

**För kännedom**

Kommunstyrelsen

Fullmäktiges presidium

Partiernas gruppledare

**Socialnämnden****Granskning av kvalitetsledningsarbetet**

Vi har i egenskap av förtroendevalda revisorer i Kiruna kommun genomfört en granskning avseende om socialnämnden säkerställer en ändamålsenliga styrning, ledning och uppföljning av kvalitetsarbetet inom nämndens verksamheter, samt om den interna kontrollen inom området är tillräcklig. I granskningen har vi biträttats av sakkunniga från PwC.

Vår sammanfattande bedömning är socialnämnden till viss del har säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av kvalitetsarbetet inom nämndens verksamheter. Vidare bedömer vi att det finns brister i den interna kontrollen inom området. Vår bedömning baseras på följande iakttagelser:

- Nämnden har beslutat om att ett kvalitetsledningssystem ska inrättas samt antagit riktlinjer inom området. Styrningen av kvalitetsarbetet skulle dock kunna tydliggöras ytterligare, inte minst vad gäller resurser kopplat till det arbete som ska genomföras för att utveckla kvalitetsledningsarbetet.
- I nuläget finns inte ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar alla de områden som anges i Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd. Flera av de delar som ett kvalitetsledningssystem ska bestå av finns, men några av delarna behöver utvecklas ytterligare. Det pågår ett arbete med att samla kvalitetsledningssystemets olika delar på kommunens intranät. Förhoppningar finns om att detta kommer att medföra att kvalitetsledningsarbetet blir tydligare.
- Kvalitetsledningsarbetet är förankrat hos nämnden, förvaltningsledningen och förvaltningsstödsgruppen. Dock har förankringen ännu inte nått ut till den personal som arbetar i de granskade verksamheterna i tillräcklig utsträckning.
- Det finns system och rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. Tillämpningen av dessa rutiner och system är däremot inte säkerställd i tillräcklig utsträckning inom granskade verksamheter. Till exempel är kunskapen om vad som ska resultera i en avvikelse och vad en anmälning enligt Lex Sarah innebär inte tillräckligt god.

- Det finns en betydande risk att tillräcklig rapportering inte sker avseende avvikelser samt anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. Det är heller inte säkerställt att berörd personal får tillräcklig återkoppling avseende de avvikelser och anmälningar som berör deras verksamhet.
- Socialnämnden arbetar med att öka kvaliteten i verksamheterna utifrån nyckeltal och nationella register, men systematiken kring detta arbete skulle behöva utvecklas ytterligare.
- Socialnämnden följer upp kvalitetsarbetet i tillräcklig utsträckning genom den samlade kvalitetberättelsen samt genom patientsäkerhetsberättelsen. Nämnden har hittills inte följt upp själva implementeringen av kvalitetsledningsarbetet inom sina verksamhetsområden.

För att utveckla kvalitetsledningsarbetet inom socialnämnden och dess verksamheter vill vi lämna följande rekommendationer:

- Att nämnden säkerställer att kvalitetsledningssystemet kompletteras så att det innehåller alla de delar som enligt föreskrifter ska finnas i ett kvalitetsledningssystem
- Att nämnden säkerställer att de riktlinjer och rutiner som behövs för kvalitetsledningsarbetet upprättas och implementeras
- Att nämnden tydliggör styrningen avseende kvalitetsledningsarbetet, förslagsvis även vad gäller resurser kopplat till det arbete som ska genomföras för att utveckla kvalitetsledningsarbetet
- Att nämnden säkerställer att kvalitetsledningsarbetet i tillräcklig utsträckning är förankrat hos den personal som berörs av kvalitetsarbetet
- Att nämnden säkerställer verksamheternas tillämpning av de rutiner som finns avseende avvikelser samt anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria samt att berörda verksamheter får tillräcklig återkoppling avseende avvikelser och anmälningar som berör deras verksamhet
- Att nämnden säkerställer en tillräcklig systematisering och struktur kring arbetet med att öka kvaliteten i verksamheterna utifrån nyckeltal och nationella register

I övrigt hänvisar vi till de iakttagelser som redovisas i bifogad revisionsrapport.

