



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen
Strategisk utvecklingsavdelning

Gäller from: 2025-07-01
Dnr: HVO-2025-2469



Innehållsförteckning

1. Inledning	4
2. Vad ska vi uppnå i form av kvalitet och mål?	4
2.1 Kvalitet i socialtjänst.....	5
2.2 Kvalitet i hälso- och sjukvård.....	5
2.3 Socialstyrelsens kvalitetsdimensioner	6
2.4 Upplevd kvalitet	6
2.5 Mål och uppföljning i budget.....	6
2.6 Förvaltningsplan	7
2.7 Avdelningsplaner	8
3. Hur skapar vi kvalitet och uppnår våra mål?	8
3.1 Systematiskt kvalitetsarbete.....	9
3.1.1 Kvalitetsplaner	9
3.1.2 Löpande brukar- och anhörigsamtal	9
3.1.3 Kvalitetsdialog	9
3.1.4 Kvalitetsregister.....	9
3.1.5 Brukarundersökning	10
3.1.6 Kvalitetsråd och arbete med avvikelser	10
3.1.7 Avvikelsehantering	10
3.1.8 Synpunkter och klagomål.....	10
3.1.9 Risk- och händelseanalys	11
3.2 Egenkontroll – förhindra att det går fel	11
3.2.1 Punktprevalensmätning (PPM).....	12

3.2.2 Intern kontroll	12
3.3 När det går fel.....	12
3.3.1 Anmälan enligt Lex Maria	12
3.3.2 Anmälan enligt Lex Sarah	12
3.4 Riktlinjer och rutiner	13
3.5 Patientsäkerhetsberättelse.....	13
3.6 Dokumentation.....	14
3.7 Samverkan inom socialtjänst och hälso- och sjukvård	14
4. Vem är ansvarig för vad?	16
4.1 Nämnd	16
4.2 Förvaltningschef	16
4.3 Avdelningschef	17
4.4 Enhetschef	17
4.5 Sektionschef.....	17
4.6 Medarbetare	18
4.7 Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering.....	18
4.8 Socialt ansvarig samordnare	18
5. Fortsatt utveckling av ledningssystemet	19

1. Inledning

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete knyter samman lagstadgade skyldigheter med de områden som förvaltningen arbetar med för att säkerställa kvalitet för Malmöbon.

Ledningssystemet ger en överblick om vad som ska uppnås i form av kvalitetskrav och mål, vilka verktyg som används för att uppnå dessa samt hur ansvarsfördelningen ser ut.

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

Dokumentet är uppdelat i tre kapitel som börjar med *Vad ska vi uppnå i form av kvalitet och mål?* Detta kapitel avser att skapa en förståelse kring vad kvalitet är och olika utgångspunkter för kvalitet samt innehåller en beskrivning av nämndens budget och förvaltningens övergripande plan för verksamheten.

Den andra delen består av *Hur skapar vi kvalitet och uppnår våra mål?* I denna del finns bland annat beskrivningar av hur verksamheten planerar sin verksamhet samt arbetar för att säkra och utveckla kvalitet.

Den tredje delen, *Vem är ansvarig för vad?* belyser ansvarsfördelningen utifrån olika roller och uppdrag inom förvaltningen.

2. Vad ska vi uppnå i form av kvalitet och mål?

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

Staten har genom de så kallade kvalitetsparagraferna i socialtjänstlag (SoL), hälso- och sjukvårdslag (HSL) och patientsäkerhetslag (PSL) angett att

¹ Socialtjänstlag (2025:000)

² Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

³ Patientsäkerhetslag (2010:659).

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 metod och regler för hur det ska gå till.

2.1 Kvalitet i socialtjänst

Socialtjänsten ska arbeta förebyggande och vara lätt tillgänglig. Vidare ska socialtjänsten vara kunskapsbaserad och av god kvalitet vilket innebär att verksamheten ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och kontinuerligt följas upp och utvecklas. Med vetenskap avses vetenskaplig kunskap som har tagits fram med olika forskningsmetoder. Med beprövad erfarenhet avses kunskap som vuxit fram i verksamheten genom att kunskaper från profession och brukare har synliggjorts, värderats och systematiserats genom uppföljning, dokumentation, kritisk granskning och spridning. Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

Socialtjänsten ska inriktas på att enskilda får 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. För att enskilda ska känna välbefinnande är det viktigt att insatser är av god kvalitet och består av ett gott bemötande. Det innebär att insatser utvecklas tillsammans med den enskilde, där mål kan formuleras och följas upp utifrån den enskildes behov, förutsättningar och önskemål. Genom att arbeta utifrån gemensamma värderingar kan kvalitet skapas i verksamheten.

