

Vård- och omsorgsnämnden

Kallelse

Nämnd	Vård- och omsorgsnämnden
Datum och tid	Onsdagen den 17 december 2025, kl.10.00
Plats	Sammanträdesrum Gräsö, kommunhuset, Stångörsgatan 10, Östhammar
Sekreterare	Josefin Larsson
Ordförande	Sabina Ståhl (KD)

Ärendelista

Alla ärenden: Peter Nyberg

1. Val av justerare	3
2. Fastställande av föredragningslista	3
3. Sjukstatistik oktober kl.10.00-10.20 Anette Bergman, Rebecca Revin, Svjetlana Miletic, Emma Peters	4
4. Återrapport avseende ärendet "En väg in" kl.10.20-10.40 Svjetlana Miletic	5
5. Verksamhetsuppföljning av hemtjänst i egen regi kl.10.40-11.40 Svjetlana Miletic, Anneli Jansson-Sumén, Gabriella Svanberg, Sofia Forsberg, Lizette Svahn	7
6. Budgetuppföljning för januari – oktober 2025 kl.11.40-12.00 Mattias Nilsson	8
7. Återrapportering avtalsuppföljning Aktivt Stöd kl.13.00-13.25 Sandra Eriksson, Veronica Freudenthal	9
8. Ärendestatistik från myndighet för oktober 2025 kl.13.25-13.45 Therese Karlström, Jeanette Engberg, Karolina Rankka, Sandra Eriksson	10
9. Redovisning av ej verkställda gynnande beslut tredje kvartalet 2025 kl.13.45-13.55 Karolina Rankka, Sandra Eriksson, Svjetlana Miletic, Jeanette Engberg	11
10. Avtal om ersättning för utskrivningsklara kl.13.55-14.05 Monika Eriksson	12
11. Överenskommelse avseende hjälpmedel inom rörelse och kognition kl.14.05-14.15 Cecilia Wahlberg	14
12. Internkontrollplan för vård- och omsorgsnämnden 2026 kl.14.30-14.40 Fredrik Hübinette, Peter Nyberg	15

Vård- och omsorgsnämnden

13. Yttrande avseende revisionens granskning av kvalitetsarbete inom äldreomsorg och LSS kl.14.40-14.50 Ida Eklöf	16
14. Beredskap inom kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst kl.14.50-15.10 Marcus Näsby	17
15. Extra utbetalning av habiliteringsersättning	18
16. Premiering av ökad debiteringsgrad i hemtjänsten	20
17. Information från förvaltningen kl.15.20-15.30 Peter Nyberg	22
18. Rapporter från förtroendevalda	23
19. Redovisning av delegationsbeslut	24
20. Anmälan av beslut fattade av ledamöter med kompletterande beslutanderätt	25
21. Anmälningsärenden	26

Vård- och omsorgsnämnden

1. Val av justerare

2. Fastställande av föredragningslista

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-49**3. Sjukstatistik oktober****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden har gett förvaltningen i uppdrag att månadsvis redovisa sjukstatistiken för nämndens verksamhetsområde. Nämnden bedömer det som viktigt att följa sjukstatistiken och vidtagna åtgärder för att följa upp medarbetares arbetsmiljö. En hög sjukfrånvaro kan också leda till ekonomiska konsekvenser.

Sjukstatistiken ger en inblick i nuläget samt en överblick över tid för nämndens verksamheter. Detta ger underlag till budgetarbetet samt för att kunna planera åtgärder för att utveckla verksamheten ur ett sjuk/frisk-perspektiv.

Redovisning av sjukstatistik avseende 13 månader bakåt i tid. Det möjliggör jämförelse av sjukstatistik samma månad föregående år. Den muntliga redovisningen kommer ske övergripande per område inom verksamheterna och inte fokusera på enhetsnivå.

Beslutsunderlag

Statistikunderlag september 2025

Statistikunderlag oktober 2025

Ärendets behandling

Redovisning har gjorts till vård- och omsorgsnämnden 2025-04-02 § 39, 2025-05-07 § 56, 2025-06-18 § 69, 2025-09-10 § 92, 2025-10-08 § 113 och 2025-11-05 § 135.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-95**4. Återrapport avseende ärendet ”En väg in”****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar om en organisationsförändring i enlighet med förvaltningens utredning. Organisationsförändringen innebär en sammanslagning av enheten för integration och arbete med verksamhetsområdesdelar från vuxenenheten (försörjningsstöd, dödsbohandläggning och budget- och skuldrådgivning) samt en flytt av verksamhetsområdena missbruk och våld i nära relation till enheten för funktionsnedsättning. Den nya organisationen ska träda i kraft 1 mars 2026.

Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden har givit förvaltningen i uppdrag att utreda organisationsförändringar för att skapa en väg in. En väg in vänder sig till personer som saknar försörjning, sysselsättning, praktik och främjande att personerna ska komma ut i arbetet istället för att ha bidrag som primär lösning. Förvaltningen har utifrån detta uppdrag tagit fram ett underlag, genomfört en utredning som presenteras som förslag till organisationsförändring. Arbetsgivarens förslag innebär att enheten för integration och arbete och delar av enheten vuxen slås samman till en enhet. Verksamhetsområden missbruk och våld föreslås flytta till enheten funktionsnedsättning, utifrån målgruppen samsjuklighet. Informationssamverkan genomfördes i november. Riskanalyser kommer att genomföras i slutet av november/början av december.

Ekonomiska konsekvenser

Förslaget beräknas minska kostnaderna relaterat till minskat antal cheftjänster.

Beslutsunderlag

Utredning ”En väg in”

Extra samverkan omsorgskontoret, 2025-11-20

RKA En väg in, 2025-12-03

11 § MBL förhandling, 2025-12-04

Samverkansprotokoll omsorgskontoret, 2025-12-04

Ärendets behandling

Vård- och omsorgsnämnden 2025-06-18 § 79 gav förvaltningen i uppdrag att utreda organisationsförändringar i syfte att skapa ”en väg in” för personer som saknar egen försörjning och stärka kommunens inriktning ”från bidrag till arbete”.

Vård- och omsorgsnämnden

Beslutet skickas för åtgärd till

Socialchef Lina Edlund

Biträdande socialchef Ida Eklöf

Verksamhetschef Svjetlana Miletic

Enhetschefer Anna-Karin Bexelius, Karolina Rankka

Tillförordnad enhetschef Therese Karlström

hr@osthammar.se

Ekonomichef Mattias Nilsson

Ekonom Frida Jansson

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-29

5. Verksamhetsuppföljning av hemtjänst i egen regi

Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Förvaltningen har fått i uppdrag av nämnden att redovisa hemtjänstenheternas status gällande ekonomi, arbetsmiljö, utmaningar samt utveckling. Enhetschefer redovisar sin enhets resultat var för sig tillsammans med verksamhetschef.

Beslutsunderlag

Muntlig presentation

Beslutet skickas för kännedom till

Socialchef Lina Edlund

Verksamhetschef Svjetlana Miletic

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2024-31

6. Budgetuppföljning för januari – oktober 2025

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Ekonomi tillsammans med socialchef informerar nämnden om utfall jämfört med budget för perioden januari till oktober 2025.

Verksamheten har ett kontinuerligt ansvar att följa sin ekonomi och sex gånger per år ska rapportering göras till nämnd/styrelse samt upprätta en helårsprognos. Vård- och omsorgsnämnden önskar budgetuppföljning vid varje nämndsammanträde. Om en nämnds uppföljning uppvisar negativ avvikelse så ska nämnden anmäla detta till kommunstyrelsen samt redogöra för orsaker och de åtgärder som nämnden planerar att vidta.

Beslutsunderlag

Budgetuppföljning VON oktober 2025

Ärendets behandling

Vård- och omsorgsnämnden 2024-02-28 § 8 tog del av budgetförutsättningar för 2025.

Vård- och omsorgsnämnden 2024-11-06 § 127 antog budget och verksamhetsplan 2025 samt flerårsplan 2026-2027.

Vård- och omsorgsnämnden 2024-11-06 § 126 beslutade att en budgetuppföljning ska redovisas vid varje nämndsammanträde.

Redovisning har gjorts till vård- och omsorgsnämnden 2025-02-26 § 12, 2025-04-02 § 40, 2025-05-07 § 58, 2025-06-18 § 78, 2025-09-10 § 94, 2025-10-08 §§ 121-122 och 2025-11-05 § 137.

Beslutet skickas för kännedom till

Socialchef Lina Edlund

Biträdande socialchef Ida Eklöf

Ekonom Frida Jansson

Ekonomichef Mattis Nilsson

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-5**7. Återrapportering avtalsuppföljning Aktivt Stöd****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av rapporten.

Ärendebeskrivning

Östhammars kommun genomförde en avtalsuppföljning med Aktivt stöd under vintern 2024-2025. Uppföljningen redovisades för vård- och omsorgsnämnden i februari 2025 som fattade beslut om att Aktivt stöd skulle återrapportera sina vidtagna åtgärder.

LOV-ansvarig kontaktperson och medicinskt ansvarig sjuksköterska i Östhammars kommun har tillsammans med verksamhetschef för Aktivt Stöd granskat samt följt upp bestämda åtgärder och sammanställt resultatet i en rapport.

Beslutsunderlag

Återrapportering avtalsuppföljning Aktivt Stöd 2025.

Ärendets behandling

Vård- och omsorgsnämnden 2025-02-26 tog del av rapporten och gav förvaltningen i uppdrag att återrapportera utförarens vidtagna åtgärder. Redovisning ska göras till vård- och omsorgsnämnden under kvartal tre.

Beslutet skickas för kännedom till

Specialisthandläggare Veronica Freudenthal

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-58**8. Ärendestatistik från myndighet för oktober 2025****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

I syfte att kunna följa enheternas pågående arbete och belastning önskar nämnden kontinuerlig återkoppling av ett antal parametrar, utöver den uppföljning som görs inom ramen för ordinarie uppföljning av nyckeltal per tertial 2 och helår. Denna rapportering omfattar bland annat inledda utredningar, aktuella handläggningstider och tid för verkställighet.

Beslutsunderlag

Ärendestatistik för myndighet - oktober

Ärendets behandling

Redovisning har gjorts till nämnden 2025-04-02 § 37, 2025-05-07 § 53, 2025-06-18 § 75, 2025-09-10 § 90, 2025-10-08 § 111 och 2025-11-05 § 132.

Beslutet skickas för kännedom till

Verksamhetschef Svjetlana Miletic

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-74**9. Redovisning av ej verkställda gynnande beslut tredje kvartalet 2025****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisningen och överlämnar statistikrapporten till kommunfullmäktige.

Ärendebeskrivning

Enligt 34 kap. 3 § Socialtjänstlagen (SoL) (2025:400) ska vård- och omsorgsnämnden kvartalsvis lämna en statistikrapport till kommunfullmäktige över hur många gynnande beslut enligt 11 kap. 1 § och 12 kap. 1 § som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden ska vidare ange vilka typer av insatser dessa beslut gäller samt hur lång tid som har gått från dagen för respektive beslut. Samma rapporteringsskyldighet gäller för beslut som inte verkställs på nytt efter avbrott i verkställigheten. Det ska också framgå hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller bistånd till kvinnor respektive män. Enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (1993:387) § 28h gäller en motsvarande rapporteringsskyldighet för beslut om insatser enligt 9 § LSS.

Antal gynnande beslut enligt 9 § LSS som under det tredje kvartalet 2025 ej har verkställts inom tre månader från beslutsdatum uppgår till 20, vilket resulterar i 1 fler än under föregående kvartal.

Antal gynnande beslut enligt 34 kap. 3 § SoL som under det tredje kvartalet 2025 ej har verkställts inom tre månader från beslutsdatum uppgår till 25, vilket resulterar i 6 fler än under föregående kvartal.

Beslutsunderlag

Statistikrapport av ej verkställda beslut kvartal 3 2025

Beslutet skickas för kännedom till

Kommunstyrelsens för hantering till kommunfullmäktige

Kommunens revisorer

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-178**10. Avtal om ersättning för utskrivningsklara****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner ”Avtal om ersättning för utskrivningsklara”.

Ärendebeskrivning

Tjänsteledning Hälsa, stöd, vård och omsorg (TL HSVO) ställde sig den 31 oktober 2025 bakom förslaget till avtal om ersättning för utskrivningsklara. Det nya avtalet gäller från 2026-01-01 till och med 2027-12-31. Avtalet kan sägas upp med en uppsägningstid på 6 månader. Om parterna inte säger upp avtalet förlängs det med två år i taget. TL HSVO ansvarar för att avtalet följs upp årligen samt rapporterar till det politiska samrådet HSVO.

Inför revidering av avtalet har man genomfört risk- och konsekvensanalyser samt samlat in synpunkter från kommunerna i länet. Östhammars kommun har deltagit på den länsgemensamma analysen, socialchefsnätverket har diskuterat frågan och kommunen har inkommit med synpunkter inom ramen för länsgemensamma tjänsteledningens beredning.

Förändringar som har genomförts i det nya avtalet för utskrivningsklara:

- Tydliggörande av att den regionala primärvårdens slutenvård inte omfattas av betalningsansvar för utskrivningsklara.
- Att SIP ska erbjudas, registrerats och om patienten tackat ja ska en kallelse till möte vara skickad inom tre dagar efter att utskrivningsklarmeddelandet skickats.
- Ett tydliggörande om att betalningsansvar inte ska utgå om patienten blir kvar ifall insatser som vårdcentral eller öppenvård är ansvarig för efter utskrivningen inte är tillgängliga eller planerade.
- I Uppsala län innebär tillgänglig vård att en planering av hälso- och sjukvård, som innefattar behov av rehabilitering och hjälpmedel, är genomförd med individen och berörda professioner samt dokumenterad och tillgänglig för dem som ska utföra hälso- och sjukvård.
- Avtalet gäller från 2026-01-01 till och med 2027-12-31 och förlängs två år i sänder om parterna inte säger upp avtalet.
- Med utgångspunkt från den gemensamma uppföljningen åtar sig parterna att årligen utvärdera de samlade effekterna av kvalitetsarbetet och ge förutsättningar för lärandetillfällen.
- Rutinerna i vård i samverkan (ViS) uppdateras för att tydliggöra utskrivningsprocessens alla steg.

Om ingen överenskommelse om nytt avtal finns innan årets slut innebär det att kommunernas betalningsansvar som fastställts i lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård träder i kraft i väntan på att ett nytt avtal är överenskommet. Detta innebär kommunen omfattas av betalningsansvar för varje patient som inte kan skrivas ut inom 3 dagar efter utskrivningsmeddelande och alltså inte en snittberäkning.

Vård- och omsorgsnämnden

Beslutsunderlag

Avtal om ersättning för utskrivningsklara

Beslutet skickas för åtgärd till

Nämndordförande Sabina Ståhl för påskrift, skickas digitalt från regionen direkt till undertecknare för digital signering.

Beslutet skickas för kännedom till

Socialchef Lina Edlund

Biträdande socialchef Ida Eklöf

Region Uppsala: region.uppsala@regionuppsala.se

Samverkansstrateg Monika Eriksson

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-183

11. Överenskommelse avseende hjälpmedel inom rörelse och kognition

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner förslaget ”Överenskommelse avseende hjälpmedel inom rörelse och kognition”.

Ärendebeskrivning

Regionala Tjänsteledningen HSVO ställde sig bakom överenskommelsen den 31/10 och samma beslut togs i Regionala Samrådet HSVO den 7/11. Regionala Tjänsteledningen beslutade också att överenskommelsen ska fastställas i de nämnder som ska samarbeta inom ramen för överenskommelsen.

Arbete med att hitta utvecklande och stödjande samarbetsformer avseende hjälpmedel för rörelse och kognition har pågått en längre tid och ett flertal utredningar kring möjlig samverkan har gjorts. För att utveckla samarbetet lämnade det regionala samrådet HSVO, i slutet av 2024, i uppdrag till den regionala tjänsteledningen HSVO att ta fram en överenskommelse.

Nu har en överenskommelse tagits fram som konkretiserar hur länets kommuner och Region Uppsala ska utveckla och förbättra samarbetet avseende hjälpmedel inom rörelse och kognition. Samarbetet förväntas leda till förbättringar utifrån ett invånarperspektiv samt ett resurs- och kostnadseffektiviseringsperspektiv både på kort och lång sikt. Överenskommelsen utgår från strategin för samverkan hälsa, stöd, vård och omsorg.

Överenskommelsen är ett nytt dokument som är framarbetat av en arbetsgrupp med sakkunniga inom hjälpmedelsområdet från Region Uppsala och samtliga kommuner i länet. Deltagare har bland annat varit kommunernas Hjälpmedelsansvariga (HAL).

Beslutsunderlag

Överenskommelse avseende hjälpmedel inom rörelse och kognition

Beslutet skickas för kännedom till

Socialchef Lina Edlund

Biträdande socialchef Ida Eklöf

Samverkansstrateg Monika Eriksson

Hjälpmedelsansvarig Cecilia Wahlberg

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-119

12. Internkontrollplan för vård- och omsorgsnämnden 2026

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden antar internkontrollplan för vård- och omsorgsnämnden 2026.

Ärendebeskrivning

Intern kontroll är ett stöd i arbetet att förebygga, upptäcka och åtgärda fel och brister som hindrar att organisationen kan nå sina mål på ett säkert och effektivt sätt.

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen ansvarar nämnden för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Nämnden ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats till någon annan. Syftet med den interna kontrollen är att säkra en effektiv förvaltning och att undvika att det begås allvarliga fel. En god intern kontroll ska således bidra till att ändamålsenligheten i verksamheten stärks och att den bedrivs effektivt och säkert.

Nämnden beslutar årligen om en plan för intern kontroll för att fastställa områden som ska kontrolleras. Utfallet av granskningsaktiviteterna återkopplas till nämnden i samband med delårsrapport och årsredovisning. Nämnden ska rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen till kommunstyrelsen senast i samband med nämndens årsredovisning.

Rapportering ska samtidigt göras till kommunens revisorer.

Beslutsunderlag

Internkontrollplan för vård- och omsorgskontoret 2026

Ärendets behandling

Vård- och omsorgsnämnden 2025-09-10 § 95 beslutade att uppdra förvaltningen att ta fram internkontrollplan för 2026 med stöd av nämndens egenutvärdering.

Beslutet skickas för åtgärd till

Tillförordad socialchef Ida Eklöf

Kvalitetsutvecklare Fredrik Hübinette

Beslutet skickas för kännedom till

Revisionen

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-54

13. Yttrande avseende revisionens granskning av kvalitetsarbete inom äldreomsorg och LSS

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av revisionens rekommendationer och ställer sig bakom förvaltnings förslag till yttrande.

Ärendebeskrivning

Azets har av Östhammars kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska kommunens kvalitetsarbete inom äldreomsorgen och LSS-verksamheten.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om den interna styrningen och kontrollen är effektiv och bidrar till ett gott stöd till kommunens äldre invånare och personer som omfattas av LSS.

Revisionens samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att den interna styrningen och kontrollen endast delvis är effektiv och därmed endast delvis bidrar till ett gott stöd till kommunens äldre invånare och personer som omfattas av LSS. Utifrån granskningen har revisionen lämnat ett antal rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden.

Revisionen har begärt svar från vård- och omsorgsnämnden som har fått förlängd svarstid för att kunna behandla ärendet på ordinarie sammanträde i december 2025.

Beslutsunderlag

Granskning av kvalitetsarbete inom äldreomsorg och LSS

Missiv

Förslag till yttrande

Beslutet skickas för kännedom till

Revisionen

Socialchef Lina Edlund

Biträdande socialchef Ida Eklöf

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-181

14. Beredskap inom kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden ges en samlad bild av beredskapsarbetet på Omsorgskontoret. Både det generella arbetet med beredskap och krishantering inom kontoret och insatser som genomförs inom ramen för KHOSS-projektet (kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst). KHOSS-projektet syftar till att stärka socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap, så att verksamhet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård kan upprätthållas under höjd beredskap. Projektet omfattar nedanstående områden:

- Krigsorganisation och krigsplacering
- Samverkan och ledning
- Kontinuitetshantering
- Beredskapsplanering
- Utbildning och övning
- Informationssäkerhet
- Målgruppsanpassad kriskommunikation

Vård- och omsorgsnämnden ges en fördjupad förståelse för hur kontoret arbetar med beredskap samt information om projektet och dess fortsatta inriktning

Beslutsunderlag

Powerpointpresentation VoN.pptx

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-43**15. Extra utbetalning av habiliteringsersättning****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att göra en utbetalning av extrapengar med tre kronor per arbetsdag via utförare till deltagare i daglig verksamhet LSS under 2025. Höjningen med tre kronor finansieras av det riktade statsbidraget för habiliteringsersättning, och är därmed en engångsersättning kopplad till statsbidraget. Ersättningen betalas ut retroaktivt för 2025.

Ärendebeskrivning

Den som deltar i daglig verksamhet har rätt till habiliteringsersättning. Nivån för ersättning fastställs i tillämpningsanvisningarna som antogs av nämnden 2017. Ersättningarna kopplades genom beslutet till prisbasbeloppet enligt följande modell:

Minst 4 timmar/ dag 0,1 % av prisbasbeloppet

2- 4 timmar/ dag 0,07 % av prisbasbeloppet

I dagsläget uppgår ersättningen till 59 respektive 41 kr.

Föregående år beslutade vård- och omsorgsnämnden att genomföra en extra utbetalning i form av en engångsersättning som utbetalades retroaktivt. Även i år finns det motsvarande statsbidrag från Socialstyrelsen. Omsorgskontoret har rekviderat detta statsbidrag för Östhammars kommun, och det föreslås därför att en extra utbetalning görs för 2025. Liksom för föregående år kan pengarna bara användas under året, och därför bör ersättningen räknas upp från 1 januari och utbetalas retroaktivt.

Statsbidraget har under flertalet år varit sökbart, men det är inte känt ifall statsbidraget kommer att fortsätta att finnas under kommande år. Med anledning av detta beslutar vård- och omsorgsnämnden att återigen genomföra en tillfällig höjning för år 2025, för att sedan år 2026 återgå till nivån i enlighet med den ursprungliga ersättningsmodellen som följer prisbasbeloppet.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Kostnaden beräknas till ca 25 000 kr per höjd krona vid full närvaro (110 deltagare * 225 arbetsdagar), vilket ger en total kostnad på 74 250 kr. Då flertalet inom daglig verksamhet inte arbetar heltid uppskattas dock den faktiska kostnaden till några tusen kronor lägre. I dagsläget utbetalar utförarna habiliteringsersättningen utifrån egen kassa. Rekviderade medel fördelas på utförarna utifrån faktisk ökad kostnad. Medlen kommer att utbetalas till utförarna i januari 2026 efter att utförarna har redovisat årets närvaro. Medel som inte har förbrukats kommer därefter att återbetalas till Socialstyrelsen.

Beslutet skickas för åtgärd till

Ekonom Frida Jansson

Vård- och omsorgsnämnden

Beslutet skickas för kännedom till

Utredare Pernilla Åhman

Enhetschef kommunens dagliga verksamhet, Marina Oskarsson

Samarbetet: samarbetet@telia.com

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-166**16. Premiering av ökad debiteringsgrad i hemtjänsten****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att avsätta budgetmedel för att premiera de hemtjänstenheter som uppnår högst debiteringsgrad per månad under perioden januari–december 2026. Premien utgår med 10 000 kr per månad.

Premien ska användas till personalförbättringsinsatser och finansieras inom befintlig budgetram.

Ärendebeskrivning

Hemtjänsten i egen regi har sedan tidigare uppdraget att säkerställa en god debiteringsgrad. En god debiteringsgrad innebär att en hög andel av personalens arbetstid planeras och utförs i brukarnas hem.

För att ytterligare stärka arbetet med att öka debiteringsgraden önskar den politiska ledningen införa en premie som incitament. Att premiera ett gott arbete är ett beprövat sätt att stimulera förbättring och utveckling. Kommunen har tidigare framgångsrikt använt premier för att stärka personalkontinuiteten inom hemtjänsten.

Förvaltningen föreslår att den hemtjänstenhet som uppnår högst debiteringsgrad per månad under perioden januari–december 2026 tilldelas en premie på 10 000 kronor.

Premien utgår alltså vid tolv tillfällen under året och ska användas till personalförbättringsinsatser, exempelvis gemensamma aktiviteter, trivselåtgärder eller kompetensutveckling. Respektive enhet väljer själv om de använder premien löpande under året eller om de vill samla till en större insats under slutet av året.

Ärendet rapporteras som informationsärendet varje nämnd under 2026. Enheterna ska redovisa hur premien används och vilken effekt insatsen haft på arbetsmiljö, kompetens osv.

Utvärdering av effekten av premien sker efter sommaren.

Erfarenheterna från de enheter som får god debiteringsgrad ska delas inom ramen för verksamheternas ordinarie utvecklingsarbete.

Kriterier för att erhålla premien

- Mätning av debiteringsgrad sker månadsvis.
- Den enhet som uppnår högst debiteringsgrad under respektive månad erhåller premien.
- Premien ska användas till insatser som kommer all personal inom enheten till del.
- Förvaltningen ansvarar för uppföljning och redovisning.

För att säkerställa att premien endast erhålls vid goda resultat ska debiteringsgraden vara över snittet för november/december 2025 eller annat lämpligt mått.

Vård- och omsorgsnämnden

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Premien finansieras inom ordinarie budget.

Ärendets behandling

Vid arbetsutskottets sammanträde 2025-12-03 avstod Roger Lamell (S) från att delta i förslaget till beslut.

Beslutet skickas för åtgärd till

Förändringsledare Niclas Sandin

Beslutet skickas för kännedom till

Socialchef Lina Edlund

Verksamhetschef Svjetlana Miletic

Enhetschefer Gabriella Svanberg, Anneli Jansson-Sumén, Sofia Forsberg, Lizette Svahn

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-1

17. Information från förvaltningen

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Nämnden tar del av information från förvaltningen, främst från omsorgskontoret. På arbetsutskottet lämnades information om att omsorgskontoret har genomfört workshops utifrån nya socialtjänstlagen samt personalfrågor.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-8

18. Rapporter från förtroendevalda

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av rapporterna.

Ärendebeskrivning

Rapporter och information från vård- och omsorgsnämndens ledamöter och ersättare.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-1**19. Redovisning av delegationsbeslut****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av delegationsbeslut.

Ärendebeskrivning

När vård- och omsorgsnämnden har delegerat sin beslutanderätt träder delegaten helt in i nämndens ställe. Beslut som fattas enligt delegationsordning är juridiskt sett vård- och omsorgsnämndens beslut och kan överklagas på samma sätt som nämndens beslut.

Alla delegationsbeslut ska anmälas till nämnden. Anmälan av delegationsbeslut inom vård- och omsorgsnämnden redovisas månadsvis. Alla delegationsbeslut är anonymiserade och det framgår vilka beslut som har fattats och av vem.

Följande förteckningar över delegationsbeslut redovisas:

- Arbetsutskottets protokoll från 2025-11-05 och 2025-12-03. Beslut i personärenden framgår i listorna nedan.
- Ordförandebeslut fr.o.m. 2025-11-01 t.o.m. 2025-11-30. Beslut i personärenden framgår i listorna nedan.
- Delegationsbeslut barn och unga samt vuxen fr.o.m. 2025-11-01 t.o.m. 2025-11-30.
- Delegationsbeslut äldre och bistånd fr.o.m. 2025-11-01 t.o.m. 2025-11-30.
- Delegationsbeslut socialpsykiatri och LSS fr.o.m. 2025-11-01 t.o.m. 2025-11-30.
- Delegationsbeslut avgifter fr.o.m. 2025-11-01 t.o.m. 2025-11-30.
- Delegationsbeslut färdtjänst och riksfärdtjänst fr.o.m. 2025-11-01 t.o.m. 2025-11-30.
- Delegationsbeslut bostadsanpassning fr.o.m. 2025-11-01 t.o.m. 2025-11-30.
- Delegationsbeslut parkeringstillstånd 2025-11-01 t.o.m. 2025-11-30.
- Övriga delegationsbeslut inom nämnden fr.o.m. 2025-11-01 t.o.m. 2025-11-30.

Beslutsunderlag

Listor publiceras i portalen dagen före sammanträdet.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-9**20. Anmälan av beslut fattade av ledamöter med kompletterande beslutanderätt****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Ärendebeskrivning

Nämnden kan fördela beslutanderätten när nämndens beslut inte kan avvaktas. Kompletterande beslutanderätt följer direkt av lag och ger nämndens ordförande eller annan ledamot som nämnden förordnat rätt att fatta beslut när nämndens beslut inte kan avvaktas. För att nämnden ska ha insyn i hur dessa ärenden handläggs ska beslut som fattats av ordförande eller annan ledamot anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

Följande beslut redovisas för perioden:

1. Omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM.
Beslutet är taget 2025-11-19 av Anna-Lena Söderblom.
2. Beslut skyddat boende enligt 4 kap. 1 § LBSB.
Beslutet är taget av 2025-12-04 av Roger Lamell.
3. Beslut skyddat boende enligt 4 kap. 1 § LBSB.
Beslutet är taget av 2025-12-04 av Roger Lamell.

Vård- och omsorgsnämnden

Dnr VON-2025-1**21. Anmälningssärenden****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Redovisning av beslut som tagits av andra myndigheter samt annan information som berör nämndens verksamhetsområde.

1. Kvartalsrapport 3 från Bryggan (VON-2025-32).
2. Mötesanteckningar från kommunala rådet för pensionärer och funktionsnedsatta 2025-11-25 (VON-2025-1)
3. Öppet brev från SPF Seniorerna till Sveriges kommuner 2025-11-25, hemtjänst med hjärta – inte minutstyrning (VON-2025-180).
4. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avseende lex Sarah från hemtjänsten Östhammar södra 2025-11-05. IVO avslutar ärendet och kommer inte vidta några ytterligare åtgärder (VON-2025-28).
5. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avseende tillsyn av ej verkställt beslut 2025-11-20. IVO avslutar ärendet (VON-2025-114).
6. Beslut från Arbetsmiljöverket 2025-11-13 om avskrivning och avvisning på delar av framställning enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen (VON-2025-182)
7. Beslut från kommunstyrelsens arbetsutskott 2025-11-18 om anskaffningsbeslut av nytt ekonom-/affärssystem (KS-2025-812).
8. Protokoll samverkan omsorgskontoret 2025-12-04.

Inkomna domar:

1. Dom från Förvaltningsrätten i Uppsala 2025-11-24 gällande omedelbart omhändertagande enligt LVM. Förvaltningsrätten fastställer det underställda beslutet. Det omedelbara omhändertagandet ska därmed bestå (mål nr 8371-25).
2. Dom från Förvaltningsrätten i Uppsala 2025-11-28 gällande omedelbart omhändertagande enligt LVM; nu fråga om avskrivning. Förvaltningsrätten skriver av målet från vidare handläggning (mål nr 8371-25).
3. Dom från Förvaltningsrätten i Uppsala 2025-11-28 gällande ekonomiskt bistånd. Förvaltningsrätten avslår överklagandet (mål nr 3162-25).
4. Dom från Förvaltningsrätten i Karlstad gällande överflyttning av ärende enligt socialtjänstlagen. Förvaltningsrätten bifaller överklagandet och förordnar att ärendet avseende enskild ska flyttas över från Östhammars kommun till Uppsala kommun (mål nr 2090-25).

Vård- och omsorgsnämnden

5. Dom från Kammarrätten i Stockholm 2025-12-08 gällande färdtjänst; fråga om prövningstillstånd. Kammarrätten meddelar inte prövningstillstånd. Förvaltningsrättens avgörande står därför fast (mål nr 6697-25).