För Kiruna kommuns revisorer

Roger Aitomäki, ordförande

Gösta Suup

Bilaga: Revisionsrapport "Kvalitetsledningsarbetet", PwC, maj 2016.

# Revisionsrapport

## *Kvalitetslednings- arbetet*

Kiruna kommun

*Jenny Krispinsson,  
projektledare*

*Jonas Wallin*

*Maj 2016*

# Innehållsförteckning

<b>1.</b>	<b>Sammanfattande bedömning .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>3</b>
2.1.	Bakgrund .....	3
2.2.	Syfte och kontrollmål .....	3
2.3.	Revisionskriterier .....	4
2.4.	Metod och avgränsning .....	4
<b>3.</b>	<b>Granskningsresultat .....</b>	<b>5</b>
3.1.	Kvalitetsledningsarbetet.....	5
3.1.1.	Processbeskrivning.....	5
3.1.2.	Samverkan .....	5
3.1.3.	Risakanalys .....	6
3.1.4.	Egenkontroll .....	6
3.1.5.	Avvikelser.....	6
3.1.6.	Personalens medverkan .....	7
3.1.7.	Dokumentationsskyldighet.....	7
3.2.	Förankring av kvalitetsledningsarbetet.....	8
3.3.	System och rutiner .....	9
3.4.	Nyckeltal och nationella register .....	11
3.5.	Uppföljning.....	12

# 1. *Sammanfattande bedömning*

På uppdrag av revisorerna i Kiruna kommun har PwC genomfört en granskning avseende om socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av kvalitetsarbetet inom nämndens verksamheter, samt om den interna kontrollen inom området är tillräcklig. Revisorernas bedömning av väsentlighet och risk har legat till grund för valet av granskningsinriktning.

Vår sammanfattande bedömning är socialnämnden till viss del har säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av kvalitetsarbetet inom nämndens verksamheter. Vidare bedömer vi att det finns brister i den interna kontrollen inom området. Den sammanfattande bedömningen baseras på följande iakttagelser kopplat till respektive för granskningen styrande kontrollmål:

- Nämnden har beslutat om att ett kvalitetsledningssystem ska inrättas samt antagit riktlinjer inom området. Styrningen av kvalitetsarbetet skulle dock kunna tydliggöras ytterligare, inte minst vad gäller resurser kopplat till det arbete som ska genomföras för att utveckla kvalitetsledningsarbetet.
- I nuläget finns inte ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar alla de områden som anges i Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd. Flertalet av de delar som ett kvalitetsledningssystem ska bestå av finns, men några av delarna behöver utvecklas ytterligare. Det pågår ett arbete med att samla kvalitetsledningssystemets olika delar på kommunens intranät. Förhoppningar finns om att detta kommer att medföra att kvalitetsledningsarbetet blir tydligare.
- Till viss del bedrivs ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete. Det pågår bland annat ett arbete med att se över vilka riktlinjer och rutiner som finns kopplat till kvalitetsarbetet, och vilka som behöver upprättas. Utöver detta upprättas en årlig kvalitetsberättelse som nämnden får till sig.
- Kvalitetsledningsarbetet är förankrat hos nämnden, förvaltningsledningen och förvaltningsstödsgruppen. Dock har förankringen ännu inte har nått ut till den personal som arbetar i de granskade verksamheterna i tillräcklig utsträckning.
- Det finns system och rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. Tillämpningen av dessa rutiner och system är däremot inte säkerställd i tillräcklig utsträckning inom granskade verksamheter. Till exempel är kunskapen om vad som ska resultera i en avvikelse och vad en anmälning enligt Lex Sarah innebär inte tillräckligt god. Utifrån detta bedömer vi att det finns en betydande risk att tillräcklig rapportering inte sker avseende avvikelser samt anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. Det är heller inte säkerställt att berörd personal får tillräcklig återkoppling avseende de avvikelser och anmälningar som berör deras verksamhet.