2.2 Kvalitet i hälso- och sjukvård

Likt socialtjänstlagen finns bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen om att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa och vara lätt tillgänglig. Hälso- och sjukvården ska också systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. En god vård ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. Vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.⁴ Hälso- och sjukvårdsinsatser ska genomföras av ett

⁴ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

personcentrerat perspektiv där den enskildes behov och delaktighet styr medarbetarens undersökande, behandlande och förebyggande åtgärder. Det innebär bland annat att målen för den enskildes vård ska utformas med ett patientperspektiv och enligt den enskildes önskemål. Enligt patientlagen⁵ 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.

2.3 Socialstyrelsens kvalitetsdimensioner

Socialstyrelsen definierar kvalitet som en verksamhet som uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter.

Socialstyrelsen framhåller att god kvalitet förutsätter att vården och omsorgen är kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig och jämlik.⁶

Socialstyrelsens kvalitetsdimensioner ska genomsyra all vård och omsorg i hälsa-, vård- och omsorgsnämnden.

2.4 Upplevd kvalitet

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

2.5 Mål och uppföljning i budget

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

⁵ Patientlag (2014:821).

⁶ Kunskapsguiden, om god kvalitet i vård och omsorg för äldre personer.
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/god-kvalitet-i-vard-och-omsorg-for-aldre-personer/om-god-kvalitet-i-vard-och-omsorg-for-aldre-personer2/> (hämtad: 2025-01-16)

kommunfullmäktigemålen anger. Utöver detta har nämnden ett antal egna mål i budgeten som de beslutat om och som endast gäller för nämnden.

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

2.6 Förvaltningsplan

Förvaltningen har tagit fram en plan för förvaltningen som är långsiktig och ger en tydlig riktning och övergripande målbild för hur förvaltningen ska hantera och förbereda sig för framtidens utmaningar med Malmöbons behov i centrum. Planen ska komplettera nämndens budget och ligger till grund för ett systematiskt och långsiktigt arbetssätt genom tydliga prioriteringar.

Förvaltningsplanen består av tre områden som förvaltningen behöver fokusera på för att klara framtidens utmaningar. Förvaltningens fokus är att skjuta upp behovet av insatser hos Malmöbor, att nyttja resurser effektivt för att kunna upprätthålla en hållbar organisation och ett hållbart arbetsliv samt att stärka konkurrenskraften gentemot andra aktörer.

- För att skjuta upp behovet av insatser hos våra Malmöbor ska förvaltningen bland annat samverka med civilsamhället gällande samhällsutveckling och stadsplanering, stärka det förebyggande arbetet och erbjuda service på ett enklare sätt.
- För att nyttja förvaltningens resurser effektivt ska förvaltningen bland annat samordna sig med andra aktörer, arbeta kunskapsbaserat för att säkerställa att det som görs leder till den förväntade effekten och nyttja medarbetares styrkor och kompetenser för att uppnå en flexibel och effektiv organisation.
- För att stärka konkurrenskraften ska förvaltningen bland annat säkerställa att chefer är trygga att leda sin arbetsgrupp och har förmåga att stå för det egna och bära det gemensamma och att medarbetare vågar ta ansvar och initiativ i sitt arbete och har ett starkt inflytande.

Planen ska ge organisationen en tydlig riktning, som bryts ner till specifika mål inom varje avdelning genom bland annat avdelningsplaner vilket förtydligas i nästa avsnitt.

