

Datum  
2023-05-16Instans  
**Individ- och familjeomsorgsnämnden**

Individ- och familjeomsorgsnämndens ledamöter och ersättare kallas härmed till sammanträde i Österlånggatan 64, **tisdagen den 23 maj 2023 kl. 14:00**

Individ- och familjeomsorgsnämndens sammanträde är öppet för allmänheten (utom vid ärenden som avser myndighetsutövning eller sekretess)

Maria Hyllstam

Individ- och familjeomsorgsnämndens  
Ordförande

Hans Abrahamson

Förvaltningschef

Förhinder anmäls alltid till Caroline Andersson, 033 358260 eller via e-post: [caroline.andersson@boras.se](mailto:caroline.andersson@boras.se)

## Ärende

1. Upprop och val av protokollsjusterare med ersättare  
Dnr 849
2. Fastställande av föredragningslista  
Dnr 851
3. Vårdnadsöverflytt, sekretess  
Dnr 2023-00100 3.7.3.1
4. Umgängesbegränsning, sekretess  
Dnr 2023-00099 3.7.7.1
5. Information från förvaltningen  
Dnr 850
6. Nämndbesök av Första och Andra Revisorsgrupperna  
Dnr 5594
7. Budgetuppföljning efter april 2023 Tertiäl 1  
Dnr 2023-00098 1.2.4.1
8. Attest - och utanordningsrätt  
Dnr 2023-00084 1.1.3.0
9. Delegationsbeslut 23-05-23, sekretess  
Dnr 2023-00096 3.7.2.0
10. Anmälningssärenden 23-05-23  
Dnr 2023-00091 1.1.3.0
11. Uppdrag till Individ- och familjeomsorgsförvaltningen att förbereda fokusområden i Borås stads nya styr- och ledningssystem  
Dnr 2023-00038 1.2.3.0
12. Revisionsrapport - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i Arbetslivsnämnden, Individ- och familjeomsorgsnämnden och Sociala omsorgsnämnden  
Dnr 2023-00048 1.2.4.0
13. Revisionsrapport - Delegationsbeslut i Borås Stad  
Dnr 2023-00051 1.2.3.0
14. Förändring av Lars Kaggs gatans stödboende  
Dnr 2023-00075 1.2.3.0
15. Remiss: Program mot hedersrelaterat våld  
Dnr 2023-00086 1.2.3.25
16. Rapport Hjärtstartare  
Dnr 2023-00087 1.2.3.0
17. Kommunfullmäktiges uppdrag som inte ingår i budget, april 2023, nämndens rapport  
Dnr 2023-00101 1.2.3.25

18. Rapport ej verkställda gynnade beslut - kvartal 1  
Dnr 2023-00090 1.1.3.0
19. Övrigt  
Dnr 2435

## **Tertial 1 2023**

Individ- och familjeomsorgsnämnden

# Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Grunduppdraget</b> .....	<b>3</b>
2.1 Så här genomför/genomförde Nämnden sitt grunduppdrag. ....	3
2.2 Nämndens indikatorer och uppdrag kopplade till grunduppdraget .....	4
2.3 Verksamhetsmått .....	5
2.4 Jämställdhetsperspektivet .....	5
<b>3 Uppdrag som rapporteras till Kommunfullmäktige och Nämnd</b> .....	<b>6</b>
3.1 Kommunfullmäktige .....	6
<b>4 Intern kontroll</b> .....	<b>6</b>
4.1 Kontrollmoment som följs upp varje månad, kvartal eller tertial.....	6
4.2 Åtgärder för att minimera risker med hög riskbedömning .....	6
<b>5 Samarbetsuppdrag</b> .....	<b>7</b>
<b>6 Resurser</b> .....	<b>8</b>
6.1 Nämndens verksamhet 1.....	8
<b>7 Arbetsgivarpolitik</b> .....	<b>15</b>

# 1 Inledning

## Nämndens uppgift 2023

Individ- och familjeomsorgsnämnden fullgör kommunens uppgifter inom individ och familjeomsorgens delområde barn och familj, vuxna samt för ensamkommande barn. Nämnden har ett kommunövergripande samordningsansvar vad avser boendesituationen för människor som är socialt utsatta eller långt ifrån den ordinarie bostadsmarknaden.

## Verksamhet och ekonomi januari-april 2023

Svårigheterna att rekrytera socionomer till myndighet barn och unga har lett till att nämnden har behövt anlita konsulter för att fullgöra arbetsuppgifter och hålla rättssäkerheten. Det är en kostsam lösning som påverkar nämndens ekonomi negativt. Som åtgärd har nämnden utvecklat en kompetensförsörjningsplan och en handlingsplan med olika aktiviteter för att rekrytera och behålla kvalificerade medarbetare. Verksamheterna tappar inte längre medarbetare i samma omfattning men har fortsatt svårt att rekrytera medarbetare i den takt som behövs.

Ökningen av extern köpt vård påverkar nämndens ekonomi. Det beror på ökade behov samt svårighet att rekrytera tillräckligt med egna familjehem och andra medarbetare för att utföra uppgifter internt. Verksamheten kommer genomlysas ökningen och se på möjlighet till minskad kostnad med fortsatt god kvalitet.

Nämnden fortsätter arbetet med kompetensförsörjningsplan och handlingsplan för att kunna rekrytera och behålla medarbetare. Det är även viktigt att undersöka anledningarna till ökningen av externa köpta vårdinsatser och hitta sätt att minska kostnaderna.

## 2 Grunduppdraget

### 2.1 Så här genomför/genomförde Nämnden sitt grunduppdrag.

Individ- och familjeomsorgsnämnden arbetar med en inriktning mot insatser i den egna hemmamiljön och det egna nätverket. Utifrån ett systemteoretiskt perspektiv är strävan att arbeta tillsammans med brukare, familjer och nätverk för att få till stånd förändring och för att kunna ge stöd. Vård i den egna hemmamiljön och nätverket med olika öppenvårdsinsatser prövas i första hand om detta är möjligt. För att uppnå denna inriktning ser nämnden kontinuerligt över insatserna, utvecklar och förändrar. Nya insatser är bl.a. det Mobila Ungdomsteamet riktat mot unga 13-20 år och det Integrerade teamet som startas i samverkan med Grundskolenämnden, Fritids- och folkhälsonämnden och Polismyndigheten. Utbildningssatsningen som pågått i flera år med att utbilda all personal i systemteoretiskt arbete är även en viktig del för att uppnå inriktningen.

Behovet av familjehemsvård har ökat under de senaste åren samtidigt som det varit svårare att rekrytera familjehem. Nämnden strävar därför att ytterligare involvera barns nätverk för att möjliggöra placeringar i den enskildes nätverk. Arbetsmetoder för detta arbete håller på att implementeras. Rekrytera, behålla och stödja egna familjehem är väsentligt för att skapa en bra familjehemsvård inom de givna ekonomiska ramarna. Fler egna familjehem tillkommer men behovet är stort. Detta arbete ses även över fortlöpande för att finna nya vägar att uppnå dessa resultat. Stödet till familjehemmen är här viktigt och nämnden har bl.a. en jourtelefon för att ge familjehemmen möjlighet att få stöd utanför kontorstid. Utifrån fortlöpande översyn så är en strategi på väg att tas fram för familjehemsvården.

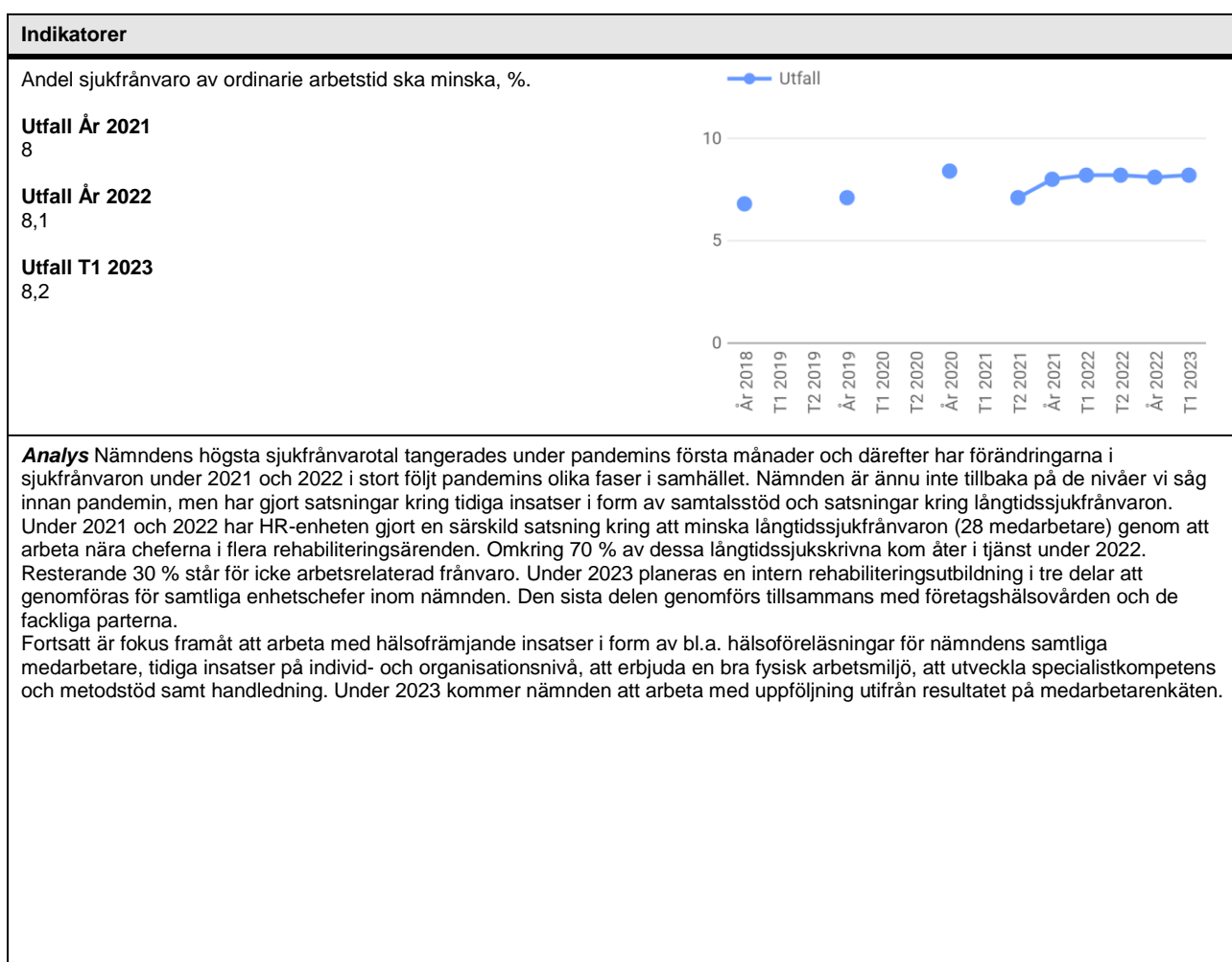
En ny form av insats, extravuxen som ger barn och unga ökade möjligheter att ha inflytande över insatsen och som ligger i mellanrummet mellan öppenvård och familjehemspacering används även.

Behoven för de med missbruk har under senare år förändrats mot mer blandmissbruk och även betydligt mer psykisk ohälsa. Nämnden arbetar med att utveckla samarbetet med Vuxenpsykiatri,

Primärvård och övrig sjukvård. Nämnden har olika boendeformer för skilda behov och kategorier som även dessa kontinuerligt behöver utvecklas. Mötesplatsen Träffen kommer att utöka sina öppettider för att förbättra kvalitén för de i utanförskap och hemlöshet. En viss form av uppsökande verksamhet riktat mot de som är i hemlöshet ingår i denna satsning.

En planering för att samla resurser, enheter och verksamheter som riktar sig mot de i åldern 13-23 år med en normbrytande och/eller missbruksproblematik pågår. Detta syftar till att bättre och effektivare uppfylla grunduppdraget riktat mot dessa målgrupper. På samma sätt finns en planering att stärka enheter som arbetar med målgruppen 0-12 år samt de med annan problematik i åldersgruppen 13-17 år samt nämndens Familjehemsverksamhet. Dessa förändringar beräknas ske under 2023.

## 2.2 Nämndens indikatorer och uppdrag kopplade till grunduppdraget



## 2.3 Verksamhetsmätt

### 2.3.1 Individ- och familjeomsorg.

#### 2.3.1.1 Barn och ungdom 0-20 år

##### *Mått som följs upp av Kommunfullmäktige*

Verksamhetsmätt	Utfall Apr 2022	Utfall 2022	Budget 2023	Utfall Apr 2023
Antal barn och unga med heldygnsinsatser	199	248	230	217
Antal barn och unga med öppenvårdsinsatser	221	520	550	217
Antal ensamkommande barn med heldygnsinsatser	6	14	8	6

#### 2.3.1.2 Vuxen

##### *Mått som följs upp av Kommunfullmäktige*

Verksamhetsmätt	Utfall Apr 2022	Utfall 2022	Budget 2023	Utfall Apr 2023
Antal vuxna personer över 20 år med heldygnsinsatser	62	130	105	66
Antal vuxna personer över 20 år med öppenvårdsinsatser	105	207	200	104

## 2.4 Jämställdhetsperspektivet

### Jämställdhetsperspektivet

Jämställdhetsperspektivet är en viktig aspekt inom socialtjänsten, då det handlar om att främja jämställdhet mellan kvinnor och män och att motverka diskriminering på grund av kön eller könsidentitet. Enligt socialtjänstlagen ska socialtjänsten bidra till att kvinnor och män får samma möjligheter och att de skyddas mot våld och andra kränkningar.

Ett jämställdhetsperspektiv i socialtjänsten innebär bland annat att genomföra en genus- och jämställdhetsanalys av verksamheten för att identifiera eventuella brister och ojämlikheter och arbeta för att åtgärda dem. Nämnden följer regelbundet och rutinmässigt könsuppdelad statistik inom olika områden, däribland aktualiseringar, utredningstider och insatser för att möjliggöra fördjupade analyser av eventuella skillnader. Inom missbruk och beroendevården genomför verksamheten systematisk uppföljning med ett könsperspektiv och använder resultaten från den systematiska uppföljningen med ett könsperspektiv till verksamhetsutveckling.

Individ- och familjeomsorgsnämnden har sedan tidigare satt upp tre mål för arbetet med jämställdhetsintegrering i förvaltningen för att öka medvetenheten om jämställdhet och normkritik.

- Att öka kunskapsnivån kring normkritik beträffande genus
- Att säkra ett likvärdigt och gott bemötande samt delaktighet och medskapande där detta är möjligt, oavsett kön
- Att identifiera eventuella könsskillnader i verksamheter utifrån likvärdig service och likvärdig myndighetsutövning samt insatsers omfattning och utformning.



Några nya aktiviteter kopplat till målen har inte skett under det senaste året.

Relationsvårdsenheten, Mikamottagningen och Hederssamordningen tillhör IFO sedan årsskiftet 2022/2023. Samtidigt som övergången tillkom en verksamhetsutvecklare på Kvalitets- och utvecklingsenheten som arbetar aktivt med att sprida kunskap internt och externt i staden om Våld i nära relationer och om Hedersvåld. En handbok för medarbetare i Borås stad mot hedersrelaterat våld och förtryck – Våga fråga har tagits fram utifrån ett KF beslut. Målgruppen är medarbetare inom socialtjänst, skola och fritid- och folkhälsa. Handboken har tagit sin form utifrån verksamheternas behov med hjälp av en referensgrupp bestående av yrkesverksamma. Den baserar sig på gällande lagstiftning och forskning inom området och har varit giltig 2021-2022. Den kommer att revideras under 2023. Handboken kompletterades i december 2022 med ett politiskt program mot hedersvåld som fastslog rättighetsperspektivet.

Individ och familjeomsorgen samverkar med andra kommuner i Sjuhärad och regionen bl. a runt frågan att anpassa samarbetet med kvinnojourer utifrån kommande förändringar i lagstiftningen för att säkerställa att verksamheten är anpassad efter olika behov och perspektiv.

Sammanfattningsvis handlar jämställdhetsperspektivet inom socialtjänsten om att främja jämställdhet och motverka diskriminering, samt att se till att verksamheten är anpassad efter individuella behov och perspektiv. Det är ett viktigt arbete för att skapa en rättvis och inkluderande socialtjänst.

### 3 Uppdrag som rapporteras till Kommunfullmäktige och Nämnd

#### 3.1 Kommunfullmäktige

Uppdrag	Status T1 2023	Kommentar
Borås Stad ska fortsätta stötta Borås kvinno- och tjejjour, och tillsammans med juren undersöka intresse och möjlighet att inrätta ett föreningsdrivet kvinnohus i kampen mot våld i nära relationer.	◆ Delvis genomfört	Ett arbete för att se över möjligheten för att utveckla stödet till att bli ett föreningsdrivet kvinnohus har påbörjats . Intresse och förutsättningarna för Borås kvinno- och tjejjour för denna utveckling ska även göras i detta arbete. Planering är att uppdraget avrapporteras under hösten 2023.

### 4 Intern kontroll

#### 4.1 Kontrollmoment som följs upp varje månad, kvartal eller tertial

#### 4.2 Åtgärder för att minimera risker med hög riskbedömning

Arbetet med nämndens interna kontroll startar med att en riskanalys görs. Riskanalysen ska ge en kartläggning av nämndens största riskområden. Risker som bedöms inträffa med stor sannolikhet och samtidigt får allvarliga konsekvenser ska åtgärdas direkt.

Om nämnden i arbetet med riskanalysen har identifierat risker med en riskbedömning på 16, redovisas dessa risker tillsammans med åtgärder.

## 5 Samarbetsuppdrag

### Boendeprocessen

I Individ- och familjeomsorgsnämnden har ett samordningsuppdrag gällande ansvarsfördelning och arbetssätt kring boendeprocessen.

Individ- och familjeomsorgsnämnden blev genom reglementsändring ansvarig för att pröva rätten till boendesocial insats med andrahandskontrakt samt genomföra stödet till dessa personer.

Arbetslivsnämnden har ett ansvar för anskaffning av bostäder. Klustergemensamma samverkansrutiner har tagits fram som följs upp kontinuerligt.

Nämnden har sedan det nya reglementet började tillämpas fullt ut märkt en betydande ökning av personer som vänder sig till nämnden utifrån boendebehov. Antalet verkställda beslut har ökat under 2022 men det kan märkas en mer stabil nivå under de fyra första månaderna 2023. Nämnden följer och analyserar noga inflödet av frågor och ansökningar gällande bostad.

Nämnden deltar även inom Socialt hållbart Borås, målområdet Boende och närmiljö. Inom detta område är även effektmålet att "ingen ska vara hemlös i Borås" antaget.

Nämnden har tagit fram ett förslag till revidering av Programmet mot hemlöshet och har kopplat detta till Socialt Hållbart Borås. En arbetsgrupp med representanter från flera förvaltningar arbetar även med att ta fram nya aktiviteter för att minska hemlösheten som ska fogas in i en handlingsplan kopplat till det nya programmet när detta är antaget.

### Samarbetsuppdraget kring barn och unga i riskzon

Överenskommelsen mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om Samverkan för barns och ungas hälsa ligger till grund för samverkan. Verksamheterna har fortsatt fokus på samordnad individuell planering, SIP. Individ- och familjeomsorgen har en viktig del i detta arbete och driver på utvecklingen och sprider kunskap om överenskommelsen och arbetet kring SIP. För gemensam dokumentation vid en SIP har nu verksamheten för barn och unga anslutit sig till SAMSA. SAMSA är det gemensamma system som används för SIP.

Individ- och familjeomsorgsnämnden och Grundskolenämnden har haft presidiummöte och fört dialog för att hitta sätt att öka samverkan. Det är beslutat att ha återkommande presidiummöten cirka två gånger per år för fortsatt ökad samverkan mellan förvaltningarna. Ledningsfunktioner inom Individ- och familjeomsorgsförvaltningen och Grundskoleförvaltningen har sedan några år intensifierat arbetet för att stärka samverkan. Arbetet handlar om att öka förståelse för varandras uppdrag, förutsättningar och begränsningar genom dialog och erfarenhetsutbyte för att hitta nya sätt att samverka kring barn och unga. Arbetet har bland annat resulterat i en gemensam utbildningssatsning för kunskapsutbyte i syfte att öka kompetensen och förståelsen för varandras uppdrag. Målsättningen med arbetet kring förbättrad samverkan är att barn och unga ska få ett tidigt och samlat stöd.

Inom ramen för Borås stads arbete med "Socialt hållbart Borås" har representanter deltagit i olika arbetsgrupper. Nämnden har inom ramen för detta arbete ett uppdrag att hålla ihop en ny integrerad verksamhet som riktar sig till unga i åldern 13-16 som riskerar att hamna i normbrytande beteende och kriminalitet. I verksamheten ingår utöver Individ- och familjeomsorgsnämnden även Grundskolenämnden, Fritids- och folkhälsonämnden samt Polismyndigheten i Borås. Nämnden har också startat upp verksamhet med socialrådgivare på mötesplatserna, Norrby och Hässleholmen i samverkan. Finansiering av de kommunala delarna av verksamheterna sker genom statsbidrag riktat till sociala insatser i socialt utsatta områden.

## 6 Resurser

### 6.1 Nämndens verksamhet 1

#### 6.1.1 Resultat

##### 6.1.1.1 Ekonomiskt sammandrag (Tkr)

	Utfall jan-april 2022	Budget 2023	Budget jan-april 2023	Utfall jan-april 2023	Avvikelse jan-april 2023	Prognos-avvikelse
Statsbidrag	4 467	6 400	2 133	5 537	3 404	8 500
Avgifter och övriga intäkter	12 751	30 328	9 497	7 728	-1 769	3 200
<b>Summa intäkter</b>	<b>17 218</b>	<b>36 728</b>	<b>11 630</b>	<b>13 265</b>	<b>1 635</b>	<b>11 700</b>
Personal	-74 648	-260 692	-86 254	-83 073	3 181	-5 902
Lokaler	-7 219	-23 359	-7 786	-7 520	266	0
Material och tjänster	-42 073	-168 191	-56 057	-57 529	-1 473	-15 000
Kapitalkostnader	-162	-484	-161	-162	-1	0
<b>Summa kostnader</b>	<b>-124 102</b>	<b>-452 726</b>	<b>-150 259</b>	<b>-148 285</b>	<b>1 974</b>	<b>-20 902</b>
Buffert (endast i budget)	0	-4 202	-1 401	0	1 401	4 202
<b>Nettokostnader</b>	<b>-106 884</b>	<b>-420 200</b>	<b>-140 029</b>	<b>-135 020</b>	<b>5 009</b>	<b>-5 000</b>
Kommunbidrag	113 966	420 200	140 029	140 029	0	0
<b>Resultat jämfört med kommunbidrag</b>	<b>7 082</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5 009</b>	<b>5 009</b>	<b>-5 000</b>
Godkänt ianspråktaget ackumulerat resultat	0	0	0	0	0	0
Godkända "öronmärkta" projekt	0	0	0	0	0	0
<b>Resultat jämfört med tillgängliga medel</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Ackumulerat resultat	0	0	0	0	0	0

##### 6.1.1.2 Resultatanalys

Individ- och familjeomsorgsnämnden har en budgettram på 420 200 tkr.

Individ- och familjeomsorgsnämnden resultat efter april är plus 5 009 tkr.

Nämnden förväntas ha ökade kostnader för externt köpt vård under den senare delen av året vilket medför att nämnden beräknas göra ett underskott med 5 000 tkr för år 2023. Det går att se ett ökat antal ärenden med behov av placering som beräknas genomföras under hösten.

Underskottet kommer bestå av:

- Central administration plus minus 0 tkr
- Politisk verksamhet plus minus 0 tkr
- Allmän IFO-Administration plus minus 0 tkr
- Barn och ungdomsvård minus 6 202 tkr
- Vård av vuxna minus 3 000 tkr
- Buffert plus 4 202 tkr

**Totalsumma minus 5 000 tkr**

Till en del handlar underskottet av köpt familjehemsvård där vi ser såväl volymökning som dygnskostnadsökningar. Nämnden arbetar med att öka andelen egna familjehem och även placeringar i nätverket. Detta är långsiktiga inriktningar som tar lång tid för att ge effekt. Utifrån ett stort antal vakanser inom barn och ung myndighet görs flera satsningar för att kunna rekrytera och behålla medarbetare. En process kring ytterligare insatser har påbörjats. Här ingår en tydlig strategi för familjehemsvård och ökad involvering av nätverkens egna resurser. Även arbetssätt för att följa pågående institutionsplaceringar ses över.

Det är av central betydelse för såväl kvalitet i verksamheten som för budgeten att öka rekrytering och minska personalomsättningen. En plan finns för minskning av antalet konsulter under återstoden av 2023 samtidigt som flera personalrekryteringsinsatser görs.

Nämnden har nya verksamheter som inriktar sig mot förebyggande och tidiga insatser. Även dessa insatser tar lång tid innan de ger effekter på nämndens kostnader.

Nämnden möter betydande ekonomiska utmaningar, särskilt med tanke på de ökande kostnaderna för köpt vård och konsulttjänster. För att hantera denna situation håller nämnden noggrann uppsikt över den ekonomiska utvecklingen för att säkerställa att budgeten inte överskrids.

För att säkerställa en stabil ekonomisk situation övervakar nämnden noga de ekonomiska trenderna. Det innebär att de kontinuerligt utvärderar och analyserar kostnader och intäkter för att ha en klar bild av hur nämndens ekonomi utvecklas. Genom att göra detta kan de identifiera eventuella varningssignaler och vidta åtgärder i tid för att undvika att budgeten överskrids.

## 6.1.2 Verksamhetsanalys

### Verksamheternas nettokostnader

Tkr	Utfall jan-april 2022	Budget 2023	Budget jan-april 2023	Utfall jan-april 2023	Avvikelse jan-april 2023	Prognos-avvikelse
<b>Central administration</b>						
Intäkt	4 124	480	160	531	371	1 498
Kostnad	-5 215	-19 851	-6 567	-7 112	-545	-1 498
Nettokostnad	-1 091	-19 371	-6 407	-6 581	-174	0
<b>Politisk verksamhet</b>						
Intäkt	0	0	0	0	0	0
Kostnad	-575	-2 459	-820	-678	142	0
Nettokostnad	-575	-2 459	-820	-678	142	0
<b>Allmän IFO-verksamhet</b>						
Intäkt	3 205	9 863	3 287	2 609	-678	0
Kostnad	-30 858	-113 336	-37 491	-34 196	3 295	0
Nettokostnad	-27 653	-103 473	-34 204	-31 587	2 617	0
<b>Barn- och ungdomsvård</b>						
Intäkt	4 331	7 849	2 263	3 687	1 424	4 000
Kostnad	-52 869	-184 103	-61 204	-64 561	-3 357	-10 202
Nettokostnad	-48 538	-176 254	-58 941	-60 874	-1 933	-6 202
<b>Vård av vuxna</b>						
Intäkt	2 849	10 575	3 266	2 748	-518	-392
Kostnad	-31 876	-125 016	-41 522	-38 048	3 474	-2 608
Nettokostnad	-29 027	-114 441	-38 256	-35 300	2 956	-3 000

Tkr	Utfall jan-april 2022	Budget 2023	Budget jan-april 2023	Utfall jan-april 2023	Avvikelse jan-april 2023	Prognos-avvikelse
<b>Flyktingverksamhet</b>						
Intäkt	2 709	7 961	2 654	3 690	1 036	6 594
Kostnad	-2 709	-7 961	-2 654	-3 690	-1 036	-6 594
Nettokostnad	0	0	0	0	0	0
<b>Buffert</b>						
Intäkt	0	0	0	0	0	0
Kostnad	0	-4 202	-1 401	0	1 401	4 202
Nettokostnad	0	-4 202	-1 401	0	1 401	4 202
<b>Totalt</b>						
Intäkt	17 218	36 728	11 630	13 265	1 635	11 700
Kostnad	-124 102	-456 928	-151 659	-148 285	3 374	-16 700
Nettokostnad	-106 884	-420 200	-140 029	-135 020	5 009	-5 000

### 6.1.2.1 Central administration

Central administration består av Förvaltningsledning, Kvalitet och utveckling, Ekonomifunktion, HR-funktion samt övrig stödverksamhet. Den centrala administrationen arbetar tillsammans med verksamheten med ständiga förbättringar. Nämnden köper ekonomifunktion av Arbetslivsnämnden.

### 6.1.2.2 Politisk verksamhet

Politisk verksamhet består av kostnader för Individ- och familjeomsorgsnämnden samt 50 % av nämndsekreterare.

### 6.1.2.3 Allmän IFO-verksamhet

#### Allmän IFO verksamhet

Nuvarande plusresultat beror på vakanser inom olika delar av förvaltningen. Konsulter inom myndighetsutövningen för barn och unga kommer att behöva anlitas även under hela 2023. I nuläget anlitas 11 konsulter i denna del av verksamheten samt ytterligare en konsult inom familjehemsverksamhet. En plan finns för att under hösten stegvis minska antalet konsulter.

Inriktningen är att nyrekryteringar ska ske under sommaren/hösten 2023

Allmän IFO verksamhet består av administration, handläggning och utredning av myndighetsutövning för barn och unga, unga vuxna samt vuxna. Myndighetsutövningen barn och unga är uppdelad i fyra områden. Myndighetsutövning vuxna är uppdelad i unga vuxna 18-25 år och vuxna samt en mottagningsenhet för barn och unga, unga vuxna samt vuxna.

Under allmän IFO-administration ingår även socialrådgivare, där nämnden ska medverka i de familjecentraler som finns och de som kommer att etableras i Borås Stad. Verksamheten är en förebyggande insats.

Övrig verksamhet under allmän IFO administration består av:

- Familjerådgivning, där förutom Borås Stad även kommunerna Bollebygd och Ulricehamn ingår.
- Familjerätt, där förutom Borås Stad även kommunerna Bollebygd, Herrljunga och Svenljunga ingår.
- Social Jour där förutom Borås Stad även kommunerna Bollebygd, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn samt Vårgårda ingår. Social jour är organiserad inom enheten

Gemensam mottagning.