Beslutsunderlag

Handlingarna publiceras i portalen.

Sjukstatistik sep -24 till sep -25

Månadsuppföljning von



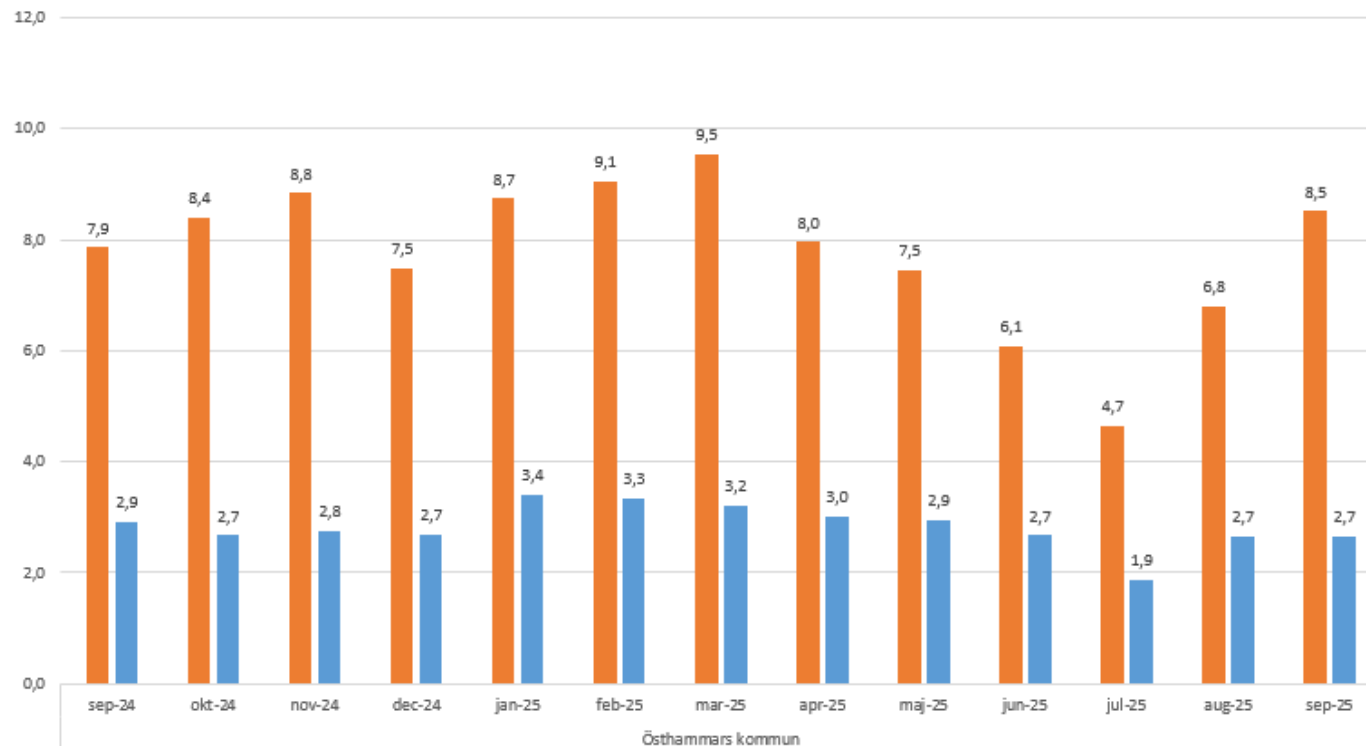
Östhammars kommun

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,8 %

Medelvärde sjuk lång: 2,8 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



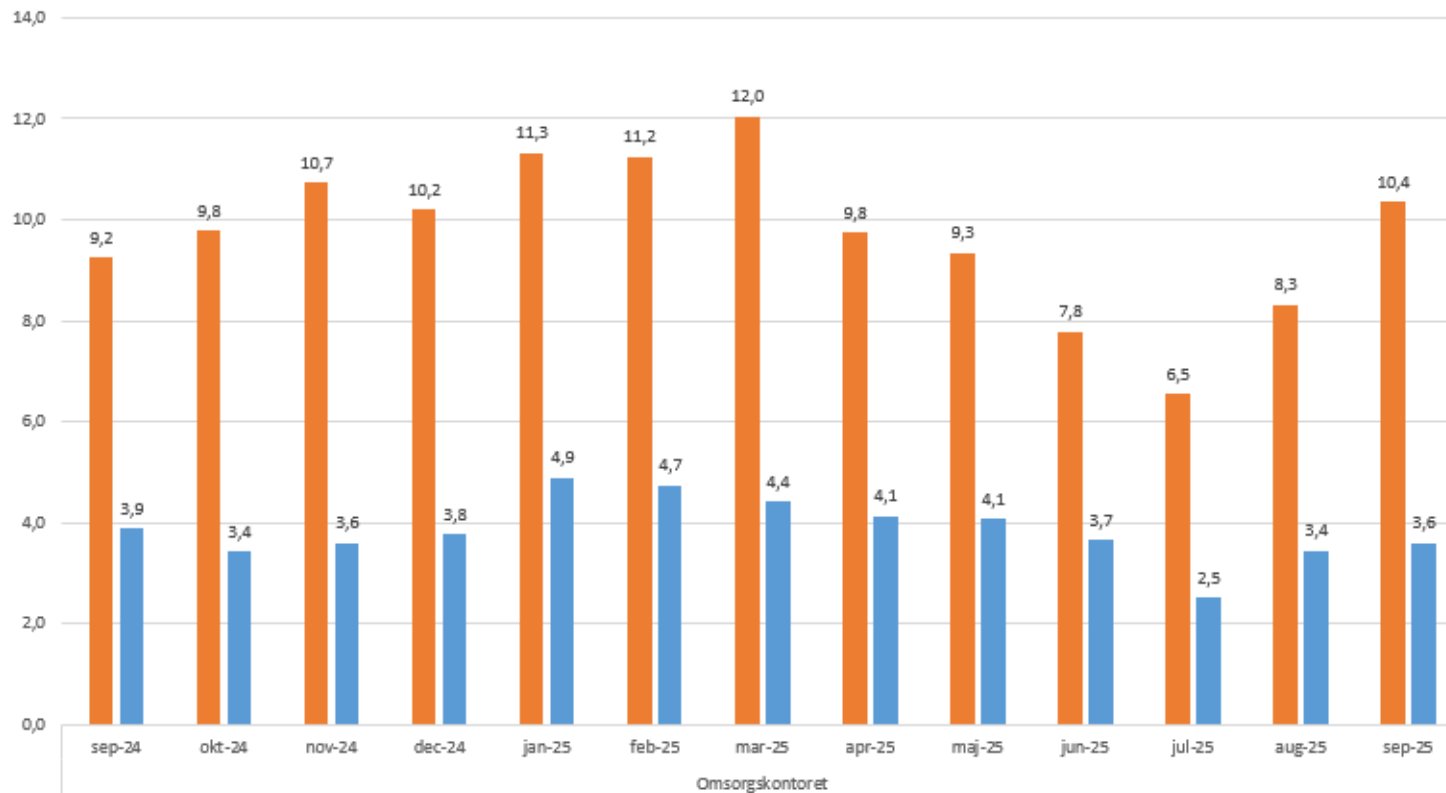
Sektor Omsorg/Omsorgskontoret

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 9,8 %

Medelvärde sjuk lång: 3,9 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



Myndighet

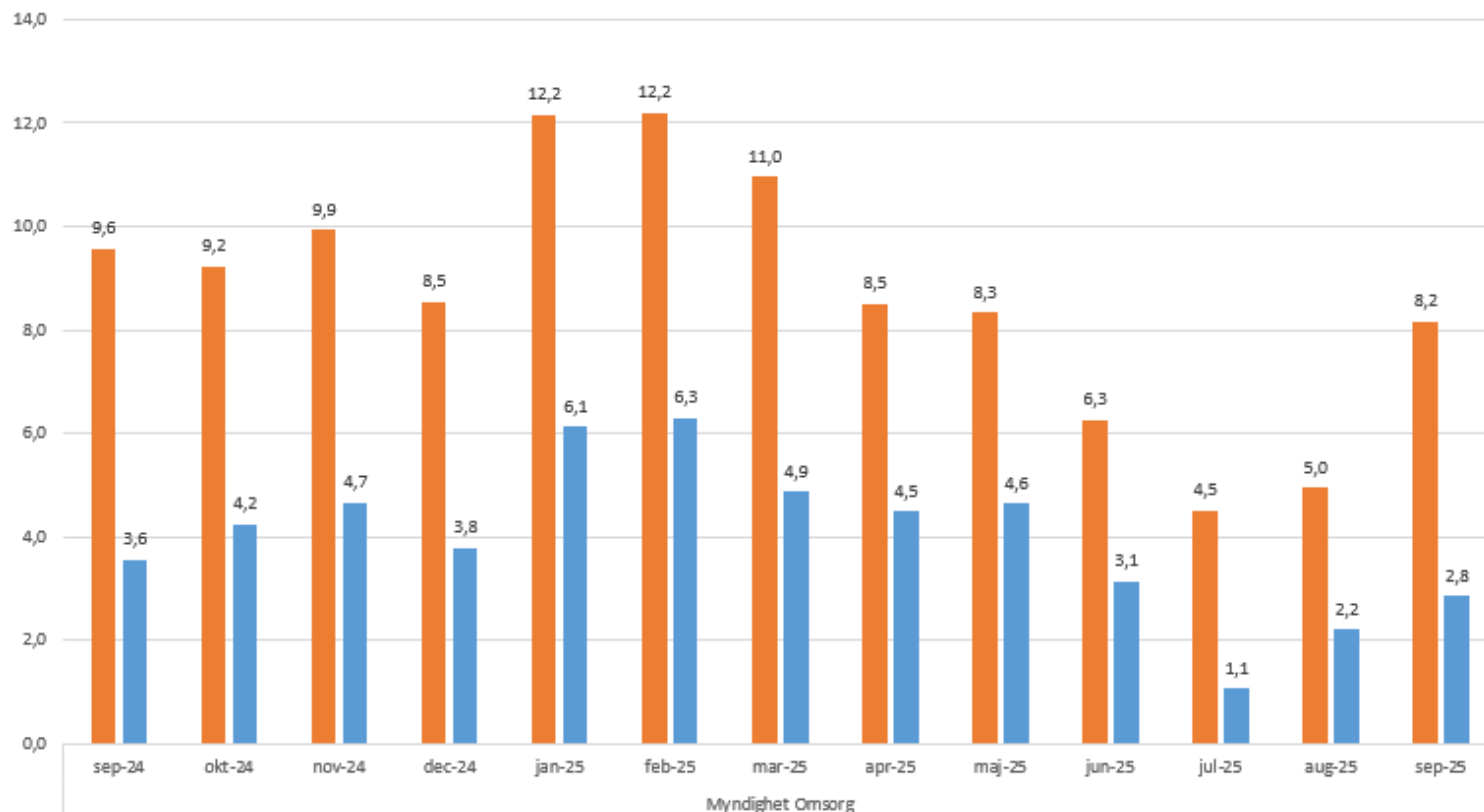
Myndighet

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 8,6 %

Medelvärde sjuk lång: 4,0 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %

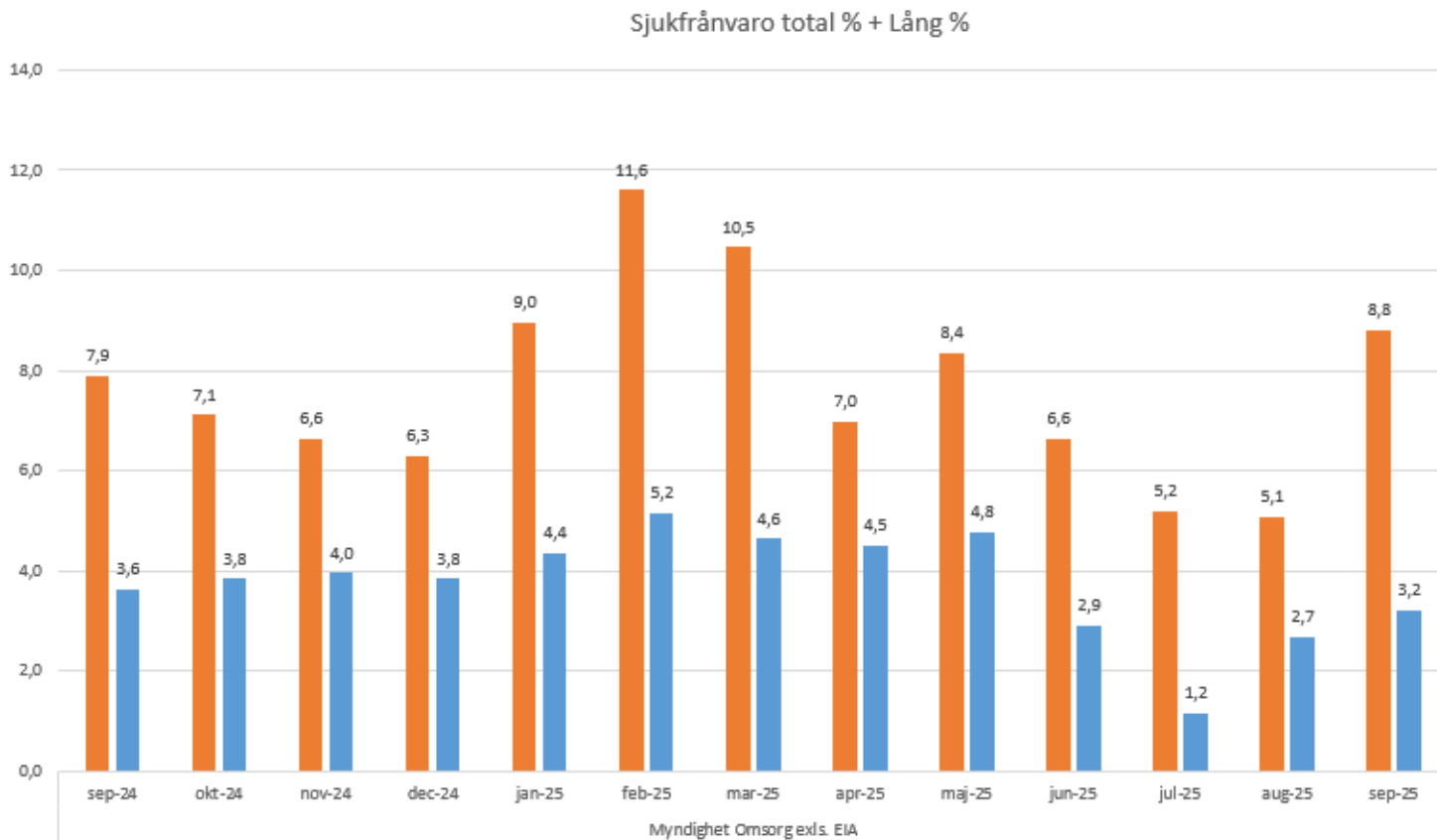


Myndighet exl EIA

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,7 %

Medelvärde sjuk lång: 3,8 %



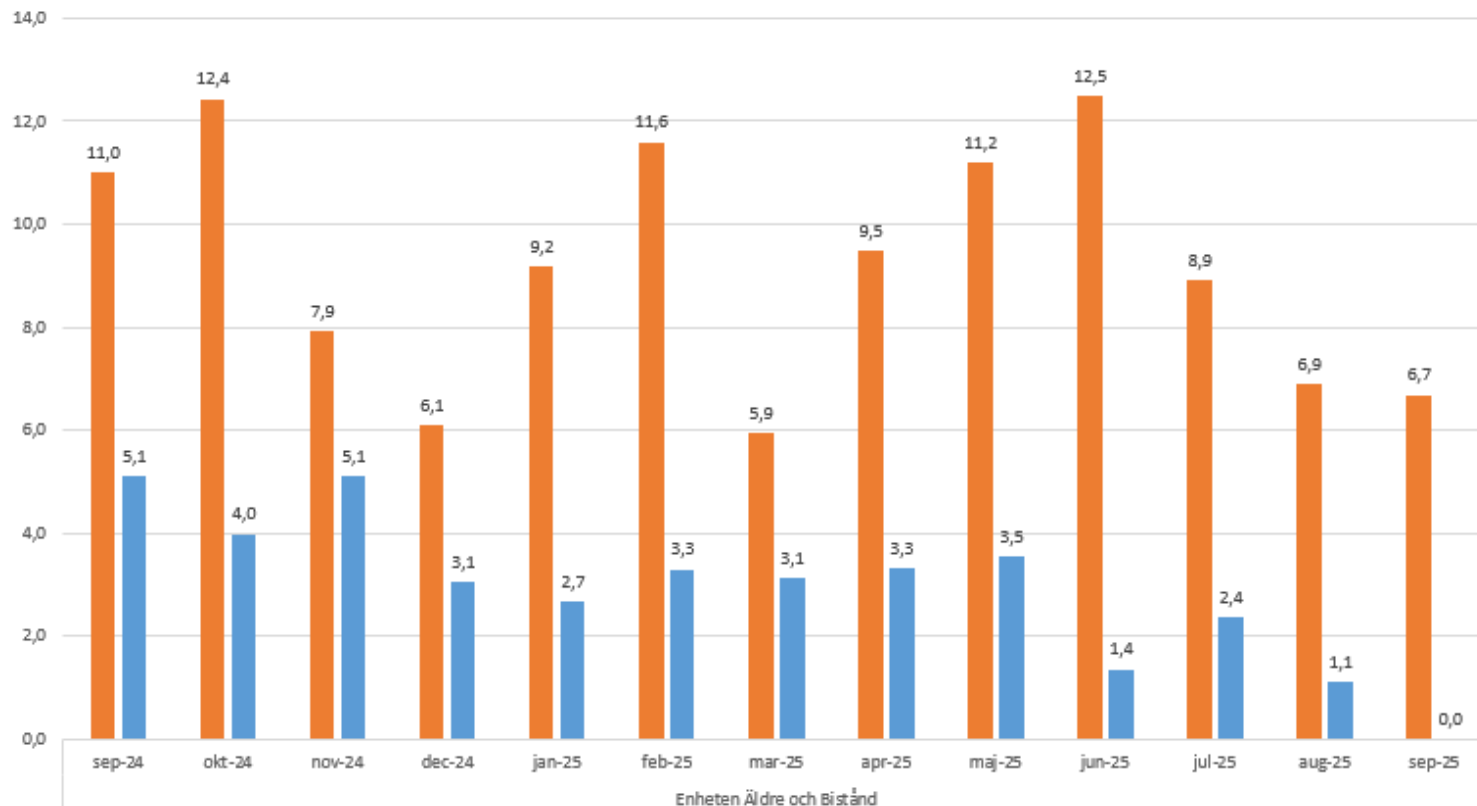
Enheten för äldre och bistånd

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 9,1 %

Medelvärde sjuk lång: 2,7 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



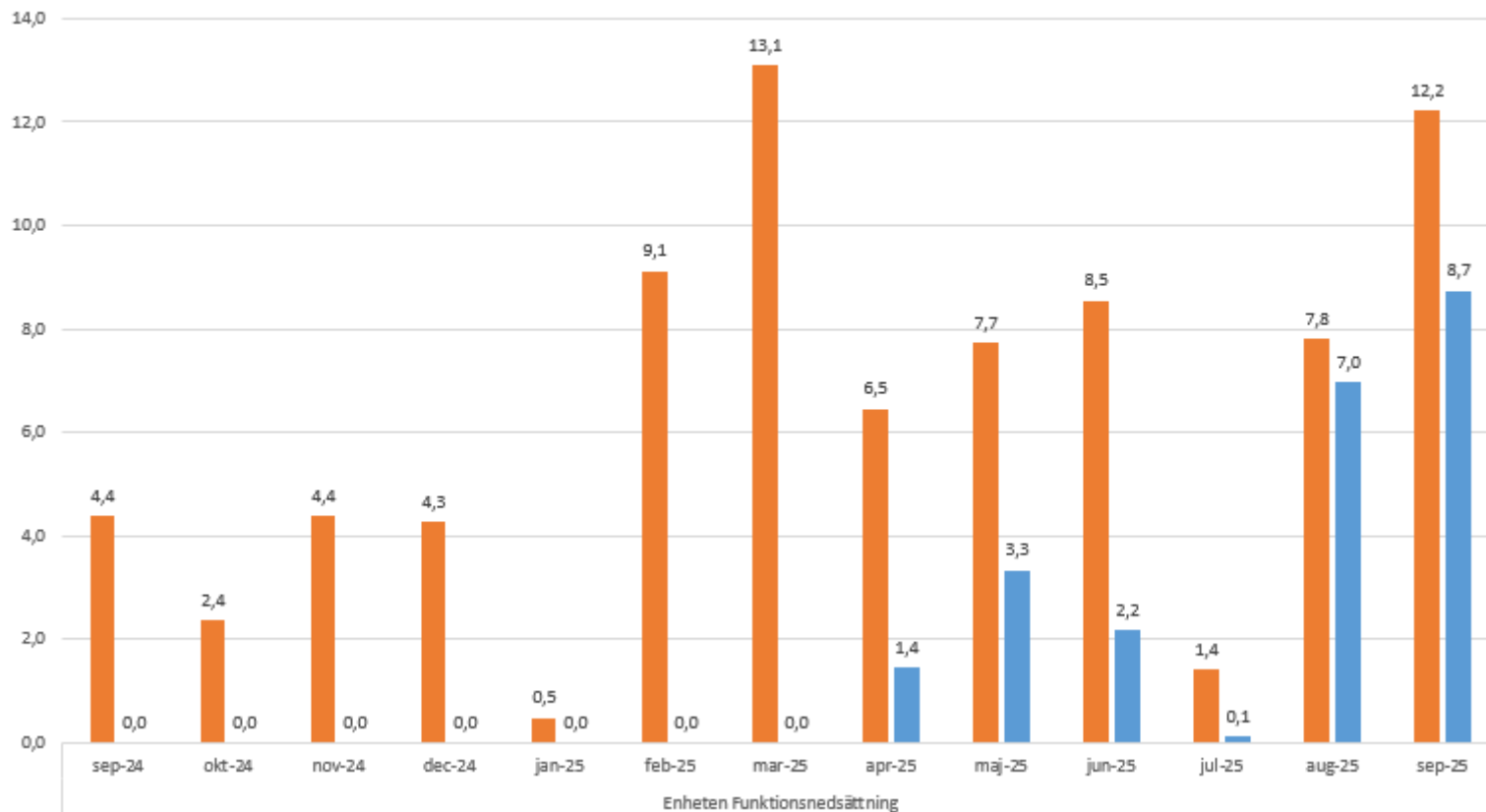
Enheten för funktionsnedsättning

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 6,5 %

Medelvärde sjuk lång: 1,9 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



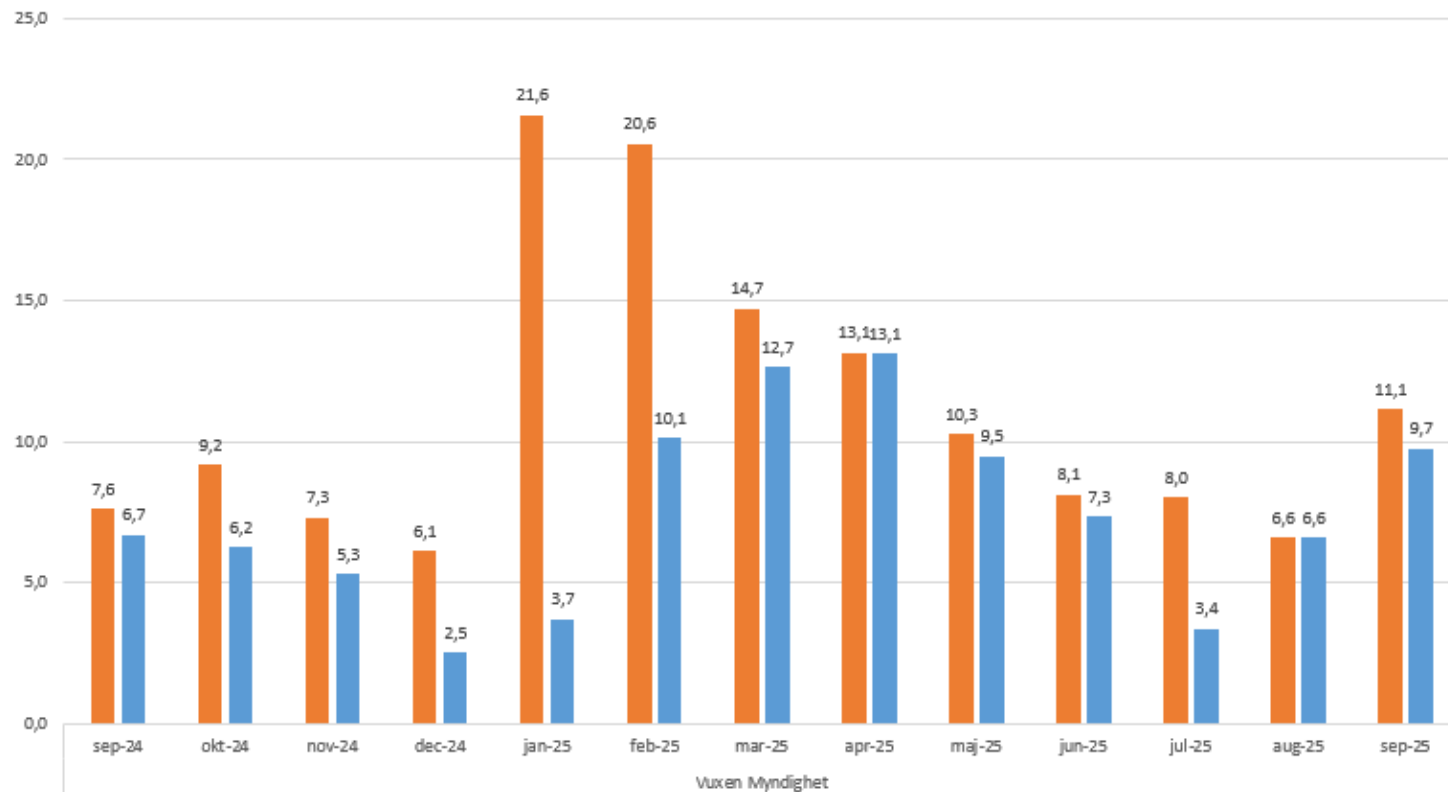
Enheten Vuxen, myndighet