2.7 Avdelningsplaner

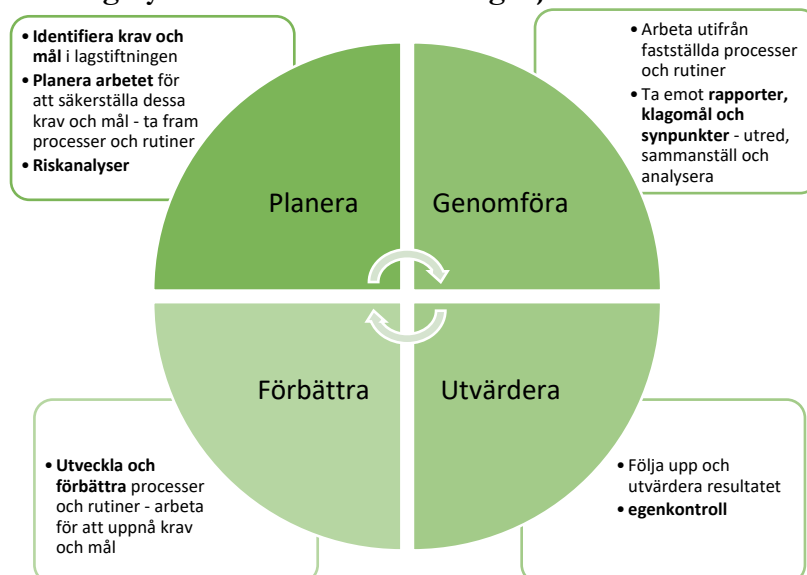
Avdelningsplaner tas fram på avdelningsnivå på respektive verksamhets-avdelning. Syftet med avdelningsplanen är att beskriva avdelningens målsättning och vad den vill uppnå på kort och lång sikt, med hänsyn till de politiska målen, förvaltningens övergripande mål och förändringar i omvärlden.

3. Hur skapar vi kvalitet och uppnår våra mål?

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

Verktygen är till för att främja effektiva processer⁷ och för att förebygga fel men även hantera fel på ett korrekt sätt om det inträffar, samt ta vara på lärdomarna för att undvika att framtida fel inträffar. De två kompletterande delarna, att arbeta för att förebygga risker och att hantera inträffade brister, är viktiga aspekter i kvalitetsarbetet. Bild 1 visar det systematiska förbättringsarbetet. De inre pilarna illustrerar fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna visar på att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma fram direkt under varje fas (planering, genomförande och utvärdering).

Bild 1. Ledningssystemet som ett förbättringshjul



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

⁷ En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller resultat.

3.1 Systematiskt kvalitetsarbete

Systematiskt kvalitetsarbete innebär att kontinuerligt och systematiskt förbättra verksamhetens kvalitet. Kvalitetsarbetet sker i det dagliga arbetet och involverar hela organisationen, från ledning till medarbetare. Nedan följer de metoder som används i det systematiska kvalitetsarbetet och som är förvaltningsövergripande.

3.1.1 Kvalitetsplaner

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

3.1.2 Löpande brukar- och anhörigsamtal

Inom hemtjänsten, på särskilt boende och inom ledsagning är löpande brukar- och anhörigsamtal en del av kvalitetsarbetet. Genom samtal med brukare och anhörig får verksamheten en djupare förståelse för vad som fungerar bra i verksamheten men också vad som behöver utvecklas. Samtalen bidrar också till ett ökat förtroende för vår verksamhet och leder till mer delaktiga Malmöbor.

3.1.3 Kvalitetsdialog

Kvalitetsdialogen sker en gång per år i respektive arbetsgrupp och leds av chef. Det är ett sätt att följa upp den kvalitet som skapas i mötet mellan Malmöbor och medarbetare och är ett tillfälle för reflektion och lärande i syfte att följa upp det som inte syns i exempelvis nyckeltal eller statistik. Fokus ligger på att förstärka det som är bra men också att förbättra det vi behöver bli bättre på.

Kvalitetsdialogerna görs på sektionsnivå, enhetsnivå, avdelningsnivå och förvaltningsnivå och dialogerna hänger samman med varandra.

