

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

i Arbetslivsnämnden,
Individ- och familjeomsorgsnämnden
och Sociala omsorgsnämnden

Stadsrevisionen • Borås

Rapportsammandrag

2023-02-20

20
23

Stadsrevisionen har granskat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i Arbetslivsnämnden, Individ- och familjeomsorgsnämnden och Sociala omsorgsnämnden. Granskningens huvudsakliga syfte är att granska om nämndernas styrning och uppföljning inom området är tillräcklig och om arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i berörda nämnder är ändamålsenligt och bedrivs i enlighet med gällande föreskrifter.

Stadsrevisionens bedömningar med utgångspunkt i granskningsresultaten inleds med en kort sammanfattning av de revisionskriterier som använts i granskningen. Därefter genomförs bedömning när det gäller nämndernas övergripande styrning och uppföljning. När det gäller ändamålsenligheten i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete bygger bedömningen på följsamhet till Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 vid de granskade förvaltningarna. Detta redogörs för per nämnd utifrån en summering av bedömda avvikelser.

Stadsrevisionens genomgång av granskade nämnders ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är avvikelseorienterad. Detta medför att huvudsakligen de områden där avvikelser noterats tas upp i granskningens bedömningsdel. Stadsrevisionen vill i sammanhanget framhålla att de granskade förvaltningarna i många avseenden har väl utvecklade processer och rutiner för verksamheten och för hantering av avvikelser. I flera fall finns pågående arbete i förvaltningarna som syftar mot att göra upprättade processer och rutiner mer åtkomliga för verksamheternas personal och underlätta samverkan mellan förvaltningarna i det sociala klustret. Det bedrivs i flera fall även ett omfattande systematiskt förbättringsarbete som eftersträvar att förvaltningarna ska vara transparenta och lärande organisationer som successivt förbättrar kvaliteten i nämndernas verksamheter.

Sammanfattning av lagar, föreskrifter och allmänna råd

Nämnderna beslutar enligt kommunallagen i frågor som rör förvaltningen och i frågor som de enligt lag eller annan författning ska ha hand om. Nämnderna beslutar också i frågor som Kommunfullmäktige har delegerat till dem. Nämndernas verksamhet ska bedrivas i enlighet med de mål och riktlinjer som Kommunfullmäktige bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

Nämnderna har inom ramen för sin förvaltande verksamhet en självständig beslutanderätt, men får uppdras åt presidiet, ett utskott, en ledamot eller en anställd att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss

grupp av ärenden. Dock får beslutanderätt inte delegeras när det gäller bl.a. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. Bakgrunden till förbudet är att lagstiftaren velat markera att nämnden måste ha kvar ett övergripande ansvar för hela verksamheten och därför inte ska kunna delegera dessa för verksamheten särskilt viktiga frågor.

Socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) innefattar bestämmelser som innebär att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ansvarar vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS definieras i föreskrifterna bl.a. som socialnämnd eller motsvarande kommunal nämnd som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är ett system för att fastställa principerna för ledning av verksamheten. Ett ledningssystem är på så vis det formaliserade och beslutade systemet som ska användas för att göra en verksamhet effektivare med avseende på att nå uppställda mål.

Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Den som driver verksamhet som omfattas av föreskrifterna ska bland annat:

- Identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. I varje process ska identifieras de aktiviteter som ingår i processen och aktiviteternas inbördes ordning. För varje aktivitet ska fastställas de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.
- Säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Personalen behöver också ha kunskap om vart de ska vända sig med rapporter, avvikelser, klagomål, synpunkter m.m.

- Fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens samtliga delar.
- Utöva egenkontroll och utreda avvikelser. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS har även rapporterings- och utredningsskyldighet enligt patientsäkerhetslagen, socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (lex Sarah, lex Maria m.fl.).
- Ta emot och utreda klagomål och synpunkter från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, myndigheter, andra organisationer m.fl.
- Framkomna avvikelser ska även medföra att den som bedriver verksamhet ser över sina processer och rutiner. Detta innebär att verksamheten ska vara en lärande organisation.
- Sammanställa och analysera inkomna rapporter om avvikelser, utfall av egenkontroller, klagomål och synpunkter för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.
- Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Dokumentationskravet omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.
- Med dokumentationen som utgångspunkt ska det varje år upprättas en sammanhållen kvalitetsberättelse. Av 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 och vilka resultat som har uppnåtts. Senast den 1 mars varje år ska vårdgivare enligt patientsäkerhetslagen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.
- Minst en gång om året ska ledningssystemet arbetas igenom för att bedöma ledningssystemets lämplighet och effektivitet. Efter genomförd bedömning godkänns systemet alternativt beslutas om förbättringsåtgärder av ledningssystemet.