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 11,4 %

Medelvärde sjuk lång: 3,8 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %

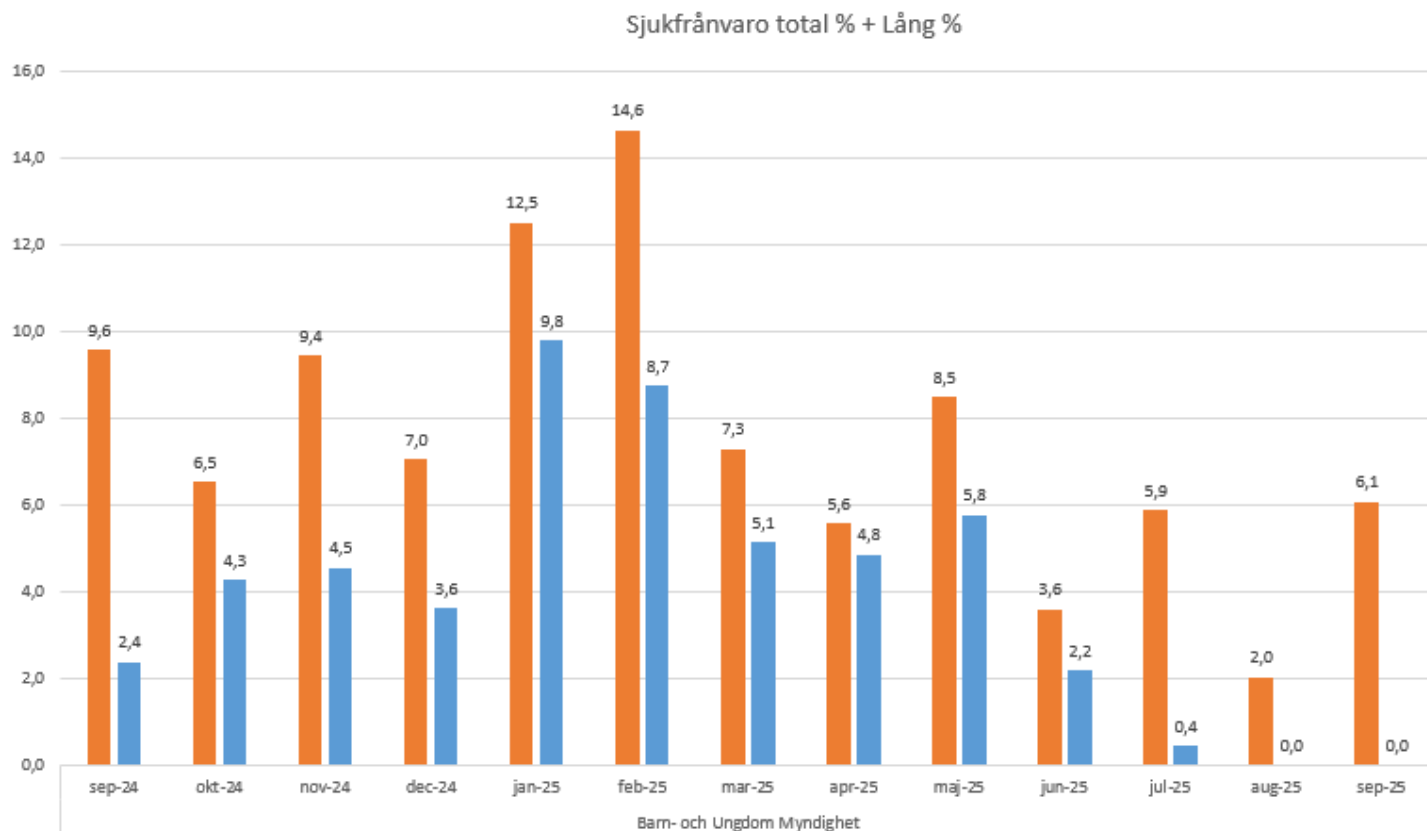


Enheten Barn och Ungdom

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,4 %

Medelvärde sjuk lång: 4,1 %



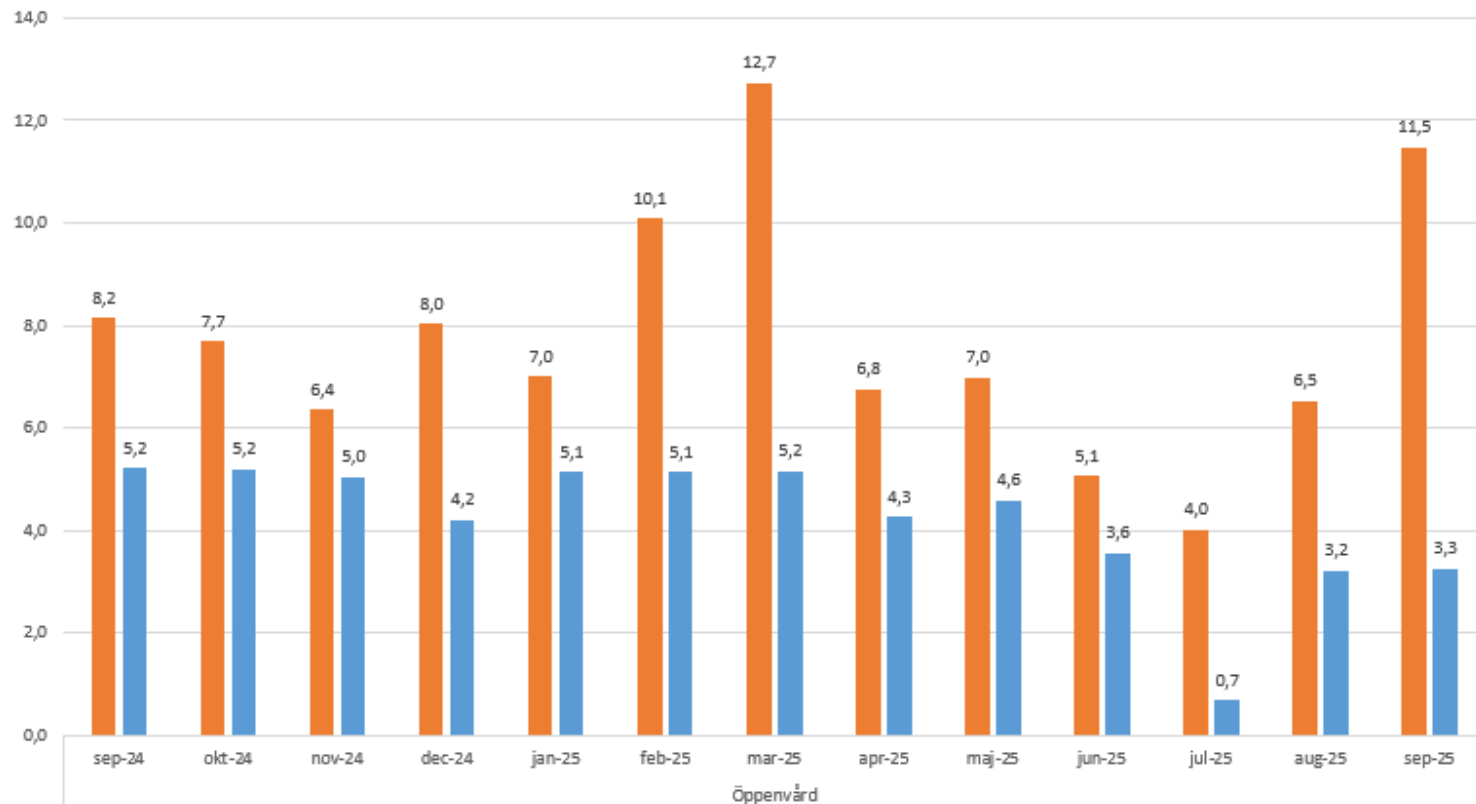
Enheten Öppenvård

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,7 %

Medelvärde sjuk lång: 4,1 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



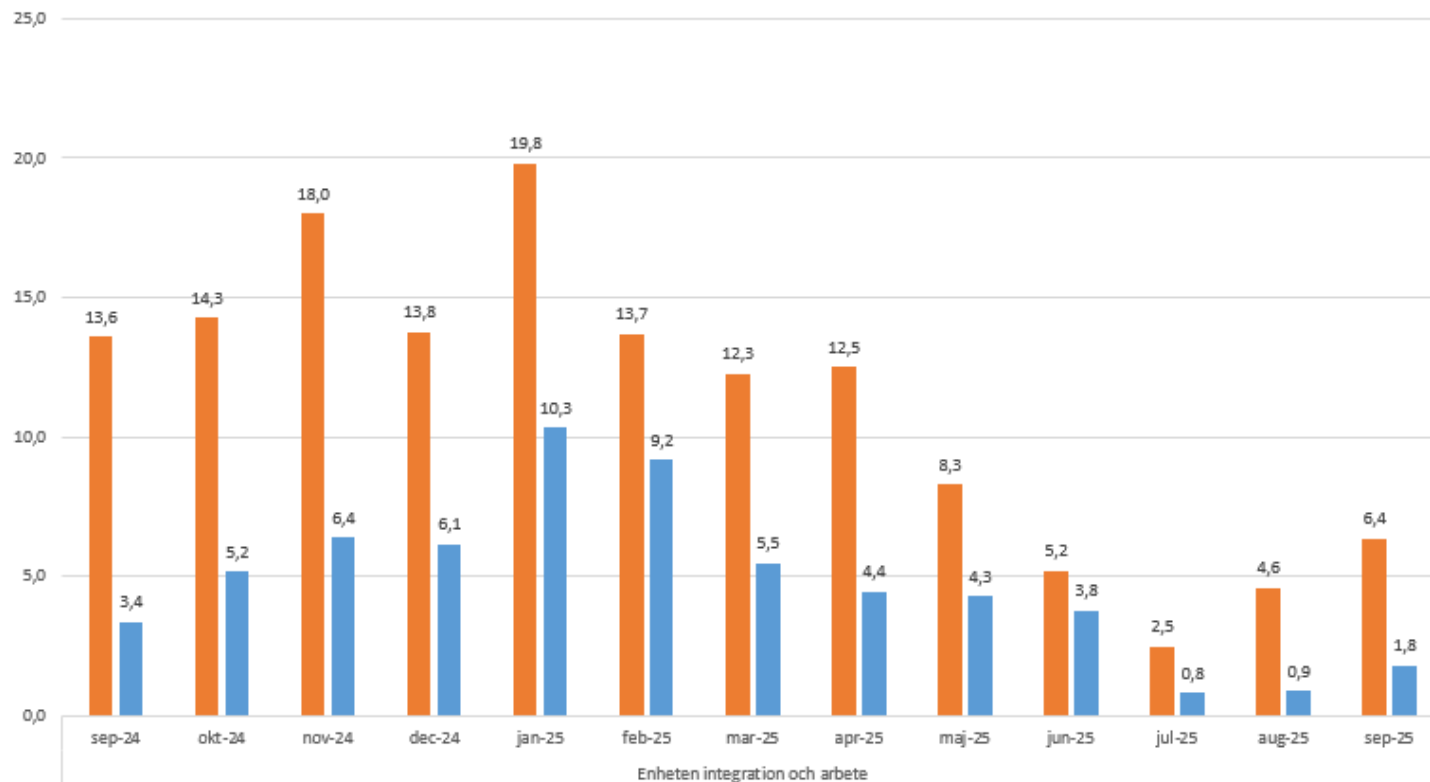
EIA

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 10,9 %

Medelvärde sjuk lång: 4,9 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



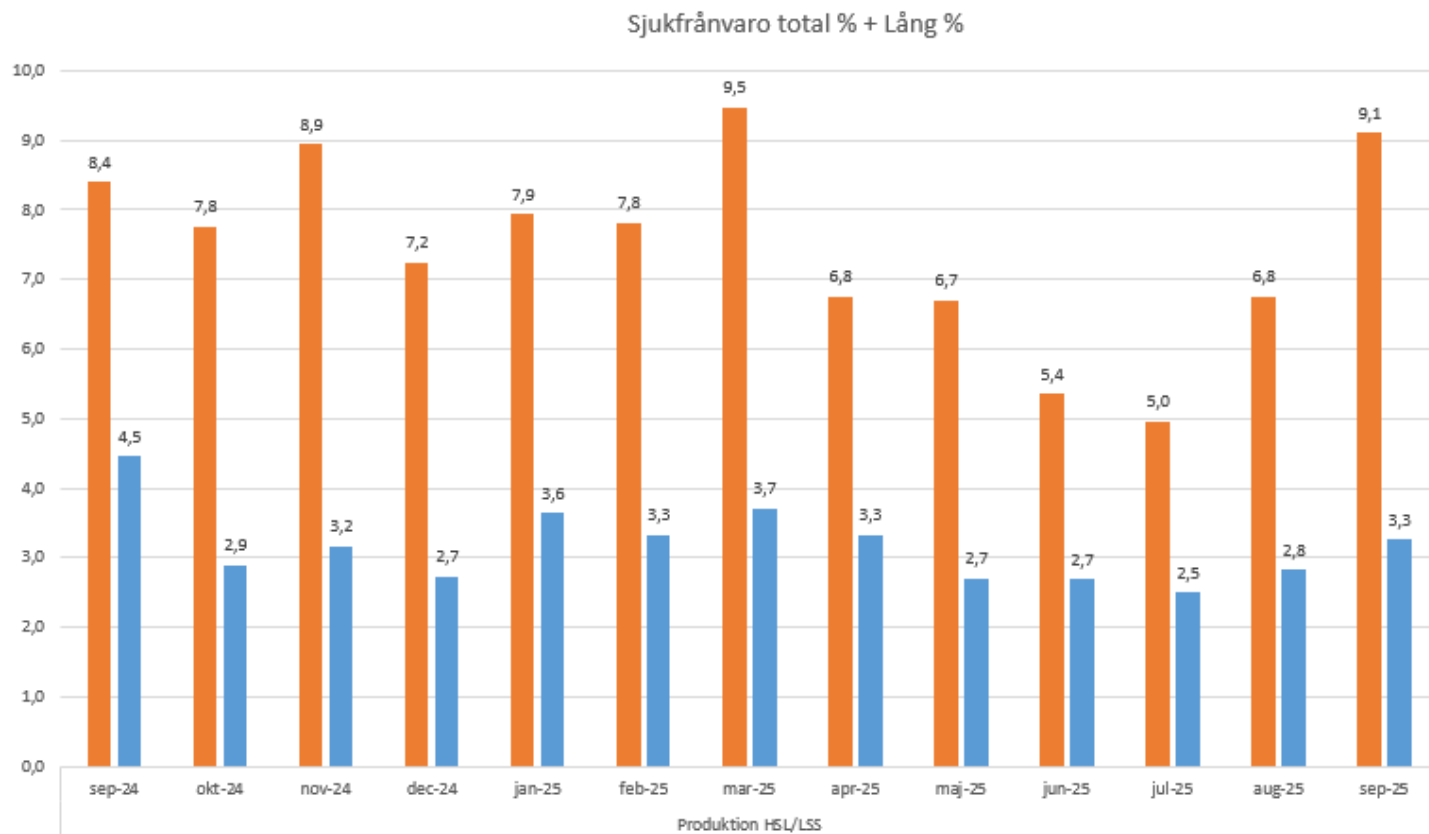
Produktion HSL/LSS

HSL/LSS

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,4 %

Medelvärde sjuk lång: 3,1 %



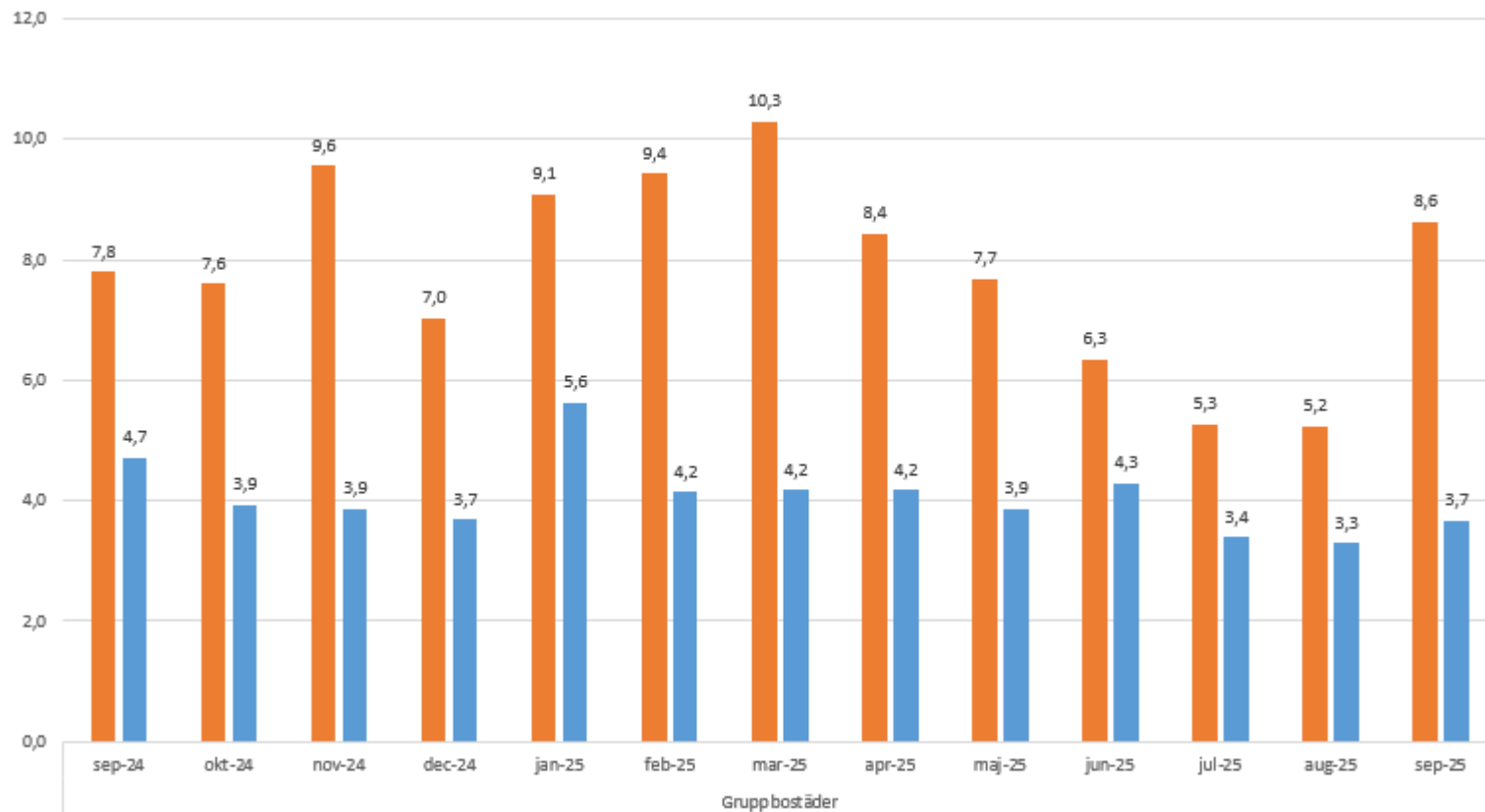
Gruppbostäd

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,9 %

Medelvärde sjuk lång: 4,0 %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %

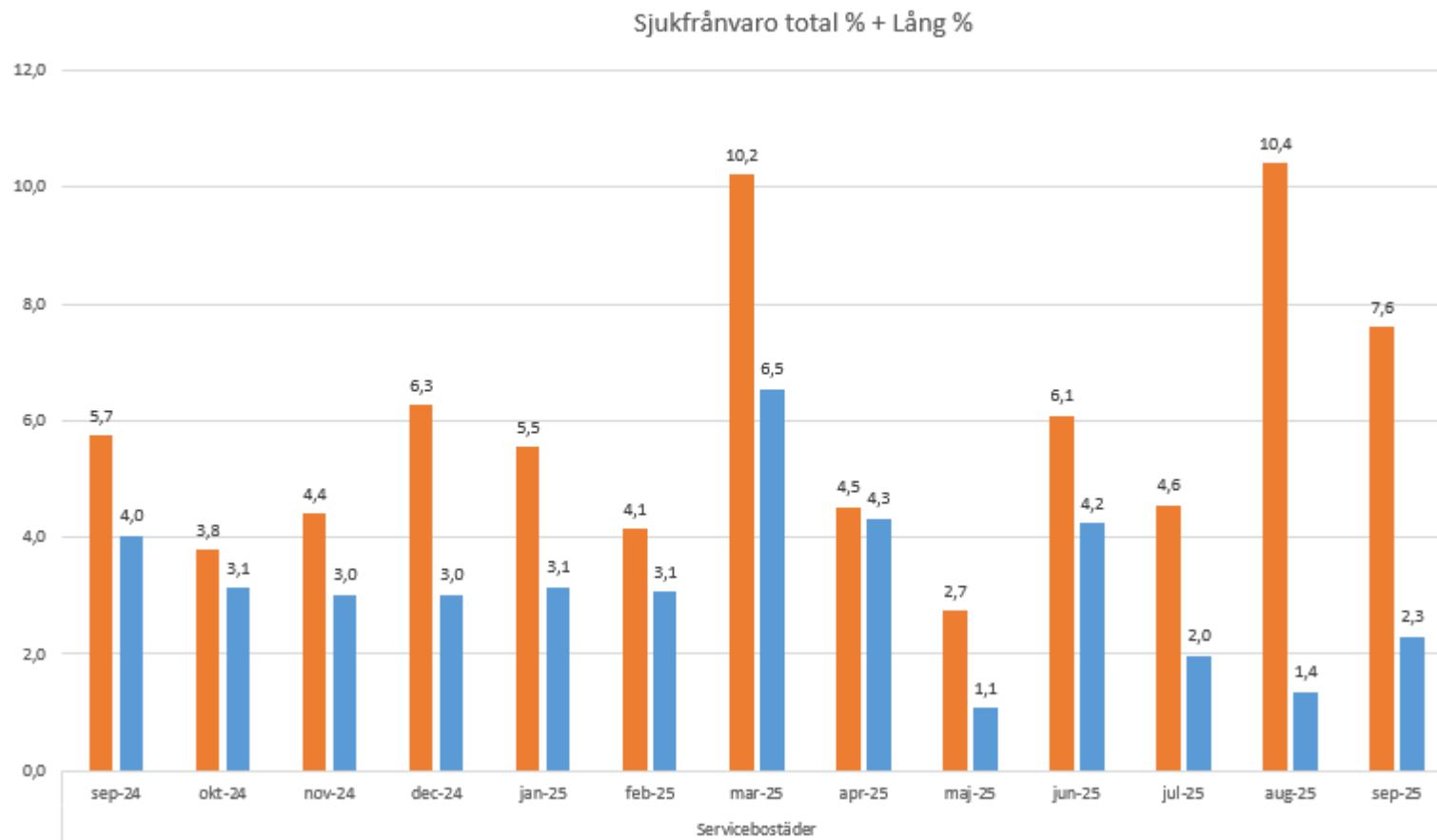


Servicebostäder

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 5,9 %

Medelvärde sjuk lång: 3,1 %



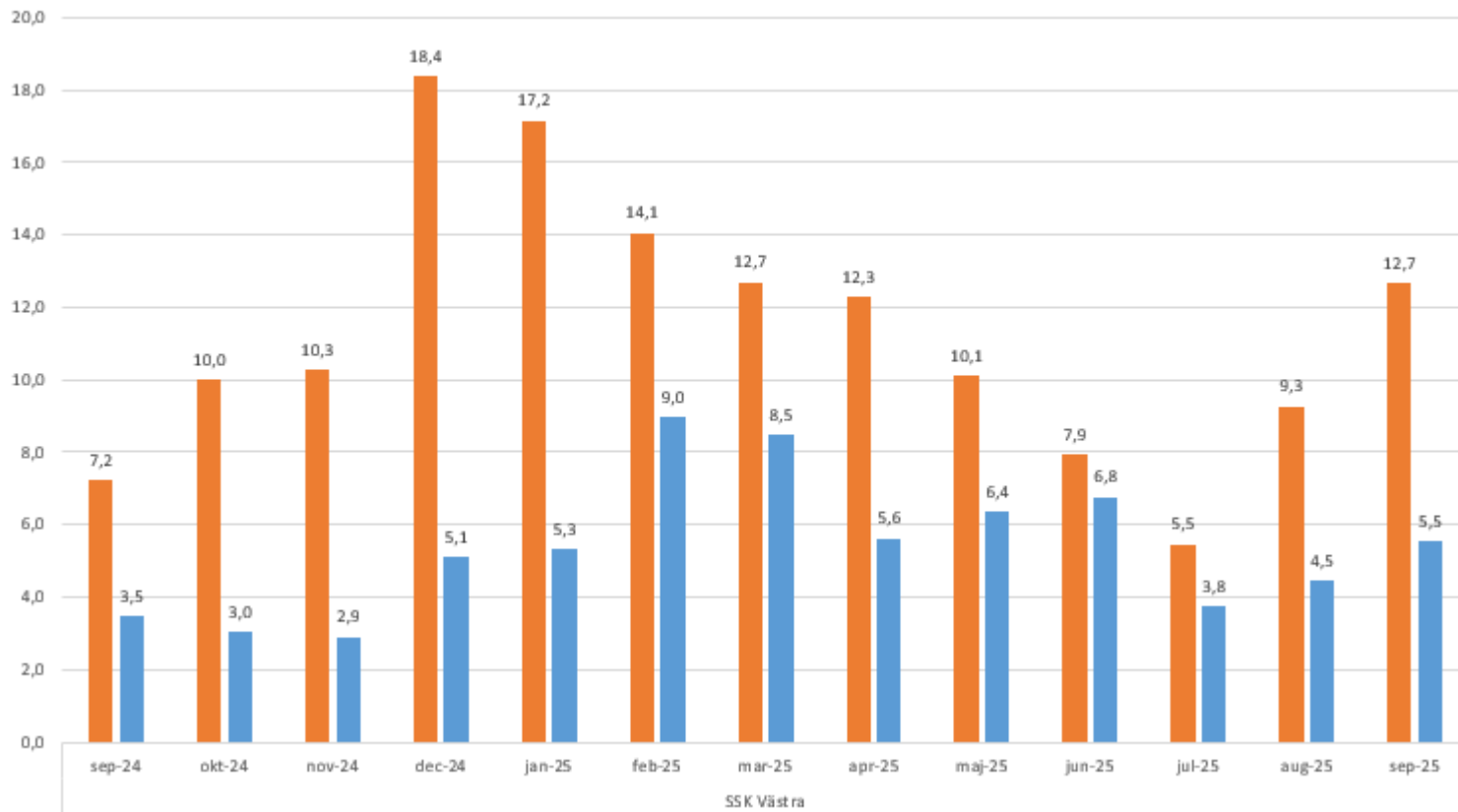
SSK Västra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 11,7 %

Medelvärde sjuk lång: 5,5 %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %

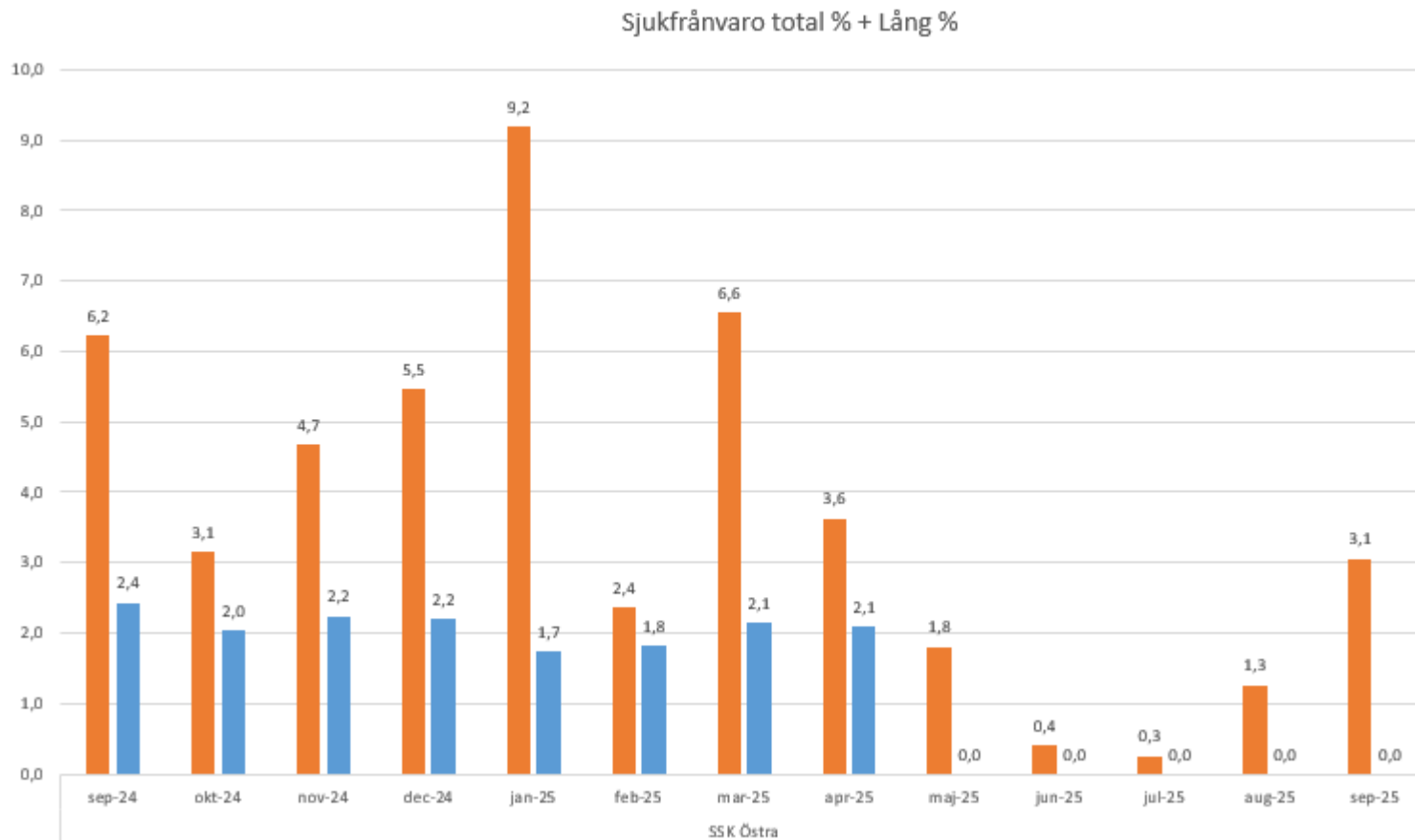


SSK Östra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 3,5 %

Medelvärde sjuk lång: 1,2 %

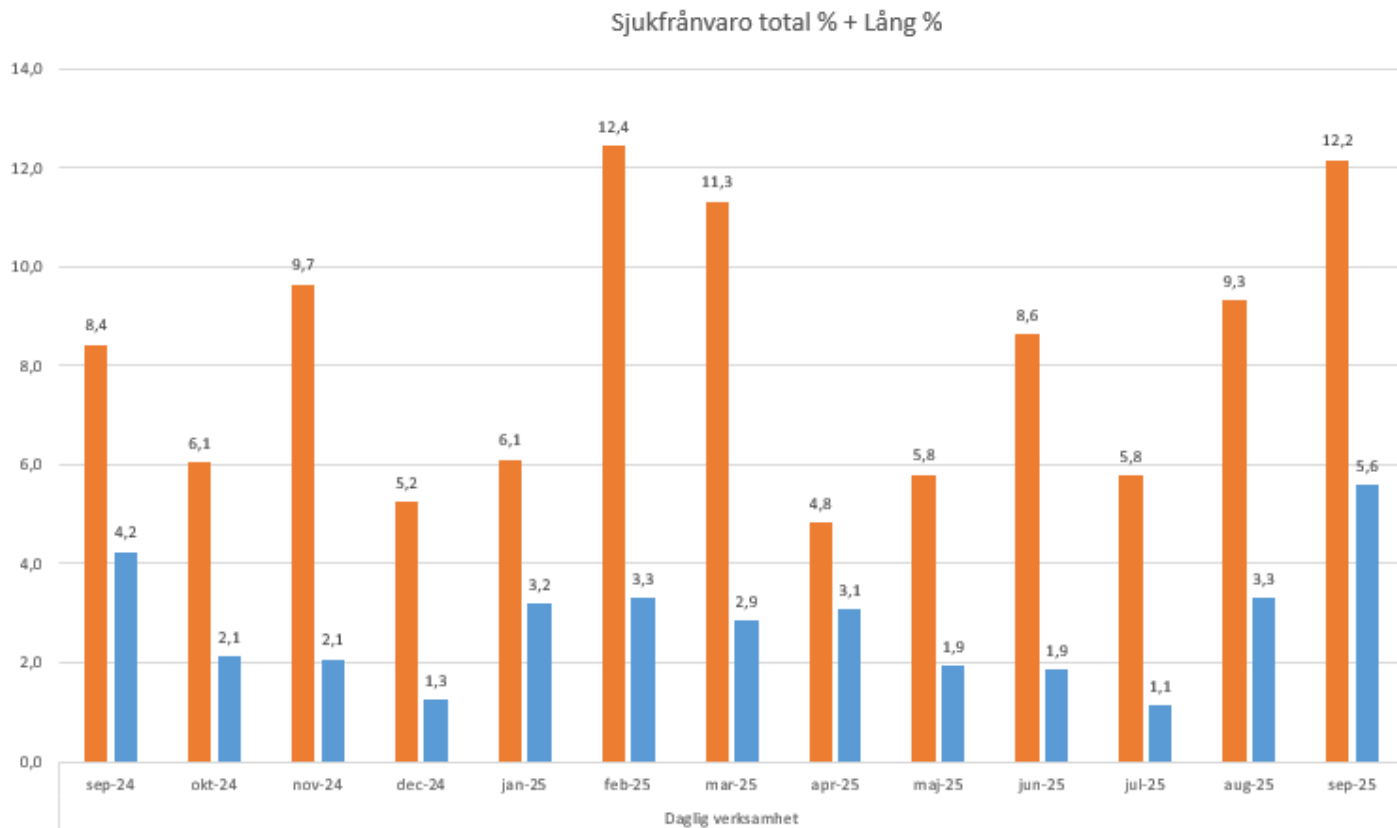


Daglig verksamhet

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 8,1 %

Medelvärde sjuk lång: 2,6 %



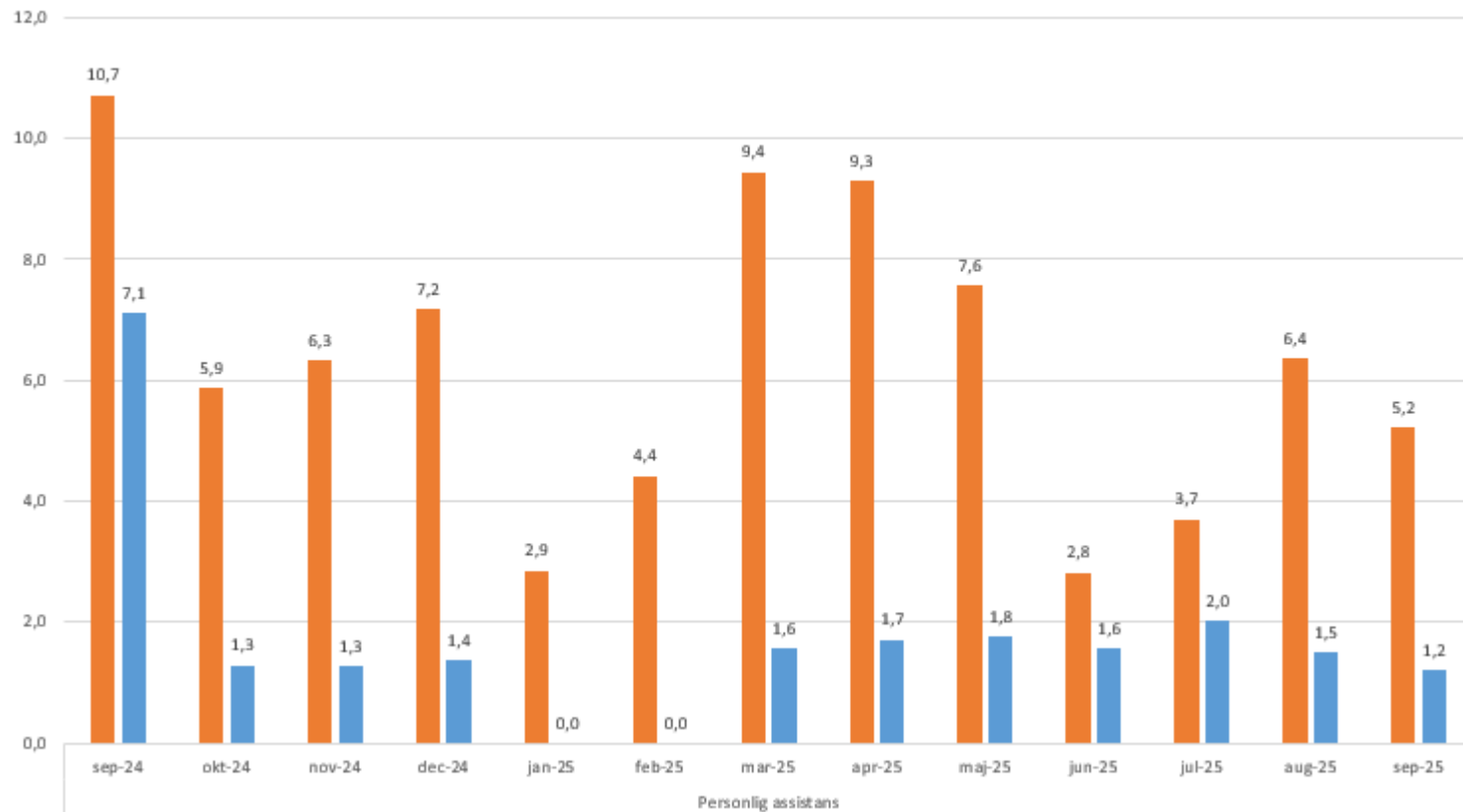
Personlig Assistans

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 5,9 %

Medelvärde sjuk lång: 1,3 %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



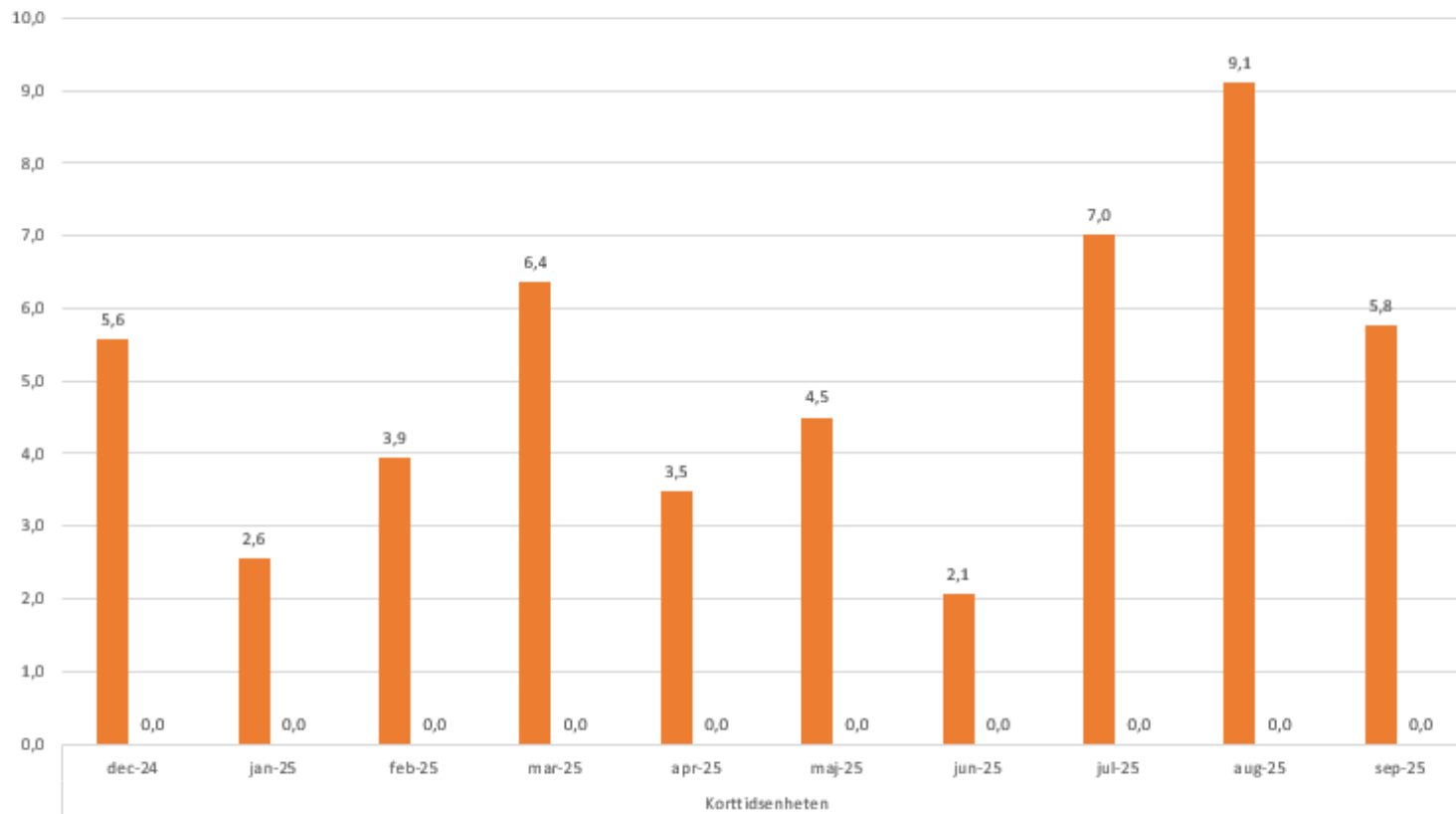
Korttidsheten

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 5,0 %

Medelvärde sjuk lång: 0,0 %

Sjukfrånvaro totalt %+ Lång %



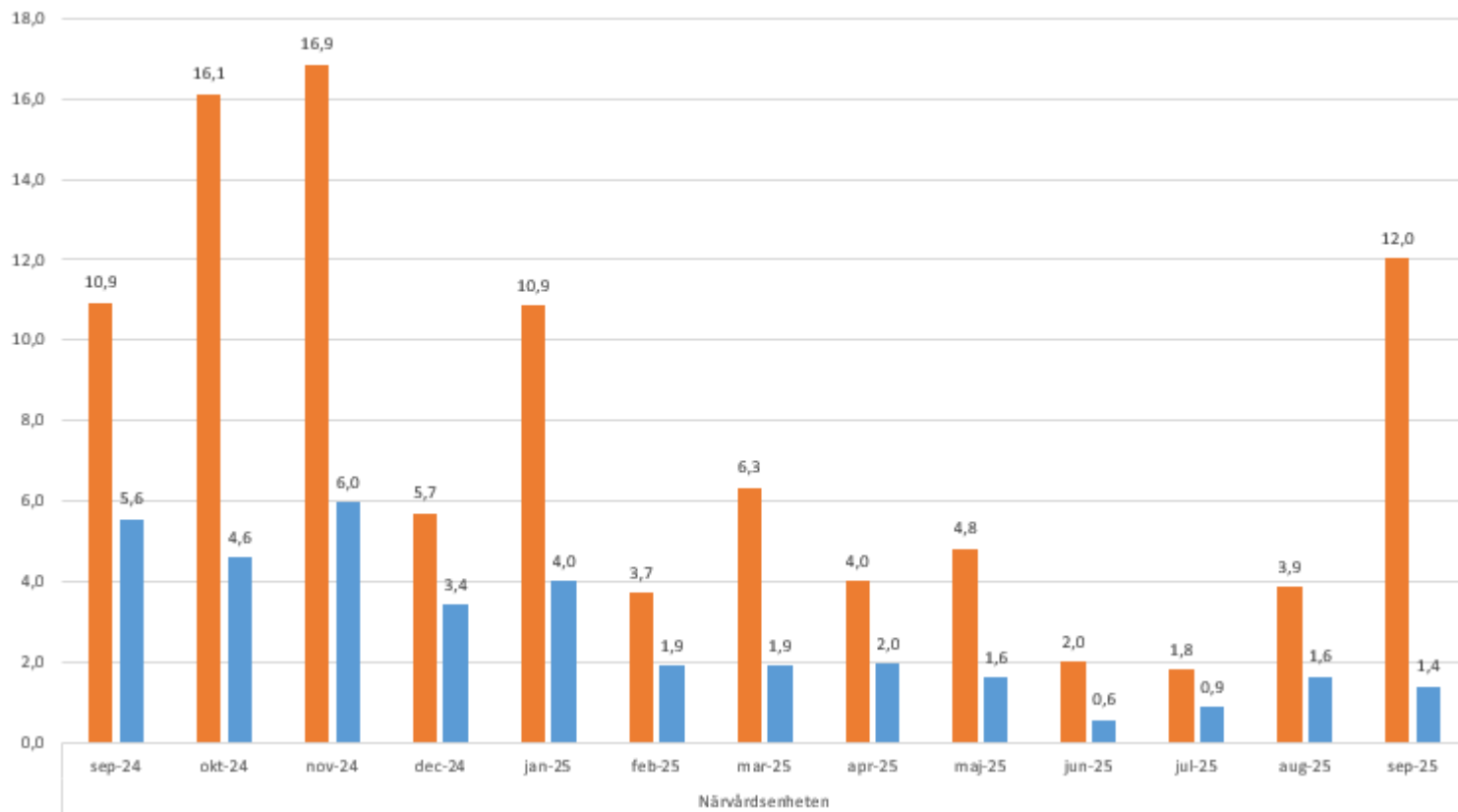
Närvårdsenheten

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidsjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,3 %

Medelvärde sjuk lång: 2,5 %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



Produktion Äldre

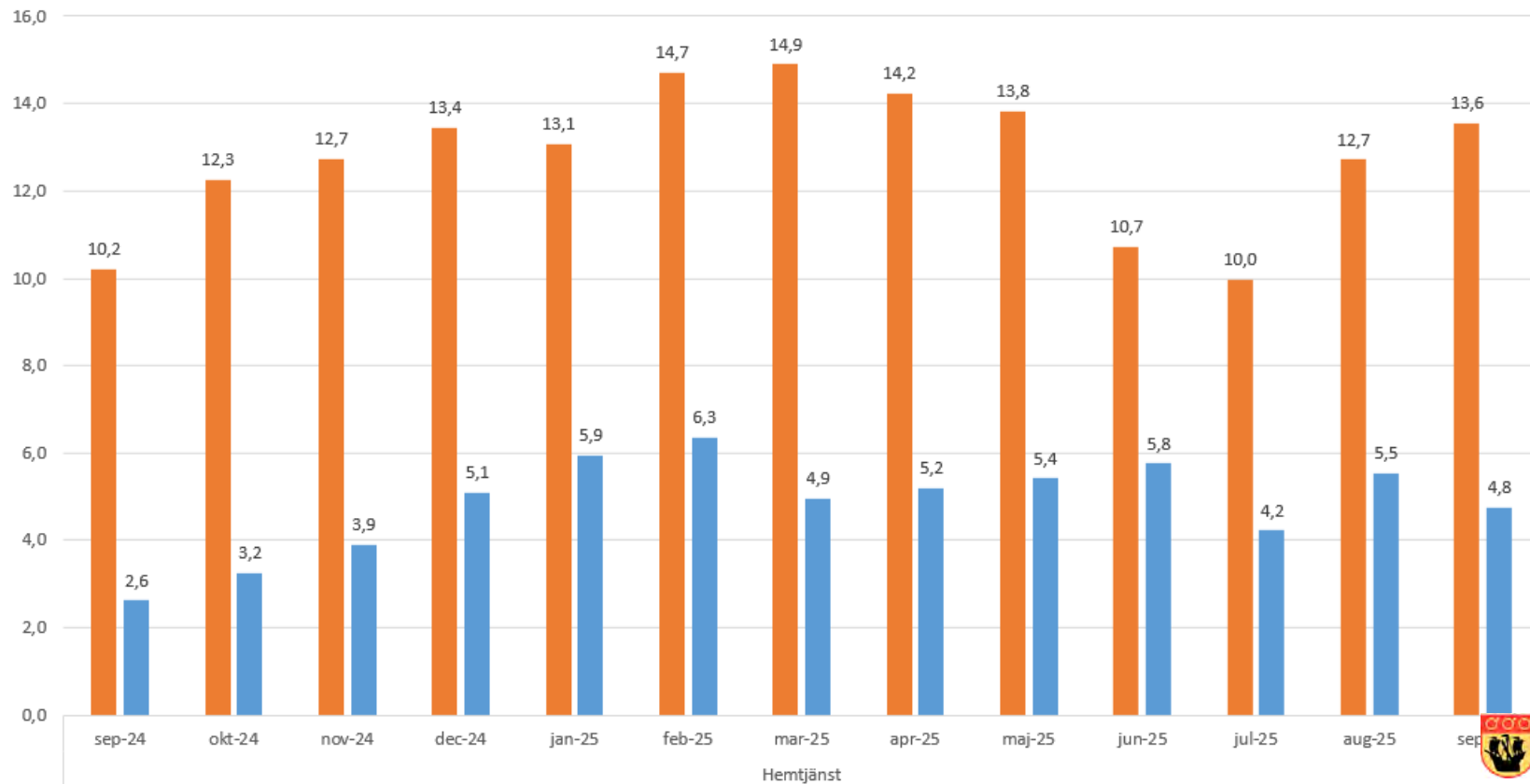
Hemtjänst och Säbo

Hemtjänst

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 13,0%

Medelvärde sjuk lång: 5,0%



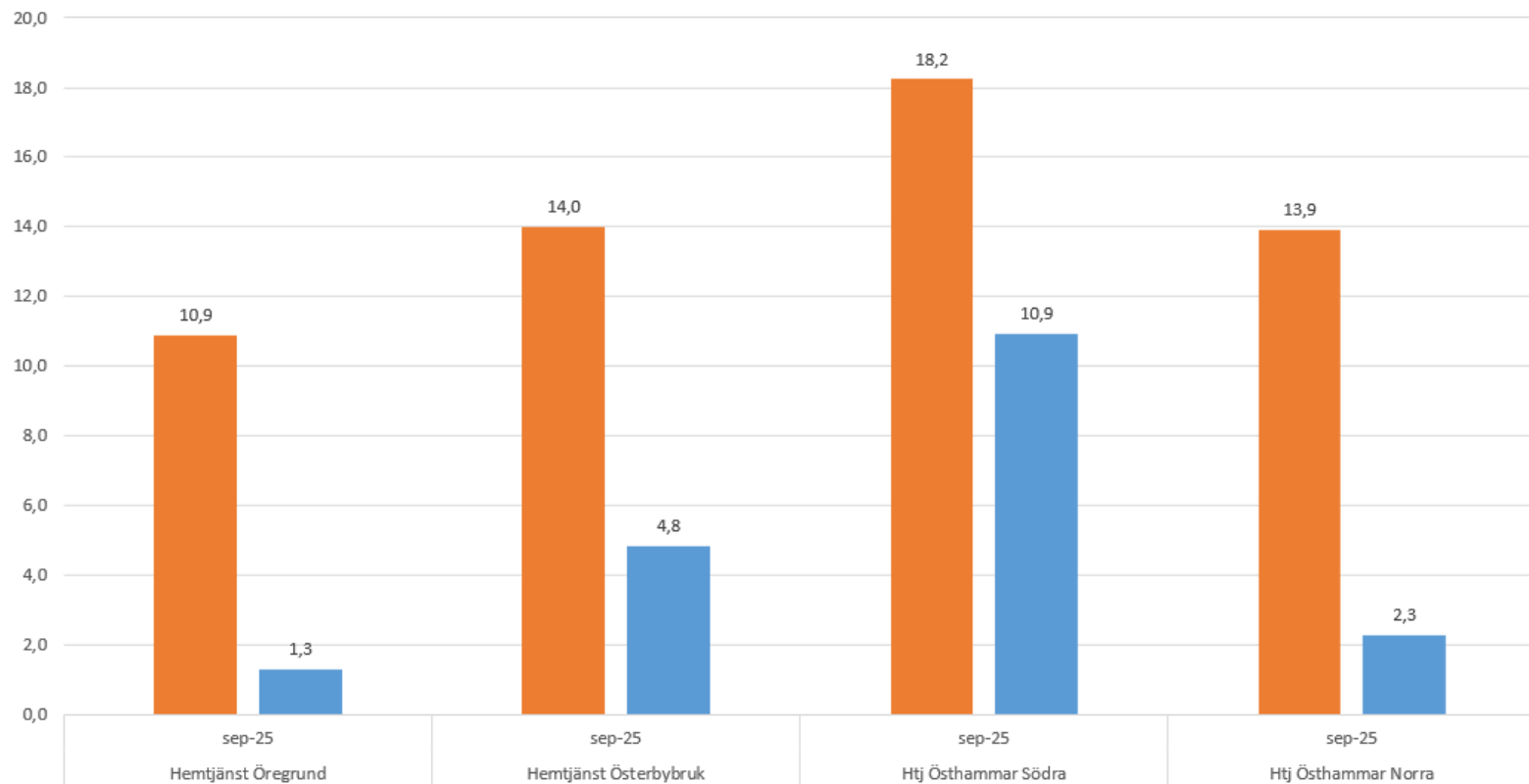
ÖSTHAMMARS
KOMMUN
- EN DEL AV ROSLAGEN

Hemtjänst aug 2025

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: %

Medelvärde sjuk lång: %

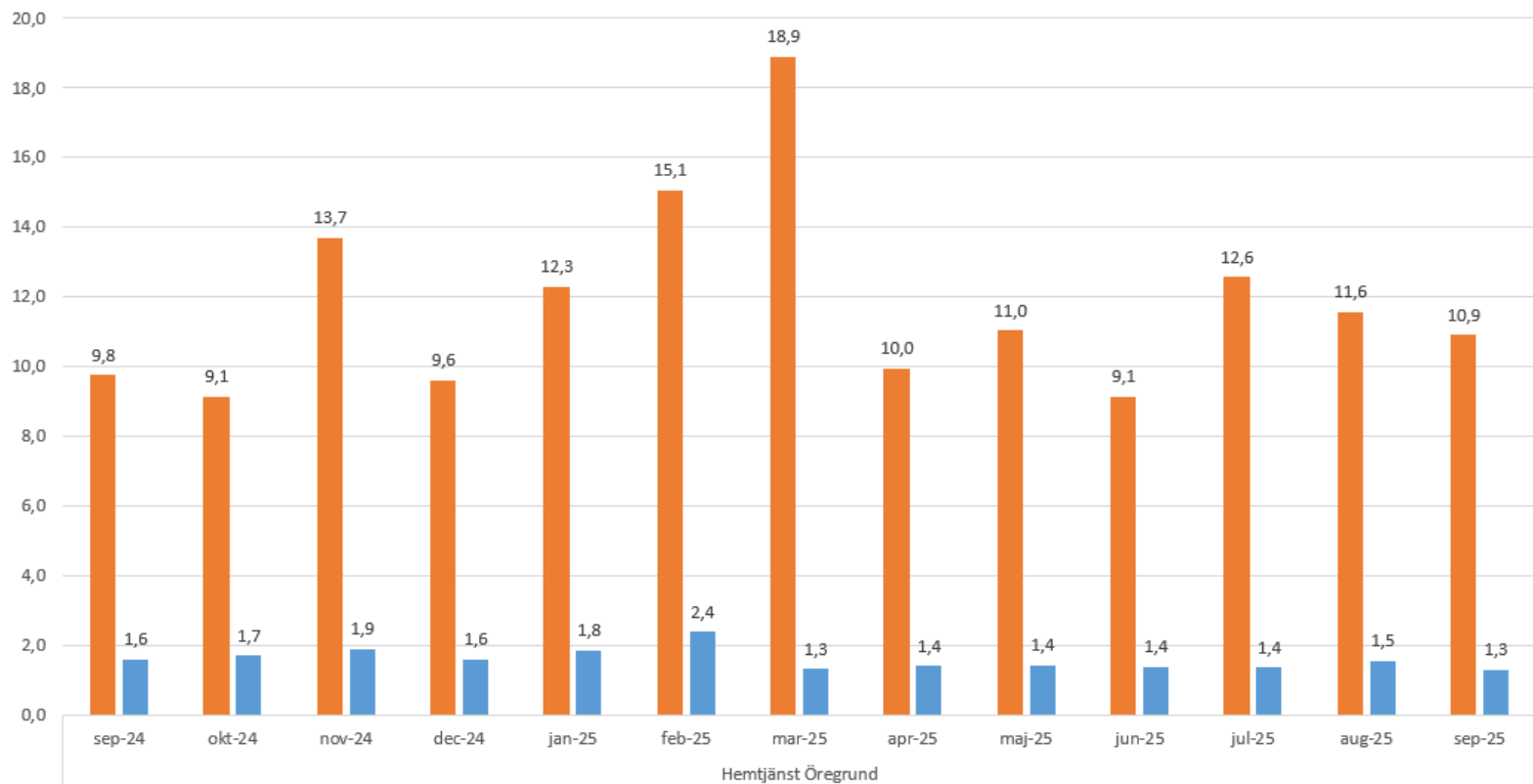


Hemtjänst Öregrund

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 12,0%

Medelvärde sjuk lång: 1,6%

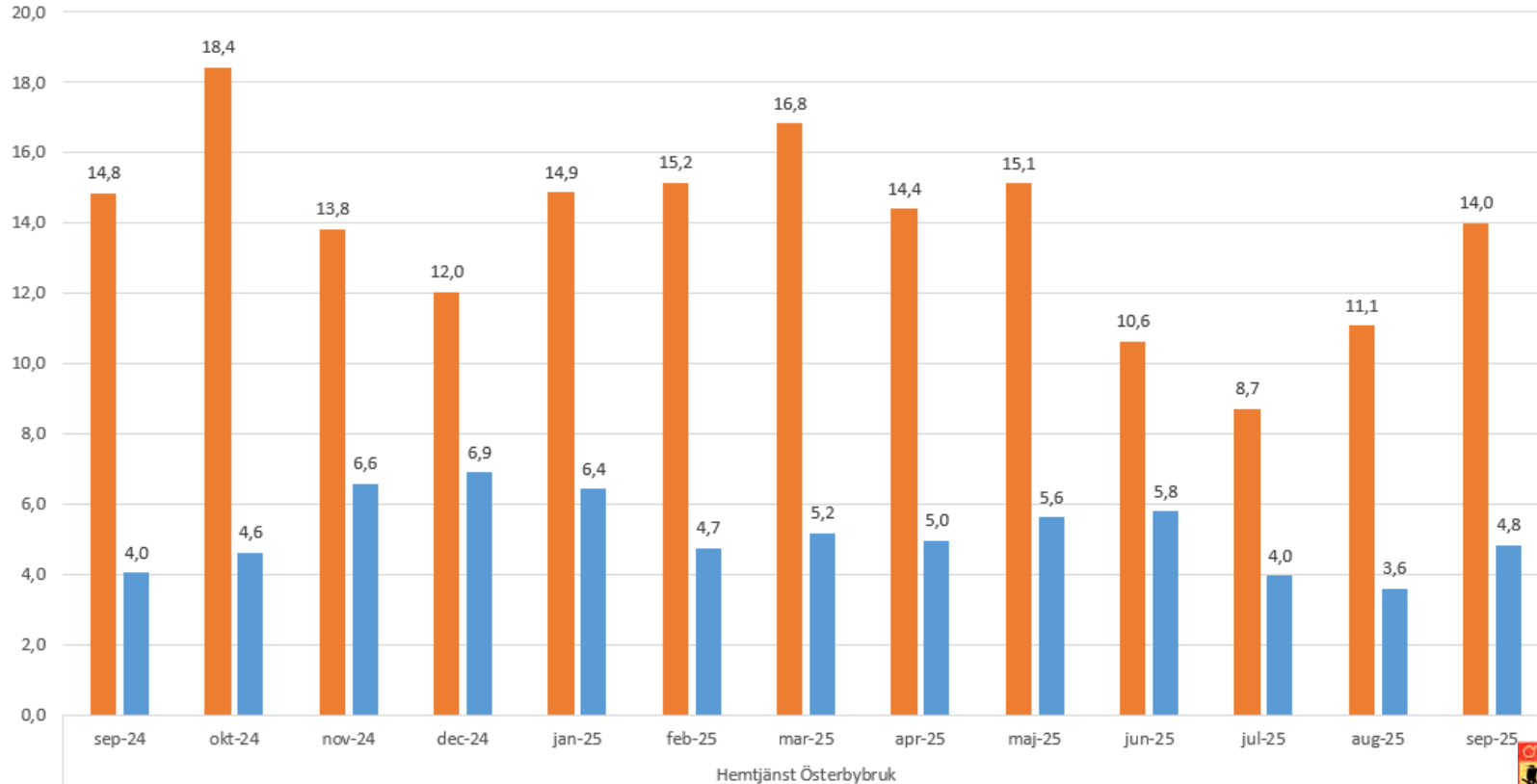


Hemtjänst Österbybruk

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 13,8 %

Medelvärde sjuk lång: 5,3 %

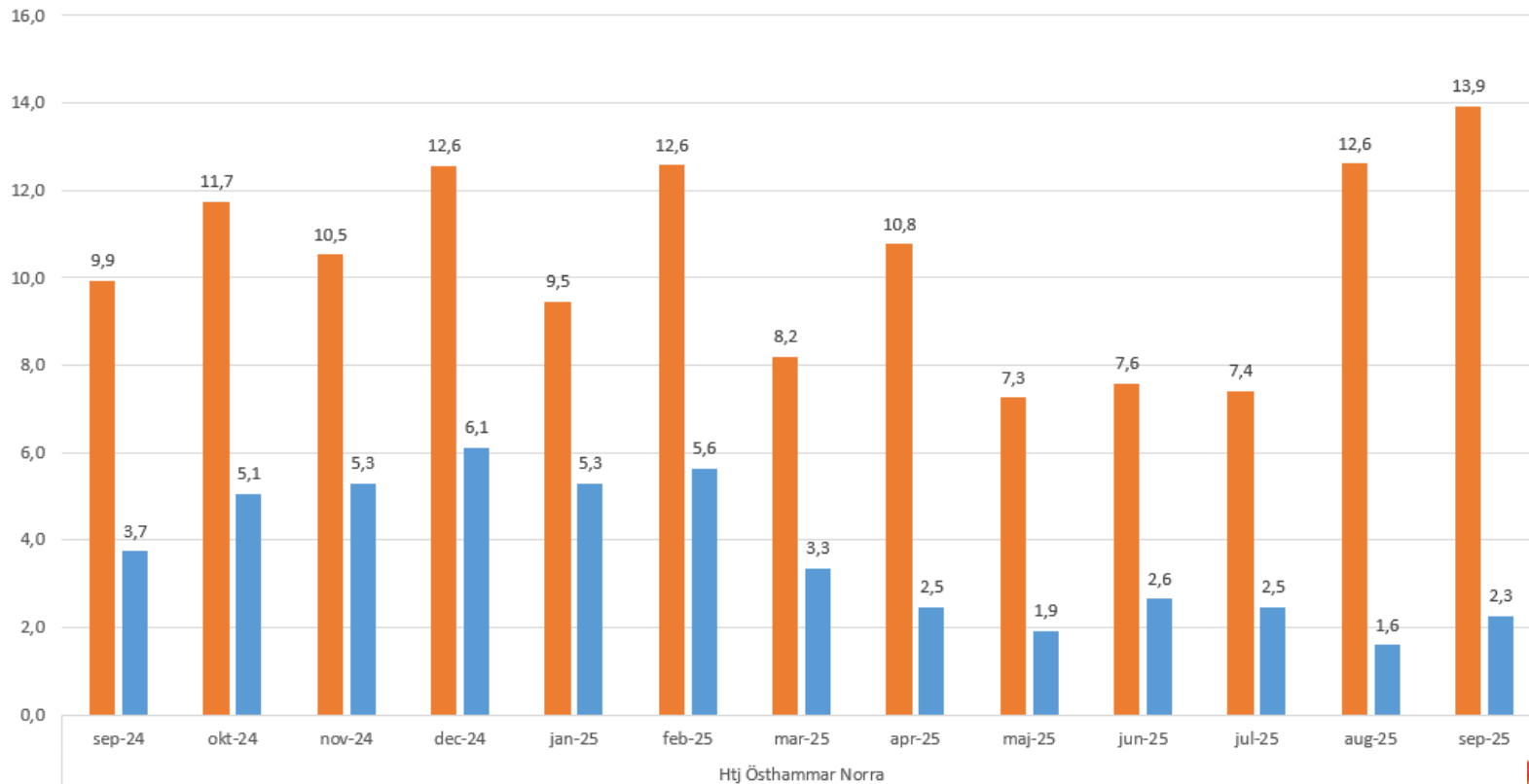


Hemtjänst Östhammar Norra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 10,4%

Medelvärde sjuk lång: 3,7%

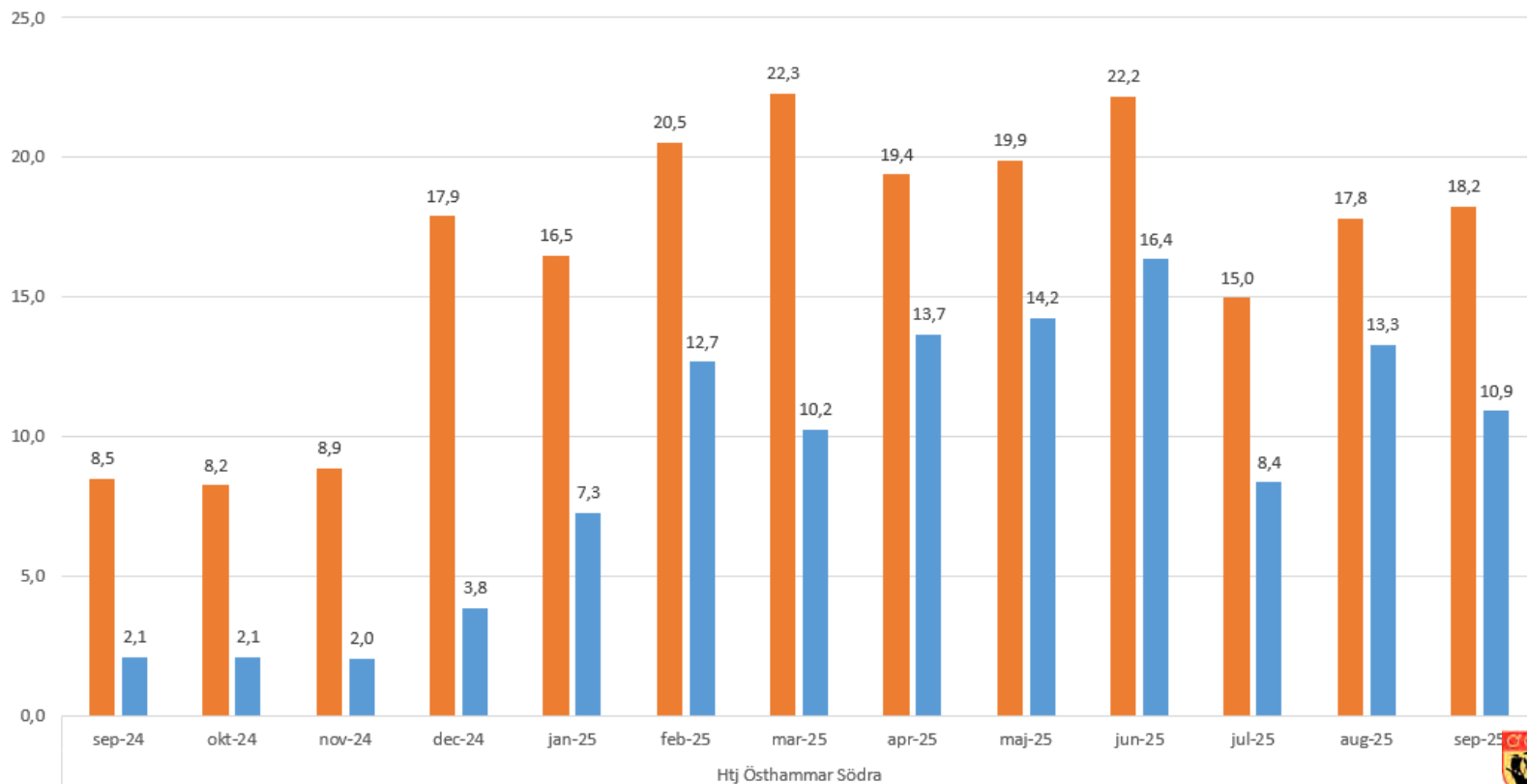


Hemtjänst Östhammar Södra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 17,2%

