

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

i Arbetslivsnämnden,
Individ- och familjeomsorgsnämnden
och Sociala omsorgsnämnden

Stadsrevisionen • Borås

Rapport

Andreas Ekelund
Samuel Kaufman

20
23

Innehåll

1 PROJEKTBEKRIVNING	3
1.1 Bakgrund	3
1.2 Syfte och frågeställning	3
1.3 Ansvariga nämnder	4
1.4 Avgränsningar	4
1.5 Revisionskriterier	4
1.6 Metod	4
1.7 Resurser/granskningsansvariga	4
2 LAGAR, REGLER OCH STYRANDE DOKUMENT	5
2.1 Kommunallag (2017:725)	5
2.2 Socialtjänstlag (2001:453)	5
2.3 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)	6
2.4 Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)	7
2.5 Patientsäkerhetslag (2010:659)	8
2.6 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)	9
2.7 Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)	11
2.8 Vägledning och allmänna råd	11
2.9 Borås Stads styrdokument	16
3 GRANSKNINGSRESULTAT	22
3.1 Arbetslivsnämnden	22
3.2 Individ- och familjeomsorgsnämnden	30
3.3 Sociala omsorgsnämnden	43
3.4 Samordning och samverkan i det systematiska kvalitetsarbetet	56
4 STADSREVISIONENS BEDÖMNINGAR	58
5 KÄLLFÖRTECKNING	66

1 1 Projektbeskrivning

1.1 Bakgrund

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. I föreskrifterna anges att dessa ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten. Föreskrifterna fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas och anger att det är vårdgivaren som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Vidare ska vårdgivaren med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska även ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

Ledningssystem ska användas för att säkra kvalitet i, samt planera, leda och förbättra verksamheter. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är gemensamma för hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamheter enligt LSS.

1.2 Syfte och frågeställning

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. Huvudsakliga revisionsfrågor är:

- Har berörda nämnder ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar de områden som anges i SOSFS 2011:9?
- Är kvalitetsledningssystemen i tillräcklig omfattning implementerat och känt i nämndens verksamheter?
- Används kvalitetsledningssystemet för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet?
- Är organisation, roll- och ansvarsfördelning avseende kvalitetsledningsarbetet tydlig och dokumenterad?
- Hur dokumenteras arbetet i berörda nämnders ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?
- Är nämndens styrning, kontroll och uppföljning inom området tillräcklig? Här beaktas b.l.a. kopplingen mellan det systematiska kvalitetsarbetet och budgetprocessen, riskanalys och plan för intern kontroll, egenkontroller i verksamheten och rutiner för avvikelshantering i verksamheten.
- Sker någon systematisk sammanställning/samverkan kring nämndernas systematiska kvalitetsarbete och utvärdering av verksamheternas kvalitet?
- Finns ändamålsenliga system-/ IT-stöd för nämndernas arbete med systematiskt kvalitetsarbete?
- Hur rapporteras resultat av arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet till nämnd, Kommunstyrelse och Kommunfullmäktige?

1.3 Ansvariga nämnder

Granskningen omfattar Arbetslivsnämnden, Individ- och familjeomsorgsnämnden och Sociala omsorgsnämnden.

1.4 Avgränsningar

Verksamhet som utförs av privata utförare inom nämndernas verksamhetsområden omfattas inte av granskningen.

1.5 Revisionskriterier

Revisionskriterier är kommunallagen, socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade och annan tillämplig lagstiftning. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och HSLF-FS 2017:40 om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete är också revisionskriterier. Utöver det utgör lokala styrdokument och beslut revisionskriterier liksom riktlinjer och rekommendationer från statliga verk/styrelser.

1.6 Metod

Metoderna för granskningen är dokumentstudier och semi-strukturerade intervjuer med tjänstepersoner vid berörda förvaltningar. Samtliga intervjuade i granskningen har tillställts rapportutkast för faktagranskning.

1.7 Resurser/granskningsansvariga

Granskningsledare för projektet är Andreas Ekelund vid Revisionskontoret. Projektmedarbetare är Samuel Kaufman vid Revisionskontoret.

2 Lagar, regler och styrande dokument

2.1 Kommunallag (2017:725)

Kommunallagen (KL) trädde i kraft den 1 januari 2018 och tillämpas i 290 kommuner och 21 regioner. Kommunallagen innehåller bland annat grunderna för den kommunala verksamheten, regler för kommunal organisation och vad som omfattas av kommunala angelägenheterna. Dessutom finns kapitel om kommunal ekonomi och laglighetsprövning.

Nämnderna beslutar enligt 6 kap. 3 § KL 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.¹

Nämnderna har inom ramen för sin förvaltande verksamhet en självständig beslutanderätt. I nämndernas uppgifter kan också ingå att bestämma formerna för hur vissa tjänster ska tillhandahållas kommunens medlemmar. Nämndernas verksamhet ska enligt 6 kap. 6 § KL bedrivas i enlighet med de mål och riktlinjer som Kommunfullmäktige bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Nämnderna ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Enligt 6 kap. 37-38 §§ KL får nämnder i sin tur uppdra åt presidiet, ett utskott, en ledamot eller ersättare att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. En nämnd får även uppdra åt en anställd att besluta enligt 7 kap. 5-8 §§ KL. Dock får enligt 6 kap. 38 § KL 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.²

Enligt kommunallagen 6 kap. 1 § ska Kommunstyrelsen leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter. Styrelsen ska också ha uppsikt över övriga nämnders verksamheter.

2.2 Socialtjänstlag (2001:453)

Socialtjänstlagen (SoL) är en ramlag som anger de övergripande målen och värderingarna för socialtjänsten demokrati, jämlikhet, solidaritet och trygghet. Kommunerna har stor frihet att själva organisera verksamheten inom lagens ramar, kommunens egna förutsättningar och förändringar i samhällsutvecklingen.

Socialtjänstlagen reglerar socialtjänstens arbete med att främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet. Verksamheten ska inriktas på att frigöra den enskildes egna resurser. Den ska bygga på självbestämmande och integritet. Socialtjänsten ska samarbeta med andra myndigheter för att uppnå målen.³

Varje kommun har det yttersta ansvaret för att var och en som vistas inom kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver, om inte annat så i avvaktan på att den myndighet som bär ansvaret, till exempel sjukvården eller skolan, träder in.⁴

Socialtjänstlagens biståndsparagraf innebär att den som inte själv kan tillgodose sina behov har rätt till bistånd av socialtjänsten. Det kan vara både ekonomiskt bistånd och vård, omsorg eller

¹ Kastberg, Patrik; Kommunallagen – en kommentar, 2021:126ff. SKR; Kommunallagen med kommentarer och praxis, 2021:302ff

² Prop. 1990/91:117 s 203

³ SoL 1 kap. 1 §

⁴ Ibid. 2 kap. 1 §

stöd i olika former.⁵ De grupper som nämns särskilt i lagen är barn och unga, äldre personer, personer med funktionshinder, missbrukare, personer som vårdar eller stödjer närstående, brotts-offer, våldsutövare och skuldsatta personer.⁶ Barnperspektivet betonas i lagen. Det innebär att när barn är inblandade så ska barnets bästa alltid beaktas särskilt.⁷ Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.⁸

Lex Sarah

I Socialtjänstlagen finns även bestämmelser som i vardagligt tal kallas lex Sarah. Dessa anger att den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten genast ska rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.⁹

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande ska i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet utredas av den som bedriver verksamheten. Ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, ska snarast anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Den utredning som gjorts med anledning av det inträffade ska bifogas anmälan. Den som bedriver yrkesmässig enskild verksamhet ska informera berörd socialnämnd om anmälan.¹⁰

Lex lilla hjärtat

Den 1 juli 2022 infördes nya bestämmelser i socialtjänstlagen och lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Bestämmelserna kallas även lex lilla hjärtat. De nya bestämmelserna handlar bland annat om att vård enligt 2 § LVU inte får upphöra förrän omständigheterna har förändrats på ett varaktigt och genomgripande sätt.¹¹ Det nya regelverket innebär att det blir obligatoriskt att överväga flyttningsförbud vid upphörande av vård av barn i familjehem och att följa upp barnets situation när tvångsvården upphör. Övervägande av vårdnadsöverflytt ska genomföras efter två år i samma familjehem. Regelverket innebär även nya regler när det gäller drogtest av vårdnadshavare eller förälder inför umgänge vid vård med stöd av 2 § LVU, eller inför prövning av om vård med stöd av 2 § LVU ska upphöra.¹²

2.3 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer med:¹³

1. Utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.
2. Betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
3. Med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

⁵ Ibid. 4 kap. 1 §

⁶ Ibid. 5 kap.

⁷ Ibid. 1 kap. 2 §

⁸ Ibid. 14 kap. 2 §

⁹ Ibid. 14 kap. 3 §§

¹⁰ Ibid. 14 kap. 6-7 §§ och 7 kap. 6 §

¹¹ § 2 LVU avser vård med anledning av förhållanden i hemmet. Se ex. LVU – Handbok för socialtjänsten, socialstyrelsen 2020: kap. 5

¹² Socialstyrelsen, meddelandeblad nr 5 2022

¹³ LSS 1 §

Verksamhet enligt lagen ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personkretsar som anges. Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra.¹⁴ Verksamheten ska vara av god kvalitet och bedrivs i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter samt vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.¹⁵

Insatserna för särskilt stöd och service är:

1. Rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder.
2. Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, till den del behovet av stöd inte täcks av beviljade assistanstimmar enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken.
3. Ledsagarservice.
4. Biträde av kontaktperson.
5. Avlösarservice i hemmet.
6. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet.
7. Korttidsstillsyn för skolorngdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov.
8. Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet.
9. Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna.
10. Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.

Var och en som fullgör uppgifter enligt denna lag ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.¹⁶

Lex Sarah

I LSS finns även bestämmelser som i vardagligt tal kallas lex Sarah. Lydelsen i LSS innehåller i dessa delar samma lydelse som SoL¹⁷

2.4 Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivs. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän.¹⁸

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och ska arbeta för att förebygga ohälsa. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.¹⁹

¹⁴ Ibid. 5 §

¹⁵ Ibid. 6§

¹⁶ Ibid 24 a§

¹⁷ Ibid. 24 b-g§§. 23 g §. Se kapitel 2.1.2.

¹⁸ HSL 1 kap. 1 §

¹⁹ Ibid. 3 kap. 1-2§§

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska²⁰

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och vara lätt tillgänglig.

Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.²¹

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten ska utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska.²² Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).²³

2.5 Patientsäkerhetslag (2010:659)

Patientsäkerhetslagen (PSL) syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom bl.a. hälso- och sjukvården. Lagen innehåller bl.a. bestämmelser som riktar sig till vårdgivare och till hälso- och sjukvårdens personal.

Lagen anger att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Verksamheten ska planeras, ledas och kontrolleras på ett systematiskt sätt.²⁴

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och vilka resultat som har uppnåtts.²⁵

Lex Maria

I PSL finns även bestämmelser som i vardagligt tal kallas lex Maria. Detta innebär att vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Uppgift om vårdskada ska antecknas i patientjournal och rapporteras i verksamhetens avvikelsesystem. Patient eller närstående ska underrättas om att en lex Maria-anmälan ska göras. En anmälan enligt lex Maria ska alltid innehålla en utredning. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada²⁶

²⁰ Ibid. 5 kap 1 §

²¹ Ibid. 4 kap. 1§, 5 kap. 4§

²² Ibid 11 kap. 1-4§§

²³ Ibid. 4 kap 2 §

²⁴ PSL 3 kap 1-3 §§

²⁵ Ibid. 3 kap 10 §

²⁶ Ibid. 3 kap 5 § 6 kap 4 §

2.6 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Enligt 3 kap. 1 § 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.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Med stöd av ledningssystemet ska den som bedriver verksamheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.²⁷ Den som bedriver verksamheten ska även ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.²⁸

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.²⁹

Processer och rutiner

Den som driver verksamhet som omfattas av föreskrifterna ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.³⁰ I varje process ska identifieras de aktiviteter som ingår i processen och aktiviteternas inbördes ordning.³¹ För varje aktivitet ska fastställas de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.³²

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska även identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer. Samma regelverk omfattar vårdgivare av hälso- och sjukvård när det gäller att förbygga vårdskada.³³

Systematiskt förbättringsarbete och egenkontroll

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska den som bedriver verksamheten uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.³⁴

²⁷ SOSFS 2011:9 3 kap 2§

²⁸ Ibid. 3 kap. 3§

²⁹ Socialstyrelsen: Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Bilaga 2:55ff

³⁰ SOSFS 2011:9 4 kap. 2§

³¹ Ibid. 4 kap. 3§

³² Ibid. 4 kap. 4§

³³ Ibid. 4 kap. 5-6§§

³⁴ Ibid. 5 kap. 1§

Den som bedriver verksamhet som omfattas av föreskrifterna ska utöva egenkontroll och utreda avvikelser. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, myndigheter, andra organisationer m.fl. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.³⁵

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS har rapporterings- och utredningsskyldighet enligt patientsäkerhetslagen, socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (lex Sarah, lex Maria m.m.).³⁶

Förbättrande åtgärder, personalens medverkan och dokumentation

På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ i föreskrifterna ska de åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet vidtas. Om resultaten av aktiviteterna visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga ska de förbättras.³⁷ Den som bedriver verksamheten ska säkerställa personalen arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.³⁸

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta 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. Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.³⁹

Senast den 1 mars varje år ska vårdgivare enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen ska bl.a. innehålla uppgifter om hur ansvaret enligt lagen varit fördelat, hur patientsäkerheten bedrivits genom egenkontroll, hur samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada och hur risker för vårdskador har hanterats. Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.⁴⁰

³⁵ Ibid. 5 kap. 2-3,6§§

³⁶ Ibid. 5 kap. 4-5§§. För hälso- och sjukvårdspersonal finns i 6 kap. 4 § och 3 kap 3 § PSL. För den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten finns i 14 kap. 3 § och 6 § SoL. För den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt LSS finns 24 b - e § LSS

³⁷ Ibid. 5 kap. 7-8§§

³⁸ Ibid. 6 kap. 1§

³⁹ Ibid. 7 kap. 1-3§§

⁴⁰ Ibid.

2.7 Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)

Den 1 september 2017 trädde HSLF-FS 2017:40 i kraft. Socialstyrelsen vill med föreskrifterna, bidra till att integrera vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete med deras systematiska patientsäkerhetsarbete. HSLF-FS 2017:40 innehåller därför bestämmelser som hänvisar både till PSL och SOSFS 2011:9. I 1 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anges att föreskrifterna ska tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbete som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. PSL.⁴¹

Föreskrifterna omfattar även regelverk när det gäller utredning av händelser, informationsskyldighet, anmälningsansvar, rutiner m.m.⁴²

2.8 Vägledning och allmänna råd

Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9)

Socialstyrelsen har publicerat en handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) när det gäller systematiskt kvalitetsarbete. SOSFS 2011:9 innehåller bestämmelser om hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Definitionen av kvalitet utgör både grunden för hur ledningssystemet ska byggas upp samt det som ska uppnås med hjälp av ledningssystemet. Definitionen av kvalitet är därför av central betydelse.

Kvalitet definieras i handboken som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade. Ledningssystemet är ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten. Ledningssystemet måste omfatta alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.⁴³

Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS kan förebyggas. Ett ledningssystem är således det formaliserade och beslutade systemet som ska användas för att göra en verksamhet effektivare med avseende på att nå uppställda mål.⁴⁴

Att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer. Det är alltid vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst, hälso- och sjukvård eller verksamhet enligt LSS som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem. Ansvaret kan inte överlätas.⁴⁵

⁴¹ HSLF-FS 2017:40 2 kap 2 §

⁴² Ibid kap. 3-6

⁴³ Socialstyrelsen: Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2012:9f

⁴⁴ Ibid. se även: Sveriges Kommuner och Regioner (SKR): Vägledning – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2012:8

⁴⁵ Ibid. 2012:16 se även: Vägledning – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SKR 2012:6f

Processer och rutiner

Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Det ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhets kvalitet. Detta innebär att processer och rutiner ska användas för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Verksamheten behöver bedöma vilka processer och rutiner som behövs och fastställa och dokumentera dessa.⁴⁶

Samverkan

Samverkan såväl internt som externt är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS och för att förebygga vårdskador i hälso- och sjukvården. Föreskrifternas krav på att identifiera, beskriva och fastställa processer för samverkan gäller för dem som finns i den egna verksamheten, det vill säga inom respektive vård- eller omsorgsgivares organisation. Det kan vara fråga om hur samverkan ska bedrivas till exempel mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar och mellan olika personalgrupper.

Samtidigt rör sig patienter, klienter och brukare ofta mellan flera vård- och omsorgsgivare. Av processerna och rutinerna ska det därför också framgå hur samverkan möjliggörs med externa aktörer. Det är möjligt för vård- och omsorgsgivare som har behov av samverkan att ta fram processer gemensamt.⁴⁷

När samverkan ska ske med externa aktörer kring en enskild person måste bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt beaktas.

Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. I förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser för att kunna förhindra ex. att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Även egenkontroller betonas där den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.⁴⁸

Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut föreligger en avvikelse, som verksamheten måste hantera. Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen. Förbättringsarbetet ska innebära att organisationen lär av sina misstag.

Det systematiska förbättringsarbetet består av; riskanalys, egenkontroll, utredning av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter, förbättrande åtgärder och av processer och rutiner.⁴⁹

⁴⁶ Ibid. 2012:20f

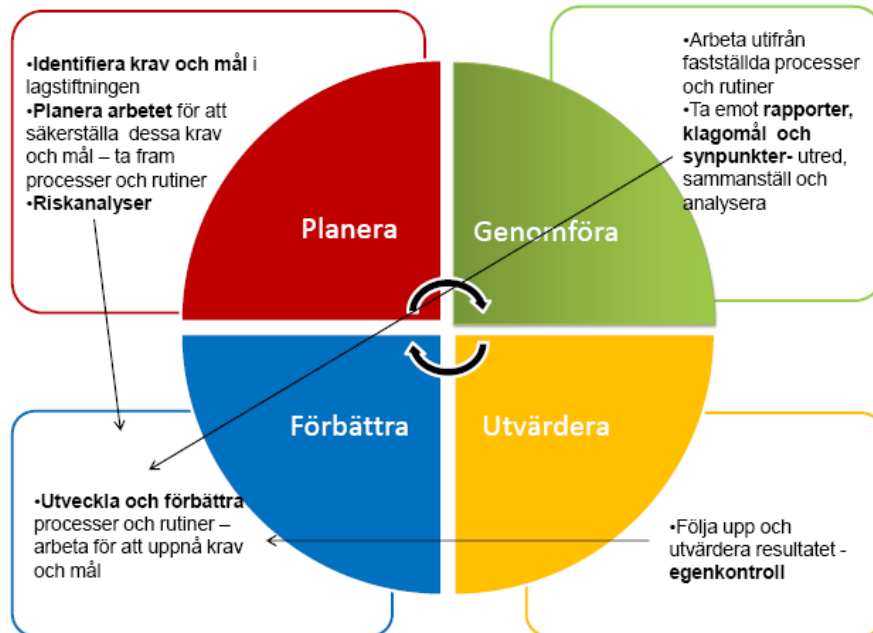
⁴⁷ Ibid. 2012:23f

⁴⁸ Ibid. 2012:25ff

⁴⁹ Ibid. 2012:31

Det systematiska förbättringsarbetet kan beskrivas i enlighet med nedanstående bild.⁵⁰

Bild 1 – Ledningssystemet som ett förbättringshjul.



Riskanalyser

Riskanalyser innebär att den som bedriver verksamheten är framåtblickande och arbetar förebyggande. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. Riskanalyserna innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.⁵¹

Riskanalyserna ska genomföras fortlöpande. Riskanalyser kan även behöva genomföras innan förändringar av en verksamhet eller inför förändringar av personalens sammansättning och innan nya arbetsätt eller metoder börjar tillämpas. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har även tagit fram en särskild handbok med en modell för risk- och händelseanalys inom individ- och familjeomsorgen.⁵²

Egenkontroller

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Till skillnad mot riskanalyserna, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontrollen att granskning ska göras av den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs.⁵³

Egenkontrollen kan också beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

⁵⁰ Ibid. 2012:32

⁵¹ Ibid. 2012:26

⁵² Ibid. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR): Modell för risk- och händelseanalys – Systematiskt förbättringsarbete inom individ och familjeomsorgen, 2011

⁵³ Socialstyrelsen: Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2012:27

Utredning av avvikelser

Den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar. Klagomål och synpunkter kan framföras av alla intressenter som är angivna i föreskriften. De mottagna klagomålen och synpunkterna på verksamhetens kvalitet ska utredas. Utredningen ska leda till att den som bedriver verksamheten ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten.⁵⁴

I lagstiftningen finns bestämmelser som reglerar skyldigheter att rapportera vårdskador och risker för vårdskador respektive missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. I föreskrifterna finns påminnelser om dessa lagreglerade skyldigheter.

