



# KVALITETSBERÄTTELSE

BOENDESTÖD 2019

Emma Fred, Kvalitetsansvarig

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

## Innehåll

Sammanfattning _____	1
Hur har kvalitetssäkringen följts upp genom egenkontroll? _____	2
Hur identifieras och hanteras risker, tillbud och negativa händelser? _____	2
Övergripande mål och strategier _____	3
Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet _____	4
Struktur för uppföljning/utvärdering _____	5
Hur kvalitetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad kvalitetssäkring ___	6
Sammanställning och analys av avvikelserapportering _____	5
Resultat av övergripande mål och strategier 2019 _____	8
Övergripande kvalitetsmål och strategier för 2020 _____	9
Kontaktinformation _____	3
Företagsinformation _____	3

Kvalitetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska kvalitetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

## Sammanfattning

---

**År 2019** har inneburit stora förändringar för Bra Liv Sverige.

Den 3 juni förvärvades företaget av Formar Assistans AB och blev därmed en del i en koncern där, utöver Bra Liv Sverige, Lystra Assistans innefattas. Sammanslagningen ser vi mycket positivt på och den kommer ge verksamheten de extra resurser och erfarenheter som behövs för att kunna utvecklas i rätt riktning.

I samband med förvärvet flyttade boendestödsgruppen, som arbetar mot Stockholms stad som uppdragsgivare, till en ny lokal på Södermalm.

Bra Liv Sveriges ekonomiska avdelning sammanslogs med systerbolaget Lystra Assistans AB:s administration och de sitter numera i gemensamma lokaler vid Solna Centrum.

Bra Liv har en ny styrelse och ledningsgruppen har omstrukturerats och innefattar numera nyanställd operativ chef inom personlig assistans samt enhetschef för boendestöd.

Med anledning av allt ovan sammantaget har det lagts stora resurser på intern kommunikation och transparens för att skapa trygghet och tillit hos våra anställda genom förändringsprocessen. Den organisatoriska och psykosociala arbetsmiljön har löpande utvärderats för att kunna åtgärda eventuella risker för arbetsrelaterad överbelastning eller ohälsa.

Målet för oss, under denna innehållsrika period, har varit att kunna bibehålla den kvalitet vi uppnått avseende utförande av insatser samt öka förtroendet för oss som arbetsgivare genom trygghet, tillit och tydlighet.

.....  
*Varje år erbjuder vi samtliga omsorgstagare att delta i vår brukarundersökning, och vi vill med glädje redovisa lite positiv feedback som framkommit i 2019 års enkät:*

**" Jag är nöjd med min boendestödare som lägger upp en plan som passar mig och mina behov"**

**"Bra samarbete med nuvarande boendestöd och jag är mycket nöjd"**

**" Jag är nöjd och har kommit in i rutinerna"**

## **Hur har kvalitetssäkringen följts upp genom egenkontroll?**

---

Utifrån upprättade målsättningar för verksamheten och tillhörande aktivitetsplanering via årshjul kontrolleras, mäts och jämförs månatligen och kvartalsvis till vilken nivå önskat läge uppfyllts.

Identifierade förbättringsområden har åtgärdats genom dokumenterade handlingsplaner som följs upp för att säkerställa att önskat resultat av åtgärd uppnåtts.

## **Hur identifieras och hanteras risker, tillbud och negativa händelser?**

---

Som en del av det interna kvalitetsarbetet har samtliga anställda inom företaget ett ansvar att dokumentera och rapportera risker, tillbud och negativa händelser till chef och kvalitetsansvarig för sammanställning, analys och åtgärd. Genom att systematisk och frekvent identifiera, sammanställa och bedöma sannolikhet och konsekvens för negativa händelser och grundorsakerna till dessa, kan handlingsplaner upprättas i förebyggande syfte. Genom detta kan vi eliminera eller minska riskerna samt mildra konsekvenserna av negativa händelser innan de faktiskt uppstått.

Synpunkter och klagomål tas som regel alltid upp med berörd omsorgspersonal i samband med upprättande av analys av orsak och förslag till åtgärd; de dryftas även på APT, kontorsmöten och ledningsmöten. Vi vill ge omsorgstagaren och dess nätverk möjligheten att vara delaktiga i förbättrings- och kvalitetsarbete på både individnivå och inom företaget som helhet varför de alltid erbjuds vara med och utforma och godkänna lösningen på framfört klagomål.