- Socialnämnden arbetar med att öka kvaliteten i verksamheterna utifrån bland annat nyckeltal och nationella register. Systematiseringen och strukturerna kring arbetet med att öka kvaliteten i verksamheterna utifrån nyckeltal och nationella register skulle dock behöva utvecklas ytterligare.
- Socialnämnden följer upp kvalitetsarbetet i tillräcklig utsträckning genom den samlade kvalitetberättelsen samt genom patientsäkerhetsberättelsen. Nämnden har hittills inte följt upp själva implementeringen av kvalitetsledningsarbetet inom sina verksamhetsområden.

### **Rekommendationer**

Med anledning av ovanstående vill vi lämna följande rekommendationer till socialnämnden:

- Att nämnden säkerställer att kvalitetsledningssystemet kompletteras så att det innehåller alla de delar som enligt föreskrifter ska finnas i ett kvalitetsledningssystem
- Att nämnden säkerställer att de riktlinjer och rutiner som behövs för kvalitetsledningsarbetet upprättas och implementeras
- Att nämnden tydliggör styrningen avseende kvalitetsledningsarbetet, förslagsvis även vad gäller resurser kopplat till det arbete som ska genomföras för att utveckla kvalitetsledningsarbetet
- Att nämnden säkerställer att kvalitetsledningsarbetet i tillräcklig utsträckning är förankrat hos den personal som berörs av kvalitetsarbetet
- Att nämnden säkerställer verksamheternas tillämpning av de rutiner som finns avseende avvikelser samt anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria, samt att berörda verksamheter får tillräcklig återkoppling avseende avvikelser och anmälningar som berör deras verksamhet
- Att nämnden säkerställer en tillräcklig systematisering och struktur kring arbetet med att öka kvaliteten i verksamheterna utifrån nyckeltal och nationella register

## **2. Inledning**

### **2.1. Bakgrund**

Kommunens revisorer har utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt att behov finns att granska styrning och ledning av systematiskt kvalitetsarbete inom socialnämnden och dess verksamheter.

Enligt den lagstiftning och regelverk i övrigt som reglerar socialnämnden ska verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Kommunen har enligt socialtjänstlagen (SoL) ett ansvar för att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. I begreppet inryms bl.a. rättssäkerhet, kompetens, bemötandefrågor, den enskildes medinflytande samt att vård och omsorg ska vara lättillgänglig. Även i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) finns bestämmelser om att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. Föreskrifterna fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas. Här anges också att det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Vårdgivaren måste enligt föreskrifterna klargöra vilken verksamhet som bedrivs samt göra en kartläggning över vilka krav och mål som gäller för respektive verksamhet. Vidare ska vårdgivaren bedöma vilka processer och rutiner som verksamheten behöver fastställa för att uppfylla dessa krav och mål. Föreskrifterna förtydligar också att den som bedriver verksamhet ska arbeta med ett systematiskt förbättringsarbete.

Bristfälliga system och rutiner kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett sätt.

### **2.2. Syfte och kontrollmål**

Syftet med granskningen har varit att pröva om socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av kvalitetsarbetet inom nämndens verksamheter och om den interna kontrollen inom området är tillräcklig.

Granskningen har haft att besvara följande kontrollmål:

- Finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar de områden som anges i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd?
- Bedrivs ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete med tydlig styrning och som är väl förankrat hos nämnden, förvaltningsledningen och personal inom socialnämndens verksamheter?

- Finns och tillämpas system och rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter samt anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria hos granskade verksamheter?
- Sker tillräcklig rapportering av avvikelser samt anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria inom socialnämndens verksamheter?
- På vilket sätt arbetar nämnden med att öka kvaliteten i verksamheterna utifrån nyckeltal och nationella register?
- Följer nämnden upp kvalitetsarbetet i tillräcklig utsträckning?

### **2.3. Revisionskriterier**

- Socialtjänstlagen 3 kap. 3 §
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Hälso- och sjukvårdslagen 31 §
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 6 §
- Nämndens policies och mål inom området

### **2.4. Metod och avgränsning**

Revisionsobjektet i granskningen har varit socialnämnden.