Medelvärde sjuk lång: 9,6%

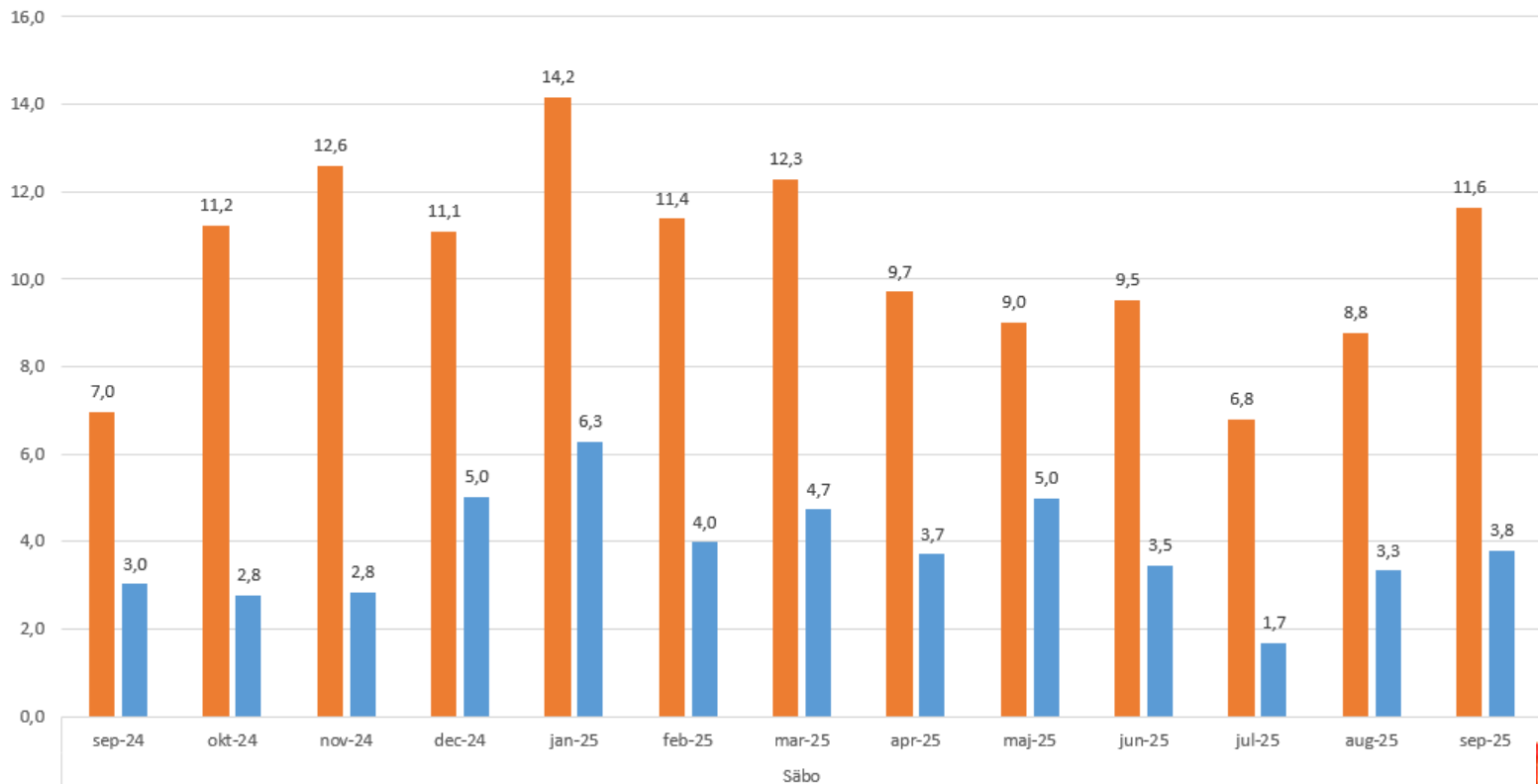


Säbo

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 10,7%

Medelvärde sjuk lång: 3,9%



Säbo september 2025

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

25,0

20,0

15,0

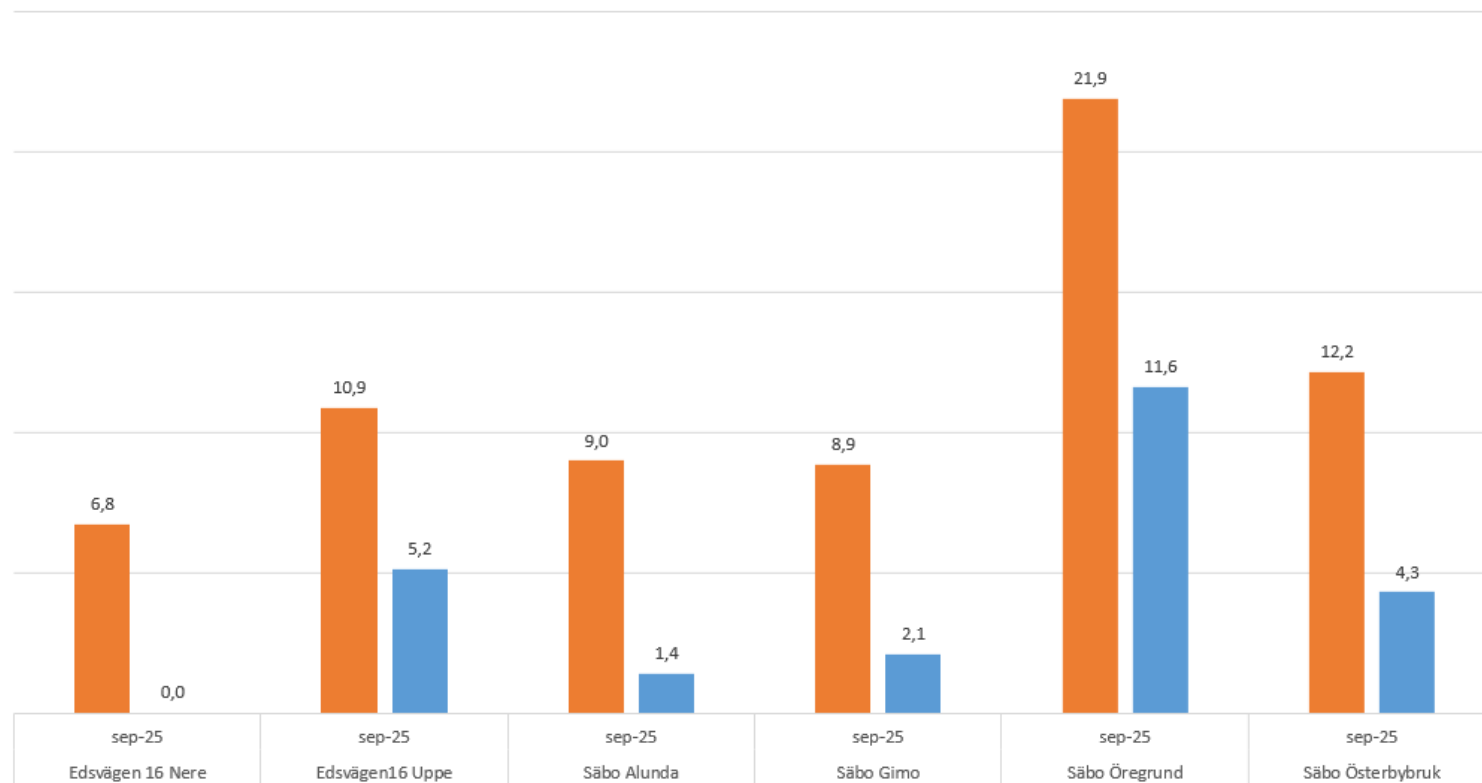
10,0

5,0

0,0

Medelvärde sjuk total: 11,6%

Medelvärde sjuk lång: 4,1%

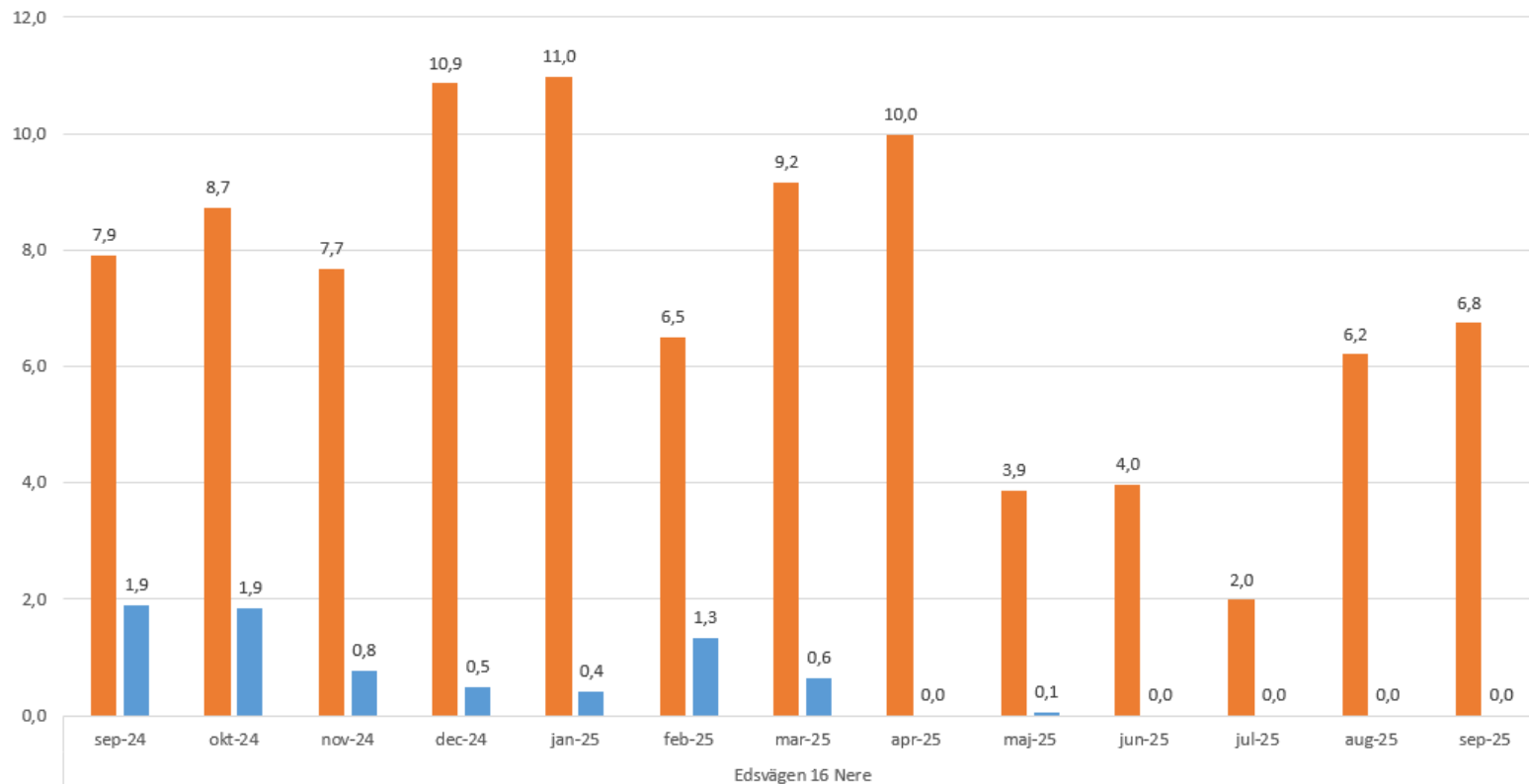


Säbo Östhammar, Edsvägen 16 Nere

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,2%

Medelvärde sjuk lång: 0,5%

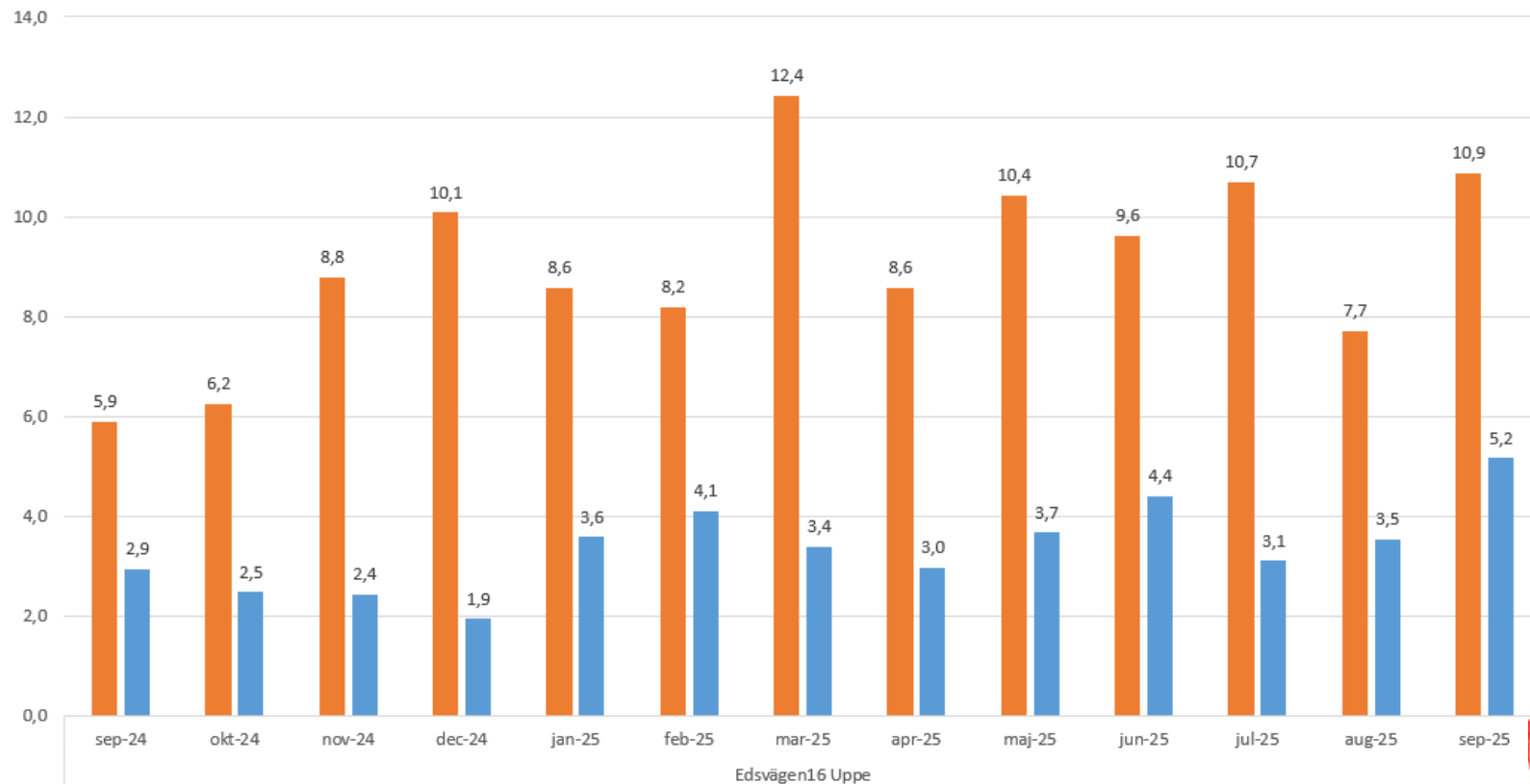


Säbo Östhammar, Edsvägen 16 Uppe

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 9,3%

Medelvärde sjuk lång: 3,4%

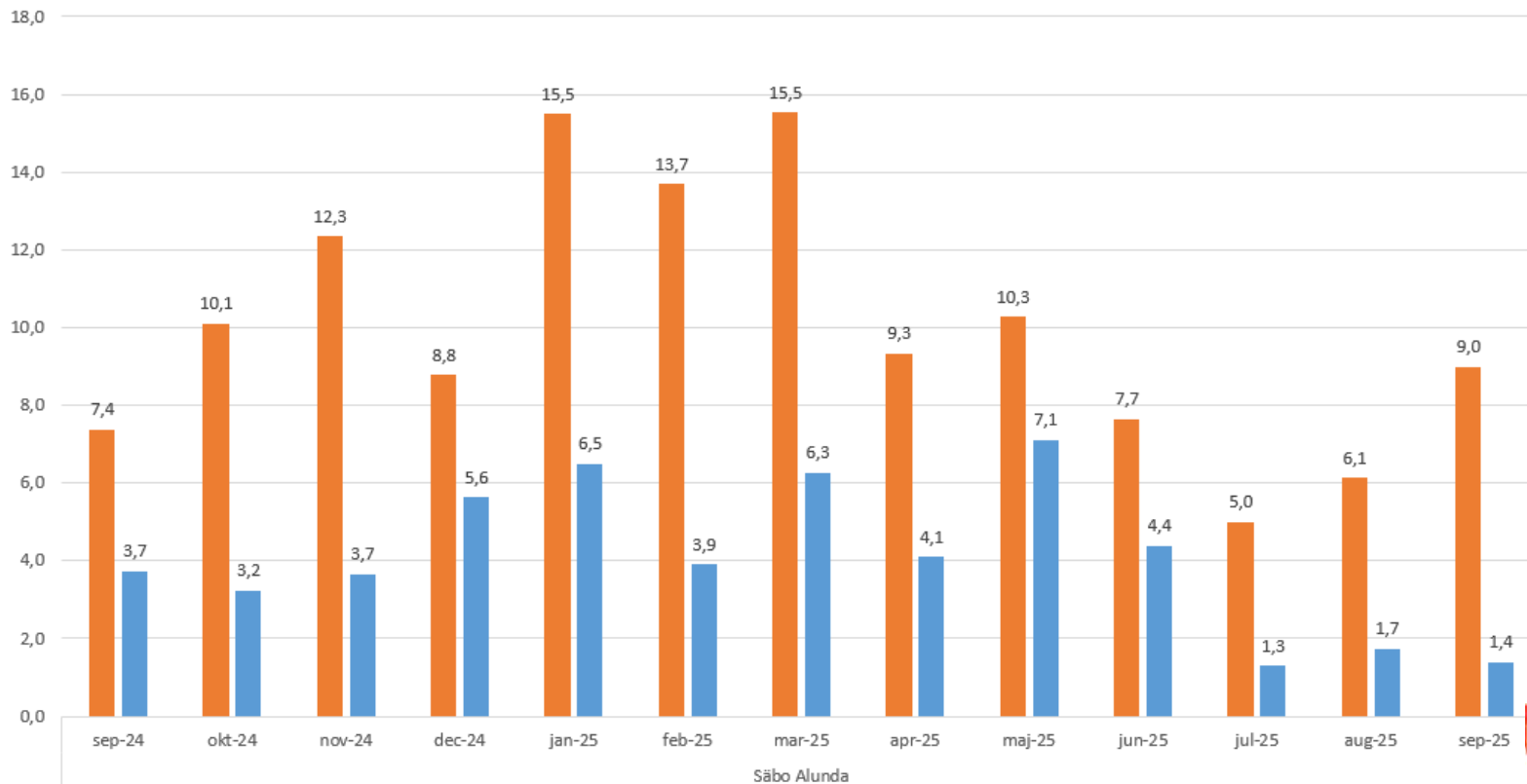


Säbo Alunda

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 10,3%

Medelvärde sjuk lång: 4,1%

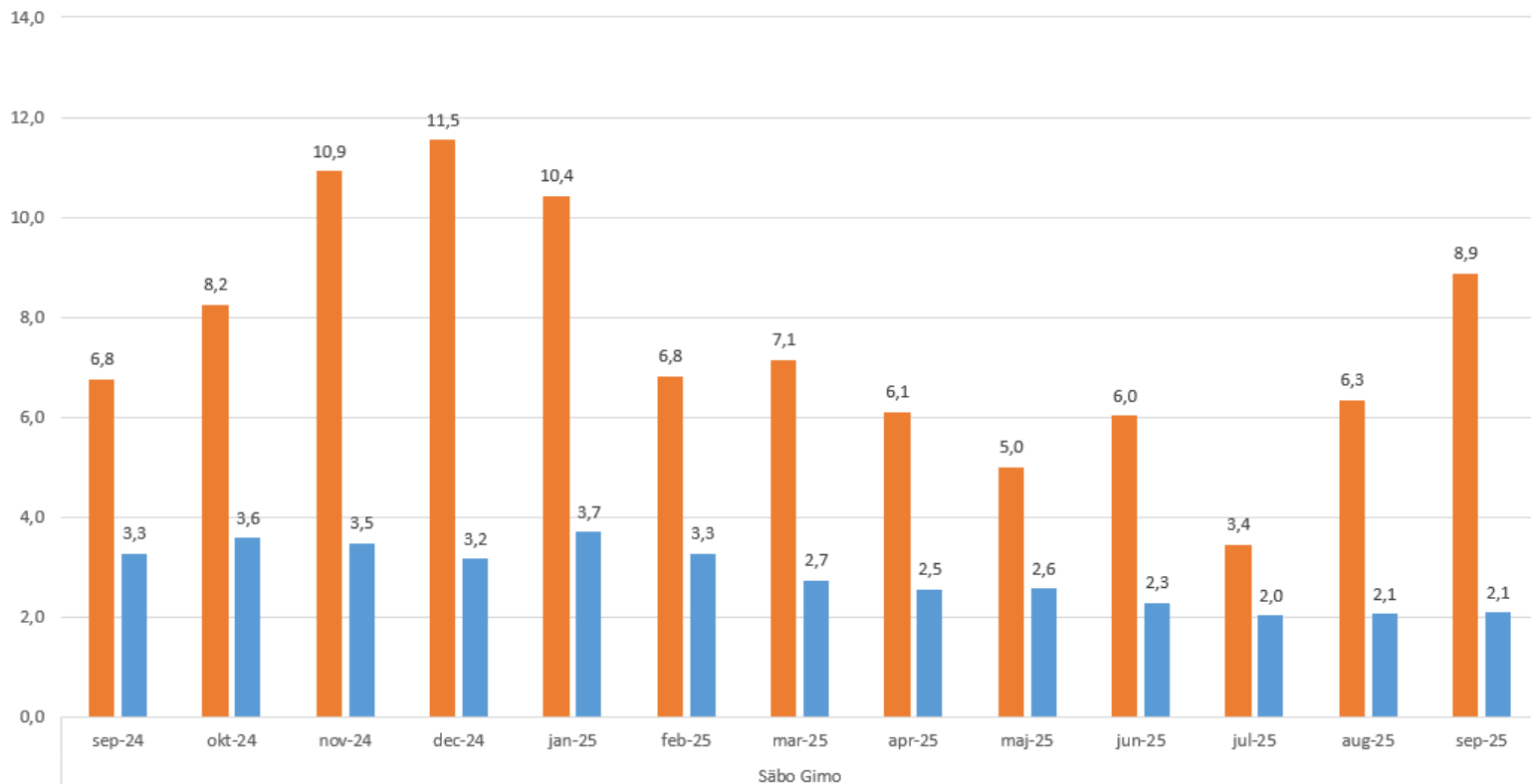


Säbo Gimo

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,6%

Medelvärde sjuk lång: 2,8%

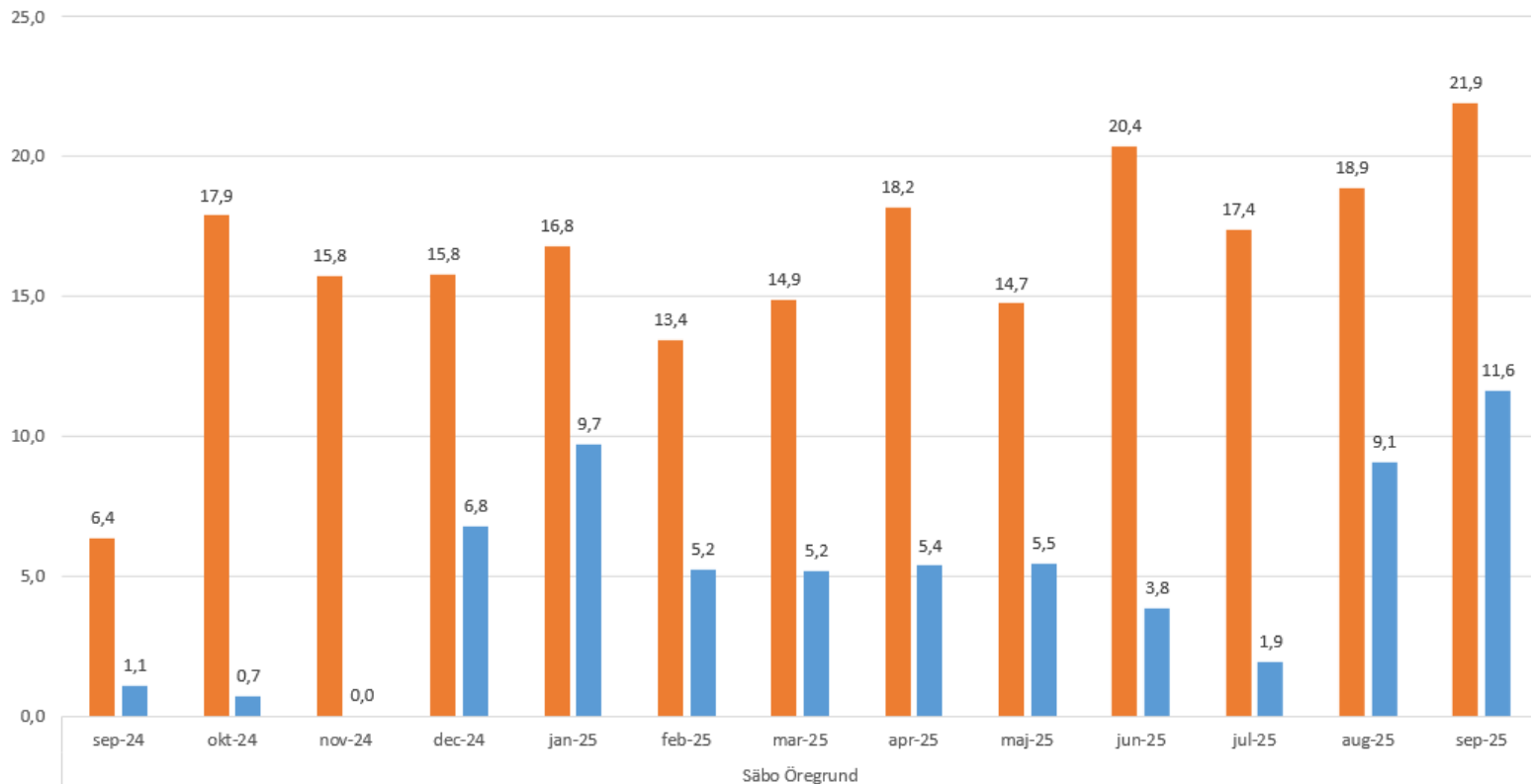


Säbo Öregrund

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 17,2%

Medelvärde sjuk lång: 5,4%

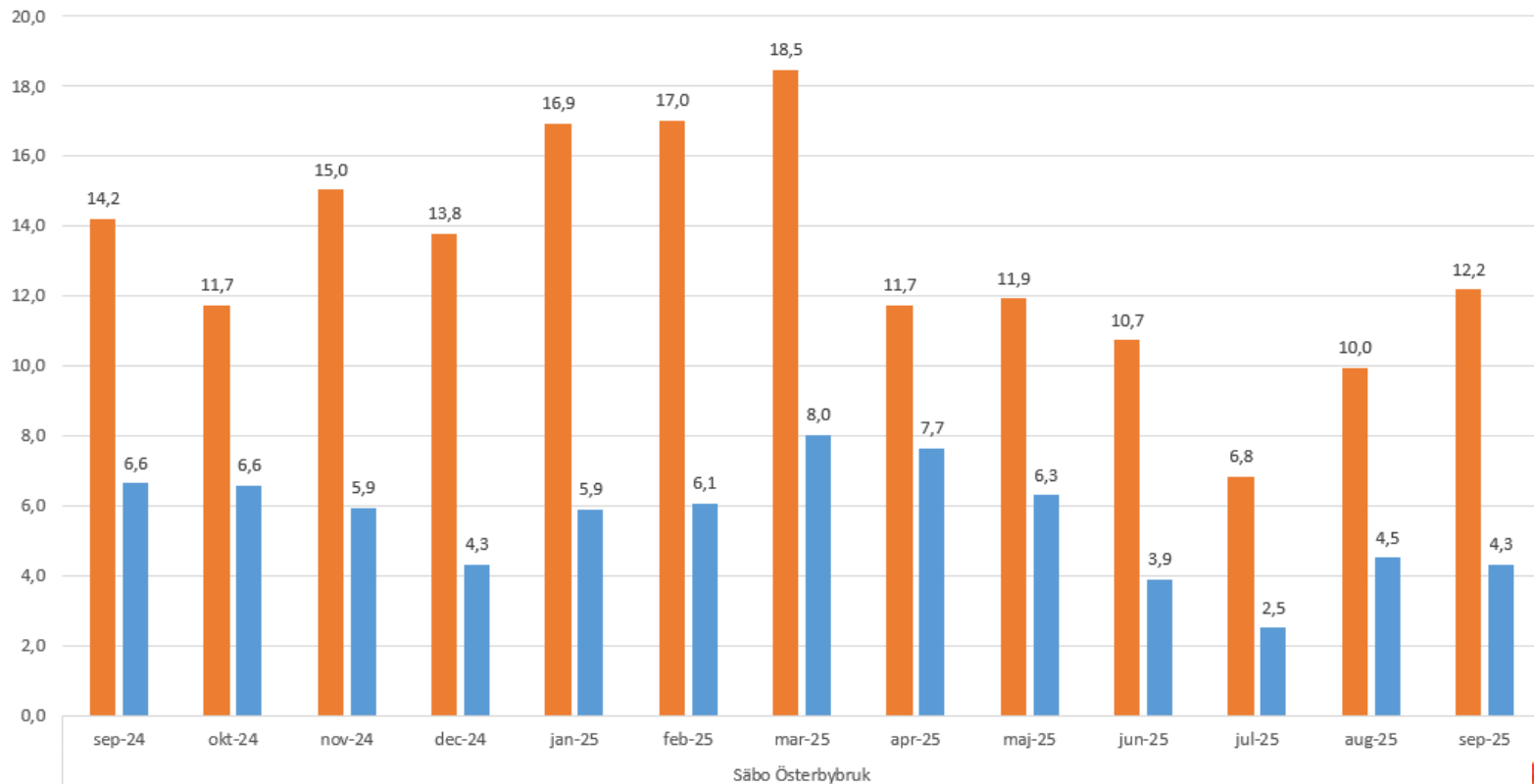


Säbo Österbybruk

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 13,0%

Medelvärde sjuk lång: 5,5%



Sjukstatistik okt -24 till okt -25

Månadsuppföljning von