Under allmän IFO administration ingår också funktionen krisstöd vid allvarlig händelse.

Myndighetsutövning inom Barn- och unga har en utmanande bemanningssituation med 19 vakanser. Planen är att till slutet av 2023 ha sänkt den nuvarande nivån av konsulter med minst 6 konsulter. Ökad nationell efterfrågan på socionomkonsulter och nya avtal har även lett till att kostnaden för externa handläggningskonsulter beräknas öka under 2023 och ge viss ekonomisk effekt under hösten och bidra till försämring av det ekonomiska resultatet.

HR-enheten har fört dialog med olika medarbetargrupper där personalomsättningen varit som högst för att få inspel kring aktiviteter kopplat till kompetensförsörjningens områden attrahera, rekrytera och behålla. Sedan 2022 genomför HR-enheten nämndens samtliga avgångssamtal för att få en samlad bild av orsakerna till avslut och de saker som upplevts som positiva. Sammanställningen av dessa ligger som underlag för dialog kring lämpliga åtgärder kopplat till attrahera, rekrytera och behålla.

Statistik personalomsättning innevarande och föregående år avser enbart socialsekreterare inom områdena Barn och unga myndighet.

Går till	2023	2022	2021	2020
Annan kommun/landsting/region/stat.verk	3	10	5	6
Inom Borås Stad		3	1	
Inom IFO	2	3	2	2
Annan orsak (ex. pension, utköp)		1	2	
Totalt:	5st	17st	10st	8st

Under början av 2023 genomfördes en marknadsföringskampanj på sociala medier med film där medarbetare från Barn och unga myndighet deltar. Kampanjen fick goda resultat vad gäller antal visningar och spridning, vilket vi tror ska ge effekt ur kompetensförsörjningsperspektiv på sikt. Med start i maj kommer nämndens nästa marknadsföringskampanj kopplat till Ungdomscentrum, där även där medarbetare från enheten deltar i rörligt filmmaterial.

Flera aktiviteter inom områden såsom introduktion, kompetensutveckling och metodstöd finns för att möta behovet av att rekrytera och behålla medarbetare och skapa ett positivt arbetsgivarvarumärke.

#### **6.1.2.4 Barn och ungdomsvård**

##### **Barn och ungdomsvård**

Barn och ungdomsvård 0-20 år består av institutionsvård, familjehemsvård, öppna insatser där Dialogcentrum, boendestöd och kontaktverksamhet ingår. Nämnden är med och finansierar Utväg, Ungdomsmottagning och Spädbarnsverksamhet tillsammans med Västra Götalandsregionen som organiserar verksamheterna.

Nämnden fokuserar på tidiga insatser och att öka den enskildes delaktighet. Nämnden har satsat på att utbilda samtliga medarbetare i systemteori. Utifrån satsningen har det genomförts verksamhetsutveckling där verksamheten arbetar mer nätverks fokuserat. Arbetet har inneburit att det i dag görs fler placeringar i barns eget nätverk.

Öppenvårdsinsatserna inom den sociala barn- och ungdomsvården innebär allt från stöd i ett tidigt skede för att minska risken för framtida psykosociala svårigheter, till omfattande insatser för individer där påtagliga problem redan visat sig.

Verksamheten arbetar med förebyggande åtgärder bland annat genom fältverksamheten och stödcentrum för unga. Fältverksamheten har med stöd av stadsbidrag för utsatta områden kunnat utöka från sex till åtta fältassistenter. Under det senaste året har det varit svårt att rekrytera även fältassistenter

och verksamheten har i dag tre vakanser. Socialrådgivare till mötesplatserna Norrby och Hässleholmen har startat och är också en förebyggande insats. För verksamheten har stadsbidrag erhållits. En serviceinsats, Origo finns sedan fem år och riktar sig till föräldrar med barn. Stödet sker genom en begränsad och kortvarig samtalskontakt. Nämnden har under förra året på detta sätt utökat med tidiga och förebyggande insatser vilket ligger i linje med förarbete kring ny socialtjänstlag.

Verksamheten Barnahus är en myndighetssamverkan ihop med Västra Götalandsregionen, polisen, kommunerna Bollebygd, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn, Vårgårda, Alingsås och Lerum samt Åklagarmyndigheten. Barnahus riktar sig till barn som utsatts eller misstänks utsatts för brott. Verksamheten syftar till ett bättre bemötande och omhändertagande av barnet i utredningssituationen. I verksamheten finns 2,50 samordnare som håller ihop arbetet på Barnahuset.

I januari 2023 överfördes Relationsvårdsenheten från Arbetslivsnämnden till Individ- och familjeomsorgsnämnden. Övergången har gått bra och från den 1 april organiseras denna enhet under samma enhetschef som Barnahus. Samarbetet mellan Relationsvårdsenheten och övriga delar inom förvaltningen har stärkts och förbättrats genom organisationsförändringen. Genom sammanslagning förväntas omhändertagandet av våldsutsatta stärkas ytterligare. Det pågår också ett arbete för ansökan om medel till att etablera ett Resurscentra för hedersrelaterat våld och förtryck i samverkan med övriga sjuhäradskommuner.

Verksamheten barn och unga beräknas göra ett underskott under året med 6 202 tkr.

Underskottet kommer bestå av:

- Köp av externa platser.  
Antalet barn och unga som behöver vård utanför hemmet har ökat under de senaste åren utifrån fler aktualiserade barn med stora behov. I kombination med svårigheten att rekrytera egna familjehem har en ökning av externt köpta familjehemsplaceringar skett. Några externa placeringar kommer avslutas och barnen gå hem till hemmet med öppenvårdsinsatser. Den större delen av dessa placeringar kommer att bestå under första delen av nästa år.

Antal barn med heldygninsatser	2021	2022	2023
Januari	178	186	204
Februari	180	193	200
Mars	171	194	208
April	184	199	217
Medel Januari-April	181	193	207

Antal i Familjehemsvård 0-20 år	2021	2022	2023
Januari	111	122	139
Februari	110	128	134
Mars	111	129	138
April	111	133	138
Medel Januari-April	111	128	137

<b>Antal barn och unga med öppenvårdsinsatser</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Januari	219	224	244
Februari	235	232	243
Mars	209	252	222
April	238	221	217
Medel Januari-April	231	232	232

### **6.1.2.5 Vård av vuxna**

#### **Vård av vuxna**

Vård av vuxna består av institutionsvård, familjehemsvård och interna insatser för vuxna och unga vuxna med beroendeproblematik.

Det finns individuellt behovsprövade öppenvårdsinsatser, serviceinsatser, akuta och långsiktiga boendeformer utifrån missbruk och social problematik, en öppen verksamhet för socialt utsatta och det vråkningsförebyggande arbetet, vars samordningsuppdrag gäller alla i staden med risk att vråkas.

En stor utmaning vi har idag är ökningen av personer med stora komplexa behov det vill säga kraftigt missbruk i kombination med svår psykisk ohälsa, en växande grupp och mycket kostsam och komplicerad. Det har inneburit att flera på vårt interna stödboende har fått återplaceras i externa HVB-lösningar. De har inte kunnat upprätthålla drogfrihet trots omfattande stöd på hemmaplan. Dessa personer är svåra att planera hem i öppnare former. Idag saknas verksamhet/boende för dessa om de är påverkade av någon substans i samband med placeringstillfället. Det pågår ett aktivt arbete för att bättre tillmötesgå behoven genom de verksamheter som vi har inom IFO Vuxen.

En översyn av våra interna boenden/öppenvård har påbörjats för att hitta former för att bättre matcha de behov som finns vilket också för ett bättre och hållbart resultat kräver samverkan och samfinansiering med andra förvaltningar (SOF) samt hälso- och sjukvården då vi ser en ökning utifrån en samsjuklighetsproblematik. Antalet klienter som omhändertas enligt LVM ökar inte i någon större utsträckning men vårdtyngden är svårare och kräver längre vårdtid.

Hemlöshet är ett allt mer centralt problem för socialtjänsten och nämndens samordningsansvar för socialt utsatta grupper med behov av insatser från socialtjänsten är förtydligat i nämndens boendeuppdrag. Arbetet är en viktig del i Program mot hemlöshet, där målet är kvarboende och att beviljade andrahandskontrakt övergår i egna hyreskontrakt.

Verksamhetsområdet IFO Vuxen ansvarar för att utreda och bedöma biståndsbehov gällande andrahandskontrakt och sociala kontrakt med ett boendesocialt stöd. Dessa brukare får sitt stöd av den Boendesociala enheten. Det har medfört ett ökat tryck på mottagningsgruppen även under första tertialen 2023. Vi behöver följa utvecklingen för att fullt ut se konsekvenserna av det ökade inflödet av nya ärenden både utifrån budget samt personalens arbetsmiljö. Ett större antal beviljade beslut av sociala kontrakt under en kortare period riskerar också att vi inte kan verkställa besluten inom den lagstadgade tiden. Två socialsekreterare inom myndighet har fokus på detta område för att utveckla arbetet och få en högre genomströmning i handläggningen vilket kommer utökas med en boendecoach som ska vara kopplad till myndighetsutövningen för att än bättre nå måluppfyllelse med att individer erhåller ett förstahandskontrakt.



Individ- och familjeomsorgsnämnden har en verksamhet på Badhusgatan på entreprenad. Verksamheten är ett stödboende för personer med missbruksproblem i kombination med psykisk ohälsa och som behöver en långsiktig boendelösning.

IFO vuxen har två öppenvårdsmottagningar, Yxhammarmottagningen och Mini Maria. Verksamheterna arbetar med målgruppen 13 år och uppåt som har ett riskbruk, missbruk eller ett beroende. En del i Yxhammarmottagningens arbete är den strukturerade öppenvårdsmodellen "Smedjan". Inom insatserna finns även mobila team. Verksamheten Mini Maria bedrivs i samverkan mellan ett antal av kommunerna i Sjuhärad samt Västra Götalandsregionen.

Det pågår en uppbyggnad av ett Ungdomscentrum för att sätta ytterligare fokus på det viktiga arbetet med unga i en kriminalitet -och missbruksproblematik, ett arbete som idag är en stor individ- och samhällsutmaning och där tät samverkan med polis, fritid och skola bli viktig.

IFO-vuxen beräknas göra ett underskott under året med 3 000 tkr.

Underskottet beräknas främst bestå av insatser av externa specialboenden.

<b>Antal Vuxna personer över 20 år med heldygnsinsatser</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Januari	58	56	63
Februari	57	58	56
Mars	54	62	63
April	67	62	66
Medel Januari-April	59	60	62

<b>Antal Vuxna personer över 20 år med öppenvårdsinsatser</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Januari	86	100	105
Februari	90	108	105
Mars	101	112	100
April	91	105	104
Medel Januari-April	87	106	104

### 6.1.2.6 Flyktingverksamhet

#### Flyktingverksamhet

Flyktingverksamhet består av verksamhet för ensamkommande barn och barn i behov av stöd till asylsökande familjer. Verksamheten finansieras av Migrationsverket.

Antal ensamkommande barn med heldygnsinsatser	2021	2022	2023
Januari	2	6	6
Februari	3	6	5
Mars	3	6	5
April	3	6	6
Medel Januari-April	3	6	6

### 6.1.2.7 Övrig verksamhet

Individ- och familjeomsorgsnämnden bedriver ingen övrig verksamhet.

### 6.1.2.8 Buffert

En buffert på 4 202 tkr är avsatt och täcker en del underskotten i verksamheten.

## 7 Arbetsgivarpolitik

### Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjningen är en angelägen fråga och förutsättningarna varierar inom förvaltningens olika områden. Forskning visar att det finns ett antal gemensamma faktorer hos friska organisationer, bland annat ett närvarande ledarskap, delaktighet och påverkansmöjligheter för all personal, systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) i vardagen, bra introduktioner och kompetensutveckling genom hela arbetslivet.

För att möta framtida behov av kompetensförsörjning har nämnden tagit fram en strategisk kompetensförsörjningsplan som grund att arbeta utifrån. En strategisk kompetensförsörjningsplan ska på ett strukturerat sätt bidra till att säkra att antalet medarbetare med rätt kompetens ska finnas på rätt plats och i rätt tid. Det innebär att nämnden på kort, medellång och lång sikt behöver ta tillvara, utveckla och styra medarbetarnas och organisationens kompetens för att uppnå verksamhetsmålen. Det är avgörande att nämnden klarar denna omställning för att kunna verkställa grunduppdraget samt vara en framgångsrik och attraktiv arbetsgivare med engagerade medarbetare som kan tillgodose brukarnas behov. Nämndens kompetensförsörjningsplan fokuserar både på välkända friskfaktorer och på områden som identifierats specifikt på Individ- och familjeomsorgsförvaltningen för att kunna rekrytera och behålla personal.

Förvaltningens största yrkesgrupp är socialsekreterare. Det har blivit allt svårare att rekrytera socionomer till förvaltningen samtidigt som personalomsättningen har varit hög för denna yrkesgrupp. Att lyckas med kompetensförsörjningen av socialsekreterare är en förutsättning för förvaltningens verksamhet. En handlingsplan kopplat till nämndens övergripande kompetensförsörjningsplan har tagits fram specifikt för denna yrkesgrupp. Handlingsplanen innehåller konkreta aktiviteter för att

vända kompetensförsörjningsutmaningen och har tagits fram i nära samarbete med chefer för denna yrkesgrupp.

Individ- och familjeomsorgsnämnden kommer under 2023 att genomföra Chefoskopet via ledning av Organisationshälsa, där syftet är att kartlägga chefernas och metodhandledarnas förutsättningar och förtydliga de två uppdragen. Genom att arbeta systematiskt med chefernas och metodhandledarnas introduktion och kompetensutveckling skapas bättre förutsättningar för att klara uppdragen.

Nämnden arbetar vidare med arbetsgivarvarumärket genom att bland annat vara synlig på mässor, sociala medier, via olika marknadsföringskampanjer samt genom att ta emot praktikanter och feriearbetare. Vi ser att huvuddelen av våra socionompraktikanter efter genomförda studier väljer att ta en anställning inom vår nämnd. Att ta emot feriearbetare är ett viktigt sätt att visa ungdomar den mångfald av tjänster som finns inom socialtjänst och därmed skapa intresse för att vilja arbeta inom välfärden.

Under 2023 kommer en ny förvaltningsövergripande introduktion att tas fram av HR-enheten och Kvalitet- och utveckling tillsammans. Introduktionen kommer till stor del att byggas upp i ett digitalt informations- och utbildningsverktyg för att möjliggöra att nya medarbetare snabbt får den information de behöver som nyanställda och kommer att kompletteras med en "på plats-introduktion" med fokus på att lära känna olika nyckelbefattningar och andra nya medarbetare.

### **Arbetsmiljö**

Arbetsmiljön är en mycket viktig faktor och förutsättning för att kunna leverera en god socialtjänst och att vara en attraktiv arbetsgivare. Ett systematiskt sätt att arbeta med och följa upp arbetsmiljön finns sedan flera år via det så kallade SAM-hjulet. En nära och god samverkan med fackliga organisationer krävs för att möta nuvarande och framtida utmaningar. En frisk arbetsplats kräver en ständig dialog om arbetsmiljön och ett öppet klimat. Tillsammans kan vi identifiera viktiga friskfaktorer för ett hållbart arbetsliv.

### **Hälsa och friskvård**

Sedan 2021 har nämnden organiserat hälsoföreläsningar till sina medarbetare via företagshälsovården, som en del av ett hälsofrämjande arbete. Målet är att nämndens samtliga enheter på sikt ska få denna föreläsning. Under 2023 är det nämndens boendeverksamheter som kommer att genomföra en för deras verksamheter riktad hälsoföreläsning.

## Budgetuppföljning efter april 2023 Tertial 1

### Individ och familjeomsorgsnämndens beslut

Individ-och familjeomsorgsnämnden godkänner budgetuppföljningen januari-april 2023, tertial 1 med helårsprognos. Budgetuppföljningen översändes till kommunstyrelsen.

### Sammanfattning

Individ-och familjeomsorgsnämnden upprättar budgetuppföljning med helårsprognos efter varje månad och redovisar denna för nämnden.

### Ärendet i sin helhet

Individ-och familjeomsorgsnämnden har en budgetram på 420 200 tkr.

Individ- och familjeomsorgsnämnden resultat efter april är plus 5 009 tkr, nämnden beräknas göra ett underskott med 5 000 tkr för år 2023. Nämnden förväntas ha ökade kostnader för extern sjukvård under den senare delen av året.

Till en del handlar underskottet av köpt familjehemsvård där vi ser såväl volymökning som dygnskostnadsökningar. Nämnden arbetar med att öka andelen egna familjehem och även placeringar i nätverket. Detta är långsiktiga inriktningar som tar lång tid för att ge effekt.

Utifrån ett stort antal vakanser inom barn och ung myndighet görs flera satsningar för att kunna rekrytera och behålla medarbetare. Det är av central betydelse för såväl kvalitet i verksamheten som för budgeten att öka rekrytering och minska personalomsättningen. Flera aktiviteter såsom introduktion, kompetensutveckling och metodstöd finns för att möta behovet av att rekrytera och behålla medarbetare och skapa ett positivt arbetsgivarvarumärke.

Nämnden har nya verksamheter som inriktar sig mot förebyggande och tidiga insatser. Även dessa insatser tar lång tid innan de ger effekter på nämndens kostnader.

## **Beslutsunderlag**

1. Tertial 1, 2023 Individ-och familjeomsorgsnämnden

## **Beslutet expedieras till**

1. Kommunstyrelsen
2. Stadsrevisionen

Maria Hyllstam  
Ordförande

Hans Abrahamson  
Förvaltningschef

Sead Omerovic  
HandläggareDatum  
2023-05-23Instans  
**Individ och familjeomsorgsnämnden**  
Dnr IFON 2023-00084 1.1.3.0

## Attest - och utanordningsrätt

### Individ och familjeomsorgsnämndens beslut

Individ-och familjeomsorgsnämnden beslutar att förvaltningschefen utses till beslutsattestant för förvaltningens ansvarsområde. Till förvaltningschefen delegeras rätten att utse övriga attestanter enligt kommunens attestreglemente.

### Ärendet i sin helhet

Individ- och familjeomsorgsnämnden föreslås besluta att lämna nedanstående attesträtt för 2023-05-23 – 2026-12-31 för Individ- och familjeomsorgsnämnden. Förvaltningschefen utses till beslutsattestant för förvaltningens ansvarsområde. Till förvaltningschefen delegeras rätten att utse övriga attestanter enligt kommunens attestreglemente.

### Beslutsunderlag

1. Attestförteckning 2023

### Samverkan

Ärendet är samverkat vid FSG 2023-05-15.

### Beslutet expedieras till

1. Ingen expediering

Maria Hyllstam  
OrdförandeHans Abrahamson  
Förvaltningschef

# Attestförteckning 2023

## Individ- och familjeomsorgsnämnden

Område	Ansvars Kod	Beslutsattestant	Beslutsattestant ersättare	Belopp
<b>Förvaltningskontor</b>				
Individ- och familjeomsorgsnämnd	260000	Förvaltningschef	Chef Ekonomifunktion	10 Basbelopp
Förvaltningens ledningsgrupp	260100	Förvaltningschef	Chef Ekonomifunktion	10 Basbelopp
Kvalité och Utveckling	260200	Chef Kvalitet och Utveckling	Förvaltningschef	10 Basbelopp
HR-Funktion	260300	HR Chef	Förvaltningschef	10 Basbelopp
Ekonomifunktion	260400	Chef Ekonomifunktion	Förvaltningschef	10 Basbelopp
<b>Verksamhetschef 1</b>				
Verksamhetsledning barn och unga	261000	Verksamhetschef 1	Förvaltningschef	10 Basbelopp
Myndighet barn och unga 1	261100	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	ATTOBEGR
Myndighet barn och unga gemensamt	261110	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	1 Basbelopp
Myndighet barn och unga 2	261200	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	ATTOBEGR
Myndighet barn och unga 3	261300	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	ATTOBEGR
Myndighet barn och unga 3 Asyl	261310	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	ATTOBEGR
Familjehem	261400	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	ATTOBEGR
Familjerådgivning	261501	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	1 Basbelopp
Familjerätt	261502	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	1 Basbelopp
Barnahus	261503	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	1 Basbelopp
Dialogcentrum	261600	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	1 Basbelopp
Förebyggande	261700	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	1 Basbelopp
Fältverksamhet	261701	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	1 Basbelopp
Stödcentrum	261702	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	1 Basbelopp
Socialrådgivare	261703	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	1 Basbelopp
Boendestöd Ensamkommande barn	261912	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	1 Basbelopp
Relationsvårdsenheten	263100	Enhetschef	Verksamhetschef BOU	ATTOBEGR
<b>Verksamhetschef 2</b>				
Verksamhetsledning Vuxen	262000	Verksamhetschef 2	Förvaltningschef	10 Basbelopp
Myndighet vuxen 1	262100	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	ATTOBEGR
Myndighet vuxen 2	262200	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	ATTOBEGR
Mobilt Ungdomsteam	262204	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Mini Maria	262301	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Yxhammarmottagningen	262302	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Mobilt team	262304	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Boende vuxen 1	262400	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Kaptensgatan	262401	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Badhusgatan 1	262402	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Boende vuxen 2	262500	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Boendesocial enhet	262501	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Vräkningsförebyggande	262502	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Klintesväng	262503	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Boende vuxen 3	262600	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Stödboende	262601	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Träffen	262602	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Krisstöd vid allvarlig händelse	262603	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Mottagningsenheten	262700	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Boende ungdom 1	262800	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
HVB Torstenssongatan	262801	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp
Stödboende Torstenssongatan	262802	Enhetschef	Verksamhetschef Vuxen	1 Basbelopp

Beslutsattestants ersättare äger rätt att gå in vid ordinarie attestants frånvaro.

Förvaltningschef och Chef för ekonomifunktion har tillgång till att betala fakturor över 10 Basbelopp samt eventuella pappersfakturor

Caroline Andersson  
Handläggare  
033 358260

Datum  
2023-05-23

Instans  
**Individ och familjeomsorgsnämnden**  
Dnr IFON 2023-00096 3.7.2.0

## Delegationsbeslut 23-05-23

### Individ och familjeomsorgsnämndens beslut

Redovisade delegationsbeslut läggs till handlingarna

### Delegationsbeslut

1. Socialutskott 23-04-13 Protokoll
2. Socialutskott 23-04-27 Protokoll
3. Socialutskott 23-05-01 Protokoll

Maria Hyllstam  
Ordförande

Hans Abrahamson  
Förvaltningschef



Caroline Andersson  
Handläggare  
033 358260

Datum  
2023-05-23

Instans  
**Individ och familjeomsorgsnämnden**  
Dnr IFON 2023-00091 1.1.3.0

## Anmälningssärenden 23-05-23

### Individ och familjeomsorgsnämndens beslut

Redovisade anmälningssärenden läggs till handlingarna

### Anmälningssärenden

1. Kommunfullmäktiges beslut 2023-04-27 § 56 Framtagning av regelverk och informationsmaterial avseende intraprenader (Budgetuppdrag 2021)
2. Kommunfullmäktiges beslut 2023-04-27 § 61 Borås Stads Miljöprogram
3. Kommunfullmäktiges beslut 2023-04-27 § 62 Revidering av riktlinjer för styrdokument
4. Kommunfullmäktiges beslut 2023-04-27 § 63 Riktlinjer – delaktighet och inflytande för medborgare
5. Kommunfullmäktiges beslut 2023-04-27 § 64 Program för mänskliga rättigheter på lokal nivå
6. Kommunfullmäktiges beslut 2023-04-27 § 68 Enkäter gällande rapportering av ej verkställda gynnande biståndsbeslut år 2022
7. Kommunfullmäktiges beslut 2023-04-27 § 69 Motion: Utveckla stödet för anhöriga till kriminella
8. Kommunstyrelsens beslut 2023-05-08 § 166 Sammanvägd bedömning Office365 - molntjänster Borås Stad

Maria Hyllstam  
Ordförande

Hans Abrahamson  
Förvaltningschef

Maria Svensson  
HandläggareDatum  
2023-05-23Instans  
**Individ och familjeomsorgsnämnden**  
Dnr IFON 2023-00038 1.2.3.0

## Uppdrag till Individ- och familjeomsorgsförvaltningen att förbereda fokusområden i Borås stads nya styr- och ledningssystem

### Individ och familjeomsorgsnämndens beslut

Att för år 2024 särskilt prioritera fokusområde:

2. Ett Borås med trygga och hälsosamma individer genom hela livet,
3. Hälsosamma arbetsplatser och hållbart arbetsliv samt
5. Ett Borås som verkar för förebyggande arbete, integration och trygghet i Borås stads styr- och ledningsmodell.

### Sammanfattning (Ärendet i sin helhet)

Programmet "Styr- och ledningssystem" beskriver Borås Stads styrmodell och där framgår bl. a att nämnderna har ansvar för att bedriva verksamhet enligt grunduppdraget och utifrån Kommunfullmäktiges fokusområden, budget och beslut i övrigt.

Målstyrningen i Kommunfullmäktiges budget utgår från visionen och de kommunala uppdragen (välfärdsaktör, samhällsutvecklare och demokratiaktör samt arbetsgivare). Visionen handlar om Borås stads långsiktiga riktning. Den utgår från ett ekonomiskt, socialt och ekologiskt hållbarhetsperspektiv och beskriver ett framtida önskat läge. Visionen har 4 övergripande områden vilka ska tas sig uttryck i alla de tre uppdragen. I skärningspunkterna mellan visionen och de kommunala uppdragen finns 12 fokusområden som prioriterats i Kommunfullmäktiges budget 2023, men avsikten är att de ska ses i mer långsiktigt perspektiv.

Nämnden ska utse några områden av dessa att särskilt fokusera på under 2024. Alla områden är viktiga och i valet av vad som särskilt ska fokuseras har dels utgångspunkten varit Borås stads budget och dels nämndens egna utmaningar.

Med detta som bakgrund är förslaget att utse följande områden 2, 3 och 5. Se bild.

	Uppdraget som samhällsutvecklare och demokratiaktör	Uppdraget som välfärdsaktör	Uppdraget som arbetsgivare
Visionsområdet Omsorg om varandra och miljön	1. Ett Borås präglad av samarbete, hållbarhet och mänskliga rättigheter	2. Ett Borås med trygga och hälsosamma individer genom hela livet	3. Hälsosamma arbetsplatser och hållbart arbetsliv
Visionsområdet Ett tryggt och snyggt Borås	4. Ett Borås med nära och bra service där människor bor och verkar	5. Ett Borås som verkar för förebyggande arbete, integration och trygghet.	6. Arbetsplatser som präglas av tillit, inkludering och förutsättningar för ett gott ledarskap
Visionsområdet Möjligheter och mod att utvecklas	7. Ett innovativt Borås med många möjligheter och attraktivt företagsklimat	8. Ett Borås där lärande stärker varje individs utveckling och bildning	9. Goda möjligheter till utveckling och kompetenshöjning
Visionsområdet Människor möts i Borås	10. Ett Borås med möjlighet till delaktighet och inflytande, rik kultur meningsfull fritid	11. Ett Borås som präglas av inkludering och integration	12. Helhetssyn samt samarbete med många aktörer för att skapa attraktiva arbetsplatser

## Område 2: Ett Borås med trygga och hälsosamma individer genom hela livet.

Detta är ett fokusområde som tydligt kopplar till Individ- och familjeomsorgsnämndens kärnområden. Borås Stad arbetar utifrån att insatserna ska vara förebyggande, främjande och åtgärdande. Individ- och familjeomsorgen arbetar i stor utsträckning med åtgärdande insatser och det är angeläget att följa och utveckla de insatser som är särskilt ingripande och där samhället tar över en stor del av ansvaret såsom vid placeringar utanför hemmet i familjehemsvård och på institutioner. Nämnden förstärker även allt mer inom det förebyggande området och strävar efter olika tidiga insatser och god samverkan med andra nämnder och huvudmän. Området upplevs angeläget att lyfta fram för särskilt fokus.

## Område 3: Hälsosamma arbetsplatser och hållbart arbetsliv

Det är viktigt att det sociala arbetet uppfattas attraktivt samt att arbetet är hållbart. Nämnden har en utmaning när det gäller rekrytering av flera yrkeskategorier, främst socionomer vilket gör detta fokusområde angeläget. God arbetsmiljö och hållbarhet i arbetet bidrar till kvalitet i det arbete som riktas mot nämndens brukare.

## Område 5: Ett Borås som verkar för förebyggande arbete, integration och trygghet

Förebyggande och tidiga insatser behöver utvecklas. Nämnden förstärker sitt arbete riktat mot unga med normbrytande beteende som behöver fortsatt utvecklas och även komma in i tidiga åldrar. Samarbetet mellan skola, socialtjänst och polis kring barn och unga behöver här utvecklas. Även kring yngre barn behövs tidiga och förebyggande arbetssätt stärkas. Sammantaget ett område som redan prioriteras högt och behöver fortsatt fokus under 2024.

Efter beslut om fokusområden kommer förvaltningen arbeta med att skapa mål och aktiviteter i linje med respektive fokusområde.

## Barnkonsekvensanalys

Alla fokusområden påverkar barn på olika sätt och bidrar till goda villkor för barns utveckling. Barn har inte tillfrågats och därmed inte fått uttrycka sin åsikt i frågan gällande val av prioriterade fokusområden för individ- och

familjeomsorgsnämnden. Område 2 och 5 har bland annat barn i åtanke med samverkande och förebyggande insatser. Område 3 som berör medarbetar har även detta en tydlig koppling till att kunna genomföra ett kvalitativt socialt arbete. Bedömning har därmed gjorts att de föreslagna fokusområdena är till gagn för barnen med särskild beaktning utifrån artikel 2, 3, 6 och 12 i FN:s barnkonvention.

### **Beslutsunderlag**

1. "[Bilaga, datum]"
2. "[Bilaga, datum]"

### **Samverkan**

Ärendet har, 2023-05-15, samverkats med de fackliga organisationerna.