Sammanställning och analys – förbättrande åtgärder

Framkomna avvikelser ska även medföra att den som bedriver verksamhet ser över sina processer och rutiner. Detta innebär att verksamheten blir en lärande organisation. Utifrån framkomna avvikelser förbättras fortlöpande verksamhetens styrning så att liknande avvikelser inte återupprepas. Därmed utvecklas och säkras verksamhetens kvalitet. Den största tillgången i förbättringsarbetet, i arbetet med att upptäcka vad som inte fungerar bra i verksamheten, är personalen och vård- och omsorgstagarna. Det är därför viktigt att den som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst eller verksamhet enligt LSS har en positiv inställning till personal och vård- och omsorgstagare som lämnar in rapporter, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.⁵⁵

Minst en gång om året ska ledningssystemet gås igenom för att bedöma ledningssystemets lämplighet och effektivitet. Som underlag för bedömningen kan till exempel verksamhetsplaner, styrkort, resultat från egenkontrollen, registreringar av klagomål, genomförda förbättringsåtgärder användas. Efter genomförd bedömning godkänns systemet alternativt beslutas om förbättringsåtgärder av ledningssystemet.⁵⁶

Personalens medverkan och dokumentationsskyldighet

Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge god vård. För utförande av uppgifter med god kvalitet inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.⁵⁷

All personal omfattas således av kompetenskrav. Att personal har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård och omsorg. För att den som bedriver verksamheten ska kunna utveckla och säkra kvaliteten behöver denne därför planera för personalförsörjning och kompetensutveckling.⁵⁸

⁵⁴ Ibid. 2012:28

⁵⁵ Ibid. 2012:30f

⁵⁶ Vägledning – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SKR 2012:16

⁵⁷ Se ex. 5 kap 2§ HSL och 3 kap. 3 § SoL. Se även ex. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter i socialtjänstens barn- och ungdomsvård HSLF-FS 2017:79

⁵⁸ Socialstyrelsen: Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2012:33

För att kunna medverka i det systematiska kvalitetsarbetet behöver personalen också ha kunskap om vart de ska vända sig med rapporter, klagomål och synpunkter. Den som bedriver verksamheten måste därför informera om detta. Personalen ska arbeta i enlighet med de fastställda processerna och rutinerna. Det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som ansvarar för att säkerställa att personalen arbetar på det sättet. Den som bedriver verksamhet bedömer vilka utbildningsinsatser eller andra åtgärder som behövs för att säkerställa att personalen arbetar i enlighet med fastställda processer och rutiner. Ett led i arbetet med att säkerställa att personalen arbetar i enlighet med processerna och rutinerna är att se till att dessa är utformade så att de som arbetar i verksamheterna enkelt kan ta till sig dokumenten.⁵⁹

Den som bedriver verksamhet ska dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Dokumentationskravet omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.⁶⁰

Handbok om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete

Socialstyrelsen har publicerat en handbok när det gäller hur vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete enl. HSLFS 2017:40 ska tillämpas.⁶¹ I handboken framgår bl.a. att det viktigt att vårdgivarna ser arbetet med att bl.a. utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och information till patienter och hälso- och sjukvårdspersonalen som en del av det övriga systematiska patientsäkerhetsarbetet. Det är också väsentligt att vårdgivarna ser att det systematiska patientsäkerhetsarbetet är en del av det systematiska kvalitetsarbetet.⁶²

Handboken omfattar även vägledning när det gäller patientsäkerhetsarbete, utredning av händelser, informationsskyldighet och anmälningsansvar. I handboken illustreras kopplingen mellan patientsäkerhetsarbete och det systematiska kvalitetsarbetet genom nedanstående bild. Bilden visar även utredningsprocessen när något avvikande inträffar i verksamheten och var i processen olika lagrum och föreskrifter blir aktuella.⁶³

⁵⁹ Ibid. 2012:34

⁶⁰ Ibid. 2012:35

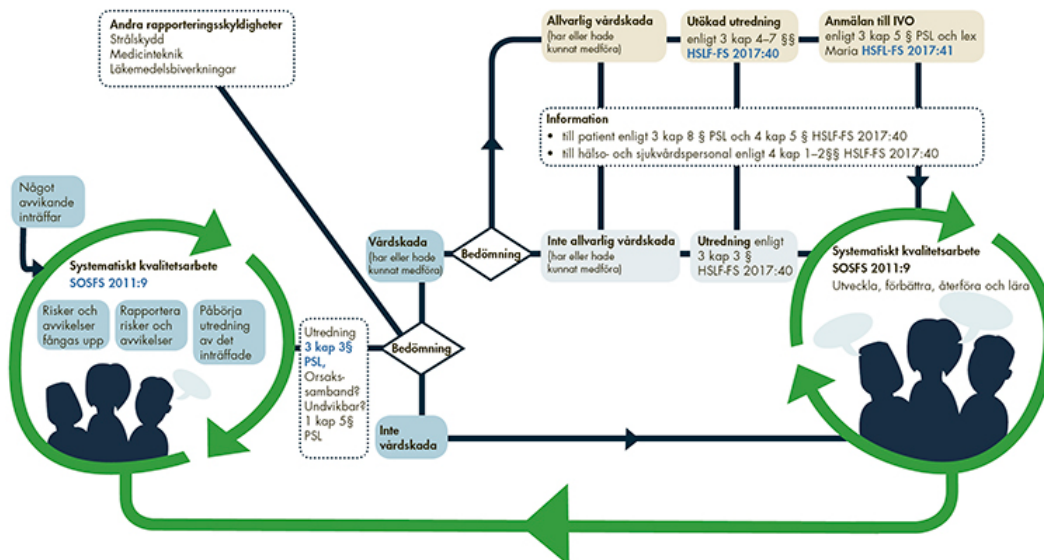
⁶¹ Socialstyrelsen: Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete - Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete, 2019

⁶² Ibid. 2019:23

⁶³ Ibid. 2019:30

Bild 2 – Utredning av händelser i hälso- och sjukvård och kopplingen mellan patientsäkerhetsarbete och systematiskt kvalitetsarbete.

Utredning av händelser i hälso- och sjukvården



2.9 Borås Stads styrdokument

Nedan följer en genomgång av Borås Stads styrdokument inom området. Syftet med genomgången är att tydliggöra vilka lokala regelverk som har bäring på nämndernas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Gemensamt reglemente för Kommunstyrelsen och övriga nämnder i Borås Stad

I det gemensamma reglementet anges bl.a. att Kommunstyrelsen och övriga nämnder inom sina respektive verksamheter ska följa vad som anges i lag eller annan författning. De ska följa det fullmäktige - i reglemente, i samband med budget eller i annat särskilt beslut - har bestämt att Kommunstyrelsen/nämnden ska fullgöra, samt verka för att fastställda mål uppnås och i övrigt följa givna uppdrag och angivna riktlinjer. Nämnderna ska även följa utvecklingen inom sina respektive ansvarsområden.⁶⁴

Nämndernas reglementen

Arbetslivsnämnden fullgör kommunens arbetsmarknads- och sysselsättningspolitiska insatser. Vidare ansvarar nämnden för att bidra till att motverka arbetslösheten i kommunen. Nämnden ansvarar även för kommunens insatser och åtgärder vid flyktingmottagning och invandring samt integration i samhället och på arbetsmarknaden samt insatser gällande nationella minoriteter och förvaltningsområde för finska. Arbetslivsnämnden utövar ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården inom sitt verksamhetsområde. Nämnden ansvarar även bl.a för försörjningsstöd, personliga ombud och utveckling, samordning, genomförande och uppföljning av kommunens arbetsmarknadspolitiska insatser för kommuninvånare som av försörjningsskäl är i behov av sådana insatser.⁶⁵

⁶⁴ Borås Stad, Gemensamt reglemente för Kommunstyrelsen och övriga nämnder i Borås Stad, 2022-06-22

⁶⁵ Borås Stad, reglemente för Arbetslivsnämnden. 2019-09-26 1-2 §§

Individ- och familjeomsorgsnämnden ska fullgöra kommunens uppgifter inom Socialtjänsten och vad som i lag sägs om Socialnämnd vad avser kommunens individ- och familjeomsorg. Ansvaret gäller med undantag av de uppgifter beträffande ekonomiskt bistånd som enligt Kommunfullmäktiges beslut åvilar Arbetslivsnämnden eller annan uppgift enligt Socialtjänstlagen som Kommunfullmäktige har beslutat ska åvila, Sociala omsorgsnämnden, Vård- och äldre-nämnden eller annan nämnd. Individ och familjeomsorgsnämnden utövar ledningen för den kommunala hälso- och sjukvården inom sitt område. Nämnden ansvarar även för mottagande av ensamkommande barn- och ungdomar och utsatta EU-medborgare.⁶⁶

Sociala omsorgsnämnden utövar ledningen av kommunens verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Finns behov av kompletterande insatser för målgruppen enligt socialtjänstlagen ansvarar Sociala omsorgsnämnden för detta. Nämnden fullgör också kommunens uppgifter enligt socialförsäkringsbalken 51 kap, rörande assistentersättning. Sociala omsorgsnämnden skall fullgöra kommunens uppgifter inom socialtjänsten och vad som i lag sägs om socialnämnd vad avser barn och unga upp till 18 år och personer med psykiska funktionsnedsättningar inkl. hemsjukvård. För boendestöd som enda insats ansvarar Sociala omsorgsnämnden. Sociala omsorgsnämnden utövar ledningen av hälso- och sjukvården inom sin verksamhet.⁶⁷

Borås Stads styr- och ledningssystem

Borås Stads styr- och ledningssystem är en del av den totala styrningen i Borås Stad. Lagar, föreskrifter, nationella och övriga kommunala styrande dokument utgör också en del av styrningen. Verksamheten ska genomsyras av öppenhet, transparens och offentlighet. Samverkan ska ske såväl inom organisationen som med externa parter. Det är viktigt att kunna jämföra den egna verksamheten med andra organisationer som bedriver motsvarande verksamhet för att på bästa sätt lösa koncernens uppgifter och öka tillgängligheten.⁶⁸

Styrelsens och nämnden grundläggande uppdrag utgörs av lagar, föreskrifter, nationella och kommunala styrande dokument. Grunduppdraget beskriver varför verksamheten finns till, vad den ska göra och för vem. Styrningen ska vara systematisk. Verksamheten ska utgå från planering, genomförande, uppföljning och förbättring.⁶⁹

Varje år i november fastställer Kommunfullmäktige det finansiella utrymmet för staden samt nämndernas ekonomiska tilldelning. Målstyrningen i budgeten utgår från det kommunala uppdraget (sambällsutvecklare och demokratiaktör, välfärdsaktör samt arbetsgivare) och områden i Borås Stads Vision. Nämnderna beslutar därefter själva över den interna fördelningen av resurser i internbudgetprocessen. Nämndens budget ska beskriva hur den ska arbeta för att utföra grunduppdraget samt på vilket sätt nämnden ska bidra till att Kommunfullmäktiges fokusområden nås. Nämndens budget ska också innehålla en beskrivning av vilka samarbeten som krävs under perioden och hur nämnden följer upp grunduppdraget.⁷⁰

I Styr- och ledningssystemet anges även Borås Stads planerings- och uppföljningsprocess.⁷¹

⁶⁶ Borås Stad, reglemente för Individ- och familjeomsorgsnämnden, 2019-09-26, 1-2 §§

⁶⁷ Borås Stad, reglemente för Sociala omsorgsnämnden, 2019-09-29, 1 §

⁶⁸ Borås Stad, Styr- och ledningssystem, 2022-03-24:4

⁶⁹ Ibid. 2022:5

⁷⁰ Ibid. 2022:8f

⁷¹ Ibid. 2022:9ff

Plan – Ledningssystem för kvalitetsarbete

Kommunfullmäktige fattade 27 april 2017 beslut om styrdokumentet Plan – Ledningssystem för kvalitetsarbete.⁷² Planen gällde för Arbetslivsnämnden, Individ- och familjeomsorgsnämnden, Sociala omsorgsnämnden och Vård- och äldreomsorgsnämnden. Styrdokumentet gällde fram till 2020 och Sociala omsorgsnämnden ansvarade för revidering av dokumentet. I styrdokumentet redogörs översiktligt för roller och ansvar, styrande dokument, processer och systematiskt kvalitetsarbete m.m.

Styrdokumentet har inte uppdaterats sedan beslutet 2017. Då dokumentet gällde fram till 2020 har dess giltighet löpt ut. Intervjuade i granskningen anger att Plan – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som beslutades av Kommunfullmäktige utgick från en ambition att ha ett gemensamt ledningssystem för det sociala klustret. Efter 2017 identifierades att detta inte var möjligt eller önskvärt och att de berörda nämnderna behövde ha delvis olika ledningssystem. Av denna anledning uppdaterades inte styrdokumentet för nytt beslut i Kommunfullmäktige. Inget nytt styrande dokument beslutat av Kommunfullmäktige eller någon/några nämnder har ersatt Plan – ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Förhållandena medför att ledningssystemen för systematiskt kvalitetsarbete i berörda nämnder inte beslutats av vare sig nämnd eller Kommunfullmäktige sedan 2017.

Borås Stad – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Arbetslivsförvaltningen, Individ- och familjeomsorgsförvaltningen, Sociala omsorgsförvaltningen och Vård- och äldreomsorgsförvaltningen har tagit fram en gemensam handbok som beskriver förvaltningarnas ledningssystem och hur det systematiska kvalitetsarbetet ska genomföras med utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter. Kvalitet anges i dokumentet som att verksamheterna uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Kvalitet är att göra rätt saker, på rätt sätt och ytterst att med tilldelade resurser nå avsett resultat.⁷³

Handboken för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har inte beslutats av de berörda nämnderna eller Kommunfullmäktige utan är ett förvaltningsdokument.

Fördelning av ansvar och uppgifter i det systematiska kvalitetsarbetet

Dokumentet omfattar en övergripande beskrivning av ledningssystemet och ansvars- och uppgiftsfördelning när det gäller det systematiska kvalitetsarbetet. Ansvar och uppgifter finns fördelade för nämnd, förvaltningschef, chef för kvalitet- och utveckling, Verksamhetschef HSL, övriga chefer, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), Socialt ansvarig samordnare (SAS) och alla medarbetare. Uppgifter och ansvar anges bl.a. enligt nedanstående.⁷⁴

Nämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och ytterst för verksamhetens kvalitet. *Förvaltningschefen* har ett övergripande ansvar för att innehållet i ledningssystemet är ändamålsenligt och för att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs. *Förvaltningschefen* ansvarar också för att det tydligt framgår hur roller och ansvar fördelas i ledningssystemet.

⁷² Borås Stad, Plan – Ledningssystem för kvalitetsarbete, 2017-04-27 dnr: 2017/KS0221 700

⁷³ Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÅF HB 5626, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2021

⁷⁴ Ibid. 2021:4ff

Chefer för kvalitet- och utvecklingsenheter har ansvar för att samordna och organisera kvalitetsarbetet inom förvaltningen. *Kvalitets- och utvecklingsfunktioner* stödjer förvaltningen med att förvalta, säkra, utveckla, följa upp och kontrollera de olika delarna ledningssystemet. I varje nämnd ska det beslutas vem som har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten och är ansvarig *verksamhetschef* enligt 4 kap. 2 § HSL. *Alla chefer* ansvarar för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. De ansvarar även för att dokumentera kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet och arbeta efter beslutade processer och rutiner och påtala sådant som avviker enligt SoL, LSS, HSL samt organisatoriska avvikelser och avvikelser i vårdsamverkan. De ska även rapportera risk för missförhållande och missförhållande enligt lex Sarah och vid behov medverka i arbetet med att kartlägga processer och framtagande av rutiner.

MAS och *MAR* arbetar övergripande med hälso- och sjukvårdsfrågor i det sociala klustret. I uppdraget ingår kvalitetssäkring av hälso- och sjukvårdens processer och rutiner samt uppföljning och utvärdering av patientsäkerhet och vårdkvalitet. *MAS* och *MAR* genomför verksamhetsgranskning. *MAS* och *MAR* utreder händelser som medfört eller hade kunnat medföra risk för vårdskada samt anmäler allvarliga sådana händelser enligt lex Maria till ansvariga nämnder och myndigheter. Roll, ansvar och funktion när det gäller *MAS* och *MAR* beskrivs även i en bilaga till handboken. I bilagan beskrivs även fördelning av ansvar och uppgifter för *verksamhetschef* enligt *HSL* vilken har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamheten. I bilagan finns även ansvarsfördelning när det gäller organisation av patientsäkerhetsarbetet, god och säker vård och förebyggande patientsäkerhet, dokumentation, avvikelser, klagomål och synpunkter, delegering, läkarkontakt, medicinska produkter, basal hygien, riskanalyser och kompetens.⁷⁵

SAS utvecklar och följer upp det systematiska kvalitetsarbetet. I uppdraget ingår kvalitetssäkring av socialtjänstens processer, kvalitetssäkra rutiner, medverka i egenkontroll och genomföra verksamhetsgranskning. I uppdraget ingår även att utreda lex Sarah. Roll, ansvar och funktion när det gäller *SAS* beskrivs även i en bilaga till handboken.⁷⁶

⁷⁵ Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÄF BIL 6073, Bilaga 1 – Medicinsk ledning för hälso- och sjukvårdsarbetet, 2021

⁷⁶ Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÄF BIL 6074, Bilaga 2 – Uppdragsbeskrivning socialt ansvarig samordnare (SAS), 2021

Verksamhetens processer och rutiner

Arbetslivsnämnden, Individ- och familjeomsorgsnämnden, Sociala omsorgsnämnden och Vård- och äldreomsorgsnämnden har gemensamma huvudprocesser på en övergripande nivå. När förvaltningar ska kartlägga processer på en underliggande nivå ska den utgå ifrån den övergripande nivån. Nedanstående huvudprocesser utgör tillsammans grunden för verksamheterna.⁷⁷

Bild 3 – Huvudprocesser



Förvaltningarna tar med utgångspunkt huvudprocesserna fram underliggande processer för den verksamhet de bedriver. Det kan i respektive förvaltning finnas ytterligare huvudprocesser.

Systematiskt förbättringsarbete, egenkontroll och dokumentation

Handboken innehåller även en beskrivning av systematiskt förbättringsarbete som innefattar aktiviteterna planera, genomföra, följa upp och åtgärda.⁷⁸ Avsnittet omfattar även genomförande av riskanalyser för att förebygga oönskade händelser och hur olika former av avvikelser ska rapporteras och hanteras.⁷⁹

När det gäller egenkontroller framgår att denna ska göras för att se om verksamheten bedrivs enligt beslutade processer och rutiner. Verksamheten ska årligen ta fram en plan för den egenkontroll som ska genomföras. Egenkontrollen består av analys och slutsatser från sex obligatoriska delar vilka kan kompletteras med ytterligare delar som rekommenderas i SOSFS 2011:9 likväl som olika former av verksamhetsgranskning.⁸⁰ Verksamheterna ska även utgå från nedan processkarta för egenkontroll.

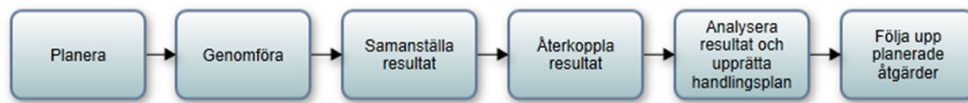
⁷⁷ Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÄF HB 5626, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2021:7

⁷⁸ Ibid. 2021:8

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Ibid. 2021:11f

Bild 4 – Struktur för uppföljning och utvärdering



Utöver ovanstående finns även beskrivning av hur medarbetare och brukare ska medverka i förbättringsarbetet, ett tidsatt årshjul för förvaltningarnas kvalitetsarbete med beskrivning av förvaltningsledningens årliga genomgång av verksamheten. Därutöver finns en beskrivning av hur olika delar av det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras och rapporteras.⁸¹

Att leda, styra och utveckla processer inom det sociala klustret

Arbetslivsnämnden, Individ- och familjeomsorgsnämnden, Sociala omsorgsnämnden och Vård- och äldrenämnden har även en gemensam handbok om att leda, styra och utveckla processer.⁸²

I handboken framgår bl.a. roller, ansvar och en processledningsmodell i sju steg. När det gäller roller och ansvar framgår definitioner och ansvar när det gäller processägare, processledare, processhandledare, processteam och verksamhetsansvarig chef. Ledningsgruppen på respektive förvaltning utgör beslutsstöd när det gäller strategiska och långsiktiga processfrågor för den egna verksamheten. Inom sociala klustret finns också ett processägarforum där frågor om det processorienterade arbetssättet och ledningssystemet för kvalitet lyfts. Inriktningen är att frågorna ska beröra fler än en förvaltning.⁸³

Stöd för upprättande av processer finns i IT-stödet Canea One.

⁸¹ Ibid. 2021:13ff

⁸² Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÄF HB 6935, Att leda, styra och utveckla processer inom sociala klustret. 2021

⁸³ Ibid. 2021:5f.

3 Granskningsresultat

Som en del i granskningen har dokumentation som gäller berörda förvaltningars ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gått igenom. Genomgången har kompletterats med intervjuer med tjänstepersoner i berörda förvaltningar. Nedan följer granskningsresultat med utgångspunkt i hur arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete bedrivs i förvaltningarna. Granskningsresultat går igenom per nämnd. Respektive genomgång avslutas med en sammanfattning av det som framkommit som fokuserar på identifierade avvikelser.

3.1 Arbetslivsnämnden

Övergripande beskrivning och ansvarsfördelning

Arbetslivsnämndens arbete med systematiskt kvalitetsarbete utgår ifrån den gemensamma handboken som togs fram gemensamt i det sociala klustret 2017. Handboken uppdateras successivt och den senaste versionen är från 2021.⁸⁴

Förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete omfattar under 2022 tre enheter; försörjningsenheten, relationsvårdsenheten och arbetsterapeuter vid återbruk. Relationsvårdsenheten flyttades under årsskiftet 2022/2023 över till Individ- och familjeomsorgsnämnden. Ingen annan enhet omfattas av ledningssystemet. Intervjuade uppger att flera andra av förvaltningens verksamheter befinner sig i gränslandet till om de ska ingå i ledningssystemet (ex. verksamheten personliga ombud). När det gäller förvaltningens verksamhet med olika former av arbetsmarknadsinsatser (Jobb Borås, Återbruk m.fl.) har förvaltningen bedömt att dessa bedrivs jml. lag (1944:475) om arbetslöshetsnämnd och således inte behöver vara en del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Det har dock inte genomförts någon fördjupad eller dokumenterad analys av om delar av dessa verksamheter ska ingå i ledningssystemet enligt intervjuade.

Arbetslivsförvaltningen har ingen förvaltningsspecifik övergripande eller översiktlig beskrivning över ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete eller för förvaltningens årliga process med arbetet i systemet. Nämnden har inte fattat något beslut om ledningssystemet.

Ansvarsfördelningen i arbetet med systematiskt kvalitetsarbete i Arbetslivsförvaltningen utgår den från den gemensamma handboken, med ansvarsbeskrivningarna som gäller för förvaltningschef och chef för kvalitet och utveckling. Verksamhetschef och enhetschef ansvarar för inom sitt verksamhetsområde att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. De ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt dokumentera kvalitetsarbetet. Alla medarbetare ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet.

