisationens medarbetare och den enskilde¹. Kvalitet inom hälsa, vård och omsorg kan beskrivas som förmågan att kunna tillfredsställa den enskildes uttalade och underförstådda 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.

Socialstyrelsen definierar kvalitet som 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 föreskrifter². Socialstyrelsen framhåller även att god kvalitet förutsätter att vården är kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig och jämlik.³

Kvalitet

Alla medarbetare inom hälsa, vård och omsorg är i mötet med den enskilde bärare av kvalitet i sitt dagliga arbete.

3.2 Upplevd kvalitet

Verksamheten måste på ett tydligt sätt kommunicera vad den enskilde kan förvänta sig av sin vård och omsorg. Detta görs genom bland annat vårdplaneringar, utredning och uppföljning av biståndsbeslut, hembesök, välkomstsamtal på särskilt boende, i kontakt med anhöriga, vid upprättande och uppföljning av genomförandeplaner och vårdplaner samt i kommunikation av Malmö stads värdighetsgarantier.

Verksamheten måste också löpande ta reda på den enskildes upplevelse av kvalitet i syfte att utveckla och anpassa sin service. Upplevelsen av kvalitet mäts genom bland annat den årliga nationella brukarundersökningen och i utvärderingar av aktiviteter utifrån de politiska målen.

3.3 Kvalitet genom gemensamma värderingar

Genom att arbeta utifrån gemensamma, grundläggande värderingar skapas och upprätthålls kvaliteten i verksamheten. Inom hälsa, vård och omsorg ska allt arbete genomsyras av den nationella värdegrunden (5 kap. 4 § SoL) som är inriktad på att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. En god vård ska bland annat tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § HSL).

Alla Malmöbor oavsett kön, ålder, funktionsförmåga, etnicitet, religion, socioekonomisk bakgrund, sexuell läggning eller könsidentitet har rätt till en likvärdig service. För att uppnå detta

¹ Brukare, patienter och anhöriga.

² 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

³ SOU 2017:21 Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, sid 120.

krävs att ett jämställdhets- och antidiskrimineringsperspektiv integreras i allt kvalitetsarbete, och att varje enskilt möte präglas av respekt.

Det finns även en gemensam värdegrund som ska genomsyra hur alla medarbetare arbetar och förhåller sig till kollegor, Malmöbor och andra som kommer i kontakt med kommunen. Den innebär att möta varje människa med förståelse och respekt, att ha ett stort engagemang och att använda sin kreativitet för att skapa förbättringar.

3.4 Hälsöfrämjande och förebyggande arbete

Ett hälsofrämjande och förebyggande arbete är en aspekt av kvalitet som innebär att arbeta för att förbättra livskvaliteten och att skapa förutsättningar för social gemenskap och delaktighet för medborgarna. Upplevelsen av delaktighet och att ingå i ett sammanhang är därför centrala delar i känslan av välbefinnande. Mer specifikt kan ett förebyggande arbete innebära att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt. Detta innebär att som medarbetare ha en helhetssyn med fokus på det friska och att stödja den enskilde i att tillvarata sina egna resurser.

Nationell värdegrund för äldreomsorgen

Den nationella värdegrunden (5 kap. 4 § SoL) för äldre är inriktad på att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå det behöver vi bland annat värna och respektera den enskilda personens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning. Detta innebär att ett salutogent förhållningssätt ska prägla arbetet inom vård och omsorg. Vägledande i alla situationer ska vara att skapa meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet. Arbetet ska bygga på en helhetssyn samt respekt för den enskildes behov av trygghet, självbestämmande, integritet och självständighet. Insatserna ska ges på ett sådant sätt att den enskilde och omgivningens resurser tillvaratas.

3.4 Kvalitet i hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdsinsatser ska genomsyras av ett personcentrerat perspektiv där den enskildes behov och delaktighet styr den legitimerade medarbetarens utredande, behandlande och förebyggande åtgärder. Det innebär bland annat att målen ska utformas med ett patientperspektiv och enligt den enskildes önskemål. Enligt patientlagen (2014:821) 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 förstätt informationen.

[Rutin för journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården](#)

All hälso- och sjukvård ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska personcentrerad omvårdnad särskilt genomsyra omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Vidare ska Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer genomsyra all vård och omsorg. Risker ska identifieras och adekvata åtgärder vidtas för att vidmakthålla munhälsa och förebygga/behandla undernäring, fall, trycksår, och blåsdysfunktion. Registrering i nationella kvalitetsregister för vård och omsorg ska göras för att identifiera riskpatienter samt för att utveckla förebyggande arbetssätt.

Den enskilde ska få en god och värdig vård i livets slutskede. Det innebär symptomkontroll, samarbete i ett tvärprofessionellt team, god kommunikation och relation mellan den enskilde och medarbetaren samt stöd till anhöriga.

4 Ansvar för ledningssystemet

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden i Malmö stad har det yttersta ansvaret för att det finns ett ledningssystem och ansvarar för att nämnden och dess arbetsutskott kontinuerligt följer upp det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningsdirektören för hälsa, vård och omsorg ansvarar för att verkställa, leda och utveckla ledningssystemet.