- Ett ledningssystem ska vara enkelt och inte mer komplext än nödvändigt. Det är fullt möjligt att ha ett integrerat ledningssystem som uppfyller flera olika syften så länge kraven enligt SOSFS 2011:9 uppfylls.

Nämndernas övergripande styrning och uppföljning

Granskningen visar att ingen av de granskade nämnderna har upprättat en översiktlig beskrivning eller fattat beslut om ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Förhållandena innebär att ledningssystemet eller dess grundläggande uppbyggnad inte varit föremål för nämndens styrning. Ingen granskad nämnd har heller genomfört någon årlig uppföljning av ledningssystemet i syfte att bedöma dess lämplighet och effektivitet. Sociala omsorgsförvaltningen har genomfört en analys av ledningssystemets lämplighet på förvaltningsnivå. Samtliga granskade nämnder upprättar uppföljning genom patientsäkerhets- och kvalitetsberättelser årligen. Beslut, styrning och uppföljning av ledningssystemet är grundläggande delar i dess uppbyggnad. Stadsrevisionen bedömer att förhållandena utgör avsteg från Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9. Ingen granskad nämnd har heller fattat beslut om verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Stadsrevisionens bedömning är med utgångspunkt i granskningsresultaten att de granskade nämndernas styrning av ledningssystemen för systematiskt kvalitetsarbete inte är tillräcklig och i enlighet med gällande föreskrifter. Nämndernas uppföljning av ledningssystemet bedöms som inte helt tillräcklig. Nämnderna behöver enligt Stadsrevisionens bedömning fatta beslut om ledningssystemet och dess grundläggande uppbyggnad och minst en gång om året bedöma systemets lämplighet och effektivitet. Åtgärderna är enligt Stadsrevisionens bedömning angelägna för att säkerställa en tillräcklig styrning och uppföljning inom området.

Samordning, samverkan och integration med andra ledningssystem

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i granskade nämnder samexisterar med andra styr- och ledningssystem och dess uppföljning. Dessa är bl.a. Borås Stads styr- och ledningssystem, budgetprocess, systematiskt arbetsmiljöarbete och intern kontroll. Förvaltningarna har i vissa fall tagit initiativ mot att integrera ledningssystemen i syfte att bl.a. effektivisera styrningen och förenkla hanteringen i systemen. Ingen granskad förvaltning har idag fullt ut integrerade ledningssystem och har kommit olika långt i arbetet. Nämnderna bör enligt Stadsrevisionens bedömning kartlägga och analysera hur ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete kan integreras med övrig

styrssystem, så som Borås Stads styr- och ledningssystem, budgetprocess, intern kontroll m.fl. system.

De granskade nämndernas verksamheter samverkar med ett stort antal andra aktörer och huvudmän. Det framkommer i granskningen att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete kan utvecklas och stärkas i de delar som berör flera förvaltningar. Detta både när det gäller förvaltningarna i det sociala klustret, andra nämnder så som ex. Grundskolenämnden och Förskolenämnden såväl som externa aktörer och huvudmän. Nämnderna behöver fortsätta att vidareutveckla arbetet med att identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheterna.

Ett utvecklingsområde som identifierats i granskningen gäller Borås Stads system för synpunktshantering. Det framkommer i granskningen att rapportering av synpunkter via Borås Stads hemsida försvåras av att den enskilde själv behöver kategorisera sina synpunkter. Antalet inkomna synpunkter riskerar att bli få om det är svårt eller krångligt för enskilda att registrera sin synpunkt. Förhållandena medför att synpunkter och klagomål som ett underlag i det systematiska kvalitetsarbetet kan vara bristfälligt. Granskade nämnder behöver tillsammans med de övriga nämnderna i det sociala klustret se över förhållandena och verka för en mer brukarorienterad synpunktshantering.

Arbetslivsnämnden

Arbetslivsförvaltningen bedrev under 2022 verksamhet vid två enheter jml. SoL och vid en enhet jml. HSL. Förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar under 2022 tre enheter. Sammantaget har Arbetslivsförvaltningen i sitt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete elva övergripande processer med ca 212 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment.

