

Rutin

Egenkontroll

Typ av styrdokument: Rutin
Beslutande instans: Avdelningschef avdelning
verksamhetsstöd
Datum för beslut: 2025-05-02, reviderad 2025-05-07
Diarienummer: Ej diarieförd

Gäller för: Vård- och omsorgsförvaltningen
Giltighetstid: Tillsvidare
Revideras senast: 2026-05-07
Dokumentansvarig: SAS

Bakgrund

Samtliga förvaltningar ansvarar för att kvalitetssäkra verksamheten och löpande utveckla och förbättra de tjänster och den service som levereras.

I Socialstyrelsens föreskrift Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) beskrivs grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet.

Definition av kvalitet:

Att en verksamhet uppfyller de krav och mål för verksamheten enligt

- Lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och
- Beslut som har meddelats av sådana föreskrifter

Definition av egenkontroll:

- Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Syfte

- Egenkontrollen ska säkerställa kvaliteten genom regelbundna utvärderingar av resultaten.

Egenkontroll inom enheter och avdelningar

Samtliga avdelningschefer och enhetschefer ansvarar för sin egenkontroll inom sitt ansvarsområde, vilket innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt fastställda processer och rutiner. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av resultat från brukarundersökningar, kvalitetsregister, nationella jämförelser och externa granskningar, målgruppsundersökningar, bemötandefrågor, samt uppföljning av avvikelser, synpunkter och klagomål.

Alla avdelningar och enheter ska årligen upprätta en egenkontrollplan för att granska och säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de fastställda processerna och rutinerna. Den systematiska uppföljningen ligger till grund för planen, där verksamheten identifierar risker och områden som kräver kontroller för att säkerställa efterlevnad av aktuella lagar och regler.

Beslutstöd

Egenkontrollplanen dokumenteras i beslutstödet i Hypergene. Systemet används för att förenkla kvalitetsstyrningen från planering och dokumentation till uppföljning, rapportering och analys.

En manual som beskriver hur enheter och avdelningar genomför egenkontroll i beslutstödet finns i förvaltningens anvisningar för planering och uppföljning inom ramen för styrmodellen.

Nämnden upprättar årligen en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. Om viktiga utvecklingsområden identifieras, inkluderas dessa i förvaltningen övergripande plan för egenkontroll nästkommande år och fördelas ner till berörda avdelningar/enheter i hypergene.

Struktur för egenkontrollplan

Dokumentationen för egenkontrollen baseras på följande rubriker:

Identifierad risk: Identifiera och beskriv de risker eller område som är förknippade med kontrollen. Risker kan vara relaterade till:

- Risker i verksamhetens processer, rutiner/system.
- Risker i att inte följa lagar, regler, riktlinjer
- Risker inom verksamhetens kompetens.

Process: Beskriv vilken process som egenkontrollen ska omfatta.

Riskvärde: Bedöm risken utifrån sannolikhet och konsekvens.

Värderingen görs utifrån två perspektiv: hur sannolikt det är att händelsen inträffar samt hur den påverkar verksamheten (konsekvens). En händelse med låg sannolikhet kan mycket väl få stora konsekvenser på verksamheten. På samma sätt som en händelse med relativt begränsade konsekvenser kan få stor påverkan om den inträffar ofta. I detta är det viktigaste att riskerna bedöms i förhållande till varandra och möjliggör en prioritering.

Frågor att ställa vid värdering:

- Hur ofta inträffar händelsen som medför en risk?

- Vilka är de normala följderna av händelsen?
- Vad kan inträffa i ogynnsamma fall?
- Hur många berörs av händelsen och dess följder?
- Vilken är den maximala omfattningen av händelsen?

Nedanstående matris används vid värdering av risker:

Sannolik	4	8	12	16
Möjlig	3	6	9	12
Mindre sannolik	2	4	6	8
Osannolik	1	2	3	4
	Försumbar	Lindrig	Kännbar	Allvarlig
	Konsekvenser			

Kontrollpunkt: Beskriv vad som ska kontrolleras.

Ansvarig: Beskriv vem som är ansvarig för att kontrollen blir genomförd.

Frekvens: Beskriv hur ofta kontrollen ska genomföras. Exempelvis månadsvis eller 1 ggr/år.