Vi har aktivt uppmanat omsorgstagare, personer i deras nätverk samt anställda att inkomma med underlag som kan hjälpa oss att förbättra vår kvalitet som utförare och arbetsgivare.

## Övergripande mål och strategier

---

*SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§*

Den information som verksamheten får genom riskanalyser, utredning av klagomål, synpunkter och rapporter<sup>1</sup>, egenkontroller och avvikelshantering<sup>2</sup> ligger till grund för det ständiga förbättringsarbetet av verksamhetens processer, rutiner och förhållningssätt. Stor vikt läggs även vid att undersöka och förbättra den fysiska, organisatoriska och psykosociala arbetsmiljön. En välmående personalgrupp är en förutsättning för att verksamheten skall kunna fungera.

Grundat på resultat från löpande egenkontroller och övriga undersökningar arbetar vi metodiskt och strukturerat, mäter utgångsläge och vilket önskat läge vi vill uppnå; detta utifrån lagar, föreskrifter och avtalskrav.

Med dessa två lägen som mätetal identifierar vi sedan vilka resurser vi har och vilka som ytterligare behövs för att kunna uppnå de önskade resultaten. Handlingsplaner upprättas och följs upp löpande för att kontrollera om våra implementerade strategier leder oss dit vi vill.

Genom att aktivt arbeta med våra värderingar, värdeord och vår företagskultur skapas trygghet, tydlighet och tillit. Vi vill med detta uppnå att de enskilda får en kvalitativ insats utförd med ett gott bemötande samt generera ett högt NKI (Nöjd Kund-Index) och NMI (Nöjd Medarbetar-Index).

---

<sup>1</sup> Rapporter om t ex Lex Sarah, tillsynsrapporter mm

<sup>2</sup> En avvikelse föreligger om verksamheten inte kan uppnå krav och mål i författningar.

# KVALITETSBERÄTTELSE 2019

## Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet

SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Nedan bild beskriver organisationens ansvarsområden inom kvalitetsarbetet.

Parallellt med dessa aktiviteter arbetar kvalitetsansvarig med att sammanställa och rapportera identifierade kvalitetsbrister till enhetschef för vidare åtgärder.

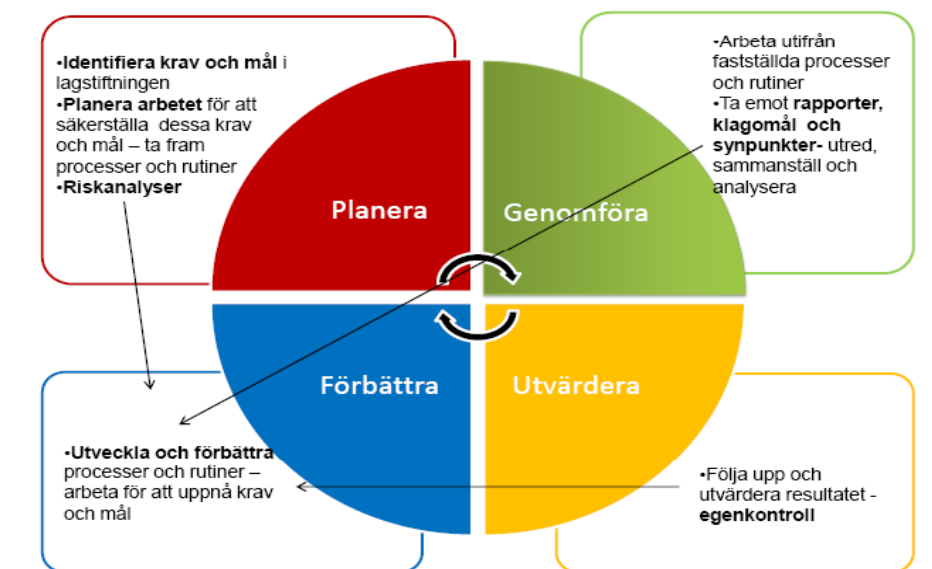


## Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

### PDCA-MODELLEN

Vi arbetar enligt PCDA-modellen. Bilden nedan visar grunden i uppbygganden av vårt ledningssystem samt det systematiska förbättringsarbetet. De inre pilarna visar på fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna visar på att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma fram direkt under varje fas (planering, genomförande och utvärdering).



Utifrån upprättade målsättningar för verksamheten och tillhörande aktivitetsplanering via årshjul, kontrolleras mäts och jämförs månatligen till vilken nivå önskat läge uppfyllts.

Kvalitetsansvarig skickar månatligen resultatrapporter till enhetschef för analys av orsaker till eventuellt identifierade förbättringsområden. Resultat gås igenom av enhetschef tillsammans med respektive samordnargrupp för gemensamt upprättande av åtgärdsplaner.

Enhetschef samarbetar med personalutvecklare avseende rekryteringsfrågor, utbildningsbehov och handledning då så bedöms nödvändigt.

# KVALITETSBERÄTTELSE 2019

## Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

Genom strukturerad egenkontroll granskas att vår verksamhet uppfyller uppställda krav och mål, att verksamheten bedrivs i enlighet med de processer och rutiner som identifierats vid implementeringen av ledningssystemet för kvalitetsarbete samt uppfyller gällande lagar och andra krav inkl. ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och kommunens beslut. Vid egenkontrollen följer vi upp och utvärderar verksamhetens resultat, genomför en granskning av de journaler, akter och den dokumentation som finns i verksamheten, tar del av de öppna jämförelser kommunen genomför samt inhämtar synpunkter från verksamhetens revisor och styrelse

## Hur kvalitetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad kvalitetssäkring

---

Fokus under 2019 har legat på förtydligad kommunikation och informationsspridning inom organisationen. Detta för att säkerställa att samtliga anställda är införstådda i vilket enskilt ansvar de har för att vi gemensamt skall kunna uppfylla uppställda krav och mål samt att verksamheten bedrivs i enlighet med de processer, policys och rutiner kvalitetsledningssystemet innefattar. Ett urval av åtgärder som genomförts för att öka vår kvalitetssäkring har varit:

- Förtydligade kommunikationsvägar för att säkerställa att viktig information sprids korrekt och tillräckligt inom företaget
- Förtydligade roller och ansvarsområden inom organisationen
- Reviderade mötesagendor för att säkerställa att kvalitetsarbetet kommuniceras med samtliga anställda på ett tillräckligt vis
- Regelbundna skyddskommitémöten för tätare utvärdering av arbetsmiljöförhållanden
- Områdesvis indelade egenkontroller med där tillhörande månadsrapporter för att möjliggöra individuella handlingsplaner och handledningsinsatser där behov identifieras
- Samtliga anställda har medverkat i arbetet kring att fastställa verksamhetens värdeord **Trygghet, Tydlighet och Tillit**. Värdeorden skall användas i alla arbetsmoment och kontakter våra anställda har internt och externt. De är även en central del i den medarbetar- och chefpolicy som upprättats och kommunicerats under året



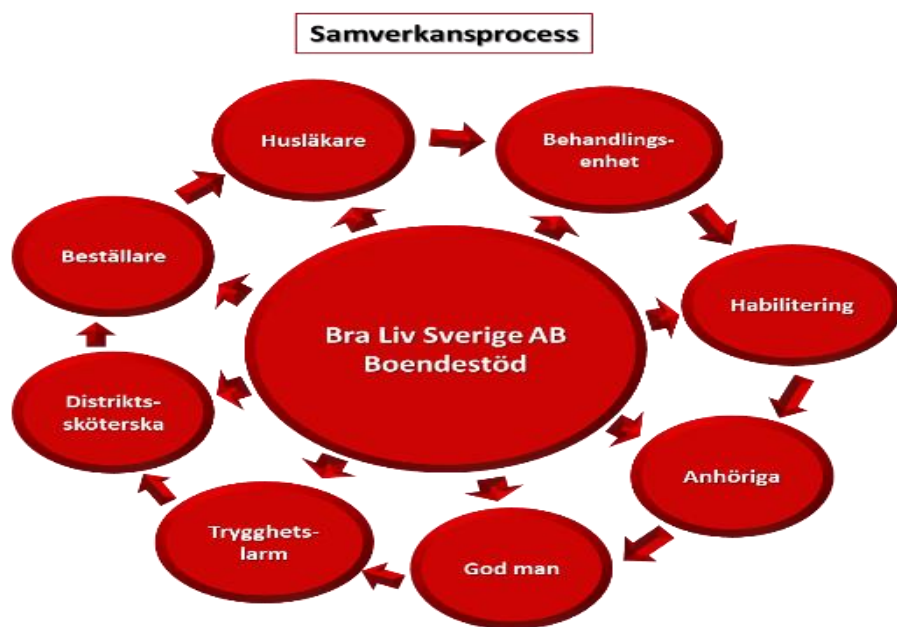
# KVALITETSBERÄTTELSE 2019

- Större andel tillsvidareanställningar för att minimera personalomsättning hos våra omsorgstagare
- Förtydligande av genomförandeplanernas målsättningar
- Nyanställda får aktuella informationsbroschyrer innehållande viktiga fakta kring sin arbetsroll, social dokumentation, arbetsmiljö, hot och våld och liknande.
- Utökad arbete kring avvikelserapportering där man aktivt arbetat med informationsspridning internt kring incidenter och hur vi skall agera för att undvika att liknande händelser uppstår igen.

## Samverkan

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Av verksamhetens rutiner framgår hur intern och extern samverkan ska ske. Bilden nedan är en modell av vårt samverkansarbete.



Genom att ge samtliga parter i vår samverkansprocess möjlighet att vara delaktiga i kvalitetsarbetet genom undersökningar, enkäter, sammanställningar av alla inkommande klagomål etc. har vi snabbare kunnat åtgärda de risker och avvikelser som identifierats.

## **Samverkan med kunder och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Inför uppstart, planering och uppföljning av insatserna erbjuds samtliga omsorgstagare att komma med önskemål om hur, när och var mötet skall hållas. Den enskilde blir även tillfrågad om hen önskar att någon anhörig, god man, omsorgspersonal eller annan person i dess nätverk skall delta vid mötet. Eftersom olika individer har varierande färdigheter och behov så anpassas ramar och struktur kring gemensamma möten för att möjliggöra en så lyckad och tydlig samverkan kring insatsen som möjligt. Syftet med mötet beskrivs alltid tydligt för berörda parter innan man ses.

I uppstartsfasen försäkrar vi oss om att omsorgstagaren, beställaren och vi som utförare har helt klart och tydligt för oss vad den enskilde behöver stöd med. Beställningen skrivs på så sätt att det inte kan uppstå tolkningsfrågor hos någon part kring vad som skall utföras och vad syftet med insatsen är. I planeringsfasen, som består av vidare hembesök av samordnare och tilltänkt kontakt- /omsorgspersonal, påbörjas arbetet med genomförandeplanen som är det viktigaste redskapet för den enskilde att kunna påverka upprättandet av sina egna Specifika, Mätbara, Accepterade, Realistiska och Tidsbundna mål.

Insatserna följs upp inom den tidsram man angivit i genomförandeplanen. Omsorgstagaren blir återigen tillfrågad hur mötet skall genomföras och vilka som skall delta. Omsorgstagaren måste alltid lämna sitt medgivande till att information som berör hen får lämnas vidare till anhörig, uppdragsgivare, vårdkontakt och liknande.

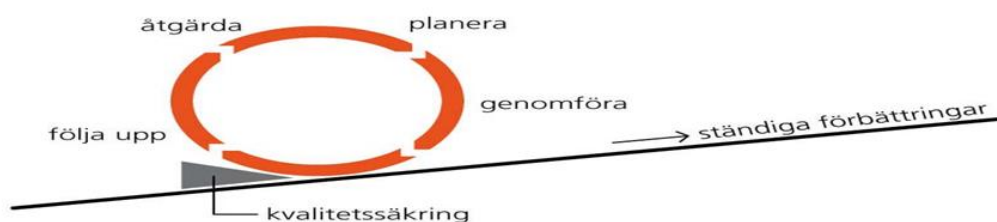
Omsorgstagare och samtliga i dess nätverk uppmanas att aktivt framföra synpunkter och klagomål till företaget avseende hur insatserna utförs.

# KVALITETSBERÄTTELSE 2019

## Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Syftet med arbetet kring riskanalyserna är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt. Verksamheten använder metoden grundorsaksanalys i riskanalyserna.

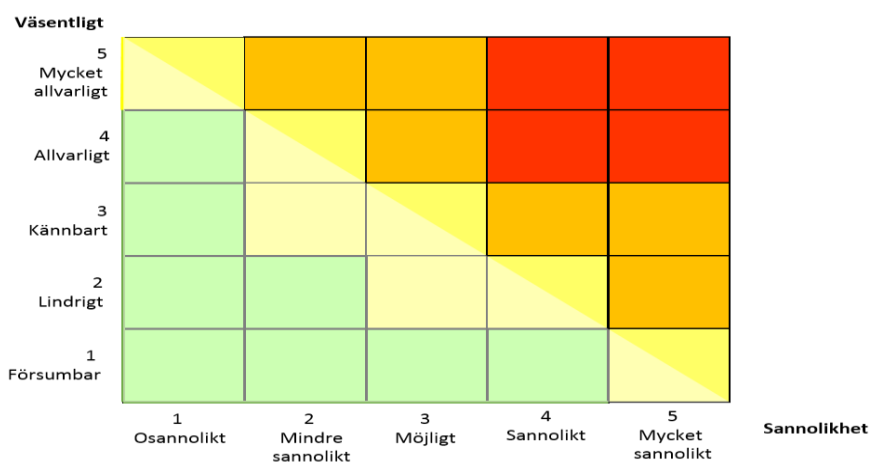


### Verksamheten arbetar med att:

- Identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten.
- Åtgärda orsakerna till riskerna.
- Följa upp resultat av vidtagna åtgärder.
- Göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten.
- Individuella riskbedömningar för var enskilt boendestödsärende.

Identifierade risker klassificeras enligt risknivåer enligt figur nedan:

# KVALITETSBERÄTTELSE 2019



Den ljusare delen i figuren är ett exempel på riskacceptans där den accepterade risknivån inte kräver något agerande.

Enhetschef arbetar löpande med att hantera risker i verksamheten. Detta utifrån återkommande egenkontroll, arbetsmiljöarbete, rapporterade avvikelser, risker osv.

Separata riskbedömningar genomförs även vid större förändringar i organisationen; såsom vid lokalbyte, byte av IT-relaterade arbetsverktyg, förändringar av arbetsuppgifter samt organisatoriska förändringar.

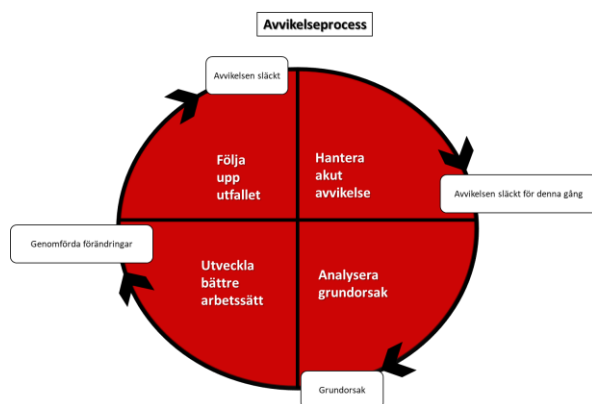
I samband med uppstart av nytt boendestödsärende och vid förändrade behov upprättas en individuell riskbedömning som dokumenteras av kontaktman och den enskilde. Riskbedömningen kommuniceras till samtliga inom verksamheten som berörs av uppdraget.

## Personalens rapporteringskyldighet

SOSFS 7 kap. 2 § p 5

### Avvikelser

Samtliga anställda inom företaget har skyldighet att dokumentera och rapportera brister samt risk för brister. Enhetschef hanterar inkommande avvikelser omedelbart för att sedan analysera grundorsaken till dess uppkomst. Handlingsplaner upprättas och eventuella risker hanteras enligt upprättade rutiner. Upprättade handlingsplaner följs upp till dess att önskat resultat uppnåtts. Metoden beskrivs i nedanstående figur.



### Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Samtliga inkommande synpunkter och klagomål dokumenteras och analyseras för att bedöma grundorsaken till dess uppkomst för möjlighet till optimal åtgärdshantering. Alla klagomål, synpunkter och förbättringsförslag tas på allvar, åtgärdas och återkopplas till den klagande. Enhetschef är den som hanterar, utreder och åtgärdar inkommande synpunkter och klagomål. Parallellt sammanställer kvalitetsansvarig inkommande rapporter kring dess frekvens och art för att kunna analysera och identifiera eventuella övergripande brister inom verksamheten. I dessa fall tas brister och riskerna upp i riskbedömning av enhetschef för vidare åtgärder och upprättande av handlingsplan som följs upp tills önskat resultat uppnåtts. Rapporterade synpunkter, klagomål och avvikelser tas regelbundet upp med de anställda i enskilda forum samt på APT för att göra medarbetarna medvetna om våra brister vilket möjliggör högre delaktighet i förbättrings- och åtgärdsarbetet tillsammans med arbetsgivaren.

# KVALITETSBERÄTTELSE 2019

Av de avvikelser, synpunkter samt klagomål som rapporterats under 2019 har inga händelser bedömts vara av allvarlig karaktär eller ett missförhållande. Man har kunnat hantera avvikelser och klagomål genom snabb återkoppling, hantering och upprättande av åtgärdsplaner vilka följts upp frekvent.

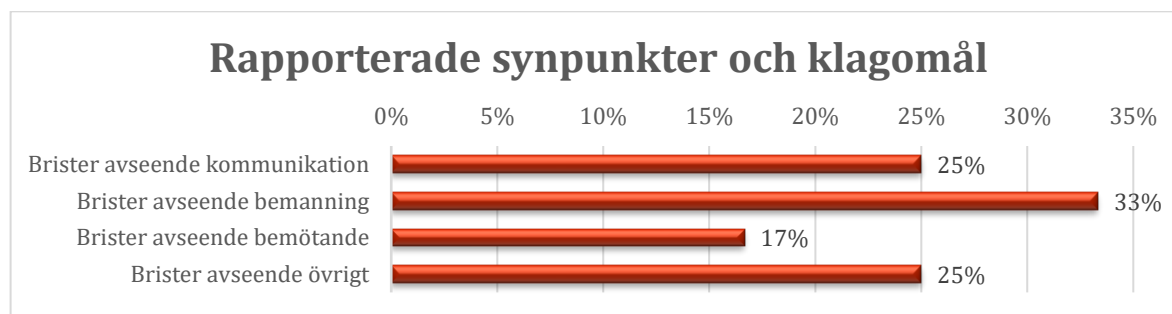
## Sammanställning och analys av avvikelserapportering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Det har inkommit totalt 36 dokumenterade synpunkter och klagomål under 2019. Av dessa avser 33% brister i bemanning och merparten av dem rapporterades under semesterperioden juni-augusti.

Under samma period var även klagomål avseende bristande kommunikation mer vanligt förekommande.

Klagomål som avser bemötande har kunnat härledas till otillräcklig förståelse för den enskildes diagnos och hur de enskilda behöver bli bemötta i situationer som utlöser stress, oro och ångest. Övriga klagomål som inkommit har varit specifikt knutna till situationer som man utrett tillsammans med den klagande. Dessa klagomål har ej funnits vara av sådan art att de kan härledas till övergripande brister inom verksamheten.



### Avvikelser

Det har inkommit totalt 28 dokumenterade avvikelser under 2019.

Fem avvikelser avser uteblivna insatser orsakade av bristande schemahantering.

# KVALITETSBERÄTTELSE 2019

Under hösten påbörjades implementeringen av ett nytt schema- och dokumentationssystem i verksamheten. I samband med detta uppstod två av incidenterna då systemet ej var i säker drift och information fanns på olika ställen.

Två avvikelser avser utebliven information till omsorgstagare i samband med förändring av personal eller tider för planerade insatser. Ytterligare en avvikelse avser utebliven information till beställare vid förändrat behov hos en enskild.

Under den period som flytt till ny lokal pågick ökade frekvensen på rapporterade avvikelser. Exempel på detta är bristande hantering av kemikalier, driftstörningar och svårigheter med tillgänglighet för personal. Dessa avhjälpes med stöd av extra kontorsutrymmen inom koncernen och extra stöd i telefoni av övrigt administrativt anställda inom företaget.

## ***Utredningar enligt lex Sarah***

Bra Liv Sverige har genomfört två utredningar enligt lex Sarah under 2019. Båda avser hantering av sekretessbelagda handlingar. Båda incidenter är hanterade enligt rutin och kommunicerade till berörda personer och ansvarig beställare. Ingen av incidenterna bedömdes ha orsakat sådan skada eller men för de enskilde eller vara av sådan allvarlig karaktär att de skulle anmälas till IVO.

### **A. Incident 1.**

En genomförandeplan skickas till fel omsorgstagare efter att en personal skrivit ut dokument och lagt direkt ner i ett kuvert utan att först gå igenom de dokument som togs från skrivaren.

**Åtgärd:** Incidenten tas upp omedelbart med kontorsanställda och rutiner för hantering av sekretessbelagda utskrifter går igenom.

Incidenten tas upp omedelbart på APT och rutiner för hantering av sekretessbelagda utskrifter går igenom.

Incidenten tas upp skriftligen via mejl till samtliga anställda med bifogade rutiner för hantering av sekretessbelagda utskrifter.