När det gäller verksamhetschef jml. HSL fyller verksamhetschef för verksamhetsområde 1 i förvaltningen den funktionen, men Arbetslivsnämnden har inte fattat något beslut om det. Arbetslivsförvaltningen delar SAS med Individ- och familjeomsorgsförvaltningen och medarbetaren som utför uppgiften är anställd där. Arbetslivsförvaltningen har legitimerade arbetsterapeuter med uppdrag att utreda och bedöma arbetsförmåga hos deltagare på Återbruk. MAR för Arbetslivsförvaltningen är anställd vid Vård- och äldreförvaltningen.

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. Det finns inte heller någon delegation som rör arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.⁸⁵

⁸⁴ Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÅF HB 5626, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2021

⁸⁵ Borås Stad, Arbetslivsnämnden: Delegationsordning, 2023-01-02. Borås Stad, Arbetslivsnämnden: Delegationsordning, Försörjningsenheten, 2023-01-02

Intervjuade vid Arbetslivförvaltningen uppger att SAS huvuduppgift på förvaltningen är kopplad till hanteringen av avvikelser. När det gäller arbete med egenkontroller, kvalitetssäkring av processer och rutiner och verksamhetsgranskning anger de intervjuade att SAS till största delen inte genomför dessa uppgifter i förvaltningen. Dessa arbetsuppgifter finns angivna i beskrivningen av SAS arbetsuppgifter i bl.a. Arbetslivförvaltningen. Intervjuade uppger samstämmigt att merparten av SAS ansvarsområden i ledningssystemet inte genomförs i förvaltningen. Detta avser främst SAS olika proaktiva uppgifter och uppgifter med verksamhetsgranskning och egenkontroll. Förhållandena beror enligt intervjuade på att SAS inte haft förutsättningar att utföra arbetsuppgifterna i förvaltningen.

Intervjuade vid Arbetslivförvaltningen anger att det tidigare fanns oklarheter när det gäller om förvaltningen behövde ta fram en egen patientsäkerhetsberättelse årligen. I samband med att man anställde arbetsterapeuter fick nämnden även ansvar inom delar av HSL vilket klargjorde förhållandena. Arbetslivsnämnden upprättat numera ett samlat dokument årligen – Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse.

Processer och rutiner

Arbetslivförvaltningen har sina identifierade väsentliga processer huvudsakligen inlagda i verksamhetssystemet Canea One. I systemet finns även specifika rutiner och annan vägledning. Utöver nedanstående har Arbetslivförvaltningen 13 processer med ca 49 tillhörande rutiner eller andra stödjande dokument som avser arbetsmarknad och sysselsättning (Jobb Borås, KAA m.fl.) och 2 processer med ca 40 rutiner eller andra stödjande dokument som avser integration (sambandsorientering och mottagning).⁸⁶

Sammantaget har Arbetslivförvaltningen dokumenterat elva underliggande verksamhetsprocesser till de klustergemensamma huvudprocesserna när det gäller förvaltningens verksamhet jml. SoL. Sex av verksamhetsprocesserna avser försörjningsenheten, fyra avser relationsvårdsenheten och en process avser personliga ombud. Processerna avser följande områden:⁸⁷

- Försörjningsenheten
 - Nyansökan ekonomiskt bistånd
 - Återansökan ekonomiskt bistånd
 - Överklagande av biståndsbeslut (försörjningsenheten och relationsvårdsenheten)
 - Individuell planering för självförsörjning
 - Arbete med personer som har SGI0
 - Dödsboanmälan
- Relationsvårdsenheten
 - Överklagande av biståndsbeslut
 - MIKA – Människohandel
 - MIKA – ärendegång
 - Ärendegång
- Processkarta (personliga ombud)

⁸⁶ Borås Stad, Canea One: Processområden 3.4.3 Arbetsmarknad och sysselsättning och 3.4.4 Integration

⁸⁷ Borås Stad, Canea One: PRK-3158-v.4.0 ALF-FE Nyansökan ekonomiskt bistånd, 2020-01-20. PRK-3173-v.4.0 ALF-FE Återansökan ekonomiskt bistånd, 2022-11-17. PRK-3174-v.4.0 ALF-FE Överklagande av biståndsbeslut, 2019-01-24. PRK-3491-v.3.0 ALF-FE Individuell planering för självförsörjning, 2018-10-19. PRK-3636-v.5.0 ALF-FE Arbete med personer som har SGI0, 2021-02-15. PRK-4502-v.2.0 ALF-FE Dödsboanmälan, 2021-03-18

PRK-8094-v.1.0 ALF-RVE Överklagande av biståndsbeslut, 2022-10-27. PRK-8063-v.1.0 ALF-RVE-MIKA-Processkarta Människohandel, 2022-10-27. PRK-8059-v.1.0 ALF-RVE-MIKA ärendegång 2022-10-27

PRK-8078-v.1.0 ALF-RVE-MVP-Processkarta ärendegång, 2022-10-27. PRK-2638-v.6.0 ALF-PO Processkarta, 2021-11-08

I processerna som avser *försörjningsenheten* finns sammantaget ca 166 olika rutindokument, instruktioner och övriga stöddokument som avser specifika arbetsuppgifter i processerna. En del av upprättade rutiner och annan dokumentation avser förvaltningens arbete med felaktiga utbetalningar och biståndet förmedling av egna medel.

Processerna som avser *relationsvårdsenheten* har koppling till sammantaget ca 28 olika rutindokument, instruktioner och övriga stöddokument som avser specifika arbetsuppgifter i processerna.

Processen som avser *personliga ombud* har koppling till ca 18 olika rutindokument, instruktioner och övriga stöddokument som avser specifika arbetsuppgifter i processerna.

Arbetslivsförvaltningen har sedan januari 2023 en upprättad processbeskrivning med tillhörande rutiner vad gäller processen för att utreda och bedöma arbetsförmåga för deltagare vid återbruk.⁸⁸ Det finns även processbeskrivningar och stödjande dokument framtagna inom förvaltningens arbete inom områdena arbetsmarknad, sysselsättning och integration. Det är enligt intervjuade oklart i vilken omfattning dessa verksamheter genomför insatser jml. SoL och med utgångspunkt i det ingår inte dessa verksamhetsområden idag i förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Alla kartlagda processer finns enligt intervjuade vid Arbetslivsförvaltningen idag dokumenterade i verksamhetssystemet Canea One. Detta har lett till en bättre överskådlighet och kontroll över verksamheternas processer och stödjande rutiner.

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 processerna.

Risکانalyser

Det framgår av Arbetslivsnämndens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021 att nämnd eller förvaltning inte genomförde några dokumenterade riskanalyser för 2021.⁸⁹ Intervjuade vid Arbetslivsförvaltningen uppger att de ser genomförande av riskanalyser inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet som ett utvecklingsområde inom förvaltningen. Inga riskanalyser inom ramen för ledningssystemet har heller genomförts under 2022. Arbetet i dessa delar behöver förbättras för att förvaltningen ska leva upp till kraven i SOSFS 2011:9 menar man.

⁸⁸ Borås Stad, Arbetslivsförvaltningen: Process för arbetsterapeutiska utredningar Återbruk, 2023

⁸⁹ Borås Stad, Arbetslivsnämnden, patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021, 2022:9

Egenkontroller och verksamhetsgranskning

Arbetslivsförvaltningen genomför årligen egenkontroller i verksamheten. Förvaltningen har inte upprättat någon samlad plan för egenkontroller och verksamhetsgranskning under året.

I Arbetslivsnämndens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse framgår att egenkontrollerna avseende försörjningsenheten genomförs på underlag för beslut.⁹⁰ En gång per halvår väljer 1:e socialsekreterare vid försörjningsenheten ut två ärenden per handläggare för en djupare egenkontroll. Då kontrolleras de utvalda ärendena tre månader bakåt i tiden ur sammantaget 13 olika perspektiv. Arbetslivsförvaltningen genomför även egenkontroller i form av öppna jämförelser, brukarundersökning, kommunens kvalitet i korthet. Kontroller genomförs dagligen vid ekonomiska utbetalningar.⁹¹

Det framgår även i berättelsen att egenkontroll genomförts när det gäller arbetsterapeuternas hälso- och sjukvårdsdokumentation. Egenkontrollen genomförs av MAR.

I patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen framgår inga egenkontroller som avser Arbetslivsförvaltningens övriga verksamhetsprocesser. Egenkontroller ska enligt SOSFS 2011:9 omfatta de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

I berättelsen presenteras inget utfall av genomförda egenkontroller när det gäller kontroller av utbetalningar, kontroller av försörjningsenhetens underlag för beslut, öppna jämförelser, jämförelser med andra kommuner eller de egenkontroller som genomförts av MAR gällande dokumentation. När det gäller felaktiga utbetalningar rapporteras detta i en egen rapport i samband med uppföljning av planen för intern kontroll. I berättelsens analysdel finns en sammanställning av utfallet när det gäller kommunens kvalitet i korthet och brukarundersökning.

Sammantaget saknas redogörelse av utfall när det gäller fem av sju kategorier av egenkontroller i förvaltningen. Det finns ingen analys av vilka kvalitetsbrister som ev. identifierats inom ramen för egenkontrollerna eller vilka åtgärder som förvaltningen behöver genomföra eller har genomfört med utgångspunkt i genomförda egenkontroller.

I patientsäkerhets och kvalitetsberättelsen för 2021 framkommer ingen information som indikerar att Arbetslivsförvaltningen genomfört någon verksamhetsgranskning. Intervjuade uppger att ingen särskild verksamhetsgranskning genomförts under de senaste åren. När det gäller verksamheten personliga ombud framgår i berättelsen ingen information om verksamheten. Det finns heller ingen koppling i berättelsen till verksamhetens sammanställning av de systemfel och brister som enheten blottlagt under året.

Intervjuade vid Arbetslivsförvaltningen uppger att arbetet med egenkontroller och verksamhetsgranskning är utvecklingsområden i förvaltningen. Verksamhetsgranskning har inte genomförts systematiskt och återkommande i förvaltningen enligt de intervjuade. När det gäller försörjningsenheten genomförs ingen verksamhetsgranskning eller egenkontroll av SAS när det gäller enhetens myndighetsutövning. Analys och slutsatser av enhetens egenkontroller hanteras av enheten självt och redogörs inte för i patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen. Den redovisas inte heller igenom separat dokumentation.

⁹⁰ Ibid

⁹¹ Ibid

Rapportering och utredning av avvikelser

Arbetslivsförvaltningen har fyra processer för att hantering och utredning av avvikelser. Processbeskrivningar som rör avvikelshantering finns i verksamhetssystemet Canea One och är gemensamma för Arbetslivsförvaltningen, Individ- och familjeomsorgsförvaltningen, Sociala omsorgsförvaltningen och vård- och äldreomsorgsförvaltningen. I processerna finns koppling till ca 40 olika instruktioner eller andra stödjande dokument för olika arbetsmoment i processerna⁹²

Processen kring avvikelser ser delvis olika ut beroende på vilken typ av avvikelse det rör sig om. Avvikelser enl. Lex Sarah och Lex Maria och andra individavvikelser hanteras i verksamhetssystemet VIVA. Organisationsavvikelser hanteras i verksamhetssystemet Canea One och avvikelser i närvårdssamverkan hanteras i verksamhetssystemet Med Control. Utöver det finns en rutin för personuppgiftsavvikelser jml. PUL. Rollerna SAS och MAS/MAR har ett uttalat ansvar när det gäller klassificering, utredning och bedömning av avvikelser.⁹³

I Arbetslivsnämndens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för 2021 redogörs för de avvikelser som registrerats i förvaltningen under året. Under året har åtta individavvikelser och en anmälan jml. Lex Sarah rapporterats och utretts. Inga anmälningar jml. Lex Maria rapporterades under året. Hela Arbetslivsnämndens verksamhet jml. SoL och HSL hade sammantaget nio olika registrerade avvikelser på individnivå under 2021.⁹⁴ Systemet som avser hantering av organisatoriska avvikelser är nytt för 2022.

Intervjuade vid Arbetslivsförvaltningen uppger att man under 2021 och 2022 arbetat mycket med att implementera och utbilda personalen i avvikelshantering. En del av arbetet har varit att säkerställa att personalen registrerar de avvikelser som faktiskt finns. Här identifierades att en förändring av arbetsplatskulturen när det gäller synen på avvikelser var nödvändig. Förvaltningen har kommit en bit framåt i detta arbete menar man, men det finns fortfarande mer arbete att göra. Under 2022 har ett klustergemensamt utbildningsmaterial angående avvikelshantering tagits fram till all personal. Fram till december 2022 registrerade verksamheterna i förvaltningen sammanlagt åtta olika individavvikelser. Intervjuade i förvaltningen anger att antalet avvikelser som registreras är få och att förhållandena behöver analyseras.

SAS har enligt intervjuade en viktig funktion i arbetet med avvikelser. Detta bl.a. med att bedöma vilken typ av avvikelse det rör sig om. Funktionen kan även besluta om att lyfta upp framkomna förhållanden till ex. en avvikelse jml. lex Sarah. Intervjuade uppger att SAS saknar full tillgång och insyn i avvikelserapporteringens olika delar när det gäller Arbetslivsförvaltningen. SAS uppgift blir mer av reaktiv karaktär och att svara på frågor omkring hanteringen av avvikelser när de inkommer. SAS genomför inga eller mycket få proaktiva arbetsuppgifter med omvärldsbevakning, verksamhetskontroller eller rättslig analys och utbildning m.m. när det gäller Arbetslivsförvaltningen.

⁹² Borås Stad, Canea One: PRK-4933 ALF/IFO/SOF/VÄF Avvikelse att rapportera, utreda och följa upp avvikelse HSL/LSS/SoL, lex Sarah och lex Maria. PRK-4209 ALF/IFO/SOF/VÄF Organisatoriska avvikelser. PRK-4904 ALF/IFO/SOF/VÄF Lex Sarah att utreda missförhållande. PRK-4906 ALF/IFO/SOF/VÄF Avvikelse att utreda vårdskada/lex Maria

⁹³ Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÄF BIL 6073, Bilaga 1 – Medicinsk ledning för hälso- och sjukvårdarbetet, 2021. Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÄF BIL 6074, Bilaga 2 – Uppdragsbeskrivning socialt ansvarig samordnare (SAS), 2021

⁹⁴ Borås Stad, Arbetslivsförvaltningen, Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021, 2022:10f

Systematiskt förbättringsarbete

Översyn av förvaltningens befintliga processer och rutiner sker löpande under året. I förhållande till rapporterade avvikelser och inkomna synpunkter sammanställs de och analyseras en gång per halvår. Vid rapportering enligt Lex Sarah och Lex Maria tas åtgärder i berörda verksamheter fram i syfte att förhindra att avvikelserna upprepas. Förvaltningen går även löpande igenom domar från förvaltningsrätt och kammarrätt i de ärenden som nämnden varit part i. En sammanställning av utfall för årets domslut presenteras i patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen.⁹⁵

I patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen finns även en genomgång av förbättringsåtgärder som genomförts när det gäller informationssäkerhet och antalet inkomna anmälningar om felaktiga utbetalningar. I berättelsen återges mål för försörjningsenheten och relationsvårdsenheten under 2022. Hur utfall av egenkontroller eller andra moment i det systematiska kvalitetsarbetet bidragit eller försvårat målpåfyllelse under året analyseras inte i berättelsen.

Förändring eller uppdatering av processer och rutiner sker enligt intervjuade löpande när behov identifieras och då genomförs även informationsinsatser till berörd personal. Förändringarna dokumenteras dock inte inom ramen för nämndens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse.

Ledningssystemet som en del i nämndens styrsystem

Ledningssystemet ska vara ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten. 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. Det är fullt möjligt att ha ett integrerat ledningssystem som uppfyller flera olika syften så länge kraven enligt SOSFS 2011:9 uppnås.⁹⁶

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i Arbetslivsnämnden samexisterar med andra styrsystem. Dessa är i första hand nämndens styrning genom budget och intern kontroll.

Intervjuade i Arbetslivsförvaltningen uppger att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är ett system som till största delen är frikopplat från nämndens och förvaltningens arbete med budget och intern kontroll. Det finns en koppling till nämndens och förvaltningens budgetarbete, men det finns svårigheter i systematiken i de delarna. Budgetprocesserna sätter de ekonomiska ramarna nästan ett år före att det systematiska kvalitetsarbetet kan sammanställas och presenteras. Det blir därav en utmaning att ha en korrekt och följsam budgetering av det systematiska kvalitetsarbetet menar man.

När det gäller nämndens och förvaltningens arbete med intern kontroll finns en koppling när det gäller arbetet med felaktiga utbetalningar. I nämndens riskanalys inför upprättande plan för intern kontroll finns risk avseende att kvalitetsledningssystemet inte följs med.⁹⁷ Risken är inte medtagen till planen för intern kontroll. I Arbetslivsnämndens budget för 2022 genomförs en omvärldsanalys när det gäller bl.a. arbetsmarknad, försörjning och mottagna nyanlända.⁹⁸ I övrigt finns ingen egentlig samordning mellan de olika systemen uppger intervjuade.

⁹⁵ Ibid. 2022:9f

⁹⁶ Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsen 2012:11

⁹⁷ Borås Stad, Arbetslivsnämnden: Riskanalys 2022:2

⁹⁸ Borås Stad, Arbetslivsnämnden: Budget 2022:2:3ff

Att identifiera skärningspunkterna mellan de olika styrsystemen och utveckla integrationen mellan systemen skulle vara en önskvärd utveckling på sikt menar de intervjuade.

Arbetslivsnämnden eller förvaltningen har enligt intervjuade inte haft någon årlig genomgång av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i syfte att bedöma dess lämplighet och effektivitet.

Sammanfattning av avvikelser – Arbetslivsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Arbetslivsförvaltningen bedriver arbete vid flera enheter jml. SoL och vid en enhet jml. HSL. Förvaltningen har ingen förvaltningsspecifik övergripande eller översiktlig beskrivning över ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete eller för förvaltningens årliga process med arbetet i systemet. Nämnden har inte fattat något beslut om ledningssystemet.

Förvaltningen har en verksamhetschef jml. HSL. Verksamhetschefen har dock inte utsetts av nämnden.

Nämnden eller förvaltningen har inte haft någon årlig genomgång av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i syfte att bedöma dess lämplighet och effektivitet.

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.

Arbetslivsförvaltningen hade under 2022 tre enheter som omfattades av förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (Försörjningsenheten, Relationsvårdsenheten och arbetsterapeuter på Återbruk). Arbetslivsförvaltningen har processer med tillhörande rutiner och andra stödjande dokument som avser arbetsmarknad och sysselsättning (Jobb Borås, KAA m.fl.) och integration (samhällsorientering och mottagning). Dessa verksamheter omfattas dock inte av systemet och avrapporteras inte i nämndens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse. När det gäller förvaltningens verksamhet med olika former av arbetsmarknadsinsatser/åtgärder (Jobb Borås, Återbruk m.fl.) har förvaltningen bedömt att dessa bedrivs jml. lag (1944:475) om arbetslöshetsnämnd och således inte behöver vara en del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Det har dock inte genomförts någon fördjupad eller dokumenterad analys av om delar av dessa verksamheter ska ingå i ledningssystemet.

SAS huvuduppgift på förvaltningen är kopplad till hanteringen av avvikelser. SAS saknar dock full tillgång och insyn i avvikelserapporteringens olika delar när det gäller Arbetslivsförvaltningen. När det gäller arbete med egenkontroller, kvalitetssäkring av processer och rutiner och verksamhetsgranskning genomför SAS till största delen inte dessa uppgifter i förvaltningen alls. SAS genomför i huvudsak heller inga proaktiva arbetsuppgifter med omvärldsbevakning rättslig analys och utbildning m.m. när det gäller Arbetslivsförvaltningen. Dessa arbetsuppgifter ska SAS genomföra enligt handboken för systematiskt kvalitetsarbete.

Förvaltningen genomför ett stort antal egenkontroller vid försörjningsenheten. Dessa genomförs enbart av enheten självt utan delaktighet eller dialog med SAS eller kvalitets- och utvecklingsfunktioner. Förvaltningen rapporterar inte enhetens resultat, analys eller genomförda förbättringsåtgärder till nämnden inom ramen för den årliga patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen.

Förvaltningen har inte upprättat någon samlad plan för egenkontroller och verksamhetsgranskning under året.

Arbetslivsnämnden eller förvaltningen har inte genomfört några dokumenterade riskanalyser eller någon verksamhetsgranskning inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

I patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen 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. Det finns heller ingen koppling i berättelsen till de systemfel och brister som enheten personliga ombud sammanställt under året.

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.

Hela Arbetslivsnämndens verksamhet jml. SoL och HSL hade sammantaget nio olika registrerade avvikelser på individnivå under 2021, vilket enligt intervjuade ska ses som få registrerade individavvikelser. Nämnden behöver vidta ytterligare åtgärder i syfte att stärka rapportering och hantering av avvikelser.

Ledningssystemet har svag koppling till andra styrande system och processer i nämnden. Det finns viss koppling till nämndens arbete med intern kontroll. Nämnden behöver arbeta för att integrera ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med budgetprocessen och processen för intern kontroll.

3.2 Individ- och familjeomsorgsnämnden

Övergripande beskrivning och ansvarsfördelning

Individ- och familjeomsorgsnämndens arbete med systematiskt kvalitetsarbete utgår ifrån den gemensamma handboken som togs fram gemensamt i det sociala klustret 2017. Handboken uppdateras successivt och den senaste versionen är från 2021.⁹⁹ Individ- och familjeomsorgsnämndens verksamheter styrs förutom av socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen även av annan lagstiftning. Dessa är i första hand föräldrabalken (FB), lag om vård av unga (LVU) och lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Dokumentationen i verksamheten styrs av Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2014:5.¹⁰⁰

Ansvarsfördelningen i arbetet med systematiskt kvalitetsarbete i förvaltningen från den gemensamma handboken, med ansvarsbeskrivningarna som gäller för förvaltningschef och chef för kvalitet och utveckling. Verksamhetschef och enhetschef ansvarar inom sitt verksamhetsområde att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. De ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt dokumentera kvalitetsarbetet. Alla medarbetare ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet.

Individ- och familjeomsorgsförvaltningen delar SAS med Arbetslivsförvaltningen men medarbetaren som utför uppgiften är anställd vid Individ- och familjeomsorgsförvaltningen. MAS och MAR för förvaltningen är anställda vid Vård- och äldreförvaltningen. När det gäller verksamhetschef jml. HSL fyller verksamhetschef för IFO vuxen den funktionen, men Individ- och familjeomsorgsnämnden har inte fattat något beslut om det.