3.1.4 Kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister ger kunskap om hur vården och omsorgen fungerar och kan förbättras. Syftet med att arbeta med kvalitetsregister är att säkra en bra systematik för det förebyggande arbetet och att säkerställa en

personcentrerad vård och omsorg och öka livskvaliteten för den enskilde. De kvalitetsregister som används inom förvaltningen är Senior alert, Palliativregistret, SveDem och svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Förvaltningen arbetar kontinuerligt med att utveckla användningen av kvalitetsregister i syfte att både kvalitetssäkra och utveckla verksamheten.

3.1.5 Brukarundersökning

Förvaltningen använder resultaten från Socialstyrelsens brukarundersökning för att undersöka äldre Malmöbors uppfattning om hemtjänsten och särskilda boenden. Resultatet ger underlag för att förbättra kvaliteten i linje med brukares åsikter och kunna uppmärksamma skillnader över staden och möjlighet att säkerställa en jämlik och jämställd upplevelse av omsorgen.

3.1.6 Kvalitetsråd och arbete med avvikelser

På kvalitetsrådet är verksamhetens avvikelser i fokus för kvalitetsarbetet. I detta forum samlas det tvärprofessionella teamet för att tillsammans lyfta blicken, analysera och se mönster i de olika situationer som kan innebära risker eller kan leda till konsekvenser för Malmöbon. På kvalitetsrådet lyfts avvikelser både inom SoL och HSL. I vissa fall kan det som tas upp på kvalitetsråden leda till ett behov av att göra en riskanalys eller händelseanalys. Det som beslutas på kvalitetsråden dokumenteras och följs upp på nästkommande kvalitetsråd. Kvalitetsråden hålls med olika frekvens i de olika avdelningarna och görs på olika nivåer i verksamheten.

3.1.7 Avvikelsehantering

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

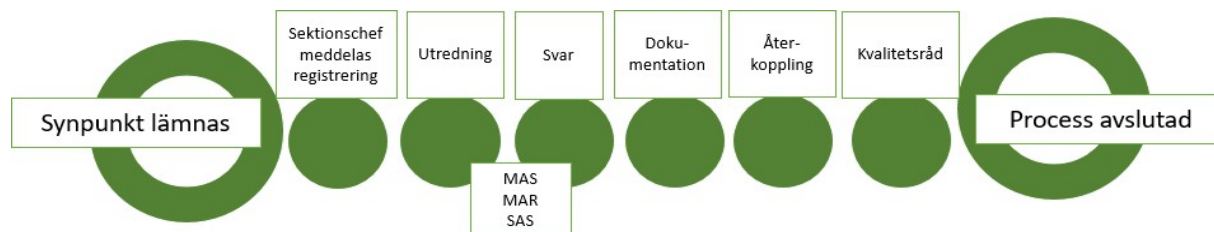
Sammanställd information om avvikelser utifrån socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt fallrapporter ska ligga till grund för förbättringsarbete. På sektionsnivå sker det bland annat i kvalitetsråden.

3.1.8 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 förvaltningen kan vara mottagare av synpunkter. Ett professionellt bemötande i sådana situationer är av största vikt.

Bild 3. Process för synpunkter och klagomål



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

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

3.1.9 Risk- och händelseanalys

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 risk- eller händelseanalys görs alltid ur ett patient- och brukarperspektiv. En händelseanalys avser att identifiera brister i systemet när en oönskad händelse eller avvikelser har inträffat och ska svara på följande frågor: vad har hänt? Varför har det hänt? Hur gör vi för att det inte ska upprepas? Riskanalys och händelseanalys syftar till att ge förslag på åtgärder som ska göra att sannolikheten eller allvarlighetsgraden för risken minskar eller att händelsen inte upprepas.

Förvaltningen har en risk- och händelseanalysgrupp som genomför analyser på förvaltningsövergripande nivå.

3.2 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 arbetssätt 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.

3.2.1 Punktprevalensmätning (PPM)

PPM-mätningen genomförs under ett antal veckor en till två gånger om året och består av observationer kring följsamhet till de rutiner som finns om basal hygien och klädregler. Resultatet ligger till grund för utvecklings- och förbättringsarbete.

