



Göteborgs  
Stad

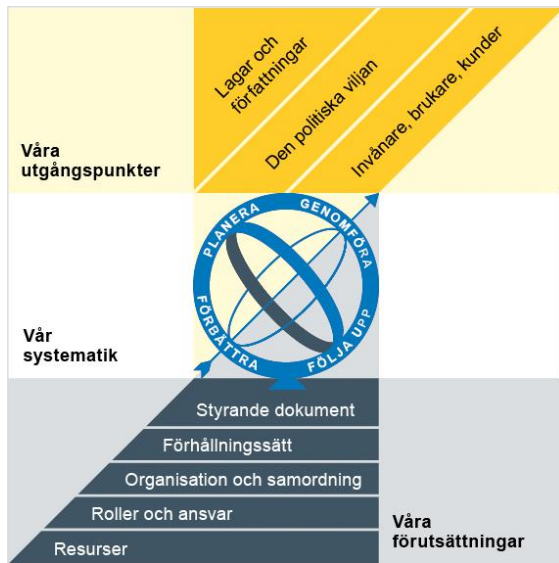
# Nämnden för funktionsstöds egenkontrollplanplan

Som en del i ledningssystemet för det  
systematiska kvalitetsarbetet

Planerande styrande dokument



## Göteborgs Stads styrsystem



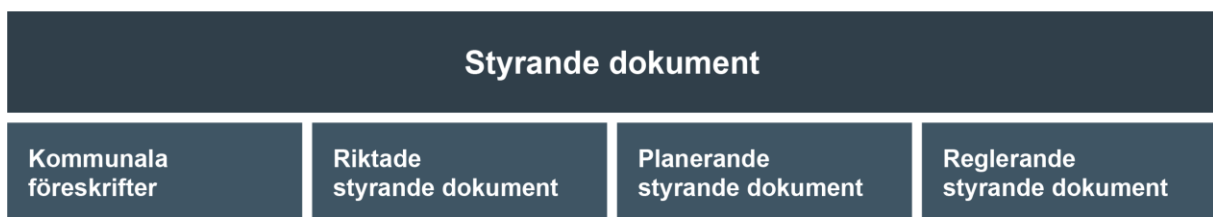
Utgångspunkterna för styrningen av Göteborgs Stad är lagar och författningar, den politiska viljan och stadens invånare, brukare och kunder. För att förverkliga utgångspunkterna behövs förutsättningar av olika slag. Stadens politiker har möjlighet att genom styrande dokument beskriva hur de vill realisera 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.



**Dokumentnamn:** Nämnden för funktionsstöds egenkontrollplan

---

<b>Beslutad av:</b> Nämnden för funktionsstöd	<b>Gäller för:</b> Förvaltningen för funktionsstöds medarbetare och chefer	<b>Diarienummer:</b> [Nummer]	<b>Datum och paragraf för beslutet:</b> [Text]
<b>Dokumentsort:</b> Plan	<b>Giltighetstid:</b> 2026-2030	<b>Senast reviderad:</b>	<b>Dokumentansvarig:</b> Utvecklingsledare kvalitet

**Bilagor:**  
Bilaga Målvärden värdighetsgarantierna

---

## Innehåll

<b>Inledning</b> .....	<b>4</b>
Syftet med denna plan .....	4
Vem omfattas av planen .....	4
Bakgrund .....	4
Koppling till andra styrande dokument .....	5
Stödjande dokument .....	5
Uppföljning av denna plan .....	6
<b>Planen</b> .....	<b>7</b>

# Inledning

## Syftet med denna plan

Egenkontrollplanens syfte är att säkerställa att verksamheten bedrivs rättssäkert och med god kvalitet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Planen ska vara ett stöd för nämndens systematiska uppföljning av att lagkrav, interna riktlinjer och mål följs. Den ska bidra till att förvaltningen identifierar, förebygger och åtgärdar brister samt främja en kontinuerlig utveckling av verksamhetens kvalitet.

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

Egenkontroller ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS och SoL ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. En egenkontroll kan exempelvis innefatta jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen (2008:355), jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter, jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, målgruppsundersökningar, granskning av journaler, akter och annan dokumentation, undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.

## Vem omfattas av planen

Denna plan gäller för samtliga verksamheter och för chefer och medarbetare i förvaltningen för funktionsstöd.

## Giltighetstid

Denna plan gäller för perioden 2026-2030.

## Bakgrund

Under 2025 framkom i olika granskningar att det fanns brister av följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Förvaltningen fick i uppdrag att ta fram kvalitetsindikatorer som ska redovisas i samband med delårsrapporterna per mars och augusti och årsrapporten. Redovisningen av kvalitetsindikatorer årsvis är en del av kvalitetsberättelsen. Nämndens egenkontrollplan innehåller de kvalitetsindikatorer som nämnden följer för att säkerställa att verksamheten bedrivs med god kvalitet.

## Övrig styrning, uppföljning och kontroll

Förutom att nämnden följer kvalitetsindikatorer har nämnden enligt kommunallagen ansvar för att verksamheten följer de mål och riktlinjer som kommunfullmäktige har beslutat om. Detta görs i den ordinarie rapporteringen till kommunstyrelsen och kommunfullmäktige i uppföljningsrapporter och årsrapport, där nämnden även får styrinformation från förvaltningen.

Nämnden ska också tillse att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt (6 kap. 7 § kommunallagen). I samband med beslut om budget för kommande år beslutar nämnden om en samlad riskbild och intern kontrollplan.

Arbetet med samlad riskbild, intern kontrollplan och egenkontroll utgör tillsammans en sammanhängande och riskbaserad struktur för styrning och uppföljning inom ramen för verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Arbetet tar sin utgångspunkt i nämndens grunduppdrag enligt gällande lagstiftning samt i mål, budget och uppdrag som beslutats av kommunfullmäktige, där krav på rättssäkerhet, kvalitet och att verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och tillfredsställande sätt är styrande.

Den samlade riskbilden identifierar och prioriterar verksamhetens mest väsentliga risker utifrån lagkrav, mål och uppdrag, samt omfattar både redan vidtagna och planerade åtgärder för att hantera dessa. Utifrån den samlade riskbilden beslutas en intern kontrollplan som anger vilka riskområden och processer som särskilt ska granskas för att följa upp att beslutade åtgärder har fått avsedd effekt.

Egenkontrollen utgör den löpande uppföljningen i verksamheten och konkretiserar hur kontroller, analyser och uppföljning genomförs i praktiken. Den syftar till att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning, fastställda processer och rutiner.

Resultat från egenkontroll och intern kontroll utgör underlag för nämndens uppföljning och bidrar till utveckling av verksamheten, bland annat genom att identifierade brister leder till åtgärder och vid behov revidering av riskbild och kontrollinsatser.

## Koppling till andra styrande dokument

Styrande dokument	Koppling till denna plan
Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.	Styr nämndens verksamhet.
Socialtjänstlagen (2025:400)	Styr nämndens verksamhet.
Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	Styr nämndens verksamhet.
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)	Styr ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet som förvaltningen ska ha.

Reglemente för Göteborgs Stads nämnd för funktionsstöd	Förtydligar nämndens ansvar i jämförelse med de övriga fem socialnämnderna.
Göteborgs Stads riktlinje för styrning, uppföljning och kontroll.	Stadens styrande dokument för att säkerställa intern kontroll och styrning.
Förvaltningen för funktionsstöds anvisning för systematiskt kvalitetsarbete	Hur förvaltningen arbetar för att följa SOSFS 2011:09

## Stödande dokument

Egenkontrollplanen är en del av att skapa följsamhet till ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Ledningssystemet är förvaltningens del i stadens styrsystem. Beskrivning av stadens styrsystem finns på intranätets sida Styrning i staden och innehåller definitioner, vägledningar och guider som fungerar som stöd. Förvaltningen har samlat stödande dokument för att säkerställa följsamhet till ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet på intranätets sida Kvalitetsledning och systematiskt kvalitetsarbete.

## Genomförande av denna plan

Nämnden har identifierat områden som bedöms vara relevanta att följa utifrån laglig och etisk efterlevnad, kvalitetssäkring, riskhantering, professionell utveckling och brukarmedverkan. Aktiviteterna i egenkontrollplanen genomförs som en del i arbetet för att säkerställa ovan angivna perspektiv och syftar till att ge nämnden information om hur verksamheten fungerar och bedrivs för att säkerställa en god kvalitet.

Som chef inom förvaltningen har man ansvar att säkerställa kvalitet utifrån sitt eget ansvar. I samband med arbete med enhetens kvalitetsrapport och uppföljning och analys har varje chef möjligheter att komplettera med egenkontroller inom område som identifierats som risker eller där ansvarig chef bedömer att verksamheten inte bedrivs ändamålsenligt.

## Uppföljning av denna plan

Uppföljning och revidering av planen sker i samband med kvalitetsberättelsen som överlämnas till nämnden i samband med årsrapporten.

Uppföljningen baseras på resultat från genomförda egenkontroller. Föreslagna förändringar av nämndens egenkontrollplan tas fram med utgångspunkt i dessa resultat och relateras till arbetet uppföljning av den samlade riskbilden och den interna kontrollplanen. Detta utgör underlag för att identifiera utvecklingsområden samt behov av revidering av egenkontrollplanen.

# Planen

## Prioriterade områden

Områdena för egenkontrollplanen baseras på lagkrav, värdighetsgarantier, riskbedömningar och tidigare uppföljningar.

Prioriterade områden i denna plan är:

- rättssäkerhet
- kvalitet i utförande av insatser
- avvikelshantering och Lex Sarah
- värdighetsgarantiernas fem områden
- kompetensförsörjning

## Planerade egenkontroller

Uppföljning, bedömning och analys av aktiviteterna till nämnden sker enligt:

- Frekvens tre gånger om året sker uppföljning i delårsrapport per mars, augusti och kvalitetsberättelsen
- Frekvens två gånger om året sker uppföljning i delårsrapport per augusti och kvalitetsberättelsen
- Frekvens en gång per år sker uppföljning i kvalitetsberättelsen.

Uppföljningen av indikatorer sker per insats där det är möjligt.

Resultaten från analysen av egenkontrollerna används som underlag till nästkommande års verksamhetsplanering och planering av kommande egenkontroller.

Rättssäkerhet	Vad följs upp	Metod	Frekvens	Målvärde
Ej verkställda beslut	Beslut om insats som ej verkställts inom 3 månader.	Egen undersökning	4 gånger per år.	
Uppföljning av beslut av insats	Andel beslut om insats som följs upp inom fastställd tid	Egen undersökning	En gång per år	100%
Skydds- och begränsningsåtgärder	Att rutinen följs vad gäller arbete med skydds- och begränsningsåtgärder.	Egen undersökning Checklista finns.	En gång per år	100%
Förflyttningar mellan boendeformer.	Antal förflyttningar som sker mellan ordinärt boende- F100- gruppboende-serviceboende.	Statistik	En gång per år.	
Behörighetskontroller Treserva	Att chefer och medarbetare har rätt behörighet i Treserva.	Stickprovskontroller enligt rutin	Två gånger per år.	

Planerande styrande dokument



Kvalitet i utförande av insatser	Vad följs upp?	Metod	Frekvens	Målvärde
Genomförandeplaner	Att plan finns och är aktuell.	Enhetsundersökningen	En gång per år.	100%
Genomförandeplaner - kvalitet	Granskning stickprov	Egen undersökning	En gång per år	
Andel dokumenterad delaktighet i genomförandeplan (vuxen)	Att brukare varit delaktiga i framtagandet av genomförandeplanen	Enhetsundersökningen	En gång per år	Se bilaga
Andel dokumenterad delaktighet i genomförandeplan (barn)	Vårdnadshavares upplevelse av barnets delaktighet.	Egen undersökning	En gång per år	Se bilaga
Avvikelser	Anta inkomna och åtgärdade avvikelser rapporteras och följs upp.	Statistik och analys	Två gånger per år	Se bilaga
Avvikelser	Antalet pågående och specificeras vilka som är äldre/varit öppna i över tre månader.	Statistik och analys	Två gånger per år	
Avvikelser	Hur många som klassificerats som katastrofala (4) och/eller (4) på sannolikhet för upprepning	Statistik och analys	Två gånger per år	
Avvikelser inom område Rättigheter och bemötande	Fördjupning i sammanställningen av avvikelseorsak kopplat till värdighetsgarantierna.	Statistik och analys	En gång om året.	
Avvikelser	Antalet enheter som har 0 avvikelser de senaste tre månaderna	Statistik och analys	Två gånger om året	

Lex Sarah	Antal anmälningar till IVO <sup>1</sup>	Statistik	Varje kvartal	
Lex Sarah	Antal avslutade anmälningar från IVO	Statistik	Varje kvartal	
Lex Sarah	Antal rapporter och utredningar enligt lex Sarah	Statistik och analys	Två gånger per år	
Lex Sarah	Antal ej utredda rapporter	Statistik	Tre gånger per år	
Lex Maria	Antal anmälningar till IVO	Statistik	Varje kvartal	
Lex Maria	Antal avslutade anmälningar från IVO	Statistik	Varje kvartal	
Synpunkter	Andel inkomna synpunkter som besvaras inom 14 dagar och antal som ej besvarats inom 14 dagar	Statistik	En gång om året.	
Synpunkter	Antal synpunkter per kategori (bemötande, delaktighet, trygghet -kopplat till värdighetsgarantierna)	Statistik	En gång om året	Identifierade mönster ska analyseras

<sup>1</sup> Information om varje ärende som anmäls till IVO enligt lex Sarah och lex Maria informeras om för nämnden på nästkommande sammanträde efter en anmälan.

<b>Värdighetsgarantier</b>	<b>Vad följs upp?</b>	<b>Metod</b>	<b>Frekvens</b>	<b>Målvärde</b>
Bemötande	Personalen bryr sig om brukaren	Brukarenkät	En gång per år	Se bilaga
Kommunikation och kompetens	Pratar personalen så att du förstår vad de menar?	Brukarenkät	En gång per år	Se bilaga
Kommunikation och kompetens	Förstår personalen vad du säger?	Brukarenkät	En gång per år	Se bilaga
Självständighet och delaktighet	Får du bestämma om saker som är viktigt för dig?	Brukarenkät	En gång per år	Se bilaga
Trygghet och kontinuitet	Känner du dig trygg med personalen?	Brukarenkät	En gång per år	Se bilaga
Synpunkter och kontakt	Vet du vem du ska prata med om något är dåligt?	Brukarenkät	En gång per år	Se bilaga

<b>Kompetensförsörjning</b>	<b>Vad kontrolleras?</b>	<b>Metod</b>	<b>Frekvens</b>	<b>Målvärde</b>
Individuella kompetensutvecklingsplaner	Medarbetarnas individuella kompetensbehov identifieras, planeras och följs upp i verksamheten.	Enhetsundersökningen	En gång per år	≥ riket, minst 85 %
Samlad kompetensutvecklingsplan	Verksamheten arbetar strukturerat med kompetensförsörjning utifrån	Enhetsundersökningen	En gång per år	100%

	verksamhetens och målgruppens behov.			
Kompetensutveckling inom Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK)	Medarbetare ges förutsättningar att utveckla kunskap och arbetssätt för att stödja brukares kommunikation.	Enhetsundersökningen	En gång per år	≥ riket, minst 85 %
Kontinuerlig handledning	Medarbetare får regelbundet stöd och reflektion i arbetet för att stärka kvaliteten i det dagliga arbetet med brukare.	Enhetsundersökningen	En gång per år	≥ riket
Kompetens i tydliggörande pedagogik	Verksamheten säkerställer att medarbetare har kunskap i pedagogiska arbetssätt som stödjer struktur, förutsägbarhet och delaktighet för brukare.	Enhetsundersökningen		≥ riket, minst 90 %
Deltagare i yrkesresan	Antal som genomfört Yrkesresan	Uppföljning av deltagandet	Två gånger per år	100%
Sjukfrånvaro	Hur hög är sjukfrånvaron i verksamheterna?	Statistik och analys	Två gånger per år	Minskande över tid
Omsättning av personal	Hur hög är omsättning av personal; medarbetare och chef?	Statistik och analys	Två gånger per år	Minskande över tid

Andel arbetat tid av timvikarier	Den tid som utförs av timvikarier istället för tillsvidare personal	Statistik och analys	Två gånger per år	Minskande över tid
Enheter per chef i utförarverksamheten	Hur många enheter har respektive chef ansvar för?	Statistik och analys	En gång per år	
Medarbetare per chef	Andel chefer som har mer än 25 medarbetare.	Statistik och analys	En gång per år	
Chefers organisatoriska förutsättningar	Fråga i medarbetarenkäten: Jag har tillräckligt med tid för att utföra mina arbetsuppgifter.	Statistik och analys	En gång per år	