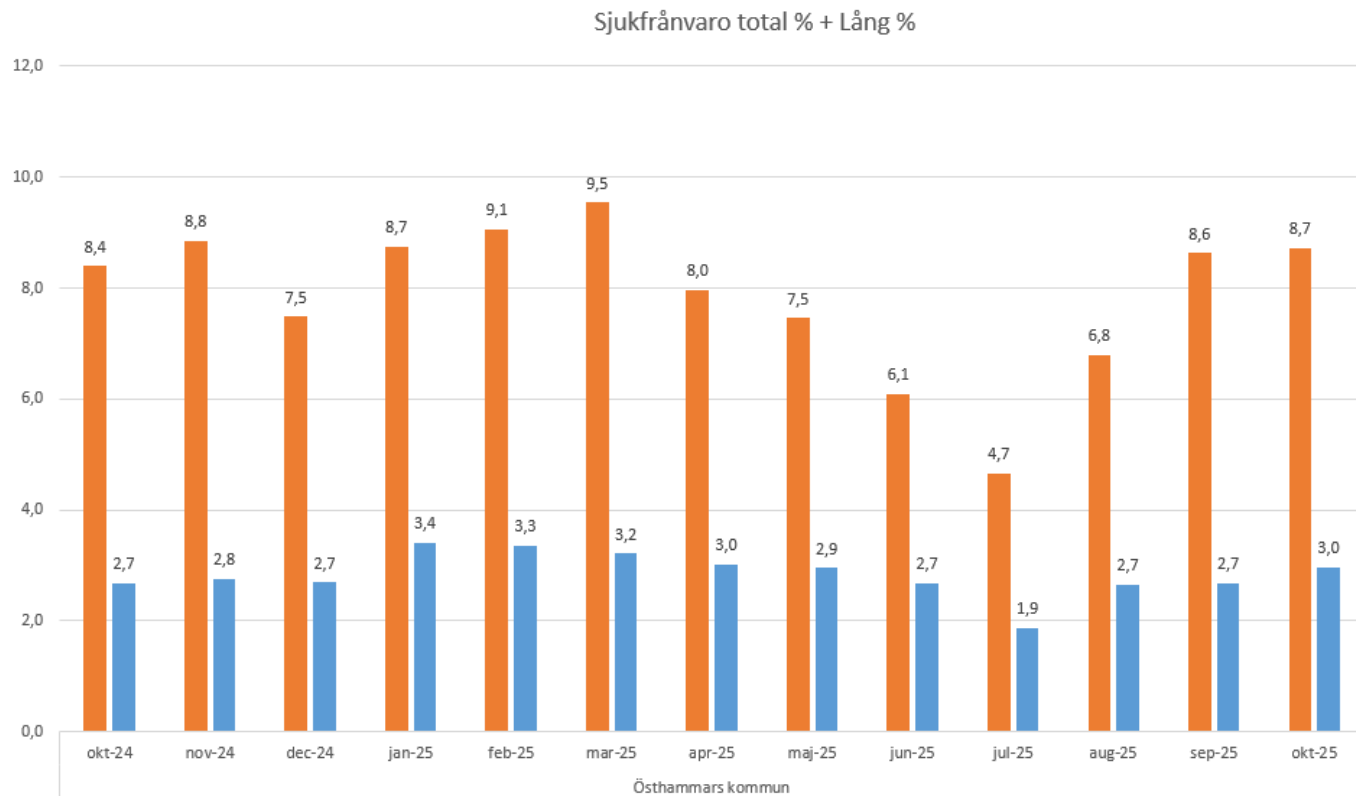


Östhammars kommun

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,8 %

Medelvärde sjuk lång: 2,9 %



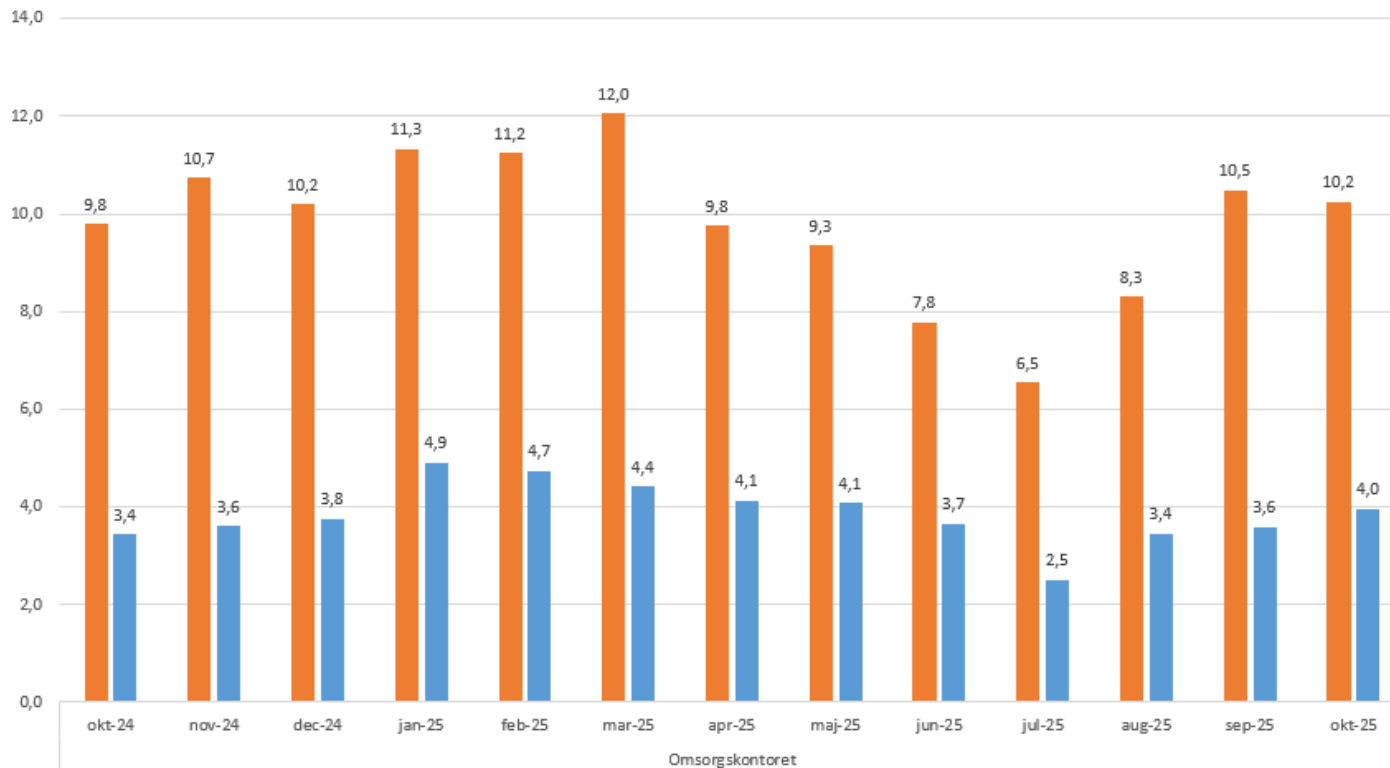
Sektor Omsorg/Omsorgskontoret

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 9,8 %

Medelvärde sjuk lång: 3,9 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



Myndighet

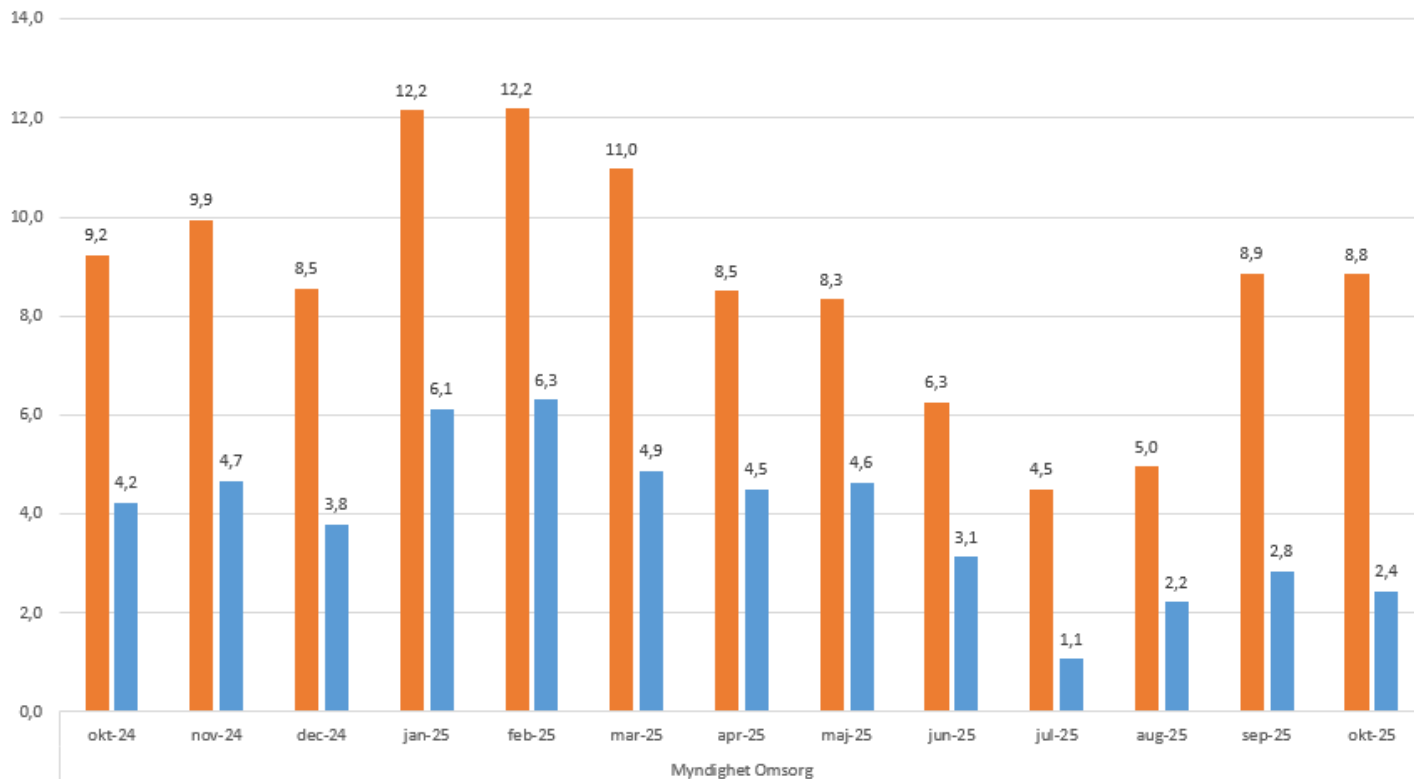
Myndighet

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 8,7 %

Medelvärde sjuk lång: 3,9 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



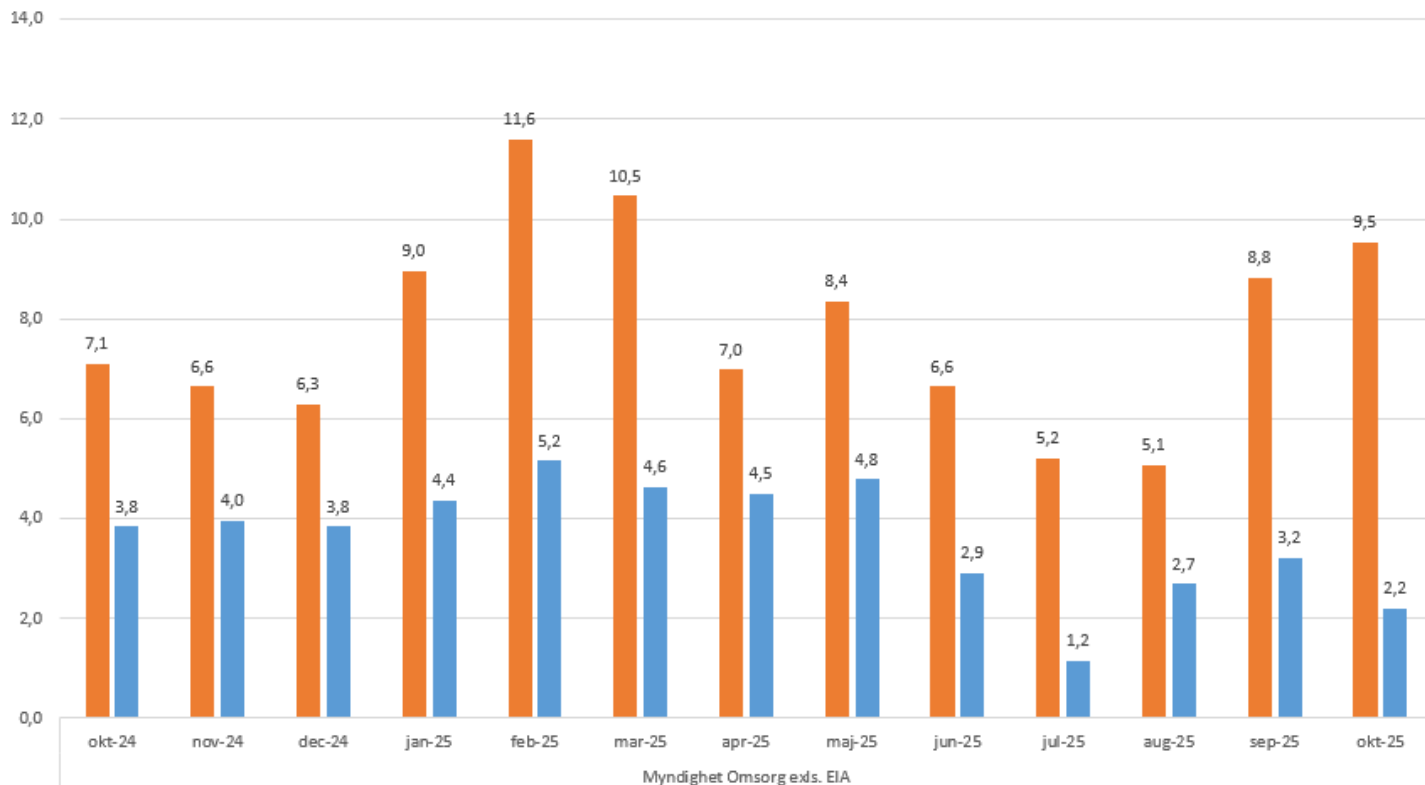
Myndighet exl EIA

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,9 %

Medelvärde sjuk lång: 3,6 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



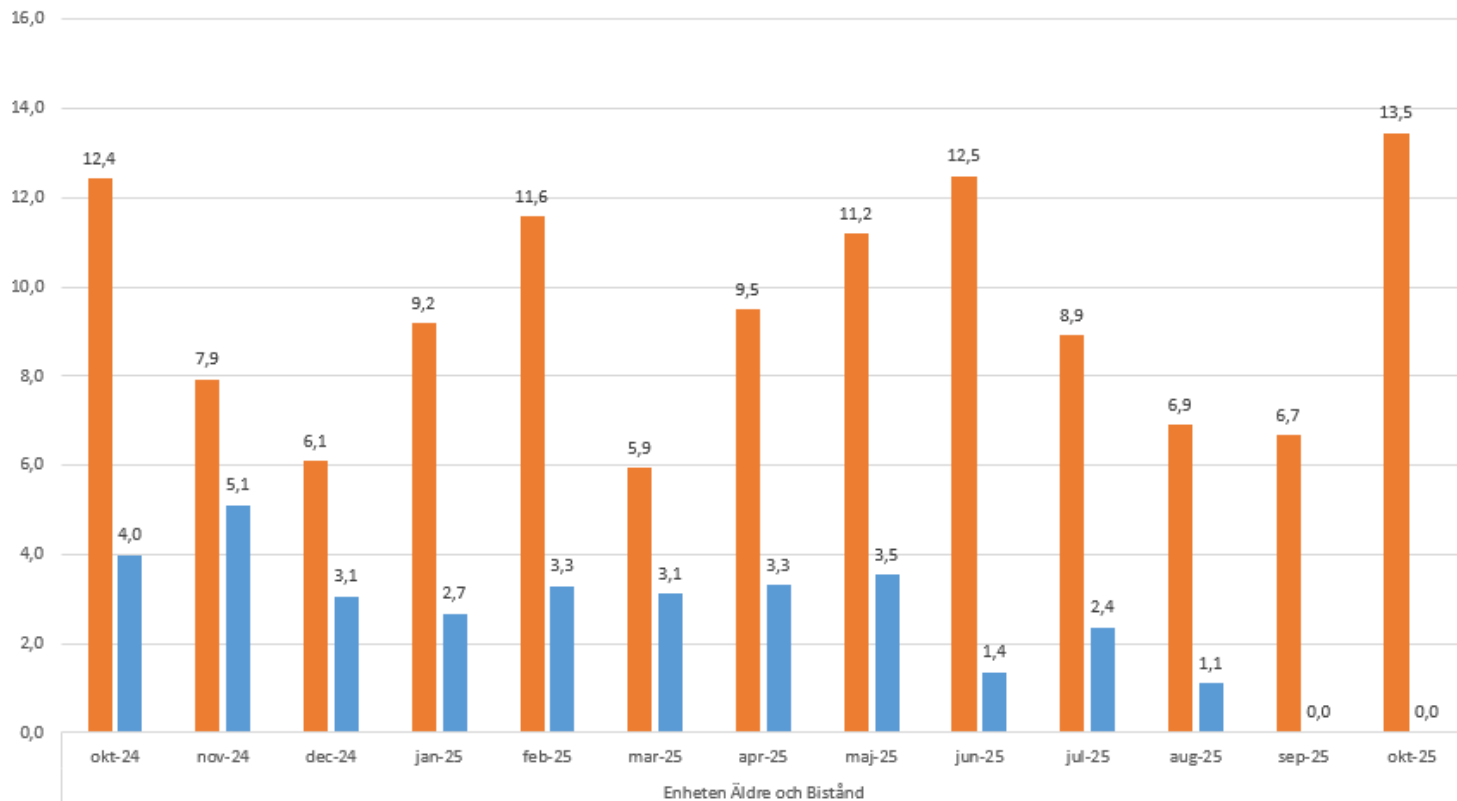
Enheten för äldre och bistånd

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 9,1 %

Medelvärde sjuk lång: 2,4 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %

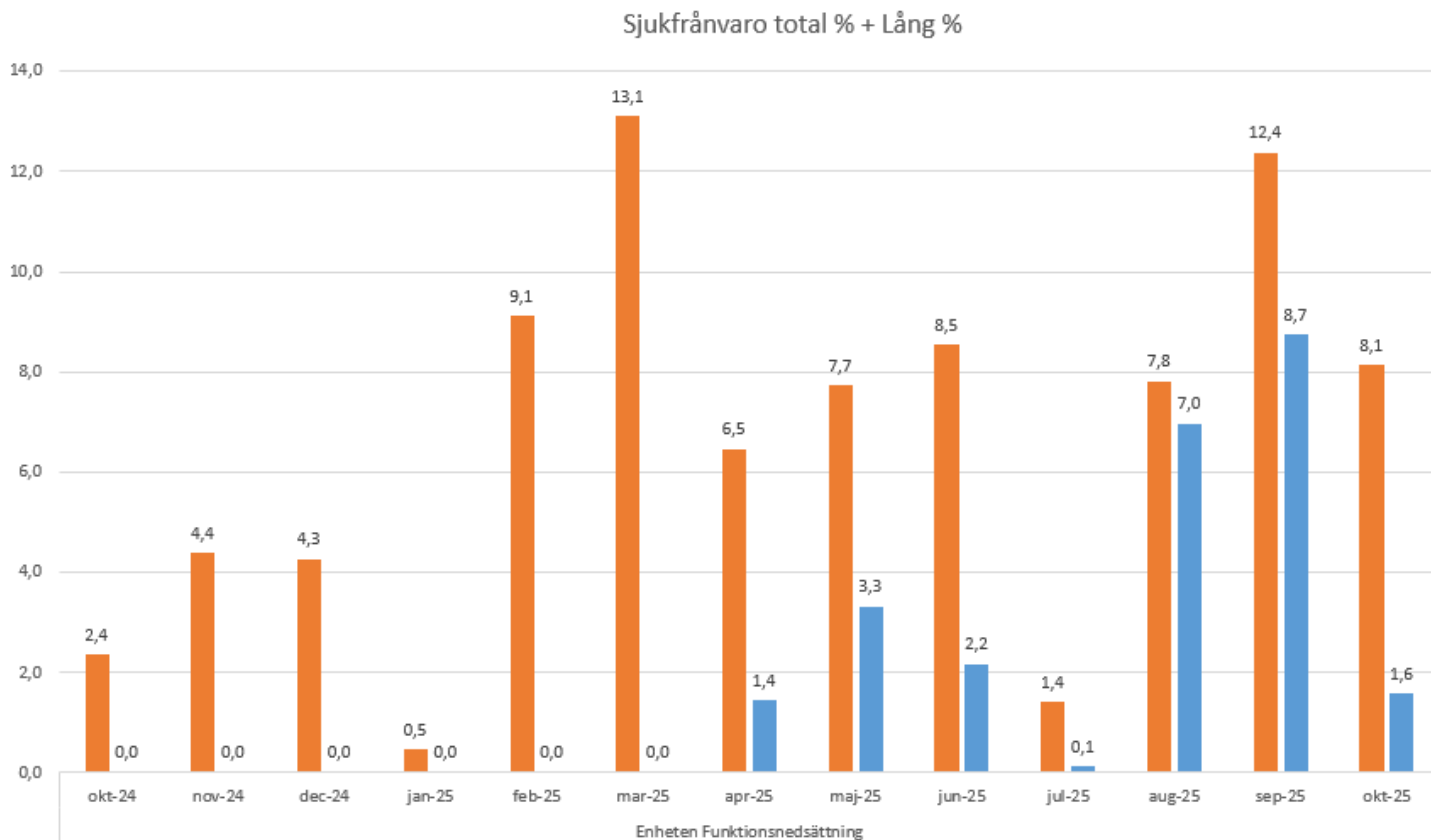


Enheten för funktionsnedsättning

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,0 %

Medelvärde sjuk lång: 2,0 %



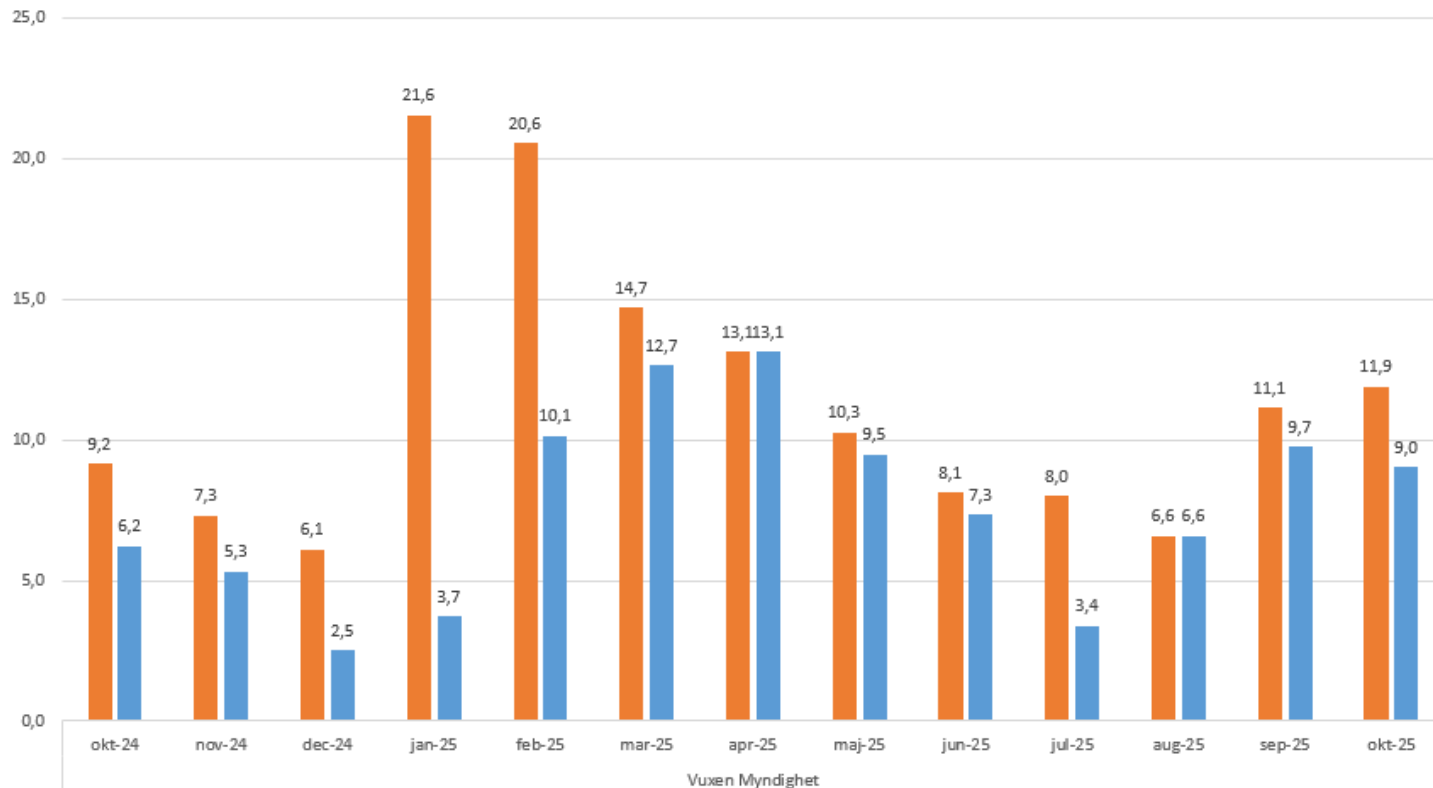
Enheten Vuxen, myndighet

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 11,6 %

Medelvärde sjuk lång: 7,8 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