Granskningen har genomförts genom:

- Insamling och analys av adekvat dokumentation
- Upprättande av intervjuguide och granskningsprogram
- Intervjuer med nämndsordförande, socialchef, avdelningschefer, enhetschefer samt kvalitetsutvecklare
- Gruppintervjuer med personal från särskilda boenden, hemtjänst, korttidsboende samt LSS-verksamhet
- Upprättande av revisionsrapport

Granskningen har avgränsats till kvalitetsarbetet på övergripande nivå, samt inom:

- Två enheter vid särskilda boenden
- Två enheter inom hemtjänsten
- En enhet vid korttidsboende
- En enhet vid boende med särskild service enligt LSS

Urval av enheter har skett utifrån en bedömning av risk och väsentlighet. I övrigt se revisionsfråga, kontrollmål och metod för ytterligare avgränsningar.

Socialnämndens ordförande samt socialförvaltningens ledning har haft möjlighet att faktakontrollera innehållet i rapporten.



## **3. Granskningsresultat**

### **3.1. Kvalitetsledningsarbetet**

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Vidare framgår att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planeras, ledas, kontrolleras, följas upp och förbättras.

Socialnämnden i Kiruna beslutade 2012-08-21 att införa ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter 2011:9 samt att anta styrdokumentet för ledningssystem som sitt eget.

Genom intervjuer framgår att det i nuläget inte finns ett samlat kvalitetsledningssystem. Däremot finns delar av ett kvalitetsledningssystem och dessa delar har sedan tidigare funnits digitalt under K: på förvaltningens datorer. Vid gransknings-tillfället pågick ett arbete med att flytta dessa delar av kvalitetsledningssystemet till en nyligen uppbyggd struktur på kommunens intranät. Dessutom pågick ett arbete med att utveckla ytterligare delar som inte funnits sedan tidigare.

I nedanstående avsnitt 3.1.1. till 3.1.7. beskrivs delar av vad som, enligt SOSFS 2011:9, ska ingå i ett kvalitetsledningssystem samt hur långt socialnämnden i Kiruna kommun kommit i arbetet med att ta fram dessa delar.

#### **3.1.1. Processbeskrivning**

Enligt SOSFS 2011:9 4 kap. 2 § ska de processer som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet identifieras, beskrivas och fastställas. Av granskningen framgår, genom analys av dokument och intervjuer, att det inom socialnämndens verksamheter har påbörjats ett arbete med att identifiera, beskriva och fastställa processer. I nuläget saknas dock en sådan beskrivning av processer för flertalet av de verksamheter som berörs av kvalitetsledningsarbetet.

#### **3.1.2. Samverkan**

Den som bedriver socialtjänst, verksamhet enligt LSS eller är vårdgivare enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska identifiera processer enligt SOSFS 2011:9 4 kap. 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Detta framgår av SOSFS 2011:9 4 kap. 5-6 §§. Vidare lyfts det fram att det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten och med andra organisationer. Av granskningen framgår att det i huvudsakligen finns rutiner för samverkan men att flertalet av dessa processer ännu inte är beskrivna.

### 3.1.3. Riskanalys

Vidare framgår av SOSFS 2011:9 5 kap. 1 § att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Av granskningen framgår att det saknas sådana riskanalyser inom flera av socialnämndens verksamheter. Vid intervjuer framgår att sådana riskanalyser ska tas fram.

### 3.1.4. Egenkontroll

Enligt SOSFS 2011:9 5 kap. 2 § ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS utöva egenkontroll med den omfattning och frekvens som krävs för att verksamhetens kvalitet ska kunna säkras. Egenkontroll kan exempelvis omfatta jämförelser av verksamhetens resultat med de uppgifter som framgår av nationella kvalitetsregister, öppna jämförelser, verksamhetens tidigare resultat samt resultatet i andra verksamheter. Andra exempel på egenkontroller kan vara undersökning av målgrupper samt om det finns förhållningssätt hos personalen som kan leda till kvalitetsbrister i verksamheten.

Av granskningen framgår att egenkontroll till stor del genomförs. Bland annat genom att delar av förvaltningens verksamheter resultat jämförs med tidigare års resultat samt uppgifter i nationella kvalitetsregister och öppna jämförelser. Dock är vår upplevelse att det saknas tydliga strukturer och systematisering för hur egenkontrollen ska bedrivas inom hela nämndens verksamhetsområde. Genom intervjuer lyfts även fram att arbetet med målgruppsundersökningar bör utvecklas.