3.2.2 Intern kontroll

Intern kontroll syftar till att förhindra att det går fel i verksamheten. Det handlar om mer än enbart brukar- och patientperspektiv och kan till exempel gälla informationssäkerhet, upphandling och inköp eller risker som berör medarbetare. Förvaltningen arbetar med intern kontroll genom riskanalyser årligen. I arbetet deltar sakkunniga från förvaltningens olika verksamheter. Riskanalyserna visar när åtgärder behöver vidtas eller om det finns behov av att närmare undersöka att saker genomförs på rätt sätt. Varje år beslutar nämnden om en intern kontrollplan.

3.3 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.

3.3.1 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.

3.3.2 Anmälan enligt Lex Sarah

Vid vissa tillfällen inträffar det händelser i en verksamhet som är missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden som ska

rapporteras enligt bestämmelserna om lex Sarah. Enligt socialtjänstlagen har alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten en rapporteringsskyldighet.⁸

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

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

3.4 Riktlinjer och rutiner

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

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

Riktlinjer och rutiner finns på intranätet Komin.

3.5 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 patientsäkerhetslagen. Den ska beskriva hur förvaltningen har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården och hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.

Patientsäkerhetsberättelsen ska även redogöra för de resultat som uppnåtts under föregående år. Det kan till exempel handla om utvecklingen av vårdrelaterade infektioner, att förvaltningen har infört tekniska system för att

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

minska antalet vårdskador eller att insamlingen av data om vårdskador blivit mer effektiv med hjälp av nya rutiner.

3.6 Dokumentation

Dokumentation av den enskildes insatser ska ske för att kunna säkerställa kvalitet, kontinuitet, spårbarhet, tillgänglighet och rättssäkerhet. Utredning, bedömning, behov och beslut om insats enligt socialtjänstlagen dokumenteras av biståndshandläggarna. Varje beslutad insats ska dokumenteras i verksamhetssystemen Lifecare och sedan verkställas så snart som möjligt.

Dokumentationsskyldigheten gäller alla insatser, med eller utan individuell behovsprövning. Det betyder att personal med ansvar för genomförandet av en insats är skyldiga att dokumentera. Dokumentationens omfattning varierar utifrån insatsens karaktär och den enskildes situation, ingripande insatser kräver i regel mer utförlig dokumentation än stödjande insatser. Om till exempel den enskildes kommunikationsförmåga är begränsad kan mer utförlig dokumentation krävas.

Det finns dock insatser som undantagits dokumentationskrav på individnivå enligt hälsa-, vård- och omsorgsnämndens beslut. Dessa insatser är mötesplatser för seniorer, hälsofrämjande samtal med hembesök, samtalsstöd till anhöriga, samtalsgrupper och gruppaktiviteter. Andra uppgifter än sådana som på något sätt kan avslöja den enskildes identitet ska dock alltid dokumenteras. Det kan till exempel handla om uppgifter om antalet deltagare, deras ålder och kön.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen och patientdatalagen⁹ 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.

3.7 Samverkan inom socialtjänst och hälso- och sjukvård

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

⁹ Patientdatalag (2008:355).

externt. Syftet med samverkan är att klargöra ansvaret kring planeringen av vården och omsorgen om den enskilde. Den interna samverkan sker främst inom ramen för det tvärprofessionella teamarbetet där målet är en delaktig brukare/patient som får samordnade insatser utefter sina individuella behov. Det tvärprofessionella arbetssättet kräver förståelse för varandras uppdrag och ett utbyte mellan professionerna vilket leder till samsyn och åtgärder hos den enskilde.

Den externa samverkan sker mellan hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen, primärvården, specialistsjukvården samt vuxenpsykiatrien. Samverkan sker också mellan olika verksamhetsområden och förvaltningar inom Malmö stad. De tre socialnämnderna i Malmö stad har en styrgrupp där funktioner från samtliga förvaltningar deltar med uppdrag att förbättra och upprätthålla samverkan mellan förvaltningarna för att tillsammans tillgodose målgruppens behov.¹⁰ Förvaltningarna ska även ta fram en handlingsplan årligen som beskriver utvecklingsarbete gällande samverkan kring målgruppen.

