

## Revisionsrapport

# *Socialnämndens system för systematiskt kvalitetsarbete*

Tyresö kommun

*Fredrik Markstedt  
Cert. kommunal revisor  
Josefine Palmqvist  
Schultz  
Karin Magnusson  
April 2016*

# *Innehållsförteckning*

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>1</b>
Kvalitetssystemets omfattning .....	1
Roll och ansvarsfördelning .....	1
Styrning, uppföljning och kontroll .....	2
Rekommendationer .....	2
<b>2. Inledning .....</b>	<b>3</b>
2.1. Bakgrund .....	3
2.2. Revisionsfråga .....	3
2.3. Revisionskriterier .....	3
2.4. Metod och avgränsning .....	4
<b>3. Organisation .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Granskningsresultat .....</b>	<b>6</b>
4.1. Kvalitetssystemets omfattning .....	6
4.1.1. Iakttagelser .....	6
4.2. Roll och ansvarsfördelning .....	7
4.2.1. Iakttagelser .....	7
4.3. Styrning, uppföljning och kontroll .....	9
4.3.1. Iakttagelser .....	10
<b>Bilag 1: Lagstiftning .....</b>	<b>12</b>
<b>Bilaga 2: Granskade dokument .....</b>	<b>15</b>

# 1. **Sammanfattning**

På uppdrag av Tyresö kommuns förtroendevalda revisorer, utifrån genomförd väsentlighets- och riskanalys samt en genomgång av kommunens omvärldsanalys, har PwC granskat socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Efter genomförd granskning är vår sammanfattande bedömning att socialnämnden till viss del arbetar med kvalitetssystemet på ett ändamålsenligt sätt och även till viss del med en tillräcklig intern kontroll. Utifrån den revisionsfråga granskningen baseras på grundar sig bedömningen ovan på följande observationer:

## **Kvalitetssystemets omfattning**

Vår bedömning är att socialnämnden till viss del har ett kvalitetssystem som på ett systematiskt och sammanhållet sätt omfattar de områden som anges i SOSFS 2011:9. Inledningsvis kan konstateras att nämnden haft ett dokumenterat system vars struktur i allt väsentligt beskriver de delar föreskriften kräver sedan år 2013.

Samtidigt är vår bedömning att *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* inte fullt ut är anpassat utifrån Tyresös lokala förhållanden kring hur man vill arbeta med kvalitet och vad man vill ha kvalitetsledningssystemet till. Därutöver är dokumentet inte uppdaterat till den nya organisationen som implementerades vid årsskiftet 2015/2016.

Det faktum att det saknas en förvaltningsövergripande strategi har medfört att de olika avdelningarna hanterat det systematiska kvalitetsarbetet på olika sätt och den interna spridningen är stor samtidigt. Det saknas också intern kunskap om hur andra verksamheter inom förvaltningen arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet.

Vår bedömning är därutöver att kvalitetsledningssystemet i större utsträckning behöver bli en ledningsfråga för att fastställa den lokala prägel på en rimlig nivå och ha möjlighet att skapa en förvaltningsövergripande samsyn kring utformande och användande av det systematiska kvalitetsarbetet.

## **Roll och ansvarsfördelning**

Vår bedömning är att roll- och ansvarsfördelningen för, såväl utvecklandet och implementeringen av kvalitetsledningssystemet, i nuläget kan utvecklas ytterligare.

Sedan *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* togs fram 2013 har organisationen förändrats och ansvariga personer skiftat. I dokumentet från 2013, som togs fram av en central funktion, finns en övergripande rollbeskrivning för de olika funktionerna i förvaltningen kopplat till kvalitetsledningssystemet, men det är ottydligt vart det övergripande ansvaret ligger. Det saknas en uttalad funktion som kan stödja arbetet och driva utvecklingen av vad som ska känneteckna kvalitet i verksamheten.

Detta avspeglas i intervjuerna och bilden är att det är svårt att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet när det saknas chefsstöd, samt att det är en utmaning i att få kvalitetsledningssystemet att bli en naturlig del i det arbete som bedrivs på alla nivåer i verksamheten.

Det faktum att det saknas en förvaltningsövergripande samsyn, kring den lokala anpassningen av det systematiska kvalitetsarbetet, har inneburit att de olika verksamhetsområdena kommit olika långt i arbetet. Spridningen inom förvaltningen är därmed stor.