### 3.1.5. Avvikelse

Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska tas emot och utredas, vilket framgår av SOSFS 2011:9 5 kap. 3 §. Av 4 § i samma kapitel tydliggörs rapporteringsskyldigheten som finns för hälso- och sjukvårdspersonal, den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten samt i enlighet med LSS. I paragrafen finns bland annat en hänvisning till Socialtjänstlagen 14 kap. 3 som säger att den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten genast ska rapportera risk för missförhållanden. Liknande skrivelser finns i Patientsäkerhetslagen och LSS.

I SOSFS 5 kap. 4 § framgår att missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden utan dröjsmål ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas.

Genom granskningen framgår att det finns rutiner hantering av synpunkter, klagomål samt inkomna avvikelser. Vidare finns rutiner för utredning av missförhållanden samt anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. Det finns även rutiner för upprättande av avvikelser samt rapportering om missförhållande eller risk för missförhållande.

### 3.1.6. *Personalens medverkan*

I sjätte kapitlet i föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete lyfts personalens medverkan i kvalitetsarbetet fram. Bland annat ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Genom granskningen av dokumentation samt de intervjuer som har genomförts framgår att det inte i tillräcklig utsträckning har säkerställts att personalen, inom granskade verksamheter, arbetar i enlighet med processerna och rutinerna. Som nämnts tidigare är samtliga processer inte identifierade, beskrivna och fastställda varpå det inte är möjligt att säkerställa att personal arbetar i enlighet med dessa. Utöver detta framkommer att de rutiner som finns inte är kända av samtliga som berörs av dem.

### 3.1.7. *Dokumentationsskyldighet*

I SOSFS 2011:9 7 kap. 1 § framgår att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Vidare framgår att det varje år bör upprättas en sammanhållen kvalitetsberättelse. I denna bör det framgå:

- Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet
- Vilka resultat som har uppnåtts

Av samma kapitel 2 § förtydligas att vårdgivaren senast den 1 mars varje år ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse samt vad den ska innehålla. Genom intervjuer och granskning av nämndens protokoll framgår att en patientsäkerhetsberättelse har tagits fram för 2015. Patientsäkerhetsberättelsen innehåller bland annat genomfört patientsäkerhetsarbete samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerheten samt statistik kring medicinska avvikelser.

En kvalitetsberättelse har tagits fram första gången för 2014. Även för 2015 har en kvalitetsberättelse tagits fram och denna har behandlats i socialnämnden i slutet av april 2016. Kvalitetsberättelsen innehåller bland annat socialnämndens mål och måluppfyllelse, klagomål och synpunkter, brukarundersökningar, Lex Sarah/Lex Maria, ej verkställda beslut samt analyser av resultaten som uppnåtts.

## **Bedömning**

Vår bedömning är att det i nuläget inte finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar alla de områden som anges i socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd. Vi noterar dock att flertalet av de delar som ska finnas i ett kvalitetsledningssystem också finns, även om några av dem behöver utvecklas ytterligare.

Vidare noterar vi att det pågår ett arbete med att samla kvalitetsledningssystemets olika delar på kommunens intranät. Förhoppningar finns om att detta kommer att medföra att kvalitetsledningsarbetet blir tydligare. Detta genom att alla dokument som är kopplade till ledningssystemet ska finnas samlade och mer lättillgängliga för såväl chefer som personal.

### **3.2. Förankring av kvalitetsledningsarbetet**

Som nämnts tidigare så beslutade socialnämnden i Kiruna 2012-08-21 att införa ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter.

Genom intervjuerna framgår att kvalitetsarbetet är förankrat inom nämnden genom att nämnden har beslutat om ledningssystemets införande samt kontinuerligt får återrapportering av exempelvis avvikelser samt anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. Nämnden beslutar även om alla riktlinjer som berör kvalitetsarbetet inom sina verksamheter. Nämnden får även till sig en årlig kvalitetsberättelse och en årlig patientsäkerhetsberättelse där det bland annat redogörs för kvalitetsarbetet inom nämndens verksamhetsområden.

