

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen



Gäller
fr.o.m. 2020-05-01
Förvaltning: Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen
Enhet: Strategisk utveckling

Innehållsförteckning

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	0
Inledning	3
Kvalitet - vad ska uppnås?	4
Socialstyrelsens kvalitetsdimensioner	4
Kvalitet utifrån olika aspekter	4
Upplevd kvalitet	4
Kvalitet genom gemensamma värderingar	5
Brukaren som patient	5
Hälsofrämjande och förebyggande arbete	5
Metoder och verktyg för att uppnå kvalitet	6
Egenkontroll - förhindra att det går fel	6
Punktprevalensmätning (PPM)	6
Risk- och händelseanalys	6
Intern kontroll	6
Introduktion och kompetensutveckling	7
När det går fel	7
Synpunkter och klagomål	7
Äldreombudsman/seniorrådgivare	8
Avvikelsehantering	8
Anmälan enligt Lex Maria	8
Anmälan enligt Lex Sarah	8
Rutiner och riktlinjer	9
Kvalitetsregister	9
Senior alert	9
Palliativregistret	9
Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens	10
Stjärnmärkt – en utbildningsmodell	10
Samverkan inom socialtjänst och hälso- och sjukvård	10
Patientsäkerhetsberättelse	11
Dokumentation	11
Ansvar - vem gör vad?	12
Nämnd	12
Reglemente för hälsa-, vård- och omsorgsnämnden	12
Författning om kvalitetssystem	12
Förvaltning	13
Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering	13
Socialt ansvarig samordnare	13
Förvaltningsdirektör	14
Avdelningschef	14
Enhetschef	14
Sektionschef	14
Medarbetare	14
Ledning, uppföljning och analys	15
Fokusområden	15
Kvalitetsuppföljningsmodell	16

Brukarundersökning	17
Mål och uppföljning i budget	17
Strategier och planer	17
Plan för mänskliga rättigheter	18
Strategi för demensvård i Malmö stad	18
Strategi för ett anhörigperspektiv	19
Strategi för att motverka våld mot äldre i nära relationer	19
Bilaga 1 Definitioner	20
Bilaga 2 Författningar med mera	21
Bilaga 3 Processer	22

Inledning

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete knyter samman lagstadgade skyldigheter med de områden som förvaltningen arbetar med för att säkerställa kvalitet för Malmöbon, brukare, patient och anhöriga. Ledningssystemet ger en överblick kring 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 i socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och patientsäkerhetslagen (PSL), föreskrifter, rutiner och beslut som styr förvaltningens arbete och uppdrag. Ledningssystem för kvalitet utgör 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 lex Maria och lex Sarah samt hur förvaltningen arbetar med kvalitetsregister, rutiner och riktlinjer.

Den tredje delen belyser ansvarsfördelningen utifrån olika roller och uppdrag inom förvaltningen.

Dokumentet avslutas med ett kapitel kring *Ledning, uppföljning och analys*. Här finns en beskrivning av förvaltningens fokusområden, strategier och kvalitetsuppföljningsmodell.

Kvalitet - vad ska uppnås?

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

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. Det behövs en gemensam ram inom vilken arbete kan ske med kvalitetsfrågorna.

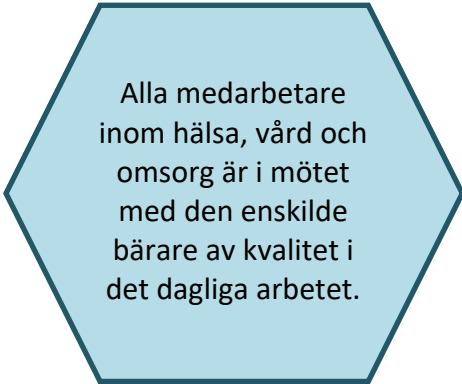
Staten har genom de så kallade kvalitetsparagraferna i socialtjänstlag, hälso- och sjukvårdslag respektive patientsäkerhetslag, angett att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras och att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Vårdgivaren 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 föreskrift och allmänna råd utgör ett stöd för kommunerna i upprättandet av ledningssystemet.

Socialstyrelsens kvalitetsdimensioner

Socialstyrelsen definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar föreskrifter. Socialstyrelsen framhåller att god kvalitet förutsätter att vården är kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig och jämlik.¹

Kvalitet utifrån olika aspekter

Kvalitet skapas i mötet mellan organisationens medarbetare och den enskilde: brukare, anhörig och patient. Kvalitet inom hälsa, vård och omsorg kan beskrivas som förmågan att kunna tillgodose 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, det vill säga – ett effektivt arbetssätt.