Att förvaltningsövergripande stödjande funktioner saknas har bland annat inneburit att delar av förvaltningens verksamheter utvecklat olika typer av egna verksamhetsspecifika stödstrukturer, såsom kvalitetsledare och verksamhetsutvecklare.

I förvaltningen har man också haft en del chefsbyten vilket också har bidragit till den osäkerhet som råder kring vad kvalitetsledningssystemet innefattar och hur det ska bedrivas på olika nivåer inom förvaltningen.

### ***Styrning, uppföljning och kontroll***

Via granskningen kan konstateras att det finns en övergripande struktur för exempelvis riskanalys och egenkontroll. Det vi däremot kan konstatera som ett utvecklingsområde är att det saknas forum för styrning och uppföljning av kvalitetsledningssystemet. Dessutom saknas en stödstruktur för prioritering och värdering av risker inför kommande verksamhetsår.

Vi kan vidare konstatera att det saknas IT-stödsystem för arbetet med effektiv verksamhetsuppföljning.

### ***Rekommendationer***

Under granskningen har det framkommit förbättringsområden och utifrån dessa lämnar vi följande rekommendationer:

- För att undvika en intern variation och dubbelarbete bör en förvaltningsövergripande samsyn kring kvalitetssystemets kommunspecifika anpassning, omfattning och inriktning säkerställas.
- Vi vill betona vikten av att arbetet med att tydliggöra roller och ansvar i såväl det strategiska som operativa/stödjande kvalitetsarbetet prioriteras.
- Kontinuerligt återkommande forum för styrning och uppföljning av kvalitetsledningssystemet bör finnas på samtliga organisatoriska nivåer och verksamhetsområden. Dessa forum bör följa förvaltningens övergripande styrprocess.
- Arbetet med verksamhetsmässiga risker bör intensifieras och utvecklas. I nuläget saknas en förvaltningsövergripande systematik som stöd för avgränsning och prioritering inför kommande verksamhetsår.

## **2. Inledning**

### **2.1. Bakgrund**

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft den 1 januari 2012. Därmed upphävdes de tidigare föreskrifterna SOSFS 2005:12 om kvalitetssystem för HSL-insatser samt SOSFS 2006:11 om kvalitetssystem enligt SoL, LVU och LVM. Föreskrifter är tvingande medan allmänna råd är rekommendationer. Föreskrifterna är gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård socialtjänst och verksamheter enligt LSS.

De nya föreskrifterna och allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas och anger att det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det skall även användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Risk finns för att ansvarig nämnd inte säkerställt att ett sådant system upprättats men kanske framförallt inte implementerats i berörda verksamheter. Avsaknaden av ett system i enlighet med föreskriften riskerar att nämnden inte kan säkra, följa och reagera på signaler om kvalitetsbrister i verksamheten.

### **2.2. Revisionsfråga**

Syftet med granskningen är att övergripande bedöma om socialnämndens arbete med kvalitetssystem sker på ett ändamålsenligt sätt och med en tillräcklig intern kontroll.

- Finns ett dokumenterat kvalitetssystem som omfattar de områden som anges i lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd?
- Är ansvaret för kvalitetsarbetet tydligt och finns en tydlig organisation och plan för hur det ska bedrivas?
- Är nämndens styrning och kontroll inom området tillräcklig?

### **2.3. Revisionskriterier**

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som revisorerna utgår ifrån vid analys och bedömningar. Följande revisionskriterier ligger till grund för granskningsinsatsen:

- Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem 2011:9

- Nämndens policys och mål inom området
- För mer utförlig information kring aktuell lagstiftning för granskningsinsatsen, se bilaga 1.

## **2.4. Metod och avgränsning**

Granskningen har genomförts genom att ta del av och granska kommunens ledningssystem samt rutiner för egenkontroll. För en detaljerad lista över vilka dokument som granskats, se bilaga 2.

Intervjuer har även genomförts med förvaltningschef, stabschef, myndighetschef bistånd, verksamhetschef för egen regi med ansvar för funktionsnedsättningsområdet och individ- och familjeomsorg, verksamhetschef för egen regi med ansvar för äldreomsorg och hälso- och sjukvårdsområdet samt MAS. Totalt har sex personer intervjuats inom ramen för granskningen.

Uppföljningen har avgränsats till kvalitetsarbetet på övergripande nivå inom nämndens verksamheter. Det vill säga verifiering av i vilken utsträckning verksamhetsnära tillämpningar av den egna nämndens övergripande ledningssystem finns och i vilken utsträckning dessa är kända och tillämpas har inte ingått i denna granskningsinsats.