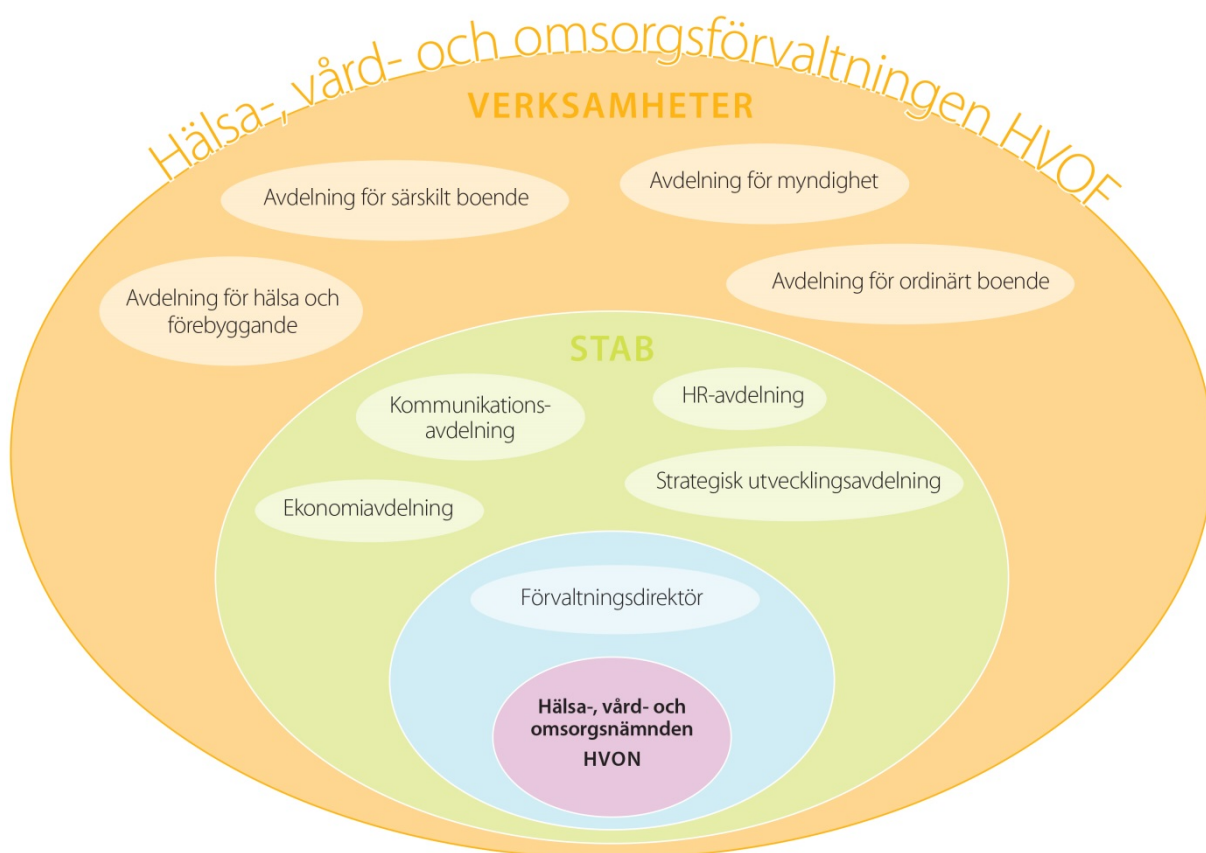


Bild 1: Organisationsskiss för hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen.

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

Nämnden har det yttersta ansvaret, är vårdgivare och ansvarar också för att:

- följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra sin verksamhet
- planera och utveckla verksamheten i enlighet med statliga och kommunala mål
- omvärldsbevaka och utgå ifrån och bedriva ett kunskapsbaserat utvecklingsarbete⁴ inom sitt ansvarsområde

⁴ Kunskapsbaserat utvecklingsarbete innebär att vård och omsorg utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och där den enskildes erfarenheter tas till vara. Källa: God vård och omsorg i socialtjänsten, Socialstyrelsen

- årligen fastställa en förvaltningsövergripande nämndsbudget – verksamhet och ekonomi som bygger på nämndens mål, direktiv samt omvärldsbevakning.

Förvaltningsdirektör

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

- ledningssystemet minst en gång per år ses över och vid behov revideras
- samverka såväl internt som externt i syfte att säkra kvaliteten för den enskilde
- introduktion sker av nyanställda avdelningschefer och att säkerställa att de har den kompetens de behöver.

Avdelningschef

Avdelningschefen har ett samlat ledningsansvar inom sin avdelning och ansvarar för att:

- avdelningens hälso- och sjukvård bedrivs utifrån en god och säker vård utifrån 4 kap. 2 § HSL vilket innebär att vara verksamhetschef samt att följa de föreskrifter som finns på området⁵
- kvaliteten inom avdelningen säkerställs genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet
- kommunicera och omsätta hälsa- vård och omsorgsnämndens mål till verksamheterna i form av åtaganden, i ansvaret ligger också att de politiska målen, avdelningens åtaganden och aktiviteter följs upp och analyseras regelbundet
- utifrån definierade framgångsfaktorer tillsammans med enhetscheferna ta fram en gemensam handlingsplan för avdelningen och under året följa upp denna
- årsanalys, kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen
- samverka såväl internt som externt i syfte att säkra kvaliteten för den enskilde
- introduktion sker av nyanställda enhetschefer och säkerställa att de har den kompetens de behöver.

Enhetschef

Enhetschefen har ett övergripande ansvar att inom enheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet och ansvarar för att:

- arbeta efter upprättad handlingsplan utifrån definierade framgångsfaktorer och löpande följa upp aktiviteter inom enheten

⁵ Avser avdelningschef för hälsa och förebyggande, myndighet, ordinärt boende och särskilt boende.

- fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet
- driva förbättringsarbetet utifrån avvikelshantering och följa upp att regelbundna egenkontroller genomförs inom enheten
- identifiera verksamhetsspecifika processer och rutiner som behövs för att säkra enhetens kvalitet samt stödja sektionschefer i det systematiska kvalitetsarbetet
- samverka såväl internt som externt i syfte att säkra kvaliteten för den enskilde
- arbeta för att den nationella värdegrunden (5 kap. 4 § SoL) förankras och genomsyrar enheten
- introduktion sker av nyanställda sektionschefer och säkerställa att de har den kompetens de behöver
- kommunikation och spridning av goda exempel på genomförda förbättringar samt att erfarenhetsutbyte sker inom enheten
- dokumentation sker inom verksamheten utifrån lagrummen HSL och SoL enligt fastställda rutiner.

Sektionschef

Sektionschefen har ett övergripande ansvar att inom sektionen planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet och ansvarar för att:

- tillsammans med medarbetarna upprätta handlingsplan utifrån definierade framgångsfaktorer samt att under året löpande följa upp denna
- arbeta för att den nationella värdegrunden (5 kap. 4 § SoL) förankras och genomsyrar sektionen. Det salutogena arbetssättet ska vara vägledande i det dagliga arbetet såväl i mötet med den enskilde som för medarbetarna
- bidra till att identifierade processer tydliggörs och att nödvändiga rutiner finns upprättade för att säkra sektionens kvalitet
- alla medarbetare inom sektionen känner till de rutiner som är aktuella för verksamheten och arbetar i enlighet med dessa
- fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, genomföra egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser
- tillsammans med medarbetarna och andra involverade yrkesprofessioner bedriva förbättringsarbete genom att analysera avvikelser och bakomliggande orsaker samt föreslå förbättringsåtgärder
- information till medarbetare om rapporteringsskyldigheten ska ske löpande under året och vid introduktion av nyanställda

- dokumentation sker inom verksamheten utifrån lagrummen HSL och SoL **enligt fastställda rutiner**
- samverka såväl internt som externt i syfte att säkra kvaliteten för den enskilde
- introduktion sker av nyanställda och se till att samtliga anställda har den kompetens de behöver
- inom enheten kommunicera och sprida goda exempel på genomförda förbättringar samt i övrigt utbyta erfarenheter.

Medarbetare

Medarbetarna i hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen ska i mötet med den enskilde⁶ sträva efter att skapa meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet och ansvarar för att:

- aktivt delta i upprättandet av handlingsplan på sektionsnivå utifrån definierade framgångsfaktorer och i uppföljningen av denna
- arbeta utifrån den nationella värdegrunden (5 kap. 4 § SoL)
- rapportera avvikelser i verksamheten
- känna till rutiner kring rapportering och hantering av missförhållanden enligt lex Sarah
- vara uppmärksam på potentiella risker som skulle kunna leda till avvikelser och bidra till att ge förslag på förbättringsåtgärder
- uppmuntra den enskilde att lämna synpunkter på verksamheten som en del i ett systematiskt förbättringsarbete
- ta del av, och arbeta efter, aktuella processer och rutiner samt uppmärksamma ej fungerande processer och rutiner
- **följa rutin för social dokumentation.**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS ansvarar för att det bedrivs vård med en hög patientsäkerhet och med god kvalitet enligt gällande författningar, föreskrifter, processer och rutiner och ansvarar för att:

- fastställa vilka övergripande processer och rutiner som behövs för att den kommunala hälso- och sjukvården ska uppfylla gällande krav och mål
- följa upp att arbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs utifrån fastställda processer och rutiner och i samarbete med verksamheten följa upp kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården
- kvalitetssäkra avvikelshantering enligt HSL, samt att utreda händelser i verksamheten

⁶ Brukare, patienter och anhöriga

som har medfört eller hade kunnat medföra en **allvarlig** vårdskada enligt lex Maria och anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg

- årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse i samarbete med MAR, kvalitetsutvecklare och chefer inom varje verksamhetsområde.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAR ansvarar för att det bedrivs rehabilitering med en hög patientsäkerhet och med god kvalitet enligt gällande författningar, föreskrifter och rutiner och ansvarar för att:

- fastställa vilka övergripande processer och rutiner som behövs för att den kommunala rehabiliteringen ska uppfylla gällande krav och mål
- utarbeta rutiner gällande den kommunala rehabiliteringen för övergripande processer och rutiner vad gäller medicintekniska produkter
- följa upp att arbetet inom den kommunala rehabiliteringen och hjälpmedelshanteringen bedrivs utifrån fastställda processer och rutiner
- följa upp att arbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs utifrån fastställda processer och rutiner och i samarbete med verksamheten följa upp kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården
- genomföra utredning enligt lex Maria och ansvara för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gällande händelser inom specifikt rehabilitering som har medfört eller hade kunnat medföra **allvarlig** vårdskada.
- årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse i samarbete med MAS, kvalitetsutvecklare och chefer inom varje verksamhetsområde.

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

SAS har ett kvalitetsansvar med fokus på det sociala innehållet utifrån gällande lagstiftningar och ansvarar för att:

- godkänna gjorda analyser och åtgärder i samband med avvikelser inom SoL på sektionsnivå
- inleda och ansvara för utredningar vid rapportering av missförhållande eller vid risk för missförhållande enligt lex Sarah samt anmäla allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden **till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)**
- **följa upp, granska och säkerställa att de upprättade rutinerna för social dokumentation följs**
- i dialog med enhets- och sektionschef föreslå förbättringsåtgärder inom SoL utifrån resultat av riskanalys, händelseanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser
- årligen upprätta en kvalitetsberättelse i samarbete med chefer inom varje verksamhetsområde

- genomföra kvalitetsuppföljningar efter behov i verksamheten
- vid behov vara verksamheten behjälplig i utredningar, intervjuer och med information till medarbetare på arbetsplatserna.