Individ- och familjeomsorgsförvaltningen har ingen förvaltningsspecifik övergripande eller översiktlig beskrivning över ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Nämnden har inte fattat något beslut om ledningssystemet. Nämnden eller förvaltningen har inte genomfört någon årlig utvärdering av ledningssystemets lämplighet och effektivitet.

Individ- och familjeomsorgsnämnden har en beslutad delegationsordning. I delegationsordningen finns delegationsbestämmelser som avser lex Sarah, lex Maria och lex Maja.¹⁰¹ Det finns inte någon delegation som rör arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.¹⁰²

Individ- och familjeomsorgsnämnden upprättar årligen en patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse, som sammanfattar nämndens åtgärder och resultat för att uppnå god kvalitet i de insatser som ges.

Intervjuade uppger att förvaltningen har många olika verksamheter som arbetar med utgångspunkt i socialtjänstlagen (SoL). Det finns även en verksamhet som lyder under hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och annan speciallagstiftning. Förvaltningens arbete utifrån SoL består enligt de intervjuade av många olika delar som bedriver i flera avseenden helt olika verksamheter. Av 29 olika enheter på förvaltningen är det endast tre som jobbar med samma arbetsuppgifter och målgrupper.

⁹⁹ Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÅF HB 5626, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2021

¹⁰⁰ Socialstyrelsen: SOSFS 2014:5 föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, 2022

¹⁰¹ Bestämmelser om Lex Maja finns i 10 kap 20 a§ OSL. Bestämmelsen medför sekretessbrytande bestämmelser för vård- och omsorgspersonal för ingripande av djurskyddsskäl

¹⁰² Borås Stad, Individ- och familjeomsorgsnämnden: Delegationsordning 2022-06-14

Förvaltningen har strävat efter att samla allt arbete med ledningssystemet på samma ställe, men det har inte genomförts fullt ut ännu. I nuläget finns det en del av förvaltningens arbete i verksamhetssystemet Canea One, andra delar i gemensamma mappar kopplade till den digitala arbetsplatsen. Ytterligare delar finns i patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen.

Intervjuade framhåller att förvaltningens arbete faller under flera olika av Socialstyrelsens övergripande klassifikationskoder (KSI) när det gäller socialtjänstens insatser och aktiviteter.¹⁰³ Detta gör att ledningssystemet har få förvaltningsövergripande processer. Istället blir ledningssystemet uppbyggt av flera mindre verksamhetsprocesser. Detta innebär enligt de intervjuade att mycket ansvar med ledningssystemets processer och det systematiska förbättringsarbetet hamnar på enhetschefer eller motsvarande. Kvalitets- och utvecklingsfunktionernas samordnande och stödjande roll blir därmed viktig och behovet av stöd och samordning stort.

Processer och rutiner

Processer och rutiner i verksamheter jml. Socialtjänstlagen (SoL)

Individ- och familjeomsorgsförvaltningen har sina identifierade väsentliga processer huvudsakligen inlagda i verksamhetssystemet Canea One. I systemet finns även specifika rutiner och annan vägledning. Vissa delar av rutinerna finns enligt intervjuade även i gemensamma mappar kopplade till den digitala arbetsplatsen. Vissa verksamheter inom förvaltningen drivs med utgångspunkt i samverkansöverenskommelser med andra huvudmän. Samtliga processer i förvaltningens ledningssystem är kopplade till Socialstyrelsens klassifikationskoder.

Sammantaget har förvaltningen dokumenterat nio övergripande verksamhetsprocesser till de klustergemensamma huvudprocesserna. Dessa är; *att tillhandahålla omsorg och stöd inom individ- och familjeomsorgen, att tillhandahålla främjande och förebyggande åtgärder från Individ- och familjeomsorgen, vårdnad, boende och umgänge, upprätta avtal om vårdnad, boende och umgänge, att handlägga umgänge med närstående, att hantera faderskaps/föräldraskapsärenden, att handlägga adoption, att handlägga adoption av utländskt barn och att hantera namnärenden.*¹⁰⁴

¹⁰³ Socialstyrelsen: Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter, 2022

¹⁰⁴ Borås Stad, Canea One: PRK-1057 IFO Att tillhandahålla omsorg och stöd inom individ- och familjeomsorgen, 2020-04-23. PRK-1125 IFO Att tillhandahålla Främjande och förebyggande åtgärder från Individ- och familjeomsorgen, 2020-04-21. PRK-4942 IFO-FR Vårdnad, boende och umgänge, 2020-04-29. PRK-5450 IFO FR Att upprätta avtal om vårdnad, boende och/eller umgänge, 2020-04-27. PRK-5451 IFO FR Att handlägga umgänge med närstående, 2020-04-27. PRK-4944 IFO-FR Att hantera faderskaps-/föräldraskapsärenden, 2021-04-19. PRK-5443 IFO FR Att handlägga adoption, 2020-07-27. PRK-5546 IFO FR Handlägga adoption av utländskt barn, 2020-04-27. PRK-5448 IFO FR Att hantera namnärenden 2020-03-30. PRK-5493 IFO FR Att upprätta yttrande och verkställa umgängesstöd, 2020-07-27. PRK-5494 IFO FR Att genomföra förordnat samarbetsamtal, 2020-07-27

I processen att *tillhandahålla omsorg och stöd* finns fem särskilt beskrivna underliggande processer.¹⁰⁵ Det finns till olika moment i processerna sammantaget ca 196 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial som stöd till olika arbetsmoment i processerna.

I processen att *tillhandahålla främjande och förebyggande åtgärder* finns en särskilt beskriven underliggande process.¹⁰⁶ I processen att tillhandahålla främjande och förebyggande åtgärder finns sammantaget ca 48 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial som generell stöd till olika arbetsmoment i processen.

I processen avseende *vårdnad, boende och umgänge* finns tre särskilt beskrivna underliggande processer.¹⁰⁷ I processen vårdnad, boende och umgänge med de underliggande processerna finns ca 16 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.

I processen *att upprätta avtal om vårdnad boende och/eller umgänge* finns ca fem olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.

I processen *att handlägga umgänge med närstående* finns ca fyra olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.

I processen *att hantera faderskaps/föräldraskapsärenden* finns ca fyra olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.

I processen *att handlägga adoption* finns ca fem olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.

Processen *att handlägga adoption av utländskt barn* har sin tur ytterligare tre underliggande processer.¹⁰⁸ I processen med de underliggande processerna finns ca sju olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.

I processen *att hantera namnändringen* finns ca två olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.

En del av de rutiner/stöddokumentation som finns i ovanstående processer avser samverkan med andra förvaltningar eller myndigheter. Vissa samverkansformer har egna samverkansprocesser som tagits fram tillsammans med andra huvudmän.

¹⁰⁵ Ibid: PRK-4736 IFO Vux Boende Att genomföra omsorg och stöd, 2020-04-30. PRK-4777 IFO Öppenvård Att genomföra omsorg och stöd, 2020-03-24. PRK-1346-v.4.0 IFO Att överklaga beslut, 2021-03-22. PRK-1126 IFO FH Att rekrytera och utreda familjehem, 2020-05-08. PRK-3348-v.7.0 IFO FH Att rekrytera och utreda kontaktfamilj/kontaktperson, 2022-06-23

¹⁰⁶ Ibid: PRK-5196 IFO-FR Att genomföra samarbetsamtal, 2020-07-27

¹⁰⁷ Ibid: PRK-5493 IFO FR Att upprätta yttrande och verkställa umgängesstöd, 2020-07-27. PRK-5494 IFO FR Att genomföra förordnat samarbetsamtal, 2020-07-27. PRK-5497 IFO FR Att utreda vårdnad, boende och umgänge, 2020-07-27

¹⁰⁸ Ibid: PRK-5440 IFO FR Att utreda medgivande för adoption 2020-07-27. PRK-5444 IFO FR Att pröva medgivande om adoption av utländskt barn, 2020-07-27. PRK-5445 IFO FR Följa upp adoption av utländskt barn, 2020-07-27

Sammantaget finns följande identifierade verksamhetsprocesser med underliggande processer i individ och familjeomsorgsförvaltningens uppgifter med utgångspunkt i socialtjänstlagen:

- Att tillhandahålla omsorg och stöd inom individ- och familjeomsorgen
 - IFO vuxen boende - Att genomföra omsorg och stöd
 - IFO öppenvård - Att genomföra omsorg och stöd
 - IFO - Att överklaga beslut
 - IFO familjehem - Att rekrytera och utreda familjehem
 - IFO familjehem - Att rekrytera och utreda kontaktfamilj/kontaktperson
- Att tillhandahålla främjande och förebyggande åtgärder från Individ- och familjeomsorgen
 - IFO familjerätt Att genomföra samarbetsamtal
- Vårdnad, boende och umgänge
 - IFO familjerätt - Upprätta yttrande och verkställa umgängesstöd
 - IFO familjerätt - Att upprätta förordnat samarbetsamtal
 - IFO familjerätt - Utreda vårdnad, boende och umgänge
- IFO familjerätt - Upprätta avtal om vårdnad, boende och/eller umgänge
- IFO familjerätt - Handlägga umgänge med närstående
- IFO familjerätt - Hantera faderskaps-/föräldraskapsärenden
- IFO familjerätt - Handlägga adoption
- IFO familjerätt - Handlägga adoption av utländskt barn
 - IFO familjerätt - Att utreda medgivande för adoption
 - IFO familjerätt - Att pröva medgivande om adoption av utländskt barn
 - IFO familjerätt - Följa upp adoption av utländskt barn
- IFO familjerätt - Att hantera namnändringen

Det finns inga upprättade processer i verksamhetsstödet Canea One för den sociala boende-processen, det vråkningsförebyggande arbetet, verksamheten Barnahus eller stöd till brottsoffer. Det finns dock ca 45 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment när det gäller insatser för personer i hemlös situation och anordna bostad. För det vråkningsförebyggande arbetet finns ca 29 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial. För stöd till brottsoffer och verksamheten Barnahus finns ca 13 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment.

Förutom ovanstående har Individ- och familjeomsorgsnämnden upprättade processbeskrivningar med tillhörande stöddokument för förvaltningens arbete som bedrivs inom ramen för flera samfinansierade verksamheter. Dessa drivs tillsammans med andra huvudmän eller förvaltningar i Borås Stad. Dessa är mini-Maria, integrerat team, mobilt ungdomsteam, KAA-enheten och familjecentralerna. Upprättade processer för dessa verksamheter finns istället i andra IT-miljöer, för att göra processen tillgänglig för medarbetare från andra huvudmän.

Sammantaget har Individ- och familjeomsorgsförvaltningen 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. Förutom ovanstående finns ytterligare processer med tillhörande rutiner och stöddokument som bl.a. avser samverkan (se kap 3.4), ej verkställda gynnande beslut och process för socialt utskott i förvaltningen. Totalt finns 63 processkartor och 849 dokument som på olika sätt berör förvaltningen inlagda i Canea One.

Processer och rutiner i verksamheter jml. hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Individ- och familjeomsorgsnämnden har verksamhet jml. HSL i boendet på Kaptensgatan. Nämnden har endast ansvar för delegerade insatser jml. HSL. Nämnden har även ett boende som drivs av en privat utförare. Privata utförare har ett eget ansvar i att följa föreskrifterna SOSFS 2011:9. Uppföljning av boendet som drivs av en privat utförare genomförs inom ramen för nämndens uppföljning av privata utförare och avtalsuppföljning.

Det finns upprättade processer vad gäller de arbetsuppgifter jml. HSL som bedrivs inom förvaltningen. Dessa processer är gemensamma för Individ- och familjeomsorgsnämnden, Sociala omsorgsnämnden och Vård- och äldrenämnden. De processbeskrivningar som finns upprättade utgår ifrån huvudprocessen ”att tillhandahålla hälso- och sjukvård” i den gemensamma handboken om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Huvudprocessen är under omarbetning och en ny processkarta kommer enligt intervjuade att publiceras inom kort. Alla stöd- och delprocesser är inte fullt identifierade då det är ett pågående arbete. I nuläget är sex delprocesser identifierade och klara.

Under huvudprocessen finns sex övergripande identifierade processer. Dessa är; *delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård, kommunalt akutläkemedelsförråd, att tillhandahålla hälso- och sjukvård, läkemedelsprocessen, riskförebyggande vårdåtgärder och palliativ vård.*¹⁰⁹ Det finns även en gemensam portal med vägledning om sammantaget ca 56 olika bedömningsinstrument för legitimerad personal, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor.¹¹⁰ Dessutom finns ytterligare två vägledande portaler med ca 18 olika typer av stödjande dokument när det gäller informationsmaterial till patient och dokumentation.¹¹¹

¹⁰⁹ Ibid. PRK-4669 IFO/SOF/VÄF HSV Delegering arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården, 2023-01-09. PRK-4226 IFO/SOF/VÄF HSV KAF Att tillhandahålla KAF förråd (kommunalt akutläkemedelsförråd), 2022-11-01. PRK-5969 IFO/SOF/VÄF HSV Att tillhandahålla hälso- och sjukvård, huvudkartan, 2023-01-12. PRK-5705 IFO/SOF/VÄF HSV Läkemedel Läkemedelshandtering, 2022-11-30, PRK-4136 IFO/SOF/VÄF Riskförebyggande vårdåtgärder, 2022-11-22. PRK-3898 IFO/SOF/VÄF Palliativ vård Att säkerställa en god palliativ vård i livets slut, 2022-09-06

¹¹⁰ Ibid. PRK-7234 IFO/SOF/VÄF HSV Bedömningsinstrument, 2023-01-09

¹¹¹ Ibid. PRK-8119-v.3.0 IFO/SOF/VÄF HSV Informationsmaterial till patient, 2022-11-02. IFO/SOF/VÄF HSV Dokumentation inom kommunal hälso- och sjukvård, 2023-01-03

I processen *delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård* finns tre underliggande processer och ca 55 rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.¹¹²

I processen avseende *kommunalt akutläkemedelsförråd* finns tre underliggande processer och ca 20 rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.¹¹³

I processen att *tillhandahålla hälso- och sjukvård* finns sju olika underliggande processer och ca 52 rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.¹¹⁴

I *läkemedelsprocessen* finns fem underliggande processer och ca 61 rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.¹¹⁵

I processen *riskförebyggande vårdåtgärder* finns ca 32 rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stöd-material till olika arbetsmoment i processen.

I processen *palliativ vård* finns ca 27 rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen. Det finns även en dokumentförteckning för olika typer omvårdnadsåtgärder.¹¹⁶

Processen ser i verksamhetssystemet ut i enlighet med bilden på nästa sida.

¹¹² Ibid. PRK-4441 IFO/SOF/VÄF HSV Delegering arbetsuppgifter från sjuksköterska, 2022-11-09. PRK-7460 IFO/SOF/VÄF HSV Delegering arbetsuppgifter från AT/FT, 2022-11-29. PRK-7787 IFO/SOF/VÄF Handha digital signeringslista- MCSS, 2022-07-01.

¹¹³ PRK-4227 IFO/SOF/VÄF HSV KAF Att inrätta nytt KAF förråd (kommunalt akutläkemedelsförråd), 2022-09-28. PRK-4229 IFO/SOF/VÄF HSV KAF Att hantera läkemedel i KAF förråd (kommunalt akutläkemedelsförråd), 2022-09-28. PRK-4230 IFO/SOF/VÄF HSV KAF Att avveckla KAF förråd (kommunalt akutläkemedelsförråd), 2022-09-28

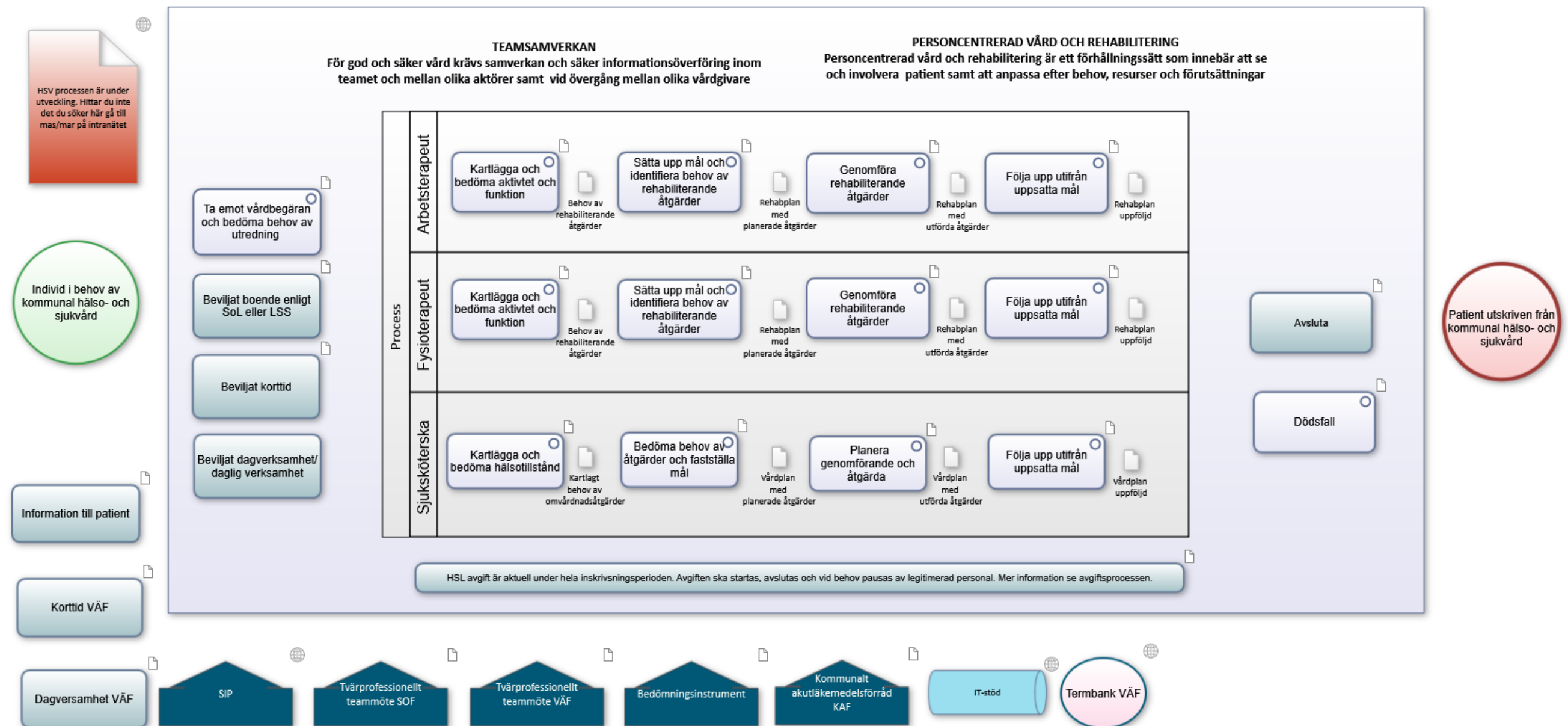
¹¹⁴ Ibid. PRK-6313 IFO/SOF/VÄF HSV Ta emot vårdbegäran från annan vårdgivare, 2023-01-03. PRK-4992 IFO/SOF/VÄF HSV Planering mellan kommunal hälso- och sjukvård, slutenvården och regional öppenvård, gäller patienter som redan är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården, 2023-01-12. PRK-6321 IFO/SOF/VÄF HSV AT/FT Kartlägga och bedöma aktivitet och funktion, 2022-10-24. PRK-6322 IFO/SOF/VÄF HSV- AT/FT Sätta upp mål och identifiera behov av rehabiliterande insatser, 2022-05-13. PRK-7003 IFO/SOF/VÄF HSV AT/FT Genomföra rehabiliterande insatser, 2022-02-15. PRK-7315 IFO/SOF/VÄF HSV AT/FT Följa upp utifrån uppsatta mål, 2022-02-15. PRK-7747 IFO/SOF/VÄF HSV Dödsfall, 2022-09-06

¹¹⁵ PRK-5706 IFO/SOF/VÄF HSV Läkemiddel Ordination av läkemiddel, 2022-09-28. PRK-5707 IFO/SOF/VÄF HSV Läkemiddel Leverans/ förvaring av läkemiddel, 2022-09-28. PRK-5708 IFO/SOF/VÄF HSV Läkemiddel Iordningsställande, 2022-09-28. PRK-5714 IFO/SOF/VÄF HSV Läkemiddel Administrera och överlämna, 2022-11-11. PRK-5715 IFO/SOF/VÄF HSV Läkemiddel Uppföljning, 2022-09-28

¹¹⁶ PRK-3899 IFO/SOF/VÄF Palliativ vård Omvårdnadsåtgärder, 2022-01-07

Bild 5 – Att tillhandahålla hälso- och sjukvård IFO/SOF/VÄF - Huvudkartan.

PRK-5969-v.31.0 IFO/SOF/VÄF HSV Att tillhandahålla hälso- och sjukvård huvudkartan ★ Lägga till som favorit 📄 Öppna utvecklingsversion



Sammantaget finns följande identifierade verksamhetsprocesser med underliggande processer i Individ och familjeomsorgsförvaltningens och Sociala omsorgsförvaltningens uppgifter med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen.

- Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård
 - Delegering arbetsuppgifter från sjuksköterska
 - Delegering arbetsuppgifter från
 - Handha digital signeringslista
- Kommunalt akutläkemedelsförråd
 - Att inrätta nytt KAF förråd
 - Att hantera läkemedel i KAF förråd
 - Att avveckla KAF förråd
- Att tillhandahålla hälso- och sjukvård
 - Ta emot vårdbegäran från annan vårdgivare
 - Planering mellan kommunal hälso- och sjukvård, slutenvården och regional öppenvård
 - Kartlägga och bedöma aktivitet och funktion
 - Sätta upp mål och identifiera behov av rehabiliterande insatser
 - Genomföra rehabiliterande insatser
 - Följa upp utifrån uppsatta mål
 - Dödsfall
- Läkemedelsprocessen
 - Läkemedel Ordination av läkemedel
 - Läkemedel Leverans/förvaring av läkemedel
 - Läkemedel Iordningsställande
 - Läkemedel Administrera och överlämna
 - Läkemedel Uppföljning
- Riskförebyggande vårdåtgärder
- Palliativ vård

Sammantaget har Individ- och familjeomsorgsförvaltningen 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.