Rapporten har varit föremål för faktaavstämning av samtliga funktioner som intervjuats inom ramen för granskningsinsatsen.

### **3. Organisation**

Socialförvaltningen ger stöd och service till äldre och personer med fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar. I förvaltningens ansvarsområden ingår likaså kommunal hälso- och sjukvård, barn- och ungdomsvård samt missbruk. Vidare ansvarar socialförvaltningen för ekonomiskt bistånd samt familjerätt och familjerådgivning.<sup>1</sup>

Utifrån att Tyresö kommun är en snabbt växande kommun med allt fler valfrihetsmodeller har förvaltningen nyligen genomfört en organisationsförändring. Denna trädde i kraft vid årsskiftet 2015-2016 och innebär att under förvaltningschefen finns följande positioner: avdelningschef individ- och familjeomsorg, myndighetschef bistånd, enhetschef bistånd äldreomsorgen myndighet, verksamhetschef för egen regi med ansvar för funktionsnedsättningsområdet och individ- och familjeomsorg, verksamhetschef för egen regi med ansvar för äldreomsorg och hälso- och sjukvårdsområdet, MAS och staben som har en samordnande funktion gentemot socialnämnd, förvaltningschef samt förvaltningens avdelningar.

Under kommunstyrelsen finns också under avdelningen Medborgarfokus en kvalitetsenhet som bl.a. arbetar med uppföljning och granskning av nämndernas ansvarsområden.<sup>2</sup>

---

1

[http://www.tyreso.se/Kommun\\_demokrati/Organisation/Forvaltningslista/Socialforvaltningen/](http://www.tyreso.se/Kommun_demokrati/Organisation/Forvaltningslista/Socialforvaltningen/) (avläst 2016-03-07).

2

[http://www.tyreso.se/Kommun\\_demokrati/Organisation/Forvaltningslista/Kommunstyrelseforvaltningen/](http://www.tyreso.se/Kommun_demokrati/Organisation/Forvaltningslista/Kommunstyrelseforvaltningen/) (avläst 2016-03-03).

## 4. Granskningsresultat

I följande avsnitt presenteras resultatet från genomförd granskning. Varje avsnitt inleds med en kortare redogörelse kring de krav som ställs på ett ändamålsenligt kvalitetssystem. Därefter följer väsentliga resultat från granskning och analys av tillgänglig dokumentation i form av genomförd riskanalys, uppföljningar och hantering av synpunkter och klagomål. Här redogörs även för våra iakttagelser från genomförda intervjuer. Respektive avsnitt avslutas med PwC:s bedömning kring de iakttagelser som gjorts.

### 4.1. Kvalitetssystemets omfattning

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd i ledningssystemet ska den som bedriver socialtjänst planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Uppgifterna som ingår i arbetet ska anges. Ledningssystemet ska vidare anpassas till de olika verksamheterna.

#### 4.1.1. Iakttagelser

Det framtagna dokumentet *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* fastställdes av socialnämnden den 19 juni 2013. Dokumentet har en övergripande struktur som innebär att kommunens styrprocess och kvalitetsbegrepp lyfts i inledningen.

Därefter specificeras ansvarsfördelningen från socialnämnd till förvaltningschef, MAS, avdelningschef, verksamhetschef med ansvar för HSL samt enhetschefer och medarbetare.<sup>3</sup> Det nu gällande dokumentet är inte uppdaterat utifrån den nya organisationen.

Det tredje kapitlet fokuserar på processer och rutiner och därefter kommer samverkan, systematiskt förbättringsarbete inklusive risk- och konsekvensanalys, internkontrollplan samt avvikelshantering. I det avslutande kapitlet sammanställning och analys lyfts bl.a. kvalitetsråden. Dessa råd används inom delar av förvaltningen som ett led i arbetet med att diskutera kvalitet, brister och avvikelser.

4

Dokumentet är i sin helhet dock inte anpassat utifrån de lokala förutsättningarna i Tyresö och saknar en konkret beskrivning om vad det systematiska kvalitetsarbetet innebär för socialförvaltningen.

I intervjuerna förs även bilden fram att dokumentet är ofärdigt och användningsgraden skiftar i de olika verksamheterna. Det saknas också en samsyn på förvaltningsövergripande nivå kring utformande och användande vilket föranlett olika tolkningar inom organisationen.