5 Processer

För att säkra verksamhetens kvalitet behöver varje verksamhet bedöma vilka processer och rutiner som behövs för detta. En process kan definieras som en serie aktiviteter som skapar ett värde för dem som organisationen är till för. Till varje identifierad process kopplas ett antal rutiner. Rutinerna beskriver ett tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras samt beskriver vem som gör vad. Som ett stöd i arbetet kan det finnas checklistor, mallar, blanketter, formulär med mera.

Brukarens behov spänner över olika delar i verksamheten. Grundläggande är därför att organisatoriska gränser inte får hindra en helhetssyn på kvalitetsarbetet. Processens resultat är beroende av ett välfungerande samspel mellan medarbetare och den enskilde, men också att arbetsrutiner är gjorda efter den enskildes behov och följs i det dagliga arbetet. Varje rutin ska regelbundet följas upp och vid behov revideras.

5.1 Metod för processbeskrivning

Processbeskrivning kan användas som en metod för förbättringsarbete. Beskrivningen ska i första hand ske ur ett brukarperspektiv då det är för brukarens skull som processen finns. Detta kan exempelvis vara att minska dubbelarbete, förtydliga, lägga till eller ta bort en rutin i syfte att förbättra för den enskilde. Beskrivningen ska vara på en sådan detaljnivå att det går att se om förbättringar behöver göras.

Processbeskrivningar ska revideras regelbundet i syfte att utvärdera dess värde för brukarna. Analyser av verksamhetens resultat och information från bland annat egenkontroll, avvikelserapporter samt riskanalyser ger underlag till förbättrings- och utvecklingsarbete av verksamheternas processer. Processbeskrivningar och rutiner ska finnas tillgängliga för berörda medarbetare och chefer.

5.2 Processer för hälsa, vård och omsorg i Malmö stad

Processer kan delas in i olika kategorier: huvudprocesser, delprocesser, ledningsprocesser och stödjande processer.

Huvudprocesser

Huvudprocesser beskriver kärnverksamheten och är till för den enskilde. Inom hälsa, vård och omsorg finns ett fåtal processer som tillsammans utgör organisationens huvudsakliga verksamhet – huvudprocesser. Huvudprocesserna kan i sin tur brytas ner och kartläggas i delprocesser.

Ledningsprocesser

Dessa behövs för att styra och koordinera huvud- och stödprocesserna. Processen för styrning, ledning och utveckling med mål är ett exempel på ledningsprocess inom hälsa, vård och omsorg.

Stödjande processer

Dessa är processer som förser huvudprocesserna med nödvändigt stöd. Exempel på stödprocesser inom hälsa, vård och omsorg är processer för HR, ekonomi, kommunikation, kvalitetsutveckling och IT.

Nedan visas de huvudprocesser som är aktuella för hälsa, vård och omsorg i Malmö stad. Dessa är av en mer övergripande karaktär och illustrerar huvuduppdraget för förvaltningen som helhet och för de olika avdelningarna. Först visas den övergripande huvudprocessen. Den är gemensam och gäller för nämndens alla verksamhetsområden. Vidare illustreras de fem huvudprocesserna för verksamhetsområdena myndighet, hälso- och sjukvård, ordinärt- samt särskilt boende och hälsa och förebyggande i Malmö stad. Tillhörande rutiner visas inte i processbeskrivningarna utan återfinns på Malmö stads intranät under respektive avdelning.

Processbeskrivningarna inleds med ett behov hos den enskilde. Genom en rad aktiviteter i processen är målet att tillgodose den enskildes behov. För att processen ska kunna skapa värde, krävs det att rätt saker utförs på rätt sätt och i rätt tid och att den enskilde får en god upplevelse av den service som ges. De olika färgerna symboliserar verksamheternas processer, dels för var och en men också där samverkan och möten mellan de olika verksamheterna sker.



Bild 2: Visar huvudprocessen för hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen i Malmö stad



Bild 3: Huvudprocess för hälsa- och förebyggande hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen i Malmö stad.

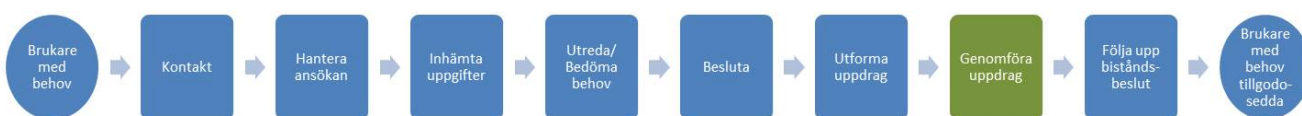


Bild 4: Huvudprocess för bistånd inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen i Malmö stad



Bild 5: Huvudprocess för ordinärt boende inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen i Malmö stad

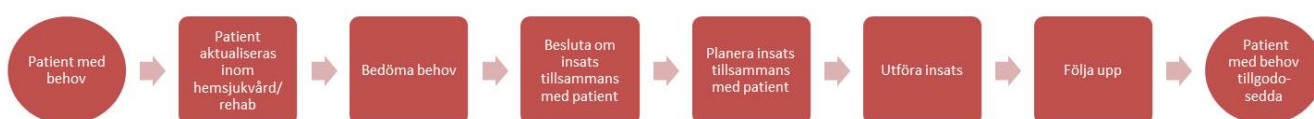


Bild 6: Huvudprocess för HSL inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen i Malmö stad



Bild 7: Huvudprocess för särskilt boende inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen i Malmö stad

6 Samverkan

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. Processer och rutiner för hur samverkan ska ske såväl internt som externt måste därför fastställas. Syftet med samverkan är att klargöra ansvaret kring planeringen och vården för den enskilde.