I granskningen noteras avvikelser från gällande föreskrifter i SOSFS 2011:9 i Arbetslivsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt nedan.

I granskningen framkommer att flera av förvaltningens verksamheter i dagsläget inte ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Nämnden bör genomföra en analys och ta ställning till vilka av förvaltningens verksamheter som ska omfattas av ledningssystem jml. SOSFS 2011:9.

Arbetslivsförvaltningen har inte genomfört några dokumenterade riskanalyser eller någon verksamhetsgranskning

inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. Riskanalyser på alla nivåer i organisationen är enligt SOSFS 2011:9 en väsentlig del i ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Nämnden behöver säkerställa att förvaltningen löpande genomför och dokumenterar riskanalyser när det finns risk för att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut.

Arbetslivsnämnden har två olika delegationsordningar. I delegationsordning som avser försörjningsenheten finns delegationsbestämmelser som avser lex Sarah. Det finns ingen angiven delegation när det gäller lex Maria i någon av delegationsordningarna. Nämnden behöver komplettera sin delegationsordning med bestämmelser som avser lex Maria.

I patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen 2021 saknas redogörelse av utfall när det gäller fem av sju kategorier av egenkontroller i förvaltningen. Det finns heller inte någon dokumenterad analys av vilka kvalitetsbrister som ev. identifierats inom ramen för egenkontrollen eller vilka åtgärder som förvaltningen behöver genomföra eller har genomfört med utgångspunkt i genomförda egenkontroller. Förvaltningen har inte upprättat någon samlad plan för egenkontroller och verksamhetsgranskning under året. Arbetslivsförvaltningen genomför ett stort antal egenkontroller vid försörjningsenheten. Förvaltningen rapporterar dock inte enhetens resultat av egenkontrollen, analys eller genomförda förbättringsåtgärder till nämnden inom ramen för den årliga patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen.

Förvaltningen saknar rutiner för dokumentation av det systematiska förbättringsarbetet och andra moment som ingår i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Dokumentationskravet i SOSFS 2011:9 omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Nämnden behöver säkerställa att dokumentationen i ledningssystemet och innehållet i patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen följer angivna föreskrifter. Nämnden behöver tillse att det upprättas en samlad plan för egenkontroller och verksamhetsgranskning årligen.

Förvaltningen har under 2021 och 2022 utvecklat avvikelshanteringen. När det gäller rapportering och hantering av avvikelser hade förvaltningen sammantaget nio olika registrerade avvikelser på individnivå under 2021. Enligt vad som framkommer i granskningen ska detta ses som få registrerade individavvikelser. Nämnden behöver analysera förhållandena som utgångspunkt för ytterligare åtgärder i syfte att stärka rapportering och hantering av avvikelser.

Roll och ansvar i nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete när det gäller socialt ansvarig samordnare (SAS) finns uttryckt i ett förvaltningsövergripande styrdokument som är framtaget av förvaltningarna i det sociala klustret. Arbetslivsförvaltningen delar i dagsläget SAS med Individ- och familjeomsorgsförvaltningen. SAS saknar i nuläget förutsättningar att genomföra delar av sina uppgifter när det gäller framför allt egenkontroller, verksamhetsgranskning, kvalitetssäkring av processer och rutiner och proaktiva arbetsuppgifter i Arbetslivsförvaltningen. Nämnden behöver säkerställa att de proaktiva och retrospektiva uppgifter som socialt ansvarig samordnare har i förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete genomförs.

Identifierade avvikelser innebär enligt Stadsrevisionens bedömning att Arbetslivsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom väsentliga områden inte lever upp till kraven i föreskrifterna SOSFS 2011:9. Stadsrevisionens bedömning är mot bakgrund av förhållandena att Arbetslivsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i betydande delar inte är ändamålsenligt. Arbetslivsnämnden behöver åtgärda de avvikelser som identifieras i granskningen.

Individ- och familjeomsorgsnämnden

Individ- och familjeomsorgsförvaltningen bedriver verksamhet vid ca 29 enheter enligt SoL och vid ett boende verksamhet enligt HSL. Individ- och familjeomsorgsförvaltningen har nio dokumenterade övergripande processer med 12 underliggande processer när det gäller förvaltningens verksamhet jml. SoL. Till processerna finns ca 384 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment. Individ- och familjeomsorgsförvaltningen har sex dokumenterade övergripande processer med 18 underliggande processer när det gäller förvaltningens verksamhet jml. HSL. Till processerna finns ca 321 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment.