### **Beslutet expedieras till**

1. Kommunstyrelsen, [KS.diarium@boras.se](mailto:KS.diarium@boras.se)

Maria Hyllstam  
Ordförande

Hans Abrahamson  
Förvaltningschef

Strategi

• **Program**

Plan

Policy

Riktlinjer

Regler

Borås Stads  
**Styr- och ledningssystem**

# Borås Stads styrdokument

## Aktiverande

STRATEGI – avgörande vägval för att nå målen för Borås

PROGRAM – verksamheter och metoder i riktning mot målen

PLAN – aktiviteter, tidsram och ansvar

## Normerande

POLICY – Borås Stads hållning

RIKTLINJER – rekommenderade sätt att agera

REGLER – absoluta gränser och ska-krav

| Fastställt av: Kommunfullmäktige

| Datum: 2022-03-24

| För revidering ansvarar: Kommunstyrelsen

| För ev uppföljning och tidplan för denna ansvarar: Kommunstyrelsen

| Dokumentet gäller för: Alla nämnder, förvaltningar och bolag

| Dnr: KS 2019-00294

| Dokumentet gäller till och med: 2025

| Kommunstyrelsen har rätt att göra justeringar i programmet.

# Innehåll

<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<b>Grundläggande styrprinciper</b>	<b>4</b>
Helhet före delar	4
Fokus på väsentligheter och uppmärksamhet på risker	4
Långsiktighet i agerandet	4
Dialog, samverkan och öppenhet	4
God ekonomisk hushållning	4
<b>Borås Stads uppdrag</b>	<b>5</b>
Grunduppdrag	5
<b>Roller och ansvar</b>	<b>5</b>
Kommunfullmäktige	5
Kommunstyrelsen	6
Nämnderna	6
Bolagen	6
Stadsrevisionen	6
Stadsdirektör	7
<b>Borås Stads styrmodell</b>	<b>7</b>
Visionen om framtidens Borås	7
Kommunfullmäktiges budget	7
Uppdrag från fullmäktige och nämnd	8
Medborgarbudget	8
Borås Stads resursfördelningsmodell	8
Nämndens och styrelsens budget	8
Dialog	9
<b>Planera och följa upp mål och ekonomi</b>	<b>9</b>
Borås Stads planeringsprocess	9
Analysdag – med fokus på helhet och framtida utmaningar på lång och kort sikt	10
Uppdragsdialog vår	10
Preliminärt rambeslut	10
Nämndernas planeringsunderlag till beredning av Borås Stads budget	10
Uppdragsdialog höst	10
Borås Stads budget	10
Nämndbudget	10
Borås Stads uppföljningsprocess	11
Årsredovisning	11
Tertialuppföljningar	12
Månadsuppföljningar	12
10-dagarsuppföljning	12
Övriga uppföljningar	12
Internkontroll	12



## **Inledning**

Alla som arbetar och verkar i Borås Stad har ett gemensamt syfte: Att underlätta och förbättra för människor varje dag. Borås Stad är till för de som bor, arbetar, lever, umgås och möts här. För att vi ska kunna utföra vårt uppdrag på bästa sätt ska Borås Stad vara en organisation och koncern där allt ledarskap och medarbetarskap präglas av tillit.

Tillitsbaserad styrning och ledning handlar om styrning, kultur och arbetssätt med fokus på verksamhetens syfte och invånarnas behov, att skapa förtroende och att bygga goda relationer. Styrningen bygger på ett förtroendefullt samspel mellan politiker och tjänstepersoner, mellan chef och medarbetare och mellan Borås Stad och dess invånare, företag, organisationer och besökare.

Styr- och ledningssystemet är en del av den totala styrningen i Borås Stad. Lagar, föreskrifter, nationella och övriga kommunala styrande dokument utgör också en del av styrningen.

Vår styrning öppnar upp för dialog – både inom organisationen och med de som vi finns till för.

## **Grundläggande styrprinciper**

### **Helhet före delar**

Alla som har ansvar för någon del av koncernens verksamhet ska ta hänsyn till ett helhetsperspektiv i sin styrning. Ett mervärde för Borås Stads samlade verksamhetsresultat ska eftersträvas.

### **Fokus på väsentligheter och uppmärksamhet på risker**

För att kunna fokusera på det som är väsentligt i verksamheten är det viktigt att skapa en bild av hur den egna verksamheten passar in i helheten. Det är också viktigt att uppmärksamma de risker som kan finnas i verksamheten. Två aspekter av en risk måste alltid vägas mot varandra, dels sannolikheten för att något ska inträffa dels vilka konsekvenser som i så fall uppstår.

### **Långsiktighet i agerandet**

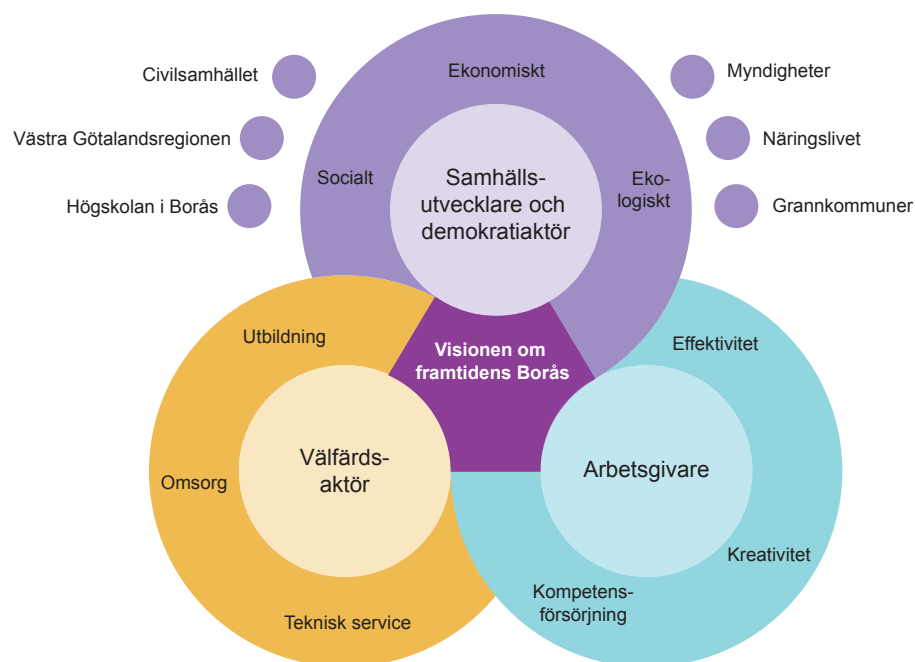
Verksamheten ska alltid eftersträva långsiktiga lösningar även om dessa initialt blir dyrare än mer tillfälliga lösningar. Tillfälliga lösningar kan ofta bli dyrare i längden.

### **Dialog, samverkan och öppenhet**

Verksamheten ska genomsyras av öppenhet, transparens och offentlighet. Dialog ska eftersträvas av alla aktörer för att få ett så bra resultat som möjligt. 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.

### **God ekonomisk hushållning**

Ekonomi betyder att hushålla med begränsade resurser. Kommunallagen ställer krav på att resurserna i verksamheten används till rätt saker och att de nyttjas på ett effektivt sätt. Kommunens budget ska ange finansiella mål för ekonomin som är av betydelse för god ekonomisk hushållning. Det handlar om att styra ekonomin både i ett kortare och i ett längre tidsperspektiv.



## Borås Stads uppdrag

Kommunens uppdrag är att vara välfärdsaktör, samhällsutvecklare och demokratiaktör samt arbetsgivare. Uppdragen samverkar med varandra och tillsammans bildar de koncernen Borås Stad. På lång sikt vill Borås Stad också uppnå det som beskrivs i Visionen om framtidens Borås. Bilden visar också att kommunen finns i ett större sammanhang och behöver samverka med andra aktörer för att uppnå visionen.

## Grunduppdrag

Styrelsens och nämndens grundläggande uppdrag utgörs av lagar, föreskrifter, nationella och kommunala styrande dokument. Grunduppdraget beskriver varför verksamheten finns till, vad den ska göra och för vem.

## Roller och ansvar

### Kommunfullmäktige

Kommunfullmäktige representerar invånarna och beslutar om Borås Stads inriktning, verksamhet och ekonomi. Detta görs genom att besluta om styrdokument, skattesats, budget och ärenden av principiell beskaffenhet eller ärenden som enligt lag Kommunfullmäktige ska besluta om. Formerna för deras arbete regleras i en arbetsordning.

Kommunfullmäktige bestämmer även hur den politiska organisationen och dess verksamhetsformer ska se ut, väljer ledamöter och ersättare till Kommunstyrelsen, nämnder och bolagsstyrelser.

## Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen har samma uppdrag och ansvar som nämnderna, men har enligt kommunallagen ett särskilt ansvar för ledning och samordning.

Styrelsen bereder och yttrar sig i ärenden till Kommunfullmäktige, det så kallade beredningstvånget.

Kommunstyrelsen ska stödja och ha uppsikt över nämndernas, de kommunala bolagens och kommunalförbundens verksamheter samt leda och samordna planering och uppföljning av kommunens ekonomi och verksamhet.

I Kommunstyrelsens styrfunktion ingår

- leda arbetet i övergripande principiella frågor,
- leda, styra och samordna kommunens ekonomi och verksamhet
- lämna förslag till budget och tillse att nämndernas verksamhet bedrivs enligt de ekonomiska ramar och mål som Kommunfullmäktige beslutat om
- följa upp den ekonomiska förvaltningen och föreslå Kommunfullmäktige omprioriteringar eller åtgärder om det bedöms att så krävs

Kommunstyrelsen har ansvar för att bedriva verksamhet enligt grunduppdraget och utifrån Kommunfullmäktiges fokusområden, budget och beslut i övrigt. Kommunstyrelsen ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt, det vill säga är ändamålsenlig och kostnadseffektiv.

## Nämnderna

Nämnderna har ansvar för att bedriva verksamhet enligt grunduppdraget och utifrån Kommunfullmäktiges fokusområden, budget och beslut i övrigt. Nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt, det vill säga är ändamålsenlig och kostnadseffektiv.

## Bolagen

Bolagen har ansvar för att bedriva verksamhet enligt bolagsordning, ägardirektiv och enligt Kommunfullmäktiges beslut i övrigt.

Aktiebolag lyder under aktiebolagslagen och har således en annan rättslig grund än övrig kommunal verksamhet. Kommunallagen reglerar dock att Kommunfullmäktige ska styra bolagets inriktning, utse dess styrelse och att den uppsiktsplikt som styrelsen har också gäller gentemot de kommunala bolagen. Kommunfullmäktige ska även godkänna den bolagsordning som reglerar aktiebolagens verksamhetsinriktning, samt ges möjlighet att ta ställning till frågor av större vikt. Offentlighetsprincipen gäller även för majoritetsägda kommunala bolag.

## Stadsrevisionen

Stadsrevisionen granskar att styrelsens, nämndernas, bolagens och kommunalförbundens verksamhet bedrivs enligt Kommunfullmäktiges mål, riktlinjer och beslut samt enligt de lagar, föreskrifter, nationella och övriga kommunala styrande dokument. Stadsrevisionen granskar också att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Stadsrevisionen granskar Kommunstyrelsens återrapportering till Kommunfullmäktige och att räkenskaperna är rättvisande.

## Stadsdirektör

Stadsdirektören är kommunens högste tjänsteperson och Kommunstyrelsen är stadsdirektörens uppdragsgivare. Uppdraget definieras i stadsdirektörens instruktion. Stadsdirektören ansvarar för att Kommunstyrelsens beslut blir verkställda. Stadsdirektören är förvaltningschefernas chef och kan utifrån sin roll ge dem uppdrag. I ansvaret ligger bland annat att säkerställa att förvaltningscheferna beaktar kommunövergripande frågor och perspektiv.

## Borås Stads styrmodell

Styrningen ska vara systematisk. Verksamheten ska utgå från planering, genomförande, uppföljning och förbättring. Den omfattar alla perspektiv, samtliga organisatoriska nivåer och all vår verksamhet. Styrningen sker nära de vi är till för. Varje organisatorisk nivå har tillit till att övriga nivåer är bäst på sina områden och uppdrag.

## Visionen om framtidens Borås

Visionen handlar om vår långsiktiga riktning – vart vi vill nå. Den utgår från ett ekonomiskt, socialt och ekologiskt hållbarhetsperspektiv och beskriver ett framtida önskat läge för alla som bor, arbetar, vistas och verkar i Borås.

Visionen om framtidens Borås		Våra uppdrag		
		Samhälls- utvecklare och demokratiaktör	Välfärdsaktör	Arbetsgivare
Visionsområden	Omsorg om varandra och miljön	Fokusområde	Fokusområde	Fokusområde
	Ett tryggt och snyggt Borås	Fokusområde	Fokusområde	Fokusområde
	Möjligheter och mod att utvecklas	Fokusområde	Fokusområde	Fokusområde
	Människor möts i Borås	Fokusområde	Fokusområde	Fokusområde

## Kommunfullmäktiges budget

Kommunfullmäktiges budget är det övergripande styrdokumentet och anger politiska prioriteringar, samt tillgängliga resurser för det kommande året. Borås Stads budget utgör grunden för nämndernas och styrelsernas budget.

Målstyrningen i budgeten utgår från det kommunala uppdragen (samhällsutvecklare och demokratiaktör, välfärdsaktör samt arbetsgivare) och visionens områden enligt bilden nedan.

I varje skärningspunkt tar Kommunfullmäktige fram de fokusområden som utgör politiska prioriteringar för att nå visionen och uppfylla det kommunala uppdraget.

## Uppdrag från fullmäktige och nämnd

Kommunfullmäktige och nämnderna kan formulera direkta uppdrag, antingen i samband med budgetbeslut eller löpande under året. I uppdraget ska framgå:

- vad uppdraget syftar till
- vad som konkret ska uppnås/genomföras
- när uppdraget ska slutredovisas

## Medborgarbudget

Varje nämnd har möjlighet att avsätta en del av den tilldelade ramen för en så kallad medborgarbudget. Det vill säga en/eller en grupp av medborgare får nyttja dessa medel för att genomföra ett initiativ.

## Borås Stads resursfördelningsmodell

Stadens resursfördelningsmodell ligger till grund för nämndernas preliminära rambeslut som Kommunstyrelsen fattar i juni varje år. I november fastställer Kommunfullmäktige det finansiella utrymmet för staden samt nämndernas ekonomiska tilldelning, här tas hänsyn till de nämnder vars verksamhet inte direkt kan kopplas till framförallt demografiska förändringar. Nämnderna beslutar därefter själva över den interna fördelningen av resurser i internbudgetprocessen. Utgångspunkterna för stadens resursfördelningsmodell är att den ska ha tydliga och över tiden hållbara principer för fördelningen samt vara transparent.

## Nämndens och styrelsens budget

Nämndens och styrelsens budget ska beskriva hur nämnden och styrelsen ska arbeta för att utföra grunduppdraget samt på vilket sätt nämnden ska bidra till att Kommunfullmäktiges fokusområden nås.

Nämndens och styrelsens budget ska också innehålla en beskrivning av vilka samarbeten som krävs under perioden och hur nämnden följer upp grunduppdraget.

Disposition av Kommunstyrelsens och nämndernas budget:

1. Utmaningar, risker och möjligheter
2. Grunduppdraget
  - Nämndens grunduppdrag
  - Så här klarar vi vårt grunduppdrag under kommande år
  - Så här följer nämnden upp grunduppdraget
  - Samarbete för att klara grunduppdraget

3. Kommunfullmäktiges fokusområden
  - Så här bidrar nämnden till Kommunfullmäktiges fokusområden
  - Så här följer nämnden upp att den bidrar till Kommunfullmäktiges fokusområden
  - Samarbeten för att bidra till Kommunfullmäktiges fokusområden
4. Resurser
  - Så här fördelar nämnden/styrelsen resurserna inom sitt ansvarsområde
5. Arbetsgivarpolitik

## Dialog

Dialog är ett strukturerat samtal i syfte att skapa en gemensam förståelse och acceptans. Dialog är ett samtal där parterna strävar efter öppenhet, delar information, välkomnar oliktankande och respekterar kritik. Dialog är ett samtal utifrån givet tema eller frågeställning.

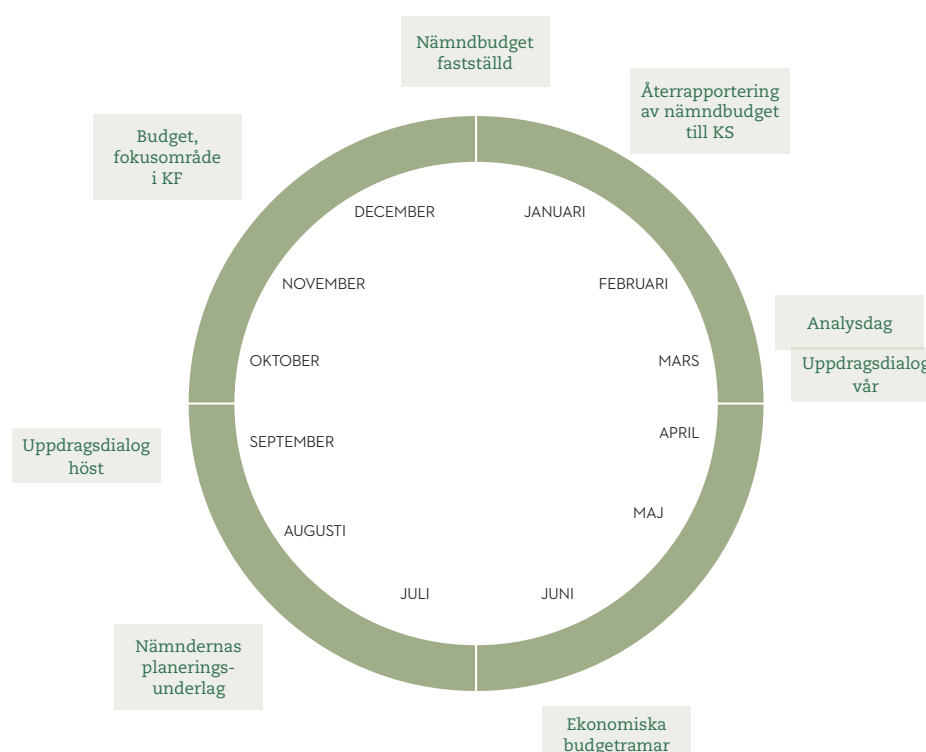
Dialog kan användas som modell för samtal mellan olika roller och på alla nivåer i organisationen för att öka förståelse, samsyn och acceptans avseende till exempel vision, värderingar, mål, inriktningar, uppdrag, resultat eller kvalitet.

Dialogen bör genomsyra hela organisationen oavsett om det gäller planering, uppföljning, samverkan eller samarbete.

## Planera och följa upp mål och ekonomi

### Borås Stads planeringsprocess

Planeringsprocessen genomsyras av transparens och dialog och startar med analysdagen och slutar med fastställande av nämndernas budgetar.



## **Analysdag – med fokus på helhet och framtida utmaningar på lång och kort sikt**

Analysdagen är startskottet för budgetarbetet. Analysdagen är en dag där Kommunstyrelsen tillsammans med presidier för nämnder och bolag träffas för att skapa en bild över nuläget som utgångspunkt för budgetarbetet. Dagen innehåller bland annat omvärldsbevakning, jämförelser med liknande kommuner och en analys av Borås Stads resultat samt framtida utmaningar på lång och kort sikt.

### **Uppdragsdialog vår**

Efter analysarbetet påbörjas den del av budgetberedningsarbetet som syftar till ett rambeslut i Kommunstyrelsen under juni månad.

En del av beredningsarbetet är uppdragsdialoger mellan representanter från Kommunstyrelsen och respektive nämnds presidium där berörda tjänstepersoner medverkar. Borås Stadshus AB håller motsvarande dialoger som en del i ägarstyrningen.

Dialogen innehåller bland annat omvärldsbevakning, jämförelser med liknande verksamheter och en analys av nämndens resultat.

### **Preliminärt rambeslut**

I rambeslutet ska det tydligt framgå vilka ramförändringar som gjorts baserat på analys av tidigare utfall, kända intäktsförändringar, demografiska och verksamhetsmässiga förändringar.

Kommunstyrelsen tar beslut om de preliminära ramarna i juni.

### **Nämndernas planeringsunderlag till beredning av Borås Stads budget**

Utifrån de preliminära ramarna tar respektive nämnd fram en preliminär budget som används i beredning av Borås Stads budget samt för en preliminär planering av nämndens verksamhet.

### **Uppdragsdialog höst**

Som en del i Kommunstyrelsens uppsiktsplikt och den fortsatta budgetberedningen hålls uppdragsdialoger. Dessa dialoger omfattar hur nämnderna kommer att utföra grunduppdraget och förutsättningar för att genomföra andra uppdrag under budgetåret. Borås Stadshus AB håller motsvarande dialoger som en del i ägarstyrningen.

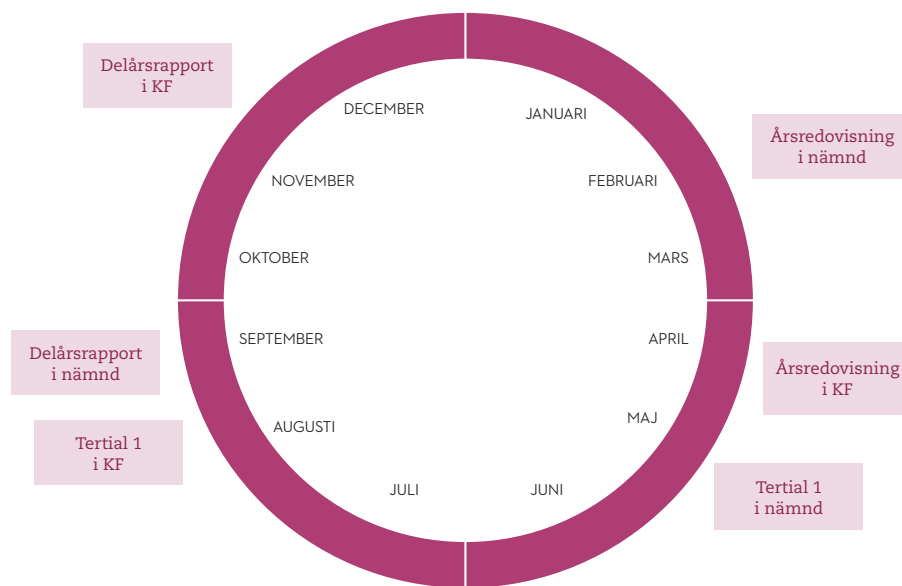
### **Borås Stads budget**

Budgetförslaget behandlas först i Kommunstyrelsen i slutet av oktober och därefter tar Kommunfullmäktige budgetbeslutet i slutet av november, utom vid valår när beslutet kan tas i december.

### **Nämndbudget**

När Kommunfullmäktige tagit budgetbeslutet tar nämnderna fram en budget. Nämndernas budgetar skickas sedan till Kommunstyrelsen för återrapportering.

## Borås Stads uppföljningsprocess



Kommunfullmäktige följer upp Borås Stads budget vid tre tillfällen under året;

- tertial 1 efter april (behandlas i Kommunfullmäktige i augusti),
- tertial 2 efter augusti (behandlas i Kommunfullmäktige i november)
- årsredovisningen (behandlas i Kommunfullmäktige i april).

Budgetuppföljning efter tertial 2 utgörs av Borås Stads delårsrapport. Rapporteringen till Kommunfullmäktige ska ha fokus på uppnådda resultat samt en avstämning av resursanvändningen. Resultat ska analyseras utifrån vilka effekter det får i den egna verksamheten och mot Borås Stads samlade verksamhetsresultat.

### Årsredovisning

Borås Stads årsredovisning är i första hand ett beslutsunderlag för Kommunfullmäktige. Årsredovisningen ska:

- ge Kommunfullmäktige en rättvisande bild över kommunkoncernens samlade finansiella ställning och utveckling
- tillsammans med nämndernas redovisningar och revisionsberättelser ligga till grund för Kommunfullmäktiges prövning av nämndledamöternas ansvar för det gångna årets förvaltning
- ligga till grund för Kommunfullmäktiges beslut om hur nämndernas resultat ska överföras till nästkommande år.

För bolagen godkänner årsstämman årsredovisningen och beviljar styrelse och vd ansvarsfrihet för verksamhetsåret.

Årsredovisningen ska ge information om hur nämnderna och bolagen följt Kommunfullmäktiges inriktning, om man nått målen och genomfört uppdragen i budgeten, samt hur resurserna använts. Kommunfullmäktige fastställer i budget vad som ska följas upp under året och vilka nämnder och bolag som ska redovisa detta. I samband med granskning av bolagens årsredovisningar görs en lagstadgad prövning om bolagens verksamhet varit förenligt med det kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna.



## Tertialuppföljningar

Nämndernas och bolagens månadsuppföljningar per april och augusti blir tillsammans med en analys av nämndernas och bolagens ekonomi underlag för Kommunfullmäktiges tertialuppföljning per april och delårsrapport per augusti.

## Månadsuppföljningar

Månadsuppföljningen är nämndernas och Kommunstyrelsens egna rapport och analys av sin ekonomi, verksamhet och årsprognos. Rapporten ska följa upp nämndens och verksamheternas mål samt väsentliga verksamhetsmätt. Vid befarade budgetavvikelser (verksamhet eller ekonomi) ska nämnderna redovisa en åtgärdsplan för att nå ekonomisk balans och måluppfyllelse. Nämnderna bestämmer själva frekvensen förutom de obligatoriska april och augusti uppföljningarna (tertialerna)

Kommunstyrelsen tar del av nämndernas eventuella åtgärdsplaner.

## 10-dagarsuppföljning

10-dagarsuppföljningen är en kortfattad rapport från förvaltningarna till Stadsledningskansliet och fokuserar på avvikelser jämfört med budget. Rapportering ska ske senast tio dagar in på ny månad (gäller för februari, mars, maj, juli, september, oktober och november). Uppföljningen gäller ekonomi med årsprognos och väsentliga verksamhetsmätt. Stadsledningskansliet fastställer vilka förvaltningar som under året ska lämna denna rapport.

Kommunstyrelsen tar del av en sammanställning av förvaltningarnas rapporter.

## Övriga uppföljningar

Under året genomförs också andra uppföljningar. Det kan vara analyser av nationella undersökningar, egna brukarundersökningar, uppföljningar av gemensamma styrdokument och lagstadgade uppföljningar. Kommunstyrelsen fastställer vilka andra uppföljningar som ska göras under året.

Utöver de undersökningar som kommunen deltar i eller själv genomför har nationella myndigheter både regelbunden och riktad tillsyn i verksamheterna. Tillsynsrapporterna är ytterligare ett underlag för att förbättra och utveckla verksamheterna.

## Internkontroll

Intern kontroll kan övergripande definieras som en process där såväl de förtroendevalda, ledningen och övriga professioner samverkar i syfte att uppnå följande mål:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- Efterlevnad av lagar, föreskrifter, nationella och övriga kommunala styrande dokument

En genomarbetad intern kontroll är en av pusselbitarna i en bra styrning och uppföljning. Den bidrar till effektiv och säker verksamhet samt god ekonomisk hushållning. Detta kräver en tydlighet i var och ens uppdrag, ansvar, förutsättningar, befogenheter och gränser. Att verksamheten har konkreta och mätbara mål är en förutsättning för en fungerande intern kontroll.

Det är varje styrelse och nämnds ansvar att bedriva intern kontroll och tillse att verksamheterna inom kommunen bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Kommunstyrelsen har genom sin uppsiktspflicht ett övergripande ansvar för att tillse att nämnderna genomför sitt uppdrag på ett lämpligt sätt. Även revisorerna granskar den interna kontrollen.



BORÅS  
STAD

**Postadress** 501 80 Borås **Besöksadress** Stadshuset, Kungsgatan 55  
**Telefon** 033-35 70 00 **e-post** boras.stad@boras.se **Webbplats** boras.se

Jeanette Zachau  
HandläggareDatum  
2023-05-23Instans  
**Individ och familjeomsorgsnämnden**  
Dnr IFON 2023-00048 1.2.4.0

## **Revisionsrapport - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i Arbetslivsnämnden, Individ- och familjeomsorgsnämnden och Sociala omsorgsnämnden**

### **Individ och familjeomsorgsnämndens beslut**

Individ- och familjeomsorgsnämnden beslutar att tillstyrka Stadsrevisionens rapport om granskning av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och att vidta en handlingsplan för att åtgärda de brister som granskningen visar.

### **Sammanfattning**

Stadsrevisionen har granskat nämndernas arbete med ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete däribland Individ- och familjeomsorgsnämnden. Bedömningen är att nämndens ledningssystem är ändamålsenligt men inte fullt ut lever upp till alla krav i anvisningarna SOSFS 2019:11.

Individ- och familjeomsorgsnämnden har gått igenom de påpekade bristerna, några är redan åtgärdade och övriga kommer att ses över och olika förändringar ske för att i högre utsträckning motsvara de ställda kraven på ett ledningssystem.

### **Ärendet i sin helhet**

Stadsrevisionen har granskat bl. a Individ- och familjeomsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet med granskningen har varit att granska om nämndens styrning och uppföljning är tillräcklig och om det systematiska kvalitetsarbetet är ändamålsenligt och bedrivs enligt bestämmelserna. Stadsrevisionen framhåller att bl. a att om förvaltningarna har utvecklade processer och rutiner som är tillgängliga för verksamheternas personal underlättar det extern samverkan.

Stadsrevisionens sammantagna bedömning är att Individ- och familjeomsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i vissa delar inte fullt ut lever upp till kraven i SOSFS 2011:9 men att det till stor del är ändamålsenligt.