---

<sup>3</sup> S. 5-8.

<sup>4</sup> Ibid, s. 2.



### Bedömning kap 3.1 Kvalitetssystemets omfattning

Vår bedömning är att socialnämnden till viss del har ett kvalitetssystem som på ett systematiskt och sammanhållet sätt omfattar de områden som anges i SOSFS 2011:9. Inledningsvis kan konstateras att nämnden haft ett dokumenterat system vars struktur i allt väsentligt beskriver de delar föreskriften kräver sedan år 2012.

Samtidigt är vår bedömning att *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* bör anpassas till den nya organisationen och att den lokala anpassningen inklusive omfattning och inriktning behöver framkomma mer tydligt. Detta som ett led i arbetet för att skapa en förvaltningsövergripande samsyn som förhindrar framtida dubbelarbete och intern spridning.

Utmaningen i att enas om kvalitetssystemets omfattning och huvudsakliga tillämpningsområde är något som flertalet kommuner och landsting i landet enligt vår uppfattning brottas med. Kombinationen av att systemet ska vara ett relevant stöd till medarbetarna och samtidigt utgöra ett tillräckligt signalsystem för att ge såväl nämnd som ledning information och underlag är och kommer att vara en utmaning i det fortsatta utvecklingsarbetet.

#### 4.2. Roll och ansvarsfördelning

Enligt SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst identifiera och beskriva processer och aktiviteter, och för aktiviteterna ska nödvändiga rutiner inklusive ansvarsfördelning tas fram. Områden där samverkan behövs ska identifieras, samt på vilket sätt samverkan ska ske.

##### 4.2.1. Iakttagelser

Som nämndes under iakttagelser för kvalitetssystemets omfattning finns en ansvarsfördelning specificerad i *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Utifrån att förvaltningen nyligen ändrat organisationen är ansvarsfördelningen inte fullt ut tillämpbar och behöver revideras, men överlag innehåller dokumentet ett förtydligande rörande vad ansvaret innebär kopplat till förvaltningens olika funktioner.

Ett exempel på ansvarsområde som specificeras i dokumentet är förvaltningschefens ansvar. I dokumentet förs fram att förvaltningschefen har det yttersta ansvaret för att ”utifrån en strukturell nivå planera, leda, kontrollera samt följa upp, utvärdera och förbättra förvaltningens verksamheter”.<sup>5</sup> Dokumentet konkretiserar vidare att detta innebär ansvar för att:

- Identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs på förvaltningsnivå för att uppnå kvalitet
- Identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som behövs för att kontrollera och följa upp att verksamheter i egen regi och upphandlade verksamheter drivs med god kvalitet

<sup>5</sup> Ibid, s. 6.

- Möjliggöra för allmänheten att få insyn i uppföljningsarbetet

Vidare specificerar dokumentet att förvaltningschefen ansvarar för att policys och riktlinjer utarbetas och antas av nämnden inom samtliga verksamhetsområden.

I dokumentet förs också ledningsgruppens ansvar fram och fastställer att ”socialförvaltningens ledningsgrupp har i uppgift att på ett förvaltningsövergripande plan samordna kvalitetsarbetet samt att ge avdelningarna och enheterna stöd i det systematiska kvalitetsarbetet”.<sup>6</sup>

Utifrån intervjuerna finns det dock oklarheter kring hur ledningsgruppen ska samordna kvalitetsarbetet ut mot verksamheterna. Intervjuerna för vidare fram att det finns en otydlighet och brist på samsyn, gällande hur ledningsgruppen aktivt ska arbeta med stödet ut i organisationen kring kvalitetsarbetet.

Avsaknaden av samsyn i ledningsgruppen kring hur stödet ska se ut, samt avsaknad av förvaltningsövergripande stödfunktion som kan driva på, följa upp och säkerställa att det blir en analys av resultaten som används i prioriteringsarbetet, har inneburit att verksamheterna arbetat i olika utsträckning samt på olika sätt med det systematiska kvalitetsarbetet.

På central nivå i kommunen finns kvalitetsenheten som i teorin enligt några av de intervjuade hade kunnat tillhandahålla den stödjande förvaltningsövergripande funktionen. Denna enhet har dock ett uppföljande och granskande uppdrag snarare än ett stödjande uppdrag.