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

Upplevd kvalitet

Medarbetare som möter den enskilde ska på ett tydligt sätt kommunicera vad hen kan förvänta sig av sin vård och omsorg. Rätt förväntan ger bättre förutsättningar för upplevelse av god kvalitet. Detta kan göras vid till exempel vårdplaneringar, utredningar och

¹ SOU 2017:21 Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, sid 120.

uppföljningar av biståndsbeslut, vid hembesök, i välkomstsamtal på särskilt boende och i kontakt med anhöriga. Genom att löpande ta reda på den enskildes upplevelse av kvaliteten på servicen och omsorgen kan den utvecklas och anpassas kontinuerligt. Som ett komplement görs årligen även en nationell brukarundersökning som genomförs av Socialstyrelsen.

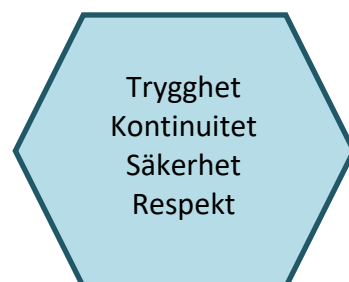
Kvalitet genom gemensamma värderingar

Genom att arbeta utifrån gemensamma, grundläggande värderingar skapas och upprätthålls kvaliteten i verksamheten. Arbetet ska genomsyras av den nationella värdegrunden² 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.

Brukaren som patient

En god vård ska bland annat tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet³. Hälso- och sjukvårdsinsatser ska genomsyras av ett personcentrerat perspektiv där den enskildes behov och delaktighet styr den legitimerade medarbetarens undersökande, behandlande och förebyggande åtgärder. Det innebär bland annat att målen ska utformas med ett patientperspektiv och enligt den enskildes önskemål. Enligt patientlagen⁴ 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 ska 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.



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.

² 5 kap. 4 § SoL

³ 5 kap. 1 § HSL

⁴ Patientlag (2014:821)

Metoder och verktyg för att uppnå kvalitet

I detta kapitel beskrivs viktiga verktyg som används inom förvaltningen för att säkra och utveckla kvalitet. Fokus är Malmöbon som kan vara en brukare, patient och/eller anhörig.

Verktygen är till för att främja effektiva processer och för att förebygga fel, men även, när det går fel, kunna hantera detta på ett korrekt sätt, ta vara på lärdomarna och undvika framtida felaktigheter. De två kompletterande delarna, att arbeta för att förebygga risker och att hantera inträffade felaktigheter, är viktiga aspekter i kvalitetsarbetet.

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.

Risk- och händelseanalys

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen använder en metod för risk- och händelseanalys som bygger på material från SKR och som är anpassad efter 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? Både riskanalys och händelseanalys ska leda fram till 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 kan stödja och hjälpa 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. Detta görs genom riskanalyser på varje avdelning en gång per år. Riskanalyserna visar när åtgärder behöver vidtas eller om det finns behov av att närmare undersöka så att saker genomförs på rätt sätt. Varje år beslutar nämnden om en intern kontrollplan.

Introduktion och kompetensutveckling

Det är närmsta chef som har det yttersta ansvaret för planering och genomförande av introduktionen av nya medarbetare och att säkerställa att medarbetarna har den kompetens som behövs.

Förvaltningens kompetenscentrum har ett särskilt uppdrag att stödja cheferna i detta uppdrag genom att samordna och i vissa delar genomföra en förvaltningsgemensam introduktion för omvårdnadspersonal samt legitimerade yrkesgrupper. Utöver introduktionen är arbetet med kompetensutveckling av redan anställda medarbetare, med en tydlig koppling till verksamhetsutveckling, också ett viktigt steg för att säkerställa kvaliteten. I förvaltningen arrangeras internutbildning men även uppdragsutbildningar som utförs av universitet och gymnasieskolor.

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.