Riskanalyser

Individ- och familjeomsorgsförvaltningen genomför flera olika typer av riskanalyser som en del av arbetet inom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Förvaltningen bedömer fortlöpande om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet på olika nivåer i organisationen.

Under 2021 finns fem större riskanalyser medtagna i nämndens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse. I beskrivningen framgår syftet med riskanalyserna. I berättelsens avsnitt om analys och resultat framgår vilka risker som identifierades och vilka åtgärder som vidtagits under året med utgångspunkt i riskanalysen. Det framgår även att riskanalyser genomförts på enhetsnivå med särskilt fokus på risker vid förändring i verksamheten bl.a. när det gäller pandemin och risker kring enskilda brukare.¹¹⁷

Intervjuade uppger att förvaltningen även genomför riskanalyser som en följd av organisatoriska förändringar när dessa är aktuella. Detta både ur ett arbetsmiljö- och kvalitetsperspektiv. Vidare genomförs processövergripande riskanalyser när det gäller specifika händelser i det sociala klustret. De förvaltningsövergripande riskanalyserna initieras av kvalitets- och utvecklingschef. De två senaste åren har förvaltningen arbetat aktivt med riskanalyser utifrån kvalitet i ett verksamhetsperspektiv. Under 2022 har riskanalyserna ännu inte sammanställts i patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse, men intervjuade uppger att man bl.a. genomfört riskanalys inför införandet av ny lagstiftning lex Lilla hjärtat och avseende flytt till nya lokaler för vissa verksamheter.

Förvaltningen har även genomfört riskanalyser som avser de bemanningsproblem som förvaltningen har med ca 10-12 vakanser för yrkeskategorin socialsekreterare vid myndighetsenheterna barn och unga. Dessa riskanalyser har genomförts som en del av nämndens interna kontroll. Förhållandena med brist på personal och stor andel inhyrda konsulter vid verksamhetsområde barn- och unga kan även innebära stora kvalitetsrisker uppger de intervjuade. Av denna anledning ville nämnden ha med riskerna ur olika perspektiv och tillhörande kontroller i nämndens plan för intern kontroll 2022. Kontrollerna som införts i planen har som syfte att kontrollera att förvaltningen lever upp till olika lagkrav inom myndighetsutövningen för målgruppen.

Egenkontroller och verksamhetsgranskning

Individ- och familjeomsorgsförvaltningen genomför egenkontroller och verksamhetsgranskning årligen. Förvaltningen har ingen samlad plan för egenkontroller och verksamhetsgranskning. Det finns en översiktlig planering när det gäller de förvaltningsövergripande egenkontrollerna, men den omfattar inte kontroller på enhetsnivå. Enligt patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för 2021 genomfördes egenkontroller och verksamhetsgranskning inom följande områden:¹¹⁸

- Nationella brukarundersökningar (inom sex olika områden)
- Lokala brukarundersökningar inom tre verksamheter
- Individbaserad systematisk uppföljning av barns delaktighet
- Öppna jämförelser inom sju olika områden
- Kommunens kvalitet i korthet inom tre olika områden
- Egenkontroller inom området barn och unga
- Egenkontroller inom området vuxna

I nämndens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse framgår utfall av respektive genomförd egenkontroll tillsammans med en analys av resultatet. Det beskrivs även vilka åtgärder som vidtagits under året eller som ska genomföras kommande år. Det anges i flera fall även målformuleringar som avser de kvalitetshöjande åtgärderna. Sammantaget anges specificerade verksamhetsförbättrande åtgärder och målsättningar inom fem av sju områden för egenkontroller/ verksamhetsgranskning i punktlistan ovan.¹¹⁹ Egenkontrollerna har enligt intervjuade till stor del genomförts av verksamheterna själva med stöd av kvalitets- och utvecklingsfunktioner och socialt ansvarig samordnare (SAS). Viss egenkontroll och verksamhetsgranskning har genomförts av kvalitets- och utvecklingsenheten, SAS eller MAS/MAR.

¹¹⁷ Borås Stad, Individ- och familjeomsorgsnämnden, Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021, 2022:11f och 17ff

¹¹⁸ Ibid. 2022:14f

¹¹⁹ Ibid. 2022: 24ff

Intervjuade uppger att man under 2022 håller på med ett omtag när det gäller nationella brukarundersökningar. Bakgrunden är att svarsfrekvensen i de undersökningar som genomfördes 2021 och före det var mycket låg. Så pass låg att det inte gick att dra några slutsatser av resultatet. Förvaltningen håller på att se över vilka brukarundersökningar som ska genomföras och hur svarsfrekvensen kan höjas. Förvaltningen genomför dock flera olika lokala brukarundersökningar. Under 2022 genomförde förvaltningen löpande brukarundersökningar i verksamheterna Familjerätten, Familjerådgivningen, Dialogcentrum, Barnahus, Origo och Yxhammarsmottagningen. Under 2022 har förvaltningen även haft en brukarrevision i de Mobila Teamen.

Rapportering och utredning av avvikelser

Individ- och familjeomsorgsförvaltningen har fyra processer för att hantering och utredning av avvikelser. Processbeskrivningar som rör avvikelshantering finns i verksamhetssystemet Canea One och är gemensamma för Arbetslivsförvaltningen, Individ- och familjeomsorgsförvaltningen, Sociala omsorgsförvaltningen och vård- och äldreomsorgen. I processerna finns koppling till ca 40 olika instruktioner eller andra stödjande dokument för olika arbetsmoment i processerna.¹²⁰

Processen kring avvikelser ser delvis olika ut beroende på vilken typ av avvikelse det rör sig om. Avvikelser enl. Lex Sarah och Lex Maria och andra individavvikelser hanteras i verksamhetssystemet VIVA. Organisationsavvikelser hanteras i verksamhetssystemet Canea One och avvikelser i närvårdssamverkan hanteras i verksamhetssystemet MedControl. Utöver det finns en rutin för personuppgiftsavvikelser jml. PUL. Rollerna SAS och MAS/MAR har ett uttalat ansvar när det gäller klassificering, utredning och bedömning av avvikelser.¹²¹

I Individ- och familjeomsorgsnämndens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021 redogörs för inrapporterade avvikelser och dess innehåll. Under 2021 registrerades 32 individavvikelser jml. SoL och 118 individavvikelser jml. HSL (varav 83 rörde läkemedel). Under året registrerades sammanlagt 14 rapporter jml. lex Sarah. Inga rapporter eller utredningar jml. lex Maria registrerades under året.¹²² Systemet som avser hantering av organisatoriska avvikelser är nytt för 2022. I berättelsen redogörs på ett fördjupat sätt för innehåll, analys och åtgärder när det gäller avvikelser som utretts jml. lex Sarah. Avvikelser enligt SoL och HSL analyseras på aggregerad nivå och specifika åtgärder beskrivs översiktligt.

Intervjuade i förvaltningen uppger att systematiken när det gäller avvikelser är ny sedan 2021. Under 2022 kompletterades systemen med att omfatta även organisatoriska avvikelser. Dessa kommer att tas med första gången i patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen för 2022 som upprättas under våren 2023. Individ- och familjeomsorgsförvaltningen genomförde en omfattande utbildningsinsats till alla medarbetare när det gäller rapportering och hantering av avvikelser under 2022. Förvaltningen har identifierat att avvikelshantering även fortsatt behöver stärkas i förvaltningen för att de avvikelser som finns ska rapporteras och utredas för att skapa lärande i organisationen. Under 2022 har även ett klustergemensamt utbildningsmaterial tagits fram till all personal och antalet registrerade avvikelser har ökat markant i förvaltningen. Förvaltningen kommer även fortsätta behöva arbeta med information och utbildning för att stärka rapportering och hantering av avvikelser uppger de intervjuade. Förvaltningen har ännu inte sammanställt antalet avvikelser som registrerats och hanterats för 2022 fullt ut. Men det som sammanställts hittills visar att antalet rapporterade avvikelser ungefär har dubblats jämfört med föregående år.

¹²⁰ Borås Stad, Canea One: PRK-4933 ALF/IFO/SOF/VÄF Avvikelse att rapportera, utreda och följa upp avvikelse HSL/LSS/SoL, lex Sarah och lex Maria. PRK-4209 ALF/IFO/SOF/VÄF Organisatoriska avvikelser. PRK-4904 ALF/IFO/SOF/VÄF Lex Sarah att utreda missförhållande. PRK-4906 ALF/IFO/SOF/VÄF Avvikelse att utreda vårdskada/lex Maria

¹²¹ Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÄF BIL 6073, Bilaga 1 – Medicinsk ledning för hälso- och sjukvårdsarbetet, 2021. Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÄF BIL 6074, Bilaga 2 – Uppdragsbeskrivning socialt ansvarig samordnare (SAS), 2021

¹²² Borås Stad, Individ- och familjeomsorgsnämnden, Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021, 2022: 20ff

Systematiskt förbättringsarbete

Individ- och familjeomsorgsförvaltningen upprättar en patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse, som sammanfattar nämndens samtliga åtgärder och resultat för att uppnå god kvalitet i de insatser som ges. Det systematiska arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras fortlöpande under året. Två gånger per år sammanställs och analyseras inkomna synpunkter/klagomål. Detta presenteras för nämnden och verksamheterna. Lex Sarah utredningar och rapporterade avvikelser sammanställs och analyseras en gång per år. Verksamheternas egenkontroller och riskanalyser dokumenteras löpande i särskilda rapporter.¹²³

I patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen redogörs även för informationssäkerhetsaspekter och ej verkställda beslut, inkomna synpunkter och klagomål och genomförd tillsyn från Inspektionen för Vård- och Omsorg (IVO).

I berättelsens avslutande del om aktiviteter och mål för kommande år analyseras avvikelser och framkomna förhållanden på aggregerad nivå och konkretiseras till aktiviteter och mål för kommande år. Genomförda aktiviteter och förbättringsåtgärder under året beskrivs i vissa delar. Sammantaget redogörs för åtta övergripande förbättringsåtgärder och en omorganisation som ska genomföras med fyra syften/målsättningar.

Intervjuade uppger att förvaltningen årligen genomför planering och uppföljning när det gäller moment i ledningssystemet i förvaltningens ledningsgrupp. Det finns dock bitar som återstår att utveckla. En sådan del är dokumentationen i ledningssystemet och ett tydliggörande av hur arbete ska utföras med koppling till systemet årligen. Som det är nu finns kunskap och överblick när det gäller dessa delar hos vissa enskilda personer, men inte dokumenterat. Dokumentationen behöver stärkas och utvecklas i dessa delar. Även dokumentationen på enhetsnivå behöver utvecklas så genomförda förbättringsåtgärder och annat dokumenteras. En viktig del att fortsätta utveckla är transparensen i arbetet med fokus på att förvaltningens verksamheter ska vara lärande organisationer.

Intervjuade anger att det systematiska kvalitetsarbetet och ledningssystemet behöver utvecklas och stärkas i de delar som berör flera förvaltningar. Detta både när det gäller förvaltningarna i det sociala kluster och andra nämnder så som ex. Grundskolenämnden och Förskolenämnden. Även delar gällande samverkan med andra aktörer behöver utvecklas mer. I dessa delar finns det fortfarande stora utmaningar och förbättringsområden. Förvaltningen har fastlagda processer och rutiner för samverkan med de mest vanligt förekommande interna och externa aktörerna. Antalet andra aktörer som förvaltningen samverkar med är dock stort.

Intervjuade anger att Borås Stads synpunktshantering inte fungerar bra för förvaltningens verksamheter. I nuläget behöver de som vill lämna en synpunkt eller ett klagomål kategorisera vilken verksamhet som avses. Det finns ingen kategori som anger socialtjänst eller förvaltningens verksamheter. Detta kan försvåra för de som vill lämna synpunkter och göra att antalet inkomna synpunkter blir få. Synpunkter och klagomål från enskilda är en viktig informationskälla i det systematiska förbättringsarbetet uppger de intervjuade.

¹²³ Ibid. 2022:5

Ledningssystemet som en del i nämndens styrsystem

Intervjuade uppger att det numera finns en koppling mellan ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och nämndens och förvaltningens arbete med intern kontroll. Förvaltningen har identifierat att arbetet i dessa båda system tangerar varandra och att arbete i ledningssystemet också är arbete med intern kontroll.

Man vill i förvaltningen undvika dubbelarbete och dubbelkommando och man har därav påbörjat mer av sammanvävning mellan arbetet med utgångspunkt i SOSFS 2011:9 och den interna kontrollen. Arbetet har påbörjats med att man i nämndens och förvaltningens riskanalys och plan för intern kontroll hänvisar vissa risker eller kontrollområden till ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Uppföljning av den interna kontrollen till nämnden sker i februari av patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse tas till nämnden i mars.

Intervjuade uppger att det i arbetet med 2023 års riskanalys och plan för internkontroll fanns en diskussion som avsåg risker som identifierats när det gäller samverkan med andra förvaltningar och myndigheter och andra kvalitetsaspekter. Diskussionen avsåg om man skulle handskas med riskerna i nämndens plan för intern kontroll eller som en del av arbetet med systematiskt kvalitetsarbete. Här beslutade nämnden att man ville ha med vissa delar i sin plan för intern kontroll.¹²⁴

Ledningssystemet och budgetprocessen är enligt de intervjuade skilda stuprör i förvaltningen. Koppling och sammanvävning av dessa processer kan utvecklas. Intervjuade uppger att förvaltningen vill få till en tydligare integration mellan dessa system, men man har i viss mån avvaktat Borås Stads nya styr- och ledningssystem för hela staden. Individ- och familjeomsorgsnämnden har även ett eget framtaget program för en god individ- och familjeomsorg.¹²⁵ Programmet innefattar enligt de intervjuade även olika kvalitetsperspektiv och målsättningar. Programmet behöver integreras med de övriga styr- och ledningssystemen. Därutöver har Borås Stad ett stort antal styrande dokument som nämnden behöver följa.

I nämndens budget 2022 finns en omvärldsanalys och nämnden redogör för flera olika kvalitetsperspektiv och utmaningar. Det finns även en beskrivning av nämndens arbete utifrån program för en god individ och familjeomsorg.¹²⁶

Sammanfattning av avvikelser – Individ- och familjeomsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Individ- och familjeomsorgsförvaltningen har ingen förvaltningsspecifik övergripande eller översiktlig beskrivning över ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Det finns kunskap och överblick över ledningssystemet som helhet hos vissa centrala funktioner i förvaltningen. Detta finns inte fullt ut på andra nivåer i organisationen. Nämnden har inte fattat något beslut om ledningssystemet.

Förvaltningen har en genomgång av resultat av genomförda egenkontroller, verksamhetsgranskning, inkomna avvikelser m.m. minst en gång varje år i förvaltningens ledningsgrupp. Nämnden eller förvaltningen har inte genomfört någon årlig utvärdering av ledningssystemets lämplighet och effektivitet.

¹²⁴ Borås Stad, Individ- och familjeomsorgsnämnden: Plan för intern kontroll, 2022: se ex. punkt 2 avvikelser/lex Sarah, punkt 3 rekrytering, punkt 5 fem olika punkter

¹²⁵ Borås Stad, Individ- och familjeomsorgsnämnden: Program för en god individ och familjeomsorg – tillsammans för de enskildas bästa, 2021: 3ff

¹²⁶ Borås Stad, Individ- och familjeomsorgsnämnden: Budget 2022:2: 4f, 5, 15

Förvaltningen har inte upprättat någon samlad plan för egenkontroller och verksamhetsgranskning som ska genomföras årligen. Det finns en förvaltningsövergripande planering, men den omfattar inte kontroller/granskning på verksamhetsområdes- eller enhetsnivå.

Verksamhetschef för HSL är verksamhetschef för IFO vuxen. Nämnden har inte fattat något beslut om verksamhetschef enligt HSL.

Dokumentationen behöver stärkas och utvecklas på enhetsnivå. Detta så riskanalyser, egenkontroller och genomförda förbättringsåtgärder m.m. dokumenteras löpande vid alla enheter.

Förvaltningen genomför under 2022 ett omtag när det gäller nationella brukarundersökningar. Bakgrunden är låg svarsfrekvens. Inga brukarundersökningar genomförs under 2022. Nämnden behöver säkerställa att brukarundersökningar framöver är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningen genomför flera olika lokala brukarundersökningar.

Det systematiska kvalitetsarbetet och ledningssystemet behöver utvecklas och stärkas i de delar som berör flera förvaltningar. Detta både när det gäller förvaltningarna i det sociala klustret och andra nämnder så som ex. Grundskolenämnden och Förskolenämnden. Även delar gällande samverkan med andra aktörer behöver utvecklas mer. I dessa delar finns det fortfarande utmaningar och förbättringsområden.

Ledningssystemet och budgetprocessen är till stora delar skilda stuprör i förvaltningen. Koppling och sammanvävning av dessa processer kan utvecklas. Intervjuade uppger att förvaltningen vill få till en tydligare integration mellan dessa system, men man har i viss mån avvaktat Borås Stads nya styr- och ledningssystem för hela staden. Individ- och familjeomsorgsnämnden har även ett eget framtaget program för en god individ- och familjeomsorg. Programmet innefattar även olika kvalitetsperspektiv och målsättningar. Även Programmet behöver integreras med de övriga styr- och ledningssystemen.

Avvikelsehanteringen har stärkts i förvaltningen under 2022. Förvaltningen har dock identifierat att avvikelsehanteringen även fortsatt behöver utvecklas. Detta för att säkerställa att alla avvikelser registreras och utreds för att skapa ett lärande i organisationen.

Ett utvecklingsområde som identifierats i Individ- och familjeomsorgsförvaltningen gäller Borås Stads system för synpunktshantering. Rapporteringen av synpunkter via Borås Stads hemsida försvåras av att den enskilde själv behöver kategorisera sina synpunkter eller klagomål. Förhållandena medför att synpunkter och klagomål som ett underlag i det systematiska kvalitetsarbetet kan vara bristfälligt. Antalet inkomna synpunkter riskerar att bli få om det är svårt för enskilda att registrera sin synpunkt.

3.3 Sociala omsorgsnämnden

Övergripande beskrivning och ansvarsfördelning

Sociala omsorgsnämnden bedriver verksamhet när det gäller myndighetsutövning och verkställighet jml. SoL och LSS. I nämndens verkställande enheter bedrivs även verksamhet jml. HSL.

Sociala omsorgsnämndens arbete med systematiskt kvalitetsarbete utgår ifrån den gemensamma handboken som togs fram gemensamt i det sociala klustret 2017. Handboken uppdateras successivt och den senaste versionen är från 2021.¹²⁷

Ansvarsfördelningen i arbetet med systematiskt kvalitetsarbete i förvaltningen utgår från den gemensamma handboken, med ansvarsbeskrivningarna som gäller för förvaltningschef och chef för kvalitet och utveckling. Verksamhetschef och enhetschef ansvarar inom sitt verksamhetsområde för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. De ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt dokumentera kvalitetsarbetet. Alla medarbetare ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet.

Förvaltningen har en egen anställd SAS som arbetar med specifika uppgifter inom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. MAS och MAR för förvaltningen är anställda vid Vård- och äldreförvaltningen. När det gäller verksamhetschef jml. HSL fyller verksamhetschef för område 1 den funktionen, men Sociala omsorgsnämnden har inte fattat något beslut om det.

Sociala omsorgsförvaltningen har ingen förvaltningsspecifik övergripande eller översiktlig beskrivning över ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete eller för förvaltningens årliga process med arbetet i systemet. Nämnden har inte fattat något beslut om ledningssystemet.

Nämnden har en beslutad delegationsordning. I delegationsordningen finns delegationsbestämmelser som avser lex Sarah och lex Maria. Det finns inte någon delegation som rör arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.¹²⁸

Sociala omsorgsförvaltningens kvalitet- och utvecklingsfunktion har i november 2022 genomfört en GAP analys över förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Analysen visar bl.a. att ledningssystemet inte är fullt ut anpassat till verksamheten och att ansvarsförhållanden inte är helt tydliggjorda när det gäller riskanalyser. Analysen visade även att omfattning och frekvens i arbetet med egenkontroller inte är helt tydlig. Sammantaget identifieras åtta utvecklingsområden i ledningssystemet när det gäller områdena myndighet och verksamhet jml. HSL och 10 utvecklingsområden för området verkställighet.¹²⁹

Intervjuade uppger att de största utvecklingsområdena med ledningssystemet finns inom de verkställande verksamheterna. Det finns där en stor mängd framtagna processer och rutiner. De är många gånger kartlagda på en väldigt detaljerad nivå med många specifika processkartor med delprocesser. Förhållandena gör det svårt för medarbetare att hitta rätt information och ställer stora krav på en organisation för underhåll och uppdatering av ledningssystemet. Processerna för dessa verksamheter skulle behöva gås igenom och förenklas genom ex. färre och mer övergripande processer uppger de intervjuade. Förvaltningen har enligt de intervjuade en planering när det gäller revidering av ledningssystemet. Förvaltningen har börjat med verksamheten personlig assistans och håller i nuläget på att revidera området som rör boendeprocessen LSS.

¹²⁷ Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÄF HB 5626, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2021

¹²⁸ Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: Delegationsordning 2021-12-13

¹²⁹ Borås Stad, Sociala omsorgsförvaltningen: GAP-analys – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2022-11-25

Nämnden upprättar årligen en patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse, som sammanfattar nämndens åtgärder och resultat för att uppnå god kvalitet i de insatser som ges.

Intervjuade vid Sociala omsorgsförvaltningen anger att förvaltningen har dokumenterat sitt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete huvudsakligen i verksamhetssystemet Canea One. De intervjuade uppger att de ser problem med verksamhetssystemet när det gäller användarvänlighet. Enhetschefer och de som arbetar med myndighetsutövning hittar generellt sett ganska väl i systemet. När det gäller förvaltningens utförande personal vid ex. boenden är situationen annorlunda. Processer och rutiner blir där mer svåra att komma åt då strukturen i systemet är svår för ovana användare att orientera sig i. Detta 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. Förvaltningen har enligt intervjuade påtalat att nuvarande verksamhetsstöd (Canea One) inte är användarvänligt och att funktionaliteten brister när det gäller förvaltningens verksamheter.

