



KVALITETSBERÄTTELSE

PERSONLIG ASSISTANS 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 _____	4
Resultat av övergripande mål och strategier 2019 _____	7
Övergripande kvalitetsmål och strategier för 2020 _____	8
Kontaktinformation _____	1
Företagsinformation _____	1

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 och Lemon 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 stockholmskontoret med dess uppdragsansvarige, operativ chef samt ekonomiavdelning till Lystra Assistans fina 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 uppdragsgivare att delta i vår brukarundersökning, och vi vill med glädje redovisa positiva resultat som framkommit i 2019 års enkät.

- *100% av de svarande i enkäten uppger att de känner sig trygga med sina assistenter*
- *100% av de svarande i enkäten uppger att de fått vara med och bestämma vilka assistenter som skall utföra deras assistans*
- *91% av de svarande i enkäten uppger att de får den hjälp de vill ha av sina assistenter*

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 uppstår.

Synpunkter och klagomål tas som regel alltid upp med berörda assistenter i samband med upprättande av analys av orsak och förslag till åtgärd; de dryftas även på APT, kontorsmöten och ledningsmöten. Vi vill ge uppdragsgivaren 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 uppdragsgivare, 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 rapporter¹, egenkontroller och avvikelshantering² 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).

¹ Rapporter om t ex Lex Sarah, tillsynsrapporter mm

² 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 beskrivs organisationens ansvarsområden inom kvalitetsarbetet.

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

Operativchef

- Övergripande ansvar för kvalitetsarbetet
- Ansvar för att rutiner är upprättade, uppdaterade och kända i verksamheten
- Ansvar för att utreda klagomål och synpunkter
- Ansvar för att upprätta och utreda Lex Sarah
- Ansvar för att utreda avvikelser
- Ansvar för att upprätta handlingsplaner vid riskbedömningar
- Ansvar för att genomföra egenkontroll
- Ansvar för att upprätta kvalitetsberättelse
- Ansvar för att upprätta kvalitetsplan
- Ansvar för att initiera riskanalyser
- Ansvar för att genomförandeplaner är dokumenterade och att uppföljning sker
- Ansvar för att uppdragsgivaren har fått information om tillvägagångssätt vid klagomål och synpunkter
- Ansvar för att brandprevention genomförs hos varje uppdragsgivare
- Ansvarig för att samverkan sker med samordnare rörande uppdragsgivare

Uppdragsansvarig

- Ansvarig för att samverkan sker med rörande uppdragsgivare.
- Ansvarig för att alla uppdrag som tillhör kontoret utförs med god kvalitet.
- Ansvarig för att ha genomgång av uppdrag veckovis med operativchef.
- Ansvarig för att rapportera avvikelser från (checklista utförande veckovis) till operativ chef.
- Ansvarig för att följa upp avvikelser/åtgärder med operativchef
- Ansvarig för att uppdraget utförs med god kvalitet.
- Ansvarig för att kommunicera ändringar i ledningssystemet till medarbetsledare och assistenter.
- Ansvarig för att upprätta och revidera personakt.
- Ansvarig för att ha löpande kontakt med uppdragsgivare/företrädare och medarbetsledare.
- Ansvarig för att upprätta riskanalyser.
- Ansvarig för att uppdraget har en giltig genomförandeplan.
- Ansvarig för att journalföra händelser och arbetsanteckningar av vikt.
- Ansvarig för att utföra registerkontroll av assistenter hos uppdragsgivare under 18 år.
- Ansvarig för att FK 3057 och 3059 inkommer till FK

KVALITETSBERÄTTELSE 2019

- Ansvarig för att anställda assistenter har rätt kompetens.
- Ansvarig för att beviljade timmar används korrekt utifrån beviljat beslut.
- Ansvarig för att uppdraget följer uppsatt budget.
- Ansvarig för att lägga schema för assistenter.
- Ansvarig för att ha regelbundna assistentmöten.
- Ansvarig för att ha regelbundna medarbetarsamtal

Assistenter

- Ansvarig för att arbetsanteckningar förs på korrekt sätt
- Ansvarig för att arbetet utförs i enlighet med de rutiner som finns i verksamheten

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).