Även inom förvaltningsledningsgruppen och förvaltningsstödsenheten är kvalitetsledningsarbetet väl känt. Genom intervjuerna framgår att det är inom framförallt dessa verksamheter som arbetet med att utveckla kvalitetsledningssystemet, ta fram rutiner och riktlinjer samt följa upp kvalitetsledningsarbetet sker. Av granskningen framgår att mycket det senaste året har handlat om att utveckla ett digitalt system för kvalitetsledningsarbetet där samtliga rutiner, riktlinjer och blanketter som är kopplade till kvalitetsarbetet ska finnas lättillgängliga. Vidare pågår ett arbete med att se över, revidera och vid behov ta fram nya riktlinjer och rutiner. De intervjuade uppger att det även startats upp ett arbete med att identifiera och beskriva processer men att det är en bra bit kvar innan detta är gjort inom samtliga verksamheter.

Trots att arbetet med att ta fram ett kvalitetsledningssystem uppges vara känt inom förvaltningsledningen och förvaltningsstödsenheten så beskriver flera av de intervjuade att styrningen avseende kvalitetsledningsarbetet delvis upplevs som otydligt. Det uppges vara väl förankrat att det ska utvecklas ett kvalitetsledningssystem, men det beskrivs som mer otydligt vilka resurser som avsatts för det arbetet. Vidare framgår att arbetet med att ta fram kvalitetsledningssystemet av många upplevs ta lång tid eftersom det saknas riktade resurser, bland annat beskrivs att arbetet med att fastställa och beskriva processer är resurskrävande.

Genom intervjuer framgår att kvalitetsledningsarbetet fortfarande är relativt okänt hos personal ute i de granskade verksamheterna. Den del av kvalitetsarbetet som är mest känt i verksamheterna är hantering av synpunkter och klagomål, rapportering av avvikelser samt anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. Av granskningen framgår dock att kännedomen om dessa rutiner varierar mellan de granskade verksamheterna. Ingen av de intervjuade från baspersonalen uppgav att de känner till om det inom deras verksamheter har genomförts eller pågår ett arbete med att kartlägga och beskriva processer.

## Bedömning

Vår bedömning är att det till viss del bedrivs ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete. Det pågår ett arbete med att se över vilka riktlinjer och rutiner som finns kopplat till kvalitetsarbetet, och vilka som behöver upprättas. Vidare pågår ett arbete med att utveckla ett nytt digitalt system för de delar av kvalitetsledningssystemet som redan finns. Utöver detta upprättas en årlig kvalitetsberättelse som nämnden får till sig. Dock saknas fortfarande delar av vad som, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, ska ingå i ett kvalitetsledningssystem.

Vad gäller styrningen av kvalitetsarbetet så har nämnden beslutat om att ett kvalitetsledningssystem ska inrättas samt antagit riktlinjer inom området. Vår bedömning är dock att styrningen av kvalitetsarbetet skulle kunna tydliggöras ytterligare, inte minst vad gäller resurser kopplat till det arbete som ska genomföras för att utveckla kvalitetsledningsarbetet.

Kvalitetsledningsarbetet är förankrat hos nämnden, förvaltningsledningen och förvaltningsstödsgruppen. Vår bedömning är dock att förankringen ännu inte har nått ut till den personal som arbetar i de granskande verksamheterna i tillräcklig utsträckning.

### 3.3. System och rutiner

Av granskningen av dokumentation framgår att det finns skriftliga rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter samt anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. Vidare finns även rutiner för upprättande av avvikelser och rapportering om missförhållande eller risk för missförhållande. I några av de verksamheter som granskats sker rapporteringen via en pappersblankett som lämnas till den närmsta chefen medan andra verksamheter rapporterar avvikelser i verksamhetssystemet Procapita.