De intervjuade uppger att förvaltningen har arbetat med att försöka hitta en lösning i syfte att göra det enklare för boendepersonal och andra yrkesgrupper att få enkel tillgång till de delar av ledningssystemet som är väsentligt. Bland annat har man arbetat tillsammans med en systemarkitekt i syfte att förbättra förhållandena. Förvaltningen arbetar med att Borås Stads intranät ska bli en enklare ”väg in” för personalen till den stöddokumentation som de behöver. Det är dock fortfarande så att det kommer vara flera olika IT-stöd som personalen måste använda sig av.

Med utgångspunkt i att ledningssystemet ska vara känt av alla medarbetare och implementerat i verksamheterna menar intervjuade att ledningssystemet och de IT lösningar som förvaltningen har inte är fullt ut anpassade till verksamheten. Förvaltningens uppdrag blir successivt mer och mer komplext med mer komplicerade vårdinsatser samtidigt som kompetensförsörjningen blir allt svårare. Frågan om hur man kan göra ledningssystemets innehåll känt och tillgängligt på ett enkelt sätt för verksamheterna blir på så vis en central framtidsfråga för förvaltningen enligt de intervjuade.

Processer och rutiner

Processer och rutiner i verksamheter jml. socialtjänstlagen (SoL) och lagen om särskild service (LSS) Sociala omsorgsförvaltningen har sina identifierade väsentliga processer inlagda i verksamhetssystemet Canea One. I systemet finns även specifika rutiner och annan vägledning.

Sammantaget har förvaltningen framtagna processer med tillhörande rutiner och annat stödmaterial inom fyra områden när det gäller verksamhet jml LSS och SoL. Dessa är *myndighet LSS*, *Myndighet SoL*, *verkställighet LSS* och *verkställighet SoL*. Processerna utgår från de tre kluster-gemensamma övergripande processerna och nås via en startsida i verksamhetssystemet.¹³⁰

¹³⁰ Borås Stad, Canea One, PRK-5607-v.10.0 SOF – Startside, 2022-12-21

När det gäller området *myndighet LSS* finns sammantaget nio underliggande processer. I processerna finns sammantaget ca 109 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt material som stöd till olika arbetsmoment i processen.¹³¹

Inom området *myndighet SoL* finns en underliggande process. Till processen finns ca 59 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt material som stöd till olika arbetsmoment i processen.¹³²

Avseende området *verkställighet LSS* finns sammantaget åtta underliggande processer.¹³³ I processerna finns 14 särskilt beskrivna underliggande- eller delprocesser.¹³⁴ Till tre av processerna finns särskilda översiktbilder med genvägar till stödjande dokument.¹³⁵ Till processerna finns ca 179 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt material som stöd till olika arbetsmoment i processerna. En av processerna har egen startsida i verksamhetssystemet.¹³⁶ Där nås processen som sådan tillsammans med annat stödmaterial som är relevant i verksamheten så som krisplaner, brandskydd, HR-rutiner, budgetprocess m.m. När det gäller ytterligare fem områden är sådana startsidor under utveckling.

Området *verkställighet SoL* har fem underliggande processer.¹³⁷ Processen avseende kontaktperson jml. SoL har samma processbeskrivning som jml. LSS.¹³⁸ Till en av processerna finns en särskilt beskriven delprocess.¹³⁹ Till två av processerna finns särskilda översiktbilder med genvägar till stödjande dokument.¹⁴⁰ Till processerna finns ca 53 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt material som stöd till olika arbetsmoment i processerna. Inom sex områden finns särskilda startsidor under utveckling.

Samttaget finns följande processer med underprocesser i Sociala omsorgsnämndens verksamheter jml. lagen om särskild service och socialtjänstlagen:

¹³¹ Ibid. PRK-3159-v.11.0 SOF Myndighetsutövning personlig assistans, 2022-09-29. PRK-3417-v.7.0 SOF Myndighetsutövning daglig verksamhet, 2022-12-12. PRK-3418-v.7.0 SOF Myndighetsutövning avlösarservice, 2022-12-12. PRK-3499-v.4.0 SOF Myndighetsutövning ledsagarservice, 2022-12-12. PRK-3500-v.5.0 SOF Myndighetsutövning kontaktperson, 2022-12-12. PRK-3501-v.4.0 SOF Myndighetsutövning korttidsvistelse utanför hemmet, 2022-12-12. PRK-3502-v.5.0 SOF Myndighetsutövning korttidsstillsyn för skolungdomar över 12 år, 2022-12-12. PRK-3503-v.5.0 SOF Myndighetsutövning boende med särskild service för barn eller ungdom, 2022-12-12.

PRK-3504-v.5.0 SOF Myndighetsutövning bostad med särskild service för vuxna, 2022-12-12

¹³² Ibid. PRK-1574-v.30.0 SOF Handläggning av ärenden och genomförande av insatser, 2020-10-23

¹³³ Ibid. PRK-5954-v.4.0 SOF Verks Personlig assistans nytt ärende till avslut, 2022-12-27. PRK-1763 SOF verkställighet ledsagar- och avlösarservice, 2020-07-03. PRK-1758-v.7.0 SOF Verk kontaktperson, 2020-07-03. PRK-1676-v.6.0 SOF verkställighet stödfamilj, PRK-1677-v.8.0 SOF verkställighet LSS korttid, 2020-07-03. PRK-1664-v.8.0 SOF verkställighet gruppboendestäder, 2020-07-03. PRK-8144 SOF-Verks gruppboendestad nytt ärende till avslut, 2022-12-01. PRK-2898-v.8.0 SOF verkställighet serviceboendestäder, 2022-08-15. PRK-3220-v.4.0 SOF verkställighet daglig verksamhet, 2020-07-03

¹³⁴ PRK-1764-v.6.0 SOF delprocess verkställighet ledsagar- och avlösarservice ta emot och planera uppdraget, 2020-07-03. PRK-1765-v.6.0 SOF delprocess verkställighet ledsagar- och avlösarservice planera genomförande av insats/aktivitet, 2020-07-03. PRK-1759-v.10.0 SOF delprocess verkställighet kontaktperson ta emot och planera uppdraget, 2020-07-03. PRK-1760-v.7.0 SOF delprocess verkställighet kontaktperson planera genomförande av insats/aktiviteter, 2020-07-03. PRK-2915-v.1.0 SOF Delprocess verkställighet korttid och läger ta emot och planera uppdraget, 2017-10-10. PRK-1754-v.8.0 SOF delprocess verkställighet stödfamilj planera genomförande av insats/aktiviteter, 2018-02-14. PRK-1755-v.6.0 SOF delprocess verkställighet stödfamilj följa upp, 2018-02-14. PRK-1766-v.4.0 SOF delprocess verkställighet stödfamilj genomföra insats/aktivitet, 2018-02-14.

PRK-1752-v.9.0 SOF delprocess verkställighet stödfamilj ta emot och planera uppdraget, 2018-11-14.

PRK-3795-v.18.0 SOF Delprocess gruppboendestad verkställighet ta emot och planera uppdraget, 2021-11-31.

PRK-4887-v.2.0 SOF Nattorganisation gruppboendestad, 2019-09-04. PRK-5068-v.3.0 SOF Behov av/neddragning av vaken natt gruppboendestad, 2019-10-14. PRK-2905-v.9.0 SOF Delprocess verkställighet serviceboendestäder ta emot och planera uppdraget, 2022-08-15. PRK-3866-v.11.0 SOF Delprocess verkställighet daglig verksamhet ta emot och planera uppdraget, 2022-01-19.

¹³⁵ Ibid. PRK-5229-v.3.0 SOF Översikt bild-Korttid, 2020-01-15. PRK-7773-v.5.0 SOF-Verkst vid öppnande av ny verksamhet- flytt mellan enheter eller verksamhetsövergång, 2022-11-26. PRK-5226-v.3.0 SOF Översikt bild-Serviceboendestäder, 2022-02-09

¹³⁶ Ibid. PRK-5978-v.10.0 SOF-Verkställighet-Personlig assistans-startsida, 2022-09-21

¹³⁷ PRK-4138-v.6.0 SOF Processkarta Boendestöd, 2019-02-05. PRK-3223-v.3.0 SOF verkställighet boendestöd, 2020-07-03. PRK-1678-v.7.0 SOF verkställighet bostad med särskild service, 2020-07-03. PRK-3908-v.10.0 SOF-Verkst Biståndsbedömd sysselsättning SoL Jobbresurs, 2022-01-19

¹³⁸ Se fotnot 115, PRK-1758-v.7.0 SOF Verk kontaktperson, 2020-07-03

¹³⁹ Ibid. PRK-5222-v.2.0 SOF-Verks Bostad med särskild service Socialpsykiatri delprocess ta emot och planera genomförandet, 2021-11-01

¹⁴⁰ Ibid. PRK-5228-v.4.0 SOF Översikt bild-Boendestöd, 2021-03-12. PRK-7773-v.5.0 SOF-Verkst vid öppnande av ny verksamhet- flytt mellan enheter eller verksamhetsövergång, 2022-11-26

- Myndighet LSS
 - SOF myndighetsutövning personlig assistans
 - SOF myndighetsutövning daglig verksamhet
 - SOF myndighetsutövning avlösarservice
 - SOF myndighetsutövning ledsagarservice
 - SOF myndighetsutövning kontaktperson
 - SOF myndighetsutövning korttidsvistelse utanför hemmet
 - SOF myndighetsutövning korttidsstillsyn för skolungdomar över 12 år
 - SOF myndighetsutövning boende med särskild service för barn eller ungdom, 2022-12-12
 - SOF myndighetsutövning bostad med särskild service för vuxna
- Myndighet SoL
 - SOF Handläggning av ärenden och genomförande av insatser
- Verkställighet LSS
 - SOF verkställighet personlig assistans nytt ärende till avslut
 - SOF verkställighet ledsagar- och avlösarservice
 - SOF delprocess verkställighet ledsagar- och avlösarservice ta emot och planera uppdraget
 - SOF delprocess verkställighet ledsagar- och avlösarservice planera genomförande av insats/aktivitet
 - SOF verkställighet kontaktperson (LSS/SoL)
 - SOF delprocess verkställighet kontaktperson ta emot och planera uppdraget
 - SOF delprocess verkställighet kontaktperson planera genomförande av insats/aktiviteter
 - SOF verkställighet stödfamilj
 - SOF delprocess verkställighet stödfamilj ta emot och planera uppdraget
 - SOF delprocess verkställighet stödfamilj planera genomförande av insats/aktiviteter
 - SOF delprocess verkställighet stödfamilj genomföra insats/aktivitet
 - SOF delprocess verkställighet stödfamilj följa upp
 - SOF verkställighet LSS korttid
 - SOF delprocess verkställighet korttid och läger ta emot och planera uppdraget
 - SOF verkställighet gruppboende
 - SOF delprocess gruppboende verkställighet ta emot och planera uppdraget
 - SOF nattorganisation gruppboende
 - SOF behov av/neddragning av vaken natt gruppboende
 - SOF verkställighet gruppboende nytt ärende till avslut
 - SOF verkställighet serviceboende
 - SOF delprocess verkställighet serviceboende ta emot och planera uppdraget
 - SOF verkställighet daglig verksamhet
 - SOF delprocess verkställighet daglig verksamhet ta emot och planera uppdraget
- Verkställighet SoL
 - SOF processkarta boendestöd
 - SOF verkställighet boendestöd
 - SOF verkställighet bostad med särskild service
 - SOF Verkställighet Bostad med särskild service Socialpsykiatri delprocess ta emot och planera genomförandet
 - SOF verkställighet biståndsbedömd sysselsättning SoL – jobbresurs
 - SOF verkställighet kontaktperson (LSS/SoL)
 - SOF delprocess verkställighet kontaktperson ta emot och planera uppdraget
 - SOF delprocess verkställighet kontaktperson planera genomförande av insats/aktiviteter

Utöver ovanstående finns fem beskrivna processer inom området leda, styra och organisera.¹⁴¹ Två av processerna avser interna verksamhetsprocesser och tre avser genomförandeplaner. Till processerna finns ca 101 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt material som stöd till olika arbetsmoment i processerna.

Sammantaget har Sociala omsorgsförvaltningen 29 processer med 15 underliggande delprocesser när det gäller verksamhet jml. LSS och SoL. I processerna finns sammantaget ca 501 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt material som stöd till olika arbetsmoment i processen.

Processer och rutiner i verksamheter jml. hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Det finns upprättade processer vad gäller de arbetsuppgifter jml. HSL som bedrivs inom förvaltningen. Dessa processer är gemensamma för Individ- och familjeomsorgsnämnden, Sociala omsorgsnämnden och Vård- och äldrenämnden. De processbeskrivningar som finns upprättade utgår ifrån huvudprocessen ”att tillhandahålla hälso- och sjukvård” i den gemensamma handboken om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Huvudprocessen är under omarbetning och en ny processkarta kommer enligt intervjuade att publiceras inom kort. Alla stöd- och delprocesser är inte fullt identifierade då det är ett pågående arbete. I nuläget är sex delprocesser identifierade och klara.

Processer med tillhörande rutiner och stöddokumentation finns inlagda i verksamhetssystemet Canea One. En del information finns även på Borås Stads intranät i syfte att förenkla tillgängligheten för de medarbetare som behöver informationen. Detta gäller även regelverk och regionala och delregionala samverkansdokument. Dessa äger Borås Stad inte själva varför de inte kan läggas in i Canea One.¹⁴² I Canea One finns en gemensam startsida för Sociala omsorgsförvaltningen och Vård- och äldreförvaltningen (se bild 6).¹⁴³ Från startsidan nås identifierade processer med tillhörande rutiner, blanketter och annat stödmaterial.

Under huvudprocessen finns sex övergripande identifierade processer. Dessa är; *delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård, kommunalt akutläkemedelsförråd, att tillhandahålla hälso- och sjukvård, läkemedelsprocessen, riskförebyggande vårdåtgärder och palliativ vård*.¹⁴⁴ Det finns även en gemensam portal med vägledning om sammantaget ca 56 olika bedömningsinstrument för legitimerad personal, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor.¹⁴⁵ Dessutom finns ytterligare två vägledande portaler med ca 18 olika typer av stödjande dokument när det gäller informationsmaterial till patient och dokumentation.¹⁴⁶

¹⁴¹ Ibid. PRK-1468-v.13.0 SOF-GFP Upprätta genomförandeplan, 2018-02-18. PRK-1469-v.9.0 SOF-GFP Följa upp genomförandeplan, 2018-02-14. PRK-3179-v.6.0 SOF-GFP Bildstöd och kartläggning, 2021-03-03. PRK-4895-v.3.0 SOF KU Att ta emot och genomföra uppdrag, 2019-10-24. PRK-7395-v.4.0 SOF-Verkst Rekryteringsprocess sommar, 2022-02-04

¹⁴² Borås Stad, intranät för anställda: [Omsorg, hälso- och sjukvård - Borås Stads intranät \(boras.se\)](#), 2023-01-25

¹⁴³ PRK-5503-v.33.0 SOF/VÅF Startside Hälso- och sjukvård, 2023-01-13

¹⁴⁴ Ibid. PRK-4669 IFO/SOF/VÅF HSV Delegering arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården, 2023-01-09. PRK-4226 IFO/SOF/VÅF HSV KAF Att tillhandahålla KAF förråd (kommunalt akutläkemedelsförråd), 2022-11-01. PRK-5969 IFO/SOF/VÅF HSV Att tillhandahålla hälso- och sjukvård, huvudkartan, 2023-01-12. PRK-5705 IFO/SOF/VÅF HSV Läkemedel Läkemedelshandtering, 2022-11-30. PRK-4136 IFO/SOF/VÅF Riskförebyggande vårdåtgärder, 2022-11-22. PRK-3898 IFO/SOF/VÅF Palliativ vård Att säkerställa en god palliativ vård i livets slut, 2022-09-06

¹⁴⁵ Ibid. PRK-7234 IFO/SOF/VÅF HSV Bedömningsinstrument, 2023-01-09

¹⁴⁶ Ibid. PRK-8119-v.3.0 IFO/SOF/VÅF HSV Informationsmaterial till patient, 2022-11-02. IFO/SOF/VÅF HSV Dokumentation inom kommunal hälso- och sjukvård, 2023-01-03

I processen *delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård* finns tre underliggande processer och ca 55 rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.¹⁴⁷

I processen avseende *kommunalt akutläkemedelsförråd* finns tre underliggande processer och ca 20 rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.¹⁴⁸

I processen att *tillhandahålla hälso- och sjukvård* finns åtta olika underliggande processer och ca 52 rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.¹⁴⁹ Huvudprocessen ser ut i enlighet med bild 5.

I *läkemedelsprocessen* finns fem underliggande processer och ca 61 rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.¹⁵⁰

I processen *riskförebyggande vårdåtgärder* finns ca 32 rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen.

I processen *palliativ vård* finns ca 27 rutiner, blanketter, checklistor och övrigt stödmaterial till olika arbetsmoment i processen. Det finns även en dokumentförteckning för olika typer omvårdnadsåtgärder.¹⁵¹

Sammantaget finns följande identifierade verksamhetsprocesser med underliggande processer i Individ och familjeomsorgsförvaltningens och Sociala omsorgsförvaltningens uppgifter med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen.

¹⁴⁷ Ibid. PRK-4441 IFO/SOF/VÄF HSV Delegering arbetsuppgifter från sjuksköterska, 2022-11-09. PRK-7460 IFO/SOF/VÄF HSV Delegering arbetsuppgifter från AT/FT, 2022-11-29. PRK-7787 IFO/SOF/VÄF Handha digital signeringslista- MCSS, 2022-07-01

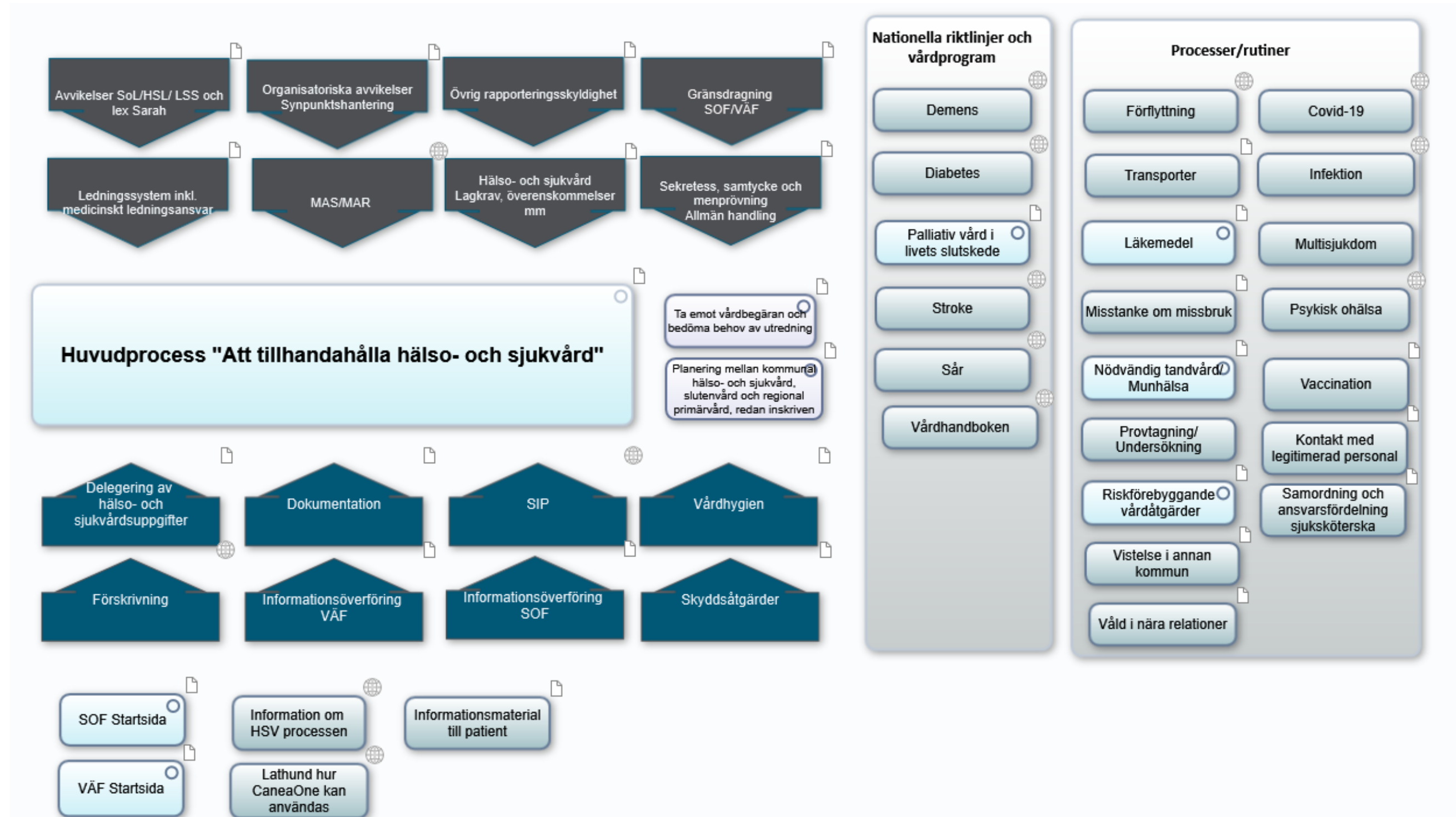
¹⁴⁸ PRK-4227 IFO/SOF/VÄF HSV KAF Att inrätta nytt KAF förråd (kommunalt akutläkemedelsförråd), 2022-09-28. PRK-4229 IFO/SOF/VÄF HSV KAF Att hantera läkemedel i KAF förråd (kommunalt akutläkemedelsförråd), 2022-09-28. PRK-4230 IFO/SOF/VÄF HSV KAF Att avveckla KAF förråd (kommunalt akutläkemedelsförråd), 2022-09-28

¹⁴⁹ Ibid. PRK-6313 IFO/SOF/VÄF HSV Ta emot vårdbegäran från annan vårdgivare, 2023-01-03. PRK-4992 IFO/SOF/VÄF HSV Planering mellan kommunal hälso- och sjukvård, slutenvården och regional öppenvård, gäller patienter som redan är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården, 2023-01-12. PRK-6321 IFO/SOF/VÄF HSV AT/FT Kartlägga och bedöma aktivitet och funktion, 2022-10-24. PRK-6322 IFO/SOF/VÄF HSV- AT/FT Sätta upp mål och identifiera behov av rehabiliterande insatser, 2022-05-13. PRK-7003 IFO/SOF/VÄF HSV AT/FT Genomföra rehabiliterande insatser, 2022-02-15. PRK-7315 IFO/SOF/VÄF HSV AT/FT Följa upp utifrån uppsatta mål, 2022-02-15. PRK-7747 IFO/SOF/VÄF HSV Dödsfall, 2022-09-06

¹⁵⁰ PRK-5706 IFO/SOF/VÄF HSV Läskemedel Ordination av läskemedel, 2022-09-28. PRK-5707 IFO/SOF/VÄF HSV Läskemedel Leverans/ förvaring av läskemedel, 2022-09-28. PRK-5708 IFO/SOF/VÄF HSV Läskemedel Iordningsställande, 2022-09-28. PRK-5714 IFO/SOF/VÄF HSV Läskemedel Administrera och överlämna, 2022-11-11. PRK-5715 IFO/SOF/VÄF HSV Läskemedel Uppföljning, 2022-09-28

¹⁵¹ PRK-3899 IFO/SOF/VÄF Palliativ vård Omvårdnadsåtgärder, 2022-01-07

Bild 6 – Startside för hälso- och sjukvård SOF/VÄF



- Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård
 - Delegering arbetsuppgifter från sjuksköterska
 - Delegering arbetsuppgifter från
 - Handha digital signeringslista
- Kommunalt akutläkemedelsförråd
 - Att inrätta nytt KAF förråd
 - Att hantera läkemedel i KAF förråd
 - Att avveckla KAF förråd
- Att tillhandahålla hälso- och sjukvård
 - Ta emot vårdbegäran från annan vårdgivare
 - Planering mellan kommunal hälso- och sjukvård, slutenvården och regional öppenvård
 - Kartlägga och bedöma aktivitet och funktion
 - Sätta upp mål och identifiera behov av rehabiliterande insatser
 - Genomföra rehabiliterande insatser
 - Ta emot begäran från annan vårdgivare
 - Följa upp utifrån uppsatta mål
 - Dödsfall
- Läkemedelsprocessen
 - Läkemedel Ordination av läkemedel
 - Läkemedel Leverans/förvaring av läkemedel
 - Läkemedel Iordningsställande
 - Läkemedel Administrera och överlämna
 - Läkemedel Uppföljning
- Riskförebyggande vårdåtgärder
- Palliativ vård

Sammantaget har Sociala omsorgsförvaltningen sex definierade övergripande processer med 18 definierade underliggande delprocesser när det gäller verksamhet jml. HSL. I processerna finns sammantaget ca 321 olika rutiner, blanketter, checklistor och övrigt material som stöd till olika arbetsmoment i processen.