Granskningen visar att ingen av nämnderna har upprättat en översiktlig beskrivning eller fattat beslut om ledningssystem för systematiskt

kvalitetsarbete. Detta får till konsekvens att ledningssystemet inte är föremål för nämndens styrning. Någon årlig uppföljning av ledningssystemets lämplighet och effektivitet har heller inte genomförts, endast genom Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen. Ingen av de granskade nämnderna har beslutat om verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen. Den sammantagna bedömningen är att bl. a att Individ- och familjeomsorgsnämndens styrning av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inte är tillräcklig.

Individ – och familjeomsorgsnämnden avser att åtgärda bristen genom att årligen fatta beslut om ledningssystemet och i samband med detta bedöma dess lämplighet och effektivitet för att säkerställa en god styrning och uppföljning. Nämnden har nyligen fattat beslut om verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Vidare påtalar stadsrevisionen att ledningssystemet samexisterar med andra styr- och ledningssystem, bl. a Borås Stads styr- och ledningssystem, budgetprocessen, systematiskt arbetsmiljöarbete och internkontroll. Bedömningen är att nämnden bör kartlägga och analysera hur ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete kan integreras med övriga styrsystem.

Inom individ- och familjeomsorgsnämnden pågår för närvarande ett omfattande arbete med att integrera ovanstående styrsystem i ett årshjul, i verksamhetssystemet Stratsys och i enhetsrapporternas struktur. Nämnden avser att påbörja implementeringen av den integrerade styrningen i verksamheterna under 2024.

Granskningen visar även att ledningssystemet behöver stärkas i de delar som rör extern samverkan.

Individ- och familjeomsorgsnämnden avser att enskilt och tillsammans med närliggande förvaltningar i sociala klustret utveckla samverkansprocesser för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheterna bl. a för att förstärka barnperspektivet.

Slutligen, när det gäller den övergripande granskningen visar Borås stads synpunktshandling på brister eftersom den enskilde själv behöver kategorisera sina synpunkter vilket leder till bristfälligt underlag.

Individ- och familjeomsorgsnämnden ska medverka att tillsammans med övriga nämnder se över förhållandena så att synpunkthanteringen blir tydligare.

När det gäller avvikelser specifikt hos Individ- och familjeomsorgsnämnden visar granskningen bl. a att nämnden saknar en samlad plan för årliga egenkontroller och verksamhetsgranskningar samt säkerställande av nationella och lokala brukarundersökningar.

Det pågår ett övergripande arbete med att utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete på Individ- och familjeomsorgsnämnden och där ingår planering av verksamheternas egenkontroll och erforderlig verksamhetsgranskning. Vad gäller brukarundersökningar har nämnden tidigare under flera år genomfört nationella brukarundersökningar. Svarsfrekvensen har varit så låg

att det inte har gått att använda resultaten till ett förbättringsarbete. Däremot genomför nämnden lokala brukarundersökningar anpassade till målgrupperna. Detta har gett högre svarsfrekvens och därmed ett underlag till analys och förbättringar tillsammans med lex Sarah utredningar, avvikelser och synpunkter.

Vidare har Stadsrevisionen synpunkter på enheternas löpande dokumentation. Nämnden avser att inom ramen för det övergripande utvecklingsarbetet av ledningssystemet även genomföra åtgärder för att förbättra dokumentationen och se till att den uppfyller kraven i bestämmelserna.

Slutligen vad gäller de specifika synpunkterna gentemot nämndens ledningssystem behöver avvikelshantering utvecklas. Nämnden avser att åtgärda bristerna så att rapportering och hantering av avvikelser är tillfyllest.

### **Barnkonsekvensanalys**

Kvalitet inom socialtjänstens arbete har en stor vikt för barn och ungdomar. Det är av stort värde att följa Individ- och familjeomsorgens lagtillämpning, rutiner, avvikelser samt brukarnas synpunkter för att ha möjlighet att arbeta med ett kontinuerligt förbättringsarbete. Nämnden bedriver egenkontroll, har avvikelssystem och har arbetat med att utveckla arbetssättet kring Lex Sarah och synpunktshantering. Stadsrevisionen påpekar dock vissa brister som nämnden vill beakta och ta in de arbetssätt som finns för att göra arbetet med ledningssystemet ännu bättre och på så sätt tillföra värde för de barn som nämnden möter.

### **Beslutsunderlag**

1. Missiv - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
2. Rapportsammandrag - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
3. Rapport - Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### **Samverkan**

Ärendet har lyfts vid facklig samverkan 2023-05-18.

### **Beslutet expedieras till**

1. Stadsrevisionen, [SRE.diarium@boras.se](mailto:SRE.diarium@boras.se)

Maria Hyllstam  
Ordförande

Hans Abrahamson  
Förvaltningschef

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i Arbetslivsnämnden, Individ- och familjeomsorgs- nämnden och Sociala omsorgsnämnden

---

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

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, att Individ- och familjeomsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete till stor del är ändamålsenligt och att Sociala omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete delvis är ändamålsenligt.

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

I övrigt hänvisar Stadsrevisionen till resultat och rekommendationer i bilagd rapport.

*Missiv med bilagd rapport tillställs berörda nämnder. Rapporten tillställs även Kommunstyrelsen för kännedom. Svar från nämnderna emotses senast 2023-05-31.*

*Boris Preijde  
Ordförande andra revisorsgruppen*

### Boras Stads Revisionskontor

---

# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

i Arbetslivsnämnden,  
Individ- och familjeomsorgsnämnden  
och Sociala omsorgsnämnden

Stadsrevisionen • Borås

**Rapportsammandrag**

2023-02-20

20  
23

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

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

Stadsrevisionens genomgång av granskade nämnders ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är avvikelsoorienterad. 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 uppdraga åt presidiet, ett utskott, en ledamot eller en anställd att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss

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

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

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

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

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



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

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

### *Nämndernas övergripande styrning och uppföljning*

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

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

### *Samordning, samverkan och integration med andra ledningssystem*

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

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

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

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

### *Arbetslivsnämnden*

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

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

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

Arbetslivsförvaltningen har inte genomfört några dokumenterade riskanalyser eller någon verksamhetsgranskning

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

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

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

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

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

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

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

### *Individ- och familjeomsorgsnämnden*

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

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

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

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

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

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

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

### *Sociala omsorgsnämnden*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### *Sammanfattande bedömning*

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

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

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



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

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



BORÅS  
STAD

## STADSREVISIONEN

**Besöksadress** Sturegatan 42 **Postadress** 501 80 Borås  
**Telefon** 033-35 71 56 **E-post** [revisionskontoret@boras.se](mailto:revisionskontoret@boras.se)  
**Webbplats** [boras.se/stadsrevisionen](http://boras.se/stadsrevisionen)

# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

i Arbetslivsnämnden,  
Individ- och familjeomsorgsnämnden  
och Sociala omsorgsnämnden

**2023-02-20**

Stadsrevisionen • Borås

**Rapport**

Andreas Ekelund  
Samuel Kaufman

20  
23

# Innehåll

<b>1 PROJEKTBEKRIVNING</b>	<b>3</b>
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
<b>2 LAGAR, REGLER OCH STYRANDE DOKUMENT</b>	<b>5</b>
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
<b>3 GRANSKNINGSRESULTAT</b>	<b>22</b>
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
<b>4 STADSREVISIONENS BEDÖMNINGAR</b>	<b>58</b>
<b>5 KÄLLFÖRTECKNING</b>	<b>66</b>



# 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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup>

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

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

<sup>2</sup> Prop. 1990/91:117 s 203

<sup>3</sup> SoL 1 kap. 1 §

<sup>4</sup> Ibid. 2 kap. 1 §

stöd i olika former.<sup>5</sup> De grupper som nämns särskilt i lagen är barn och unga, äldre personer, personer med funktionshinder, missbrukare, personer som vårdar eller stödjer närstående, brottsoffer, våldsutövare och skuldsatta personer.<sup>6</sup> Barnperspektivet betonas i lagen. Det innebär att när barn är inblandade så ska barnets bästa alltid beaktas särskilt.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup>

### 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.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup>

### 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.<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup>

## 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:<sup>13</sup>

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.

<sup>5</sup> Ibid. 4 kap. 1 §

<sup>6</sup> Ibid. 5 kap.

<sup>7</sup> Ibid. 1 kap. 2 §

<sup>8</sup> Ibid. 14 kap. 2 §

<sup>9</sup> Ibid. 14 kap. 3 §§

<sup>10</sup> Ibid. 14 kap. 6-7 §§ och 7 kap. 6 §

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

<sup>12</sup> Socialstyrelsen, meddelandeblad nr 5 2022

<sup>13</sup> 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.<sup>14</sup> Verksamheten ska vara av god kvalitet och bedrivas 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.<sup>15</sup>

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. Korttidstillsyn för skolungdom 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.<sup>16</sup>

### Lex Sarah

I LSS finns även bestämmelser som i vardagligt tal kallas lex Sarah. Lydelsen i LSS innehåller i dessa delar samma lydelse som SoL<sup>17</sup>

## 2.4 Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

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

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.<sup>19</sup>

<sup>14</sup> Ibid. 5 §

<sup>15</sup> Ibid. 6§

<sup>16</sup> Ibid 24 a§

<sup>17</sup> Ibid. 24 b-g§§. 23 g §. Se kapitel 2.1.2.

<sup>18</sup> HSL 1 kap. 1 §

<sup>19</sup> Ibid. 3 kap. 1-2§§

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska<sup>20</sup>

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.<sup>21</sup>

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.<sup>22</sup> Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).<sup>23</sup>

## 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.<sup>24</sup>

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.<sup>25</sup>

### 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 vårdskada<sup>26</sup>

<sup>20</sup> Ibid. 5 kap 1 §

<sup>21</sup> Ibid. 4 kap. 1§, 5 kap. 4§

<sup>22</sup> Ibid 11 kap. 1-4§§

<sup>23</sup> Ibid. 4 kap 2 §

<sup>24</sup> PSL 3 kap 1-3 §§

<sup>25</sup> Ibid. 3 kap 10 §

<sup>26</sup> 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.<sup>27</sup> 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.<sup>28</sup>

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.<sup>29</sup>

### 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.<sup>30</sup> I varje process ska identifieras de aktiviteter som ingår i processen och aktiviteternas inbördes ordning.<sup>31</sup> 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.<sup>32</sup>

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.<sup>33</sup>

### 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.<sup>34</sup>

<sup>27</sup> SOSFS 2011:9 3 kap 2§

<sup>28</sup> Ibid. 3 kap. 3§

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

<sup>30</sup> SOSFS 2011:9 4 kap. 2§

<sup>31</sup> Ibid. 4 kap. 3§

<sup>32</sup> Ibid. 4 kap. 4§

<sup>33</sup> Ibid. 4 kap. 5-6§§

<sup>34</sup> 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.<sup>35</sup>

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.).<sup>36</sup>

### **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.<sup>37</sup> Den som bedriver verksamheten ska säkerställa personalen arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.<sup>38</sup>

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.<sup>39</sup>

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.<sup>40</sup>

<sup>35</sup> Ibid. 5 kap. 2-3,6§§

<sup>36</sup> 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

<sup>37</sup> Ibid. 5 kap. 7-8§§

<sup>38</sup> Ibid. 6 kap. 1§

<sup>39</sup> Ibid. 7 kap. 1-3§§

<sup>40</sup> 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.<sup>41</sup>

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

## 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.<sup>43</sup>

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.<sup>44</sup>

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.<sup>45</sup>

<sup>41</sup> HSLF-FS 2017:40 2 kap 2 §

<sup>42</sup> Ibid kap. 3-6

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

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

<sup>45</sup> 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.<sup>46</sup>

## 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.<sup>47</sup>

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.<sup>48</sup>

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.<sup>49</sup>

<sup>46</sup> Ibid. 2012:20f

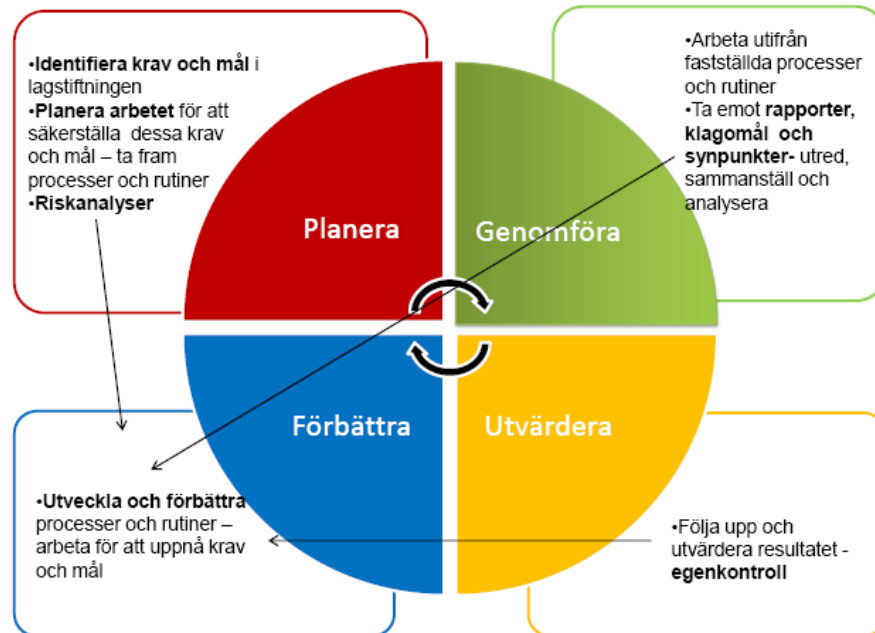
<sup>47</sup> Ibid. 2012:23f

<sup>48</sup> Ibid. 2012:25ff

<sup>49</sup> Ibid. 2012:31

Det systematiska förbättringsarbetet kan beskrivas i enlighet med nedanstående bild.<sup>50</sup>

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.<sup>51</sup>

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.<sup>52</sup>

### 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.<sup>53</sup>

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.

<sup>50</sup> Ibid. 2012:32

<sup>51</sup> Ibid. 2012:26

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

<sup>53</sup> 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.<sup>54</sup>

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.<sup>55</sup>

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.<sup>56</sup>

## 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.<sup>57</sup>

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.<sup>58</sup>

<sup>54</sup> Ibid. 2012:28

<sup>55</sup> Ibid. 2012:30f

<sup>56</sup> Vägledning – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SKR 2012:16

<sup>57</sup> 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

<sup>58</sup> 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.<sup>59</sup>

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.<sup>60</sup>

### **Handbok om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete**

Socialstyrelsen har publicerat en handbok när det gäller hur vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete enl. HSLFS 2017:40 ska tillämpas.<sup>61</sup> 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.<sup>62</sup>

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.<sup>63</sup>

---

<sup>59</sup> Ibid. 2012:34

<sup>60</sup> Ibid. 2012:35

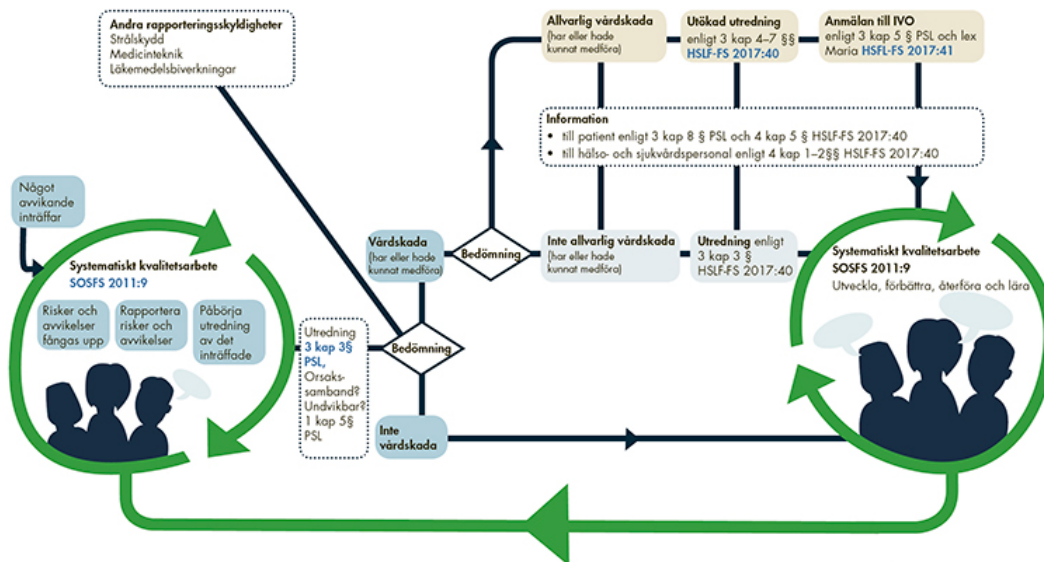
<sup>61</sup> Socialstyrelsen: Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete - Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete, 2019

<sup>62</sup> Ibid. 2019:23

<sup>63</sup> 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.<sup>64</sup>

### 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.<sup>65</sup>

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

<sup>65</sup> 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.<sup>66</sup>

*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.<sup>67</sup>

### **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.<sup>68</sup>

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.<sup>69</sup>

Varje år i november fastställer Kommunfullmäktige det finansiella utrymmet för staden samt nämndernas ekonomiska tilldelning. Målstyrningen i budgeten utgår från det kommunala uppdraget (samhällsutvecklare 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.<sup>70</sup>

I Styr- och ledningssystemet anges även Borås Stads planerings- och uppföljningsprocess.<sup>71</sup>

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

<sup>67</sup> Borås Stad, reglemente för Sociala omsorgsnämnden, 2019-09-29, 1 §

<sup>68</sup> Borås Stad, Styr- och ledningssystem, 2022-03-24:4

<sup>69</sup> Ibid. 2022:5

<sup>70</sup> Ibid. 2022:8f

<sup>71</sup> Ibid. 2022:9ff



## Plan – Ledningssystem för kvalitetsarbete

Kommunfullmäktige fattade 27 april 2017 beslut om styrdokumentet Plan – Ledningssystem för kvalitetsarbete.<sup>72</sup> 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 äldreförvaltningen 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.<sup>73</sup>

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.<sup>74</sup>

*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.

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

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

<sup>74</sup> 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 vårdsmverkan. 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.<sup>75</sup>

*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.<sup>76</sup>

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

<sup>76</sup> 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.<sup>77</sup>

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.<sup>78</sup> Avsnittet omfattar även genomförande av riskanalyser för att förebygga oönskade händelser och hur olika former av avvikelser ska rapporteras och hanteras.<sup>79</sup>

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.<sup>80</sup> Verksamheterna ska även utgå från nedan processkarta för egenkontroll.

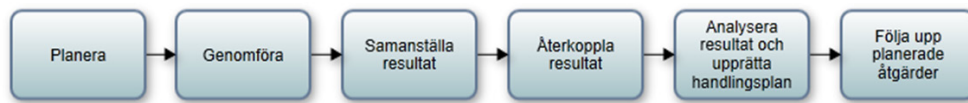
<sup>77</sup> Borås Stad, ALF/IFO/SOF/VÄF HB 5626, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2021:7

<sup>78</sup> Ibid. 2021:8

<sup>79</sup> Ibid.

<sup>80</sup> 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.<sup>81</sup>

### **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.<sup>82</sup>

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.<sup>83</sup>

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

<sup>81</sup> Ibid. 2021:13ff

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

<sup>83</sup> 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.<sup>84</sup>

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.<sup>85</sup>

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

<sup>85</sup> 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 (samhällsorientering och mottagning).<sup>86</sup>

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:<sup>87</sup>

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

<sup>86</sup> Borås Stad, Canea One: Processområden 3.4.3 Arbetsmarknad och sysselsättning och 3.4.4 Integration

<sup>87</sup> 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 SGIO, 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.<sup>88</sup> 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.

## Riskanalyser

Det framgår av Arbetslivsnämndens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021 att nämnd eller förvaltning inte genomförde några dokumenterade riskanalyser för 2021.<sup>89</sup> 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.

<sup>88</sup> Borås Stad, Arbetslivsförvaltningen: Process för arbetsterapeutiska utredningar Återbruk, 2023

<sup>89</sup> 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.<sup>90</sup> 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.<sup>91</sup>

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.

<sup>90</sup> Ibid

<sup>91</sup> 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 äldreförvaltningen. I processerna finns koppling till ca 40 olika instruktioner eller andra stödjande dokument för olika arbetsmoment i processerna<sup>92</sup>

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.<sup>93</sup>

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.<sup>94</sup> 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.

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

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

<sup>94</sup> 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.<sup>95</sup>

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.<sup>96</sup>

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.<sup>97</sup> 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.<sup>98</sup> I övrigt finns ingen egentlig samordning mellan de olika systemen uppger intervjuade.

<sup>95</sup> Ibid. 2022:9f

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

<sup>97</sup> Borås Stad, Arbetslivsnämnden: Riskanalys 2022:2

<sup>98</sup> 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.<sup>99</sup> 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.<sup>100</sup>

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.<sup>101</sup> Det finns inte någon delegation som rör arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.<sup>102</sup>

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.

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

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

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

<sup>102</sup> 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.<sup>103</sup> 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.*<sup>104</sup>

<sup>103</sup> Socialstyrelsen: Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter, 2022

<sup>104</sup> 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.<sup>105</sup> 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.<sup>106</sup> 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.<sup>107</sup> 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 faderskapsföräldraskapsärenden* 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.<sup>108</sup> 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 namnärenden* 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.

<sup>105</sup> 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

<sup>106</sup> Ibid: PRK-5196 IFO-FR Att genomföra samarbetsamtal, 2020-07-27

<sup>107</sup> 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

<sup>108</sup> 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.*<sup>109</sup> Det finns även en gemensam portal med vägledning om sammantaget ca 56 olika bedömningsinstrument för legitimerad personal, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor.<sup>110</sup> Dessutom finns ytterligare två vägledande portaler med ca 18 olika typer av stödjande dokument när det gäller informationsmaterial till patient och dokumentation.<sup>111</sup>

<sup>109</sup> 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

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

<sup>111</sup> 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.<sup>112</sup>

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

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.<sup>114</sup>

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

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.<sup>116</sup>

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

<sup>112</sup> 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.

<sup>113</sup> 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

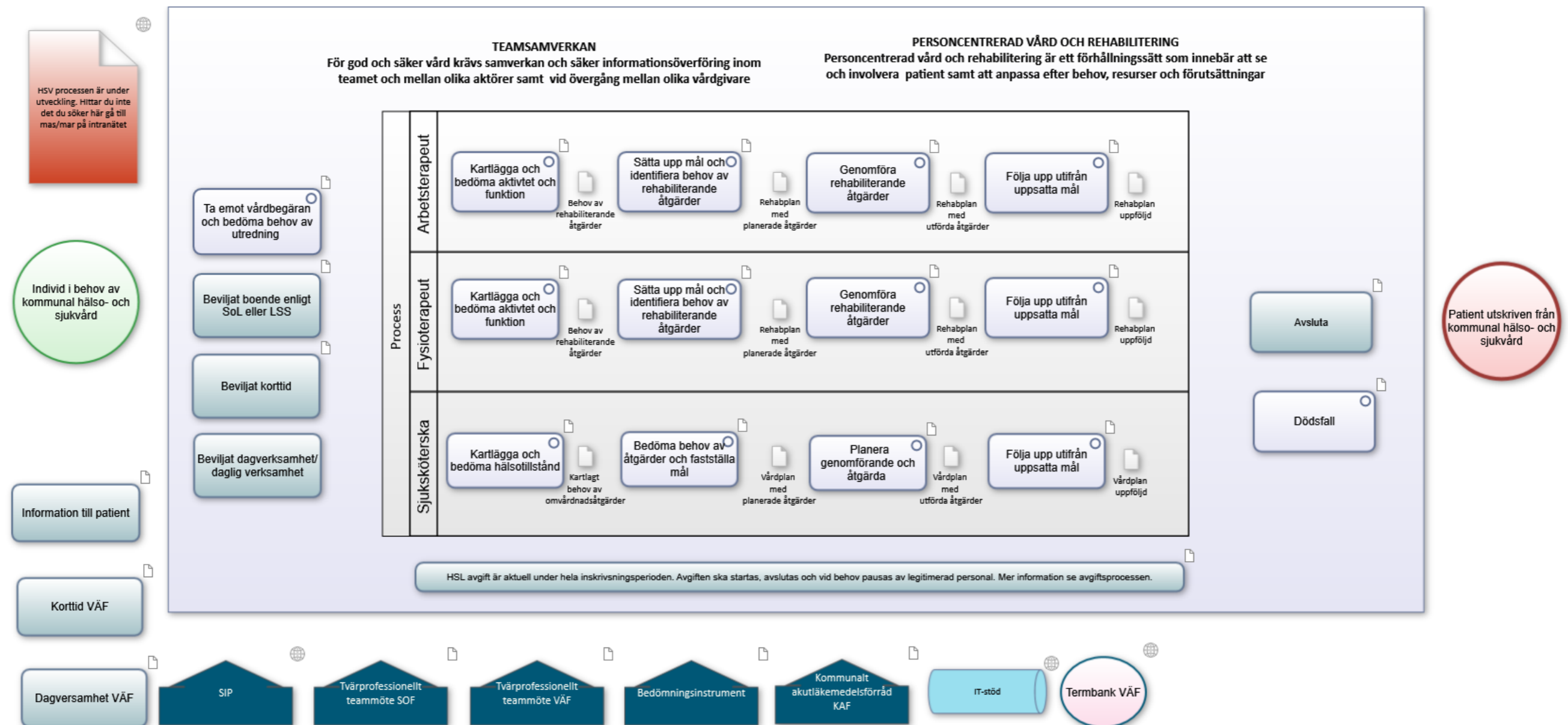
<sup>114</sup> Ibid. PRK-6313 IFO/SOF/VÄF HSV Ta emot vårdbegäran från annan vårdgivare, 2023-01-03. PRK-4992 IFO/SOF/VÄF HSV Planering mellan kommunal hälso- och sjukvård, slutenvården och regional öppenvård, gäller patienter som redan är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården, 2023-01-12. 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

<sup>115</sup> 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

<sup>116</sup> 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.<sup>117</sup>

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:<sup>118</sup>

- 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.<sup>119</sup> 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.

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

<sup>118</sup> Ibid. 2022:14f

<sup>119</sup> 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.<sup>120</sup>

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.<sup>121</sup>

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.<sup>122</sup> 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.

<sup>120</sup> 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

<sup>121</sup> 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

<sup>122</sup> 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.<sup>123</sup>

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.

---

<sup>123</sup> 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.<sup>124</sup>

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.<sup>125</sup> 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.<sup>126</sup>

## 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.

<sup>124</sup> 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

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

<sup>126</sup> 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.<sup>127</sup>

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.<sup>128</sup>

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.<sup>129</sup>

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.

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

<sup>128</sup> Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: Delegationsordning 2021-12-13

<sup>129</sup> 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.<sup>130</sup>

<sup>130</sup> 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.<sup>131</sup>

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.<sup>132</sup>

Avseende området *verkställighet LSS* finns sammantaget åtta underliggande processer.<sup>133</sup> I processerna finns 14 särskilt beskrivna underliggande- eller delprocesser.<sup>134</sup> Till tre av processerna finns särskilda översiktbilder med genvägar till stödjande dokument.<sup>135</sup> 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.<sup>136</sup> 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.<sup>137</sup> Processen avseende kontaktperson jml. SoL har samma processbeskrivning som jml. LSS.<sup>138</sup> Till en av processerna finns en särskilt beskriven delprocess.<sup>139</sup> Till två av processerna finns särskilda översiktbilder med genvägar till stödjande dokument.<sup>140</sup> 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.

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

<sup>131</sup> 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

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

<sup>133</sup> 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

<sup>134</sup> 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.