Definition av samverkan

”Ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan och som fyller ett visst syfte. Samverkan kan exempelvis ske inom och mellan enheter, myndigheter och samhällsaktörer och kan handla om ett aktivt utbyte av information eller att planera gemensamma aktiviteter.”
(Socialstyrelsens termbank)

Det finns idag samverkan mellan kommunen, primärvården, specialistsjukvården samt vuxenpsykiatri. Samverkan sker också mellan olika verksamhetsområden och förvaltningar inom Malmö stad. Detta sker i syfte att kunna ge bättre och säkrare vård och omhändertagande för de mest sjuka och för enskilda med vårdbehov som måste tillgodoses från flera olika huvudmän. Samverkan sker också med föreningar, frivilligorganisationer och med högskolor och universitet.

En annan viktig form av samverkan är den mellan de olika yrkesprofessionerna. Genom en välfungerande teamsamverkan säkerställs vården och omsorgen. Teamets huvudsakliga uppdrag är därför att professionerna bidrar med sin respektive kompetens i syfte att vården och omsorgen ska bli säkrare, tryggare och mer sammanhållen för den enskilde.

Centrala former för samverkan mellan olika huvudmän är:

- I samband med utskrivning från sjukhus sker vid behov **samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård**.
- 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 till samtal och planering med den enskilde och anhöriga.
- SIP (samordnad individuell plan). En SIP ska upprättas då den enskilde har behov av insatser där mer än en huvudman ingår. En SIP kan initieras av kommunen eller av Region Skåne eller den enskilde. I planen ska respektive huvudmans ansvar tydligt framgå. Enligt *lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård* ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna, om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den landstingsfinansierade

öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen.

- Mobilt vårdteam i Malmö består av sjuksköterskor från Malmö stad och av läkare och **koordinator** från Region Skåne och är ett mobilt team. Teamet riktar sig delvis till patienter som är tidvis sviktande och är i behov av punktinsatser. Detta görs genom insatser i hemmet **i ordinärt boende eller i hemmet** i det särskilda boendet. Tillsammans med den enskilde sker samverkan med berörda professioner såsom omvårdnadspersonal, leg. arbetsterapeut och leg. fysioterapeut/sjukgymnast och biståndshandläggare i form av en SIP. Teamet ska arbeta inom ramen för hälso- och sjukvårdsavtalet **mellan Region Skåne och de skånska kommunerna**. Detta görs genom insatser i hemmet. Genom insatser från teamet undviker majoriteten av patienterna väntetider på akutmottagningen samt inläggning på sjukhus.

7 Dokumentation

Dokumentation ska ske i samband med den enskildes insatser för att kunna säkerställa kvalitet, kontinuitet och rättssäkerhet samt för att göra verksamheten spårbar och lättillgänglig. Dokumentation ska även ske på ledningsnivå då det gäller att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det gäller både ledningssystemets uppbyggnad och det systematiska förbättringsarbetet som bedrivs med hjälp av ledningssystemet.

Alla medarbetare som arbetar inom hälsa, vård och omsorg är skyldiga att dokumentera. 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/ProCapita och verkställighet ska ske i anslutning till beslut.

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 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. Genom användning av ICF skapas ett gemensamt och strukturerat språk som bidrar till förbättrad teamsamverkan och tvärprofessionell kommunikation. Detta leder till ökad patientsäkerhet.

Dokumentation

All dokumentation ska präglas av respekt för den enskilde, vara saklig, objektiv och av vikt.

7.1 Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare, d.v.s. hälsa-, vård- och omsorgsnämnden, senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse avseende föregående kalenderår. Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden godkänner också senast före den 1 mars varje år en

kvalitetsberättelse avseende föregående kalenderår.

Patientsäkerhetsberättelsen upprättas av MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) och MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering). Berättelsen ska bland annat innehålla hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten, hur patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats. Den ska även beskriva hur samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada och hur risker för vårdskador har hanterats.

Kvalitetsberättelsen upprättas av SAS (socialt ansvarig samordnare) i samarbete med cheferna inom varje verksamhetsområde. Den innefattar analyser som har genomförts under året, samt resultat från riskanalyser, avvikelserapporter och förbättrings- och utvecklingsarbete.

8 Systematiskt förbättringsarbete

Ett systematiskt förbättringsarbete inom hälsa, vård och omsorg innebär att chefer och medarbetare på ett strukturerat sätt ska arbeta med förbättringar i verksamheten. Förbättringarna ska fokusera på den enskilde och sätta dennes behov i centrum. Goda exempel på förbättringar ska spridas och tas om hand på ett systematiskt sätt. Chefer på alla nivåer har ett ansvar och en viktig funktion genom att göra mål och krav kända, efterfråga resultat och att följa upp motgångar och framgångar. Arbetssättet med systematiska förbättringar kan illustreras genom det så kallade PGSA-hjulet, där de fyra stegen i processen framgår.

Planera: Beskriv området/processen. Bestäm vad som ska göras. Sätt mätbara mål. Planera aktiviteter.

Göra: Genomför de aktiviteter som planerats.

Studera: Utvärdera resultatet för att ta reda på om aktiviteterna medförde en förbättring för brukarna/patienterna.

Agera: Använd de delar som blev bra. Analysera det som inte blev bra och gör en ny planering.