Risکانalyser

Sociala omsorgsförvaltningen genomför risکانalyser som en del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. En del av arbetet med risکانalyser genomförs även inom ramen för förvaltningens arbete med intern kontroll eller i budgetprocessen.

Risکانalyser genomförs både på enhets- områdes och förvaltningsnivå. I patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för 2021 anges att det under året bl.a. rört sig om risکانalyser inför smittskyddsåtgärder med anledning av pågående pandemi och inför planerad verksamhetsövergång. Lokala risکانalyser har enligt berättelsen genomförts bland annat när det gäller införsel av förnyade arbetssätt och innan brukare börjar vid en verksamhet.¹⁵²

I berättelsen framgår inte hur många risکانalyser som genomförts eller vilka riskminimerande eller förbättrande åtgärder risکانalyserna lett till. Under berättelsens avsnitt om resultat och analys framgår dock att förvaltningen under 2021 utfört 726 riskbedömningar inom områdena, fall, trycksår, undernäring och munhälsa.¹⁵³

¹⁵² Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: I patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för 2021, 2022:8f

¹⁵³ Ibid. 2022:23f

Intervjuade uppger att förvaltningen under de två senaste åren arbetat med olika former av riskanalyser ur olika perspektiv. Förvaltningen försöker nu få med nationella och regionala omvärldsfaktorer och lokala förutsättningar in arbetet på ett tydligare sätt. Under kommande år ser de intervjuade stora risker inom förvaltningen. Detta då komplexiteten inom olika omvårdnadsåtgärder kommer öka samtidigt som kompetensförsörjningen blir allt svårare.

Arbetet med riskanalyser fungerar enligt intervjuade väl generellt i förvaltningens verksamheter. Riskmedvetenheten behöver dock stärkas i en del av förvaltningens verksamheter. Detta så att enskilda enheter genomför de riskanalyser och kontroller som behövs kring specifika brukare, byte av personal el. dyl.

Egenkontroller och verksamhetsgranskning

Sociala omsorgsförvaltningen genomför egenkontroller och verksamhetsgranskning inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Arbetet inom området bedrivs i flera fall av SAS, MAS/MAR eller controllerfunktioner. I patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen för 2021 anges egenkontroller som genomförts inom följande områden.¹⁵⁴

- Brukarundersökning
- Dokumentation inom HSL
- Intern kontroll (de egenkontroller som ingår i nämndens plan för intern kontroll)
- Kartläggningar av målgruppens behov och verksamhetens kapacitet och kompetens
- Riskbedömningar
- Samordnad individuell plan (SIP)
- Skydd- och begränsningsåtgärder
- Social dokumentation inom LSS och SoL
- Tillsyn
- Vårddinventering
- Verksamhetsgranskning

Inom respektive område redogörs översiktligt för utfall av genomförda kontroller och en analys av resultatet. Förbättringsåtgärder anges i berättelsen när det gäller sju av de elva områdena för egenkontroll. Förbättrande åtgärder som kvarstår summeras sedan i berättelsens mål och aktiviteter för kommande år.

Intervjuade uppger att arbetet med egenkontroller utvecklas successivt i förvaltningen. Det finns ett antal egenkontroller som ska genomföras årligen av MAS/MAR och SAS. Förvaltningen har även börjat arbeta med egenkontroll/verksamhetsgranskning i workshops med verksamheterna. Arbetet var svårt att genomföra under pandemin men har återstartat under 2022. De kontroller som genomförs i denna form resulterar i en verksamhetsspecifik rapport som ansvarig verksamhetschef och enhetschef får. De får sedan arbeta vidare med rapportens slutsatser. Förvaltningen upprättar inte någon sammanhållen plan för vilken egenkontroll eller verksamhetsgranskning som ska genomföras årligen. Förvaltningen har haft planer på att sammanställa en sådan plan, men avvaktat då förvaltningen arbetat fram ett nytt styr- och ledningssystem. Intervjuade uppger att arbetet med egenkontroller och verksamhetsgranskning fortsatt behöver utvecklas i förvaltningen, bl.a. genom att den utgår ifrån en samlad plan årligen.

¹⁵⁴ Ibid. 2022:22ff

Rapportering och utredning av avvikelser

Sociala omsorgsförvaltningen har fyra processer för att hantering och utredning av avvikelser. Processbeskrivningar som rör avvikelshantering finns i verksamhetssystemet Canea One och är gemensamma för Arbetslivsförvaltningen, Individ- och familjeomsorgsförvaltningen, Sociala omsorgsförvaltningen och vård- och äldreomsorgsförvaltningen. I processerna finns koppling till ca 40 olika instruktioner eller andra stödjande dokument för olika arbetsmoment i processerna.¹⁵⁵

Processen kring avvikelser ser delvis olika ut beroende på vilken typ av avvikelse det rör sig om. Avvikelser enl. Lex Sarah och Lex Maria och andra individavvikelser hanteras i verksamhetssystemet VIVA. Organisationsavvikelser hanteras i verksamhetssystemet Canea One och avvikelser i närvårdssamverkan som hanteras i verksamhetssystemet MedControl. Utöver det finns en rutin för personuppgiftsavvikelser jml. PUL. Rollerna SAS och MAS/MAR har ett uttalat ansvar när det gäller klassificering, utredning och bedömning av avvikelser.¹⁵⁶ Dessa funktioner har även möjlighet att följa inkomna avvikelser på daglig basis. I förvaltningen finns även en controllerfunktion som arbetar mot de olika verksamhetsområdena med avvikelser och rapporterade kvalitetsbrister.

Sociala omsorgsnämnden har när det gäller insatser jml. HSL infört det digitala signeringsverktyget *Medication care and support system* (MCSS) under 2021.¹⁵⁷

I Sociala omsorgsnämndens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021 redogörs för inrapporterade avvikelser och dess innehåll. Under 2021 registrerades 15 avvikelser i vårdsamverkan som inträffat inom förvaltningen. När det gäller myndighetsutövning SoL och LSS rapporterades 29 avvikelser. När det gäller fallavvikelser registrerades under 2021 480 avvikelser. Under samma år registrerades 890 avvikelser jml. HSL, 2258 läkemedelsavvikelser, 252 avvikelser jml. LSS och 331 avvikelser jml. SoL. Under 2021 registrerades sammantaget ett flertal utredningar jml. lex Maria. Ingen utredning ledde dock till att anmälan gjordes till inspektionen för vård- och omsorg (IVO). Under året inkom totalt 77 rapporter om risk för missförhållande jml. lex Sarah. SAS inledde totalt 33 utredningar jml. lex Sarah varav tre anmäldes vidare till IVO.¹⁵⁸

Systemet med organisatoriska avvikelser är nytt och infördes i det sociala klustret under 2022.

I berättelsen redogörs på ett fördjupat sätt för innehåll, analys och åtgärder när det gäller avvikelser. Inom de olika typerna av avvikelser finns en fördjupad analys när det gäller orsak till avvikelserna. Det redogörs i många fall för åtgärder som vidtagits eller som kommer att vidtas med utgångspunkt i registrerade avvikelser. Berättelsen genomför även en genomgripande analys av mängden avvikelser och hur de fördelar sig mellan olika typer av verksamheter. Införandet av MCSS har bl.a. medfört att förvaltningen fått ett bredare statistikunderlag för att analysera dessa frågor än tidigare.¹⁵⁹

¹⁵⁵ Borås Stad, Canea One: PRK-4933 ALF/IFO/SOF/VÄF Avvikelse att rapportera, utreda och följa upp avvikelse HSL/LSS/SoL, lex Sarah och lex Maria. PRK-4209 ALF/IFO/SOF/VÄF Organisatoriska avvikelser. PRK-4904 ALF/IFO/SOF/VÄF Lex Sarah att utreda missförhållande. PRK-4906 ALF/IFO/SOF/VÄF Avvikelse att utreda vårdskada/lex Maria

¹⁵⁶ Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÄF BIL 6073, Bilaga 1 – Medicinsk ledning för hälso- och sjukvårdsarbetet, 2021. Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÄF BIL 6074, Bilaga 2 – Uppdragsbeskrivning socialt ansvarig samordnare (SAS), 2021

¹⁵⁷ Se mer: <https://appva.com/sv/om-tjansten/> 2023-01-30

¹⁵⁸ Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: I patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för 2021, 2022:15ff

¹⁵⁹ Ibid

I berättelsen konstateras bl.a. att det finns anledning att fortsatt arbeta för att rapporteringsbenägenheten ska öka i förvaltningen och att verksamheterna ska få en gemensam bild av när avvikelser ska registreras eller inte.

Intervjuade uppger att förvaltningen har arbetat fram systemet för avvikelshantering gemensamt inom det sociala klustret. Grunden var att det identifierades att förvaltningarna i klustret är socialtjänst och behöver ha gemensamma system för att hantera avvikelser. Implementeringen har genomförts under de senaste åren och det mesta är nu på plats. Det som fortfarande är ett utvecklingsområde är att ytterligare implementera handhavandet i att registrera och identifiera avvikelser i verksamheterna. Särskilt inom verkställigheten är det väsentligt med att kontinuerligt fortsätta stödja och utbilda i dessa frågor. Inte minst då personalomsättningen är stor. En del av utmaningen är även det faktum att hanteringen av avvikelser, liksom mycket av de övriga delarna av ledningssystemet, hanteras i olika IT-stöd. Strukturen är inte bra, det blir systemträngsel och svårt att få användare att använda rätt system på rätt sätt.

Systematiskt förbättringsarbete

Sociala omsorgsnämnden upprättar årligen en patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse som sammanfattar nämndens avvikelser, genomförda egenkontroller och inkomna synpunkter m.m. Berättelsen innefattar analys och redogör för genomförda och planerade åtgärder i kvalitetshöjande syfte. I berättelsen redogörs även för kvalitetsarbete när det gäller informationssäkerhet, projektstatus inom området välfärdsteknik och samverkan med interna och externa aktörer samt brukare.¹⁶⁰

I berättelsen framgår att förvaltningen arbetat för en mer systematisk uppföljning och analys. Systematisk uppföljning av verksamheten är kärnan i det förbättringsarbete som nämnden är skyldig att bedriva. Att arbeta mer systematiskt för att utveckla och följa upp såväl insatser som arbetssätt innebär en stor möjlighet till förbättrad kvalitet.¹⁶¹

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen omfattar ingen redovisning eller analys när det gäller ej verkställda beslut. Detta redovisas dock i separat rapportering två gånger per år. När det gäller privata utförare redovisas resultat och analys av kvalitet och andra aspekter inom ramen för nämndens rapport om uppföljning av privata utförare och de avtal som finns.¹⁶²

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsens analyser utmynnar sammantaget i 18 olika mål och aktiviteter inom 4 olika områden.¹⁶³

Intervjuade uppger att förvaltningen arbetat mycket med att utveckla det systematiska förbättringsarbetet de senaste åren. Många delar har utvecklats men det finns utvecklingsområden som återstår. Framför allt finns utmaningar kvar när det gäller förvaltningens verkställande verksamheter (olika former av boenden, LSS insatser m.m.). Genom ledningssystemets förbättrade struktur har förvaltningen centralt kunnat identifiera vilka områden/verksamheter som man behöver fokusera sina insatser på.

¹⁶⁰ Ibid. kap. 5.2, 5.4 och 5.5

¹⁶¹ Ibid. 5ff

¹⁶² Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: Uppföljning av utförare av kommunal verksamhet, 2022

¹⁶³ Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: I patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för 2021, 2022:28f

Intervjuade uppger att förvaltningen har två delvis separata ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ett jml SoL och LSS och ett jml. HSL. Under de senaste åren har mycket arbete lagts ner på att integrera de båda delarna med varandra till ett enhetligt system. Systemen och skiljer sig dock fortfarande åt i vissa delar. Ledningssystemet jml. HSL behöver även samordnas framför allt med Vård- och äldreomsorgens verksamheter. Det är många bitar som behöver samverka och integreras för att få ett enhetligt och helt integrerat system. Som det är i nuläget är man en bit på väg, men personal måste i flera fall förhålla sig till delvis dubbla system. MAS/MAR och SAS får här en viktig roll när det gäller att vägleda övrig personal i systemen och IT-stöden för att rapportera, registrera och hantera frågor på rätt sätt.

Ett utvecklingsområde som identifierats enligt intervjuade gäller Borås Stads system för synpunktshantering. Systemet förutsätter att den som vill lämna sin synpunkt anger vilket område som synpunkten avser. Olika roller i förvaltningen har ofta dialog med brukare eller anhängiga som har synpunkter eller klagomål. Dessa anger många gånger svårigheter i att registrera synpunkten på rätt sätt. Exempelvis finns ingen egen kategori att markera för den enskilde när det gäller ex. funktionshindersverksamheten. Intervjuade anger att i förhållande till alla de synpunkter som inkommer via telefon till olika delar av förvaltningen är antalet inkomna synpunkter i systemet få. Systemet bör utvecklas så att den som vill lämna en synpunkt inte behöver kategorisera den. Det kan tjänstepersoner i Borås Stad sköta för att förenkla hanteringen för den som vill lämna en synpunkt menar man. Intervjuade ser en risk att synpunkter och klagomål inte rapporteras i systemet och därav inte blir en del av underlaget för det systematiska kvalitetsarbetet.

Ledningssystemet som en del i nämndens styrsystem

Förvaltningen har under 2022 arbetat med att ta fram en ny modell för styrning och ledning i förvaltningen. Styrmodellen ska enligt de intervjuade genomsyra hela förvaltningen och användas av alla chefsled i organisationen. Styrmodellen består bland annat av fyra perspektiv för verksamhetsplanering och uppföljning; systematiskt kvalitetsarbete, personal, ekonomi och politiska mål.

Intervjuade uppger att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete genom den nya modellen blir en integrerad del av förvaltningens styrning som helhet. Detta kommer även återspeglas i rapporteringen från nämnden via tertiärluppföljningar, budget, årsredovisning m.m. framöver.

Det finns även en koppling mellan ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och nämndens arbete med intern kontroll. Omfattande eller återkommande kvalitetsbrister lyfts med i riskanalysarbetet inför upprättandet av plan för intern kontroll. Bland annat fanns risk för att missförhållanden inte rapporteras, utreds och åtgärdas med i nämndens plan för intern kontroll för 2022 mot bakgrund av vad som framkom i patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen under 2021.¹⁶⁴

Förvaltningen arbetar nu medvetet med att föra in större och mer förvaltningsövergripande risker i arbetet intern kontroll. Integrationen mellan den interna kontrollen och ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete sker genom kvalitet- utveckling- och controllerfunktioner.

I nämndens budget 2022 finns en omvärldsanalys och nämnden redogör för flera olika kvalitetsperspektiv och utmaningar. Budgeten omfattar även egna indikatorer och uppdrag som avser kvalitet och delar av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.¹⁶⁵

¹⁶⁴ Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: Plan för intern kontroll, 2022:2

¹⁶⁵ Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: Budget 2022:2:3ff, 6f

Sammanfattning av avvikelser – Sociala omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Sociala omsorgsnämnden bedriver verksamhet när det gäller myndighetsutövning och verkställighet jml. LSS och SoL. I nämndens verkställande enheter bedrivs även verksamhet jml. HSL. Sociala omsorgsförvaltningen har ingen förvaltningsspecifik övergripande eller översiktlig beskrivning över ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete eller för förvaltningens årliga process med arbetet i systemet. Nämnden har inte fattat beslut om ledningssystemet eller beslutat om vem som är verksamhetschef jml. HSL.

Sociala omsorgsförvaltningen har genomfört en GAP analys över förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Analysen visar bl.a. att ledningssystemet inte är fullt ut anpassat till verksamheten och att ansvarsförhållanden inte är helt tydliggjorda när det gäller riskanalyser och egenkontroll. Nämnden genomför dock ingen utvärdering av systemets lämplighet och effektivitet.

De största utvecklingsområdena med ledningssystemet finns inom de verkställande verksamheterna. Det finns där en stor mängd framtagna processer och rutiner. De är många gånger kartlagda på en väldigt detaljerad nivå med många specifika processkartor med delprocesser. Förhållandena gör det svårt för medarbetare att hitta rätt information och ställer stora krav på en organisation för underhåll och uppdatering av ledningssystemet. Processerna för dessa verksamheter skulle behöva arbetas igenom och förenklas genom ex. färre och mer övergripande processer.

Det finns problem med verksamhetssystemet när det gäller användarvänlighet. Processer och rutiner är svåra att komma åt i de verkställande verksamheterna. Detta 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 verksamheten.

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

Sociala omsorgsförvaltningen har de två senaste åren arbetat tillsammans med övriga förvaltningar i det sociala klustret med att utveckla hanteringen när det gäller avvikelser. Det finns nu gemensamma system för att hantera olika typer av avvikelser. Det är fortfarande ett utvecklingsområde att implementera handhavandet i att registrera och identifiera avvikelser i verksamheterna. Detta för att rapporteringsbenägenheten ska öka och att de avvikelser som finns också registreras.

Ett utvecklingsområde som identifierats i Sociala omsorgsförvaltningen gäller Borås Stads system för synpunktshantering. Rapporteringen av synpunkter via Borås Stads hemsida försvåras av att den enskilde själv behöver kategorisera sina synpunkter eller klagomål. Förhållandena medför att synpunkter och klagomål som ett underlag i det systematiska kvalitetsarbetet kan vara bristfälligt. Antalet inkomna synpunkter riskerar att bli få om det är svårt för den enskilde att registrera sin synpunkt.

3.4 Samordning och samverkan i det systematiska kvalitetsarbetet

Ledningssystemen för systematiskt kvalitetsarbete i granskade nämnder utgår ifrån en kluster-gemensam handbok som omfattar övergripande processer, roller och ansvar m.m.¹⁶⁶ Den gemensamma utgångspunkten möjliggör enligt intervjuade för större enhetlighet och samordning mellan respektive nämnda egna ledningssystem.

Granskade förvaltningar har som en del av sina ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tagit fram processer och rutiner för samverkan inom det sociala klustret och i några avseenden med andra förvaltningar och aktörer.

När det gäller samordning och samverkan i det sociala klustret finns beslutade rutiner för samverkan tillsammans med instruktioner och stödjande dokument inom flera områden.¹⁶⁷ I verksamhetsstödet Canea One finns även en upprättad process för ansökan/anmälan mellan Individ- och familjeomsorgsförvaltningen och Grundskoleförvaltningen tillsammans med en samverkansrutin och andra stödjande dokument.¹⁶⁸ Det finns även ett samverkansdokument som avser placerade barns skolgång.¹⁶⁹

I Canea One finns rutiner och stödjande dokument för arbetet med lokal samordnad individuell plan (LoSIP) och hänvisning till vägledning när det gäller arbetet med samordnad individuell plan (SIP) inom närvårdssamverkan.¹⁷⁰

Ledningssystemen för systematiskt kvalitetsarbete har på olika sätt bärighet på samordning och samverkan. Detta dels mellan nämnderna/förvaltningarna i det sociala klustret men även med andra myndigheter och förvaltningar i Borås Stad. Intervjuade i flera förvaltningar anger samtidigt att Borås Stads organisationsform, med socialtjänstens ansvar fördelat på fyra nämnder innebär utmaningar och svårigheter i ett samverkansperspektiv. Flera intervjuade uppger att organisationsformen inneburit att förvaltningarna har behövt ta fram särskilda samverkansrutiner som en del av ledningssystemen och att stor hänsyn behöver tas bl.a. till de sekretessgränser som organisationen medför. Genom samverkan i ledningssystemen för systematiskt kvalitetsarbete försöker kvalitets- och utvecklingsfunktioner och andra roller minimera de risker för kvalitetsbrister som organisationen medför.