<sup>135</sup> Ibid. PRK-5229-v.3.0 SOF Översiktbild-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 Översiktbild-Serviceboendestäder, 2022-02-09

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

<sup>137</sup> 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

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

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

<sup>140</sup> Ibid. PRK-5228-v.4.0 SOF Översiktbild-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.<sup>141</sup> 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.<sup>142</sup> I Canea One finns en gemensam startsida för Sociala omsorgsförvaltningen och Vård- och äldreförvaltningen (se bild 6).<sup>143</sup> 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.*<sup>144</sup> Det finns även en gemensam portal med vägledning om sammantaget ca 56 olika bedömningsinstrument för legitimerad personal, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor.<sup>145</sup> Dessutom finns ytterligare två vägledande portaler med ca 18 olika typer av stödjande dokument när det gäller informationsmaterial till patient och dokumentation.<sup>146</sup>

<sup>141</sup> 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

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

<sup>143</sup> PRK-5503-v.33.0 SOF/VÄF Startside Hälso- och sjukvård, 2023-01-13

<sup>144</sup> 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

<sup>145</sup> Ibid. PRK-7234 IFO/SOF/VÄF HSV Bedömningsinstrument, 2023-01-09

<sup>146</sup> 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.<sup>147</sup>

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

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.<sup>149</sup> 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.<sup>150</sup>

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.<sup>151</sup>

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

<sup>147</sup> 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

<sup>148</sup> 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

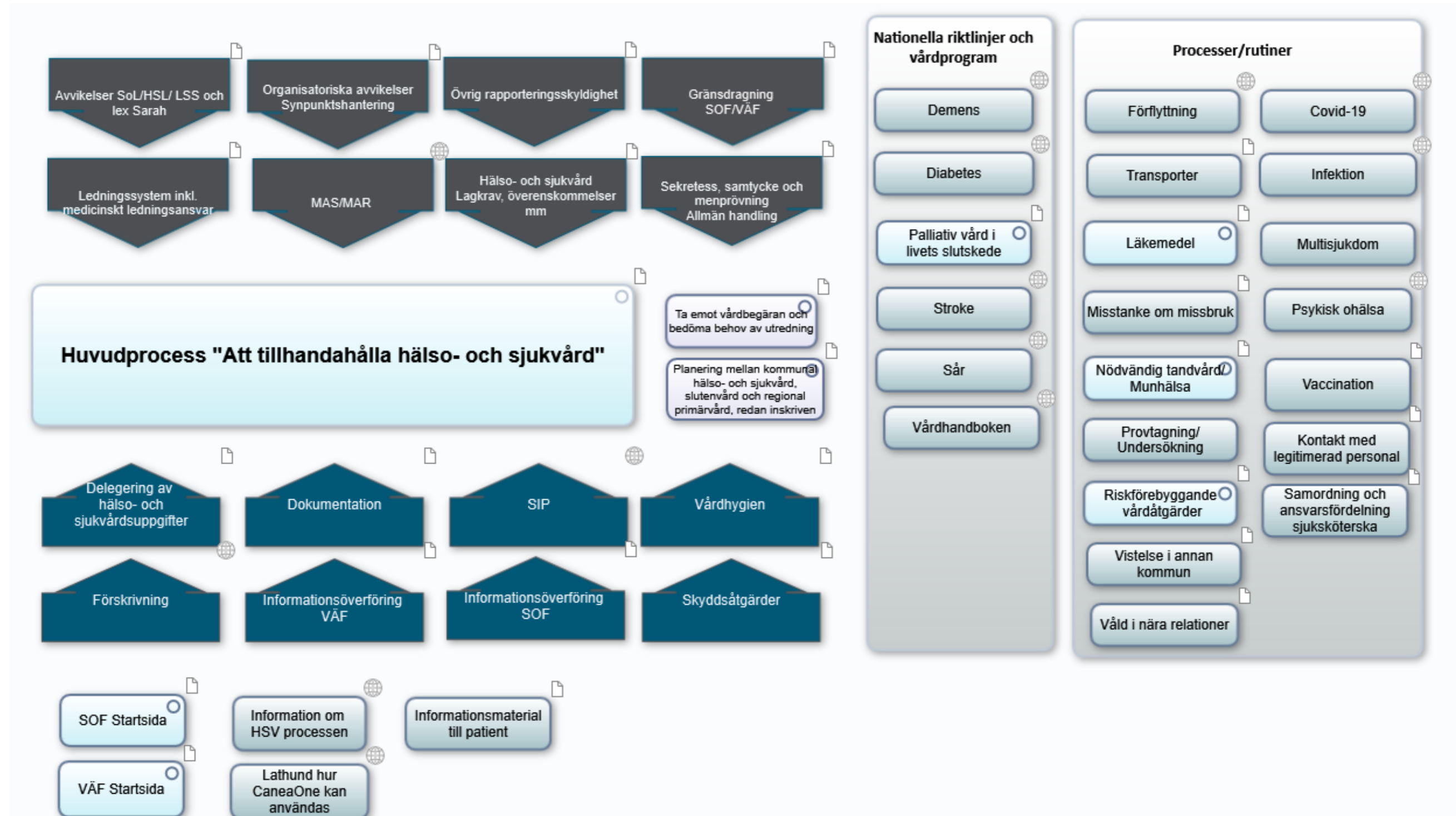
<sup>149</sup> Ibid. PRK-6313 IFO/SOF/VÄF HSV Ta emot vårdbegäran från annan vårdgivare, 2023-01-03. PRK-4992 IFO/SOF/VÄF HSV Planering mellan kommunal hälso- och sjukvård, slutenvården och regional öppenvård, gäller patienter som redan är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården, 2023-01-12. 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

<sup>150</sup> 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

<sup>151</sup> 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.

### Riskanalyser

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

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

I berättelsen framgår inte hur många riskanalyser som genomförts eller vilka riskminimerande eller förbättrande åtgärder riskanalyserna 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.<sup>153</sup>

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

<sup>153</sup> 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.<sup>154</sup>

- 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
- Vårдинventering
- 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.

<sup>154</sup> 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.<sup>155</sup>

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.<sup>156</sup> 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.<sup>157</sup>

I Sociala omsorgsnämndens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2021 redogörs för inrapporterade avvikelser och dess innehåll. Under 2021 registrerades 15 avvikelser i vårdssamverkan 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.<sup>158</sup>

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.<sup>159</sup>

<sup>155</sup> 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

<sup>156</sup> 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

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

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

<sup>159</sup> 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 en 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.<sup>160</sup>

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.<sup>161</sup>

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.<sup>162</sup>

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

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.

<sup>160</sup> Ibid. kap. 5.2, 5.4 och 5.5

<sup>161</sup> Ibid. 5ff

<sup>162</sup> Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: Uppföljning av utförare av kommunal verksamhet, 2022

<sup>163</sup> 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 tertialuppföljningar, 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.<sup>164</sup>

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.<sup>165</sup>

<sup>164</sup> Borås Stad, Sociala omsorgsnämnden: Plan för intern kontroll, 2022:2

<sup>165</sup> 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.<sup>166</sup> 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.<sup>167</sup> 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.<sup>168</sup> Det finns även ett samverkansdokument som avser placerade barns skolgång.<sup>169</sup>

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.<sup>170</sup>

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.

<sup>166</sup> Se kap. 2.9

<sup>167</sup> Borås Stad, Canea One: 3.7.0.10 Samordning och samverkan kring enskild

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

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

<sup>170</sup> 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](mailto:revisionskontoret@boras.se)  
**Webbplats** [boras.se/stadsrevisionen](http://boras.se/stadsrevisionen)



Amira Peljto Sirriyeh  
HandläggareDatum  
2023-05-23Instans  
**Individ och familjeomsorgsnämnden**  
Dnr IFON 2023-00051 1.2.3.0

## Revisionsrapport - Delegationsbeslut i Borås Stad

### Individ och familjeomsorgsnämndens beslut

Individ- och familjeomsorgsnämnden godkänner de planerade åtgärderna med anledning av Stadsrevisionens rapport om delegationsbeslut i Borås stad.

### Sammanfattning (Ärendet i sin helhet)

Stadsrevisionen har granskat hanteringen av delegationsbeslut i Borås stads nämnder.

Stadsrevisionen har identifierat ett antal förbättringsområden för IFO och svar på planerade åtgärder ska lämnas till Stadsrevisionen senast den 31 maj 2023.

### Vad som framkommit och planerade åtgärder

- 1.) Ur rapporten framgår att IFO bör ta med hantering av anmälan av delegationsbeslut till nämnd i nämndens intern kontroll.  
**Åtgärd:** Detta är nu åtgärdat och risken finns numera i IFOs intern kontroll.
- 2.) Ur rapporten framgår att IFO bör se över rutinen för anmälningsärenden.  
**Åtgärd:** Detta är åtgärdat i den del som avser utskottsprocessen genom att rutinen förtydligats. Ur rutinen framgår även hur nämndsekreteraren ska hantera anmälda beslut och hur de ska anmälas till nämnd. En åtgärd kvarstår och den avser anmälan av delegationsbeslut avs. Lex Sarah. Enheten för socialadministratörer kommer ta fram förslag på hur dessa beslut på bästa sätt anmäls till nämnd. Utgångspunkten är att de ska anmälas precis som alla andra delegationsbeslut i individärenden; d.v.s. till utskott och sedan till nämnd. Förtydligande kring detta planeras införas under våren 2023.
- 3.) I rapporten anmärks det vidare på att dokumenterade rutiner för hur kännedom om delegationsordningen sprids, saknas inom förvaltningen.  
**Åtgärd:** Detta är åtgärdat då det numera finns en rutin upprättad kring hur kännedom om ändringar i delegationsordningen ska kommuniceras ut i förvaltningen. Ur rutinen framgår också att delegationsordningen bör ingå som en punkt i alla introduktioner, även på de enheter som inte direkt berörs av delegationsbeslut. Detta för att öka förståelsen för den politiskt styrda organisation som IFO är. Ytterligare planerad åtgärd med anledning av rapporten är att öka kunskap och kännedom om delegationsordningen genom att delegationsordningen läggs in i årshjulet för kvalitetsarbetet. Detta kommer att arbetas vidare med under hösten 2023.

- 4.) Det har också uppdagats att vad som står under rubriken ”Anmälan av delegationsbeslut”, på sid. 8 i delegationsordningen inte stämmer överens med arbetssättet för IFO. Delegationsordningen planeras således att ändras enligt nedanstående. Detta framgår dock inte ur rapporten utan identifierades av personal inom IFO.

<b>Nuvarande formulering i delegationsordningen</b>	<b>Föreslagen ny formulering i delegationsordningen</b>
Beslut som fattas med stöd av delegation ska <b>anmälas till förvaltningschef</b> , som anmäler till nämnd.	Beslut som fattas med stöd av delegation <b>ska anmälas till utskott</b> , som anmäler till nämnd.

Ändringen kommer att tas upp i nämnd för beslut.

### **Beslutsunderlag**

1. Stadsrevisionens rapport ”Delegationsbeslut i Borås stad”

### **Samverkan**

Ärendet har samverkats vid möte med de fackliga organisationerna 2023-05-18.

### **Beslutet expedieras till**

1. Revisionskontoret. [SRE.diarium@boras.se](mailto:SRE.diarium@boras.se)
2. Berörd personal inom Individ- och familjeomsorgsförvaltningen

Maria Hyllstam  
Ordförande

Hans Abrahamson  
Förvaltningschef

# Delegationsbeslut i Borås Stad

Stadsrevisionen • Borås

**Rapportsammandrag**

2023-02-27

20  
23

Stadsrevisionen har granskat hanteringen av delegationsbeslut i Borås Stads nämnder. Granskningens huvudsakliga syfte är att granska om nämndernas hantering av delegationsbeslut är ändamålsenlig och bedrivs med en tillräcklig intern kontroll.

Nämnderna har inom ramen för sin förvaltande verksamhet en självständig beslutanderätt, men får enligt kommunallagen 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. Om inte nämnden beslutat att vissa delegationsbeslut inte ska anmälas till nämnden, utan istället protokollföras särskilt, ska de anmälas till nämndens nästkommande möte. På så vis är återkopplingen av beslut fattade på delegation inte bara en laglig nödvändighet men även en förutsättning för den demokratiska förankringen i beslutsfattandet hos den kommunala förvaltningen.

Granskningen visar att nämnderna, förutom Krisledningsnämnden, antagit en aktuell delegationsordning i vilket det framgår vem som får fatta beslut och vad delegaten får fatta beslut om. Delegationsordningarna omfattar i de flesta fall information om och hur beslut ska anmälas till nämnden. Stadsrevisionens bedömning är med utgångspunkt i granskningsresultaten att de granskade nämndernas hantering av delegationsbeslut i huvudsak är ändamålsenlig och bedrivs med en tillräcklig intern kontroll. Stadsrevisionens har dock identifierat förbättrings- och utvecklingsområden för flera av nämnderna.

I delegationsordningen för Fritids- och folkhälsonämnden, Kultur- och fritidsnämnden, Sociala omsorgsnämnden och Överförmyndarnämnden är det inte tydligt angivet för samtliga beslut huruvida de ska anmälas till nämnden eller ej, vilket lämnar det åt beslutsfattare att tolka hur eller om beslutet behöver anmälas till nämnd. Nämnderna bör enligt Stadsrevisionens bedömning klargöra för samtliga beslut i delegationsordningen huruvida de ska anmälas till nämnd eller inte.

Beslut som anses vara verkställighet, beslut som inte ska/får delegeras och vissa beslut som fattas med stöd av viss speciallagstiftning behöver inte tas upp i en delegationsordning. Visserligen finns inget som hindrar en delegationsordning att lista fler beslut än de som ska delegeras, men det kan bidra till oklarhet för beslutsfattare i anmälningshänseende.

Granskningen visar att delegationsordningarna för Arbetslivsnämnden, Förskolenämnden, Fritids- och folkhälsonämnden, Grundskolenämnden, Gymnasievuxenutbildningsnämnden, Lokalförsörjningsnämnden, Kultur- och fritidsnämnden, Servicenämnden, Sociala omsorgsnämnden och Tekniska nämnden innehåller beslut som troligen faller under verkställighet, beslut som inte ska/får delegeras och/eller beslut som fattas med stöd av viss speciallagstiftning. Nämnderna bör enligt Stadsrevisionens bedömning förtydliga sin delegationsordning så det tydligt framgår om beslut är delegerade, kategoriseras som verkställighet eller hänför sig till viss speciallagstiftning som inte behöver anmälas.

Granskningen visar att endast sex av 18 förvaltningar har dokumenterade rutiner för anmälan av delegationsbeslut och endast tre förvaltningar har dokumenterade rutiner avseende kontroll för att säkerställa att alla delegationsbeslut är anmälda. Ingen förvaltning har dokumenterade rutiner för att säkerställa att delegationsordningen är känd för beslutsfattare inom förvaltningen. Det är dock viktigt att påpeka att samtliga förvaltningar kan redogöra för sina arbetssätt och arbetsrutiner för anmälan av delegationsbeslut. I vissa av förvaltningarna fattas majoriteten av de delegerade besluten inom ärendehanteringssystem ur vilka listor skapas och anmäls till nämnden. I verksamheter där det fattas många delegationsbeslut i olika delar av organisationen riskerar avsaknad av rutiner för utdrag, uppsamling och rapportering inför nämndens sammanträden, att medföra att vissa beslut inte rapporteras som de ska. Vilket i sin tur kan leda till konsekvenser när det gäller laglighet och överklagandeprocessen. Det finns även en risk för att enheter som fattar få beslut på delegation inte känner till delegationsordningen och kravet på anmälan av beslut till nämnden. Detta kan då leda till att dessa inte hanteras på ett lagenligt sätt. Granskningen har uppdagat situationer där risken är stor för att detta har inträffat.

Granskningen visar vidare på att endast åtta av 18 nämnder har beaktat risken med hanteringen av delegationsbeslut i nämndens riskanalys för 2022. I dessa riskanalyser har dock riskbedömningen varit sådan att risken inte tagits med i den interna kontrollplanen. Stadsrevisionens bedömning är, med utgångspunkt i granskningsresultaten, att Förskolenämnden, Grundskolenämnden, Individ- och familjeomsorgsnämnden, Kultur- och fritidsnämnden, Lokalförsörjningsnämnden, Samhällsbyggnadsnämnden, Servicenämnden, Sociala omsorgsnämnden och Vård- och äldreomsorgsnämnden bör förbättra den interna kontrollen genom att uppmärksamma hanteringen av delegationsbeslut i nämndens riskanalys.

Krisledningsnämnden har inte upprättat någon aktuell delegationsordning. Nämnden har ingen ordinarie verksamhet och behöver på så vis inte rapportera delegationsbeslut löpande. Det finns inte heller någon delegationsordning som avser när Krisledningsnämnden är aktiverad och har löpande uppgifter samt eventuellt har tagit över beslutsansvar från andra nämnder. Kommunstyrelsen och Krisledningsnämnden rekommenderas att se över Krisledningsnämndens behov av delegationsordning när nämnden är aktiverad.

### *Sammanfattande bedömning*

Granskningen visar att nämnderna antagit en aktuell delegationsordning i vilket det framgår vem som får fatta beslut och vad delegaten får fatta beslut om. Delegationsordningarna omfattar i de flesta fall information om och hur beslut ska anmälas till nämnden. Stadsrevisionens bedömning är med utgångspunkt i granskningsresultaten att de granskade nämndernas hantering av delegationsbeslut i huvudsak är ändamålsenlig och bedrivs med en tillräcklig intern kontroll. Stadsrevisionens har dock identifierat förbättrings- och utvecklingsområden för flera av nämnderna.

Vissa granskade nämnder bör bl.a. klargöra tydligare i delegationsordningen huruvida besluten ska anmälas till nämnd eller inte. Några nämnder bör förtydliga sin delegationsordning så det tydligt framgår om besluten är delegationsbeslut, om det är verkställighetsbeslut eller andra typer av beslut som inte behöver anmälas. Flera av nämnderna kan även förbättra den interna kontrollen genom att uppmärksamma hanteringen delegationsbeslut i nämndens riskanalys inför upprättande av plan för intern kontroll under kommande år. En del av nämnderna bör även överväga att upprätta skriftliga rutiner när det gäller anmälan av delegationsbeslut och se över hur kunskapen om delegationsordningen kan öka i verksamheterna. Kommunstyrelsen och Krisledningsnämnden rekommenderas att se över Krisledningsnämndens behov av delegationsordning när nämnden är aktiverad.



BORÅS  
STAD

## STADSREVISIONEN

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

# Delegationsbeslut i Borås Stad

Stadsrevisionen. Borås

**Rapport**

Samuel Kaufman  
Andreas Ekelund

20  
23

# Innehållsförteckning

<b>1 PROJEKTBESKRIVNING</b>	<b>3</b>
1.1 Bakgrund	3
1.2 Syfte och frågeställning	4
1.3 Avgränsningar	4
1.4 Revisionskriterier	4
1.5 Resurser/granskningsansvariga	4
1.6 Metod	4
<b>2 GRANSKNINGSRESULTAT</b>	<b>5</b>
2.1 Utgångspunkter och definitioner	5
2.2 Delegationsordningar och rutiner hos Borås Stads nämnder	7
2.2.1 Arbetslivsnämnden	7
2.2.2 Fritids- och folkhälsonämnden	7
2.2.3 Förskolenämnden	8
2.2.4 Grundskolenämnden	8
2.2.5 Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden	9
2.2.6 Individ- och familjeomsorgsnämnden	9
2.2.7 Kommunstyrelsen	9
2.2.8 Krisledningsnämnden	10
2.2.9 Kulturnämnden	10
2.2.10 Lokalförsörjningsnämnden	10
2.2.11 Miljö- och konsumentnämnden	11
2.2.12 Samhällsbyggnadsnämnden	11
2.2.13 Servicenämnden	11
2.2.14 Sociala omsorgsnämnden	12
2.2.15 Tekniska nämnden	12
2.2.16 Valnämnden	12
2.2.17 Vård- och äldrenämnden	13
2.2.18 Överförmyndarnämnden	13
2.2.19 Verksamhetssystem	14
2.2.20 Sammanfattning	15
<b>3 STADSREVISIONENS BEDÖMNINGAR</b>	<b>17</b>
<b>4 KÄLLFÖRTECKNING</b>	<b>19</b>
<b>BILAGA 1. ENKÄT – DELEGATIONSBSLUT I BORÅS STAD</b>	<b>22</b>



# 1 Projektbeskrivning

## 1.1 Bakgrund

Frågor om kommunal delegation beskrivs på flera ställen i kommunallagen (KL). Grundläggande är att kommunfullmäktige, enligt 5 kap. 2 § KL, får uppdra en nämnd att i fullmäktiges ställe besluta i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

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:

1. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
2. framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats,
3. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
4. ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden, eller
5. ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

Bakgrunden till förbudet är att man 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. Enligt 7 kap. 8 § KL ska nämnden besluta om i vilken utsträckning beslut som har fattats med stöd av uppdrag enligt 5 och 6 §§ ska anmälas till den. Beslut som inte anmäls ska protokollföras särskilt, om beslutet får överklagas enligt bestämmelserna i 13 kap. KL.

Stadsrevisionen granskade under 2020 beslutsgången i två ärenden som var aktuella i två av stadens nämnder. Granskningarna visade bl.a. att nämnderna behövde säkerställa att beslut fattas på ett behörigt sätt när det gäller verksamhetens inriktning, omfattning eller kvalitet.

## 1.2 Syfte och frågeställning

Granskningens syfte är att granska att nämndernas hantering av delegationsbeslut är ändamålsenlig och bedrivs med en tillräcklig intern kontroll.

Huvudsakliga frågeställningar är:

- Har nämnden antagit en aktuell delegationsordning?
- Har nämnden fastställt vilka delegationsärenden som ska rapporteras till nämnden?
- Har nämnden en rutin för tillkännagivanden av delegationsbeslut som inte ska anmälas till nämnden?
- Är Kommunstyrelsen och nämndernas delegationsbestämmelser tydligt utformade och i enlighet med kommunallagens krav?
  - Är delegationsordningarna tydliga vad avser vem som får fatta beslut?
  - Är delegationsordningarna tydliga vad delegaten får fatta beslut om?
  - Är delegationsordningarna tydliga avseende hur besluten skall anmälas?
- Fattas delegationsbeslut i styrelse/nämnd enlighet med gällande delegationsordning?
- Hur säkerställer nämnden att delegationsordningen är känd för beslutsfattare inom förvaltningen?
- Finns det dokumenterade rutiner avseende processen för anmälan av delegationsbeslut?
  - Hur säkerställer nämnden att rutiner för anmälan av delegationsbeslut följs?
  - Hur registreras delegationsbeslut?
- Vilka kontroller genomför nämnd av att samtliga delegationsbeslut anmäls till nämnd?

## 1.3 Avgränsningar

Granskningen avgränsas till att omfatta delegationsbeslut till nämnder.

## 1.4 Revisionskriterier

Revisionskriterier är kommunallagen och andra relevanta styrdokument.

## 1.5 Resurser/granskningsansvariga

Granskningsledare för projektet är Samuel Kaufman och granskningsmedarbetare är Andreas Ekelund.

## 1.6 Metod

Granskningsmetoder är dokumentstudier, enkäter och intervjuer med relevanta tjänstemän inom förvaltningarna.

## 2 Granskningsresultat

### 2.1 Utgångspunkter och definitioner

#### Kommunal delegation

Beslutsfattandet i kommuner är reglerat i kommunallagen. Ett beslut kan fattas i nämnd, styrelse eller på delegation. Delegation innebär att nämnden har delegerat till annan att fatta beslut i nämndens namn och med nämndens ansvar för beslutet.

Delegeringens initiala syfte var att avlasta nämnderna i främst rutinärenden. Sedan 1991 års kommunallag vidgades det delegeringsbara området. Nämnderna får sedan dess själva besluta om delegering inom de ramar som lagen anger. Om nämnden vill delegera sin beslutanderätt ska den klart ange vilken beslutanderätt som delegeras och till vem beslutanderätten överläts. Delegeringen kan framgå av en förteckning eller av särskilt beslut.

Kommunallagen (2017:725) 2 § 5 kap. anger att:

*Fullmäktige får uppdra åt en nämnd att i fullmäktiges ställe besluta i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. Ärenden som anges i 1 § första stycket eller som enligt lag eller annan författning ska avgöras av fullmäktige får dock inte delegeras till nämnderna.*

Detta gäller dock inte ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för kommunen. Exempel på detta är:

1. mål och riktlinjer för verksamheten,
2. budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor,
3. nämndernas organisation och verksamhetsformer,
4. val av ledamöter och ersättare i nämnder och beredningar,
5. val av revisorer,
6. grunderna för ekonomiska förmåner till förtroendevalda,
7. årsredovisning och ansvarsfrihet,
8. folkomröstning i kommunen eller regionen, och
9. extra val till fullmäktige.

I 37 § 6 kap. kommunallagen anges att:

*nämnd får delegera beslutanderätten till presidiet, ett utskott, en ledamot, en ersättare eller en automatiserad beslutsfunktion 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 §§.*

Enligt 38 § 6 kap. kommunallagen får beslutanderätten dock inte delegeras när det gäller

1. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
2. framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats,
3. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
4. ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden, eller
5. ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

Beslutanderätten får inte heller delegeras till en automatiserad beslutsfunktion när det gäller

1. ärenden där beslut överklagas enligt bestämmelserna i 13 kap.,
2. ärenden där beslut enligt lag eller annan författning inte får överklagas,
3. ärenden om upphandling, eller
4. ärenden om valfrihetssystem.  
Lag (2022:638).

I 39 § 6 kap. kommunallagen får också en nämnd:

*uppdra åt ordföranden, eller en annan ledamot som nämnden har utsett, att besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas.*

Enligt 41 § i samma lag, får en nämnds beslutanderätt enligt 37 § också delegeras till ett utskott. Ett utskott kan också ha till uppgift att bereda nämndens ärenden.

I kommunallagens 7e kapitel finns bestämmelser om delegering till kommunens anställda. Enligt 5 § 7 kap. får en nämnd uppdra åt en anställd hos kommunen eller regionen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden, dock inte i de fall som avses i 6 kap. 38 §. I 6 § 7 kap. anges även att om en nämnd med stöd av 5 § uppdrar åt en anställd att besluta på nämndens vägnar, får nämnden ställa upp villkor som innebär att brukarna av nämndens tjänster ska ges tillfälle att lägga fram förslag eller att yttra sig, innan beslutet fattas.

Beslut fattade genom delegerad beslutanderätt enligt 37 § 6 kap., 39 § 6 kap. och 5 § 7 kap. ska enligt 40 § 6 kap. anmälas till nämndens nästa sammanträde.

En nyhet i kommunallagen mot tidigare lag är att nämnderna ska, enligt 8 § 7 kap., besluta om i vilken utsträckning beslut som har fattats med stöd av delegation ska anmälas till nämnden. Den obligatoriska anmälningsskyldigheten som tidigare gällde har därmed upphört att gälla. Delegationsbeslut som inte anmäls ska dock protokollföras särskilt om beslutet får överklagas genom laglighetsprövning. Sådana beslut ska tillkännages på den kommunala anslagstavlan.

I praktiken innebär det att nämnder ska:

- Besluta om hur nämnden delegerar beslutanderätten till utskott, ordföranden, en annan ledamot eller anställda.
- Fatta beslut om vilka av de beslut som har fattats med stöd av delegation ska anmälas till nämndens nästkommande sammanträde.
- I de fall inte alla beslut anmäls till nämnden upprätta särskilda protokoll för de beslut som får överklagas genom laglighetsprövning. Sådana protokoll ska även tillkännages på den kommunala anslagstavlan.

## 2.2 Delegationsordningar och rutiner hos Borås Stads nämnder

Nedan följer en redogörelse över nämndernas hantering av delegationsbeslut. Redogörelsen grundar sig i svar på enkäten (bilaga 1) som skickats ut till samtliga förvaltningar, dokumentstudier och i vissa fall intervjuer med tjänstepersoner vid förvaltningarna.

### 2.2.1 Arbetslivsnämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom nämnden inte fastställt vilka beslut som inte skall rapporteras. Nämnden har inga dokumenterade rutiner avseende processen för anmälan av delegationsbeslut. Förvaltningen uppger i enkäten att man inte har någon rutin för att säkerställa att delegationsordningen är känd för beslutsfattare inom förvaltningen. Det finns dock information om delegationsordningen för anställningsintroduktionen samt att delegationsordningen finns tillgänglig via intranätet. I enkätsvaret uppger förvaltningen att kvalitetskontroller av delegationsbeslut görs på Försörjningsenheten vid utbetalningar av försörjningsstöd men att man inte genomför kontroll för att säkerställa att samtliga delegationsbeslut anmäls till nämnden.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 2 januari 2023. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt om och hur beslutet ska anmälas till nämnden.

### 2.2.2 Fritids- och folkhälsonämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom nämnden inte fastställt vilka beslut som inte skall rapporteras. Nämnden har inga dokumenterade rutiner avseende processen för anmälan av delegationsbeslut utöver tidsplan för att anmäla ärenden/delegationsbeslut till nämnden. Förvaltningen uppger i enkäten att man inte har någon rutin för att säkerställa att delegationsordningen är känd för beslutsfattare inom förvaltningen utöver en årlig genomgång och revidering vid förvaltningsledningsmötet. Förvaltningen uppger även i sitt svar att området belyses inom riskanalys och ingår i intern kontrollplan vid hög riskbedömning. Stickprov vid tidigare kontroller visade att delegationsordningen följs, varför kontrollmomenten inte ingår i kontrollplan för 2023. Risken bevakas varje år. Förvaltningen genomför inte kontroller för att säkerställa att samtliga delegationsbeslut anmäls till nämnden. Vidare svarar förvaltningen att man inte genomför kontroller för att säkerställa att delegationsordningen följs av beslutsfattare inom förvaltningen. Det finns en implementerad avvikelshantering inom förvaltningen som är ämnad att uppmärksamma alla möjliga avvikelser, bl.a. avvikelser från delegationsordningen. Förvaltningen tar ut delegationslistor var tredje månad med alla delegationsbeslut för perioden i systemen för anmälan till nämnd.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 22 februari 2022. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt, i de flesta fall, hur beslutet ska anmälas. Det saknas beskrivning om hur beslut ska anmälas för ett antal beslut i delegationsordningen vilket lämnar det åt beslutsfattare att tolka hur eller om beslutet behöver anmälas till nämnd.

### 2.2.3 Förskolenämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom nämnden, i delegationsordningen, angett att alla delegerade beslut skall anmälas. Förskoleförvaltningen har inga dokumenterade rutiner avseende processen för anmälan av delegationsbeslut utöver det som anges i delegationsordningen. Förvaltningen uppger att det även finns en intern arbetsrutin för nämndsekreterare där hanteringen av anmälan av delegationsbeslut beskrivs. Förvaltningen uppger i enkäten att man inte har någon dokumenterad rutin för att säkerställa att delegationsordningen är känd för beslutsfattare inom förvaltningen. I korrespondens med tjänstepersoner från förvaltningen framkommer dock att förvaltningsledningen och berörda beslutsfattare är involverade i den årliga revideringen av delegationsordningen. Efter att delegationsordningen reviderats av nämnden informeras chefer via chefsbrevet och vid större förändringar även på chefs-APT.

Förvaltningen uppger att kontroller genomförs inför varje nämndsammanträde i diariesystemet Ciceron för att säkerställa att samtliga delegationsbeslut anmäls till nämnden. När nämndsekreterare diarieför delegationsbeslut sker kontroll av delegationsart och att beslutet har tagits av giltig delegat. Vidare uppger förvaltningen att det genomförs regelbundna avstämningar mellan förvaltningscontroller och förvaltningsledning kring processen att anmäla delegationsbeslut.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 21 december 2021. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt om och hur beslutet ska anmälas.

### 2.2.4 Grundskolenämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom man inte fastställt vilka beslut som inte skall rapporteras. Förvaltningen har en dokumenterad rutin avseende anmälan av delegationsbeslut som ingår i processen för nämndsmöten.<sup>1</sup> Förvaltningen uppger att nya chefer får introduktion i förvaltningens styrdokument där Delegationsförteckningen ingår. I förvaltningens enkätsvar anges att presidiet, i dialog med förvaltningschef, följer upp att delegationsförteckningen är känd i linjeorganisationen samt att man i ledningsgruppen och i områdesledning och andra uppföljningar av verksamheten med chefer följer upp följsamheten mot delegationsordningen. Vid revidering av delegationsförteckningen informeras alla chefer och revideringen publiceras på förvaltningens sida intranätet. Presidiet i dialog med förvaltningschef samt ledningsgruppen och områdesledning följer upp de delegationsbeslut som ska anmälas till nämnden. Det framgår dock att det inte finns dokumenterade rutiner.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 24 januari 2023. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt om och hur beslutet ska anmälas.