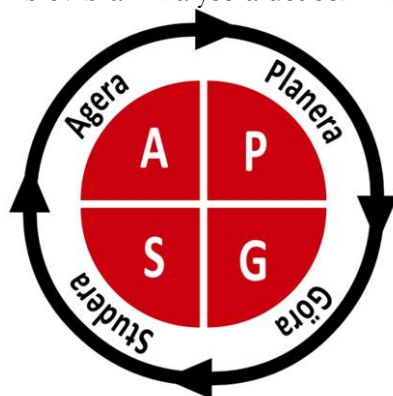


Bild 8: Visar PGSA-hjulet och arbetsgången med systematiska förbättringar

Vid förändringsarbeten finns det en risk att stor kraft läggs på planering och genomförande, utan att mätningar alltid görs för att säkerställa att förändringen blir till en förbättring. Därför är det av vikt att vid förändringar alltid fråga sig om arbetet sker enligt PGSA-modellens alla steg.

Ett sätt att arbeta med systematiskt förbättringsarbete är Malmö stads modell för målstyrning.

8.1 Mål- och verksamhetsstyrning

Malmö stads modell utgörs av en målkedja som består av kommunfullmäktigemål, och nämndsmål, från respektive KF-budget och nämndsbudget, som omsätts i förvaltningens åtaganden och aktiviteter. Målstyrning innebär att olika nivåer av organisationen ges tydliga roller och ansvar. Kommunfullmäktige och nämnden visar på *vad* det är som ska uppnås medan förvaltningen svarar på *hur* detta ska göras.

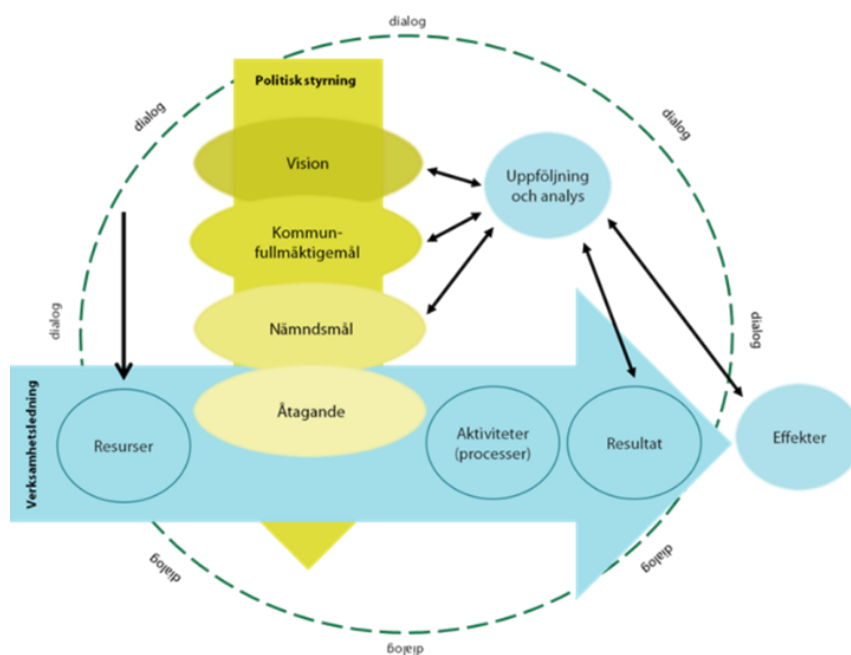


Bild 9: Visar styrkedjan från kommunfullmäktigemål och nämndsmål till förvaltningens åtaganden och aktiviteter

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen har valt att använda ett urval av målområdena i nämndsbudgeten som strategiska målsättningar för förvaltningens verksamhetsavdelningar. Nämndsmål som istället är av mer övergripande karaktär utvecklas och samordnas inom strategiska utvecklingsavdelningen i samråd med verksamhetsavdelningarna.

Inspirerat från modell för *balanserad styrning* (ett verktyg för verksamhetsstyrning) arbetar verksamhetsavdelningarna med att bryta ned de strategiska målen inom olika perspektiv, se bild nedan. Genom att styra med mål, identifiera framgångsfaktorer, upprätta handlingsplaner och till viss del följa utvecklingen med utvalda mått, uppnås en tydligare helhetsbild av vad verksamheten ska uppnå. Detta möjliggör kommunikation och lärande som ligger till grund för förbättring och kvalitetsutveckling.



Bild 10: Visar arbetssätt med inspiration från modell för balanserad styrning inom hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen.

Inom hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen ska chefer och medarbetare tillsammans planera för och följa upp verksamhetens aktiviteter med utgångspunkt i definierade framgångsfaktorer och gemensam handlingsplan. Chefen ansvarar för att involvera och tillvarata kompetensen hos medarbetarna i kvalitetsarbetet. Medarbetarna i sin tur ansvarar för att bidra aktivt i både planering, genomförande och uppföljning av aktiviteter i handlingsplanen. Genom delaktighet i kvalitetsarbetet skapas en gemensam förståelse för vem vi är till för, vart vi ska och hur verksamheten kan utvecklas.

8.2 Risk- och händelseanalys

Genom att arbeta systematiskt med risk- och händelseanalyser kan kraven inom HSL och SoL bättre uppnås. Kvaliteten och riskmedvetenheten inom hälsa, vård och omsorg utvecklas där alla i organisationen ”tänker efter före”, något som bidrar till att lärandet i organisationen utvecklas. I Malmö stad används en metod för risk- och händelseanalys som är anpassad efter kommunal verksamhet. Samtliga chefer bör regelbundet genomgå utbildning i risk- och händelseanalys.

8.2.1 Riskanalys

En viktig grund i det systematiska kvalitetsarbetet är att identifiera och åtgärda risker som finns i olika delar av verksamheten. Risk kan definieras som en oönskad händelse som, om den inträffar, kan förhindra eller försvåra arbetet i organisationen.

