



Göteborgs
Stad

Förvaltningen för funktionsstöd anvisning för systematiskt kvalitetsarbete

Beslutad av: Förvaltningsdirektör	Gäller för: Medarbetare och chefer i förvaltningen för funktionsstöd	Diarienummer: FFS-2026-00649	Datum och paragraf för beslutet: 2026-03-16
Dokumentsort: Anvisning	Giltighetstid: 2026-03-16	Senast reviderad:	Dokumentansvarig: Utvecklingsledare kvalitet

Bilagor:

- Bilaga 1. Roller i det systematiska kvalitetsarbetet
 - Bilaga 2. Lagar och riktlinjer
 - Bilaga 3. Lex Sarah och lex Maria
 - Bilaga 4. Exempel på agenda på ledningsgruppens årliga analys
-

Innehåll

Syftet med denna anvisning	3
Vem omfattas av anvisningen	3
Koppling till andra styrande dokument	3
Kvalitet	3
Kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.....	4
Värdighetsgarantier	5
Kultur, struktur och systematik.....	5
Kultur	5
Struktur	6
Systematik	7
Verktyg.....	9
Målgruppernas bedömning	9
Verksamhetens bedömning	10
Andras bedömning.....	12
Bilagor.....	13
Roller i det systematiska kvalitetsarbetet	13
Lagar och riktlinjer	17
Lex Sarah och lex Maria	19
Exempel på agenda för ledningens årliga analys	21

Syftet med denna anvisning

Denna anvisning beskriver hur styrning, uppföljning och förbättring av det systematiska kvalitetsarbetet hänger samman inom förvaltningen. Den är utformad för att ge stöd avseende ansvar, roller och uppdrag i arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrift.

Vem omfattas av anvisningen

Denna anvisning gäller tills vidare för chefer och medarbetare som bedriver verksamhet och genomför insatser enligt Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Socialtjänstlagen (2025:400) (SoL) samt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL).

Koppling till andra styrande dokument

Anvisningen utgår från nedan angivna styrande och stödjande dokument och beskriver hur dessa ska tillämpas i förvaltningens verksamheter.

Styrande dokument	Koppling till denna anvisning
Reglemente för Göteborgs Stads nämnd för funktionsstöd	Reglementet fastställer nämndens uppdrag, ansvar och befogenheter. Det utgör den politiska grunden för förvaltningens verksamhet och kvalitetsarbete
Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll	Riktlinjen anger hur stadens nämnder och bolag ska planera, följa upp och utveckla sin verksamhet. Den utgör den gemensamma ramen för styrning, uppföljning och kontroll inom staden.
Stödjande dokument	Koppling till denna anvisning
Vägledning för kvalitetsledningssystem i Göteborg Stad	Vägledningen utgör ett stöd i formandet av kvalitetsledningssystem.

Kvalitet

Kvalitet handlar om att göra rätt saker på rätt sätt. I vardagen behöver både chefer och medarbetare göra avvägningar mellan olika behov och begränsade resurser. Brukarna ska ha verkligt inflytande över hur stödet utformas och utvecklas, och deras synpunkter är en viktig del av kvalitetsarbetet. Världighetsgarantierna är ett viktigt stöd i detta arbete.

Att arbeta med kvalitet kombinerar två delar: att följa lagar, regelverk och rutiner och att säkerställa att brukarna upplever stödet som tryggt, relevant och meningsfullt. Det innebär både att säkra kvalitet i det dagliga arbetet och att utveckla verksamheten utifrån förändrade behov och förutsättningar genom att förebygga, upptäcka och åtgärda brister, och kontinuerligt förbättra arbetssätt och förmåga. Utvecklingsarbetet kan omfatta både mindre förbättringar och mer genomgripande förändringar.

Chefer ansvarar för att omsätta politiskt beslutade mål till verksamhet och har ett särskilt ansvar för att tydliggöra prioriteringar och ge stöd i dessa avvägningar. Det innebär att tydliggöra uppdraget, skapa goda förutsättningar för arbetet och leda verksamheten genom att ta tillvara medarbetarnas kompetens och engagemang. En viktig del av chefsansvaret är att vara lyhörd för målgruppens behov, driva kvalitetsarbetet och undanröja hinder för utveckling och förnyelse.

Medarbetare ansvarar för att utföra sitt uppdrag enligt beslutade mål och arbetssätt, uppmärksamma när något inte fungerar och bidra med förslag och lösningar som utvecklar verksamheten och ökar nyttan för målgruppen.

Kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9

Ett kvalitetsledningssystem är lika med den samling styrande verktyg som organisationen använder för att säkerställa att verksamheten håller den kvalitetsnivå som utlovats och för att skapa förutsättningar för kontinuerlig utveckling. Det omfattar hela styrkedjan, från planering, riskbedömning och egenkontroller till avvikelshantering, analys och förbättringsarbete och är styrande för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas i verksamheten.

Kvalitetsarbetet ska uppfylla krav i lagstiftning, föreskrifter och politiskt fastställda mål – se bilaga 2. De lagar som styr insatserna till förvaltningens brukare, LSS, SoL och HSL, reglerar att kvaliteten i verksamheten ska säkerställas och utvecklas fortlöpande. Kraven på hur detta ska ske genom systematiskt kvalitetsarbete preciseras i 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Länk: [SOSFS 2011:9](#)

Kvalitetsledningssystemets uppbyggnad och tillämpning

Kvalitetsledningssystemet är uppbyggt av processer, styrdokument och rutiner. Verksamheten ska säkerställa att nödvändiga processer och rutiner finns för att upprätthålla kvaliteten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Kvalitetsledningssystemet ska också beskriva verksamhetens systematik för att följa upp och arbeta med ständiga förbättringar.

Arbeta enligt fastställda processer och rutiner

Processer, styrande dokument och rutiner anger vad som ska göras, vem som ska göra det och hur det ska göras. De är en grund för tydliga och enhetliga arbetssätt, för att säkerställa att verksamheten följer lagar och krav samt för att underlätta uppföljning och förbättring. Förvaltningen arbetar utifrån huvudprocesser, exempelvis socialtjänstprocessen, och stödprocesser exempelvis avvikelseprocessen.

Enhetschef ansvarar för att medarbetare får information om de processer, styrande dokument och rutiner som styr arbetet, att de är kända i verksamheten och att de följs i praktiken.

Länk: [Förvaltningens processer](#)

Länk: [Styrande dokument](#)

Värdighetsgarantier

Nämnden för funktionsstöd införde 2021 fem värdighetsgarantier. Värdighetsgarantierna är grundläggande för vilken kvalitet som brukare och anhöriga ska kunna förvänta sig. Garantierna omfattar områdena *Bemötande, Kommunikation och kompetens, Självtändighet och delaktighet, Trygghet och kontinuitet* samt *Synpunkter och kontakt*.

Garantierna ska fungera som ett ramverk för dialog och utveckling tillsammans med brukarna. Resultaten från brukarundersökningar, brukarrevisioner och synpunktshantering kopplas till garantierna.

Länk: [Värdighetsgarantier](#)

Kultur, struktur och systematik

Förvaltningen följer stadens gemensamma vägledning för kvalitetsledningssystem. Vägledningen beskriver styrningen av tre samspelande perspektiv: kultur, struktur och systematik.

- Kultur – styrmedel som påverkar inställning, anda och vilja - det vill säga värdegrund och syn på brukarna.
- Struktur - styrmedel som tydliggör ordning, ansvar och handlingsutrymme för att upptäcka, åtgärda lära och utveckla.
- Systematik – styrmedel som beskriver arbetssätt - hur arbetet ska genomföras, dokumenteras, följas upp och analyseras för att främja kontinuerligt lärande och ständig förbättring.

Kultur

God kvalitet i verksamheten bygger på chefers och medarbetares engagemang och vilja att bidra till förbättring. För att det ska fungera krävs en organisationskultur, baserad på gemensam värdegrund och ett lärande förhållningssätt. Det ger förutsättningar för gemensam förståelse för uppdraget och bidrar till att rätt stöd, vård och omsorg ges vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

Gemensam värdegrund

Stadens gemensamma förhållningssätt tydliggör att målgrupperna ska stå i centrum både i det dagliga arbetet och i utveckling av verksamheten:

- Vi vet vårt uppdrag och vem vi är till för
- Vi bryr oss
- Vi arbetar tillsammans
- Vi tänker nytt

Förhållningssätten innebär att alla, oavsett förutsättningar, ska bemötas med värdighet och ges likvärdig kvalitet. Ett professionellt förhållningssätt bygger på respekt, möjlighet till inflytande och tydlig kommunikation, vilket också kommer till uttryck i förvaltningens värdighetsgarantier.

Genom att vara tydliga med vad målgrupperna kan förvänta sig av verksamheten bidrar vi till rätt förväntningar och ett gott samarbete. När målgrupperna upplever att kvaliteten är god ökar också effekten av de insatser som ges.

Chefer och medarbetare tar ett personligt ansvar för kvalitet genom att sträva efter hög kvalitet i sitt dagliga arbete och att arbeta efter bästa tillgängliga kunskap.

Struktur

Kvalitetsledningssystemet utgörs av strukturer som hjälper organisationen att upptäcka brister, åtgärda dem, dra lärdom och utvecklas. Strukturerna ska visa hur processer och rutiner hänger ihop. Roller och ansvar behöver vara tydligt fördelade för att arbetet ska bedrivas enhetligt och effektivt.

Kvalitetsfrågor är en del av förvaltningens ordinarie styrning och har en självklar plats i planering, uppföljning och utveckling på alla nivåer i verksamheten. När resultat, erfarenheter och reflektioner sammanställs och analyseras skapas bättre förutsättningar för att fatta välgrundade beslut om förbättringsåtgärder och för att bedöma om det systematiska kvalitetsarbetet fungerar som det ska eller behöver stärkas.

För att skapa ett lärande förhållningssätt i vardagen behöver erfarenheter delas, jämföras och analyseras gemensamt. Uppföljningen ska vara enkel, regelbunden och en naturlig del av det dagliga arbetet. Det kan göras genom att kvalitet är en stående punkt på dagordningen inom ordinarie mötesstrukturer på alla nivåer. Genom avstämningar vid exempelvis arbetsplatsträffar, team-möten, verksamhetsmöten eller planeringsdagar kan både det som fungerar bra och det som behöver förbättras fångas upp i ett tidigt skede. Syftet är att synliggöra hur värde för målgrupperna skapas i verksamhetens olika arbetsflöden och processer.

Åtgärder som avser kvalitetsbrister i förhållande till målgruppernas behov bör ges företräde. Arbetet inriktas på att identifiera och åtgärda grundorsaker till problem, snarare än att enbart hantera symptom.

Synpunkter, klagomål och avvikelser är viktiga underlag och behöver sättas i ett sammanhang tillsammans med gemensamma reflektioner och analyser för att ge en helhetsbild. Syftet med uppföljningen är att besvara frågor om vad som har fungerat bra eller mindre bra i förhållande till våra mål och kvalitetskrav, vad målgruppen säger samt vilka mönster vi ser i avvikelser och risker?

Regelbunden uppföljning ska även genomföras på nästa ledningsnivå. Sist i denna anvisning finns bilaga 4 "*Exempel på agenda för ledningens årliga analys*" från stadens vägledning för kvalitetsledningssystem, som kan användas som en grund för att systematisera denna uppföljning.

Förbättringsdialoger genomförs årligen med ledningsgrupperna som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet är att främja lärande, samverkan och erfarenhetsutbyte inom och mellan verksamheter, samt att bidra till långsiktig utveckling och nytänkande. Resultaten används som underlag för förbättringsåtgärder och uppföljning inom det systematiska kvalitetsarbetet.

Varje år upprättas en förvaltningsövergripande kvalitetsberättelse. Den utgör den samlade redovisningen av hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits, följts upp och utvecklats under året. Syftet är att ge nämnden ett tydligt underlag för styrning, prioriteringar och ansvarstagande för kvalitet och rättssäkerhet. Berättelsen bygger på sammanvägda resultat från brukarnas erfarenheter, förvaltningens egen uppföljning samt externa granskningar.

Samordningsgrupp kvalitet

För arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet finns samordningsgrupp kvalitet. Syftet med samordningsgruppen är att den ska säkerställa och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:09. Riktningen för samordningsgruppen är att förvaltningens kvalitetsarbete är likvärdigt och samordnat mellan förvaltningens verksamhetsområden och följa upp styrning och systematik i det förvaltningsövergripande kvalitetsarbetet. Samordningsgrupp kvalitet leds av enhetschef kvalitet och avrapporterar till förvaltningsledningen en gång per halvår.

Roller och ansvar

I bilaga 1 beskrivs roller och ansvar i det systematiska kvalitetsarbetet för att säkerställa att förvaltningen arbetar i enlighet med mål, styrdokument, lagar och föreskrifter.

Systematik

Göteborgs Stad använder PGSA-modellen som grund för metodiken i kvalitetsarbetet. PGSA står för planera, genomföra, studera och agera, och beskriver ett strukturerat sätt att arbeta med utveckling och förbättring. Modellen är en metod för att tänka igenom insatser i förväg, genomföra dem med fokus, följa upp resultat och därefter justera eller förbättra utifrån det som framkommer.

PGSA ett arbetssätt som bör användas kontinuerligt i vardagen. Även om modellen beskriver olika faser så sker arbetet i praktiken löpande: vi planerar och genomför, följer upp hur det fungerar och gör justeringar och förbättringar efter hand. På så sätt blir kvalitetsarbetet en naturlig del av det dagliga arbetet, snarare än något som sker vid enstaka tillfällen. Faserna planering och uppföljning har också tydliga moment och hållpunkter kopplade till årshjulet, exempelvis verksamhetsplan och verksamhetsuppföljning.

Planera

Planering handlar om att skapa en genomtänkt grund för verksamhetens arbete genom att analysera förutsättningar och göra prioriteringar. Underlaget kan bestå av exempelvis



målgruppsundersökningar, riskbedömningar, egenkontroller, uppföljningar och nulägesanalyser som tillsammans ger en samlad bild av behov och utvecklingsområden.

I planeringen ingår även att strukturera arbetsflöden och aktiviteter så att kvalitetskrav kan uppfyllas samt att tydliggöra hur arbetet ska följas upp. Analysen utmynnar i verksamhetsplaner som dokumenteras i Stratsys och anger vad som ska genomföras, vem som ansvarar och hur resultaten ska följas upp.

Genomföra

Genomförande innebär att omsätta beslutade mål, insatser och åtgärder i praktisk handling samt att arbeta i enlighet med överenskomna arbetssätt och rutiner. Det sker i hela verksamheten – från det dagliga mötet mellan medarbetare och brukare till införande och tillämpning av nya metoder och arbetssätt.

Under genomförandet uppmärksammas risker och brister kontinuerligt, och åtgärder vidtas när behov uppstår. För att skapa förutsättningar för uppföljning, analys och bedömning av risker behöver arbetet dokumenteras på ett strukturerat och ändamålsenligt sätt.

Studera

Studera innebär att följa upp och analysera resultat och erfarenheter för att förstå vad som fungerar, vad som behöver förbättras och hur arbetet kan utvecklas vidare. Uppföljning och analys sker både löpande, utifrån enskilda händelser i verksamheten, och samlat över tid.

Resultat från exempelvis avvikelser, synpunkter från målgrupperna, brukarenkäter och egenkontroller analyseras gemensamt för att skapa en helhetsbild av kvalitet och förbättringsbehov. Analysen ger underlag för faktabaserade beslut och prioriteringar samt bidrar till lärande och utveckling i organisationen.

Agera

Agera innebär att omsätta resultat från uppföljning och analys i konkreta förbättringar. Förbättringar kan göras i vardagen eller genom mer planerade utvecklingsinsatser.

Förbättringarna görs på den nivå i organisationen där det är aktuellt, och lyfts vid behov från enhetsnivå till en mer övergripande nivå. Förändringsarbetet kan till exempel innebära att arbetssätt justeras eller avslutas, rutiner förtydligas eller att nya åtgärder införs.

Verktyg

Förvaltningen har ett antal verktyg som används i planering, genomförande, uppföljning och förbättring. De verktyg som presenteras nedan utgör grunden för fortlöpande kvalitetsförbättring. Resultaten används i förvaltningens analysarbete på olika nivåer och ger en samlad förståelse av kvalitet och förbättringsområden.

Målgruppernas bedömning

Brukarundersökningar

Syfte	Brukarundersökningar används för att fånga hur brukarna upplever kvaliteten i verksamheten. De ger ett viktigt underlag för att följa upp mål, värdighetsgarantier och hur stödet upplevs över tid.
Ansvar	Förvaltningen ansvarar för att brukarundersökningarna genomförs och analyseras. Utvecklingsledare kvalitet samordnar genomförandet. Enhetschef ansvarar för att resultaten tas om hand i verksamheten, återkopplas och används i dialog om kvalitet och utveckling.
Resultat och användning	Resultaten används för gemensam analys och jämförelser över tid, både inom den egna verksamheten och mellan olika verksamheter och utförare. De ligger till grund för förbättringar. Resultaten återkopplas till brukare och personal för att stärka delaktighet och lärande.
Läs mer	Länk: Information om brukarundersökningar

Brukarrevisioner

Syfte	Brukarrevisioner används för att få en fördjupad bild av verksamheten ur brukarnas perspektiv. När brukare granskar verksamheten kompletteras andra former av uppföljning och brukarnas delaktighet i kvalitetsarbetet stärks.
Ansvar	Brukarrevisioner kan genomföras av brukare eller av externa aktörer, till exempel intresseorganisationer, i samverkan med förvaltningen. Fokusområden och prioriteringar beslutas av utvecklingsledare med ansvar för brukarrevisioner i dialog med samordningsgrupp Kvalitet.
Resultat och användning	Resultaten används för att fördjupa förståelsen av brukarnas erfarenheter och som underlag för förbättring av arbetssätt och stödinsatser. De bidrar till lärande och utveckling både i den enskilda verksamheten och på förvaltningsnivå.

Läs mer	Länk: Mer information om brukarrevisioner Länk: Förvaltningens process för brukarrevisioner
---------	--

Synpunktshantering

Syfte	Synpunktshantering är ett verktyg för att ta tillvara brukares och invånares synpunkter, klagomål och idéer. Syftet är att fånga upp förbättringsbehov, stärka kvaliteten och utveckla verksamheten i dialog med dem som använder den.
Ansvar	Varje verksamhet ansvarar för att ta emot, dokumentera, analysera och återkoppla synpunkter enligt fastställd rutin samt identifiera om synpunkten utgör en avvikelse. Enhetschef ansvarar för att synpunkter hanteras sakligt och att återkoppling ges. Medarbetare bör uppmuntra brukare och invånare att lämna synpunkter och vid behov ge stöd i att formulera dem.
Resultat och användning	Resultaten används för att identifiera förbättringsområden, utveckla rutiner och stärka kvaliteten i mötet med brukare. Sammanställningar och analyser ingår i det systematiska kvalitetsarbetet och bidrar till delaktighet och lärande.
Läs mer	Länk: Förvaltningens process för synpunktshantering

Verksamhetens bedömning

Riskbedömning

Syfte	Riskbedömningar är en del av det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9 och syftar till att upptäcka och förebygga risker för brister i verksamhetens kvalitet, brukarsäkerhet eller rättssäkerhet.
Ansvar	Chef på respektive nivå ansvarar för att identifiera när riskbedömning behövs samt för att genomföra den och följa upp, tillsammans med berörda roller.
Resultat och användning	Fokus ligger på att identifiera och åtgärda risker i arbetssätt, processer eller rutiner som riskerar att brukare inte får en trygg och korrekt insats. (Detta skiljer sig från arbetsmiljöriskbedömningar som handlar om risker för medarbetares hälsa och säkerhet i arbetet.)
Läs mer	

Avvikelsehantering

Syfte	Avvikelsehantering används för att fånga upp händelser som inte blivit som planerat eller där något inte fungerat som det ska. Syftet är att tidigt upptäcka brister och risker och att skapa lärande i verksamheten genom att händelser rapporteras, utreds och analyseras.
Ansvar	Alla som arbetar i förvaltningen ansvarar för att rapportera avvikelser och risker enligt gällande rutiner.

	Enhetschef ansvarar för att ta emot och utreda avvikelser, analysera orsaker, besluta om åtgärder och följa upp effekterna.
Resultat och användning	Avvikelse dokumenteras i verksamhetens system och används som underlag för analys, riskbedömning och förbättringsarbete. Dialog förs med berörd personalgrupp för att bidra till lärande i verksamheten. Genom att se mönster över tid kan arbetssätt och rutiner utvecklas.
Läs mer	Länk: Process för avvikelsehantering

Egenkontroll

Syfte	Egenkontroll är ett sätt att säkerställa kvalitet i det dagliga arbetet genom att regelbundet följa upp att rutiner, processer och styrande dokument följs. Syftet är att upptäcka brister i tid, förebygga fel och stärka rättssäkerheten för brukarna. Vid behov initieras fördjupad egenkontroll.
Ansvar	Enhetschef ansvarar för att planera och genomföra egenkontroller med stöd av verksamhetsutvecklare och metodutvecklare.
Resultat och användning	Resultaten dokumenteras i Stratsys och används för att identifiera risker och brister och planera åtgärder. Egenkontrollen fungerar både som ett stöd i vardagen och som ett underlag för det långsiktiga kvalitetsarbetet.
Läs mer	För fördjupad egenkontroll finns förvaltningsgemensam mall.

Lex Sarah

Syfte	Lex Sarah innebär en skyldighet att rapportera missförhållanden eller risker för missförhållanden inom SoL- och LSS-verksamhet. Syftet är att säkerställa att brister upptäcks, åtgärdas och förebyggs för att skydda den enskildes rätt till god kvalitet och rättssäkerhet.
Ansvar	Alla som arbetar i förvaltningen omfattas av rapporteringsskyldighet. Enhetschef ansvarar för att vidarebefordra lex Sarah-rapporter till SAS och bistå dem i utredning. SAS ansvarar för att leda utredning, analys och anmäla till IVO enligt förvaltningens rutin.
Resultat och användning	Resultaten från lex Sarah-utredningar används för att identifiera orsaker, förbättra rutiner och förebygga att liknande brister uppstår igen. De bidrar till lärande och utveckling både i den enskilda verksamheten och i förvaltningen som helhet.
Läs mer	Länk: lex Sarah-rutin Nivåer och bedömning -bilaga 3

Lex Maria

Syfte	Lex Maria innebär en skyldighet att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada inom hälso- och sjukvården. Syftet är att klarlägga orsaker, förebygga liknande händelser och stärka patientsäkerheten.
Ansvar	Alla medarbetare ansvarar för att rapportera risker och inträffade händelser enligt gällande rutiner. Enhetschef ansvarar för att vidarebefordra avvikelser som kan utgöra vårdskada till MAS eller MAR och bistå dem i utredning. MAS och MAR ansvarar för att leda utredning, analys och anmäla till IVO enligt förvaltningens rutin.
Resultat och användning	Resultaten från lex Maria-utredningar används för att identifiera orsaker, förbättra rutiner och förebygga att liknande brister uppstår igen.
Läs mer	Nivåer och bedömning -bilaga 3

Andras bedömning

Externa granskningar

Syfte	Externa granskningar används för att få oberoende bedömningar av verksamhetens kvalitet och hur lagar, föreskrifter och styrande dokument följs. Syftet är att identifiera brister och utvecklingsområden som behöver åtgärdas.
Ansvar	Granskningarna genomförs av externa aktörer, till exempel Stadsrevisionen eller Inspektionen för vård och omsorg. Berörd chef ansvarar för att ta emot resultaten, analysera dem och vidta nödvändiga åtgärder.
Resultat och användning	Resultaten används som underlag för förbättringsåtgärder och uppföljning inom det systematiska kvalitetsarbetet. De bidrar till ökad transparens, lärande och långsiktig utveckling av verksamheten.
Läs mer	

Bilagor

Roller i det systematiska kvalitetsarbetet

Nämnden för funktionsstöd

Ansvarar ytterst för att förvaltningens verksamheter bedrivs med god kvalitet och i enlighet med gällande lagstiftning och stadens styrmodell.

- Fastställer ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, mål, uppdrag och budget.
- Säkerställer att verksamheten planeras, leds, följs upp, utvärderas och förbättras med stöd av ledningssystemet.
- Säkerställer att kvalitetsarbetet delegeras och genomförs enligt gällande delegationsordning.
- Fastställer kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

Förvaltningsdirektör

Ansvarar för att leda, samordna och säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet på förvaltningsövergripande nivå.

- Säkerställer att mål bryts ner och följs upp samt att kvalitetsarbetet dokumenteras och stöds av ändamålsenliga processer, riskanalyser, egenkontroller, kvalitetsgranskningar.
- Fastställer förvaltningens plan för egenkontroller.
- Säkerställer att det finns tillräckliga resurser för att upprätthålla och utveckla kvalitet på kort och lång sikt.

Avdelningschef - utförare och myndighet

Ansvarar för att leda och säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet inom sin avdelning.

- Säkerställer en enhetlig tillämpning av ledningssystemet, processer och rutiner inom avdelningen.
- Ägare av processer som reglerar arbetet inom avdelningens ansvar.
- Utser processledare för processer som reglerar arbetet inom avdelningens ansvar.
- Säkerställer att mål bryts ned, omsätts och följs upp i verksamheten.
- Säkerställer riskanalyser och egenkontroller
- Följer upp kvalitet, resultat och risker samt beslutar om och följer upp åtgärder vid brister.
- Leder och stödjer verksamhetschefer i deras kvalitetsarbete genom uppdragsdialoger.
- Säkerställer resursbehov för att upprätthålla god kvalitet.
- Säkerställer dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet.
- Rapporterar resultat, risker och utvecklingsbehov till förvaltningsdirektören.

Verksamhetschef - utförare och myndighet

Ansvarar för att leda och säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet inom sitt verksamhetsområde.

- Säkerställer enhetlig tillämpning av processer och rutiner.
- Säkerställer riskanalyser och egenkontroller
- Följer upp mål, resultat och risker samt beslutar om åtgärder.
- Medverkar vid utredningar enligt Lex Sarah och Lex Maria samt säkerställer att beslutade åtgärder genomförs och följs upp.

- Leder och stödjer enhetschefer i deras kvalitetsarbete och följer upp genom uppdragsdialog.
- Säkerställer resursbehov för att upprätthålla god kvalitet.
- Säkerställer dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet.
- Rapporterar resultat, risker och utvecklingsbehov till avdelningschef.

Enhetschef - utförare och myndighet

Ansvarar för att leda, genomföra och följa upp det systematiska kvalitetsarbetet på enheten.

- Bryter ned mål till enhetsnivå och följer upp resultat och måluppfyllelse.
- Genomför och följer upp riskanalyser och egenkontroller.
- Säkerställer ändamålsenlighet och följsamhet till enhetens processer och rutiner
- Säkerställer samverkan utifrån behov
- Följer upp och analyserar kvalitet och resultat, såsom brukarundersökningar, avvikelser, synpunkter, tillsyn och Lex Sarah/Lex Maria.
- Beslutar om och följer upp förbättringsåtgärder.
- Bevakar resursbehov för att upprätthålla god kvalitet.
- Säkerställer dokumentation, delaktighet och kunskap i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Rapporterar resultat, risker och utvecklingsbehov till verksamhetschef.

Medarbetare

Ansvarar för att delta i det systematiska kvalitetsarbetet.

- Arbetar enligt processer och rutiner.
- Rapporterar brister i kvaliteten - avvikelser, lex Sarah och synpunkter.
- Signalerar när något inte fungerar och föreslår förbättringar.

Förvaltningscontroller

Har förvaltningsövergripande uppdrag att säkerställa och följa upp det systematiska kvalitetsarbetet, på uppdrag av förvaltningsdirektören.

- Samordnar och följer upp förvaltningsövergripande planerings- och uppföljningsprocesser.
- Stödjer förvaltningsdirektören i analys, rapportering och utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet, inklusive intern kontroll och riskhantering.
- Representerar förvaltningsledningen i samordningsgrupp kvalitet.

Verksamhetsutvecklare med särskilt ansvar/förvaltningsövergripande

Ger stöd till avdelningschefer och verksamhetschefer i att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet.

- Sammanställer uppföljningar av efterlevnad av processer, riskbedömningar, egenkontroller och andra uppföljningsinsatser på övergripande nivå.
- Sammanställer uppföljning av synpunkter, avvikelser och Lex Sarah på övergripande nivå.
- Stödjer framtagande, implementering och efterlevnad av styrdokument, riktlinjer och rutiner.

Verksamhetsutvecklare (verksamhetsområde)

Ger stöd till verksamhetschefer och enhetschefer i att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet.

- Stödjer verksamhetens efterlevnad av processer, styrdokument, riktlinjer och rutiner.
- Genomför och analyserar riskbedömningar, egenkontroller och andra uppföljningsinsatser.

- Följer upp synpunkter, avvikelser och Lex Sarah.
- Stödjer framtagande, implementering och efterlevnad av styrdokument, riktlinjer och rutiner.

Metodutvecklare

Ger operativt stöd för att systematiskt utveckla kvalitet och arbetssätt på enheterna.

- Stödjer medarbetare och chefer i att arbeta metodiskt och strukturerat enligt processer och rutiner.
- Leder stödpedagognätverk för att säkerställa enhetliga arbetssätt och metoder.
- Genomför och analyserar egenkontroller, avvikelser, riskanalyser.
- Föreslår förbättringsåtgärder.
- Stödjer framtagande och implementering av styrdokument och riktlinjer.

Stödpedagog

Ger operativt stöd i det systematiska kvalitetsarbetet på en enhet.

- Stödjer och vägleder arbetsgruppen i uppföljning, dokumentation och utveckling av arbetssätt.
- Kvalitetssäkrar dokumentation, genomförande och uppföljning.

Avdelningschef kvalitet och styrning

Har övergripande ansvar och processägarskap för ledningssystemet.

- Ägare av stödprocesser inom sitt ansvarsområde.
- Säkerställer att det används för att systematiskt och fortlöpande utveckla förvaltningens verksamheter.
- Beslutar om revideringar av ledningssystemet.
- Stödjer kärnverksamheten i det systematiska kvalitetsarbetet.

Enhetschef kvalitet

Har ansvar för att samordna och utveckla ledningssystemet och stödprocesser inom sitt ansvarsområde.

- Säkerställer att det finns strukturer och ett kontinuerligt förbättringsarbete av strukturerna.
- Säkerställer att ledningssystemet är ett effektivt verktyg för att uppnå kvalitet i förvaltningen.
- Säkerställer att det finns metoder för analys av resultat i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Säkerställer att brister i efterlevnad av beslutad systematik och strukturer blir uppmärksammas och kommuniceras till ansvarig chef.

Utvecklingsledare kvalitet

Har uppdrag att utveckla ledningssystemet och dess strukturer.

- Ger förvaltningsövergripande stöd avseende krav och mål i ledningssystemet.
- Processledare för stödprocesser inom systematiskt kvalitetsarbete.
- Ger stöd och rådgivning till verksamheten i framtagning av processer och rutiner.
- Tar fram metoder för analys av resultat i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Leder utveckling, revidering och förvaltning av ledningssystemet och utvärderar ledningssystemet som verktyg för att uppnå kvalitet i förvaltningen.
- Samordnar brukarundersökningar och brukarrevisioner.

SAS – Socialt ansvarig samordnare

Ansvarar för tillsyn och uppföljning av kvalitet och lagföljksamhet inom SoL och LSS.

- Processledare för lex Sarah-processen.
- Utreder, bedömer och anmäler allvarliga missförhållanden eller risk för sådana till IVO (lex Sarah).
- Ger stöd, utbildning och vägledning till chefer och personal i frågor om lagstiftning, etik och kvalitetsfrågor.

MAS och MAR – Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Ansvarar för tillsyn och uppföljning inom omvårdnadsområdet samt rehabiliteringsområdet enligt HSL.

- Utreder, bedömer och anmäler allvarliga vårdskador eller risk för sådana till IVO (lex Maria).
- Ger stöd, utbildning och vägledning i frågor om hälso- och sjukvårdslagstiftning.

Verksamhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar

Ansvarar för organisation och uppföljning av verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

- Säkerställer kvalitet inom hälso- och sjukvårds- och patientsäkerhetsarbetet

Upprättar handlingsplaner för patientsäkerhetsarbetet.

Lagar och riktlinjer

Vårdgivaren ska enligt SOSFS 2011:9 uppfylla krav och mål enligt lagar och föreskrifter inom socialtjänst, LSS och hälso- och sjukvård. För detta krävs kännedom om lagstiftningen och systematisk uppföljning av att beslutade insatser leder till avsett resultat. Förvaltningen arbetar därmed utifrån de gällande bestämmelserna i LSS, SoL och HSL, som alla anger att kvaliteten i verksamheten ska utvecklas och säkras fortlöpande.

De olika lagstiftningarna använder delvis skilda begrepp – exempelvis *verksamhet* i LSS, *socialnämnd* i SoL och *hälso- och sjukvård* i HSL. Formuleringarna återges här i enlighet med respektive lag för att bevara juridisk tydlighet. I praktiken avser begreppen stadens samlade ansvar, även om vissa hälso- och sjukvårdsinsatser utförs av annan förvaltning inom Göteborgs Stad.

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

- Verksamhet enligt LSS ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.
- Verksamheten ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet.
- Vid åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Barn ska få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter.
- Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges.
- Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet.
- Det ska finnas den personal som behövs för att ett gott stöd, god service och omvårdnad ska kunna ges.
- Insatserna ska anpassas till mottagarens individuella behov och vara individuellt utformade.
- Målet är att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Insatserna ska tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor.
- Insatserna ska vara varaktiga och samordnade.
- Insatserna ska utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och ska stärka deras förmåga att leva ett självständigt liv.
- Kommunen har ett ansvar att systematiskt följa upp beslutade LSS-insatser för att säkerställa rättssäkerhet, kvalitet och att de leder till avsett resultat.

Socialtjänstlagen (SoL, 2025:400)

- Socialnämnden ansvarar för att människor som på grund av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra.
- Insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och, när det behövs, i samverkan med andra samhällsorgan, organisationer och föreningar.
- Barnets bästa ska särskilt beaktas vid alla åtgärder som rör barn. Detta gäller genomgående i den nya lagen och bygger på barnkonventionen som lag.

- Verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt, integritet och delaktighet.
- Socialtjänsten ska inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.
- När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en samordnad individuell plan (SIP).
- Socialnämnden ansvarar för att arbeta förebyggande och tidigt, inklusive att kunna erbjuda insatser utan behovsprövning när detta är beslutat av kommunen.
- Verksamheten ska vara kunskapsbaserad och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Socialtjänsten ska främja jämställdhet och jämlika levnadsvillkor i bemötande och verksamhetens utformning.
- Socialnämnden har ett tydligt brottsförebyggande ansvar i sitt uppdrag.
- Socialnämnden är skyldig att arbeta med systematisk uppföljning följa upp, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30)

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls:

1. vara av god kvalitet och 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
 5. vara lätt tillgänglig.
- När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.
 - Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med:
 1. har en psykisk störning eller funktionsnedsättning,
 2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,
 3. har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar, eller
 4. utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående för våld eller andra övergrepp.
 - När hälso- och sjukvård ges till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar ska det särskilt övervägas hur vården kan utformas så att den bidrar till att den enskilde får möjlighet att delta i samhällslivet och kan leva som andra.
 - Vårdgivaren har ansvar för systematiskt patientsäkerhetsarbete och att fortlöpande bedöma, följa upp och åtgärda risker för vårdskador.
 - Vid behov av både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser ska en samordnad individuell plan (SIP) upprättas i samverkan mellan kommun och region.

Nivåer och bedömningar enligt lex Sarah

Nivå / Allvarlighetsgrad	Förklaring	Exempel
1. Ej missförhållande	Händelsen innebär ingen risk eller konsekvens för den enskildes liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Kan dock vara en kvalitetsbrist som behöver åtgärdas eller en avvikelse som ska rapporteras.	En insats genomförs senare än planerat, utan att det påverkar den enskilde. Ett dokument saknar signatur, men uppgifterna är korrekta och får inga konsekvenser.
2. Påtaglig risk för missförhållande	En tydligt identifierbar risk som, om den inte åtgärdas, kan påverka den enskildes liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.	Bemanningen är otillräcklig vid ett arbetspass, vilket innebär risk att planerade insatser inte kan genomföras. Ett trygghetslarm är felinställt och hade kunnat leda till utebliven hjälp, men felet upptäckts i tid.
3. Missförhållande	Ett handlande eller en underlåtenhet i verksamheten som innebär att den enskilde inte får det stöd, den omsorg eller den handläggning som hen har rätt till enligt lag eller föreskrifter, och som har påverkat eller kan påverka den enskildes liv, säkerhet eller hälsa negativt.	En planerad insats uteblir, vilket leder till oro eller otrygghet hos den enskilde. Den enskilde bemöts på ett sätt som upplevs kränkande. Den enskilde får inte det stöd med hygien som hen har behov av.
4. Påtaglig risk för allvarligt missförhållande	Det finns en tydlig risk för ett allvarligt missförhållande. Om bristen inte åtgärdas kan den leda till allvarliga konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet eller hälsa. Ska anmälas till IVO.	Bristande tillsyn innebär en tydlig risk att den enskilde kan skadas utan att personal upptäcker det i tid. Otillräcklig bemanning innebär risk att livsnödvändiga insatser inte kan ges. Personal saknar nödvändig kompetens, vilket innebär risk för allvarlig felbehandling.
5. Allvarligt missförhållande	En händelse eller brist som har lett till, eller kunnat leda till, allvarliga konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet eller fysiska/ psykiska hälsa. Bedömningen utgår från hur allvarliga konsekvenserna är, inte bara om skada har inträffat. Ska alltid utredas och anmälas till IVO.	En person lämnas utan tillsyn och skadas allvarligt eller avlider. Enskilda utsätts för övergrepp, hot eller våld från personal. En ansökan om insats tas inte emot eller handläggs så sent att det leder till allvarliga konsekvenser.

Nivåer och bedömningar enligt lex Maria

Nivå / Allvarlighetsgrad	Förklaring
Vårdskada	Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvård
Allvarlig vårdskada	Vårdskada som är bestående och inte ringa, eller som medfört väsentligt ökat vårdbehov, eller dödsfall.

Exempel på agenda för ledningens årliga analys

Analys av:	Underlag
<p>Återkoppling från målgrupper</p> <p>a. Vilka upplevelser är särskilt viktiga i förhållande till våra utfästelser och kvalitetskrav? Vilka synpunkter har varit återkommande?</p> <p>b. Är våra former för att få information om målgrupperna effektiva?</p> <p>c. Har målgruppernas behov förändrats som föranleder ändringar i våra arbetsformer och utfästelser?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sammanställning resultat från enkäter, dialoger, synpunkter eller motsvarande
<p>Avvikelse</p> <p>a. Vilka har varit återkommande avvikelser?</p> <p>b. Hur har rapportering av avvikelser fungerat?</p> <p>c. Hur har korrigerande åtgärder fungerat?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sammanställning avvikelserapportering
<p>Risker</p> <p>a. Hur har åtgärder och kontroller av risker i förhållande till målgrupperna fallit ut?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapportering åtgärder och internkontroll
<p>Resultat av interna och externa granskningar</p> <p>a. Vilka områden har störst förbättringsbehov utifrån granskningarna?</p> <p>b. Hur fungerar granskningarna?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapporter från granskningar
<p>Processer</p> <p>a. Hur fungerar arbetet i våra processer?</p> <p>b. Utvärderar vi processerna på ett effektivt sätt?</p> <p>c. Är processbeskrivningar fortfarande aktuella?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sammanställning processgenomgångar ▪ Processbeskrivning och andra underlag
<p>Sammanfattning av periodens förbättringsarbete</p> <p>a. Har vi uppnått resultat i enlighet med uppsatta mål?</p> <p>b. Driver vi förbättringsåtgärder på ett effektivt sätt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sammanställning protokoll från avstämningar av förbättringsarbete
<p>Verksamhetens kvalitetskrav, -mål och mått</p> <p>a. Är krav, mål och mått fortfarande aktuella eller behöver de revideras?</p> <p>b. Är de kända i organisationen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verksamhetsplan ▪ Mål och mått
<p>Andra krav</p> <p>a. Har det skett förändringar i lagstiftning, regelverk m.m som påverkar verksamhet, uppdrag och/eller tjänster?</p> <p>b. Är något i verksamheten förändrat så att nya bestämmelser kommer i fråga?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förteckning lagar och övriga förf med relevans för verksamhetsområdet
<p>Beslut om kommande förbättringsåtgärder</p> <p>a. Ansvarig, tid etc.</p>	

Mallen kommer från Göteborgs Stads vägledning för kvalitetsledningssystem