<sup>1</sup> Borås Stad, Canea One, RUT-8172-v.1.0 GRN: Redovisning av delegationsbeslut

### 2.2.5 Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom nämnden inte fastställt vilka beslut som inte skall rapporteras. Förvaltningen har en dokumenterad rutin avseende vidaredelegation i vilken anmälan av delegationsbeslut ingår. Rutinen hålls tillgänglig via intranätet. Utöver rutinen på intranätet går förvaltningschefen igenom delegationsordningen vid introduktion. Förvaltningschefen påpekar kontinuerligt för verksamhetscheferna vikten av att anmäla delegationsbeslut till nämnden. Förvaltningen uppger vidare i enkätsvaret att nämndsekreterare/förvaltningscontroller under de senaste två åren träffat samtliga ledningsgrupper och gått igenom anmälningsprocessen av delegationsbeslut. Man uppger även att samtliga beslutsfattare får löpande information om nämndens fastställande och eventuell revidering av delegationsordningen. I nämndens interna kontrollplan finns anmälan av delegationsbeslut med som kontrollpunkt som ska följas upp fyra gånger per år. I den interna kontrollplanen 2023 kommer anmälan om beslut följas upp månadsvis.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 30 augusti 2022. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt om och hur beslutet ska anmälas.

### 2.2.6 Individ- och familjeomsorgsnämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom nämnden angett att alla delegerade beslut skall anmälas i delegationsordningen. Individ- och familjeomsorgsförvaltningen har inga dokumenterade rutiner avseende processen för anmälan av delegationsbeslut utöver en rutin att delegationsbeslut från socialt utskott läggs in i nästkommande nämndsmöte. Förvaltningen uppger i enkäten att delegationsordningen skickas ut till förvaltningens chefer efter varje revidering. Cheferna har i sin tur ansvar att sprida information och kännedom om detta vidare. Vid större förändringar går socialt ansvarig samordnare (SAS) igenom delegationsordningen vid verksamhetsledningsmöte.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 3 januari 2023. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt om och hur beslutet ska anmälas.

### 2.2.7 Kommunstyrelsen

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom nämnden angett att alla delegerade beslut skall anmälas i delegationsordningen. Förvaltningen har en dokumenterad rutin avseende anmälan av delegationsbeslut. Förvaltningen uppger i enkäten att man inte har någon rutin för att säkerställa att delegationsordningen är känd för beslutsfattare inom förvaltningen utöver information vid nyanställning. I enkätsvaret uppger förvaltningen att det i internkontrollplanen avseende 2021 fanns en risk kopplad till delegationsordningen med. Det genomfördes stickprov av Kommunstyrelsens anmälda delegationsbeslut. Där undersöktes bland annat frågan om besluten är korrekt fattade enligt gällande delegationsordning. I arbetet med riskanalys inför 2022 gjordes bedömningen, utifrån tidigare genomförda kontroller som inte visat på avvikelser, att risken inte var tillräckligt för att motivera att den skulle med till intern kontrollplan 2022. Förvaltningen genomför inga kontroller för att säkerställa att samtliga delegationsbeslut anmäls till nämnden.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 16 januari 2023. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt om och hur beslutet ska anmälas. I delegationsordningen framgår även anvisningar t.ex. vissa begränsningar av i beslutsfattandet.

### 2.2.8 Krisledningsnämnden

Nämnden har ingen ordinarie verksamhet eller delegationsordning och rapporterar på så vis inte löpande delegationsbeslut. Det finns inte heller någon delegationsordning som avser när Krisledningsnämnden är aktiverad och har löpande uppgifter samt eventuellt har tagit över beslutsansvar från andra nämnder.

### 2.2.9 Kulturnämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom nämnden angett att alla delegerade beslut skall anmälas i delegationsordningen. Förvaltningen har ingen dokumenterad rutin avseende processen för anmälan av delegationsbeslut men uppgiften finns dokumenterad i tidsplanen för att anmäla ärenden/-delegationsbeslut till nämnden. Förvaltningen uppger i enkäten att förvaltningsledningen genomför en årlig genomgång och revidering av delegationsordningen. Förvaltningen uppger även att området belyses inom ramen för arbetet med den interna kontrollen och det har tidigare funnits med som kontrollmoment i planen. I internkontrollplanen för 2022 ingår momentet inte. Förvaltningen genomför inga kontroller för att säkerställa att samtliga delegationsbeslut anmäls till nämnden men säkerställer särskilt att delegationsbeslut avseende projekt-och arrangemangsbidrag redovisas i en samlad rapport till nämnden under januari varje år.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 16 maj 2022. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt om och hur beslutet ska anmälas. Det framgår i delegationsordningen att ett flertal beslutstyper inte behöver anmälas till nämnden. Vissa av dessa är beslut som behöver delegering, andra rör ren verkställighet.

### 2.2.10 Lokalförsörjningsnämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom nämnden angett att alla delegerade beslut skall anmälas i delegationsordningen.

Förvaltningen har ingen dokumenterad rutin avseende processen för anmälan av delegationsbeslut. Delegationsbeslut finns dock med på listan över ärenden till nämnden som ledningsmötet går igenom före nämndsmöten. Förvaltningen uppger i enkäten att man inte har någon rutin för att säkerställa att delegationsordningen är känd för beslutsfattare inom förvaltningen utöver introduktionen av nya medarbetare samt information vid revideringar. Förvaltningen genomför inga kontroller för att säkerställa att delegationsordningen följs av beslutsfattare inom förvaltningen eller för att säkerställa att samtliga delegationsbeslut anmäls till nämnden.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 13 december 2022. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt, i de flesta fall, hur beslutet ska anmälas. Det saknas beskrivning om hur beslut ska anmälas för ett antal beslut i delegationsordningen vilket lämnar det åt beslutsfattare att tolka hur eller om beslutet behöver anmälas till nämnd.



### 2.2.11 Miljö- och konsumentnämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom nämnden inte fastställt vilka beslut som inte skall rapporteras. Förvaltningen har ingen dokumenterad rutin avseende processen för anmälan av delegationsbeslut. I korrespondens med tjänstepersoner vid förvaltningen framgår att en stor del av delegationsbesluten fattas i ärendehanteringssystemet Ecos. Listor ur det systemet samt listor sammanställda från andra enheter anmäls till nämnden. Förvaltningen uppger i enkäten att kontroller inte genomförs men att stickprov har skett genom tidigare års intern kontroll. Förvaltningen uppger i enkäten att man inte har någon rutin för att säkerställa att delegationsordningen är känd för beslutsfattare inom förvaltningen utöver information om delegationsordningen vid anställningsintroduktionen.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 30 april 2022. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt om och hur beslutet ska anmälas.

### 2.2.12 Samhällsbyggnadsnämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning. Vilka beslut som nämnden valt ska anmälas och när anmälan ska ske framgår delegationsordningen. Det anges även att om det inte framgår hur beslut ska anmälas betyder det att beslutet inte anmäls till nämnden. Om beslutet får överklagas genom laglighetsprövning ska det då istället protokollföras särskilt och anslås på kommunens digitala anslagstavla. Efter korrespondens med tjänstepersoner vid förvaltningen framgår att sådana protokoll inte tas fram varför man får anta att besluten utan angiven anmälan anses vara verkställighetsbeslut.

Förvaltningen har en rutin för anmälan av delegationsbeslut vilken listar hur olika beslut i verksamheten ska anmälas.<sup>2</sup> Majoriteten av förvaltningens delegationsbeslut fattas inom ärendehanteringssystemet ByggR. Förvaltningen uppger i enkäten att man inte har någon rutin för att säkerställa att delegationsordningen är känd för beslutsfattare inom förvaltningen utöver att information om delegationsordningen ingår i rutinen för anställningsintroduktion. Vad gäller övriga delegationsbeslut finns ingen dokumenterad rutin men förvaltningen har en ordning där förvaltningschef, avdelningschefer och enhetschefer påminns genom mejl att anmäla den senaste månadens delegationsbeslut till kommande nämndsammanträde.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 15 december 2022. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt, för de flesta beslut, hur beslutet ska anmälas.

### 2.2.13 Servicenämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom nämnden inte fastställt vilka beslut som inte skall rapporteras. Förvaltningen har ingen dokumenterad rutin avseende processen för anmälan av delegationsbeslut. Förvaltningen uppger i enkäten att man inte har någon rutin för att säkerställa att delegationsordningen är känd för beslutsfattare inom förvaltningen utöver information om delegationsordningen för anställningsintroduktionen. Förvaltningen genomför inga kontroller för att säkerställa att samtliga delegationsbeslut anmäls till nämnden.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 25 januari 2023. I den framgår tydligt vem som får fatta beslut, hur beslutet ska anmälas samt i de flesta fall vad delegaten får fatta beslut om. I vissa fall är formuleringen av beslut oklar vilket kan riskera att beslutsfattare frångår delegationen från nämnden.

<sup>2</sup> Borås Stad, Canea One, RUT-6196-v.3.0 SBF Anmälan av delegationsbeslut

### 2.2.14 Sociala omsorgsnämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom nämnden inte fastställt vilka beslut som inte skall rapporteras. Förvaltningen uppger att det finns rutiner om hur delegationsbeslut ska hanteras i ärendehanteringssystemet Viva och Canea. Förvaltningen uppger vidare att förvaltningen säkerställer att delegationsordningen är känd för beslutsfattare genom introduktion för beslutsfattare i förvaltningen. Det är en ständigt aktuell del av arbetet inom myndighetsutövningen. Förvaltningen har inga dokumenterade rutiner för kontroll för att säkerställa att delegationsordningen följs eller att alla delegationsbeslut återrapporteras men anger att detta bevakas inom ramen för arbete med nämndadministration.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 30 januari 2023. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt hur beslutet ska anmälas. Det saknas dock beskrivning om hur beslut ska anmälas för ett par beslut i delegationsordningen vilket lämnar det åt beslutsfattare att tolka hur eller om beslutet behöver anmälas till nämnd.

### 2.2.15 Tekniska nämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom nämnden inte fastställt vilka beslut som inte skall rapporteras. Förvaltningen har ingen dokumenterad rutin avseende processen för anmälan av delegationsbeslut. I enkätsvaret anger förvaltningen att delegationsordningen revideras minst en gång per år och diskuteras i samband med revideringen inom ledningsgruppen och andra grupperingar. Förvaltningen genomför stickprovskontroller för att säkerställa att delegationsordningen följs av beslutsfattare. I enkätsvaret uppges även att delegationsärenden går igenom i olika utsträckning vid nämnd-sammanträden och att man då skulle kunna konstatera saknade beslut. Detta har dock inte påträffats under de senaste tre åren.

Nämnden belyser området genom att ha med risk om att delegationsordningen inte följs vilket i så fall leder till felaktigt beslutsfattande. Risken hade en låg riskbedömning och togs inte med i den interna kontrollplanen för 2022.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 29 januari 2020. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt, i vissa fall, hur beslutet ska anmälas. Det saknas beskrivning om hur beslut ska anmälas för ett stort antal beslut i delegationsordningen vilket lämnar det åt beslutsfattare att tolka hur eller om beslutet behöver anmälas till nämnd.

### 2.2.16 Valnämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning men har mycket lite ordinarie verksamhet, särskilt när det inte är valår. På så vis rapporteras mycket få, eller inga löpande delegationsbeslut.

Nämnden belyser dock området genom att ha med risk om att delegationsordningen inte följs vilket i så fall leder till felaktigt beslutsfattande. Risken hade en låg riskbedömning och togs inte med i den interna kontrollplanen för 2022.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 1 december 2020. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt om och hur beslutet ska anmälas.

### 2.2.17 Vård- och äldrenämnden

Nämnden har antagit en aktuell delegationsordning och rapporterar samtliga beslut i denna till nämnden eftersom nämnden angett att alla delegerade beslut skall anmälas i delegationsordningen. Förvaltningen har en rutin för anmälan av delegationsbeslut publicerad på intranätet.<sup>3</sup> I förvaltningens nämndprocess anges även nämndsekreterarens rutin för anmälan av delegationsbeslut. Vidare uppger vård- och äldreförvaltningen i sitt enkätsvar att man har rutin för anmälan av delegationsbeslut i verksamheten bistånd och bostadsanpassning samt att man har fungerande arbetssätt inom resten av organisationen men där saknas dokumenterade rutiner.

För att säkerställa att delegationsordningen är känd för beslutsfattare uppger förvaltningen att delegationsordningen görs känd i samband med introduktion ny medarbetare och ligger med i checklistan för introduktion av ny chef. Inom myndighetsutövande verksamheten tas delegationsordningen upp årligen med medarbetare och chefer enligt årshjul i Stratsys. Även i samband med revidering. Inom övrig verksamhet informeras delegater i samband med revidering som görs regelbundet åtminstone en gång per år. Myndighetschefer kontrollerar en gång per månad om beslut avseende plats på vård- och omsorgsboende fattats av rätt delegat. Utöver denna genomförs inga kontroller för att säkerställa att delegationsordningen följs av beslutsfattare inom förvaltningen. Förvaltningen genomför inga kontroller för att säkerställa att samtliga delegationsbeslut anmäls till nämnden.

Nämndens delegationsordning är reviderad den 20 september 2022. I den framgår tydligt; vem som får fatta beslut, vad delegaten får fatta beslut om samt om och hur beslutet ska anmälas. Det framgår även tydligt om beslut inte behöver anmälas eller andra anvisningar t.ex. vissa begränsningar av i beslutsfattandet.

### 2.2.18 Överförmyndarnämnden

Enligt Överförmyndarnämndens reglemente är nämndens förvaltningsorgan Sociala omsorgsförvaltningen. Detta innebär att överförmyndarenheten, som utför den praktiska överförmyndarverksamheten är anställda i förvaltningen som lyder under Sociala omsorgsnämnden. På så vis för enhetens anställda och chef delegation genom Sociala omsorgsnämndens delegationsordning avseende de administrativa frågorna t.ex. HR.

Överförmyndarnämnden har antagit en aktuell delegationsordning 19 november 2019 i vilken nämnden delegerat beslutsfattande till överförmyndarenheten för att kunna utföra sitt uppdrag och fatta beslut för nämndens räkning. Föräldrabalken 19 kap. 14 § innebär att nästan alla delegeringsbeslut som överförmyndarenheten fattar inte behöver anmälas till överförmyndarnämnden. Av delegationsordningen framgår dock inte detta. Det framgår även av intervju med tjänsteperson vid enheten att rutinerna för anmälan av delegeringsbeslut till både överförmyndarnämnden som till sociala omsorgsnämnden, i vissa hänseenden brustit.

Nämnden belyser området genom att ha med risk om att delegationsordningen inte följs vilket i så fall leder till felaktigt beslutsfattande. Risken hade en låg riskbedömning och togs inte med i den interna kontrollplanen för 2022.

2023 flyttades överförmyndarenheten organisatoriskt över till Stadsledningskansliet vilket innebär att de istället ska följa delegationsordningen för Kommunstyrelsen och även anmäla administrativa ärenden till Kommunstyrelsen.

<sup>3</sup> Borås Stad, intranät för anställda: [Delegationsordning och delegationsbeslut - Borås Stads intranät \(boras.se\)](#) 2023-01-20.

### 2.2.19 Verksamhetssystem

I flera nämnder fattas de flesta beslut i ärendehanteringssystem såsom VIVA, ByggR och Ecos. Listor över delegationsbesluten tas ut ur dessa för att anmälas till nämnd, ibland via utskott.

#### VIVA

Ärendehanteringssystemet VIVA används av förvaltningarna Individ- och familjeomsorgsnämnden, Vård och äldrenämnden, Arbetslivsnämnden och Sociala omsorgsnämnden. Varje månad drar administratörer ut listor från systemet. I VIVA finns en funktion för utdrag över delegationsbeslut per månad och verksamhet. Administratörer vid förvaltningarna markerar förvaltningens verksamheter och tar ut listor över fattade beslut för perioden. För att säkerställa att alla beslut blir anmälda till nämnden tar administratören ut beslut för tre månader bakåt. Detta eftersom det kan förekomma beslut som blir efterregistrerade. Inga kontroller genomförs för att säkerställa att samtliga beslut finns med i utdragen.

#### ByggR

Ärendehanteringssystemet ByggR används av Samhällsbyggnadsförvaltningen. Majoriteten av förvaltningens delegationsbeslut fattas inom ärendehanteringssystemet ByggR. Listor över delegationsbeslut som fattats tas ut från ByggR och anmäls till nämnden månadsvis. Samtliga fattade beslut i ByggR under perioden anmäls till nämnden.

#### Ecos

Ärendehanteringssystemet Ecos används av Miljöförvaltningen (inom avdelningarna Miljötillsyn, Livsmedelstillsyn, Miljö- och naturvård samt för administrativa ärenden och uppgifter). Majoriteten av förvaltningens delegationsbeslut fattas inom ärendehanteringssystemet. Listor över samtliga delegationsbeslut tas ut från Ecos och redovisas för nämnden månadsvis.

### 2.2.20 Sammanfattning

Nedan följer en sammanfattning över nämndernas svar på utskickade enkäter och granskning av nämndernas delegationsordningar.

#### **Delegationsordningar**

Det framgår av granskningen att samtliga nämnder, utom Krisledningsnämnden, har en aktuell delegationsordning. De flesta nämnder har reviderat sin delegationsordning nyligen. Nämndernas delegationsordningar har generellt tydliga beskrivningar av vilka beslut som avses. I delegationsordningen för Servicenämnden finns ett mindre antal beslut som är oklart beskrivna.

De flesta nämnder har tydliga anvisningar för vilka beslut som behöver anmälas till nämnd. Det kan vara samtliga beslut eller i anmärkningar bredvid beslutet i delegationsordningen. Ett par av nämnderna har även tydliga anmärkningar och noteringar för beslutsbegränsningar eller praktisk information.

I delegationsordningen för Fritid- och folkhälsonämnden, Kulturnämnden, Sociala omsorgsnämnden och Överförmyndarnämnden är det inte tydligt angivet för samtliga beslut huruvida de ska anmälas eller ej vilket lämnar det åt beslutsfattare att tolka hur eller om beslutet behöver anmälas till nämnd.

Ett flertal nämnden använder delegationsordningen till att även lista beslut som faller under verkställighet lagligt sett. Detta kan fungera som ledning i tjänstepersoners beslutsfattande men det skapar även en risk i anmälningsförfarandet. Särskilt om delegationsordningen inte är tillräckligt tydlig avseende anvisningar för anmälan av besluten till nämnd.

Det framgår att de nämnder som använder sig av ärendehanteringssystem i sitt beslutsfattande håller delegationsordningen under striktare kontroll och oftare uppdaterad. Detta gäller särskilt verksamheter där tjänstepersoner har en personlig delegation från nämnden/förvaltningschefen.

#### **Rutiner för anmälan av delegationsbeslut**

Enkätsvaren från nämnderna blottade att få av förvaltningarna har några dokumenterade rutiner avseende anmälan av delegationsbeslut till nämnd. Vård- och äldreomsorgsförvaltningen har en rutin för en av sina verksamheter, Samhällsbyggnadsförvaltningen har en rutin för anmälan i Canea och Sociala omsorgsförvaltningen har rutin för VIVA och en rutin i Canea. Vidare saknas genomgående dokumenterade rutiner, utöver information för nyanställda, för att säkerställa att delegationsordningen är känd för beslutsfattare i förvaltningarna. Det förekommer heller inte dokumenterade rutiner för kontroller för att säkerställa att delegationsordningen följs eller att alla delegationsbeslut anmäls till nämnder. Det framkommer dock att en del nämnder har, eller haft med anmälan av delegationsbeslut i riskanalysen och, under nåt år, som ett kontrollmoment i den interna kontrollen. Avseende riskanalys 2022 har åtta nämnder belyst risken med att delegationsordningen inte åtföljs.

Tabellen nedan visar på en sammanställning över granskningsresultaten. Valnämnden och Krisledningsnämnden har inget resultat. Rubrikerna i kolumnerna är:

- **Dokumenterade rutiner för anmälan** avser om förvaltningen har dokumenterade rutiner avseende hur delegationsbeslut ska anmälas till nämnden. Det kan handla om övergripande eller verksamhetsnära rutiner.
- **Dokumenterade rutiner för kännedom** avser om förvaltningen har dokumenterade rutiner avseende hur förvaltningen ska göra delegationsordningen känd för beslutsfattare. Det kan t.ex. handla om dokumenterade rutiner för regelbunden information till chefer, fasta mötespunkter osv.
- **Uppföljning av anmälda beslut** avser om förvaltningen genomför kontroller för att säkerställa att samtliga beslut som ska anmälas också anmäls. Det kan t.ex. handla om stickprov eller kontroller för en viss typ av beslut.
- **Risk angående delegationsbeslut** avser om nämnden tar upp området delegationsbeslut inom ramen för nämndens riskanalys.

I utfallet av sammanställningen visas ja som grönt och nej som rött.

**Tabell 1.** Sammanställning av enkätsvar och dokumentstudier per nämnd.

Nämnd	Dokumenterade rutiner för anmälan	Dokumenterade rutiner för kännedom	Uppföljning av anmälda beslut	Risk angående delegationsbeslut
Arbetslivsnämnden	Nej	Nej	Nej	Ja
Fritids- och folkhälsönämnden	Nej	Nej	Ja	Ja
Förskolenämnden	Nej	Nej	Ja	Nej
Grundskolenämnden	Ja	Nej	Nej	Nej
Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden	Ja	Nej	Ja	
Individ- och familjeomsorgsnämnden	Nej	Nej	Nej	Nej
Kommunstyrelsen	Ja	Nej	Nej	Ja
Krisledningsnämnden				
Kulturnämnden	Nej	Nej	Nej	Nej
Lokalförsörjningsnämnden	Nej	Nej	Nej	Nej
Miljö- och konsumentnämnden	Nej	Nej	Nej	Ja
Samhällsbyggnadsnämnden	Ja	Nej	Nej	Nej
Servicenämnden		Nej	Nej	Nej
Sociala omsorgsnämnden	Ja	Nej	Nej	Nej
Tekniska nämnden	Nej	Nej	Nej	Ja
Valnämnden				Ja
Vård- och äldrenämnden	Ja	Nej	Nej	Nej
Överförmyndarnämnden	Nej	Nej	Nej	Ja

### 3 Stadsrevisionens bedömningar

Stadsrevisionen har granskat hanteringen av delegationsbeslut i Borås Stads nämnder. Granskningens huvudsakliga syfte är att granska om nämndernas hantering av delegationsbeslut är ändamålsenlig och bedrivs med en tillräcklig intern kontroll.

Nämnderna har inom ramen för sin förvaltande verksamhet en självständig beslutanderätt, men får enligt kommunallagen 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. Om inte nämnden beslutat att vissa delegationsbeslut inte ska anmälas till nämnden, utan istället protokollföras särskilt, ska de anmälas till nämndens nästkommande möte. På så vis är återkopplingen av beslut fattade på delegation inte bara en laglig nödvändighet men även en förutsättning för den demokratiska förankringen i beslutsfattandet hos den kommunala förvaltningen.

Granskningen visar att nämnderna, förutom Krisledningsnämnden, antagit en aktuell delegationsordning i vilket det framgår vem som får fatta beslut och vad delegaten får fatta beslut om. Delegationsordningarna omfattar i de flesta fall information om och hur beslut ska anmälas till nämnden. Stadsrevisionens bedömning är med utgångspunkt i granskningsresultaten att de granskade nämndernas hantering av delegationsbeslut i huvudsak är ändamålsenlig och bedrivs med en tillräcklig intern kontroll. Stadsrevisionen har dock identifierat förbättrings- och utvecklingsområden för flera av nämnderna.

I delegationsordningen för Fritids- och folkhälsonämnden, Kulturnämnden, Sociala omsorgsnämnden och Överförmyndarnämnden är det inte tydligt angivet för samtliga beslut huruvida de ska anmälas till nämnden eller ej, vilket lämnar det åt beslutsfattare att tolka hur eller om beslutet behöver anmälas till nämnd. Nämnderna bör enligt Stadsrevisionens bedömning klargöra för samtliga beslut i delegationsordningen huruvida de ska anmälas till nämnd eller inte.

Beslut som anses vara verkställighet, beslut som inte ska/får delegeras och vissa beslut som fattas med stöd av viss speciallagstiftning behöver inte tas upp i en delegationsordning. Visserligen finns inget som hindrar en delegationsordning att lista fler beslut än de som ska delegeras, men det kan bidra till oklarhet för beslutsfattare i anmälningshänseende. Granskningen visar att delegationsordningarna för Arbetslivsnämnden, Förskolenämnden, Fritids- och folkhälsonämnden, Grundskolenämnden, Gymnasie- vuxenutbildningsnämnden, Lokalförsörjningsnämnden, Kultur- och fritidsnämnden, Servicenämnden, Sociala omsorgsnämnden och Tekniska nämnden innehåller beslut som troligen faller under verkställighet, beslut som inte ska/får delegeras och/eller beslut som fattas med stöd av viss speciallagstiftning. Nämnderna bör enligt Stadsrevisionens bedömning förtydliga sin delegationsordning så det tydligt framgår om beslut är delegerade, kategoriseras som verkställighet eller hänför sig till viss speciallagstiftning som inte behöver anmälas.

Granskningen visar att endast sex av 18 förvaltningar har dokumenterade rutiner för anmälan av delegationsbeslut och endast tre förvaltningar har dokumenterade rutiner avseende kontroll för att säkerställa att alla delegationsbeslut är anmälda. Ingen förvaltning har dokumenterade rutiner för att säkerställa att delegationsordningen är känd för beslutsfattare inom förvaltningen. Det är dock viktigt att påpeka att samtliga förvaltningar kan redogöra för sina arbetsätt och arbetsrutiner för anmälan av delegationsbeslut. I vissa av förvaltningarna fattas majoriteten av de delegerade besluten inom ärendehanteringssystem ur vilka listor skapas och anmäls till nämnden. I verksamheter där det fattas många delegationsbeslut i olika delar av organisationen riskerar avsaknad av rutiner för utdrag, uppsamling och rapportering inför nämndens sammanträden, att medföra att vissa beslut inte rapporteras som de ska. Vilket i sin tur kan leda till konsekvenser när det gäller laglighet och överklagandeprocessen. Det finns även en risk för att enheter som fattar få beslut på delegation inte känner till delegationsordningen och kravet på anmälan av beslut till nämnden. Detta kan då leda till att dessa inte hanteras på ett lagenligt sätt. Granskningen har uppdagat situationer där risken är stor för att detta har inträffat.



Granskningen visar vidare på att endast åtta av 18 nämnder har beaktat risken med hanteringen av delegationsbeslut i nämndens riskanalys för 2022. I dessa riskanalyser har dock riskbedömningen varit sådan att risken inte tagits med i den interna kontrollplanen. Stadsrevisionens bedömning är, med utgångspunkt i granskningsresultaten, att Förskolenämnden, Grundskolenämnden, Individ- och familjeomsorgsnämnden, Kulturnämnden, Lokalförsörjningsnämnden, Samhällsbyggnadsnämnden, Servicenämnden, Sociala omsorgsnämnden och Vård- och äldreomsorgsnämnden bör förbättra den interna kontrollen genom att uppmärksamma hanteringen av delegationsbeslut i nämndens riskanalys.

Krisledningsnämnden har inte upprättat någon aktuell delegationsordning. Nämnden har ingen ordinarie verksamhet och behöver på så vis inte rapportera delegationsbeslut löpande. Det finns inte heller någon delegationsordning som avser när Krisledningsnämnden är aktiverad och har löpande uppgifter samt eventuellt har tagit över beslutsansvar från andra nämnder. Kommunstyrelsen och Krisledningsnämnden rekommenderas att se över Krisledningsnämndens behov av delegationsordning när nämnden är aktiverad.

#### *Sammanfattande bedömning*

Granskningen visar att nämnderna antagit en aktuell delegationsordning i vilket det framgår vem som får fatta beslut och vad delegaten får fatta beslut om. Delegationsordningarna omfattar i de flesta fall information om och hur beslut ska anmälas till nämnden. Stadsrevisionens bedömning är med utgångspunkt i granskningsresultaten att de granskade nämndernas hantering av delegationsbeslut i huvudsak är ändamålsenlig och bedrivs med en tillräcklig intern kontroll. Stadsrevisionens har dock identifierat förbättrings- och utvecklingsområden för flera av nämnderna.

Vissa granskade nämnder bör bl.a. klargöra tydligare i delegationsordningen huruvida besluten ska anmälas till nämnd eller inte. Några nämnder bör förtydliga sin delegationsordning så det tydligt framgår om besluten är delegationsbeslut, om det är verkställighetsbeslut eller andra typer av beslut som inte behöver anmälas. Flera av nämnderna kan även förbättra den interna kontrollen genom att uppmärksamma hanteringen delegationsbeslut i nämndens riskanalys inför upprättande av plan för intern kontroll under kommande år. En del av nämnderna bör även överväga att upprätta skriftliga rutiner när det gäller anmälan av delegationsbeslut och se över hur kunskapen om delegationsordningen kan öka i verksamheterna. Kommunstyrelsen och Krisledningsnämnden rekommenderas att se över Krisledningsnämndens behov av delegationsordning när nämnden är aktiverad.

---

*Andreas Ekelund*

*Revisionschef*

---

*Samuel Kaufman*

*Certifierad kommunal yrkesrevisor*



## 4 Källförteckning

### Lagar och förordningar

Kommunallag (2017:725)

### Intervjuer:

Intervju med medarbetare 1 Överförmyndarenheten, 2023-02-09.

Intervju med medarbetare 2 Individ- och familjeomsorgsförvaltningen, 2023-02-14.

Intervju med medarbetare 3 Stadsledningskansliet, 2023-02-15.

### Mail-/Teamskorrespondens:

Korrespondens med representant 1 för Stadsledningskansliet

Korrespondens med representant 2 för Förskoleförvaltningen

Korrespondens med representant 3 för Individ- och familjeomsorgsförvaltningen

Korrespondens med representant 4 för Miljöförvaltningen

Korrespondens med representant 5 för Samhällsbyggnadsförvaltningen

### Borås Stads styrdokument:

Delegationsordning för Arbetslivsnämnden, reviderad 2023-01-02.

Delegationsordning för Fritids- och folkhälsonämnden, reviderad 2022-02-22.

Delegationsordning för Förskolenämnden, reviderad 2021-12-21.

Delegationsordning för Grundskolenämnden, reviderad 2023-01-24.

Delegationsordning för Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden, reviderad 2022-08-30.

Delegationsordning för Individ- och familjeomsorgsnämnden, reviderad 2023-01-03.

Delegationsordning för Kommunstyrelsen, reviderad 2023-01-16.

Delegationsordning för Kulturnämnden, reviderad 2022-05-16.

Delegationsordning för Lokalförsörjningsnämnden, reviderad 2022-12-13.

Delegationsordning för Miljö- och konsumentnämnden, reviderad 2022-04-30.

Delegationsordning för Samhällsbyggnadsnämnden, reviderad 2022-12-15.

Delegationsordning för Servicenämnden, reviderad 2023-01-25.

Delegationsordning för Sociala omsorgsnämnden, reviderad 2023-01-30.

Delegationsordning för Tekniska nämnden, reviderad 2020-01-29.

Delegationsordning för Valnämnden, reviderad 2020-12-01.

Delegationsordning för Vård- och äldrenämnden, reviderad 2022-09-20.

Delegationsordning för Överförmyndarnämnden, antagen 2019-11-19.

Risicanalys 2022 för Arbetslivsnämnden

Risicanalys 2022 för Fritids- och folkhälsonämnden

Risicanalys 2022 för Förskolenämnden

Risicanalys 2022 för Grundskolenämnden

Risicanalys 2022 för Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden

Risicanalys 2022 för Individ- och familjeomsorgsnämnden

Risicanalys 2022 för Kommunstyrelsen

Risicanalys 2022 för Kulturnämnden

Risicanalys 2022 för Krisledningsnämnden

Risicanalys 2022 för Lokalförsörjningsnämnden

Risicanalys 2022 för Miljö- och konsumentnämnden

Risicanalys 2022 för Samhällsbyggnadsnämnden

Risicanalys 2022 för Servicenämnden

Risicanalys 2022 för Sociala omsorgsnämnden

Risicanalys 2022 för Tekniska nämnden

Risicanalys 2022 för Valnämnden

Risicanalys 2022 för Vård- och äldrenämnden

Risicanalys 2022 för Överförmyndarnämnden

**Internet:**

Borås Stad, intranät för anställda: Delegationsordning och delegationsbeslut - Borås Stads intranät 2023-01-20

**Borås Stad, Canea One:**

RUT-6196-v.3.0 SBF Anmälan av delegationsbeslut

RUT-5972-v.6.0 SBF Introduktion av nyanställda

RUT-5723-v.5.0 SBF Skriva ut delegationslistor

RUT-8172-v.1.0 GRN: Redovisning av delegationsbeslut

## Övriga rutiner

Rutin för Anmälningsärenden och Delegationsbeslut, Administrativa enheten, Stadsledningskansliet 2020-12-10

### Enkät svar

Enkät svar från Arbetslivsförvaltningen

Enkät svar från Fritids- och folkhälsoförvaltningen

Enkät svar från Förskoleförvaltningen

Enkät svar från Grundskoleförvaltningen

Enkät svar från Gymnasie- och vuxenutbildningsförvaltningen

Enkät svar från Individ- och familjeomsorgsförvaltningen

Enkät svar från Stadsledningskansliet

Enkät svar från Kulturförvaltningen

Enkät svar från Lokalförsörjningsförvaltningen

Enkät svar från Miljöförvaltningen

Enkät svar från Samhällsbyggnadsförvaltningen

Enkät svar från Serviceförvaltningen

Enkät svar från Sociala omsorgsförvaltningen

Enkät svar från Tekniska förvaltningen

Enkät svar från Vård- och äldre förvaltningen

Enkät svar från Överförmyndarenheten

## Bilaga 1. Enkät – Delegationsbeslut i Borås Stad

Granskningsprojekt: Delegationsbeslut i Borås Stad

År: 2022

Nämnd:

---

**Fråga 1.** Har nämnden antagit en aktuell delegationsordning? (Vänligen bifoga ev. delegationsordning i svaret.)

**Fråga 2.** Har nämnden fastställt vilka delegationsärenden som skall rapporteras? (bifoga ev. beslut)

**Fråga 3.** Finns det dokumenterade rutiner avseende processen för anmälan av delegationsbeslut? (Vänligen bifoga ev. dokument i svaret.)

**Fråga 4.** Har nämnden rutiner för tillkännagivanden av delegationsbeslut som inte ska anmälas till nämnden? (Vänligen bifoga ev. dokument i svaret.)

**Fråga 5.** Hur säkerställer nämnden att delegationsordningen är känd för beslutsfattare inom förvaltningen?

**Fråga 6.** Vilka kontroller genomför nämnd/förvaltning för att delegationsordningen följs av beslutsfattare inom förvaltningen?

**Fråga 7.** Vilka kontroller genomför nämnd/förvaltning för att säkerställa att samtliga delegationsbeslut anmäls till styrelse/nämnd?



BORÅS  
STAD

## STADSREVISIONEN

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

## Delegationsbeslut i Borås Stad

---

Stadsrevisionen har granskat hanteringen av delegationsbeslut i Borås Stads nämnder. Granskningens huvudsakliga syfte är att granska om nämndernas hantering av delegationsbeslut är ändamålsenlig och bedrivs med en tillräcklig intern kontroll.

Granskningen visar att nämnderna antagit en aktuell delegationsordning i vilket det framgår vem som får fatta beslut och vad delegaten får fatta beslut om. Delegationsordningarna omfattar i de flesta fall information om och hur beslut ska anmälas till nämnden. Stadsrevisionens bedömning är med utgångspunkt i granskningsresultaten att de granskade nämndernas hantering av delegationsbeslut i huvudsak är ändamålsenlig och bedrivs med en tillräcklig intern kontroll. Stadsrevisionens har dock identifierat förbättrings- och utvecklingsområden för flera av nämnderna.

Vissa granskade nämnder bör bl.a. klargöra tydligare i delegationsordningen huruvida besluten ska anmälas till nämnd eller inte. Några nämnder bör förtydliga sin delegationsordning så det tydligt framgår om besluten är delegationsbeslut, om det är verkställighetsbeslut eller andra typer av beslut som inte behöver anmälas. Flera av nämnderna kan även förbättra den interna kontrollen genom att uppmärksamma hanteringen delegationsbeslut i nämndens riskanalys inför upprättande av plan för intern kontroll under kommande år. En del av nämnderna bör även överväga att upprätta skriftliga rutiner när det gäller anmälan av delegationsbeslut och se över hur kunskapen om delegationsordningen kan öka i verksamheterna. Kommunstyrelsen och Krisledningsnämnden rekommenderas att se över Krisledningsnämndens behov av delegationsordning när nämnden är aktiverad.

I övrigt hänvisar Stadsrevisionen till resultat och rekommendationer i bilagd rapport.

*Missiv med bilagd rapport och rapportsammandrag tillställs Kommunstyrelsen och nämnderna.  
Svar från Kommunstyrelsen och nämnderna med planerade åtgärder emotses senast 2023-05-31.*

*Bill Johansson*  
Ordförande första revisorsgruppen

*Boris Preijde*  
Ordförande andra revisorsgruppen

Marianne Gunnarsson  
HandläggareDatum  
2023-05-23Instans  
**Individ och familjeomsorgsnämnden**  
Dnr IFON 2023-00075 1.2.3.0

## Förändring av Lars Kaggsgatans stödboende

### Individ och familjeomsorgsnämndens beslut

Individ- och familjeomsorgsnämnden beslutar att genomföra den föreslagna omstruktureringen av Lars Kaggsgatans stödboende

### Sammanfattning (Ärendet i sin helhet)

2017 fick Individ- och familjeomsorgsnämnden uppdrag av kommunfullmäktige att utreda införande av ett drogfritt stödboende. Målgruppen för stödboendet utgörs av främst unga vuxna som tidigare varit i missbruk. Stödboendet ska inriktas mot de som efter behandling har en uttalad förändringsvilja att leva ett drogfritt liv.

Verkansamheten har analyserat stödboendets måluppfyllelse utifrån nuvarande målgrupp och utformning. Resultatet är att det finns för få inskrivna och att det finns ett behov av en annan utformning med ett inledningsvis högre omhändertagande. För att uppnå detta krävs en omstrukturering. En mellanlandning i ett boende på hemmaplan med heldygnsvård och hög personaltäthet med individuella insatser innebär en stabilare boendeform för att möjliggöra drogfrihet.

Förslaget är att omstrukturera Lars Kaggsgatans stödboende och tillföra dessa personalresurser till redan befintliga resurser i form av en utökning av Klintesväng samt stödboendet Torstensson. Arbetsätt och metoder som använts på Lars Kaggsgatans stödboende kan flyttas över och sammansmälta med arbetsätt som finns på Klintesväng och stödboendet Torstenssonsgatan. Grupplokal och vissa av befintliga träningslägenheter på Lars kaggsgatan avvecklas.

### Beslutsunderlag

1. Omstrukturering Lars Kaggsgatans stödboende

### Samverkan

Samverkat på FSG 23-05-22

Maria Hyllstam  
Ordförande

Hans Abrahamson  
Förvaltningschef



Marianne Gunnarsson

Arbetsmaterial

## Förändring och omstrukturering av Lars Kaggsgatans stödboende

### Bakgrund

2017 fick Individ- och familjeomsorgsnämnden uppdrag av kommunfullmäktige att utreda införande av ett drogfritt stödboende för personer som varit i missbruk. Utredningen genomfördes, behovet kartlades och det konstaterades att det fanns behov av ett alkohol-och drogfritt stödboende främst för gruppen unga vuxna som varit i missbruk. Ett sådant boende skulle bland annat möjliggöra för nämnden att flytta ut personer som varit placerade på behandlingshem som en del i en fortsatt återhämtning och rehabilitering.

Stödboendet ingår i en behandlings/ utslussningskedja där personen med missbruksproblematik går från behandling, ofta på behandlingshem, till stödboende och därefter till övergångslägenhet eller en egen lägenhet med mer eller mindre boendestöd.

För personal, stöd och gruppaktiviteter finns för närvarande i stödboendet en gemensam baslägenhet om ca 3 rum och kök.. Det finns idag 10 lägenheter som är kopplade till stödboendet.

Målgruppen utgörs av främst unga vuxna som tidigare varit i missbruk. Stödboendet ska inriktas mot de som efter behandling har en uttalad förändringsvilja att leva ett drogfritt liv. Stödboendet ger då en trygg drogfri boendemiljö, där man får stöd och uppmuntran i sin individuella planering. Sysselsättning i form av utbildning, arbete eller annan sysselsättning skall vara ordnad innan man flyttar in i stödboendet. Personalen i stödboendet bidrar med träning för att de boende ska klara vardagslivet och på sikt en egen bostad.

### Förändringsbehov

Under hösten 2022 bildades en arbetsgrupp där ansvariga enhetschefer samt metodhandledare deltog i en översyn av boendets funktion och med syfte att ta

fram förslag på förbättringsåtgärder. Bakgrunden var att beläggningen på boendet var mycket lågt samt att utfallet för de boende var dåligt.

Arbetsgruppens analys var att den uppsatta målgruppen medförde ett för lågt antal inskrivningar. Boendets upplägg var anpassat för en målgrupp som i dagsläget inte finns i den utsträckning som avsågs vid uppstarten. Stödboendet i den nuvarande utformningen riktar sig till en målgrupp som är mer självgående och som inte kräver omfattande personalresurser.

För den avsedda målgruppen har man funnit andra, ofta individuellt inriktade, lösningar med egna hyreskontrakt alternativt socialt andrahandskontrakt där behovet av stödboendeinsatser inte var så stort och som tillgodosågs genom andra resurser inom förvaltningen.

Insatsen stödboende på Lars Kagsgatan har istället beviljats för en målgrupp med ett stort vårdbehov. Boendet har inte varit anpassat för denna målgrupp vilket lett till att många boende skrivits ut med anledning av ett pågående missbruk samt i många fall tung gängkriminalitet. När behoven varit så omfattande har det varit svårt att få till en arbetsallians och istället har det medfört många vårdavbrott.

För att lyckas vända på en negativ utveckling krävs det att målgruppen ges tydligare ramar, stöd dygnet runt och ett mer omfattande vårdinnehåll än vad stödboendet kan erbjuda.

Omställningen från ett behandlingsboende i form av HVB placering till en öppnare boendeform genom ett stödboende har visat sig för många vara ett alltför stort steg. I många fall har det blivit vårdssammanbrott som har lett till externa omplaceringar med heldygnsvård vilket genererat höga kostnader. Utvärderingar har visat att en fungerande trygg bostad är basen för att inte falla tillbaka i en destruktiv livsstil. Ett drogfritt stödboende innebär för klienten ett steg mot en egen lägenhet och en självständighet. Ett stödboende kan underlätta för klienten att komma ifrån gamla problematiska miljöer och att bli medveten om sina egna riskfaktorer som inte sällan leder till återfall i missbruk. Stödboendet har fungerat på detta sätt för flera av de som varit inskrivna men inte i den utsträckning som avsågs. Genom att stödboendets platser inte är fullbelagda utnyttjas inte personalstyrkan optimalt.

En mellanlandning i ett boende på hemmaplan med heldygnsvård och hög personaltäthet med individuella insatser innebär en stabilare boendeform för att möjliggöra drogfrihet för att därefter flytta till ett internt stödboende utifrån en boendekedja. Inriktningen är att arbeta individuellt med individer men även med möjlighet att anordna gruppaktiviteter och finna stöd i varandra vilket har visat sig vara en framgångsfaktor. Tillsammans med kontaktpersonen upprättas individuella schemalagda sociala och fysiska aktiviteter efter förmåga, behov och önskemål för att stegvis uppnå ett så självständigt liv som möjligt.

Förslaget är att genomföra en omstrukturering av Lars Kagsgatans stödboende och tillföra dessa personalresurser till redan befintliga resurser i form av en utökning av Klintesväng samt stödboendet Torstensson. Genom detta kan nämnden bättre tillmötesgå de behov som finns för att stötta individer till drogfrihet och ett tryggt boende. När resurser i form av personal från Lars Kagsgatan tillförs Klintesväng kan vi erbjuda fler individer att få tillgång till ett dygnet- runt boende med bättre förutsättningar till mer omfattande stöd och större möjlighet att lyckas bryta sin negativa utveckling. Vi kan därigenom få en större genomströmning som gör att fler går igenom en boendekedja. En kedja som startar på boendet för att sedan gå till träningslägenhet som är kopplad till boendet och därefter gå till eget hyreskontrakt alternativt ett socialt kontrakt utifrån individens situation och förutsättning.

Det blir även en kostnadsbesparing genom att den personallägenhet som idag finns kan sägas upp tillsammans med ytterligare fem träningslägenheter som är kopplade till Lars Kagsgatans stödboende.

För de individer som idag har ett fungerande boende inom Lars Kagsgatans stödboende kan dessa erbjudas en stödboendeform genom Torstenssons stödboende dit personalresurser kommer att omstruktureras från Lars Kagsgatans stödboende.

### Statistik avseende inskrivningar

År	Antal unika inskrivna	Medel verkställda dygn	Medelålder
2019	7	77	22,5
2020	9	108	25
2021	17	115	24,5
2022	16	111	25

### Ekonomiska effekter

Omstruktureringen av Lars kaggsgatans stödboende leder inte till högre kostnader utan tvärtom beräknas leda till kostnadsbesparingar då antalet träningslägenheter inte kommer att krävas i samma utsträckning genom att fler kommer att erbjudas dygnet runt boende.

Kostnadsbesparing på årsbasis med 370tkr för sex hyreskontrakt som kan sägas upp i och med en omstrukturering, däribland en personallägenhet.

Med den föreslagna förändringen bedöms den nuvarande personalstyrkan som är 6 vara för stor och förslaget är därför att till att börja med vakanshålla två tjänster. Under april månad kommer 2 tjänster att bli vakanta anställning utifrån att 2 ur personalgruppen går vidare till annat arbete.



## Remiss: Program mot hedersrelaterat våld

### Individ och familjeomsorgsnämndens beslut

Individ- och familjeomsorgsnämnden beslutar att tillstyrka programmet mot hedersrelaterat våld under förutsättning att nämndens synpunkter beaktas.

### Sammanfattning (Ärendet i sin helhet)

Individ- och familjeomsorgsnämnden har fått en remiss med begäran om synpunkter på Program mot hedersrelaterat våld.

Det övergripande syftet med programmet är att förebygga hedersrelaterat våld och förtryck genom utveckling och kvalitetssäkring av Borås Stads arbete. Målet är att de personer som utsätts eller riskerar att bli utsatta ska få det stöd och skydd som de behöver för att leva ett liv som är fritt från våld och förtryck samt är förenligt med svensk lagstiftning och de mänskliga rättigheterna.

Individ- och familjeomsorgsnämnden lämnar följande synpunkter till Program mot hedersrelaterat våld.

Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller att Kommunstyrelsen, istället för Individ- och familjeomsorgsnämnden, bör ansvara för uppföljningen av det politiska programmet vartannat år. Individ- och familjeomsorgsnämnden har ansvar för Borås Stads metodstöd mot hedersrelaterat våld och förtryck samt en kommande handlingsplan med förvaltningsövergripande, förebyggande och främjande aktiviteter och kommer genomföra uppföljning av dessa två dokument.

Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller att det förebyggande och främjande arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck bör utvecklas i det politiska programmet. Särskilt viktigt anses det vara utifrån att nationella och internationella riktlinjer i arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck särskilt fokuserar på det förebyggande och främjande arbetet i frågan. Individ- och familjeomsorgsnämnden anser det viktigt att samtliga preventionsnivåer är inkluderade i arbetet. I programmets nuvarande utformning är det främst det sekundärpreventiva arbetet som uttrycks, det vill säga när hedersvåld redan har inträffat, men programmet bör även omfatta det primärpreventiva och

främjande arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck. Individ- och familjeomsorgsnämnden har som ambition att ta fram en förvaltningsövergripande handlingsplan med förebyggande och främjande aktiviteter kopplat till programmet. Handlingsplanen ska syfta till att konkretisera målen i programmet, därav anses det vara av vikt att det förebyggande och främjande perspektivet också är tydligt uttryckt i programmet. Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller som önskemål att formuleringen i delmål två istället formuleras enligt följande samt att följande formulering återkommer i programmet där det ges uttryck för delmål två: denna kunskap användas för att ge förutsättningar för verksamheterna att förebygga, identifiera och agera mot hedersrelaterat våld och förtryck.

Individ- och familjeomsorgsnämnden tolkar formuleringen som att den ska ha en samordnande roll avseende utbildning om hedersrelaterat våld och förtryck men inte en genomförande uppgift

Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller önskan om att även Sociala omsorgsnämnden samt Vård- och äldrenämnden anges som nämnder som berörs av programmet.

Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller det positivt att programmet utgår ifrån Regeringens definition av hedersrelaterat våld och förtryck, som framhålls i propositionen 2019/20:131 *Ökat skydd mot hedersrelaterad brottslighet*. Individ- och familjeomsorgsnämnden har några synpunkter på den förklaring som följer definitionen och framhåller som förslag att istället lägga till den sammanställda definitionen av begreppet som återfinns i propositionen. Den definitionen av begreppet används i andra centrala dokument mot hedersrelaterat våld och förtryck och det kan därmed vara fördelaktigt att samtliga dokument innehåller samma definition.

Individ- och familjeomsorgsnämnden har synpunkter på följande formuleringar:

- ”Definitionen omfattar både begränsningen av främst flickors och kvinnors, men även pojkars och mäns, liv och påtryckningar och våld - allt i syfte att upprätthålla familjens kontroll över individen.” Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller som önskemål att meningen formuleras i enlighet med aktuell lagstiftning (Brottsbalken 4 kap. 4e§) och istället formuleras enligt följande: Definitionen omfattar både begränsningen av främst flickors och kvinnors, men även pojkars och mäns, liv samt påtryckningar och våld som utövas med syfte att bevara eller återupprätta en persons eller familjs, släkts eller annan liknande grupps heder.
- ”Förtrycket kan få många konsekvenser [...]” Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller som önskemål om att göra följande tillägg utifrån regeringens definition: I sin mest extrema form kan hedersnormerna leda till allvarlig brottslighet såsom t.ex. hot om våld och våld, inklusive dödligt sådant.

- ”[...] till exempel psykiska och somatiska besvär som stress,
- huvudvärk, ont i magen, sömnsvårigheter och nedstämdhet.” Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller önskemål om att ta bort denna mening då det anses att de nämnda konsekvenserna förringar de allvarliga konsekvenserna av hedersrelaterat våld och förtryck.
- ”[...] och hbtq-personer och personer med funktionsnedsättning anses vara särskilt utsatta inom hederskontexten.” Nämnden framhåller önskemål om att begreppet ”personer med funktionsnedsättning” ersätts med ”personer med intellektuell funktionsnedsättning” då HBTQ-personer och personer med intellektuell funktionsnedsättning identifieras som särskilt utsatta grupper i regeringens definition av hedersrelaterat våld och förtryck.

### **Ärendet i sin helhet**

"[Klicka och skriv här]"

### **Barnkonsekvensanalys**

### **Beslutsunderlag**

1. Missiv
2. Program mot hedersrelaterat våld

### **Samverkan**

FSG 18 maj

### **Beslutet expedieras till**

1. KS.diarium@boras.se

Maria Hyllstam  
Ordförande

Hans Abrahamson  
Förvaltningschef

Agneta Kettil  
Handläggare

## Yttrande över remiss: Program mot hedersrelaterat våld och förtryck

### Individ- och familjeomsorgsnämndens beslut

Individ- och familjeomsorgsnämnden beslutar att tillstyrka programmet mot hedersrelaterat våld och förtryck under förutsättning att nämndens synpunkter beaktas.

### Ärendet i sin helhet

Individ- och familjeomsorgsnämnden har fått en remiss med begäran om synpunkter på Program mot hedersrelaterat våld.

Det övergripande syftet med programmet är att förebygga hedersrelaterat våld och förtryck genom utveckling och kvalitetssäkring av Borås Stads arbete. Målet är att de personer som utsätts eller riskerar att bli utsatta ska få det stöd och skydd som de behöver för att leva ett liv som är fritt från våld och förtryck samt som är förenligt med svensk lagstiftning och de mänskliga rättigheterna.

Individ- och familjeomsorgsnämnden lämnar följande synpunkter till Program mot hedersrelaterat våld.

Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller att Kommunstyrelsen, istället för Individ- och familjeomsorgsnämnden, bör ansvara för uppföljningen av det politiska programmet vartannat år. Individ- och familjeomsorgsnämnden har ansvar för Borås Stads metodstöd mot hedersrelaterat våld och förtryck samt en kommande handlingsplan med förvaltningsövergripande, förebyggande och främjande aktiviteter och kommer genomföra uppföljning av dessa två dokument.

Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller att det förebyggande och främjande arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck bör utvecklas i det politiska programmet. Särskilt viktigt anses det vara utifrån att nationella och internationella riktlinjer i arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck särskilt



fokuserar på det förebyggande och främjande arbetet i frågan. Individ- och familjeomsorgsnämnden anser det viktigt att samtliga preventionsnivåer är inkluderade i arbetet. I programmets nuvarande utformning är det främst det sekundärpreventiva arbetet som uttrycks, det vill säga när hedersvåld redan har inträffat, men programmet bör även omfatta det primärpreventiva och främjande arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck. Individ- och familjeomsorgsnämnden kommer också ta fram en förvaltningsövergripande handlingsplan med förebyggande och främjande aktiviteter kopplat till programmet, därav anses det vara viktigt att detta perspektiv är tydligt uttryckt också i programmet. Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller som önskemål att formuleringen i delmål två istället formuleras enligt följande: denna kunskap användas för att ge förutsättningar för verksamheterna att förebygga, identifiera och agera mot hedersrelaterat våld och förtryck.

Individ- och familjeomsorgsnämnden tolkar formuleringen som att den ska ha en samordnande roll avseende utbildning om hedersrelaterat våld och förtryck men inte en genomförande uppgift

Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller önskan om att även Sociala omsorgsnämnden samt Vård- och äldrenämnden anges som nämnder som berörs av programmet.

Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller det positivt att programmet utgår ifrån Regeringens definition av hedersrelaterat våld och förtryck, som framhålls i propositionen 2019/20:131 *Ökat skydd mot hedersrelaterad brottslighet*. Individ- och familjeomsorgsnämnden har några synpunkter på den förklaring som följer definitionen och framhåller som förslag att istället lägga till den sammanställda definitionen av begreppet som återfinns i propositionen. Den definitionen av begreppet används i andra centrala dokument mot hedersrelaterat våld och förtryck och det kan därmed vara fördelaktigt att samtliga dokument innehåller samma definition.

Individ- och familjeomsorgsnämnden synpunkter på följande formuleringar:

- ”Definitionen omfattar både begränsningen av främst flickors och kvinnors, men även pojkars och mäns, liv och påtryckningar och våld - allt i syfte att upprätthålla familjens kontroll över individen.” Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller som önskemål att meningen formuleras i enlighet med aktuell lagstiftning (Brottsbalken 4 kap. 4e§) och istället formuleras enligt följande: Definitionen omfattar både begränsningen av främst flickors och kvinnors, men även pojkars och mäns, liv samt påtryckningar och våld som utövas med syfte att bevara eller återupprätta en persons eller familjs, släkts eller annan liknande grupp heder.
- ”Förtrycket kan få många konsekvenser [...]” Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller som önskemål om att göra följande tillägg utifrån regeringens definition: I sin mest extrema form kan

hedersnormerna leda till allvarlig brottslighet såsom t.ex. hot om våld och våld, inklusive dödligt sådant.

- ”[...] till exempel psykiska och somatiska besvär som stress,
- huvudvärk, ont i magen, sömnsvårigheter och nedstämdhet.” Individ- och familjeomsorgsnämnden framhåller önskemål om att ta bort denna mening då det anses att de nämnda konsekvenserna förringar de allvarliga konsekvenserna av hedersrelaterat våld och förtryck.
- ”[...] och hbtq-personer och personer med funktionsnedsättning anses vara särskilt utsatta inom hederskontexten.” Nämnden framhåller önskemål om att begreppet ”personer med funktionsnedsättning” ersätts med ”personer med intellektuell funktionsnedsättning” då HBTQ-personer och personer med intellektuell funktionsnedsättning identifieras som särskilt utsatta grupper i regeringens definition av hedersrelaterat våld och förtryck.

**Beslut expedieras till**

Strategi

• **Program**

Plan

Policy

Riktlinjer

Regler

REMISS!

Borås Stads

**Program mot  
hedersrelaterat våld**

# Borås Stads styrdokument

## Planerande

STRATEGI – avgörande vägval för att nå målen för Borås

PROGRAM – verksamheter och metoder i riktning mot målen

PLAN – aktiviteter, tidsram och ansvar

## Normerande

POLICY – Borås Stads hållning

RIKTLINJER – rekommenderade sätt att agera

REGLER – absoluta gränser och ska-krav

Fastställt av: Kommunfullmäktige

Datum:

Dnr:

För revidering ansvarar: Kommunstyrelsen

För uppföljning ansvarar: Kommunstyrelsen

Dokumentet gäller för: Alla nämnder och bolag

Dokumentet gäller till och med: 2027

## Om globala målen

Globala målen är den mest ambitiösa agendan för hållbar utveckling som världens länder någonsin antagit och finns till för att uppnå fyra fantastiska saker till år 2030: Att avskaffa extrem fattigdom. Att minska ojämlikheter och orättvisor i världen. Att främja fred och rättvisa. Att lösa klimatkrisen. Genom Globala målen för hållbar utveckling kan det här bli verklighet.

Detta styrdokument bidrar till följande globala mål.



# Inledning

Borås Stad använder regeringens definition av hedersrelaterat våld och förtryck formulerad i propositionen Ökat skydd mot hedersrelaterad brottslighet (prop. 2019/20:131). Definitionen omfattar både begränsningen av främst flickors och kvinnors, men även pojkars och mäns, liv och påtryckningar och våld – allt i syfte att upprätthålla familjens kontroll över individen. Dessa handlingar är i sin tur kopplade till normer om dels våldsanvändning (våldsnormer), dels uppfattning om oskuld (oskuldsnormer) och de bygger på patriarkala eller heteronormativa föreställningar.

Utmärkande för det hedersrelaterade våldet och förtrycket är att det utförs kollektivt, ofta inom en familj eller en släkt. Den utsatta personens egna intressen och handlingar anses vara underordnade familjens eller släktens intressen, och personens relationer och sexualitet är en angelägenhet för hela familjen; om hans handlingar inte ligger i linje med normerna anses det påverka familjens anseende. Således innefattar hedersnormerna uppfattningar om att familjens rykte och anseende hänger nära samman med kyskhet och oskuld samt det faktiska eller påstådda beteendet i förhållande till dessa ideal, och de som försöker att bryta mot normerna kan råka ut för allvarliga handlingar av familjen eller släkten.

Utifrån en hederskontext är det ofta män som bestämmer, men även kvinnor kan utöva förtrycket. Det innebär att även pojkar och unga män kan vara utsatta för hot och olika former av kontroll samt äktenskapstvång. Pojkar förväntas dessutom i stor utsträckning bevaka och kontrollera sina kvinnliga släktingar. Således kan ett offer även ha rollen som förövare, beroende på kontexten. Begränsningarna kan innefatta allt från vilken klädsel man får ha på sig, vem man får umgås med och ens rörelsefrihet till att man inte får välja utbildning eller arbete, vem man får gifta sig med eller om man får begära skilsmässa.

Förtrycket kan få många konsekvenser, till exempel psykiska och somatiska besvär som stress, huvudvärk, ont i magen, sömnsvårigheter och nedstämdhet. Barnnäkenskap, tvångsäktenskap och könsstymning av kvinnor och flickor är också företeelser som är utmärkande för hedersrelaterat våld och förtryck, och hbtq-personer och personer med funktionsnedsättning anses vara särskilt utsatta inom hederskontexten.

## Syfte och mål

Det övergripande syftet med programmet är att förebygga hedersrelaterat våld och förtryck genom utveckling och kvalitetssäkring av Borås Stads arbete. Målet är att de personer som utsätts eller riskerar att bli utsatta ska få det stöd och skydd som de behöver för att leva ett liv som är fritt från våld och förtryck samt som är förenligt med svensk lagstiftning och de mänskliga rättigheterna. För att målet ska uppnås ska

1. kunskapen om hedersrelaterat våld och förtryck stärkas bland alla yrkesverksamma i Borås Stad som arbetar på operativ och strategisk nivå med människor
2. denna kunskap användas för att ge förutsättningar för verksamheterna att identifiera, motverka och åtgärda hedersrelaterat våld och förtryck
3. samverkan mellan nämnder, förvaltningar och civilsamhälle stärkas för att kvalitetssäkra arbetet med hedersutsatta i Borås.

## Verksamheternas uppdrag

Det är centralt med god kännedom om det hedersrelaterade våldets och förtryckets uttrycksätt samt dess underliggande mekanismer. Endast så kan man förhindra att personer utsätts för hedersrelaterat våld och förtryck. Det förutsätter dock att verksamheter som kommer i kontakt med hedersutsatta har kompetens och kunskap i att motverka, identifiera och åtgärda dessa uttryck och att se till så att utsatta får stöd i sin situation. Till hjälp och stöd till Borås Stads verksamheter har handboken Våga fråga, tagits fram.

Kommunstyrelsen, Förskolenämnden, Grundskolenämnden, Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden, Fritids- och folkhälsonämnden, Individ- och familjeomsorgsnämnden och Arbetslivsnämnden ska, med stöd av Individ- och familjeomsorgsnämnden, gemensamt bidra till att:

- Öka kunskapen. De som arbetar på strategisk nivå med människor som kan vara utsatta för hedersvåld och de som inom ramen för sitt arbete möter människor som kan vara utsatta, ska utbildas i hedersrelaterat våld och förtryck. Utbildningsinsatserna koordineras av Individ- och familjeomsorgsnämnden och anpassas utifrån verksamheternas behov för att identifiera, motverka och åtgärda hedersrelaterat våld och förtryck.
- Arbeta rättighetsbaserat. En central del i att stärka Borås Stads arbete mot hedersrelaterat våld och förtryck är att arbetet sker aktivt utifrån ett rättighetsperspektiv. Det innebär att allt arbete mot hedersrelaterat våld och förtryck ska utgå från de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna.
- Öka tillgängligheten. Borås Stads kommunikationsarbete vad gäller hedersrelaterat våld och förtryck ska rikta sig till både utsatta och yrkesverksamma.

## Uppföljning

Individ- och familjeomsorgsnämnden ska följa upp programmet vartannat år.



BORÅS  
STAD

**Postadress** 501 80 Borås **Besöksadress** Stadshuset, Kungsgatan 55  
**Telefon** 033-35 70 00 **e-post** boras.stad@boras.se **Webbplats** boras.se

## Remiss: Program mot hedersrelaterat våld

### Remissinstanser

1. Arbetslivsnämnden
2. Fritid- och folkhälsonämnden
3. Förskolenämnden
4. Grundskolenämnden
5. Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden
6. Individ- och familjeomsorgsnämnden
7. Kulturnämnden
8. Lokalförsörjningsnämnden
9. Miljö- och konsumentnämnden
10. Samhällsbyggnadsnämnden
11. Servicenämnden
12. Sociala omsorgsnämnden
13. Stadsledningskansliet
14. Stadsrevisionen
15. Tekniska nämnden
16. Valnämnden
17. Vård- och äldrenämnden
18. Överförmyndarnämnden
19. AB Bostäder i Borås
20. AB Toarpshus



21. AB Sandhultsbostäder
22. Borås Djurpark AB
23. Borås Elnät AB
24. Borås Energi och Miljö AB
25. Borås Parkerings AB
26. Borås Textile Fashioncenter/Akademiplatsen
27. BoråsBorås TME AB
28. Borås Stadshus AB
29. Fristadbostäder AB
30. Industribyggnader i Borås AB
31. Inkubatorn i Borås AB
32. Viskaforshem

Remissvaren ska ha kommit in till Kommunstyrelsen senast den **2023-06-01**.  
Remissvaren skickas i elektronisk form till [KS.diarium@boras.se](mailto:KS.diarium@boras.se)

Ange diarienummer KS 2023-00337 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Nämndens/bolagets yttrande skall innehålla en kort sammanfattning. Denna kommer i normalfallet att användas i den sammanställning av remissvar som ingår i det beslutsunderlag som presenteras för Kommunstyrelsen.

Yttranden skall alltid innehålla ett tydligt ställningstagande till det remitterade ärendet (tillstyrker, avstyrker, avstår från att yttra sig). Reservationer, särskilda yttranden och protokollsanteckningar skall alltid redovisas tillsammans med nämndens/styrelsens beslut.

Peder Englund  
Handläggare  
033 357755



Hans Abrahamsson  
Handläggare  
033 353511

## Rapport Hjärtstartare

### Individ och familjeomsorgsnämndens beslut

Individ- och familjeomsorgsnämnden beslutar att godkänna rapport med inventering av hjärtstartare och att ge förvaltningen i uppdrag att leasa hjärtstartare utifrån det redovisade behovet i nämndens verksamheter.

Nämnden beslutar även att föreslå att Kommunstyrelsen ger Lokalförvaltningsnämnden samordningsansvar för hjärtstartare i de fastigheter där kommunen är ägare.

### Ärendet i sin helhet

Samtliga nämnder har fått i uppdrag av Kommunfullmäktige att inventera och installera hjärtstartare efter behov och återrapportera uppdraget till Kommunfullmäktige.

Nämnden har genomfört en inventering och konstaterar att det saknas hjärtstartare. Utifrån inventeringen finns ett förslag att anskaffa hjärtstartare i form av leasingavtal till de enheter/fastighetsadresser som idag saknar nära tillgång till hjärtstartare och där nämnden dels har verksamhet och dels har stort antal kontorsarbetsplatser och många besökande. Detta innebär leasing av 8 hjärtstartare. Individ- och familjeomsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att komplettera med hjärtstartare efter behov i nämndens verksamheter. Individ- och familjeomsorgsnämnden beslutar att godkänna rapporteringen av uppdraget och översända detta till Kommunstyrelsen.

### Barnkonsekvensanalys

Barn och ungdomar besöker själva eller tillsammans med vårdnadshavare ofta nämndens verksamheter. Nämnden bedriver även ett HVB som riktar sig gentemot barn i tonåren.

Att det finns hjärtstartare är av vikt utifrån att skapa trygghet för besökande barn, dess vårdnadshavare samt barn som har vår lokal som sin primära bostad.

### Beslutsunderlag

1. En hjärtefråga, kommunfullmäktiges beslut 2022-05-12 § 98
2. Inventering hjärtstartare IFO

### Samverkan

Ärendet är samverkat vid FSG 2023-05-15.

**Beslutet expedieras till**

1. Kommunstyrelsen

Maria Sjöblom Hyllstam  
Ordförande

Hans Abrahamson  
Förvaltningschef



### Kommunfullmäktige

§ 98

Dnr KS 2021-00740 1.1.1.1

## Svar på motion av Stefan Lindborg (V): En hjärtefråga

(Kommunfullmäktiges tryckta handlingar 2022, nr 76, B 1849)

### Kommunfullmäktiges beslut

Utan omröstning beslutar Kommunfullmäktige:

Motionen besvarad.

Nämnderna ges uppdrag att inventera behovet och installera hjärtstartare efter behov.

### Reservation

Mot beslutet reserverar sig Lennart Andreasson (V), Peter Wiberg (V), Tommy Josefsson (V), Inger Landström (V), Anne Rapinoja (V) och Stefan Lindborg (V) till förmån för reservationen i Kommunstyrelsen.

### Kommunstyrelsens beslut 2022-04-11, § 142

Utan omröstning beslutar Kommunstyrelsen föreslå Kommunfullmäktige besluta:

Motionen besvarad.

Nämnderna ges uppdrag att inventera behovet och installera hjärtstartare efter behov.

### Reservation

Mot beslutet reserverar sig Stefan Lindborg (V) till förmån för sitt yrkande att Kommunstyrelsen föreslår Kommunfullmäktige besluta: Att motionens första att-sats bifalles, att motionens andra att-sats är besvarad.

### Sammanfattning av ärendet

Stefan Lindborg (V) har vid Kommunfullmäktiges sammanträde 2021-09-21 lämnat in förslaget:

- att samtliga kommunala lokaler och områden där det finns kommunal verksamhet utomhus utrustas med hjärtstartare.
- att samtliga stadens anställda årligen erbjuds utbildning inom hjärt- och lungräddning.

Motionen besvaras genom att nämnderna ges uppdrag att inventera behovet och installera hjärtstartare efter behov. Motionen besvaras genom att samtliga anställda årligen går igenom Borås Stads rutin för Första hjälpen och krisstöd och att arbetsplatserna i anslutning till det gör en bedömning av kunskapsläget kring hjärt- och lungräddning i arbetsgruppen. Det finns alltid möjlighet att gå internutbildning i hjärt- och lungräddning. Utbildningarna ges dels löpande



Sammanträdesdatum  
2022-05-12

### Kommunfullmäktige

under året men det finns också möjligheter för arbetsplatser att utöver dessa tillfällen boka en utbildning efter eget önskemål. Information om utbildningarna finns på intranätet under kompetensutveckling/utbildningar.

### Beslutsunderlag

1. Motion av Stefan Lindborg (V): En hjärtefråga

### Yrkanden

Stefan Lindborg (V) yrkar bifall till reservationen i Kommunstyrelsen.

### Propositionsordning

Ordföranden ställer proposition på bifall dels till Kommunstyrelsens förslag och dels till reservationen i Kommunstyrelsen och finner förstnämnda proposition med övervägande ja besvarad.

Sara Fridell

Verksamhetsutvecklare

## **Inventering av behov av hjärtstartare, Individ och familjeomsorgsförvaltningen**

## Bakgrund

Stefan Lindborg (V) har vid Kommunfullmäktiges sammanträde den 21 september 2021 lämnat in förslaget:

- att samtliga kommunala lokaler och områden där det finns kommunal verksamhet utomhus utrustas med hjärtstartare.
- att samtliga stadens anställda årligen erbjuds utbildning inom hjärt- och lungräddning.

Nämnderna ges uppdrag att inventera behovet och installera hjärtstartare efter behov. Motionen besvaras genom att samtliga anställda årligen går igenom Borås Stads rutin för Första hjälpen och krisstöd och att arbetsplatserna i anslutning till det gör en bedömning av kunskapsläget kring hjärt- och lungräddning i arbetsgruppen. Det finns alltid möjlighet att gå internutbildning i hjärt- och lungräddning. Utbildningarna ges dels löpande under året men det finns också möjligheter för arbetsplatser att utöver dessa tillfällen boka en utbildning efter eget önskemål. Information om utbildningarna finns på intranätet under kompetensutveckling/utbildningar.

Individ och familjeomsorgsförvaltningen har genomfört en inventering av behov av hjärtstartare hos samtliga av förvaltningens enheter/adresser. I samband med inventeringen har även förvaltningen tagit del av Svenska rådet för hjärt- lungräddnings (HLR-rådet) rekommendationer om hjärtstartare för att kunna göra en bedömning av behovet. En kartläggning har genomförts av registrerade hjärtstartare, via Hjärtstartarregistret (SHR), på närliggande adresser till förvaltningens verksamheter.

Av den inventering som genomförts kan konstateras att det saknas hjärtstartare på samtliga av förvaltningens enheter/adresser men att det på närliggande adresser till några av förvaltningens enheter finns registrerade hjärtstartare.

## Inventering

### HLR-rådets rekommendationer om hjärtstartare

HLR-rådet uppmanar till spridning av hjärtstartare i samhället och ökad användning, ger råd vid inköp av hjärtstartare, placering av hjärtstartare i samhället, utbildningsnivå samt riktlinjer för standarden ”Hjärtsäker zon”.

Varje år drabbas cirka 6000 personer i Sverige av hjärtstopp utanför sjukhusvård. Vid ett plötsligt hjärtstopp uppstår ett elektriskt kaos i hjärtat som medför att pumpförmågan upphör och att blodtillförseln till kroppen avstannar. Behandling med hjärtstartare i form av strömstöt (defibrillering) kan återställa hjärtats normala rytm och är den viktigaste faktorn för överlevnad.

Vetenskapliga studier visar att 7 av 10 kan överleva om behandling med hjärt-lungräddning (HLR) och defibrillering startas snabbt.

En hjärtstartare kan användas av vem som helst, till vem som helst med misstänkt hjärtstopp (medvetlös med ingen eller onormal andning).

En hjärtstartare är enkel att använda, självinstruerande och kan aldrig orsaka skada om användaren följer råden. Utbildning i HLR och användning av hjärtstartare rekommenderas, det ger ökad kunskap och trygghet i en nödsituation.

## Placering av hjärtstartare i samhället

HLR-rådet uppmanar till spridning av hjärtstartare i samhället och ser positivt på initiativ för att utrusta bostäder, arbetsplatser, föreningar och offentliga lokaler med hjärtstartare. Forskning visar att platser där många vistas, eller som har en stor genomströmning av människor har en ökad förekomst av hjärtstopp. Vid placering av hjärtstartare i samhället rekommenderas att:

- Hjärtstartare placeras på alla platser med ökad risk för hjärtstopp. Exempel är större arbetsplatser, offentliga förvaltningsbyggnader, buss-, färje och tågstationer, flygplatser, gym, sim-, och idrottshallar, kongresscentra, hotell, öppenvårdsinrättningar och större affärer/köpcentra.
- Fler hjärtstartare placeras i tätbefolkade bostadsområden. De flesta hjärtstoppen sker i hemmet (70%).
- Hjärtstartare finns tillgängliga vid större publika evenemang och folksamlingar. Exempel är större idrottsevenemang, demonstrationer och konserter.
- Hjärtstartare är tydligt utmärkta med skylt enligt nationell standard.
- Hjärtstartare placeras med största möjliga tillgänglighet och synlighet. Placera hjärtstartaren så att den är åtkomlig dygnet runt, året runt. Placera om möjligt hjärtstartaren i uppvärmt skåp utomhus för att allmänheten ska kunna nå den i händelse av ett hjärtstopp i närheten.

## Utbildningsnivå

HLR-rådet rekommenderar att alla genomgår utbildning i HLR för vuxna och barn samt Första hjälpen. Även skolbarn kan från tidig ålder lära sig att rädda liv. I samtliga utbildningar ingår övning med hjärtstartare. Vuxen-HLR i samhället riktar sig till alla som vill lära sig Vuxen-HLR. Barn-HLR i samhället riktar sig till alla som vill lära sig Barn-HLR t.ex. föräldrar, mor- och farföräldrar, personal inom barnomsorg, skola, organiserad första hjälpverksamhet, samt räddningstjänst/polis.



Första Hjälp ger kunskaper i både HLR och hur man som lekman kan ta hand om olika akuta skador och sjukdomstillstånd.

Hjärt-lungräddning för insatspersonal är en utbildning där teamträning och handhavande av hjärtstartare prioriteras för följande grupper:

- de som i sin yrkesroll larmas och förväntas utföra HLR/Första hjälpen och som har tillgång till hjärtstartare. Det är t.ex. säkerhetsvakter, räddningstjänst, poliser, idrottsledare, personal i simhallar och flygpersonal.
- personer med särskilt ansvar för hjärtstartare på arbetsplatser eller publika anläggningar.

## Hjärtstartare och frivilliga livräddare

I flera regioner finns system där frivilliga livräddare larmas av larmcentralen vid misstänkta hjärtstopp för att utföra HLR, eller hämta närmaste hjärtstartare. För ägare/innehavare av hjärtstartare innebär det:

- Hjärtstartaren kan bli hämtad av frivillig livräddare vid hjärtstoppslarm om den är registrerad som synlig på Hjärtstartaregistrets karta.
- Alla hjärtstartare behöver märkas med ägarens namn, adress och mobiltelefonnummer för att de enkelt ska kunna lämnas tillbaka efter användning.
- HJÄRTSÄKER ZON Svenska HLR-rådet har som övergripande mål att defibrillering av hjärtstopp utanför sjukhus ska ske inom 5 minuter. För så kallade hjärtsäkra zoner är kraven högre. För att kvalificeras som hjärtsäker zon krävs bland annat följande:
  - Att det finns beredskap och handlingsplan för att kunna hantera ett hjärtstopp (larm till 112, start av HLR, behandling med hjärtstartare).
  - Att det finns aktuell kompetens i HLR/Första hjälpen som kan påbörjas omgående.
  - Att repetition i HLR/Första hjälpen sker årligen.
  - Att all personal vet var hjärtstartaren finns.
  - Att rutiner finns för underhåll av hjärtstartare.
  - Att behandling med hjärtstartare kan ske inom 3 minuter.
  - Att hjärtstartaren är tydligt utmärkt i enligt HLR-rådets rekommendationer.
  - Att hjärtstartaren är registrerad i Sveriges Hjärtstartarregister.

## Hjärtstartare i Borås Stad och i närheten av förvaltningens verksamheter

I Borås stad med omnejd finns det över 200 registrerade hjärtstartare. Det finns 23 registrerade hjärtstartare inom centrumringen (mellan Sven Erikssonsgatan och Kungsleden). Informationen om var hjärtstartare finns hittas via Hjärtstartarregistret. Borås stad har ingen samlad information om hjärtstartare på kommunens hemsida.

I närhet av Individ och familjeomsorgsförvaltningens verksamheter på Österlånggatan 64 och Fabriksgatan 11 finns registrerade hjärtstartare på två närliggande adresser. I närhet av verksamheten Träffen finns hjärtstartare registrerade på tre närliggande adresser. I närhet av HVB Torstenssongatan finns registrerade hjärtstartare på två närliggande adresser.

Förvaltningens boenden på Badhusgatan, Klintesväng, Kaptensgatan och Lars Kaggsgatan saknar registrerade hjärtstartare i närheten. Verksamhet på Yxhammarsgatan saknar hjärtstartare i närheten.

På Familjecentralerna och mötesplatserna där personal från förvaltningen arbetar har i olika omfattning registrerade hjärtstartare på närliggande adresser.

## Förvaltningens behov samt kostnader

Av den inventering som genomfört kan konstateras att det saknas hjärtstartare på samtliga av förvaltningens enheter/adresser, men att det på närliggande adresser till vissa enheter finns registrerade hjärtstartare. Den sammantagna bedömning är att det finns ett behov av att köpa in alternativt leasa hjärtstartare, en per adress där förvaltningen har verksamhet, som även registreras i hjärtstartarregistret. Dock föreslås att på de adresser annan förvaltning har den primära verksamheten, d.v.s. på familjecentraler och mötesplatser, att respektive förvaltning med huvudansvar för verksamhet ansvarar för installering av hjärtstartare.

Sammantaget ser förvaltningen behov av att installera hjärtstartare på 8 enheter/adresser, en per adress. De adresser som är aktuella är:

Fabriksgatan 11  
Österlånggatan 63  
Österlånggatan 64  
Stora Kyrkogatan 12  
Kaptensgatan  
Badhusgatan  
Klintesväng  
Torstenssongatan (HVB)

Verksamheterna på Yxhammarsgatan , Lars Kaggsgatan och Österlånggatan 74 finns planer på att flyttas och här ser förvaltningen inget behov av hjärtstartare.

Förvaltningen bedömer det som mest fördelaktigt att leasa hjärtstartare vilket innebär en löpande månadskostnad istället för en stor initial investering. Vidare då behovet av hjärtstartare kan variera över tid och därför kan antalet hjärtstartare behöva minska eller öka beroende på enheters placering, med ett leasingavtal kan antalet hjärtstartare justeras utifrån behov och service, försäkring m.m. inkluderas i kostanden.

Att leasa en modern hjärtstartare kostar ungefär 500 kr per månad exklusive moms, priser kan variera något mellan leverantörer och vad som ingår i leasingavtalet. I kostanden ingår ofta övervakningsskåp, service, stöld- och åverkansförsäkring, bärväska, nödkit, skylt och i vissa fall nedladdning av patientdata vid behov. Vid leasing av 8 hjärtstartare innebär det en ungefärlig kostnad 4000 kr mer månad alltså 48 000 kr per år exklusive moms.

Utöver leasing av hjärtstartare bör även de medarbetare inom förvaltningen som saknar aktuell HLR-utbildning medverka i utbildning enligt gemensam rutin för Borås Stad. Enligt gällande rutin skall medarbetare medverka i grundutbildning i HLR var tredje år vilket skall följas upp på APT. Utbildningsinsatser bör dock planeras över tid för att inte påverka kärnverksamhet.

Hans Abrahamson  
HandläggareInstans  
**Individ och familjeomsorgsnämnden**  
Dnr IFON 2023-00101 1.2.3.25

## **Kommunfullmäktiges uppdrag som inte ingår i budget, april 2023, nämndens rapport**

### **Individ och familjeomsorgsnämndens beslut**

Individ och familjeomsorgsnämnden godkänner rapporten om kommunfullmäktiges uppdrag som inte ingår i budget och översänder denna till kommunstyrelsen.

### **Sammanfattning (Ärendet i sin helhet)**

Nämnden har ett uppdrag från kommunfullmäktige som inte ingår i budget för 2023 och detta gäller inventering av hjärtstartare. En inventering är genomförd och en plan är även upprättad som avser inköp av hjärtstartare samt kommande utbildningsinsatser kopplat till detta. Uppdraget är genomfört

### **Ärendet i sin helhet**

"[Klicka och skriv här]"

### **Barnkonsekvensanalys**

### **Beslutsunderlag**

1. "[Bilaga, datum]"
2. "[Bilaga, datum]"

### **Samverkan**

Ärendet är samverkat vid FSG 2023-05-15

### **Beslutet expedieras till**

1. Kommunstyrelsen

Maria Hyllstam  
Ordförande


Hans Abrahamson  
Förvaltningschef



# **Kommunfullmäktiges uppdrag som inte ingår i budget, april 2023, nämndens rapport**

Individ- och familjeomsorgsnämnden

## Uppdrag

Ärende som har genererat uppdraget	Uppdrag	Status april 2023	Kommentar
Svar på motion av Stefan Lindborg (V): En hjärtefråga, KF 2022-05-12	Nämnderna ges i uppdrag att inventera behovet och installera hjärtstartare efter behov.	 Genomfört	En kartläggning av behovet av hjärtstartare har genomförts och en plan för vilka enheter/fastighetsadresser som behöver hjärtstartare har tagits fram under våren 2023.

Maria Svensson  
Handläggare  
033 358232

Datum  
2023-05-23

Instans  
**Individ och familjeomsorgsnämnden**  
Dnr IFON 2023-00090 1.1.3.0

## Rapport ej verkställda gynnade beslut - kvartal 1

### Individ och familjeomsorgsnämndens beslut

Individ- och familjeomsorgsnämnden beslutar att godkänna redovisning av ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL t o m den 31:a mars 2023.

### Ärendet i sin helhet

Under det första kvartalet 2023 är det 11 gynnande beslut som rapporterats som ej verkställda. Det är fyra färre än kvartal 4, 2022.

Av de 11 besluten avser 9 området barn och unga medan 2 avser området vuxen. 3 beslut berör flickor medan 8 beslut berör pojkar/män.

8 beslut gäller insatsen kontaktfamilj och de övriga 3 gäller omedelbart omhändertagande, boendesocial insats med andrahandskontrakt och HVB/institutionsvård.

Flertalet av klienterna har beviljats andra insatser under perioden då deras beslut inte verkställts. Förvaltningen har kontinuerlig kontakt och dialog med berörda klienter.

### Barnkonsekvensanalys

Barnperspektivet beaktas i varje enskilt ärende som rör barn. Då ett beslut om insats inte kan verkställas inom rimlig tid övervägs andra insatser eller alternativa lösningar för att tillgodose den enskildes behov oavsett om insatsen gäller barn, familj eller en vuxen. Detta för att minimera eventuella negativa konsekvenser för den enskilde.

### Beslutsunderlag

1. Slutrapport kvartal 1, 2023

### Samverkan

Ärendet har, 2023-05-18, samverkats med de fackliga organisationerna.

### Beslutet expedieras till

1. Kommunstyrelsen, [KS.diarium@boras.se](mailto:KS.diarium@boras.se)
2. Stadsrevisionen, [SRE.diarium@boras.se](mailto:SRE.diarium@boras.se)

Maria Hyllstam  
Ordförande

Hans Abrahamsson  
Förvaltningschef



2023-04-27

Maria Svensson  
Handläggare**Redovisning av ej verkställda gynnande beslut enligt  
4 kap.1 § SoL t.o.m. den 31.e mars 2023**

Nämnd	Inga ej verkställda beslut	Ej verkställda beslut	Typ av insats	Antal dagar sedan beslut	Man/kvinna
IFO Barn och unga		1	Kontaktfamilj	746	K
		1	Kontaktfamilj	676	M
		1	Kontaktfamilj	616	M
		1	Kontaktfamilj	466	K
		1	Kontaktfamilj	463	M
		1	Kontaktfamilj	330	M
		1	Kontaktfamilj	330	M
		1	Kontaktfamilj	122	K
		1	Omedelbart omhändertagande	100	M
IFO Vuxen		1	Boendesocial insats med andrahandskontrakt	289	M
		1	HVB/Institutionsvård	211	M

**Sammanställning**

Första kvartalet 2023 är det 11 ej verkställda beslut som rapporteras. Det är 4 färre jämfört med fjärde kvartalet 2022. 9 av de ej verkställda besluten avser området barn och unga medan 2 avser området vuxen.

Av insatserna inom barn och unga-området gäller alla utom ett beslut insatsen kontaktfamilj. Ett beslut gäller ett omedelbart omhändertagande. 3 flickor och 6 pojkar berörs. Inom vuxenområdet gäller de ej verkställda besluten boendesocial insats med andrahandskontrakt och HVB/Institutionsvård. Båda besluten berör män.

**Specifik information gällande två tidigare ej verkställda beslut**

Ett tidigare ej verkställt beslut gällande placering utom det egna hemmet har verkställts och barnet är placerad på HVB-hem.

Ett barn väntade i fyra år på en kontaktfamilj eftersom det av olika anledningar inte gick att hitta en lämplig kontaktfamilj. Barnet har tidigare varit familjehemsplacerad, vilket under väntetiden övergått till en vårdnadsöverflytt. Under det senaste kvartalet har en kontaktfamilj hittats och matchats med barnet och därmed har beslutet gällande kontaktfamilj verkställts.

### **Kontaktfamiljer**

När det gäller kontaktfamiljsinsatser letar Familjehemsenheten efter lämpliga uppdragstagare som matchar barnens behov. En regelbunden kontakt hålls med familjerna. I fyra av ärendena finns en tilltänkt kontaktfamilj och dessa beräknas starta upp den närmaste tiden. I två ärenden har barnen beviljats insatsen kontaktperson i avvaktan på att lämplig kontaktfamilj matchas. I ett av dessa har barnet, under perioden, haft en pågående kontaktpersonsinsats som fungerat tillfredsställande, men insatsen avslutades efter en tid på barnets eget initiativ. I två av besluten gällande kontaktfamilj till ett syskonpar har nämnden tidigare gjort ett avslag på fortsatt ansökan om kontaktfamilj. Familjen fick dock rätt i Förvaltningsrätten. De har pågående stöd i form av öppenvårdsinsatser. I ett ärende har familjen själv återtagit sin ansökan då den sociala situationen har förändrats positivt och barnet erhåller stöd i nätverket.

### **Omedelbart omhändertagande**

I december 2022 gjordes ett omedelbart omhändertagande av en ungdom som då begått ett allvarligt brott. Beslutet kunde emellertid inte verkställas eftersom ungdomen avvek till utlandet. I slutet av mars 2023 togs beslut om att upphöra det omedelbara omhändertagandet. Över 90 dagar passerade från beslutet om det omedelbara omhändertagandet tills beslutet om att upphöra omhändertagandet fattades, vilket gjorde att även detta beslut har rapporterats som ett ej verkställt beslut till IVO.

### **Boendesocial insats med andrahandskontrakt**

När det gäller ärendet där personen som har 289 dagar som inte är verkställda är mannen placerad på ett externt boende i avvaktan på att han ska få boendesocial insats med andrahandskontrakt som kan verkställas. Mannen har därmed fått sitt behov av boende tillgodosett i avvaktan på att insats kan verkställas genom externt boende.

### **HVB/institutionsvård**

När det gäller ärendet som har 211 dagar som inte är verkställt så har mannen varit dömd till kontraktsvård. Kontraktsvård innebär att klienten blivit dömd till missbruksvård istället för fängelsestraff, dock med vissa restriktioner. När kontraktsvård verkställs så står Kriminalvården inledningsvis för två tredjedelar av behandlingstiden och kostnaden, därefter tar socialtjänsten över resterande tredjedel av behandling och kostnad. Då socialtjänsten måste godkänna behandlingens kostnaden innan någon kan dömas till kontraktsvård så innebär det att verkställigheten kan dra ut på tiden. I detta fall har mannen fått beslut innan kontraktsvård påbörjades och sedan har klienten haft pågående behandling på behandlingshem som Kriminalvården bekostat först i ca 6 månader. Således har mannen haft behandling under tiden som insats inte varit verkställd dock betald genom Kriminalvården. Därefter har IFO Vuxen tagit över behandlingens kostnaden enligt uppgjord plan.