Syftet med en riskanalys är att ur ett brukar- och patientperspektiv minska och förebygga risker och att kvalitetssäkra vård- och omsorgsarbetet. Utifrån de identifierade riskerna tas sedan åtgärder fram. Riskanalyser bidrar till ett ökande lärande och att skapa en säkerhetskultur i verksamheten.

8.2.2 Händelseanalys

Händelseanalys kan göras när en oönskad händelse eller avvikelse har inträffat. En händelseanalys utgår ifrån att negativa händelser beror på brister i systemet som exempelvis rutiner, arbetsmiljö, bemanning, kommunikation, samarbete eller ledarskap. En händelseanalys ska svara på följande frågor: Vad har hänt? Varför har det hänt? Hur gör vi för att det inte ska upprepas? En händelseanalys leder fram till förslag på åtgärder som ska göra att händelsen inte ska upprepas.

[Risk- och händelseanalys på intranät Komin](#)

8.3 Egenkontroll

För hälsa, vård och omsorg innebär egenkontroll att respektive verksamhet årligen följer upp hur aktuella processer och rutiner fungerar. Egenkontroll⁷ syftar till att säkra verksamhetens kvalitet genom att organisationen lär av sina misstag och lyfter fram det som är bra.

Förbättringsarbetet sker löpande under året med regelbundna uppföljningar. De förbättringsområden och framgångsfaktorer som framkommer vid egenkontrollen ska dokumenteras. En arbetsmall finns att använda som stöd i arbetet.

[Arbetsmall för egenkontroll på intranät Komin](#)

Egenkontrollen görs med fördel tillsammans med olika yrkeskategorier i verksamheten t.ex. omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut.

Egenkontroll

Egenkontroll innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem (2 kap. 1 § SOSFS 2011:9).

8.4 Modell för kvalitetsuppföljning

Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen pågår ett arbete med att ta fram en modell för kvalitetsuppföljning. Modellen baseras på införande av *kvalitetsdialoger* på alla organisatoriska nivåer i förvaltningen: sektion, enhet, avdelning och nämnd. Målet med dialogen är att genom diskussion och reflektion nå ett lärande för gruppen och en utveckling av verksamheten. Dialogen utgår från tre delar: resultatet av en självskattning som sektionens medarbetare (omsorgsmedarbetare samt legitimerade) genomför årligen utifrån ett digitalt frågeunderlag, sektionens aktuella handlingsplan och resultat från de kvalitetsråd som sektionen har haft under året. Sektionens kvalitetsdialog är den första i en rad dialoger som sedan förs vidare på enhets-, avdelnings och nämnds nivå utifrån resultat och lärdomar från de föregående dialogerna. Efteråt sker en återkoppling tillbaka till enheterna och sektionerna via cheferna.

På sikt avses egenkontrollen (8.3) att ersättas av den beskrivna modellen för kvalitetsuppföljning.

8.5 Intern kontroll

Intern kontroll är ett av flera sätt för en organisation att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och regleras i kommunallagen. Intern kontroll handlar om att se till att verksamheten är ändamålsenlig och effektiv, att information om verksamhet och ekonomi är tillförlitlig och att lagar, förordningar och styrdokument följs. Systemet för intern kontroll hjälper förtroendevalda och medarbetare inom förvaltningen att förebygga att fel inträffar och säkrar att rätt saker görs på rätt sätt. En gång om året fattar nämnden beslut om en plan som beskriver de åtgärder och granskningar som ska genomföras under året. Nämnden får också, i slutet av året, en redogörelse för hur förvaltningen arbetat med riskhanteringen utifrån planen.

[Handbok för Intern kontroll på intranät Komin](#)

⁷ Utöver egenkontroll genomförs även andra former av kvalitetsuppföljningar inom hälsa, vård och omsorg; såsom regelbunden loggranskning i journalföringssystemen och uppföljning utifrån upprättad plan för intern kontroll.

8.6 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. All avvikelsehantering sker i Malmö stads avvikelssystem.

För att avvikelsehanteringen ska fungera krävs att alla avvikelser registreras, att den enskilde är i fokus samt att ingen görs till syndabock.

Avvikelse

Med avvikelse avses att verksamheten inte når upp till krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och socialtjänst. En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normal rutin och förväntat förlopp. Inom avvikelsehantering ryms också hantering av inkomna synpunkter, rapportering enligt lex Sarah samt anmälan enligt lex Maria.

8.6.1 Synpunkter

Synpunkter kan vara av positiv eller negativ karaktär och avser åsikter som kan leda till en förbättring och utveckling av kvaliteten. Det är viktigt att alla medarbetare som arbetar inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen bemöter synpunkter på ett professionellt sätt. Samtliga medarbetare inom hälsa, vård och omsorg kan vara mottagare av synpunkter. Enskilda som inte är nöjda med den vård de fått ska i första hand lämna sina synpunkter till den verksamhet som ansvarat för vården. Verksamheten ska bekräfta att de tagit emot synpunkten och bör 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 enskild att förstå.

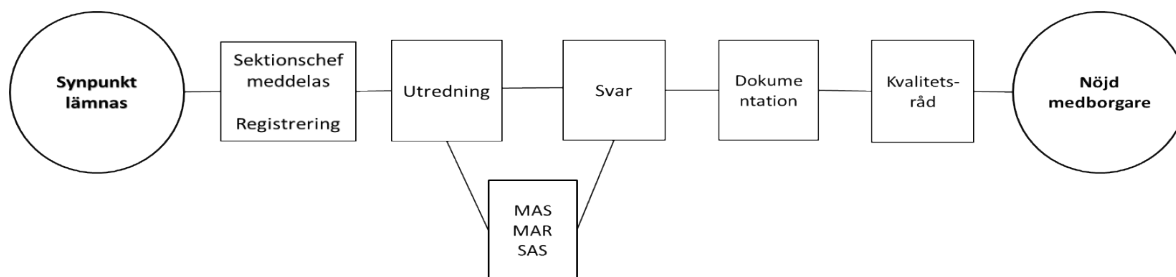


Bild 11: Visar arbetssätt för hantering av synpunkter inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen

8.6.2 Fel och brister

När det uppstår olika former av brister i kvaliteten på insatser som utförs enligt SoL och HSL ska händelsen rapporteras i avvikelssystemet. Syftet är identifiera systemfel, samt att säkra god kvalitet och säkerhet i verksamheten genom ett kontinuerligt förbättringsarbete. Rapporteringen ska ske utifrån ett brukarperspektiv.