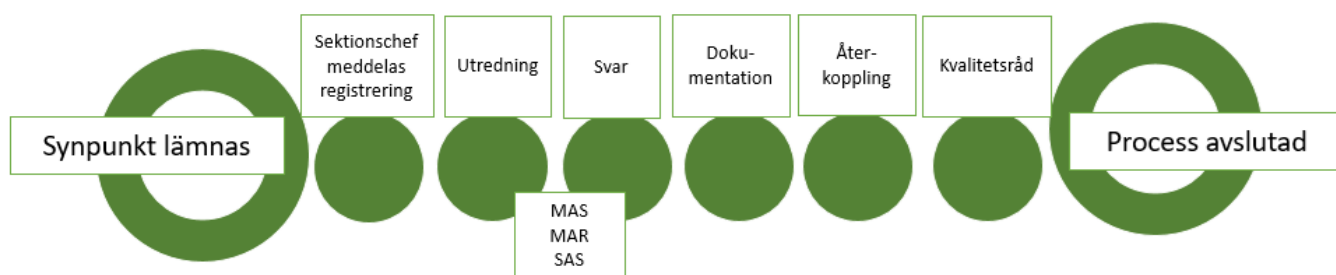


Bild: Process för synpunkter och klagomål


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.

Äldreombudsman/seniorrådgivare

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden har inrättat funktionen äldreombudsman/seniorrådgivare som ska bidra till att äldres behov och önskemål tillgodoses på bästa sätt. Funktionen utgör en länk mellan äldre och deras anhöriga, och stadens olika vård- och omsorgsverksamheter. Syftet är att ge vägledning och stöd till enskilda, vid behov även som oberoende stöd i dialog med verksamheten. Förutom att få ett samlat grepp om vilka synpunkter och frågeställningar som är återkommande, så arbetar äldreombudsmannen/seniorrådgivaren också aktivt med att söka upp äldre, exempelvis via stadens mötesplatser.

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 hanteras inom Malmö stads avvikelssystem. Sammanställd information om avvikelser utifrån socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt fallrapporter ska ligga till grund för förbättringsarbete. Det sker bland annat i kvalitetsråden, i vilka sjuksköterska, medarbetare och sektionschef deltar⁵. Kvalitetsråden syftar till kvalitetsutveckling med utgångspunkt i avvikelser och sker på sektionsnivå var tredje månad och följer den aktuella rutinen som finns tillgänglig på Komin.



Med avvikelse avses att verksamheten inte når upp till krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och socialtjänst.

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”⁶ en rapporteringsskyldighet enligt.

⁵ Inom avdelningen för hälsa och förebyggande deltar sektionschef och medarbetare

⁶ Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah, sid. 33

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 till IVO av socialt ansvarig samordnare.

Rutiner och riktlinjer

Rutiner finns för en mängd olika områden och nivåer i organisationen. De ska säkra ett gemensamt och evidensbaserat arbetssätt och att vården och omsorgen blir likvärdig för den enskilde.

Riktlinjer är oftast förvaltningsövergripande och tas ibland fram tillsammans med de två andra socialförvaltningarna i Malmö. Riktlinjerna anger gränsdragningar och ansvarsområden mellan olika förvaltningar för att en process ska kunna löpa även för brukare som är aktuella inom flera socialförvaltningar samtidigt. Rutinerna ska vara ett stöd för medarbetarna att agera rätt i svåra 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. Riktlinjer och rutiner finns på intranätet Komin.

Kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister ger kunskap om hur vården och omsorgen fungerar och kan förbättras. I ett kvalitetsregister registreras personbundna uppgifter om diagnos, behandling, och resultat. De flesta kvalitetsregister som finns används inom regionens hälso- och sjukvård men några av dem används även inom den kommunala hälso- och sjukvården. De kvalitetsregister som används inom förvaltningen är Senior alert, Palliativregistret 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.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg där varje person med en hälso- och sjukvårdskontakt, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, bakomliggande orsaker och åtgärder inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Syftet med Senior alert är att säkra en bra systematik för det förebyggande arbetet och säkerställa en personcentrerad omvårdnad. Registret medverkar också till att nya arbetssätt utvecklas vilket ökar möjligheten för bästa möjliga vård oavsett vem som tillhandahåller den.

Palliativregistret

Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit den sista veckan, i syfte att förbättra vården. Registret används både inom kommunal och regional hälso- och sjukvård. Utifrån resultatet kan vårdpersonalen få en överblick över vilken kvalitet vården håller och vad som behöver förbättras.

Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens
BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som kan användas inom särskilda boenden, demensboenden, dagverksamheter, demensteam, hemsjukvård och ordinärt boende. Syftet är att genom multiprofessionella åtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom för personen med demenssjukdom. Målet är att minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Fokus i BPSD-registret ligger på bemötande och personcentrerade vårdåtgärder, för att förebygga och lindra de symtom som finns.