Informationsbild vid företagets skrivare sätts upp för varsamhet vid hantering av utskrifter av sekretessbelagda dokument.

## B. Incident 2

Dokumentskåp lämnas olåst på fredag eftermiddag då kontorsanställda lämnar utförarens lokal. Detta uppdagas då samordnare kommer till kontoret på måndag morgon. Ingen har befunnit sig i lokalen under den tid som dokumentskåpet stått olåst.

**Åtgärd:** Incidenten tas upp omedelbart med samtliga kontorsanställda och rutiner för ansvar kring dokumentskåpet går tydligt igenom. Enhetschef ansvarar för att kontrollera inför avslut av arbetsdagar att dokumentskåpet är låst.

### Analys av resultat

Verksamheten har i huvudsak identifierat förbättringsområden vad gäller planering inför semesterperioder och rutiner kring kommunikation vid schemaförändringar. Våra samordnare skall erbjudas handledning i schemaläggning och förståelse för målgruppens behov av kontinuitet. Ansvar hos kontaktmän skall utökas och dessa kommer vara ett viktigt verktyg för förbättrad och tydlig kommunikation vid förändring av planering eller av insatsernas utförande. Gällande ett förbättrat bemötande kommer samordnargrupperna med omsorgspersonal ha regelbundna ärendedragningar med handledare för att få stöd med bemötande i situationer som utlöser stress hos målgruppen.

Vidare har enhetschef upprättat separata riskbedömningar med tillhörande åtgärder i händelse av byte av lokal inom verksamheten, byte av IT-system eller telefoni. Även en ny övergripande riskbedömning av verksamheten har upprättats för att minimera tidigare risker och brister som uppstått i samband med organisationens förändringsarbeten. Risker och handlingsplaner kommer löpande redovisas på APT. Detta för att göra de anställda delaktiga i det löpande kvalitetsarbetet och att de framgent uppmärksammar och påtalar risker i ett tidigt stadiet för snabbare hantering.



# KVALITETSBERÄTTELSE 2019

## Resultat av övergripande mål och strategier 2019

### MÅLBILD OMSORGSTAGARE

#### MÅL OCH MÄTETAL – BIBEHÅLLEN SOCIAL DOKUMENTATION

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Ärenden med godkänd genomförandeplan inom 15 dagar efter inkommen beställning	91%	100%	94%
Ärenden med korrekt journal	92%	100%	91%
Ärenden med aktuell riskanalys	67%	100%	89%
Ärenden med introducerad kontaktpersonal	90%	100%	97%

#### MÅL OCH MÄTETAL – MÖJLIGHET ATT ANVÄNDA BEVILJADE INSATSER

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel utnyttjad tid av beviljade insatser	86%	90%	91%

#### MÅL OCH MÄTETAL – NKI

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel svarande i Stockholms stads brukarenkät som uppger att de litat på sina boendestödjare	88%	96%	91%
Andel svarande i Stockholms stads brukarenkät som uppger att känner sig trygga med sina boendestödjare	85%	89%	89%

#### MÅL OCH MÄTETAL – INKOMMANDE SYNPKUNKTER OCH KLAGOMÅL

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel inkommande klagomål som avser brister i bemanning	35%	5%	33%
Andel inkommande klagomål som avser brister i kommunikation	48%	5%	25%

#### MÅL OCH MÄTETAL – KOMPETENS OCH ERFARENHET AV ATT ARBETA MED MÅLGRUPPEN

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel anställda med adekvat utbildning och tillräcklig erfarenhet av att arbeta med målgruppen	86%	86%	87%
Andel anställda med dokumenterad kompetensutvecklingsplan	63%	100%	100%

## Övergripande kvalitetsmål och strategier för 2020

---

### NMI

- Ökat förtroende för arbetsgivaren och organisationen
- Förbättrad arbetsmiljö och introduktion
- Förbättrad kommunikation
- Minskad personalomsättning

### NKI

- Bibehållen social dokumentation
- Uppföljning av insatser och genomförandeplaner
- Ökade möjligheter att utnyttja beviljade insatser
- Förbättrad kommunikation

## OFFENSIV KVALITETSUTVECKLING

Offensiv kvalitetsutveckling innebär att en organisation eller verksamhet ”ständigt strävar efter att uppfylla och helst överträffa kundernas behov och förväntningar till lägsta kostnad genom kontinuerligt förbättringsarbete där alla är engagerade och har fokus på organisationens processer”.