Under förvaltningschefen finns också en stabsenhet som arbetar på uppdrag av förvaltningschefen och har som fokus att agera samordnande och stödjande ut mot organisationen. I delar av förvaltningen finns också kvalitetsutvecklare och verksamhetsutvecklare som av sina respektive chefer har i uppdrag att arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet.

Vidare uppmärksammas att det i delar av förvaltningen återfinns s.k. kvalitetsråd vars övergripande syfte är att vara forum för diskussioner kring olika kvalitetsrelaterade frågor. Såsom avvikelshantering och risker. Kvalitetsråden skulle enligt några av de intervjuade kunna användas som en del i den förvaltningsövergripande styrprocessen genom att vara ett inspel till risk- och konsekvensanalyserna eller för bedömning av identifierade risker.

Ungefär så används kvalitetsråden enligt uppgift inom äldreomsorg samt hälso- och sjukvård. Där finns kvalitetsombud på enheterna som går igenom och kategoriserar de avvikelser som registrerats i verksamhetsstödssystemet Treserva. När detta är gjort genomförs ett kvalitetsråd där avvikelserna går igenom och diskuteras tillsammans. Diskussionen sammanställs därefter och lyfts till ledningsgruppen. En månadssammanställning görs som ligger till grund för den efterkommande analysen och påkopplade åtgärder som dokumenteras och följs upp ute i verksamheterna.

---

<sup>6</sup> Ibid.

I den nya organisationen som trädde i kraft vid årsskiftet 2015-2016 finns funktionen ”verksamhetschef”. Utifrån HSL-lagstiftningen lyfter några av de intervjuade särskilt behovet och vikten av att tydliggöra vad detta innebär i realiteten, så att förvaltningen har detta i beaktande kopplat till roller och ansvar.

En del i ledningsarbetet med samordningen av det systematiska kvalitetsarbetet handlar därutöver om att tydliggöra vad som ska finnas med i de olika berättelserna som förvaltningen tar fram (exempelvis verksamhets-, kvalitets- etc.) vid givna tidpunkter. I nuläget konstateras att det saknas tydlighet och samsyn avseende vad som ska framgå i berättelserna och hur de ska användas (exempelvis att resultaten i berättelserna används som ett medel för att planera och prioritera inför kommande års verksamheter), samt att säkerställa att samma saker begärs in oavsett om utförandet sker i intern eller extern regi.

I nuläget finns sammanfattningsvis ingen sådan tydlig struktur i vad som efterfrågas när, exempelvis ut mot de externa utförarna. Detta betyder att förvaltningen får in dokument av olika typer som man inte vet hur man ska diarieföra och hantera.

### **Bedömning kap 3.2 Roll och ansvarsfördelning**

Vår bedömning är att roll- och ansvarsfördelningen för såväl utvecklandet och implementeringen av kvalitetsledningssystemet i nuläget kan utvecklas ytterligare.

Dokumentet behöver uppdateras för att dels spegla hur den nya organisationen ser ut. Därutöver behövs ett tydliggörande göras kring roller och ansvar. Både på operativ/stödande nivå och strategisk nivå. Förvaltningsledningen behöver likaså säkerställa tillämpning och följsamhet till roll- och ansvarsfördelning. Samt säkerställa att samma typ av dokument begärs in, oavsett utförare, och att dessa dokument har en koppling till analyser inför kommande års prioriteringar och verksamheter.

I granskningen synliggörs att det saknas en förvaltningsövergripande enhetlighet och i det fortsatta utvecklingsarbetet bör säkerställas hur samordningen ska se ut i hela förvaltningen, samt att man ger ett tydligt uppdrag som specificerar vilken typ av stöd som ska ges, av vem eller vilka, ut mot hela förvaltningen.

För att skapa den förvaltningsövergripande samsynen i det systematiska kvalitetsledningsarbetet är det också av vikt att säkerställa tillämpning och följsamhet till uppdraget. För att kunna tydliggöra detta ut i förvaltningen är det av vikt att föra fram vad som ska framgå i berättelserna och hur de ska användas (exempelvis att resultaten i berättelserna används som ett medel för att planera och prioritera inför kommande års verksamheter), samt att säkerställa att samma saker begärs in oavsett om utförandet sker i intern eller extern regi.

### **4.3. Styrning, uppföljning och kontroll**

Enligt SOSFS 2011:9 ska det fortlöpande göras bedömningar huruvida det föreligger risker, en så kallad riskanalys. Även egenkontroller ska genomföras, vilket exempelvis kan innefatta olika jämförelser, målgruppsundersökningar eller

granskning av socialdokumentation. Vidare ska klagomål tas emot, utredas och analyseras.