Av granskningen framgår att rutinerna framförallt finns att tillgå elektroniskt men även i pappersformat hos en del verksamheter. Några av de intervjuade menar att rutiner i pappersformat kan vara mer lättillgängliga för personal, men att det även kan medföra en risk att inaktuella rutiner inte byts ut mot aktuella och reviderade versioner av rutinerna. Några av de intervjuade lyfter fram att det behöver rensas bland rutinerna för att säkerställa att de aktuella rutinerna inte blandas med gamla rutiner som inte längre ska tillämpas.

Av de intervjuer vi har genomfört framgår att kännedomen om dessa rutiner varierar hos personal ute i de verksamheter som berörs av granskningen. Exempelvis är kunskapen om vad som ska resultera i en avvikelse och vad en anmälning enligt Lex Sarah innebär inte tillräckligt god hos några av dessa verksamheter. Hos några verksamheter får personalen, efter att ha fått information om gällande rutiner, skriva under att de känner till rutinen för anmälningar enligt Lex Sarah.

Några av de intervjuade uppger att kännedomen om medicinska avvikelser, exempelvis om en brukare fått fel medicin, är bättre än kunskapen om sociala avvikelser. En social avvikelse kan till exempel vara om en insats av någon

anledning inte genomförts eller om personalens bemötande varit bristfälligt. De intervjuade tror även att rapporteringen är bättre avseende medicinska avvikelser än sociala avvikelser.

Några av de intervjuade lyfter fram att det inom en del verksamheter finns en känsla av att personal inte vill ange en kollega, vilket leder till att samtliga avvikelser inte rapporteras. Även tidsbrist lyfts fram som en anledning liksom avsaknad av återkoppling kopplat till avvikelser och anmälningar. Några av de intervjuade upplever även att det inte händer något efter att en avvikelse upprättats medan andra uppger att detta direkt leder till åtgärder i den aktuella verksamheten. Det beskrivs även att utredningstiden avseende anmälningar enligt Lex Sarah ibland är lång och att återkopplingen emellanåt är bristfällig. Lex Sarah anmälningar utreds av handläggare inom förvaltningsstödsenheten och Lex Maria av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS).

Vidare uppger flertalet av den baspersonal som intervjuats att de inte får till sig någon samlad sammanställning avseende avvikelser och anmälningar, vare sig socialförvaltningen som helhet eller det verksamhetsområde de tillhör. Vår uppfattning är att en sådan sammanställning skulle kunna medföra att erfarenheter och lärdomar sprids mellan såväl enheter som verksamheter.

I några av intervjuerna lyfts vikten av att chefer på samtliga nivåer arbetar aktivt med att implementera de rutiner som upprättas och revideras. Det beskrivs vara svårt att sprida information och att säkerställa att den nått fram och detta är något som förvaltningsledningen är medveten om. Några uppger även att det kan vara svårt att få samma engagemang kring en ny rutin längst ut i organisationen som hos dem som upprättat den.

### **Bedömning**

Vår bedömning är att det finns system och rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria.

Vad gäller tillämpningen av dessa rutiner så är vår bedömning att den inte är säkerställd i tillräcklig utsträckning inom granskade verksamheter. Till exempel är kunskapen om vad som ska resultera i en avvikelse inte tillräckligt god. Det samma gäller avseende vad en anmälning enligt Lex Sarah innebär. Utifrån detta gör vi även bedömningen att det finns en betydande risk att tillräcklig rapportering inte sker avseende avvikelser samt anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria inom socialnämndens verksamheter.

Vidare är vår bedömning att implementeringen av de rutiner som redan finns samt de som nu upprättas och revideras behöver förbättras för att säkerställa att rutiner når ut och tillämpas i de verksamheter som är närmast kunden och brukaren.

Vi bedömer även att det inte är säkerställt i tillräcklig utsträckning att berörd personal får tillräcklig återkoppling avseende de avvikelser och anmälningar som berör deras verksamhet.

### **3.4. Nyckeltal och nationella register**

I arbetet med egenkontroll, som det beskrivs i SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §, kan exempelvis jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter som framgår av nationella kvalitetsregister och öppna jämförelser ingå.

Genom intervjuer beskrivs att resultat av nationella jämförelser, exempelvis uppgifter i öppna jämförelser, analyseras för att identifiera hur socialförvaltningens kvalitet och resultat står sig i jämförelse med andra kommuner. Om något resultat sticker ut i negativ bemärkelse tas detta ibland upp som ett verksamhetsmål eller som ett politiskt mål/beslut för att öka fokus på det aktuella området.