8.6.3 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 direkt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av medicinskt ansvarig sjuksköterska eller medicinskt ansvarig för rehabilitering.

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.

8.6.4 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 lagstiftningen har alla ”som fullgör uppgifter inom socialtjänsten”⁸ en rapporteringsskyldighet enligt SoL.

Förvaltningen utreder händelserna på uppdrag av nämnden. I korthet kan det sägas att om en handling eller en underlåtelse har medfört ett hot mot eller konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller 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 direkt till Inspektionen för vård och omsorg av socialt ansvarig samordnare.

8.6.5 Kvalitetsråd

Inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen har samtliga verksamhetsavdelningar infört *kvalitetsråd*. Kvalitetsråden har dels till uppgift att arbeta med kvalitetsutveckling med utgångspunkt i verksamhetens avvikelser. Kvalitetsrådet ska identifiera mönster och trender, diskutera insatta åtgärder samt följa upp detta arbete. Kvalitetsrådets uppgift är även att bedriva ett systematiskt och fortlöpande utvecklingsarbete med fokus på förbättringsarbete.

Kvalitetsråden hålls med olika intervall beroende på vilken avdelning och på vilken organisatorisk nivå kvalitetsrådet genomförs på. Deltagare på kvalitetsråden är medarbetare (på sektionsnivå) och ansvariga chefer (beroende på organisatorisk nivå) samt i vissa sammanhang socialt ansvarig samordnare och medicinskt ansvariga. Respektive avdelning utgår från aktuell beslutad rutin för kvalitetsråd.

⁸ Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah. Sid 33

Bilaga 1

Definitioner

Lag:	regler som får konsekvenser för enskilda medborgare och företag måste finnas i form av lagar, vilket innebär att riksdagen fattar beslut om dem.
SOU:	Är förkortningar för Statens offentliga utredningar. Dessa utredningar är rapporter och betänkande från kommittéer som tillsatts av regeringen och som tillkommit under en lagstiftningsprocess.
Reglemente:	är hälsa-, vård- och omsorgsnämndens viktigaste kommunala reglerande styrdokument som beslutas av kommunfullmäktige.
Författning:	ett samlingsnamn på lag, förordning och föreskrift.
Förordning:	regler som beslutas av regeringen. Förordningar är underordnade lagarna.
Föreskrift:	detaljregler inom vissa sakområden kan myndigheter besluta genom att utfärda en föreskrift.
Allmänna råd:	är inte bindande utan rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas.
Meddelandeblad:	har inte någon juridisk status utan syftar till att överskådligt redogöra och uppmärksamma om exempelvis nya och uppdaterade lagar och förordningar, föreskrifter och allmänna råd samt om krav, ansvar och åtgärder som behöver vidtas.
Checklista:	ett verktyg som används för att minimera fel och misstag, till exempel ”att göra” - listor eller en förteckning på moment som ska utföras för att resultatet ska bli bra – ”gör-så-här” -lista.
Handbok:	en sammanfattning av information inom ett specifikt ämnesområde.
Process:	en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett resultat.
Riktlinje:	ett övergripande direktiv eller anvisning för vad som ska utföras.
Rutin:	ett bestämt tillvägagångssätt för en aktivitet

Bilaga 2

Lagar - förordningar - styrdokument

Svensk författningssamling, SFS

2017:900 Förvaltningslag, FL

2017:612 Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

2009:400 Offentlighets- och sekretesslag, OSL

2016:1145 Lag om offentlig upphandling, LOU

2017:725 Kommunallag

EU:s allmänna dataskyddsförordning 679/2016

Statens offentliga utredningar, SOU

2017:21 Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer

Lagstiftning och föreskrifter för socialtjänsten

Lagstiftning

2001:453 Socialtjänstlag, SoL

2001:937 Socialtjänstförordning

1993:387 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

1993:1090 Förordning om stöd och service till vissa funktionshindrade

Föreskrifter, SOSFS (Socialstyrelsens föfattningssamling)

2007:10 Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering

2007:17 Handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer

2011:12 Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre

2011:5 Lex Sarah

2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

2012:3 Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre

2014:2 Kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL o LSS till personer med funktionsnedsättning

2014:4 Våld i nära relationer

2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM o LSS

2015:1 Ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boende

Lagstiftning och föreskrifter för hälso- och sjukvården

Lagstiftning

1985:125 Tandvårdslag

2008:355 Patientdatalag, PDL

2010:659 Patientsäkerhetslag, PSL

2014:821 Patientlag

2015:315 Läkemedelslag

2017:30 Hälso- och sjukvårdslag, HSL

2017:612 Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Föreskrifter, SOSFS

1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård

2001:16 Kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel

2005:27 Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård

2005:28 Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria

2007:10 Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering

2008:1 Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

2008:14 Informationshantering och journalföring HSL

2009:6 Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård

2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

2012:17 Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionshinder

2014:10 Förebyggande av och behandling vid undernäring

2015:10 Basal hygien i vård och omsorg

2017: 37 Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården