



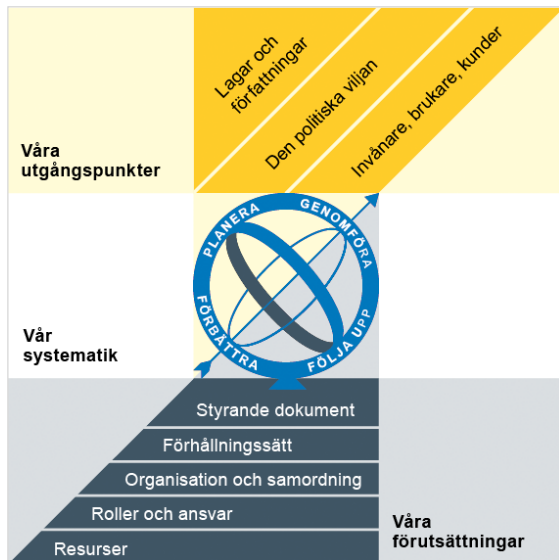
Göteborgs
Stad

Förvaltningen för funktionsstöds anvisning för systematiskt kvalitetsarbete

Reglerande styrande dokument

Policy
Riktlinje
Regel
► **Anvisning**
Rutin
Instruktion

Göteborgs Stads styrsystem



Utgångspunkterna för styrningen av Göteborgs Stad är lagar och författningar, den politiska viljan och stadens invånare, brukare och kunder. För att förverkliga utgångspunkterna behövs förutsättningar av olika slag. Stadens politiker har möjlighet att genom styrande dokument beskriva hur de vill realisera den politiska viljan. Inom Göteborgs Stad gäller de styrande dokument som antas av kommunfullmäktige och kommunstyrelsen. Därutöver fastställer nämnder och bolagsstyrelser egna styrande dokument för sin egen verksamhet. Kommunfullmäktiges budget är det övergripande och överordnade styrande dokumentet för Göteborgs Stads nämnder och bolagsstyrelser.

Om Göteborgs Stads styrande dokument

Göteborgs Stads styrande dokument är våra förutsättningar för att vi ska göra rätt saker på rätt sätt. De anger vad nämnder/styrelser och förvaltningar/bolag ska göra, vem som ska göra det och hur det ska göras. Styrande dokument är samlingsbegreppet för dessa dokument.

Stadens grundläggande principer såsom demokratisk grundsyn, principer om mänskliga rättigheter och icke-diskriminering omsätts i praktisk verksamhet genom att de integreras i stadens ordinarie beslutsprocesser. Beredning av och beslut om styrande dokument har en stor betydelse för förverkligandet av dessa principer i stadens verksamheter.

De styrande dokumenten ska göra det tydligt både för organisationen och för invånare, brukare, kunder, leverantörer, samarbetspartners och andra intressenter vad som förväntas av förvaltningar och bolag. De styrande dokumenten ligger till grund för att utkräva ansvar när vi inte arbetar i enlighet med vad som är beslutat.

Styrande dokument			
Kommunala föreskrifter		Planerande och reglerande styrande dokument	
Normgivning mot enskild	Riktade styrande dokument	Planerande styrande dokument	Reglerande styrande dokument

Beslutad av: Avdelningschef kvalitet och utveckling	Gäller för: Alla chefer med ansvar inom SoL, LSS och HSL	Diarienummer: -	Datum och paragraf för beslutet: -
Dokumentsort: Anvisning	Giltighetstid: tillsvidare	Senast reviderad: 2023-12-18	Dokumentansvarig: Utvecklingsledare kvalitet

Bilagor:

Bilaga 1, Organisation för ledning och styrning av det systematiska kvalitetsarbetet
Bilaga 2, Organisatorisk ansvarsfördelning gällande patientsäkerhetsarbetet i nämnden för funktionsstöd, beslut i nämnden för funktionsstöd daterat 2021-04-21.

Innehåll

Inledning	5
Syftet med denna anvisning	5
Vem omfattas av anvisningen	5
Bakgrund	5
Koppling till andra styrande dokument	5
Stödjande dokument	5
Anvisning	6
Varför ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet?	6
Ledarfilosofi	6
Kulturen	8
Struktur för det systematiskt kvalitetsarbete	9
Ledningssystemet och dess processer	9
Steg 1: Planera	9
Identifiera krav och mål i lagstiftningen	9
Planera arbetet för att säkerställa krav och mål	11
Riskanalys	11
Steg 2: Genomföra	12
Arbeta utifrån fastställda processer och rutiner	12
Steg 3: Utvärdera	12
Egenkontroll	12
Avvikelsehantering	12
Lex Sarah	13
Vårdskada- anmälan om Lex Maria	13
Synpunktshantering	13

Värdighetsgarantier	13
Brukarundersökningar	14
Brukarrevisioner	15
Granskningar.....	15
Analys	15
Steg 4: Förbättra.....	15
Kvalitetsmål	16
Uppföljning.....	16
Roller och ansvar	16
Ägare av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete	16
Kvalitets- och processamordnare	17
Centrala processledare	17
Chefer i linjeorganisationen	17
Medarbetare.....	18
MAS- medicinsk ansvarig sjuksköterska.....	18
SAS- socialt ansvarig samordnare	18
Verksamhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar	18
Bilagor:	19

Inledning

Syftet med denna anvisning

Syftet med denna anvisning är att tydliggöra hur förvaltningen arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet inom verksamheterna som bedrivs enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS), socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Vem omfattas av anvisningen

Denna anvisning gäller för chefer som bedriver verksamhet enligt LSS, SoL och HSL.

Bakgrund

Bakgrunden till att detta dokument tas fram är att det inte finns något samlat dokument i förvaltningen som beskriver hur man arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet och dess olika delar. Dokumentet ska kunna vara ett stöd vid introduktion av det systematiska kvalitetsarbetet för chefer som bedriver verksamheter enligt LSS, SoL och HSL.

Koppling till andra styrande dokument

Styrande dokument	Koppling till denna anvisning
Reglemente för Göteborgs Stads nämnd för funktionsstöd	Nämnden ska fullgöra sina uppgifter med fokus på kvalitet för den verksamheten riktar sig till och effektiva arbetsformer för att utföra uppdragen. Till detta hör att aktivt följa och agera på förändring och utveckling kopplat till ansvarsområdet, i syfte att förbättra verksamhet och arbetsformer
Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll	Denna riktlinje integrerar systematik för planering och uppföljning, riskhantering, intern styrning och kontroll samt kvalitetsledning

Stödande dokument

- Vägledning för kvalitetsledningssystem i Göteborgs Stad - ett stödande dokument, Stadsledningskontoret.

Anvisning

Varför ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet?

Kvalitet innebär att en verksamhet ska uppfylla de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut. Ledningssystemet utgår från socialstyrelsens föreskrift:

”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet SOSFS 2011:9”

Denna anvisning beskriver de olika delarna i förvaltningens ledningssystem och kvalitetsarbete. Det yttersta syftet med systematiskt kvalitetsarbete är att säkerställa kvalitén för brukarna och de insatser som nämnden svarar för. Anvisningen ska tydliggöra vilket ansvar du som chef har och vara ett stöd i enhetens arbete med att systematiskt följa och utvärdera kvalitén.

Ledningssystemet ger struktur för ledning och styrning av kvalitetsarbetet för nämndens verksamheter. Det ger också ett stöd för verksamheterna i hur kvalitet ska uppnås, genom att rätt vård och omsorg ges vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Förvaltningens processer tydliggörs i ledningssystemet vilket ger en ökad förståelse för vårt uppdrag. Processerna tydliggör **vem** som gör **vad** och **hur**.

Ett ledningssystemets uppgift är att **säkra** att de aktiviteter som utförs för att hålla en kvalitetsnivå och målet är att undvika fel och brister samt kunna garantera en önskvärd kvalitet. Exempel på aktiviteter kan vara egenkontroller, analyser av avvikelser samt riskbedömning i nulägesanalys som finns i Stratsys.

En annan uppgift för ledningssystemet är att **utveckla** verksamheten, Att ta tillvara på den kunskap som du får genom analys av exempelvis avvikelser och inkomna synpunkter för att höja nivån och förbättra verksamheten. Utveckling är nödvändig då verksamheten är föränderlig och villkoren för att bedriva verksamheten förändras.

Gränsen mellan att säkra och utveckla är inte en skarp gräns och utveckling omfattar hela skalan från små justeringar till förnyelse och innovationer.

Ledarfilosofi

Ledarfilosofin utgår från stadens fyra förhållningssätt. Gemensamt har förvaltningens chefer under 2021 tagit fram hur vi vill att ledarskapet ska vara i vår förvaltning. Tillsammans utvecklar vi vårt ledarskap.

Ledarfilosofin är ett stöd för dig som chef för att kunna leda arbetet, utveckla din verksamhet och ett stöd även i det systematiska kvalitetsarbetet. Ledarfilosofin speglar arbetssättet med att säkra upp att vi gör rätt saker utifrån lagar och mål i dessa, att vi hela tiden lyssnar in våra brukare och medarbetare och att vi arbetar för att vågar tänka nytt, inspireras av goda exempel, delar med oss av vår kunskap och förbättra vår verksamhet.

Vi vet vårt uppdrag och vem vi är till för

- Vi tar reda på behov och skapar delaktighet för att ta tillvara på brukarnas rättigheter
- Jag uppmuntrar mina medarbetare till dialog både med varandra och med de vi är till för.
- Jag använder medarbetarnas kompetens för att skapa bästa möjliga verksamhet och kunna anpassa till det som efterfrågas.
- Vi arbetar med fokus på förståelse och meningsfullhet kring våra mål och uppdrag
- Jag ser till att mina medarbetare känner till och förstår våra mål och uppdrag.
- Jag skapar struktur och delaktighet när vi utformar våra arbetssätt.

Vi arbetar tillsammans

- Vi är modiga och vågar ställa nyfikna frågor för att skapa dialog och tillit
- Jag lyssnar in och reflekterar över vilka frågor som är viktiga i verksamheten.
- Jag skapar utrymme för dialog och forum där alla får chans att höras.
- Vi samarbetar för att utveckla verksamheten tillsammans med brukare, organisationer och andra förvaltningar
- Jag bjuder in och visar att vår verksamhet är öppen för samarbete.
- Jag låter alla bidra och komma med förslag på hur verksamheten kan utvecklas.

Vi bryr oss

- Vi lyssnar och är tillgängliga för att öka förståelsen inom organisationen och för dem vi är till för
- Jag avsätter tid för samtal och lyssnar in de behov som finns.
- Jag kommunicerar med öppenhet och delar med mig av information.
- Vi bygger tillitsfulla relationer genom att se och bekräfta varandra
- Jag ger återkoppling med omtanke och för att få andra att utvecklas.
- Jag ger stöd till de runt mig för att skapa en arbetsplats där vi bryr oss om varandra.

Vi tänker nytt

- Vi tar vara på nya idéer och vågar pröva nytt för att utveckla verksamheten
- Jag är öppen för att pröva och utforska nya idéer.
- Jag skapar utrymme och plats för innovation som leder till att vi utvecklar verksamheten.
- Vi delar med oss av information och kunskap för att inspireras av andras goda exempel
- Jag tittar på omvärlden och inspireras av hur andra arbetar.
- Jag lyfter exempel från vår verksamhet för att kommunicera den nytta vi gör för de vi är till för.

Kulturen

Ett ledningssystem är beroende av dig som chef och dina medarbetares vilja att medverka till att det finns en kvalitetsanda i organisationen. En grund är att organisationen behöver ha en gemensam syn på målgruppen. Grunden utgår ifrån stadens gemensamma förhållningssätt vilket också är beskrivet i avsnittet ovan gällande ledarfilosofin.

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

Dessa förhållningssätt slår fast att målgruppen ska vara i fokus när vi utför vårt arbete och utvecklar verksamheten.

Kvalitetsarbetet ska finnas med i verksamhetsstyrningens olika steg: planering, genomförande, uppföljning och förbättring, (PDSA- hjulet). PDSA- hjulet ska vara ett stöd för att arbeta systematiskt med kvalitet och förbättringsarbete i din verksamhet.

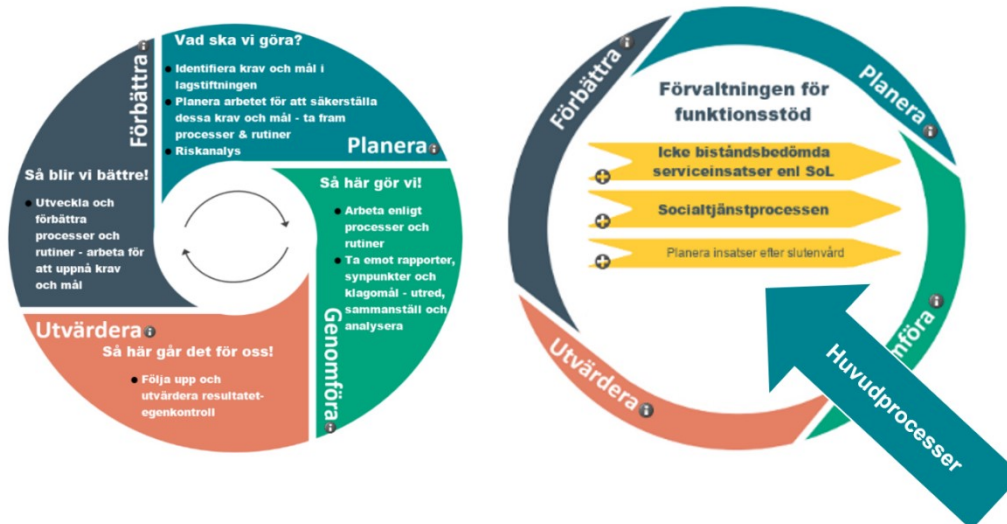
Genom att gå igenom de olika stegen, planera, genomföra, utvärdera och förbättra, följer du en systematik med syftet är att förbättra din verksamhet och skapa en önskvärd kvalitet. Styrning baseras på fakta som dina medarbetare och du som chef efterfrågar, exempel uppföljningar, analys av avvikelser/synpunkter, resultat i brukarenkäter och använder denna information och underlag för bedömningar samt beslut.

Chefer och medarbetare tar sitt kvalitetsansvar genom att alltid sträva efter att göra sitt bästa i uppgiften men också att lyfta blicken för det större sammanhanget och signalera om något inte fungerar.

Struktur för det systematiskt kvalitetsarbete

Det systematiska kvalitetsarbetet innehåller en struktur för att styra, utveckla och dokumentera kvalitén i verksamheten. Det är därmed ett verktyg för att säkra kvalitén.

Ledningssystemet och dess processer



Ledningssystemet utgår från PDSA-hjulet och inkluderar stöd i arbetet med att planera, genomföra, utvärdera och förbättra.

Enligt föreskriften ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

I ledningssystemet ingår huvudprocesser och stödprocesser. Exempel på huvudprocess är socialtjänstprocessen och avvikelse- samt synpunktsprocessen är stödprocesser.

Förvaltningens arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet. Fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Även arbetet med att utföra riskanalyser, egenkontroller samt hantering av avvikelser och synpunkter ska dokumenteras liksom vilka förbättrade åtgärder som dessa gett upphov till. Dokumentation sker till viss del i verksamhetsplanen, delårsuppföljning, årsrapport och kvalitetsberättelse i planering- och uppföljningssystemet Stratsys. Dokumentation och utredning av enskilda avvikelser sker i verksamhetssystemet Treserva.

Steg 1: Planera

Identifiera krav och mål i lagstiftningen

För att uppnå kvalitet ska din verksamhet enligt SOSFS 2011:9 uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård,

socialtjänst och stöd till vissa funktionshindrade samt de beslut som har meddelats med stöd av dessa föreskrifter. Verksamheten behöver därför ha en god kännedom vad som gäller för den verksamhet som bedrivs.

Exempel på krav och mål i lagstiftning:

LSS

- Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.
- Verksamheten ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet
- När åtgärder rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas
- När en insats rör ett barn ska barnet 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
- Dokumentation skall utformas med respekt för den enskildes integritet.
- Det ska finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges.
- Insatserna ska anpassas till mottagarens individuella behov
- Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra
- Den enskilde ska genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor
- Insatserna skall vara varaktiga och samordnade
- Insatserna ska utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

Socialtjänstlagen

- Socialnämnden ska verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.
- Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.
- Vid åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas.
- Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.
- Socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.
- Socialtjänsten ska inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.
- När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan.

Hälso- och sjukvårdslagen

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

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
5. vara lätt tillgänglig.

När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

7 § 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 en psykisk 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 till barnet för våld eller andra övergrepp.

När hälso- och sjukvård enligt denna lag ges till personer som har stora och varaktiga funktionsnedsättningar ska det särskilt övervägas om vården kan ges på ett sätt som bidrar till att den enskilde får möjlighet att delta i samhällslivet och kan leva som andra.

Planera arbetet för att säkerställa krav och mål

Du som chef ska tillsammans med dina medarbetare bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller.

Processerna ska vara ett stöd för att säkerställa vilka krav och mål som ska uppfyllas. I förvaltningen finns gemensamma huvudprocesser och stödprocesser.

Utöver detta kan det finnas behov av att ta fram lokala rutiner som stöd till verksamhetens dagliga arbete.

Länk till [förvaltningens processer](#)

Riskanalys

Att genomföra riskanalyser innebär att verksamheten arbetar förebyggande. 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 föreskrifter. I riskanalysen bedömer verksamheten om det finns risker som kan medföra brister i enheten.

Som chef gör du nulägesanalys med riskbedömning inför varje nytt verksamhetsår i planerings – och uppföljningssystemet Stratsys. Inför året görs en nulägesanalys som har som syfte att kartlägga utgångsläget. I nulägesanalysen ska även analys av resultat från brukarenkäter, avvikelser och synpunkter finnas med. Riskanalysen ska vara ett stöd i att kunna ta fram prioriterade utvecklingsområden för verksamheten. Detta behöver ske både på enhet, verksamhet och avdelningsnivå.

Risکاناليس کان ڀڙن بهوڀا گنومفۆراس انفۆر اولكا فۆرڀڀرنگار اڀ ڀرڪسامهٽن.

Steg 2: Genomföra

Arbeta utifrån fastställda processer och rutiner

Verksamheten ska arbeta i enlighet med fastställda processer, riktlinjer och rutiner som finns publicerade på Intranätet samt i styrande dokument. Processerna behöver vara väl kända i verksamheten.

För att verksamheterna ska göra rätt saker på rätt sätt finns styrande dokument som anger vad vi ska göra, vem som ska göra det och hur vi ska göra.

Du som chef ansvarar för att dina medarbetare får information om de processer och rutiner och som styr arbetet.

Länk till [förvaltningens processer](#)

Länk till [styrande dokument](#)

Steg 3: Utvärdera

Genom att ständigt utvärdera genomförandet av vårt arbete kan vi både justera omedelbara brister och identifiera övergripande utvecklingsområden kopplat till våra processer och styrdokument. Verksamheterna har flera olika verktyg för att utvärdera sina arbetssätt och därigenom driva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Egenkontroll

Verksamheten ska utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat och effekter av de åtgärder som genomförs. Egenkontroll innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet (förvaltningens processer och styrande dokument).

Egenkontroll kan också beskrivas som en intern granskning av den egna verksamheten och om den uppnår de krav och mål som den omfattas av. Egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att du som chef ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontroll är ett verktyg för att du som chef ska kunna säkerställa att de processer och rutiner som styr verksamhetens följs. Det ger också en möjlighet att upptäcka brister och ta fram förbättringsområden för dessa.

Avvikelsehantering

En avvikelse är exempelvis när något hänt som inte borde hända, eller när något som borde hända inte har hänt.

Avvikelsehantering är ett verktyg för att säkerställa och förbättra processer och arbetssätt utifrån inrapporterade avvikelser från medarbetare. Avvikelsehanteringen startar med att

det finns en händelse eller risk för händelse som kan utgöra en avvikelse. Avvikelse registreras, utreds och åtgärdas av den berörda verksamheten. Du som ansvarig chef behöver granska orsaken till avvikelser för att hitta mönster och trender som kan peka på utvecklingsområden.

Här hittar du mer information om vad en avvikelse är och hur du handlägger avvikelser: [Processen för avvikelsehantering](#)

Lex Sarah

Lex Sarah kallas de bestämmelser som innebär att alla som arbetar inom verksamheter som styrs av SoL och/eller LSS är skyldig enligt lag att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden i verksamheten. Skyldigheten gäller också för praktikanter, de som utför uppdrag åt socialtjänsten och de som ingår i arbetsmarknadspolitiska program inom dessa verksamheter.

Göteborgs Stad har en gemensam rutin för hur vi hanterar lex Sarah som ett komplement till förvaltningens processer.

[Här hittar du rutinen för lex Sarah.](#)

Vårdskada- anmälan om Lex Maria

En vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patienten kontakt med hälso- och sjukvården. En vårdskada ska utredas av MAS (medicinsk ansvarig sjuksköterska). Allvarlig vårdskada och risk för allvarlig vårdskada ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det kallas för en Lex Maria- anmälan.

Information om vårdskada/ Lex Maria finns i avvikelseprocessen.

Synpunktshantering

Synpunktshanteringen är ett verktyg som ger dig som chef en direkt återkoppling från vår omvärld.

Genom att ta emot synpunkter från invånare och brukare kan du som chef uppmärksamma brister och genomföra förbättringar både för den enskilde och för verksamheten.

Det är därför viktigt att informera och aktivt uppmuntra de som vill framföra synpunkter. Det kan också finnas behov av att erbjuda stöd och hjälp till den enskilde i att framföra och formulera sina förslag, synpunkter eller klagomål i skrift.

Länk till processen gällande [synpunktshantering](#).

Värdighetsgarantier

Nämnden för funktionsstöd beslutade att införa värdighetsgarantierna 2021.

Förvaltningen är angelägna om att målgruppernas förväntningar är rätt ställda. Detta beskrivs i värdighetsgarantier som är löften från nämnden och förvaltningen till brukaren. Garantierna ska göra det tydligt vad brukare, anhöriga och närstående kan förvänta sig av det stöd som förvaltningen erbjuder.

- **Bemötande.** Vi respekterar dig, din integritet och dina upplevelser. Vi visar omtanke och bemöter dig med värdighet och medmänsklighet. Vi har förståelse för att din situation är unik.
- **Kommunikation och kompetens.** Du ska kunna förstå oss och vi ska förstå dig. Vi har kunskap om dina funktionsnedsättningar, kommunikationssätt och ger stöd i att använda de hjälpmedel du behöver.
- **Självständighet och delaktighet.** Vi stöttar och möjliggör för dig att kunna vara delaktig och påverka din situation. Vi utgår från dina förmågor och uppmuntrar dig till att vara självständig och självbestämmande.
- **Trygghet och kontinuitet.** Du ska trivas och känna dig trygg. Alla som ger dig stöd ska känna till dina behov och hur du vill att stödet ges. Stödet ska präglas av kontinuitet och förutsägbarhet.
- **Synpunkter och kontakt.** Du ska veta vem du kan vända dig till med önskemål och synpunkter kring ditt stöd. Det ska kännas enkelt och tryggt att kontakta oss. Vi lyssnar på dina synpunkter och du ska få ett tydligt svar.

Inkomna synpunkter kategoriseras enligt de fem värdighetsgarantierna ovan. I materialet för värdighetsgarantierna uppmuntras brukarna att lämna synpunkter om förvaltningen inte når upp till det som finns beskrivet i värdighetsgarantierna. Genom att förvaltningen kopplar inkomna synpunkter till värdighetsgarantierna får förvaltningen en analys hur väl vi når upp till dessa.

Brukarundersökningar

Syftet med undersökningarna är att få kunskap om hur brukarna upplever kvalité för att sedan tillsammans med brukarna kunna utveckla och förbättra verksamheten.

Genomförandet av dessa undersökningar kan ge en bild av vilka delar som brister och som behöver arbetas vidare med.

Resultatet kan användas för jämförelser mellan kommuner, verksamheter och enheter samt mellan kommunala och privata aktörer, liksom över tid.

Framförallt är jämförelse, dialog och analys på respektive enhet viktig men också återkopplingen till de som svarat på enkäten.

Länk till info om [brukarundersökningar](#)

Brukarrevisjoner

Brukarrevisjon er en metode der brukere intervjuer brukere. Revisjonen gir en fördjupad kunnskap om vad brukarna tycker om verksamheten. Brukarrevisjonen er ett komplement till andra metoder.

Brukarrevisjoner görs internt i förvaltningen samt av andra aktörer så som Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa Västra Götaland och Göteborg.

Länk till mer information om [brukarrevisjoner](#). Länk till process för [brukarrevisjoner](#).

Granskningar

Granskningar genomförs bland annat av Göteborgs Stadsrevisorer men även av Inspektionen för vård och omsorg IVO. Vid olika granskningar kan det framkomma brister som medför en påverkan på kvalitén som behöver åtgärdas.

Analys

Resultat utifrån olika delar som är genomförda behöver utvärderas. Exempel på detta är resultat av genomförda brukarenkäter, analys av inkomna avvikelser och synpunkter samt olika externa granskningar. Resultatet av utvärderingen tas med i kommande nulägesanalys inför nästa års verksamhetsplan och är underlag för att ta fram utvecklingsområden för avdelningen/verksamheten och enheten. Utöver att göra en riskbedömning i nulägesanalysen som underlag till kommande års verksamhetsplan behövs även vid behov analyser och utvärdering göras med tätare intervaller.

Steg 4: Förbättra

Genom de olika aktiviteterna som ingår i det systematiska kvalitetsarbetet får verksamheten kännedom om brister från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter. Sådana brister ska åtgärdas så att verksamhetens kvalitet säkras.

Framkommer brister ska detta medföra att verksamheter ser över sina processer och rutiner. Visar bristerna att processer och rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet för brukarna ska de förbättras. Detta innebär även att verksamheten blir en lärande organisation. Därmed utvecklas och säkras verksamhetens kvalitet.

När verksamheten kommit fram till vilka brister som finns och vilka åtgärder som behöver göras är det av vikt att dessa följs upp och utvärderas för att se om de åtgärder som tagits fram ger avsedda effekter. Åtgärder kan beskrivas i verksamhetsplanen. Tänk på att de åtgärder du tagit fram även ska gå att följa upp och att du i uppföljningen gör en analys om åtgärden gett någon effekt/förflyttning inom det området som du sett en brist i. Detta för att kunna bedöma om det är rätt åtgärder som verksamheten tagit fram eller om mer behöver göras för att nå resultat.

Kvalitetsmål

I ovan text där de olika stegen är beskriva för att arbeta systematiskt med ditt kvalitetsarbete nämns vid flera tillfällen nulägeanalys som ett sätt att ta fram de risker och utvecklingsområden som du ser i din verksamhet. Som stöd för att synliggöra och följa kvalitetsarbetet har förvaltningen tagit fram ett kvalitetsmål. Målet är formulerat på följande sätt:

” Verksamheten arbetar med kvalitet på ett systematiskt sätt”

Detta mål finns i varje avdelnings verksamhetsplan i Stratsys. Därutöver kan avdelningarna lägga till ytterligare indikatorer och aktiviteter för att nå måluppfyllelse till kvalitetsmålet. Även på verksamhets- och enhetschefsnivå kan ytterligare egna aktiviteter läggas till utifrån de utvecklingsområden som verksamheten har identifierat. Detta är ett stöd att synliggöra kvalitetsarbetet inom varje avdelning, verksamhet och enhet. Till stöd för att klargöra vilka aktiviteter varje område behöver fokusera på för att nå och följa upp sin kvalitet så har verksamheterna i sitt resultat av sin nulägesanalys tagit fram utvecklingsområden.

Uppföljning

Som stöd för att synliggöra och följa kvalitetsarbetet har förvaltningen tagit fram ett kvalitetsmål. Du som enhetschef gör din uppföljning av kvalitetsmålet i delårs- och årsrapporten i Stratsys.

Varje år upprättar förvaltningen en kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse som är en sammanställning/analys om hur väl förvaltningen når kvalitén/patientsäkerheten i våra verksamheter. Som underlag till kvalitetsberättelsen används bland annat uppföljningen av målet om kvalitet. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen informeras om i nämnden för funktionsstöd en gång per år.

Roller och ansvar

Nedan beskrivs de olika rollerna och dess ansvar utifrån det systematiska kvalitetsarbetet.

Ägare av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.” SOSFS 2011:9

Avdelningschef kvalitet och utveckling har tilldelats rollen som ägare av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Ägarens uppdrag:

- är beslutsfattare i frågor som gäller uppdateringar av ledningssystemet inkl. huvudprocesser och stödprocesser utifrån en helhetssyn på förvaltningens arbete
- säkerställer att samverkan vid behov sker med övriga socialförvaltningar samt utifrån överenskommelsen med socialförvaltningarna samt med

grundskoleförvaltningen och utbildningsförvaltningen då det gäller avvikelseprocessen

- säkerställer kopplingen till utveckling inom digitalisering, samordning för IT, digitalisering och informationssäkerhet. Digitalisering och utveckling av IT-stöd ska stödja förvaltningens arbete och ska utgå från beslutade processer
- prioriterar vilka insatser som kan genomföras i förhållande till resurser för det systematiska kvalitetsarbetet
- vid behov ansvara för avstämning med övriga avdelningschefer innan beslut.

Kvalitets- och processamordnare

Rollen innehas av en utvecklingsledare med fokus på kvalitet på utvecklingsenheten.

Kvalitets- och processamornarens uppdrag:

- samordnar förvaltningens kvalitetsarbete
- samordnar förvaltningens arbete med kvalitetsberättelse till nämnden
- uppföljning av efterlevnad till processerna
- sammankallar och leder strategiskt kvalitetsforum
- är länken mellan strategiskt kvalitetsforum och ägaren

Centrala processledare

Rollerna innehas av två utvecklingsledare med fokus på kvalitet på utvecklingsenheten.

- en central processledare för huvudprocesserna
- en central processledare för stödprocesserna

Centrala processledarnas uppdrag:

- leder processteam som tillsätts för processer som berör mer än en verksamhet
- sammankallar det operativa kvalitetsteamet
- är länken mellan operativt processteam eller annat processteam och strategiskt kvalitetsforum.
- stödjer vid behov lokala processledare i metodik mm
- ansvar för publicering av processer
- Kontaktperson för anlitan av konsult för processutveckling

Chefer i linjeorganisationen

Ansvarar för att följa ledningssystemet och tillsammans med medarbetare systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra enhetens kvalitet inom sitt ansvarsområde.

Har uppsikt över arbetet och efterfrågar löpande observationer, lärdomar och avvikelser. Har en nyckelroll i att tolka informationen från medarbetarna och identifiera knäckfrågor som enheten behöver lösa och lära av. Utreder avvikelser och synpunkter enligt de rutiner som finns och använder resultatet från dessa för att utvärdera och förbättra verksamheten. Gör analyser av resultat från brukarenkäter, brukarrevisioner och andra undersökningar

som genomförts i enheten för att kunna ta fram utvecklingsområden att fortsätta arbeta vidare med.

Medarbetare

Samtliga medarbetare medverkar i enhetens kvalitetsarbete, vilket framgår som en skyldighet enligt både socialtjänstlagen och LSS. Som medarbetare ansvarar du för att utföra de arbetsuppgifter som finns i ditt uppdrag. Du ansvarar för att lägga in avvikelser och synpunkter när de sker enligt den rutin som finns. Du signalerar till chef när något inte fungerar, visar på förbättringsmöjligheter och engagerar dig i att hitta nya lösningar för att förbättra verksamheten och öka nyttan för de verksamheten riktar sig till.

MAS- medicinsk ansvarig sjuksköterska

MAS genomför tillsyn, egenkontroll och uppföljning enligt hälso- och sjukvårdslagen. MAS ansvarar för att utreda och anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en patient utsätts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsätts för risk för det (vårdskada).

SAS- socialt ansvarig samordnare

SAS ansvarar för utredning och bedömning av missförhållande enligt Lex Sarah samt för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vid allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden. SAS genomför utredning och fattar beslut i denna. Efter klargjord utredning informerar SAS ansvarig chef och verksamheten om resultatet. SAS gör även en övergripande analys för hela verksamhetsområdet som en del i uppföljningen av det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar

Verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslag ansvarar för att:

- organisera patientsäkerhetsarbetet
- handlingsplaner upprättas för patientsäkerhetsarbetet
- samverka med medicinskt ansvariga gällande patientsäkerhetsarbetet
- informera chefer om fördelning av patientsäkerhetsansvar och instruktion om arbetsmetoder, utrustning, lagar och riktlinjer
- att tillsammans med övriga verksamhetschefer för hälso- och sjukvård och medicinskt ansvariga upprätta förvaltningens förslag på patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen
- ta initiativ till och delta i utredning av avvikelser och risker i verksamheten
- ledningssystemets hälso- och sjukvårdsprocesser samt rutiner tas fram, fastställs och uppdateras
- följa upp och analysera kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvårds- och patientsäkerhetsarbetet
- ansvara för att det fortlöpande och inför förändringar i verksamheten görs riskbedömningar som har betydelse för patientsäkerheten

- rapportera legitimerad medarbetare som befaras utgöra en fara för patientsäkerheten till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Bilagor:

- Bilaga 1, Organisation för ledning och styrning av det systematiska kvalitetsarbetet
- Bilaga 2, Organisatorisk ansvarsfördelning gällande patientsäkerhetsarbetet i nämnden för funktionsstöd, beslut i nämnden för funktionsstöd daterat 2021-04-21.