I granskningen noteras avvikelser från gällande föreskrifter i SOSFS 2011:9 i Individ- och familjeomsorgsförvaltningens arbete med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt nedan.

Nämnden har inte upprättat någon samlad plan för de egenkontroller och den verksamhetsgranskning som ska genomföras årligen. Nämnden behöver tillse att det upprättas en samlad plan för egenkontroller och verksamhetsgranskning årligen.

Nämnden genomförde inga nationella brukarundersökningar som en del av det systematiska kvalitetsarbetet under 2022. Förvaltningen gjorde under 2022 ett omtag när det gäller brukarundersökningar mot bakgrund av låg svarsfrekvens i tidigare års undersökningar. Nämnden behöver säkerställa att både nationella och lokala brukarundersökningar framöver är en del av nämndens systematiska kvalitetsarbete.

Den löpande dokumentationen i ledningssystemet kan stärkas och utvecklas på enhetsnivå. Detta så riskanalyser, egenkontroller och genomförda förbättringsåtgärder m.m. dokumenteras löpande vid alla enheter så som föreskrifterna anger. Nämnden behöver se över vilka åtgärder som bör genomföras för att förbättra dokumentationen i dessa avseenden. Översynen kan med fördel även omfatta dokumentationskrav som kommer från andra ledningssystem och syfta mot att dokumentationen i systemen som helhet ska vara tillräckligt omfattande men inte onödigt betungande.

Avvikelsehanteringen har stärkts i nämndens verksamheter under 2021 och 2022. Förvaltningen har dock identifierat att avvikelsehanteringen även fortsatt kan utvecklas för att säkerställa att alla avvikelser registreras och hanteras för att skapa lärande i organisationen. Nämnden bör se över vilka åtgärder som kan genomföras i syfte att ytterligare stärka rapportering och hantering av avvikelser i förvaltningen.

Identifierade avvikelser innebär enligt Stadsrevisionens bedömning att Individ- och familjeomsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i vissa delar inte fullt ut lever upp till kraven i föreskrifterna SOSFS 2011:9. Stadsrevisionens bedömning är mot bakgrund av förhållandena att Individ- och familjeomsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete till stor del är ändamålsenligt. Individ- och familjeomsorgsnämnden behöver åtgärda de avvikelser som identifieras i granskningen.

Sociala omsorgsnämnden

Sociala omsorgsförvaltningen bedriver verksamhet när det gäller myndighetsutövning och verkställighet jml. SoL och LSS. I nämndens verkställande enheter bedrivs även verksamhet jml. HSL. Sammantaget har Sociala omsorgsförvaltningen 29 processer med 15 underliggande delprocesser när det gäller verksamhet jml. SoL och LSS. I processerna finns sammantaget ca 501 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt material som stöd till olika arbetsmoment. Sociala omsorgsförvaltningen har sex dokumenterade övergripande processer med 18

underliggande processer när det gäller förvaltningens verksamhet jml. HSL. Till processerna finns ca 321 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment.

I granskningen noteras avvikelser från gällande föreskrifter i SOSFS 2011:9 i Sociala omsorgsförvaltningens arbete med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt nedan.

I granskningen framkommer att de största utvecklingsområdena med förvaltningens ledningssystem finns inom de verkställande verksamheterna. Det finns där en stor mängd framtagna processer och rutiner som i flera fall är kartlagda på en väldigt detaljerad nivå, med många specifika processkartor och delprocesser. Förhållandena gör det svårt för medarbetare att hitta rätt information i sin yrkesvardag och ställer stora krav på en organisation för underhåll och uppdatering av ledningssystemet. Vidtalade i granskningen framhåller att processerna för dessa verksamheter skulle behöva en grundlig genomgång som syftar mot förenkling ex. genom färre och mer övergripande processer. Dessutom finns problem i förvaltningen med IT-stöden när det gäller användarvänlighet. Det pågår arbete vid förvaltningen med att försöka åtgärda problemen och det finns en planering när det gäller revidering av ledningssystemet. Förhållandena innebär att stora grupper personal i förvaltningen inte har den kännedom om ledningssystemet eller dess processer och rutiner som de behöver ha. Rutiner och annat metodstöd finns inte tillgängligt när det behövs på ett enkelt sätt. Ledningssystemet är på så vis inte fullt ut implementerat och anpassat till verksamheterna.