KVALITETSBERÄTTELSE 2019

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 operativ chef för analys av orsaker till eventuellt identifierade förbättringsområden. Resultat går igenom av operativ chef tillsammans med respektive uppdragsansvarig för gemensamt upprättande av åtgärdsplaner.

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
- Byte till schema- och journalsystemet "Aiai".

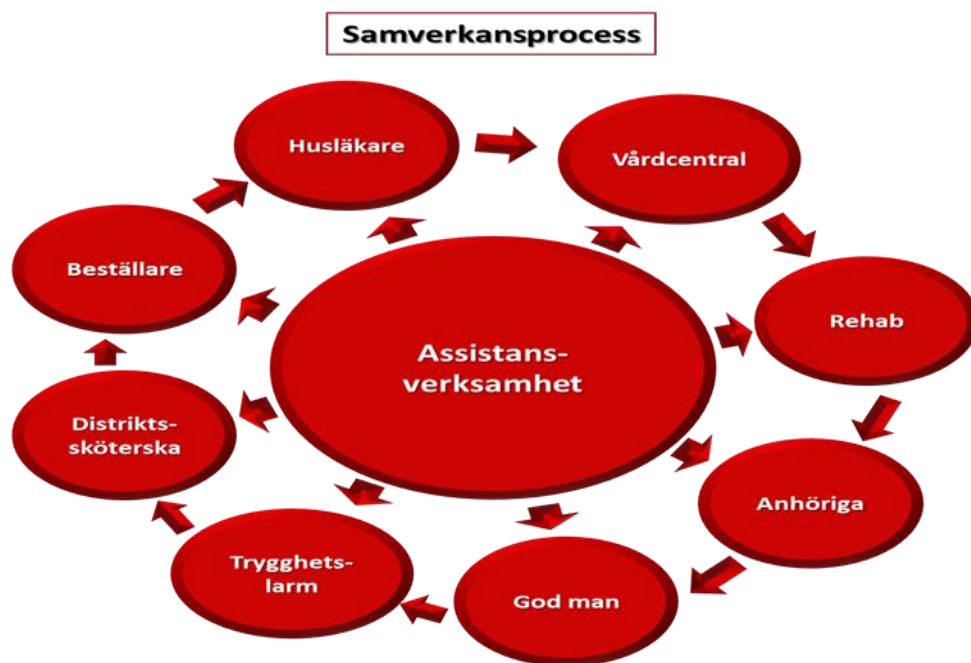
KVALITETSBERÄTTELSE 2019

- Byte av ekonomisystem där man arbetar mot den assistansanpassade LSS-modulen i "Crona"
- Månatlig transparensredovisning till uppdragsgivare
- Revidering av ledningssystem och rutiner
- Gemensam jour, bemanning och akuttelefon inom koncernen
- Återinförd brukarundersökning
- Utökat 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.



KVALITETSBERÄTTELSE 2019

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 kring uppdragsgivaren

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Inför uppstart, planering och uppföljning av insatserna erbjuds samtliga uppdragsgivare att komma med önskemål om hur, när och var mötet skall hållas. Uppdragsgivaren blir även tillfrågad om hen önskar att någon anhörig, god man, assistent eller annan person i dess nätverk skall delta vid mötet. Syftet med mötet beskrivs alltid tydligt för berörda parter innan man ses.

I uppstartsfasen försäkrar vi oss om att uppdragsgivaren, och vi som anordnare har helt klart och tydligt för oss vad uppdragsgivaren behöver. I planeringsfasen, som består av vidare möte med uppdragsansvarig och eventuellt tilltänkt medarbetsledare eller assistent, påbörjas arbetet med genomförandeplanen, budget och riskanalys.

Genomförandeplanen utvärderas minst en gång per år och uppdragsgivaren blir återigen tillfrågad hur mötet skall genomföras och vilka som skall delta. Uppdragsgivaren måste alltid lämna sitt medgivande till att information som berör hen får lämnas vidare till anhörig, beslutande myndighet, vårdkontakt och liknande.

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

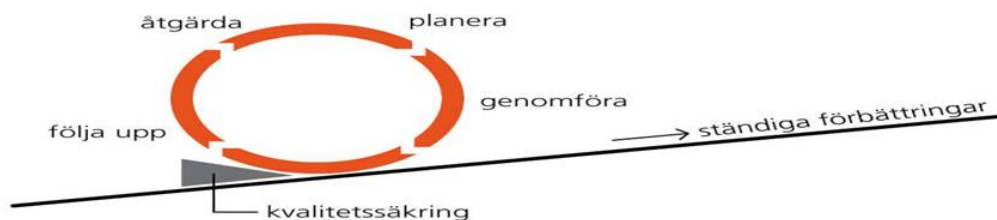
Riskanalys

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

KVALITETSBERÄTTELSE 2019

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 riskanalysarbetet.



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 assistansärende.

Identifierade risker klassificeras enligt risknivåer enligt figur nedan:

Väsentligt	Sannolikhet				
	1 Osannolikt	2 Mindre sannolikt	3 Möjligt	4 Sannolikt	5 Mycket sannolikt
5 Mycket allvarligt	Yellow	Orange	Orange	Red	Red
4 Allvarligt	Light Green	Yellow	Orange	Red	Red
3 Kännbart	Light Green	Light Green	Yellow	Orange	Orange
2 Lindrigt	Light Green	Light Green	Light Green	Yellow	Orange
1 Försumbar	Light Green	Light Green	Light Green	Light Green	Yellow

KVALITETSBERÄTTELSE 2019

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

Operativ chef 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.

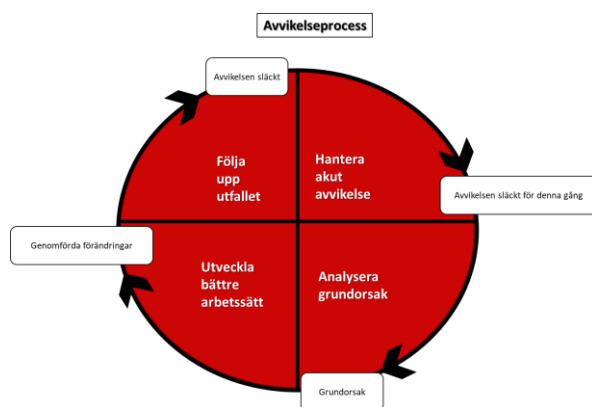
I samband med uppstart av nytt assistansärende och vid förändrade behov upprättas en individuell riskbedömning som dokumenteras av arbetsledare och den enskilde. Riskbedömningen kommuniceras till samtliga inom verksamheten som berörs av uppdraget.

Personalens rapporteringsskyldighet

SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Samtliga anställda inom företaget har skyldighet att dokumentera och rapportera brister samt risk för brister. Operativ chef 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. Operativ chef 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 operativ chef 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.

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

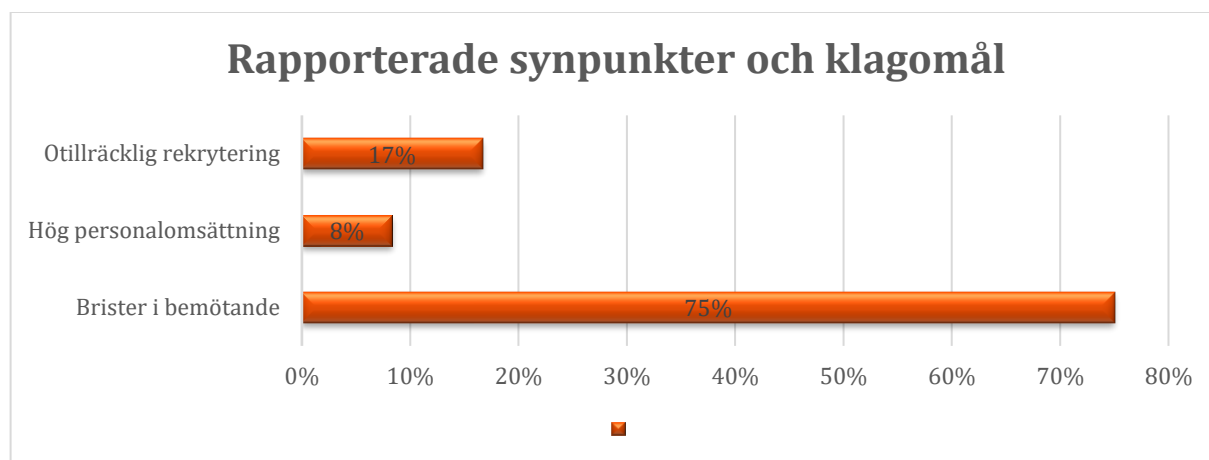
Sammanställning och analys av avvikelserapportering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Synpunkter och klagomål

Det har inkommit totalt 12 dokumenterade synpunkter och klagomål under 2019. Av dessa avser 75% av klagomålen brister i bemötande vid kontakt och samverkan inom assistansuppdragen. Övriga 25% av inkommande klagomål avser otillräcklig rekrytering och hög personalomsättning.

30% av klagomålen som avser brister i bemötande inkom i samband med att Bra Liv Sverige och Lystra Assistans slog ihop sin jourverksamhet och man skulle samverka kring bemanning, utanför ordinarie kontorstid, mellan de olika bolagen.



Avvikelser

Det har inkommit totalt sju (7) dokumenterade avvikelser under 2019.

Två av dessa avser uppdragsansvariga som ej följt företagets befintliga rutiner; bristande administration i väntan på nytt beslut från Försäkringskassan samt bristande schemahantering.

Tre avvikelser avseende bristande tillgänglighet och kommunikation har rapporterats.

Två avvikelser, vilka avser en personuppgiftsincident samt en anställd som ej följt rutin vid hantering av hjälpmedel, har utretts enligt lex Sarah. Se information om dessa utredningar i följande avsnitt.

Utredningar enligt lex Sarah

Bra Liv Sverige har genomfört två (2) utredningar enligt lex Sarah under 2019. En avvikelse avser hantering av sekretessbelagda handlingar och den andra incidenten avser rutin som ej följts av assistent vid påklädning vilket kunde ha orsakat fall- och blödningsrisk hos den enskilde. Båda incidenterna är hanterade enligt rutin och kommunicerade till berörda personer. Ingen av incidenterna bedömdes ha orsakat skada eller men för de enskilde eller vara av sådan allvarlig karaktär att de skulle anmälas till IVO.

A. Incident 1.

Ett utskrivet beslut avseende en uppdragsgivare i annan kommun skickas till Södermalms SDF tillsammans med en faktura. Detta efter att en administrativt anställd direkt lagt ner dokument i ett kuvert utan att först gå igenom de handlingar som togs från skrivaren.

KVALITETSBERÄTTELSE 2019

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

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

B. Incident 2.

Assistent hanterar ej hjälpmedel enligt rutin/ på korrekt vis i samband med påklädning av en uppdragsgivare. Detta medförde att uppdragsgivaren, vid obalans i kroppen, trillade hastigt framåt och stötte huvudet i ett lifthandtag. Uppdragsgivaren var vid detta tillfälle medicinerad med blodförtunnande medel, men efter läkarbedömning konstaterades att den enskilde ej skadats vid incidenten.

Åtgärd: Incidenten tas upp omedelbart med arbetsgruppen och rutiner för hantering av hjälpmedel går tydligt igenom. Arbetsgruppen får även skriftliga instruktioner och information kring hur de skall arbeta med den enskilde, då större blödningsrisk föreligger i samband med ny medicinering.

Analys av resultat

Verksamhetens dokumenterade klagomål som avser brister i bemötande har kunnat härledas till otillräcklig kunskap och förståelse för de enskildes diagnoser/ sjukdomsbild, de anhörigas situation och även för hur anställda behöver bli bemötta i situationer som kan upplevas som påfrestande eller otrygga; så som vid dödsfall, i samverkan med anhöriga eller vid akuta händelser hos uppdragsgivare.

Den arbetsgrupp som ansvarar för jour- och akuttelefoni i organisationen har, efter återkommande klagomål, fått enskild handledning i bemötande av anställda, uppdragsgivare och anhöriga.

Verksamheten kommer vidare arbeta fram tydligare introduktionsmaterial för medarbetare. Detta för att säkerställa att tillräcklig information om aktuella assistansuppdrag kommuniceras. Handledning i grupp och individuellt planeras in då behov påtalas eller identifieras vid egenkontroll eller rapportering.

KVALITETSBERÄTTELSE 2019

Utöver ovan finns åtgärder att vidta inom rekrytering och bemanning. Uppdragsansvariga kommer regelbundet stämma av personalbehov i de olika assistansuppdragen för att snabbare kunna nyanställa och introducera medarbetare där extra resurser behövs.

Befintliga rutiner vid upprepad korttidsfrånvaro eller sjukskrivning hos de anställda skall återkommuniceras till uppdragsansvariga för att säkerställa en trygg bemanning av våra assistansuppdrag.

En mer lätthanterlig övergripande mall för riskinventering av verksamheten har upprättats. Högriskområden och handlingsplaner kommer löpande redovisas och diskuteras på APT. Detta för att göra de anställda mer delaktiga i det löpande kvalitetsarbetet och att de framgent uppmärksammar och påtalar risker i ett tidigt stadie för snabbare hantering.

Resultat av övergripande mål och strategier 2019

MÅLBILD UPPDRAGSGIVARE

MÅL OCH MÄTETAL – BIBEHÅLLEN SOCIAL DOKUMENTATION

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Ärenden med godkänd genomförandeplan	-%	100%	63%
Ärenden med korrekt journal	-%	100%	68%
Ärenden med aktuell riskanalys	-%	100%	0%

MÅL OCH MÄTETAL – MEDARBETSLEDARE (MAL)

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel uppdragsgivare med utsedd MAL	-%	90%	100 %

MÅL OCH MÄTETAL – NÖJD KUND-INDEX (NKI)

BESKRIVNING	UTGÅNGSLÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel inkommande klagomål som avser brister i bemanning	-%	Max 5%	25%
Andel inkommande klagomål som avser brister i kommunikation	-%	Max 5%	0%

Övergripande kvalitetsmål och strategier för 2020

NMI

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

NKI

- Förbättrad social dokumentation
- Uppföljning av insatser och genomförandeplaner
- Ökad transparens kring ekonomi och budget
- Förbättrad kommunikation

OFFENSIV KVALITETSUTVECKLING

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

VÄRDERINGAR

Vi vill att samtliga anställda skall känna sig trygga med sin arbetsgivare och vara stolta representanter när de möter beslutande myndigheter, uppdragsgivare 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 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.

KVALITETSBERÄTTELSE 2019

MÅLBILD

MÅL OCH MÄTETAL – SOCIAL DOKUMENTATION

BESKRIVNING	NULÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Aktuella genomförandeplaner i assistansuppgiften	63%	100%	
SMARTA MÅL i varje enskild genomförandeplan	0%	100%	
Uppdrag med korrekt journal	68%	100%	
Uppdrag med aktuell riskanalys	0%	85%	

MÅL OCH MÄTETAL – INKOMNA AVVIKELSER OCH SYNPUNKTER

BESKRIVNING	NULÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel avvikelser och synpunkter som orsakats av kommunikationsbrist	%	5%	

MÅL OCH MÄTETAL – TRANSPARENS INOM EKONOMI

BESKRIVNING	NULÄGE	ÖNSKAT LÄGE	RESULTAT
Andel uppdragsgivare som månadsvis ska få underlag på ekonomin i det enskilda uppdraget	100%	80%	
Andel uppdragsgivare som skall ha en lagd budget som även kommunicerats med uppdragsgivaren	100 %	100%	

KVALITETSBERÄTTELSE 2019

Kontaktinformation

EMELIE KARLSSON
OPERATIV CHEF



Mobil: 0760-04 40 14

E-post: emelie@bralivsverige.se

Företagsinformation

Bra Liv Sverige AB
Hannebergsgatan 33,
171 68 Solna
Telefon 08-6000 444
Fax 08-644 04 45
www.bralivsverige.se