Vidare beskrivs att bland annat resultat i öppna jämförelser, senior alert och svenska palliativregistret följs upp. Flera av de intervjuade uppger att det pågått ett arbete med resultat och uppgifter i nationella register för att utveckla kvaliteten inom flera av nämndens verksamhetsområden de senaste åren. Resultat av dessa jämförelser presenteras i viss utsträckning i patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsberättelsen. Dock framhålls att systematiseringen och strukturerna kring arbetet med att öka kvaliteten i verksamheterna utifrån nyckeltal i nationella register behöver utvecklas ytterligare.

Några av de intervjuade anser att det inom LSS-verksamheten hittills inte funnits några bra nationella register med uppgifter att arbeta och jämföra utifrån. Beslut finns dock på att LSS-verksamheten, från och med hösten 2016, ska ingå i en ny nationell undersökning. Förhoppningar finns om att detta ska kunna medföra att även kvaliteten inom LSS-verksamhetens ska kunna mätas och jämföras med andra kommuner.

Av granskningen framgår att resultaten av de analyser som görs av nationella nyckeltal återförs till en del av de granskade verksamheterna. Personal inom några av verksamheterna känner inte till om de har fått återkoppling medan andra uppger att de både fått återkoppling samt arbetat med resultaten för att höja kvaliteten inom sin verksamhet. Genom intervjuer lyfts det fram att det är förvaltningsstödsenheten som ansvarar för att leverera resultat till bland annat avdelningschefer och enhetschefer, och att det sedan är upp till dessa att föra vidare och arbeta med resultaten i sina verksamheter.

#### **Bedömning**

Vår bedömning är att socialnämnden arbetar med att öka kvaliteten i verksamheterna utifrån nyckeltal och nationella register. Vi bedömer dock att systematiseringen och strukturerna kring arbetet med att öka kvaliteten i verksamheterna utifrån nyckeltal och nationella register behöver utvecklas ytterligare.

### **3.5. Uppföljning**

Nämnden följer upp kvalitetsarbetet årligen genom en samlad kvalitetsberättelse. Den första samlade kvalitetsberättelsen upprättades för 2014 och i april 2016 fick nämnden till sig kvalitetsberättelsen för 2015.

Genom intervjuer framkommer det att, efter att nämnden hanterat kvalitetsberättelsen, det är avdelningschefernas och enhetschefernas ansvar att sprida resultatet i kvalitetsberättelsen till sina respektive personalgrupper. Av granskningen framgår att detta sker i en del av de granskade verksamheterna men att det är ett område som behöver utvecklas inom andra verksamheter.

Patientsäkerhetsberättelse ska ha upprättats av vårdgivaren senast 1 mars varje år. Inom Kiruna kommun är det MAS som ansvarar för att upprätta patientsäkerhetsberättelsen. Även patientsäkerhetsberättelsen innehåller uppföljning av kvalitetsparametrar, till exempel avseende medicinska avvikelser och vad som gjorts under året för att öka patientsäkerheten.

Under året följer nämnden även kontinuerligt upp de anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria som upprättats inom förvaltningen. Tanken är även att nämnden framöver, genom bättre nyttjande av verksamhetssystemet Procapita, ska kunna följa antalet upprättade avvikelser mer kontinuerligt under året.

Utöver detta har ingen uppföljning genomförts avseende implementeringen av kvalitetsarbetet och kvalitetsledningssystemet inom nämndens verksamhetsområden.

#### **Bedömning**

Vår bedömning är att nämnden följer upp kvalitetsarbetet i tillräcklig utsträckning genom den samlade kvalitetsberättelsen samt genom patientsäkerhetsberättelsen. Vi noterar dock att nämnden hittills inte följt upp implementeringen av kvalitetsledningsarbetet inom sina verksamhetsområden.

Maj 2016

**Jenny Krispinsson**

---

*Projektledare*

**Andreas Jönsson**

---

*Uppdragsledare*