Den samlade bilden av ovanstående förhållanden blir enligt Stadsrevisionens bedömning att både strukturen för upprättade processer och rutiner såväl som strukturen för förvaltningens IT-stöd, försvårar implementeringen av ledningssystemet i delar av förvaltningens verksamheter. Nämnden behöver genomföra en översyn av processer och rutiner för dessa verksamheter och analysera hur de kan förenklas eller på annat sätt göras mer åtkomliga för personalen. Arbetet som pågår i förvaltningen inom området behöver vidareutvecklas.

Arbetet med egenkontroller, riskanalyser och verksamhetsgranskning behöver utvecklas i förvaltningen. Ansvaret för egenkontroller och riskanalyser behöver tydliggöras på enhetsnivå och riskmedvetenheten stärkas vid en del av förvaltningens verksamheter. Förvaltningen har inte upprättat en sammanhållen plan för egenkontroller och

verksamhetsgranskning. Nämnden behöver tillse att det upprättas en samlad plan för egenkontroller och verksamhetsgranskning årligen. Nämnden behöver även tydliggöra ansvarsförhållandena på enhetsnivå vid beslut om struktur, roller och ansvar i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och följa upp efterlevnaden i sin bedömning av systemets lämplighet och effektivitet.

Avvikelsehanteringen har stärkts i nämndens verksamheter under 2021 och 2022. Förvaltningen har dock identifierat att avvikelsehanteringen även fortsatt behöver utvecklas för att säkerställa att alla avvikelser registreras och hanteras. Nämnden bör se över vilka åtgärder som kan genomföras i syfte att ytterligare stärka rapporteringen av avvikelser i förvaltningen.

Identifierade avvikelser innebär enligt Stadsrevisionens bedömning att Sociala omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i vissa delar inte lever upp till kraven i föreskrifterna SOSFS 2011:9. Främst är det implementeringen som i delar inte lever upp till föreskrifternas regelverk. Stadsrevisionens bedömning är mot bakgrund av förhållandena att Sociala omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete delvis är ändamålsenligt. Sociala omsorgsnämnden behöver åtgärda de avvikelser som identifieras i granskningen.

Sammanfattande bedömning

Granskningen visar att ingen av de granskade nämnderna har upprättat en översiktlig beskrivning eller fattat beslut om ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Ingen granskad nämnd har heller genomfört någon årlig uppföljning av ledningssystemet i syfte att bedöma dess lämplighet och effektivitet.

Stadsrevisionens bedömning är med utgångspunkt i granskningens resultaten att de granskade nämndernas styrning av ledningssystemen för systematiskt kvalitetsarbete inte är tillräcklig och i enlighet med gällande föreskrifter. Nämndernas uppföljning av ledningssystemet bedöms som inte helt tillräcklig. Nämnderna behöver enligt Stadsrevisionens bedömning fatta beslut om ledningssystemet och dess grundläggande uppbyggnad och minst en gång per år bedöma systemets lämplighet och effektivitet. Åtgärderna är enligt Stadsrevisionens bedömning angelägna för att säkerställa en tillräcklig styrning och uppföljning inom området.

Nämnderna bör enligt Stadsrevisionens bedömning även kartlägga och analysera hur ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete kan integreras med övriga styrsystem.

Nämnderna bör även vidareutveckla arbetet med att identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheterna. Granskade nämnder bör även verka för en mer brukarorienterad synpunktshandling.

De avvikelser från föreskrifterna SOSFS 2011:9 som identifieras i granskningen innebär enligt Stadsrevisionens bedömning att:

- Arbetslivsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i betydande delar inte är ändamålsenligt.
- Individ- och familjeomsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete till stor del är ändamålsenligt.
- Sociala omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete delvis är ändamålsenligt.

Granskade nämnder behöver enligt Stadsrevisionens bedömning åtgärda de avvikelser som identifieras i granskningen.



BORÅS
STAD

STADSREVISIONEN

Besöksadress Sturegatan 42 **Postadress** 501 80 Borås
Telefon 033-35 71 56 **E-post** revisionskontoret@boras.se
Webbplats boras.se/stadsrevisionen