Stjärnmärkt – en utbildningsmodell

Stjärnmärkt är en utbildningsmodell framtagen av Svenskt Demenscentrum som bland annat innebär arbete med ett kvalitetsregister. Stjärnmärkt syftar till att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats. I januari 2019 blev Trevnaden i Malmö det första stjärnmärkta särskilda boendet i Skåne. Inom förvaltningen har avdelningen för särskilt boende och avdelningen för hälsa och förebyggande ambitionen att stjärnmärka sina verksamheter. Arbetet är påbörjat och det långsiktiga målet är att samtliga särskilda boenden och dagverksamheter i Malmö stad ska vara stjärnmärkta.

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. 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. Samverkan sker mellan hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen, primärvården, specialistsjukvården samt vuxenpsykiatrien. Samverkan sker också mellan olika verksamhetsområden och förvaltningar inom Malmö stad. 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.
- 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 slutna hälso- och sjukvård*⁷ 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

⁷ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

eller socialtjänst.

- Samarbete inom ramen för mobilt vårdteam har sitt ursprung i hälso- och sjukvårdsavtalet⁸. Det är de mest sjuka med behov av kommunal hemsjukvård 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 hemsjukvården. Målgruppen definieras utifrån sex inklusionskriterier, varav minst fyra måste vara uppfyllda för att inskrivning i den aktuella vårdformen ska kunna ske. Genom insatser från teamet undviker majoriteten av patienterna väntetider på akutmottagningen samt inläggning på sjukhus.

Patientsäkerhetsberättelse

Syftet med en patientsäkerhetsberättelse är att på ett transparent sätt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år enligt patientsäkerhetslagen⁹. 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/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

⁸ Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2016-01-19

⁹ Patientsäkerhetslagen (210:659)

god och säker vård. Samtliga åtgärder ska följas upp och det ska framgå om behandlingen har haft den avsedda effekten.

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

Reglemente för hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden i Malmö stad arbetar utifrån det reglemente som kommunfullmäktige har beslutat om. I reglementet anges nämndens ansvarsområden i förkortning enligt 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, och 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 inom sitt område de uppgifter som ankommer på vårdgivaren för 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.

Författning om kvalitetssystem

Ett antal författningar styr nämndens och förvaltningens arbete, varvid särskilt kan nämnas SOFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Nämnden har det yttersta ansvaret, är vårdgivare och ansvarar för att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra sin verksamhet.

Förvaltning

Nämndens förvaltning är organiserad i fyra verksamhetsavdelningar och fyra stabsavdelningar.



Bild: Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens organisation

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Enligt Socialstyrelsen ska de processer och rutiner som leder till en god kvalitet identifieras, beskrivas, fastställas, kontrolleras och utvecklas. 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 om allvarlig vårdskada inträffat eller riskerat att inträffa, rapportera detta till IVO. 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.

Förvaltningsdirektör

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

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 området¹⁰.

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

Medarbetare

Medarbetarna i hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen ska i mötet med den enskilde sträva efter att skapa meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Arbetet ska ske utifrån den nationella värdegrunden. 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

¹⁰ Avser avdelningschef för hälsa och förebyggande, myndighet, ordinärt boende och särskilt boende.

socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Ledning, uppföljning och analys

Utöver vad som ska uppnås inom kvalitet och utöver ansvarsfördelning och verktyg, har förvaltningen även utvecklat andra ledningsformer i syfte att uppnå kvalitet. Nämnden har beslutat om en budget och om strategier och en plan som ska vara ledande för hur förvaltningen ska arbeta inom olika områden. Förvaltningen arbetar utifrån fem fokusområden. Genom arbetet med uppföljning och analys ges grund till utvecklingsarbete.

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: Förvaltningens fem fokusområden

Fokusområdena anger det som förvaltningen behöver kraftsamla kring. De två första områdena, det vill säga: kvalitet i verksamhet och förebyggande arbete utgör det vi vill uppnå. Kompetensförsörjning, ledarskap och medarbetarskap 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.

För oss är varje dag viktigast. Det är vårt löfte till Malmöborna. Inga ursäkter, inga kompromisser. Om vi inte lever upp till det vill vi veta, så att vi kan rätta till och bli bättre.