Intervjuade uppger att införseln av organisatoriska avvikelser förts in i det sociala klustret under 2022. Syftet med avvikelserna är att identifiera när samverkan och samordning mellan förvaltningarna inte fungerar. Avvikelseerna kan på sikt ge information om vilka systematiska avvikelser som finns i dessa avseenden och bli en del i det systematiska förbättringsarbetet.

¹⁶⁶ Se kap. 2.9

¹⁶⁷ Borås Stad, Canea One: 3.7.0.10 Samordning och samverkan kring enskild

¹⁶⁸ Ibid. PRK-4941-v.3.0 GRF/IFO Samverkan ansökan/anmälan, 2021-10-08

¹⁶⁹ Ibid. RUT-7495-v.1.0 GRF SAMS - Samverkan Socialtjänst skola - Obruten skolgång för placerade barn och unga, 2022-01-18

¹⁷⁰ En lokal samordnad individuell plan (LoSIP) kan upprättas när en person har behov av samordnade insatser från olika verksamheter inom Borås Stad. En samordnad individuell plan (SIP) kan upprättas med andra huvudmän inom ramen för närvårdssamverkan:

[Mallar Närvårdssamverkan Södra Älvsborg - Public VardsamverkanVG, 2023-02-07](#)

Det finns olika samverkansform för kvalitets- och utvecklingsfunktioner, verksamhetschefer och MAS, MAR och SAS när det gäller olika delar av förvaltningarnas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I dessa forum arbetar man mot att skapa enhetliga och gemensamma rutiner och processer bl.a. i de delar som avser samverkan eller när insatser behövs från flera förvaltningar. Intervjuade anger att det finns klusterövergripande processägarforum som ibland beslutar om uppdrag i specifika frågor. Det finns även rutiner som möjliggör förvaltningsövergripande händelseanalyser när det gäller enskilda ärenden.

Det upprättas eller sammanställs ingen egen dokumentation eller rapportering som avser kvalitet eller sammanställning av egenkontroll, verksamhetsgranskning, avvikelser m.m. som genomförts i ett internt samordnings- eller samverkansperspektiv. Det genomförs inga systematiskt återkommande eller dokumenterade övergripande riskanalyser i ett samordnings- eller samverkansperspektiv för hela eller delar av det sociala klustret. Det genomförs dock riskanalyser utifrån vissa förvaltningsövergripande processer eller händelser i processägarforum.

Några intervjuade påtalar att antalet brukare/klienter/vårdtagare som är aktuella för insatser i flera förvaltningar troligen kommer att öka under de kommande åren. Organisationsformen för socialtjänsten i Borås Stad med parallella strukturer, ansvarsförhållanden och ledningssystem ökar komplexiteten och risken för kvalitetsbrister. Förvaltningarna har många gånger inte tillräcklig kunskap om varandras områden. Det finns därutöver skillnader mellan förvaltningarna i synen på samverkan och hur man ser på ex. på socialtjänstlagens portalparagraf eller annan gemensam lagstiftning. En önskvärd utveckling vore att ledningssystemen används på ett än tydligare sätt för att motverka de olika skillnaderna mellan förvaltningarna menar man.

4 Stadsrevisionens bedömningar

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 avvikelserorienterad. 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 uppdra 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 även:

- 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 övriga styrsystem, såsom 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 synpunkts-hantering. 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 synpunkts-hantering.

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 nationella brukarundersökningar mot bakgrund av låg svarsfrekvens i tidigare års undersökningar. Förvaltningen genomför löpande lokala brukarundersökningar inom flera verksamheter. 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. Ansvar 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 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 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 synpunktshantering.

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.

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

Andreas Ekelund

Revisionschef

Samuel Kaufman

Certifierad kommunal yrkesrevisor

5 Källförteckning

Intervjuer:

Intervju med medarbetare 1 och 2, Arbetslivsförvaltningen, 2022-11-14

Intervju med medarbetare 3 och 4, Individ- och familjeomsorgsförvaltningen, 2022-11-15

Intervju med medarbetare 5 och 6, Sociala omsorgsförvaltningen, 2022-11-25

Intervju med medarbetare 7, Arbetslivsförvaltningen och Individ- och familjeomsorgsförvaltningen, 2022-11-25

Intervju med medarbetare 8, Sociala omsorgsförvaltningen, 2022-12-05

Kompletterande intervju med medarbetare 1, Arbetslivsförvaltningen, 2023-01-20

Intervju med medarbetare 9 och 10, Arbetslivsförvaltningen, Individ- och familjeomsorgsförvaltningen och Sociala omsorgsförvaltningen, 2023-01-25

Kompletterande intervju med medarbetare 6, Sociala omsorgsförvaltningen, 2023-02-01

Kompletterande intervju med medarbetare 3 och 4, Individ- och familjeomsorgsförvaltningen, 2023-02-06

Intervju med medarbetare 11, Stadsledningskansliet, 2023-02-02

Borås Stads styrdokument:

Borås Stad, Gemensamt reglemente för Kommunstyrelsen och övriga nämnder i Borås Stad, 2022-06-22

Borås Stad, reglemente för Arbetslivsnämnden, 2019-09-26

Borås Stad, reglemente för Individ- och familjeomsorgsnämnden, 2019-09-26

Borås Stad, reglemente för Sociala omsorgsnämnden, 2019-09-29

Borås Stad, Styr- och ledningssystem, 2022

Borås Stad, Plan – Ledningssystem för kvalitetsarbete, 2017

Borås Stad, Arbetslivsnämnden: Delegationsordning, 2023-01-02.

Borås Stad, Arbetslivsnämnden: Delegationsordning, Försörjningsenheten, 2023-01-02

Borås Stad, Arbetslivsförvaltningen: Process för arbetsterapeutiska utredningar Återbruk, 2023

Borås Stad, Arbetslivsnämnden, patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021, 2022

Borås Stad, Arbetslivsnämnden: Riskanalys, 2022

Borås Stad, Arbetslivsnämnden: Budget, 2022:2

- Borås Stad, Individ- och familjeomsorgsnämnden: Delegationsordning, 2022-06-14
- Borås Stad, Individ- och familjeomsorgsnämnden, Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021, 2022
- Borås Stad, Individ- och familjeomsorgsnämnden: Plan för intern kontroll, 2022
- Borås Stad, Individ- och familjeomsorgsnämnden: Budget 2022:2
- Borås Stad, Individ- och familjeomsorgsnämnden: Program för en god individ och familjeomsorg – tillsammans för de enskildas bästa, 2021
- Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: Delegationsordning 2021-12-13
- Borås Stad, Sociala omsorgsförvaltningen: GAP-analys – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2022
- Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: I patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för 2021, 2022
- Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: Uppföljning av utförare av kommunal verksamhet, 2022
- Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: Plan för intern kontroll, 2022
- Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: Budget 2022:2
- Övrigt:**
- Kastberg, Patrik: Kommunallagen – en kommentar, 2021:126ff
- Prop. 1990/91:117: Om en ny kommunallag
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR): Vägledning – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2012
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR): Modell för risk och händelseanalys – Systematiskt förbättringsarbete inom individ och familjeomsorgen, 2011
- Sveriges Kommuner och regioner (SKR): Kommunallagen med kommentarer och praxis, 2021
- Socialstyrelsen: LVU – Handbok för socialtjänsten, 2020
- Socialstyrelsen: Meddelandeblad nr 5, 2022
- Socialstyrelsen: Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialstyrelsen: Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete – Handbok vid tillämpningen av
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete, 2019
- Socialstyrelsen: SOSFS 2014:5 föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, 2022
- Socialstyrelsen: Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI), 2022

Internet:

Om samordnad individuell plan (SIP): Mallar Närvårdssamverkan Södra Älvsborg - Public_VardsamverkanVG , 2023-02-07

Medication Care and Support System (MCSS): <https://appva.com/sv/om-tjansten/> 2023-01-30

Borås Stad, intranät för anställda: [Omsorg, hälso- och sjukvård - Borås Stads intranät \(boras.se\)](https://boras.se), 2023-01-25

Borås Stad, Canea One:

ALF/IFO/SOF/VÄF HB 5626, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2021

ALF/IFO/SOF/VÄF BIL 6073, Bilaga 1 – Medicinsk ledning för hälso- och sjukvårdsarbetet, 2021

ALF/IFO/SOF/VÄF BIL 6074, Bilaga 2 – Uppdragsbeskrivning socialt ansvarig samordnare (SAS), 2021

ALF/IFO/SOF/VÄF HB 6935, Att leda, styra och utveckla processer inom sociala klustret, 2021

PRK-3158-v.4.0 ALF-FE Nyansökan ekonomiskt bistånd, 2020-01-20

PRK-3173-v.4.0 ALF-FE Återansökan ekonomiskt bistånd, 2022-11-17

PRK-3174-v.4.0 ALF-FE Överklagande av biståndsbeslut, 2019-01-24

PRK-3491-v.3.0 ALF-FE Individuell planering för självförsörjning, 2018-10-19

PRK-3636-v.5.0 ALF-FE Arbete med personer som har SGI0, 2021-02-15

PRK-4502-v.2.0 ALF-FE Dödsboanmälan, 2021-03-18

PRK-8094-v.1.0 ALF-RVE Överklagande av biståndsbeslut, 2022-10-27

PRK-8063-v.1.0 ALF-RVE-MIKA-Processkarta Människohandel, 2022-10-27

PRK-8059-v.1.0 ALF-RVE-MIKA ärendegång, 2022-10-27

PRK-8078-v.1.0 ALF-RVE-MVP-Processkarta ärendegång, 2022-10-27

PRK-2638-v.6.0 ALF-PO Processkarta, 2021-11-08

PRK-4933 ALF/IFO/SOF/VÄF Avvikelse att rapportera, utreda och följa upp avvikelse HSL/LSS/SoL, lex Sarah och lex Maria

PRK-4209 ALF/IFO/SOF/VÄF Organisatoriska avvikelser

PRK-4904 ALF/IFO/SOF/VÄF Lex Sarah att utreda missförhållande

PRK-4906 ALF/IFO/SOF/VÄF Avvikelse att utreda vårdskada/lex Maria

PRK-1057 IFO Att tillhandahålla omsorg och stöd inom individ- och familjeomsorgen, 2020-04-23

PRK-1125 IFO Att tillhandahålla Främjande och förebyggande åtgärder från Individ- och familjeomsorgen, 2020-04-21

PRK-4942 IFO-FR Vårdnad, boende och umgänge, 2020-04-29

PRK-5450 IFO FR Att upprätta avtal om vårdnad, boende och/eller umgänge, 2020-04-27

PRK-5451 IFO FR Att handlägga umgänge med närstående, 2020-04-27

PRK-4944 IFO-FR Att hantera faderskaps-/föräldraskapsärenden, 2021-04-19

PRK-5443 IFO FR Att handlägga adoption, 2020-07-27

PRK-5546 IFO FR Handlägga adoption av utländskt barn, 2020-04-27

PRK-5448 IFO FR Att hantera namnärenden, 2020-03-30

PRK-5493 IFO FR Att upprätta yttrande och verkställa umgängesstöd, 2020-07-27

PRK-5494 IFO FR Att genomföra förordnat samarbetsamtal, 2020-07-27

PRK-4736 IFO Vux Boende Att genomföra omsorg och stöd, 2020-04-30

PRK-4777 IFO Öppenvård Att genomföra omsorg och stöd, 2020-03-24

PRK-1346-v.4.0 IFO Att överklaga beslut, 2021-03-22

PRK-1126 IFO FH Att rekrytera och utreda familjehem, 2020-05-08

PRK-3348-v.7.0 IFO FH Att rekrytera och utreda kontaktfamilj/kontaktperson, 2022-06-23

PRK-5196 IFO-FR Att genomföra samarbetsamtal, 2020-07-27

PRK-5493 IFO FR Att upprätta yttrande och verkställa umgängesstöd, 2020-07-27

PRK-5494 IFO FR Att genomföra förordnat samarbetsamtal, 2020-07-27

PRK-5497 IFO FR Att utreda vårdnad, boende och umgänge, 2020-07-27

PRK-5440 IFO FR Att utreda medgivande för adoption, 2020-07-27

PRK-5444 IFO FR Att pröva medgivande om adoption av utländskt barn, 2020-07-27

PRK-5445 IFO FR Följa upp adoption av utländskt barn, 2020-07-27

PRK-4669 IFO/SOF/VÄF HSV Delegering arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården, 2023-01-09

PRK-4226 IFO/SOF/VÄF HSV KAF Att tillhandahålla KAF förråd (kommunalt akutläke-medelsförråd), 2022-11-01

PRK-5969 IFO/SOF/VÄF HSV Att tillhandahålla hälso- och sjukvård, huvudkartan, 2023-01-12

- PRK-5705 IFO/SOF/VÄF HSV Läkemedel Läkemedelshantering, 2022-11-30
- PRK-4136 IFO/SOF/VÄF Riskförebyggande vårdåtgärder, 2022-11-22
- PRK-3898 IFO/SOF/VÄF Palliativ vård Att säkerställa en god palliativ vård i livets slut, 2022-09-06
- PRK-7234 IFO/SOF/VÄF HSV Bedömningsinstrument, 2023-01-09
- PRK-8119-v.3.0 IFO/SOF/VÄF HSV Informationsmaterial till patient, 2022-11-02
- IFO/SOF/VÄF HSV Dokumentation inom kommunal hälso- och sjukvård, 2023-01-03
- PRK-4441 IFO/SOF/VÄF HSV Delegering arbetsuppgifter från sjuksköterska, 2022-11-09
- PRK-7460 IFO/SOF/VÄF HSV Delegering arbetsuppgifter från AT/FT, 2022-11-29
- PRK-7787 IFO/SOF/VÄF Handha digital signeringslista- MCSS, 2022-07-01
- PRK-4227 IFO/SOF/VÄF HSV KAF Att inrätta nytt KAF förråd (kommunalt akutläkemedelsförråd), 2022-09-28
- PRK-4229 IFO/SOF/VÄF HSV KAF Att hantera läkemedel i KAF förråd (kommunalt akutläkemedelsförråd), 2022-09-28
- PRK-4230 IFO/SOF/VÄF HSV KAF Att avveckla KAF förråd (kommunalt akutläkemedelsförråd), 2022-09-28
- PRK-6313 IFO/SOF/VÄF HSV Ta emot vårdbegäran från annan vårdgivare, 2023-01-03
- PRK-4992 IFO/SOF/VÄF HSV Planering mellan kommunal hälso- och sjukvård, slutenvården och regional öppenvård, gäller patienter som redan är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården, 2023-01-12
- PRK-6321 IFO/SOF/VÄF HSV AT/FT Kartlägga och bedöma aktivitet och funktion, 2022-10-24
- PRK-6322 IFO/SOF/VÄF HSV- AT/FT Sätta upp mål och identifiera behov av rehabiliterande insatser, 2022-05-13
- PRK-7003 IFO/SOF/VÄF HSV AT/FT Genomföra rehabiliterande insatser, 2022-02-15
- PRK-7315 IFO/SOF/VÄF HSV AT/FT Följa upp utifrån uppsatta mål, 2022-02-15
- PRK-7747 IFO/SOF/VÄF HSV Dödsfall, 2022-09-06
- PRK-5706 IFO/SOF/VÄF HSV Läkemedel Ordination av läkemedel, 2022-09-28
- PRK-5707 IFO/SOF/VÄF HSV Läkemedel Leverans/förvaring av läkemedel, 2022-09-28
- PRK-5708 IFO/SOF/VÄF HSV Läkemedel Iordningsställande, 2022-09-28

- PRK-5714 IFO/SOF/VÄF HSV Läkemedel Administrera och överlämna, 2022-11-11
- PRK-5715 IFO/SOF/VÄF HSV Läkemedel Uppföljning, 2022-09-28
- PRK-3899 IFO/SOF/VÄF Palliativ vård Omvårdnadsåtgärder, 2022-01-07
- PRK-3159-v.11.0 SOF Myndighetsutövning personlig assistans, 2022-09-29
- PRK-3417-v.7.0 SOF Myndighetsutövning daglig verksamhet, 2022-12-12
- PRK-3418-v.7.0 SOF Myndighetsutövning avlösarservice, 2022-12-12
- PRK-3499-v.4.0 SOF Myndighetsutövning ledsagarservice, 2022-12-12
- PRK-3500-v.5.0 SOF Myndighetsutövning kontaktperson, 2022-12-12
- PRK-3501-v.4.0 SOF Myndighetsutövning korttidsvistelse utanför hemmet, 2022-12-12
- PRK-3502-v.5.0 SOF Myndighetsutövning korttidsstillsyn för skolungdomar över 12 år, 2022-12-12
- PRK-3503-v.5.0 SOF Myndighetsutövning boende med särskild service för barn eller ungdom, 2022-12-12
- PRK-3504-v.5.0 SOF Myndighetsutövning bostad med särskild service för vuxna, 2022-12-12
- PRK-1574-v.30.0 SOF Handläggning av ärenden och genomförande av insatser, 2020-10-23
- PRK-5954-v.4.0 SOF Verks Personlig assistans nytt ärende till avslut, 2022-12-27
- PRK-1763 SOF verkställighet ledsagar- och avlösarservice, 2020-07-03
- PRK-1758-v.7.0 SOF Verk kontaktperson, 2020-07-03
- PRK-1676-v.6.0 SOF verkställighet stödfamilj
- PRK-1677-v.8.0 SOF verkställighet LSS korttid, 2020-07-03
- PRK-1664-v.8.0 SOF verkställighet gruppboendestäder, 2020-07-03
- PRK-8144 SOF-Verks gruppboendestad nytt ärende till avslut, 2022-12-01
- PRK-2898-v.8.0 SOF verkställighet serviceboendestäder, 2022-08-15
- PRK-3220-v.4.0 SOF verkställighet daglig verksamhet, 2020-07-03
- PRK-1764-v.6.0 SOF delprocess verkställighet ledsagar- och avlösarservice ta emot och planera uppdraget, 2020-07-03
- PRK-1765-v.6.0 SOF delprocess verkställighet ledsagar- och avlösarservice planera genomförande av insats/aktivitet, 2020-07-03
- PRK-1759-v.10.0 SOF delprocess verkställighet kontaktperson ta emot och planera uppdraget, 2020-07-03

PRK-1760-v.7.0 SOF delprocess verkställighet kontaktperson planera genomförande av insats/aktiviteter, 2020-07-03

PRK-2915-v.1.0 SOF Delprocess verkställighet korttid och läger ta emot och planera uppdraget, 2017-10-10

PRK-1754-v.8.0 SOF delprocess verkställighet stödfamilj planera genomförande av insats/aktiviteter, 2018-02-14 PRK-1755-v.6.0 SOF delprocess verkställighet stödfamilj följa upp, 2018-02-14

PRK-1766-v.4.0 SOF delprocess verkställighet stödfamilj genomföra insats/aktivitet, 2018-02-14

PRK-1752-v.9.0 SOF delprocess verkställighet stödfamilj ta emot och planera uppdraget, 2018-11-14

PRK-3795-v.18.0 SOF Delprocess gruppboendestöd verkställighet ta emot och planera uppdraget, 2021-11-31

PRK-4887-v.2.0 SOF Nattorganisation gruppboendestöd, 2019-09-04

PRK-5068-v.3.0 SOF Behov av/neddragning av vaken natt gruppboendestöd, 2019-10-14

PRK-2905-v.9.0 SOF Delprocess verkställighet serviceboendestäder ta emot och planera uppdraget, 2022-08-15

PRK-3866-v.11.0 SOF Delprocess verkställighet daglig verksamhet ta emot och planera uppdraget, 2022-01-19

PRK-5229-v.3.0 SOF Översikt bild-Korttid, 2020-01-15

PRK-7773-v.5.0 SOF-Verkst vid öppnande av ny verksamhet- flytt mellan enheter eller verksamhetsövergång, 2022-11-26

PRK-5226-v.3.0 SOF Översikt bild-Serviceboendestäder, 2022-02-09

PRK-5978-v.10.0 SOF-Verkställighet-Personlig assistans-startsida, 2022-09-21

PRK-4138-v.6.0 SOF Processkarta Boendestöd, 2019-02-05

PRK-3223-v.3.0 SOF verkställighet boendestöd, 2020-07-03

PRK-1678-v.7.0 SOF verkställighet bostad med särskild service, 2020-07-03

PRK-3908-v.10.0 SOF-Verkst Biståndsbedömd sysselsättning SoL Jobbresurs, 2022-01-19

PRK-1758-v.7.0 SOF Verk kontaktperson, 2020-07-03

Ibid. PRK-5222-v.2.0 SOF-Verks Bostad med särskild service Socialpsykiatri delprocess ta emot och planera genomförandet, 2021-11-01

Ibid. PRK-5228-v.4.0 SOF Översikt bild-Boendestöd, 2021-03-12

PRK-7773-v.5.0 SOF-Verkst vid öppnande av ny verksamhet- flytt mellan enheter eller verksamhetsövergång, 2022-11-26

PRK-1468-v.13.0 SOF-GFP Upprätta genomförandeplan, 2018-02-18

PRK-1469-v.9.0 SOF-GFP Följa upp genomförandeplan, 2018-02-14

PRK-3179-v.6.0 SOF-GFP Bildstöd och kartläggning, 2021-03-03

PRK-4895-v.3.0 SOF KU Att ta emot och genomföra uppdrag, 2019-10-24

PRK-7395-v.4.0 SOF-Verkst Rekryteringsprocess sommar, 2022-02-04

PRK-5503-v.33.0 SOF/VÄF Startside Hälsa- och sjukvård, 2023-01-13

PRK-4941-v.3.0 GRF/IFO Samverkan ansökan/anmälan, 2021-10-08

RUT-7495-v.1.0 GRF SAMS - Samverkan Socialtjänst skola - Obruten skolgång för placerade barn och unga, 2022-01-18



BORÅS
STAD

STADSREVISIONEN

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