## FÖRETAGSKULTUR

Bra Liv Sverige skall under 2020 arbeta aktivt med att utveckla verksamheten till en salutogen organisation med värdebaserad grund. Vi har som mål att upparbeta förmågan att förstå betydelsen av attityder, värderingar och kultur på arbetsplatsen.

Genom att föra en offensiv kvalitetsutveckling, där kunder, processer, fakta och delaktighet ingår i de centrala värderingarna skapar vi ett klimat för ständiga förbättringar. Ett salutogent och hälsofrämjande förhållningssätt till våra anställda och omsorgstagare skapar känsla av delaktighet och trygghet. Genom att vidare vara transparent och arbeta utifrån SMARTa mål, internt och externt, så skapar vi känslan av tydlighet och tillit.

Vi vill skapa och behålla en kulturförstärkning inom verksamheten där man hela tiden väljer arbetssätt som stödjer organisationens värderingar

# KVALITETSBERÄTTELSE 2019

## VÄRDERINGAR

Vi vill att samtliga anställda skall känna sig trygga med sin arbetsgivare och vara stolta representanter när de möter uppdragsgivare, omsorgstagare och övriga i dess nätverk.

Ett ökat förtroende till organisationen som helhet vill vi uppnå genom att skapa en lugn och trygg atmosfär. Uppdragsansvariga kommer ha en stor roll som närmsta chef till sina medarbetare och de och schemaläggare skall gemensamt finna vägar till en familjär, personlig och närvarande atmosfär på arbetsplatsen.

Att utgå från Bra Livs värdeord, Trygghet, Tydlighet och Tillit i alla situationer och arbetsuppgifter kommer vara en del av kvalitetsarbetet framgent. Ett tydligt och inkluderande bemötande, internt och externt, skapar förutsättningar för en stark organisation med salutogena värderingar.

## MÅLBILD OMSORGSTAGARE

### MÅL OCH MÄTETAL – BIBEHÅLLEN SOCIAL DOKUMENTATION

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Godkänd gfp inom 15 dagar efter inkommen beställning	94 %	100%	
GFP med dokumenterad uppföljning av insatser	0%	50%	
Ärenden med korrekt journal	91 %	100%	
Ärenden med aktuell riskanalys	89 %	100%	
Ärenden med introducerad kontaktpersonal	97 %	100%	

### MÅL OCH MÄTETAL – MÖJLIGHET ATT ANVÄNDA BEVILJADE INSATSER

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel utnyttjad tid av beviljade insatser	91%	90%	

### MÅL OCH MÄTETAL – FÖRBÄTTRAD KOMMUNIKATION

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel svarande i företagets brukarenkät som uppger att de får tillräcklig information av sin samordnare	48%	90%	

### MÅL OCH MÄTETAL – ORSAK TILL AVSLUTADE UPPDRAG

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel avslutade uppdrag som orsakats av missnöje	-	10%	

# KVALITETSBERÄTTELSE 2019

## MÅL OCH MÄTETAL – BIBEHÅLLEN TRYGGHET TILL BOENDESTÖDJARE

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel svarande i stadens brukarenkät som uppger att de är trygga med sina boendestödjare	86%	86%	

## MÅLBILD ANSTÄLLDA

### MÅL OCH MÄTETAL – MINSKAD PERSONALOMSÄTTNING

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Procentuell personalomsättning, tillsvidareanställda	9%	- %	
Procentuell personalomsättning, behovsanställda	36%	- %	

### MÅL OCH MÄTETAL – ORSAK TILL AVSLUTADE ANSTÄLLNINGAR

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel anställningar som avslutats pga. missnöje kring anställningsförhållanden	- %	10 %	

### MÅL OCH MÄTETAL – FÖRBÄTTRAD KOMMUNIKATION

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel svarande i företagets medarbetarenkät som uppger att de får tillräcklig information av sin samordnare	- %	90%	

# KVALITETSBERÄTTELSE 2019

## Kontaktinformation

LIVIA HENDERSON  
ENHETSCHEF



**Mobil:** 0760-04 40 05

**E-post:** livia@bralivsverige.se

## Företagsinformation

Bra Liv Sverige AB

Hannebergsgatan 33

171 68 Solna

**Telefon** 08-6000 444

**Fax** 08-644 04 45

[www.bralivsverige.se](http://www.bralivsverige.se)