Kvalitetsuppföljningsmodell

Kvalitetsuppföljningsmodellen syftar till att synliggöra aspekter som kan bidra eller försvåra god kvalitet.

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 kontakter brukare och anhöriga för att efterfråga deras upplevelse av det stöd vi ger. Till det kan sektionschefen välja att ta in andra kvalitetsaspekter, exempelvis resultat från brukarundersökningen, synpunkts- och klagomålshantering eller annat som har bäring på kvaliteten i sektionen.

Kvalitetsdialogerna har fokus på utveckling, lärande, resurser och förutsättningar hos den egna arbetsgruppen: vad som fungerar bra, vad som kan utvecklas och vilka stöd och resurser som behövs.

Kvalitetsuppföljningsmodell

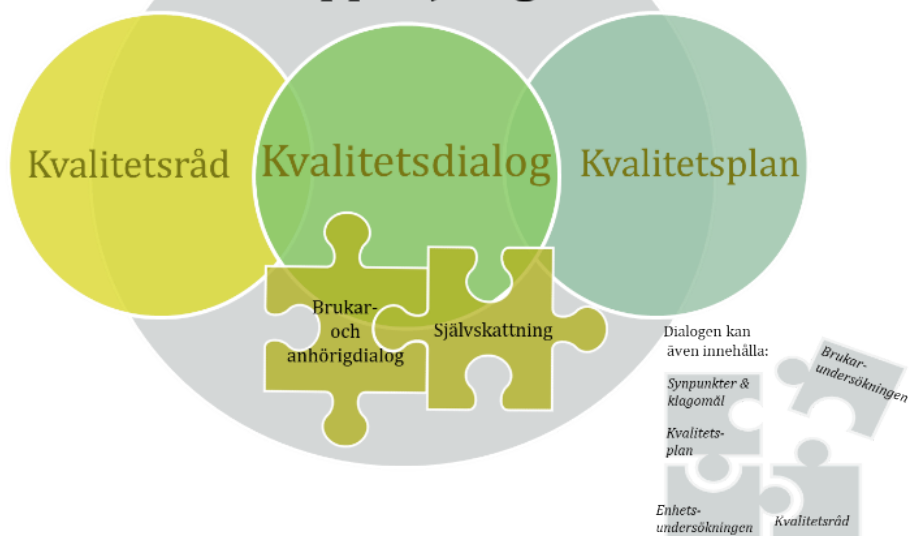


Bild: Kvalitetsuppföljningsmodellens tre ben

Kvalitetsdialogerna sker på alla organisatoriska nivåer och bygger på varandra i en kedja där sektionerna utgör starten. Sista dialogen sker med avdelningscheferna, förvaltningsdirektören och representanter från hälsa-, vård- och omsorgsnämnden.

Löpande dialog med brukare och anhöriga har sin utgångspunkt i att aktivt efterfråga hur brukare och anhöriga upplever den vård, omsorg och service som de får av förvaltningen. Det individuella samtalet med brukare och anhörig bidrar till en djupare och bättre förståelse av både vad som är bra och varför men även vad som behöver utvecklas och vad det beror på. 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. Avvikelse utifrån socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt fallrapporter ska analyseras och åtgärdas på kvalitetsråden. Arbetet knyter samman avvikelserapporteringen och sektionens kvalitetsarbete.

Brugarundersökning

Socialstyrelsen har i uppdrag att undersöka hur de äldre uppfattar äldreomsorgen. *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* är en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och på äldreboenden. Syftet med undersökningen är att ge enskilda äldre en röst, och att ta fram underlag för utveckling utifrån brukarnas perspektiv.

Förvaltningen använder brukarundersökningen för att undersöka den upplevda nöjdheten. Resultatet ger underlag för att kunna uppmärksamma skillnader över staden och möjlighet att säkerställa en jämlik och jämställd upplevelse av omsorgen.

Mål och uppföljning i budget

Nämnden beslutar om årlig budget. I denna finns indikatorer som svarar mot de mål som antagit av kommunfullmäktige i Malmö, vilka gäller för mandatperioden. Indikatorerna speglar det som identifierats 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.

Strategier och planer

Förvaltningen har arbetat fram tre strategier och en plan som alla är förvaltningsövergripande och riktade mot viktiga områden som förvaltningen både behöver ta hänsyn till som förutsättningar men också som viktiga delar att integrera i sin styrning och utveckling av kvalitet i verksamheten.