#### 4.3.1. *Iakttagelser*

Det finns en framtagen övergripande struktur för arbetet med riskhantering och internkontroll inom nämndens ansvarsområden.<sup>7</sup> Men utifrån intervjuerna framkommer samtidigt att arbetet med värdering och prioritering av verksamhetsrisker kan utvecklas. Riskanalysarbete och stöd till detta arbete ses som ett generellt utvecklingsområde inom förvaltningen.

Enligt de genomförda intervjuerna saknas exempelvis kontinuerliga diskussioner på förvaltningsledningsnivå kopplat till riskanalyser, idag hanteras mycket på avdelningsnivå, även när det gäller identifierade risker som korsar professions- och organisationsgränser.

Utifrån de brister kring avsaknaden av en förvaltningsövergripande strategi som lyfts i intervjuerna finns också förslag kring åtgärder. Ett sådant förslag handlar om att stabsfunktionen som organisatoriskt ligger under förvaltningschefen skulle kunna ha en samordnande och stödjande funktion för att samla in och prioritera risker från verksamheterna. De prioriterade riskerna skulle därefter kunna diskuteras på olika nivåer i förvaltningen via kvalitetsråden.

På så vis skulle det finnas ett underlag inför kommande års prioriteringar och den röda tråden skulle finnas mellan de olika nivåerna i förvaltningen och nyttan med de olika dokumenten skulle framkomma.

I nuläget används inte kvalitetsråden i alla delar av förvaltningen och riskanalysarbetet sker på olika sätt. Det finns också en tanke om att koppla årshjulet tydligare till riskanalysarbetet, och kvalitetsråden, än så länge är detta dock inte implementerat.

Utifrån de genomförda intervjuerna och dokumentgranskningen behövs likaså verksamhetsstöd för att underlätta tillgängligheten till styrande dokument. Enligt flera av de intervjuade saknas ett it-systemstöd som stödjer en mer effektiv uppföljning. Inte minst utifrån förvaltningens ambition att alla rutiner och processer ska gås igenom en gång per år. Utifrån intervjuerna har det tidigare pågått ett arbete med att upphandla den typen av it-systemstöd, men processen avstannade vilket lyfts som ett problem för att kunna bedriva ett effektivt systematiskt kvalitetsarbete.

### **Bedömning kap 3.3 Styrning, uppföljning och kontroll**

Via granskningen kan konstateras att det genomgående finns en övergripande struktur för exempelvis riskanalys och egenkontroll. Det vi däremot kan konstatera som ett utvecklingsområde är att det saknas en förvaltningsövergripande plattform, vilket innebär att det finns stora skillnader i förvaltningens olika delar hur man tar sig an arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet.

<sup>7</sup> Riskhantering- gemensamma rutiner för Tyresö kommun 2015, Plan för uppföljning av socialnämndens verksamheter 2015-08-20.

Avsaknaden av förvaltningsövergripande stöd innebär också att arbetet med prioritering och värdering av risker inför kommande år inte får fullt genomslag och därigenom saknas delar av den röda tråden i de olika nivåerna i organisationen. Avslutningsvis skulle även en effektiv verksamhetsuppföljning gagnas av ett systemstöd.

2016-05-18

***Fredrik Markstedt***

*Projektledare*

***Janne Nilsson***

*Uppdragsledare*

## ***Bilag 1: Lagstiftning***

### **Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen**

Kommunernas ansvar för service och omsorg regleras i socialtjänstlagen (SoL) och ansvaret för hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

SoL är en ramlag som anger riktningen för bland annat äldreomsorgen och funktionshindrade. Enligt 5 kap. 4 § SoL ska socialtjänsten verka för att äldre får möjlighet att leva och bo under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Vidare skall socialnämnden verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Nämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

En av de viktigaste principerna i SoL är att verksamheten ska präglas av en helhetssyn på individen och dennes behov – där sociala, fysiska, medicinska, psykiska och existentiella behov ska beaktas.

Vidare anger SoL att all verksamhet skall vara av god kvalitet där det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (SoL kap 3 § 3). Detta ställer krav på att kommunerna ska ha ett kvalitetssystem för all verksamhet inom socialtjänsten.