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

- Regional primärvård ska erbjuda läkarinsatser till gemensamma patienter, i samverkan med den kommunala primärvården.
- I samband med utskrivning från slutenvård på sjukhus sker vid behov samverkan.
- En individuell planering ska alltid genomföras när läkare bedömt att patienten befinner sig i livets slutskede (palliativ vård). Detta innebär att ansvarig sjuksköterska i samråd med patientansvarig läkare initierar samtal och planering med den enskilde och anhöriga.
- En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas då den enskilde har behov av insatser där mer än en huvudman ingår. Enligt Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård¹¹ ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna, om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.
- *Mobila team närsjukvård* är en sammanhållen vårdform där primärvården är navet i samverkan med övriga vårdgivare. Syftet med teamet är att

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

¹¹ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård.

utveckla en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter som kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Patienter och anhöriga erbjuds en väg in och en tydlig planering.

4. Vem är ansvarig för 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.

4.1 Nämnd

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden i Malmö stad arbetar utifrån det reglemente som kommunfullmäktige har beslutat om. Utifrån reglementet ansvarar hälsa-, vård- och omsorgsnämnden för stöd och insatser som riktar sig till äldre personer, vuxna personer med fysisk funktionsnedsättning och vuxna personer med somatisk sjukdom.

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden ska inom sitt ansvarsområde handlägga ärenden, fatta och verkställa beslut om insatser enligt socialtjänstlagen avseende:

- äldre personer som behöver stöd och hjälp på grund av sin ålder
- vuxna personer med fysisk funktionsnedsättning som behöver stöd och hjälp med anledning av sin funktionsnedsättning
- vuxna personer med somatisk sjukdom som behöver stöd och hjälp med anledning av sin sjukdom
- personer med demenssjukdom som behöver stöd och hjälp med anledning av sin demenssjukdom.

4.2 Förvaltningschef

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

4.3 Avdelningschef

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

Verksamhetsavdelningarnas avdelningschefer är även verksamhetschef och ansvarar därmed för att avdelningens hälso- och sjukvård bedrivs utifrån en god och säker vård genom 4 kap. 2 § HSL samt att följa de föreskrifter som finns på området.¹²

4.4 Enhetschef

Enhetschefen har ansvar för att verksamheterna bedrivs i enlighet med de olika lagrum som ligger till grund för verksamheten samt Malmö stads styrdokument, policys och processer. Enhetschefen ska också inom enheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet.

Enhetschefen samlar in analysunderlag för att kunna ta fram de åtgärder och beslut inom den egna och avdelningens ledningsgrupp som behövs för att tillgodose verksamheternas behov och säkerställa kvaliteten inom verksamheten. Enhetschefen ska skapa förutsättningar för sektionscheferna att driva verksamheterna med god kvalitet som utgår från Malmöbornas behov. I ansvaret ingår även att främja samarbete inom avdelningen och enheten samt mellan avdelningarna och enheterna i syfte att säkra kvaliteten för den enskilde.

4.5 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, handledning, rekrytering och tvärprofessionell samverkan.

¹² Avser avdelningschef för hälsa och förebyggande, myndighet, ordinärt boende och särskilt boende.

4.6 Medarbetare

Förvaltningen eftersträvar en organisationskultur som präglas av trygghet, ansvarstagande, delaktighet, teamarbete och ett gott bemötande. Medarbetarna i hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen ska i mötet med Malmöbon sträva efter att den enskilde ska känna välbefinnande, där insatser utvecklas tillsammans och med respekt för med den enskilde.

Att medarbetare har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård och omsorg. Medarbetare ska ta del av och arbeta efter de processer och rutiner som finns för den verksamhet som de arbetar i. De ansvarar också för att rapportera avvikelser utifrån socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

4.7 Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

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

4.8 Socialt ansvarig samordnare

Socialt ansvarig samordnare (SAS) 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.

5. Fortsatt utveckling av ledningssystemet

Detta ledningssystem har beslutats av hälsa-, vård- och omsorgsnämnden i maj 2025.

Det kan finnas behov av justeringar i ledningssystemet utifrån bland annat ändringar i lagstiftning eller arbetssätt. Förvaltningen har i uppdrag att vid behov göra redaktionella ändringar, så att formuleringar stämmer överens med det arbetssätt som är aktuellt.

Ändringar av större eller principiell karaktär beslutas av nämnd.