Plan för mänskliga rättigheter

Syftet med planen för mänskliga rättigheter är att samla arbetet inom olika rättighetsområden i ett gemensamt dokument för att tydliggöra förvaltningens arbete med att främja lika rättigheter och möjligheter och motverka diskriminering.

Mänskliga rättigheter är en ram som rymmer exempelvis jämställdhet, jämlikhet, våld i nära relationer, antidiskriminering, sexuell hälsa och HBTQIA+

Plan för arbetet med mänskliga rättigheter (MR-plan) bygger på lagstiftning, internationella överenskommelser, kommunfullmäktigemål och andra övergripande styrdokument i Malmö stad. Mänskliga rättigheter är tvärsektorielt och berör insatser som hänger samman med normer, attitydförändringar och kunskap. Varje avdelning ansvarar för att avsätta resurser, organisera, planera och genomföra aktiviteter och redovisa resultat.

Nämnden har också uppdrag från kommunfullmäktige att

- i sin planering beakta hur öppenhet, inkludering och mångfald särskilt uppmärksammas.¹¹
- integrera ett HBTQIA+-perspektiv i budgetprocessen och i sina verksamheter inför och under 2021, samt att redovisa detta arbete i delårsrapporter och årsredovisningar.¹²

Strategi för demensvård i Malmö stad

Strategi för demensvård har sin utgångspunkt i den nationella strategin och de utvecklingsområden som pekas ut i den. Strategin ska vara ett stöd för att skapa så smidiga och sömlösa övergångar som möjligt mellan förvaltningens olika avdelningar. Malmös strategi för demensvård utgår från fem utvecklingsområden som respektive innehåller ett nuläge, ett önskat läge och aktiviteter för att nå det önskade läget.

De fem områdena är:

- samverkan mellan hälso- och sjukvård och social omsorg
- kunskap och kompetens
- uppföljning och utvärdering

och en diagnos för en rad symptom som orsakas av hjärnskador

¹¹ KF Budget 2020

¹² KF 2020-02-06, ärende om Organisering World Pride 2021

- anhöriga och närstående
- övriga fokusområden.

Strategi för ett anhörigperspektiv

Sedan 2009 har kommunerna genom socialtjänstlagen ett ansvar för att uppmärksamma och ge stöd till anhöriga. I Malmö stad finns en kommungemensam funktion, närståendekoordinator, med ansvar för att bland annat kvalitetssäkra stöd till anhöriga.


Strategin anger det ansvar varje verksamhet har i sitt uppdrag gentemot olika grupper av anhöriga. Strategin identifierar risker och sätt att arbeta för att tillgodose olika grupper av anhörigas behov av stöd och hjälp. Anhöriga utgör en stor och heterogen grupp som innebär att samverkan mellan kommunens verksamheter och andra huvudmän samt civilsamhället är nödvändig. Strategin beskriver de olika ingångar och forum som förvaltningen har för anhöriga för att säkerställa att anhörigperspektiv finns på alla nivåer i organisationen.

Strategi för att motverka våld mot äldre i nära relationer

Det finns en nationell strategi om våld mot äldre inom vård och omsorg som identifierar olika riskfaktorer och typer av våld och som ligger till grund för nämndens strategi. Denna utgör, tillsammans med den framtagna rutinen och handboken, ett viktigt kunskapsunderlag och stöd för yrkesverksamma i sitt agerande.

Kommunfullmäktige antog 2016 *Plan för kvinnofrid och mot våld i nära relation*. Den bygger på tre principer, vilka även genomsyrar den strategi som nämnden antagit:

- Samhället ansvarar för att det finns insatser mot sexuellt våld och våld i nära relation.
- Verksamheten ska utformas utifrån en helhetssyn där det finns insatser för samtliga berörda parter – utsatta och utövare – kvinnor, män, flickor och pojkar.
- Ett nära samarbete med andra berörda myndigheter, frivilligsektorn och övriga civilsamhället är nödvändigt.



Vi kan göra skillnad
för de som ofta lider i
tysthet

Förvaltningen har i strategin identifierat tre utvecklingsområden: organisering, kunskap och samverkan för vilka beskrivs önskade lägen.