Den 1 januari 2011 trädde två nya bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), i kraft. I 5 kap. 4 § SoL infördes en bestämmelse om en nationell värdegrund för äldreomsorgen och i 5 kap. 5 § SoL infördes en bestämmelse som tydliggör den äldre personens ökade möjligheter till inflytande vid genomförandet av insatserna.

Bestämmelserna innebär i korthet att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Med detta avses bland annat att äldreomsorgen bör värna och respektera var och ens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning. Verksamheten bör bidra till att den enskilde känner trygghet och meningsfullhet. Insatserna inom äldreomsorgen ska vara av god kvalitet och den äldre personen ska få ett gott bemötande.

Varje kommun ska enligt 18 § HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt de som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 20 §, 2 st. och 21 §, 3:e SoL. Ansvaret avser hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor med behov av särskilt stöd, bland annat ålderdomshem, servicehus, gruppboende och sjukhem. Ansvaret omfattar även hälso- och sjukvård i bostäder med särskild service för funktionshindrade i alla åldrar som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring. Kommunen skall även erbjuda god hälso- och sjukvård åt dem som vistas

i daglig verksamhet som omfattas av 10 § SoL samt erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade i samband med sådan hälso- och sjukvård som omfattas av kommunens vårdansvar.

Enligt 28 § HSL skall ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet. Enligt 31 § HSL ska kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvård systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

### **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)**

Socialstyrelsen beslutade under år 2011 om nya, gemensamma föreskrifter och allmänna råd (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dessa trädde i kraft den 1 januari 2012 och är tillämpliga inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst samt inom verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Därmed upphävdes de tidigare föreskrifterna SOSFS 2005:12 om kvalitetssystem för HSL-insatser samt SOSFS 2006:11 om kvalitetssystem enligt SoL, LVU, LVM och SoL. Föreskrifter är tvingande medan allmänna råd är rekommendationer.

De nya föreskrifterna och allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas och anger att det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

En viktig förändring som tillkommit i SOSFS 2011:9 är att en definition av kvalitet har införts. Den som bedriver verksamhet skall säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Ovanstående definition av kvalitet är grunden för hur ledningssystemet ska vara uppbyggt och hur det ska användas. Detta ställer krav på att den som bedriver verksamheten har kunskap om de för verksamheten relevanta kraven och målen i lagarna och andra föreskrifter. Den som bedriver verksamhet kan välja att ställa ytterligare krav på verksamheten genom att sätta egna mål eller följa krav i olika standarder. Det är möjligt förutsatt att sådana krav eller mål inte står i strid med gällande författningar.

Vidare ställer föreskrifterna och allmänna råden bl.a. krav på att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar kvaliteten i verksamheten. I detta arbete måste ansvarig för kvalitetsledningssystemet klargöra vilken verksamhet som bedrivs samt göra en kartläggning av vilka mål som gäller för respektive verksamhet. Vidare ska den som bedriver verksamhet bedöma vilka processer och rutiner som verksamheten behöver fastställa för att uppfylla dessa krav och mål. Därefter ska den som bedriver verksamhet se till att arbetet bedrivs utifrån fastställda processer och rutiner.

---

## **Patientsäkerhetslagen**

Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav och en kvalitetsfråga för att skapa en trygg och säker vård och omsorg. En brukare som får stöd av socialtjänsten ska känna sig trygg och säker. En medarbetare ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges.

Patientsäkerhetslagen, som trädde i kraft 1 januari 2011, ställer krav på att vårdgivaren årligen ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse.



## ***Bilaga 2: Granskade dokument***

Följande dokument har granskats:

- Rådgivningsrapport – styrning av socialförvaltningen
- Förändrad organisation socialförvaltningen – underlag för beslut om verksamhetsförändring
- Chef på socialförvaltningen i ny organisation
- Ledning och styrning av IFO våren 2016
- Planerings- och uppföljningsprocessen
- Mall för Behovsanalyser
- Riktlinjer för riskhantering och internkontroll
- Riskhantering – Gemensamma rutiner för Tyresö kommun 2015
- Plan för uppföljning av socialnämndens verksamheter
- Granskningsplan – Medborgarfokus
- Riktlinje för rapportering, utredning och anmälan enligt lex Sarah
- Process lex Sarah
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – socialförvaltningen med bilaga Lagar och föreskrifter
- Mallrutin
- Rutinregister
- Plan för brukarundersökningar på socialförvaltningen
- Definition av kvalitet
- Enhetsplan resursenheten 2016
- Organisationsskiss socialförvaltningen