Metod: Beskriv den metod som ska användas för att genomföra kontrollen och klargör vem som är ansvarig för att utföra metoden. Exempel på metoder som kan användas i en egenkontrollplan:

- Mätningar
- Nyckeltal

- Checklista
- Stickprov
- Intervjuer
- Observationer
- Dokumentgranskning

Uppföljning: Egenkontroller för enheter och avdelningar följs upp i samband med nämndens kvalitetsrapport för perioden januari-juni samt i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Varje enhet och avdelning avgör om egen uppföljning ska ske oftare, exempelvis månadsuppföljning.

Nedan följer några exempel på hur en egenkontrollplan kan utformas:

Identifierad risk	Risk-värde	Process	Vad ska kontrolleras?			
			Kontrollpunkt	Ansvarig	Frekvens	Metod
Risk för att avvikelser inte hanteras och utreds i rätt tid	9	Lednings-system för systematiskt kvalitetsarbete	Kontroll av andel avslutade utredningar - varav inom angiven tidsram (fyra veckor)	Enhetschef	4 ggr/år	Uppföljning av statistik i DF Respons
Risk för bristande följsamhet till rutin för delegerade HSL-insatser	9	Hälso- och sjukvårds-processen	Kontroll av att signering av läkemedel och övriga HSL-insatser sker enligt gällande rutin	Enhetschef	1 ggr/mån	Uppföljning av statistik kring ohanterade poster
Risk för att brukare utsätts för otillåtna begränsningsåtgärder	6	Lednings-system för systematiskt kvalitetsarbete	Kontroll av att samtliga brukare med skyddsåtgärder har en upprättad handlingsplan	Enhetschef Specialist-undersköterska	2 ggr/år	Kartläggning och identifiering av skyddsåtgärder i verksamheten, samt granskning av social dokumentation
Risk för att inkomna synpunkter och klagomål inte utreds och besvaras	6	Lednings-system för systematiskt kvalitetsarbete	Kontroll av att inkomna synpunkter och klagomål har utretts och besvarats enligt rutin	Enhetschef	4 ggr/år	Granskning av dokumentation i DF Respons
Risk för att kvaliteten i insatsen för den enskilde försämrats p.g.a. brister i samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal	9	Socialtjänst-processen samt hälso- och sjukvårds-processen	Kontroll av att planerade träffar för teamsamverkan genomförs och utvärderas	Enhetschef Patient-ansvarig sjuksköterska	2 ggr/år	Intervjuer Granskning av mötesanteckningar av teamträffar

Resultatet från brukarundersökningen visar en låg nöjdhet bland brukare	6	Socialtjänst-processen	Kontroll av att planerade åtgärder i upprättad handlingsplan utifrån resultatet i brukarundersökningen genomförs.	Enhetschef	4 ggr/år	Dialog och uppföljning med ansvariga för åtgärder Uppföljning av aktuellt nyckeltal i nästa brukarundersökning
Risk för att planerade tillsyner av brukare uteblir	6	Socialtjänst-processen	Kontroll av att upprättade checklistor fylls i	Enhetschef	1 ggr/mån	Granskning av checklistor Intervju/samtal med personal
Risk att brukare inte får sina behov tillgodosedda vid avsaknad av aktuell genomförandeplan	9	Socialtjänst-processen	Kontroll av att samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan	Enhetschef Met.utv/Spec.usk	4 ggr/år	Kontroll i verksamhetssystemet Uppföljning av aktuellt nyckeltal i nästa enhetsundersökning
Risk för brister i följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	9	Hälso- och sjukvårds-processen	Kontroll av att verksamheten följer basala hygienrutiner och klädregler	Enhetschef Leg. personal	4 ggr/år	Observation vid oannonserade besök av legitimerad personal / checklista
Risk för brister i rättssäkerhet vid handläggning enligt SoL och LSS	9	Socialtjänst-processen	<i>Utredningstid</i> Antal dagar från ansökan till beslut SoL och LSS	Enhetschef	2 ggr/år	Statistik, egen mätning
			<i>Verkställighetstid</i> Antal dagar från beslut till verkställighet SoL och LSS	Enhetschef	2 ggr/år	Statistik, egen mätning