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.
Process:	en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett resultat.
Riktlinje:	ett övergripande direktiv eller anvisning för vad som ska utföras.
Rutiner:	ett bestämt tillvägagångssätt för en aktivitet

Bilaga 2 Författningar med mera

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

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 författningssamling)

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 Ansvar för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boende

Lagstiftning och föreskrifter för hälso- och sjukvården

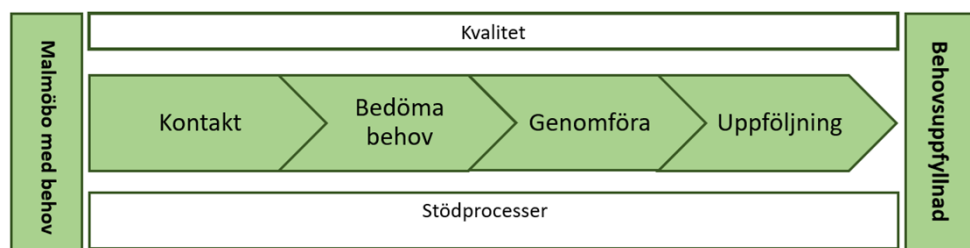
1985:125 Tandvårdslag
2008:355 Patientdatalag, PDL
2010:659 Patientsäkerhetslag, PSL
2014:821 Patientlag
2015:315 Läkemedelslag
2017:30 Hälso- och sjukvårdslag, HSL
2017:612 Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Föreskrifter, SOSFS

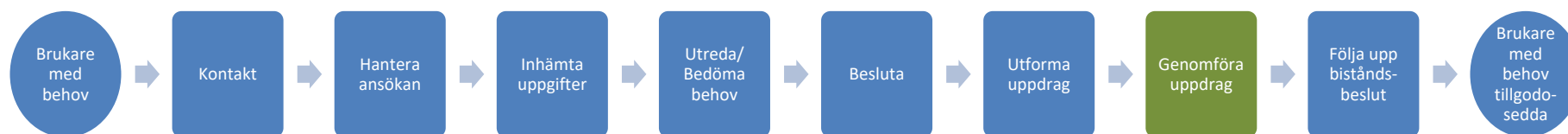
1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård
2001:16 Kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel
2005:27 Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård
2005:28 Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria
2007:10 Samordning av insatser för habilitering och 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

Bilaga 3 Processer

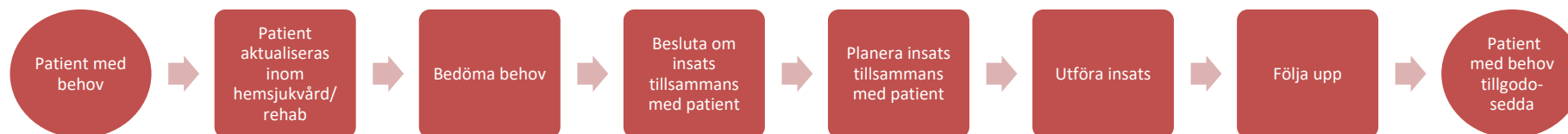
I grunden finns det en huvudprocess som är generell utifrån Malmöbon och som sedan i sina olika delar kan innehålla olika delar utifrån det enskilda behovet. Utgångspunkten i processen oavsett vilket och hur behovet ser ut startar med någon form av kontakt till förvaltningen, därefter bedöms behovet, det genomförs insatser för att tillgodose behovet, eftersom behov utvecklas behöver uppföljning göras för att justeringar ska kunna ske och behovet ska vara tillgodosett över tid. Detta innebär att processen för många individer upprepas vid flera tillfällen. De avdelnings-specifika processerna utifrån förvaltningens organisatoriska indelning finns också definierade här.



Huvudprocess utifrån Malmöbon/brukaren/patienten



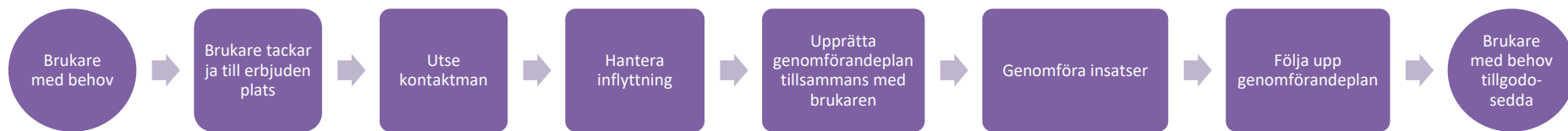
Huvudprocess för myndighet inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen i Malmö stad



Huvudprocess för hälso- och sjukvård inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen i Malmö stad



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



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



Huvudprocess för hälsa och förebyggande inom hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen i Malmö stad.