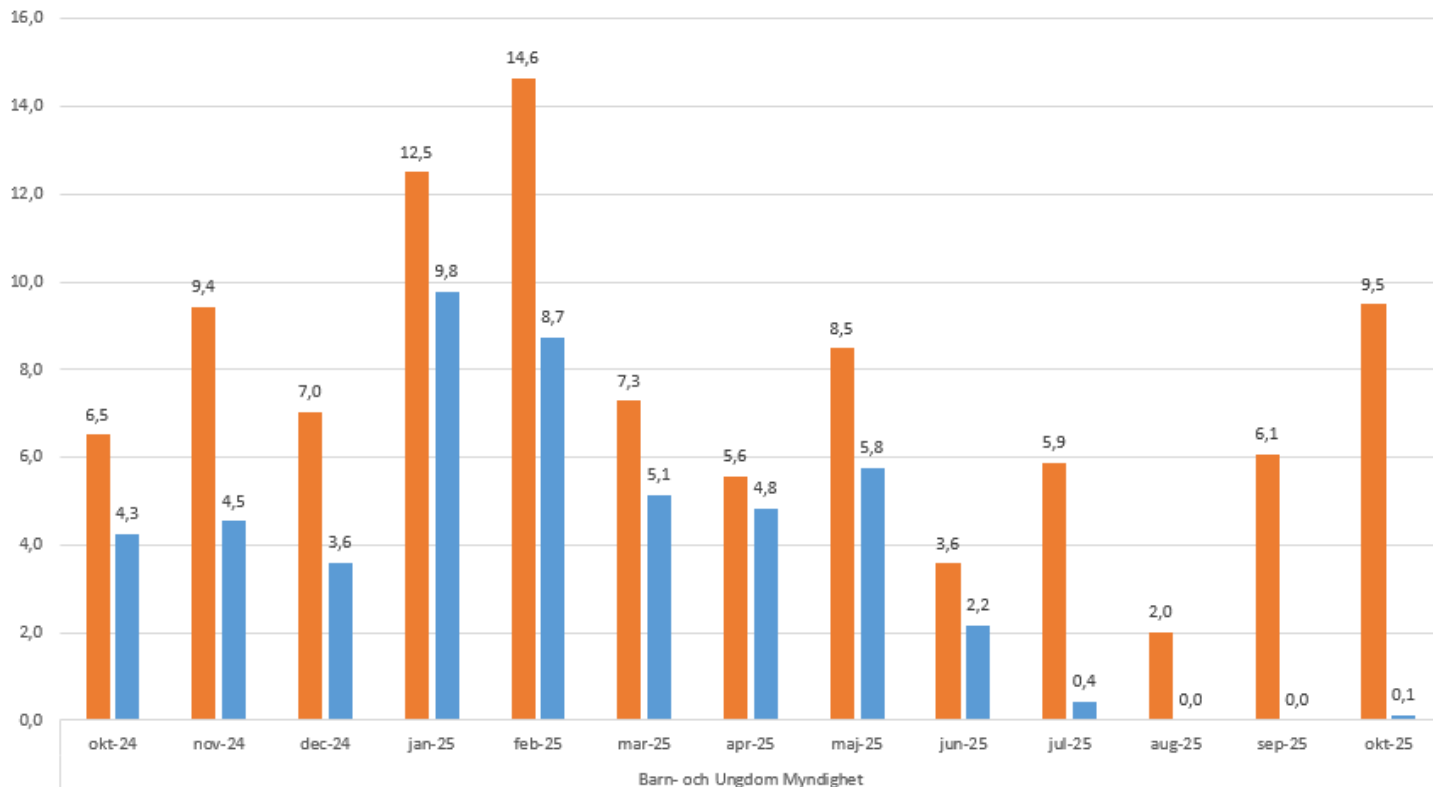
Enheten Barn och Ungdom

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,7 %

Medelvärde sjuk lång: 3,8 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %

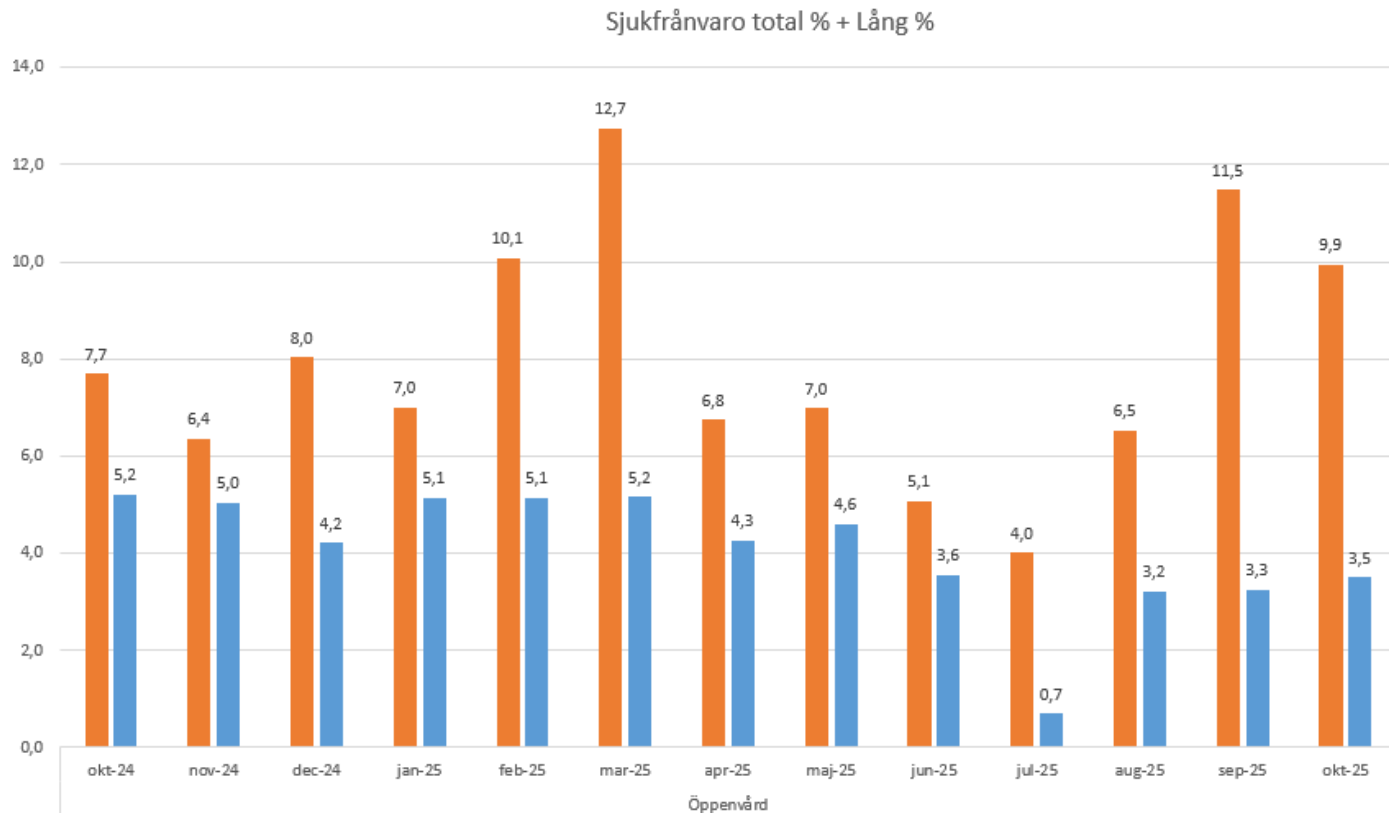


Enheten Öppenvård

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,9 %

Medelvärde sjuk lång: 4,0 %



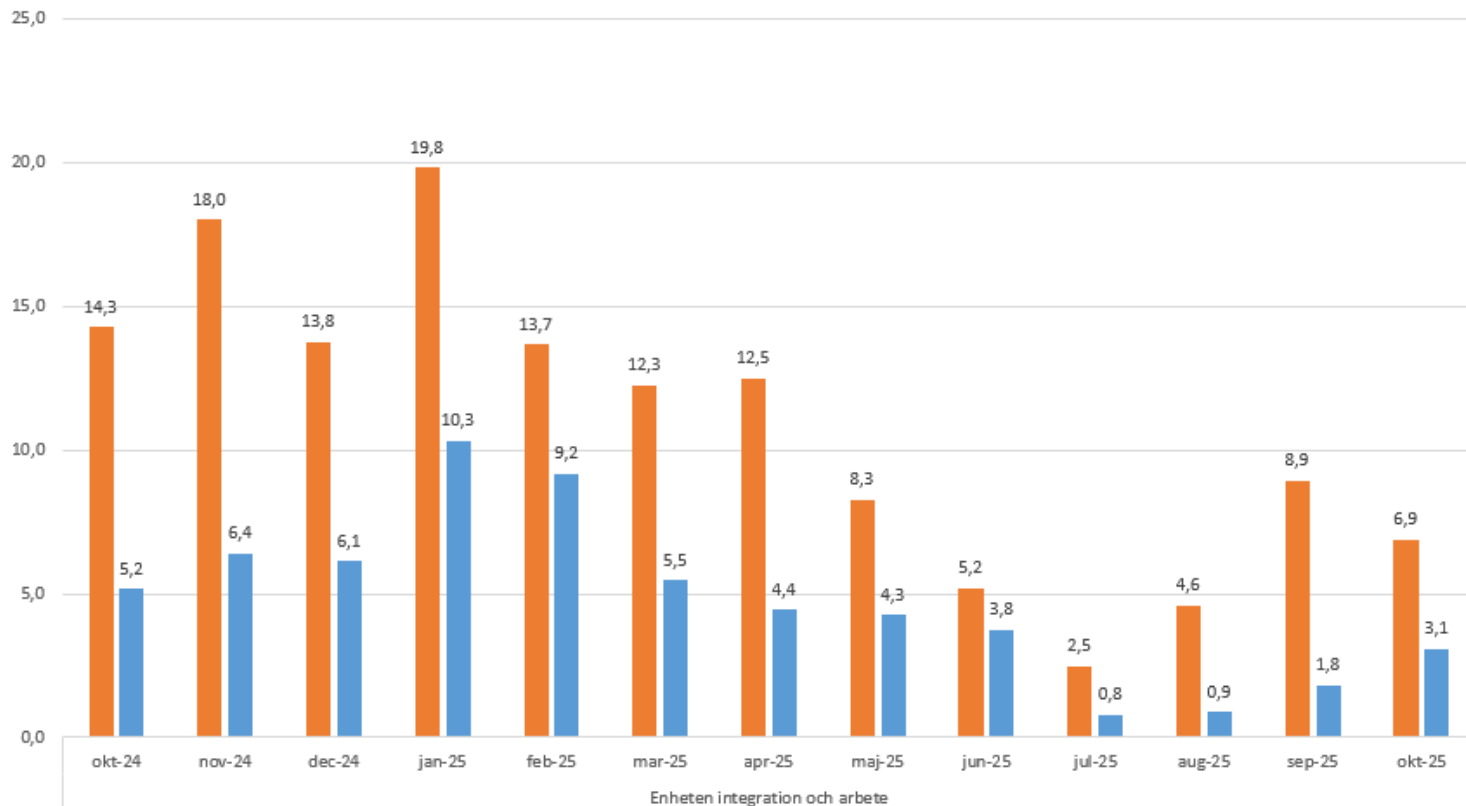
EIA

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 10,5 %

Medelvärde sjuk lång: 4,7 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



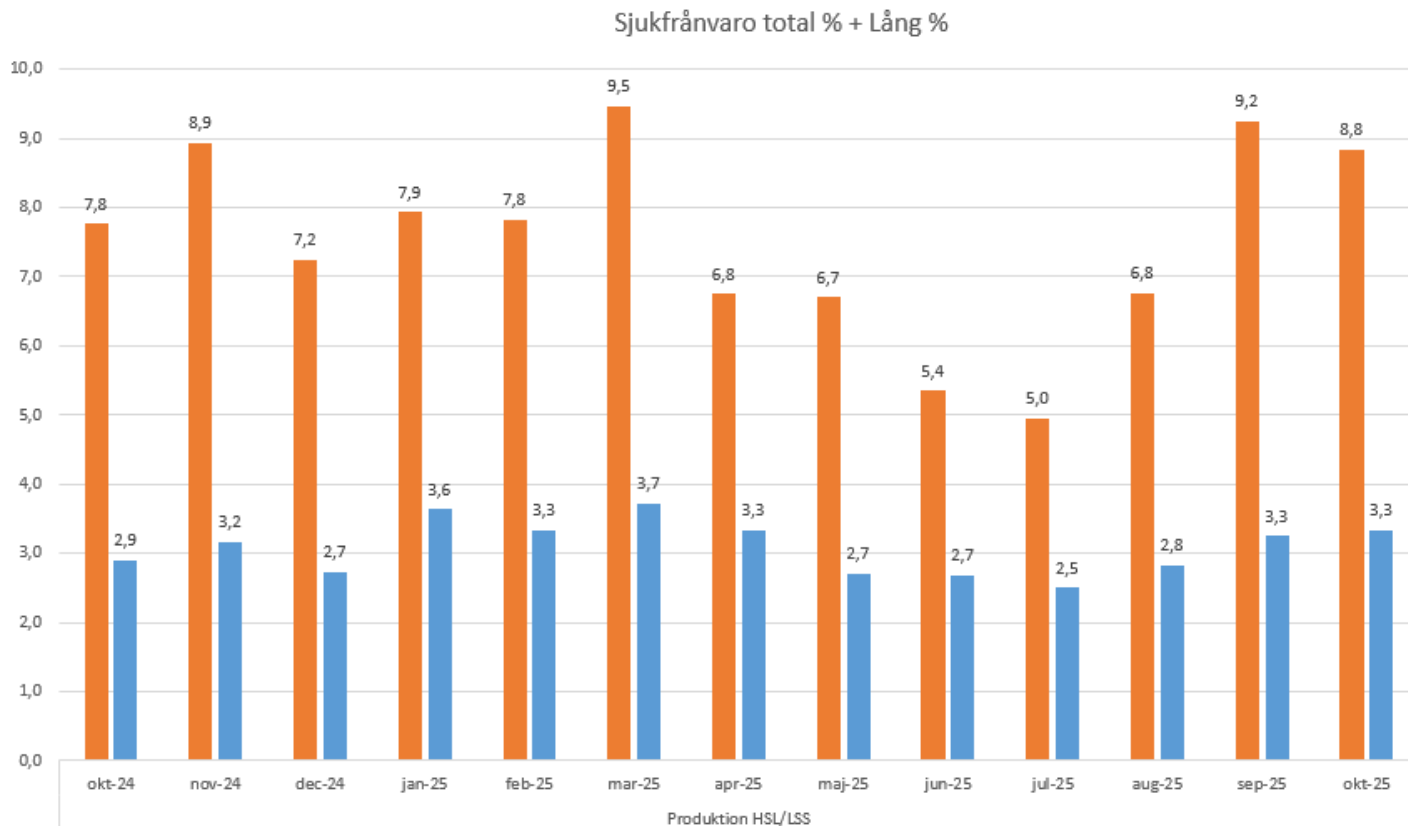
Produktion HSL/LSS

HSL/LSS

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,5 %

Medelvärde sjuk lång: 3,1 %



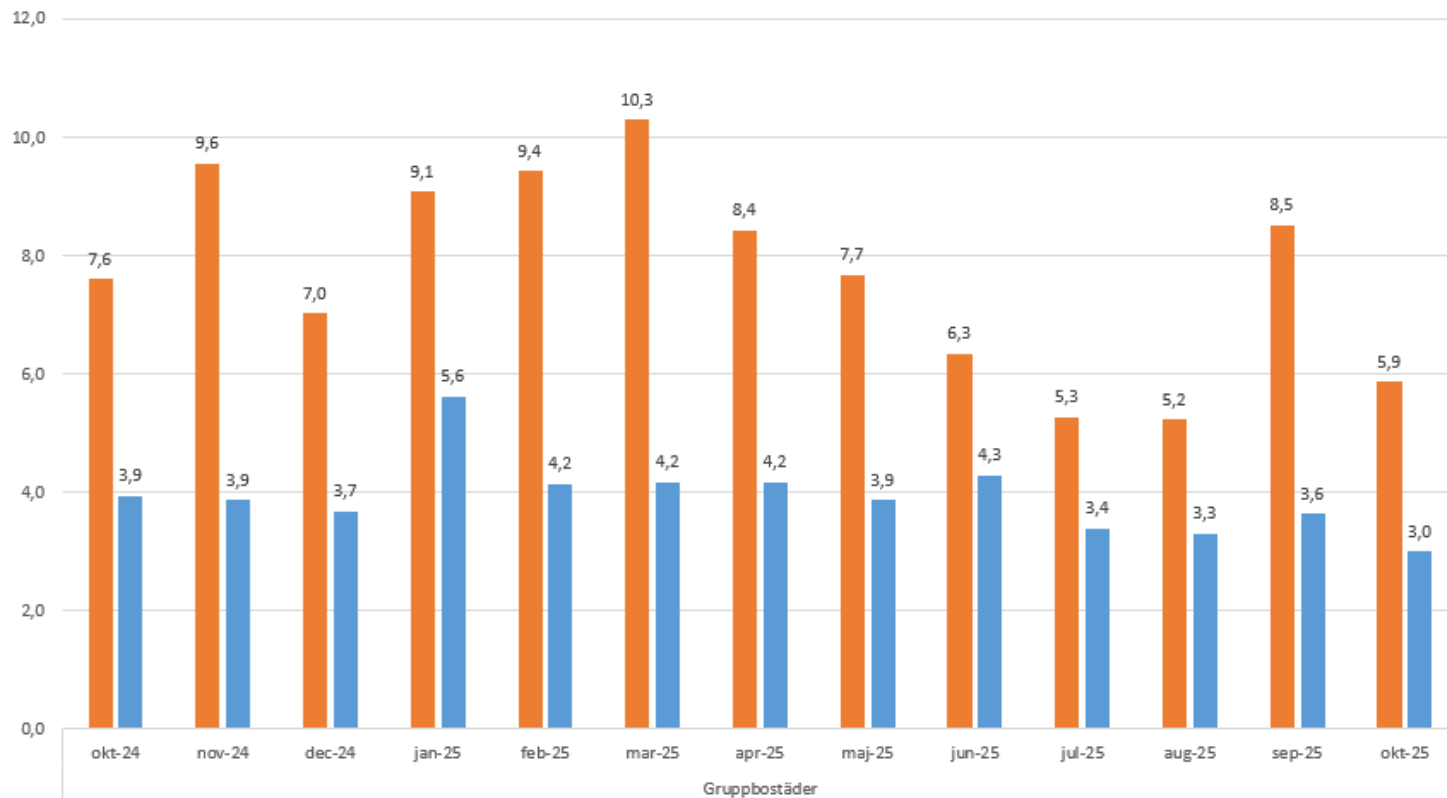
Gruppbofstäder

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,7 %

Medelvärde sjuk lång: 3,9 %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



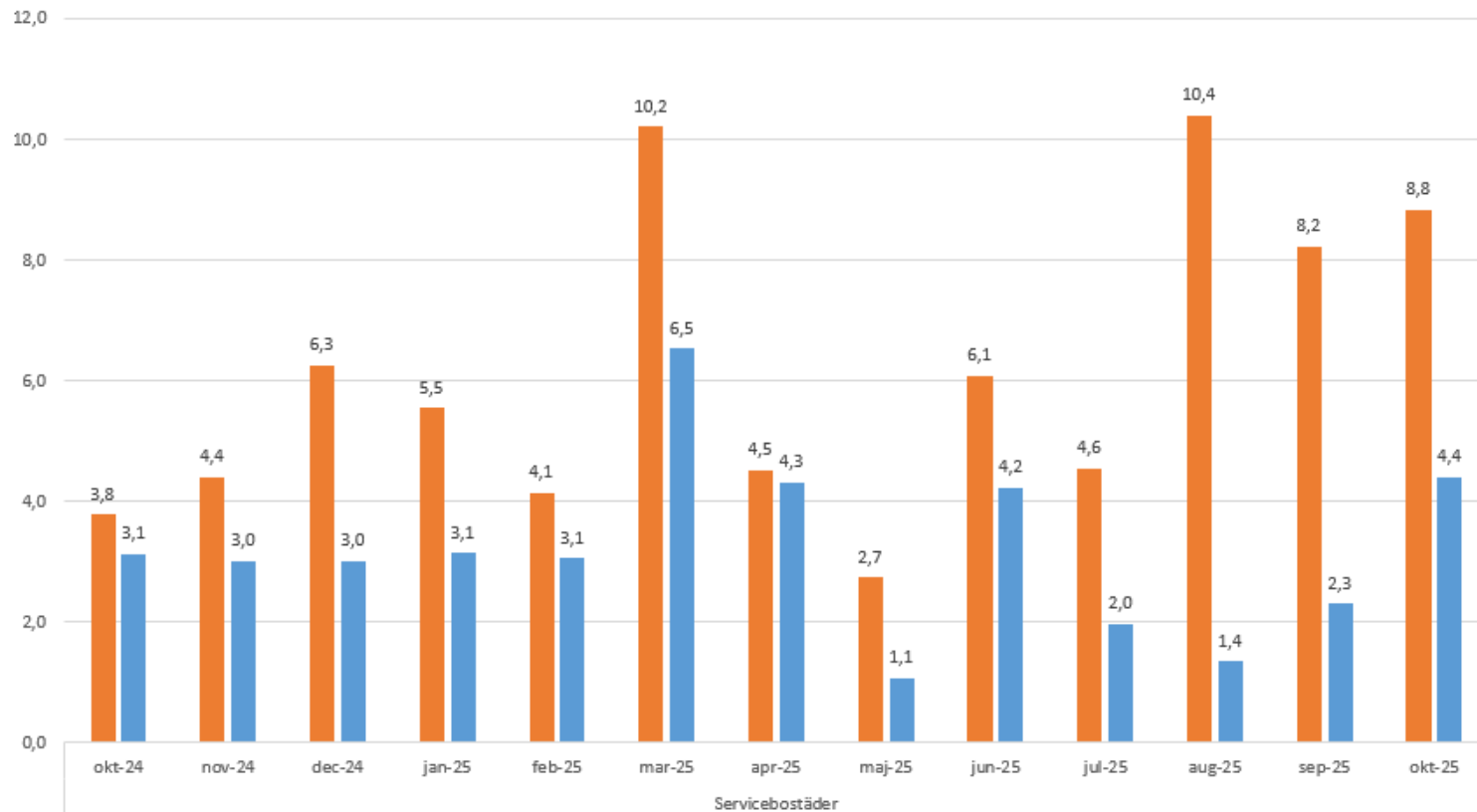
Servicebostäder

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 6,3 %

Medelvärde sjuk lång: 3,2 %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



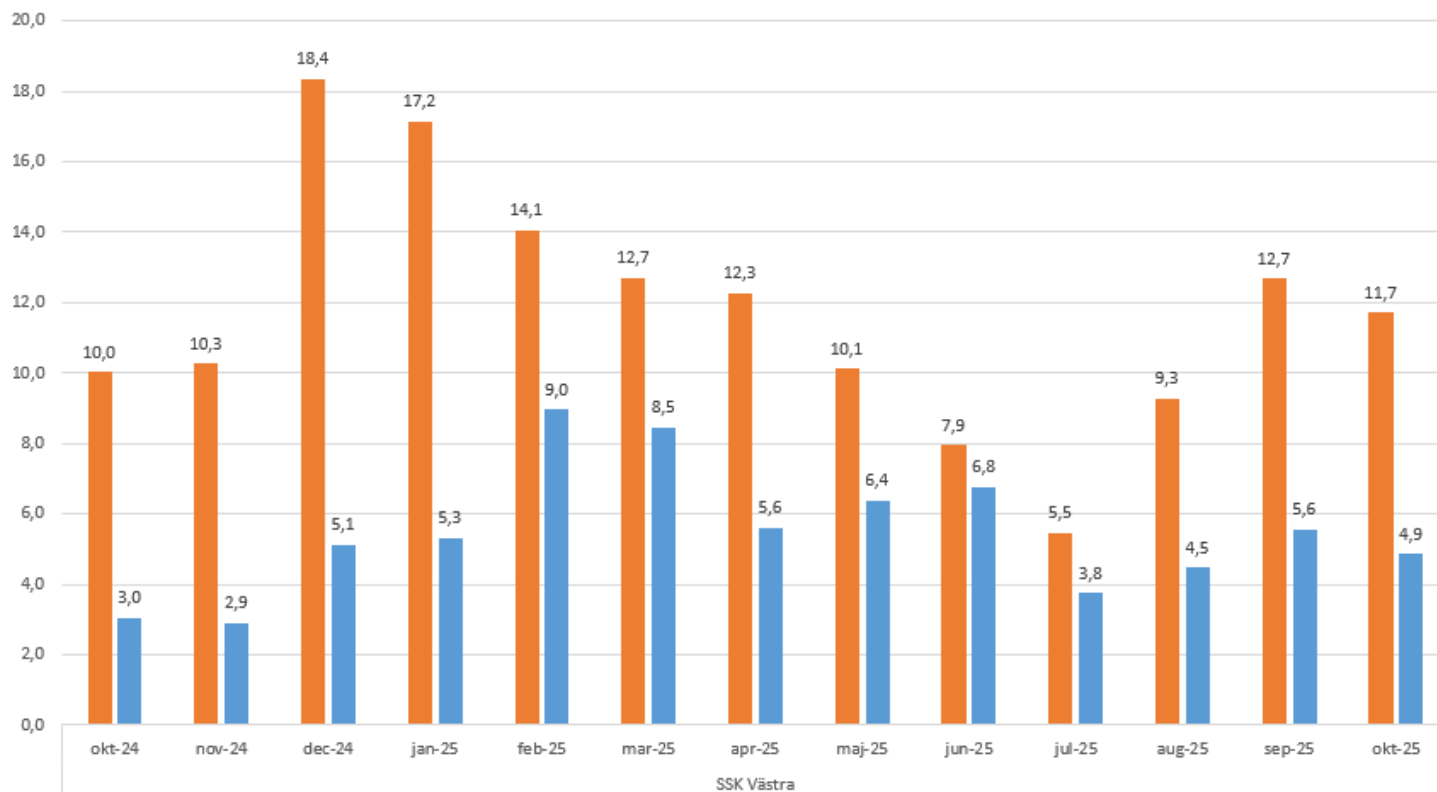
SSK Västra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 11,8 %

Medelvärde sjuk lång: 5,7 %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %

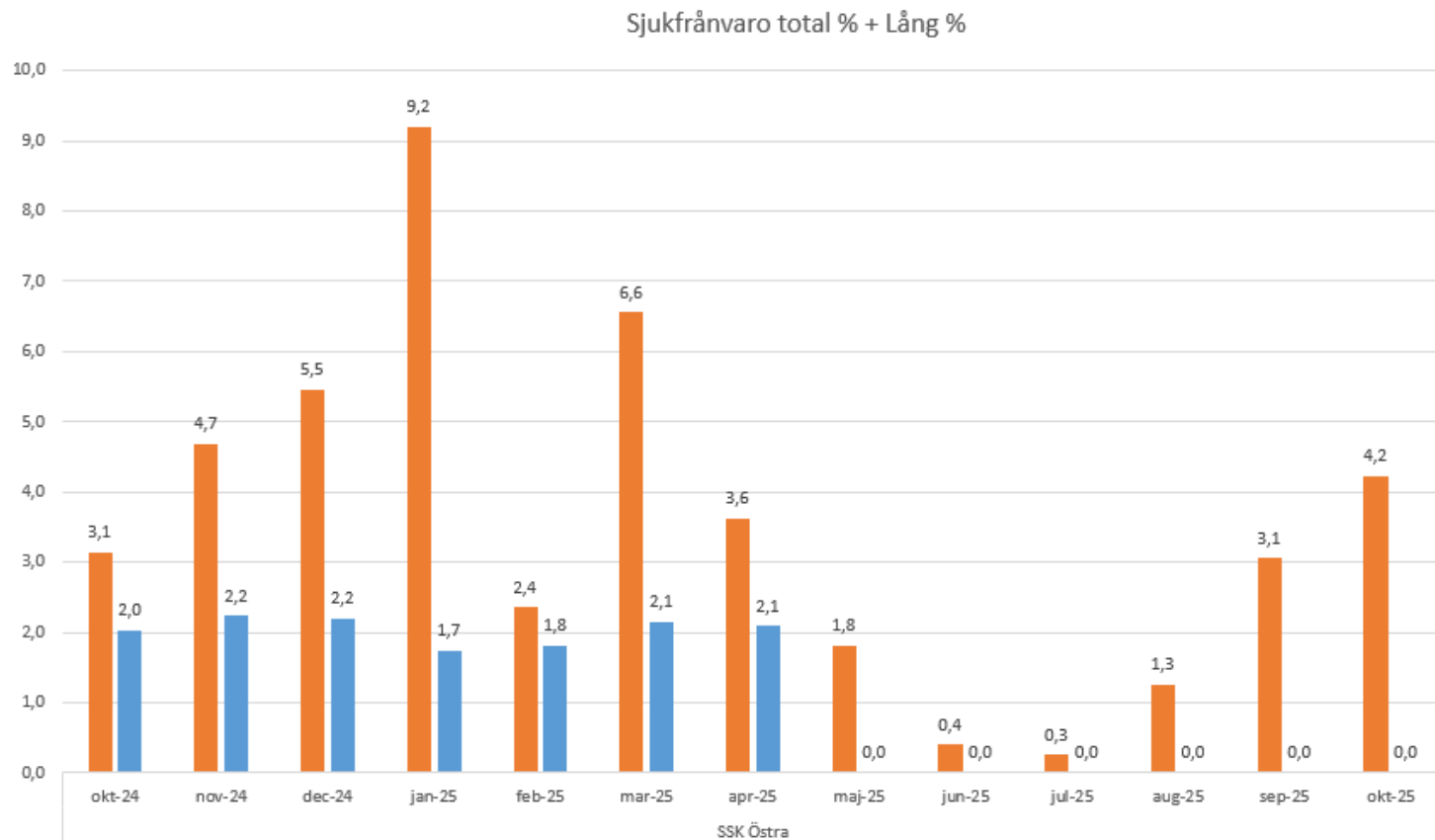


SSK Östra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 3,6 %

Medelvärde sjuk lång: 1,0 %



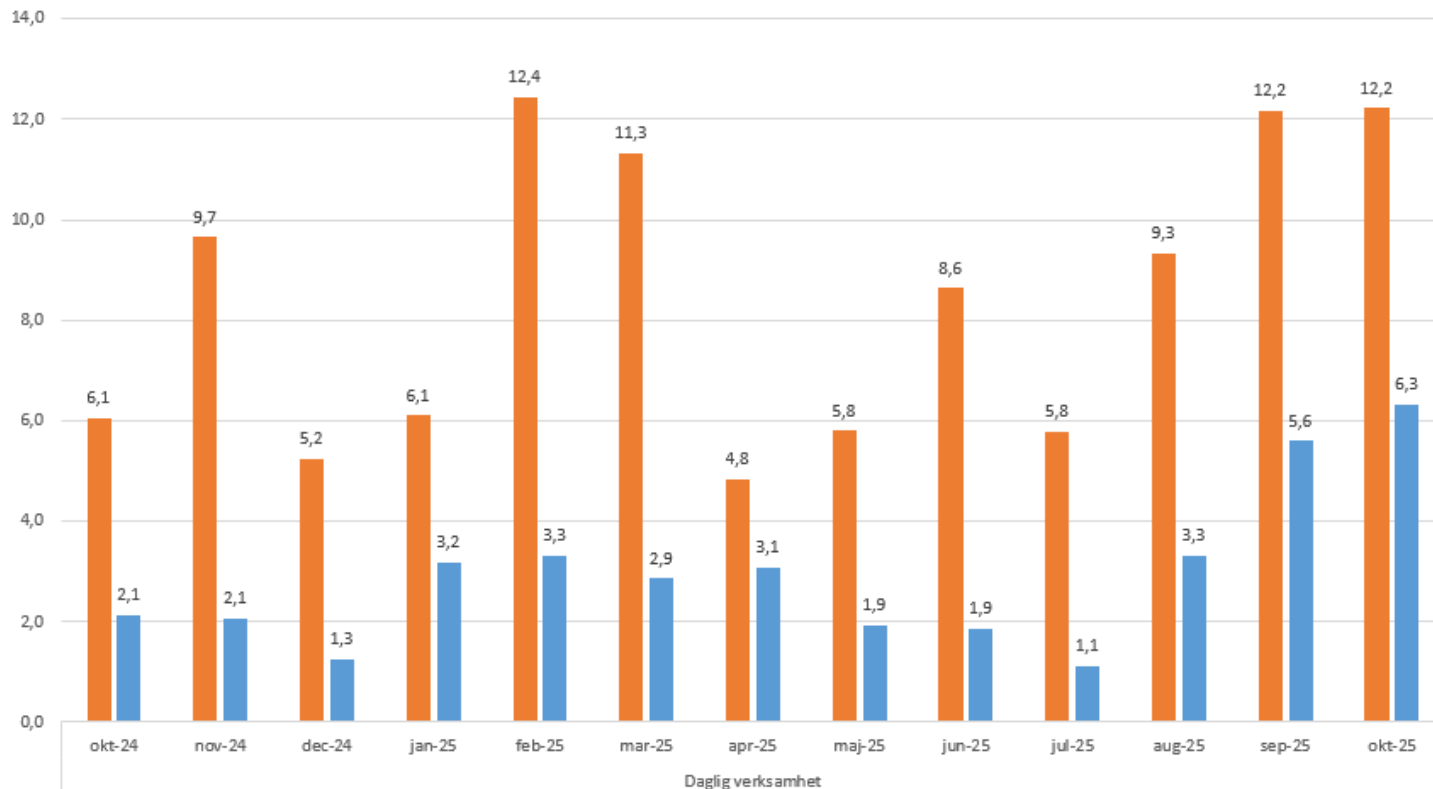
Daglig verksamhet

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 8,6 %

Medelvärde sjuk lång: 3,0 %

Sjukfrånvaro totalt %+ Lång %

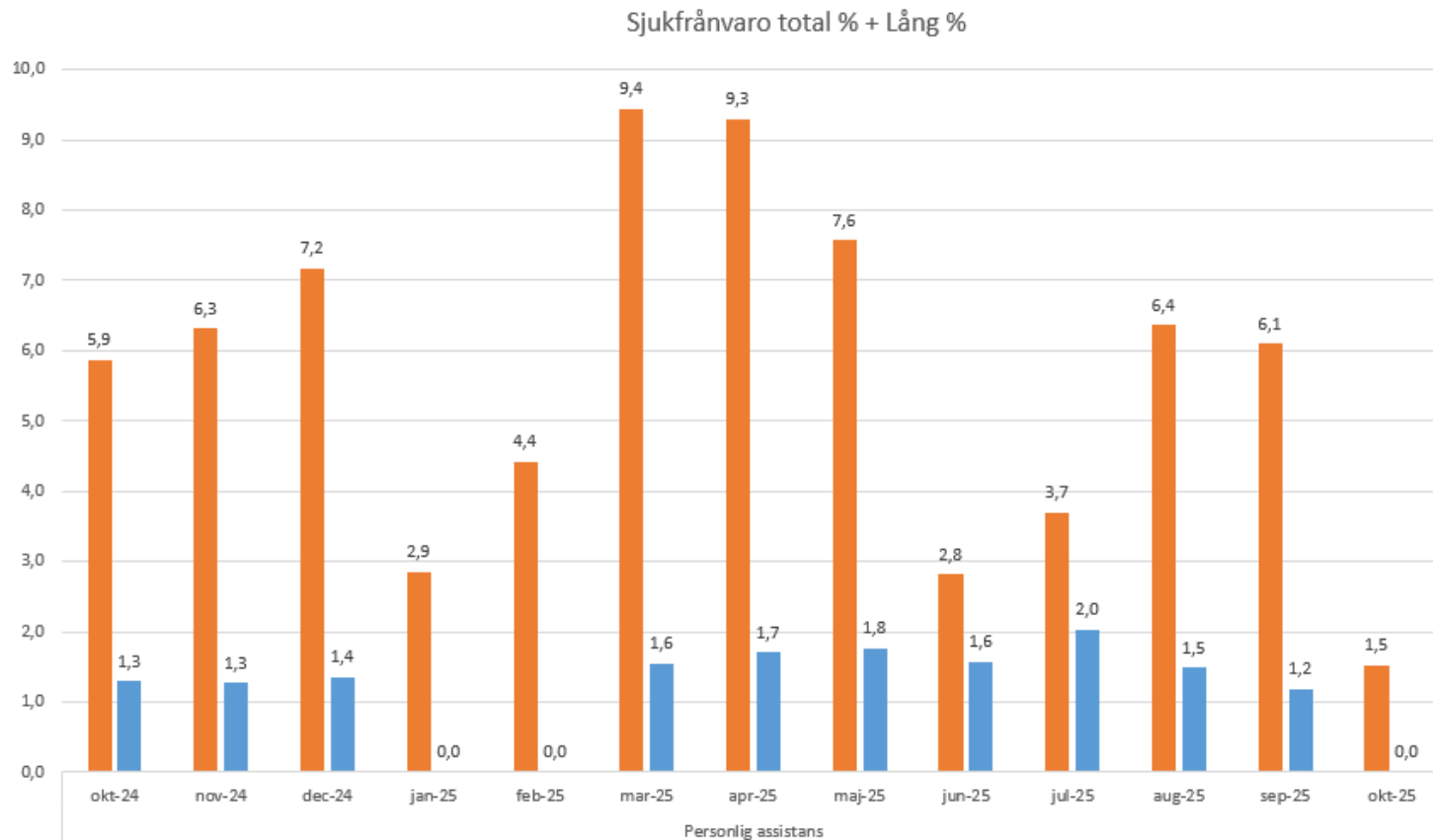


Personlig Assistans

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 5,6 %

Medelvärde sjuk lång: 1,2 %



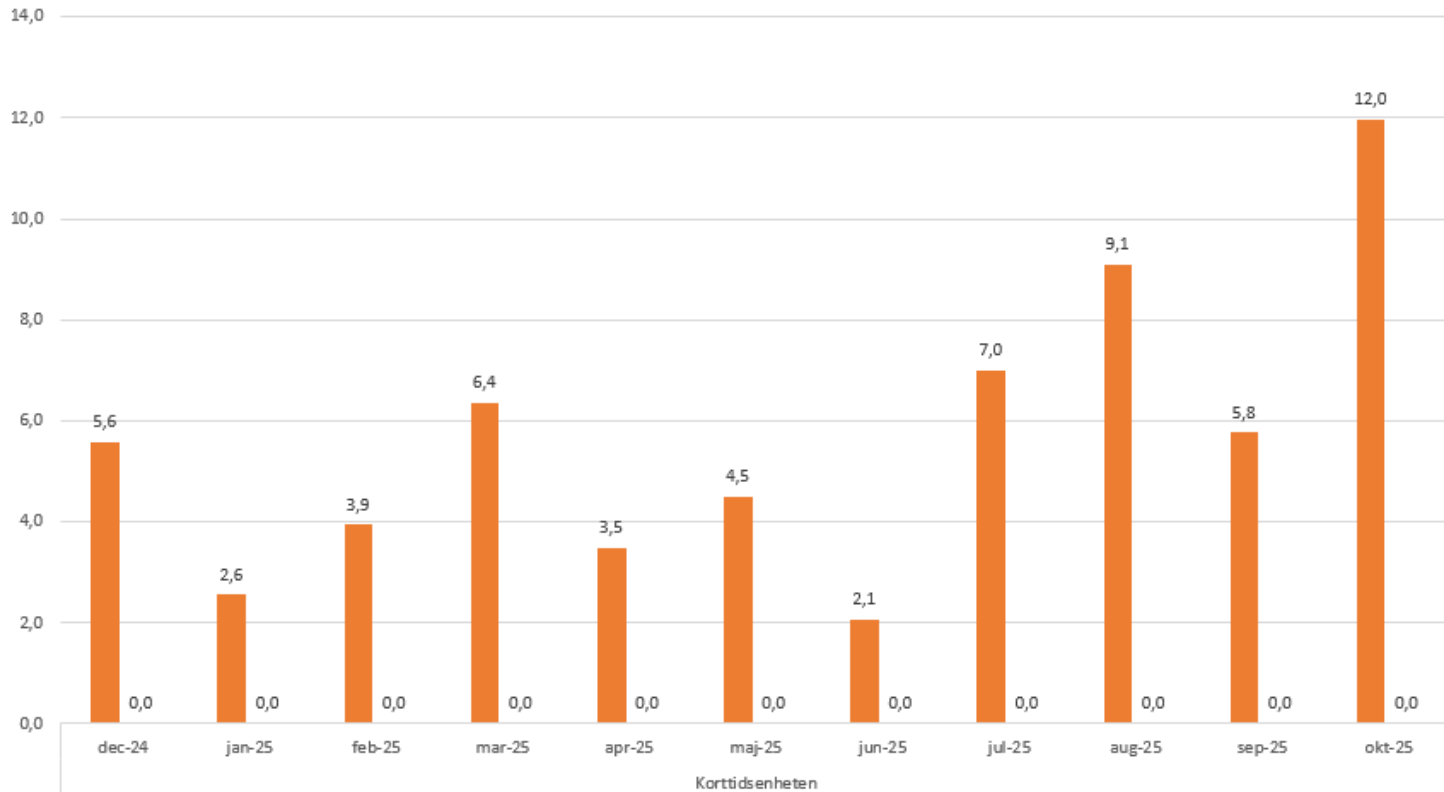
Korttidsheten

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 5,7 %

Medelvärde sjuk lång: 0,0 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



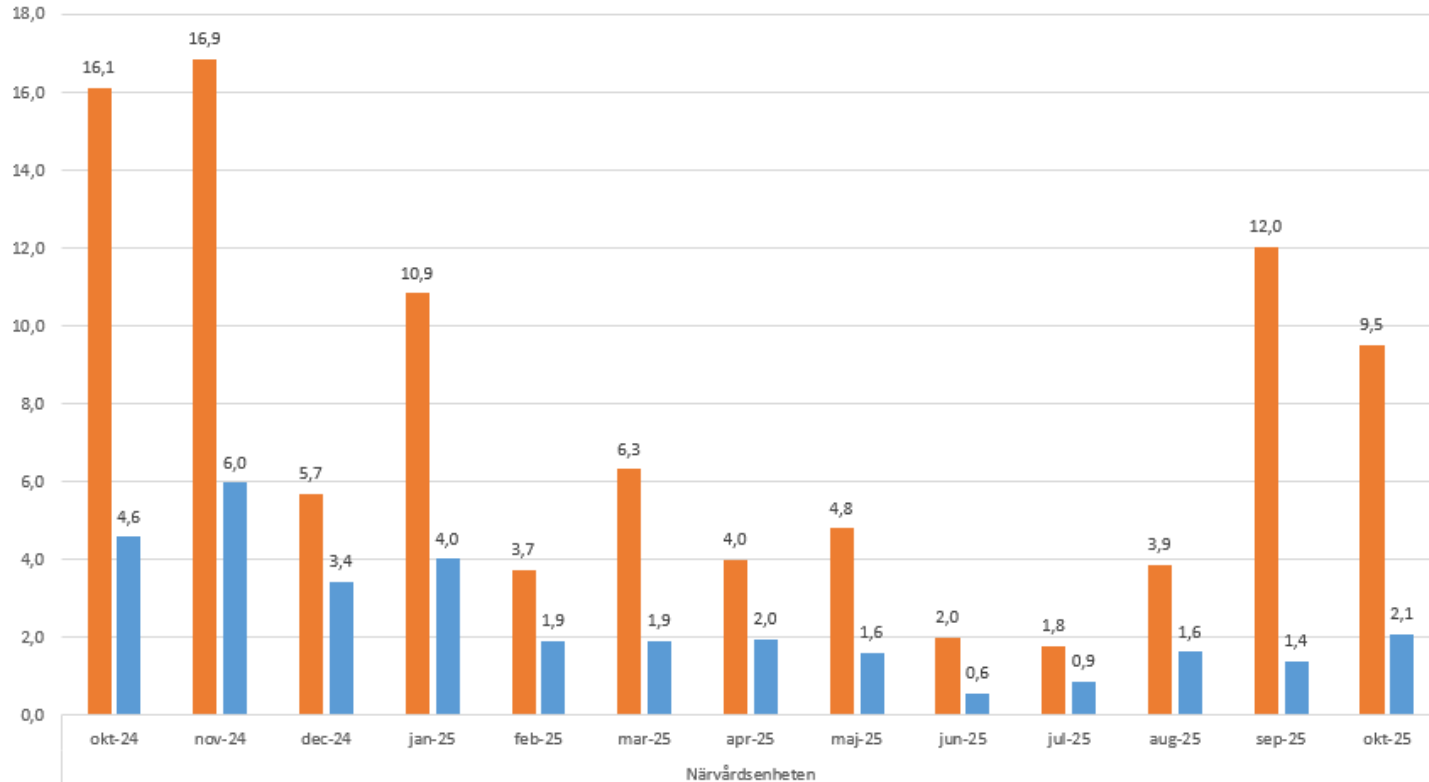
Närvårdsenheten

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 6,8 %

Medelvärde sjuk lång: 2,3 %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



Produktion Äldre

Hemtjänst och Säbo

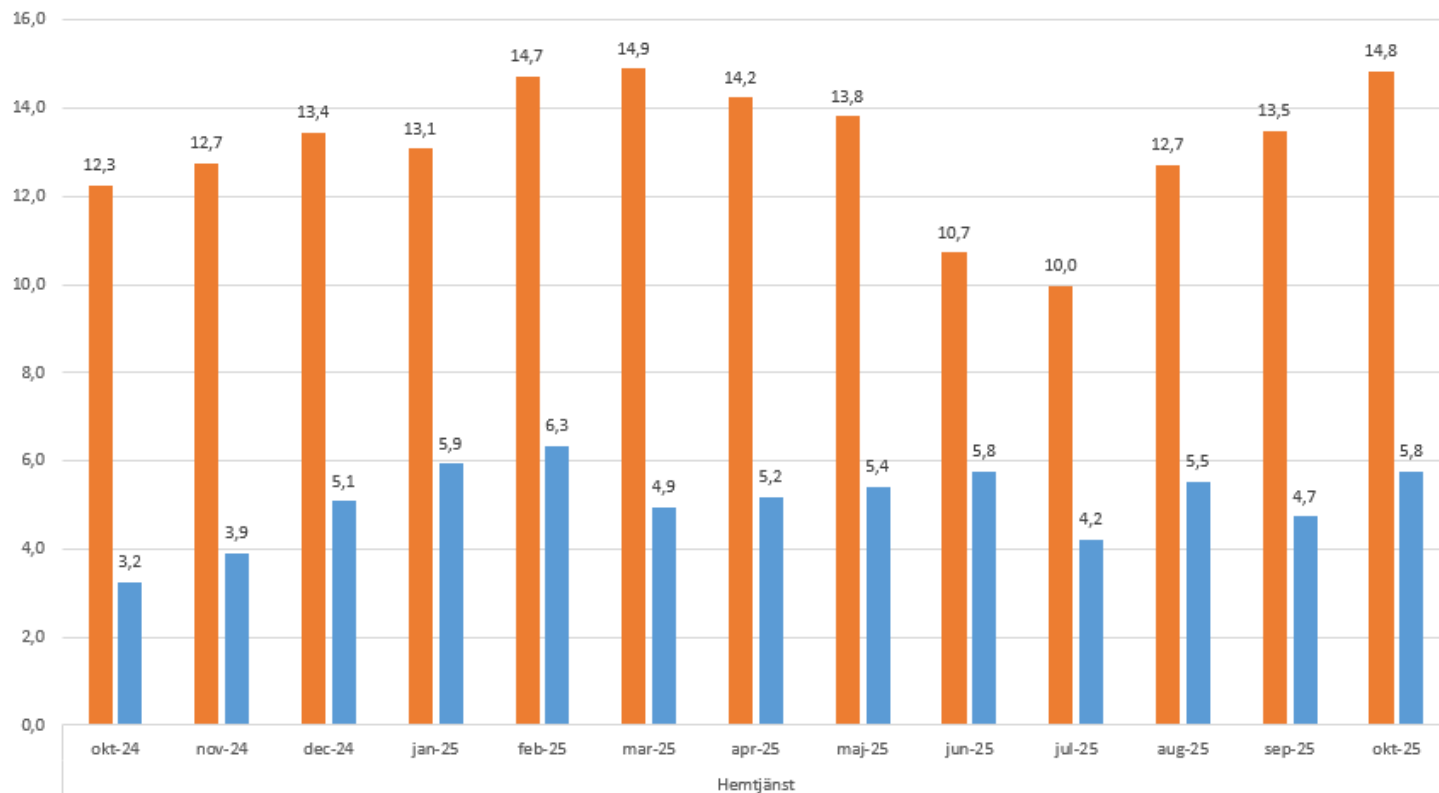
Hemtjänst

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 13,2%

Medelvärde sjuk lång: 5,2%

Sjukfrånvaro total % + Lång %

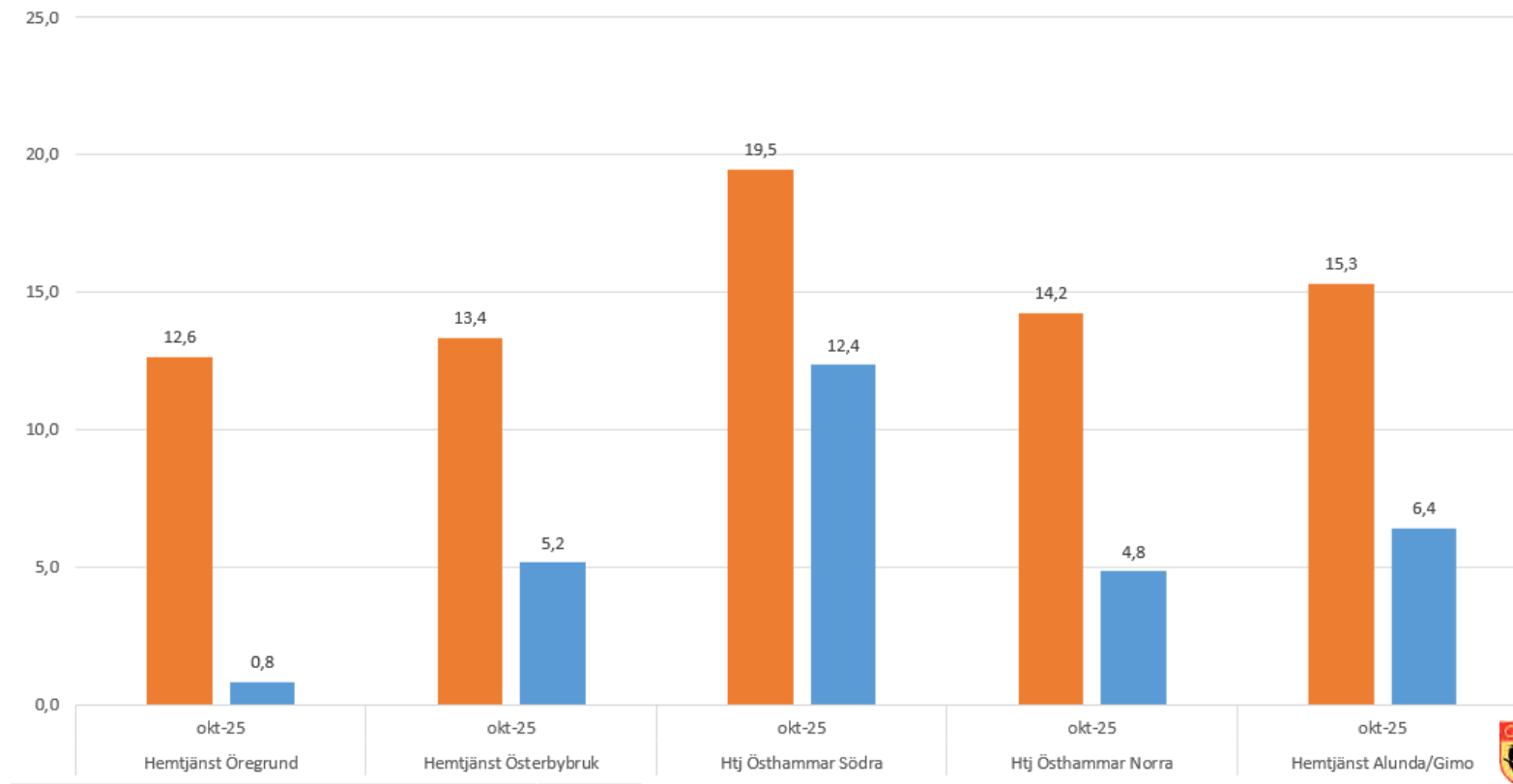


Hemtjänst okt 2025

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 15,0 %

Medelvärde sjuk lång: 5,9 %

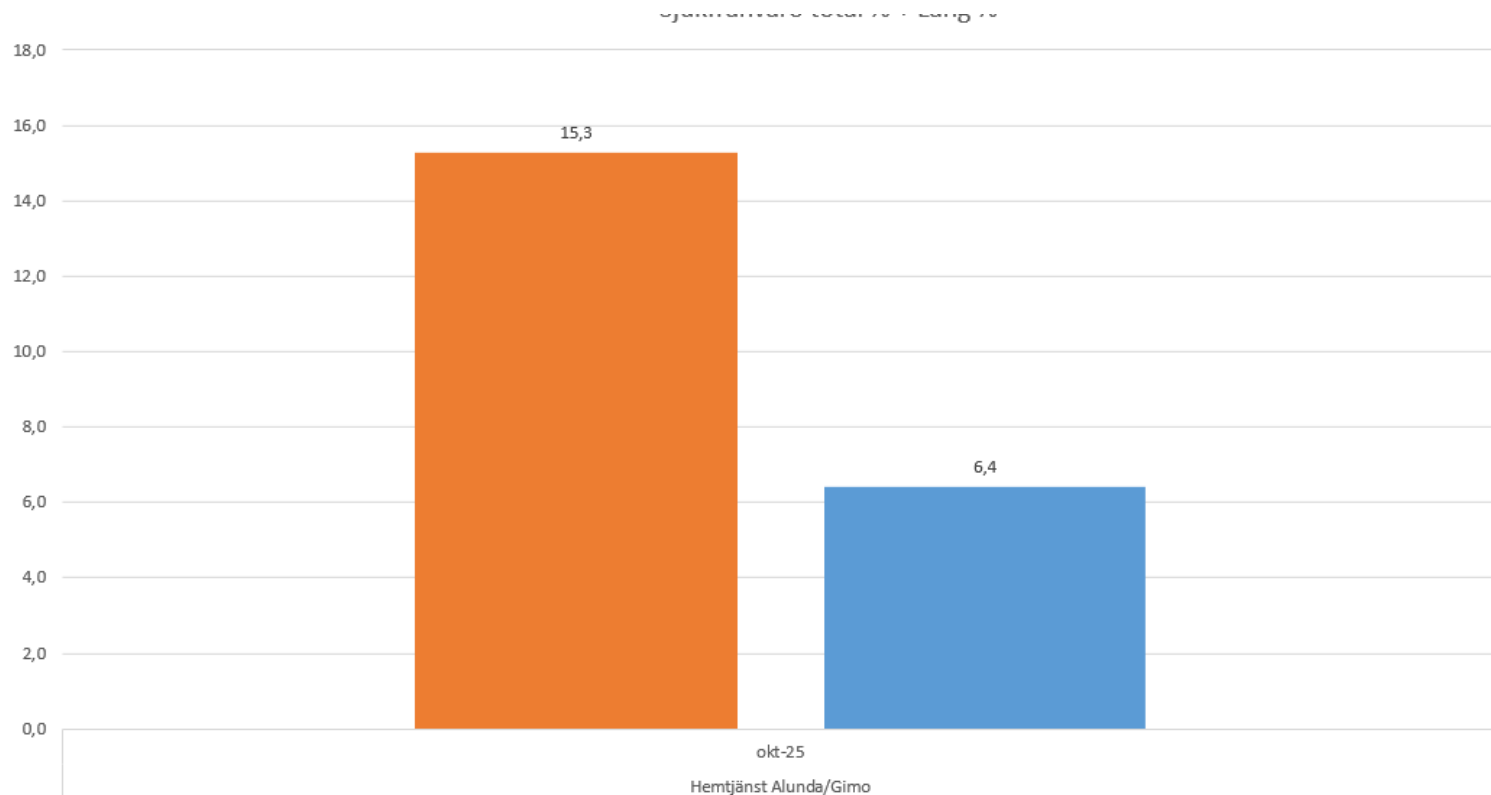


Hemtjänst Alunda/Gimo

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 15,3%

Medelvärde sjuk lång: 6,4%

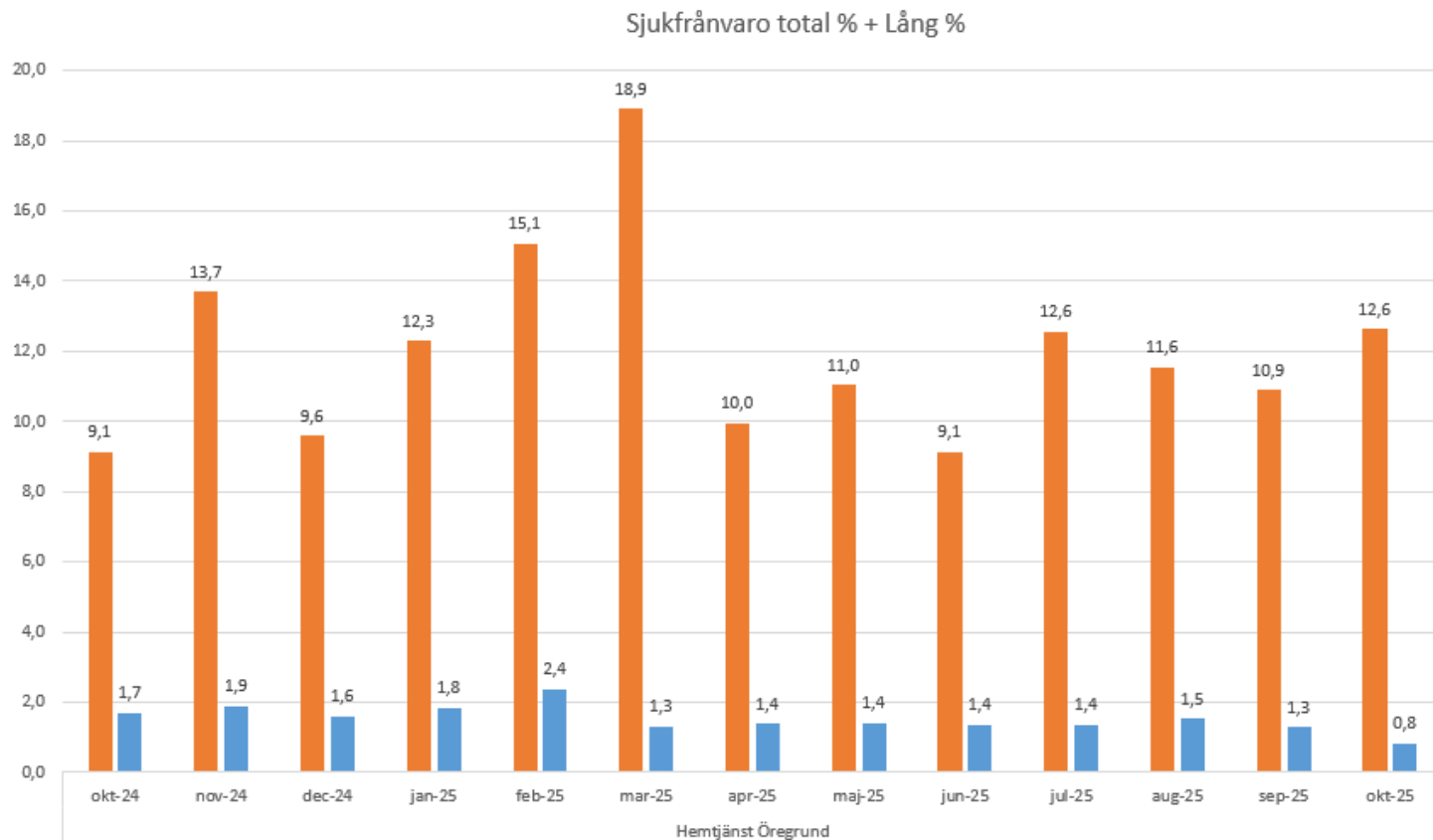


Hemtjänst Öregrund

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 12,3%

Medelvärde sjuk lång: 1,5%



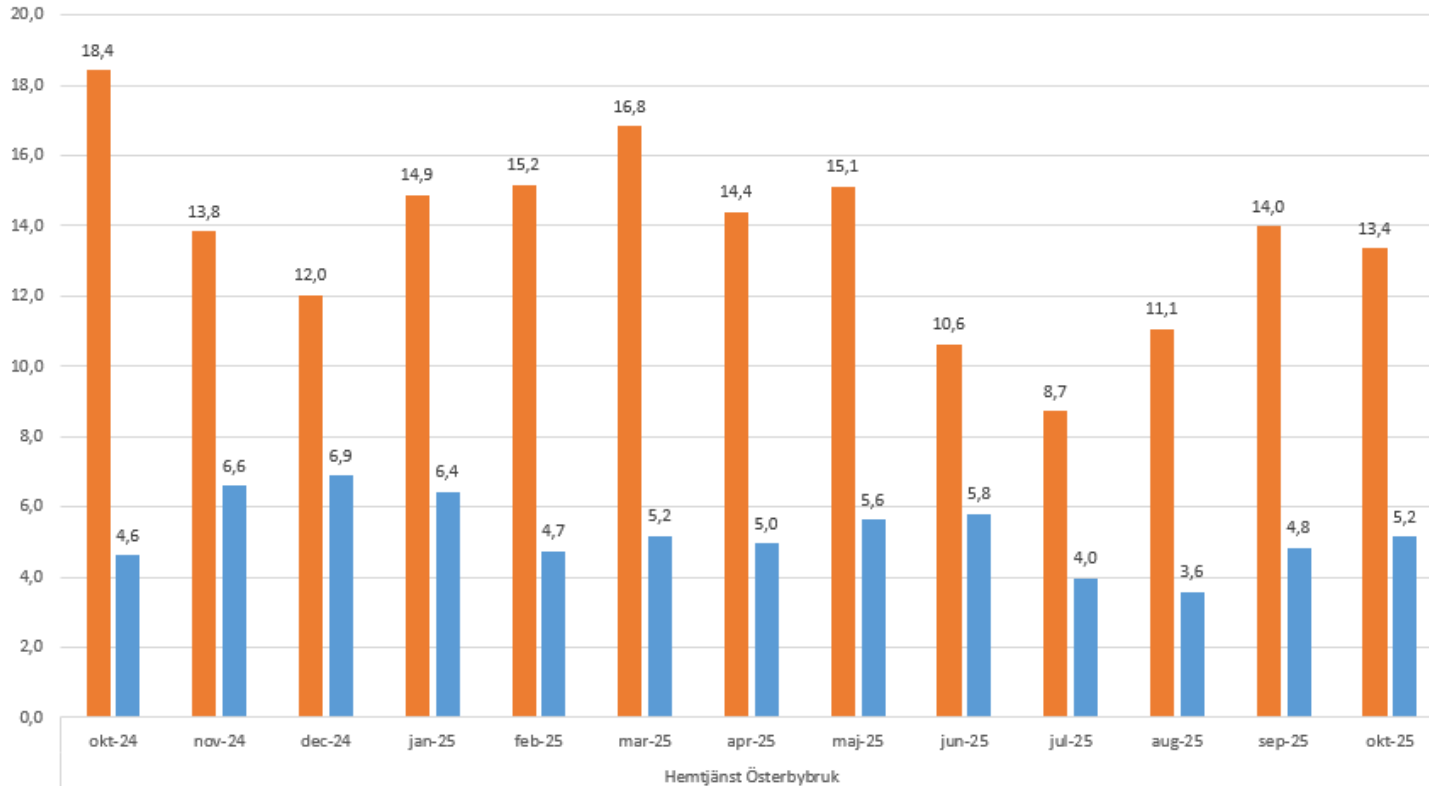
Hemtjänst Österbybruk

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 13,3 %

Medelvärde sjuk lång: 5,3 %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



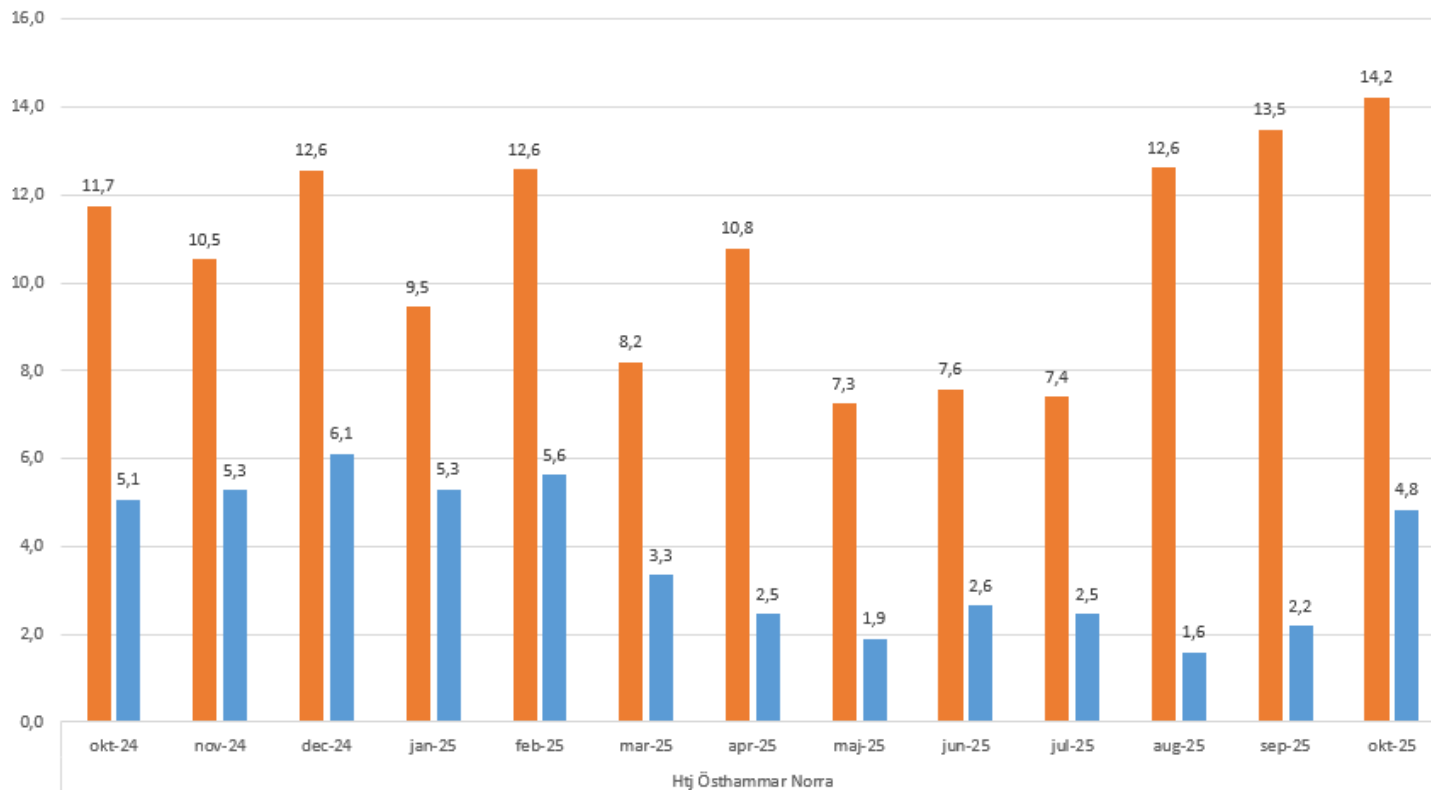
Hemtjänst Östhammar Norra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 10,6%

Medelvärde sjuk lång: 3,6%

Sjukfrånvaro total %+ Lång



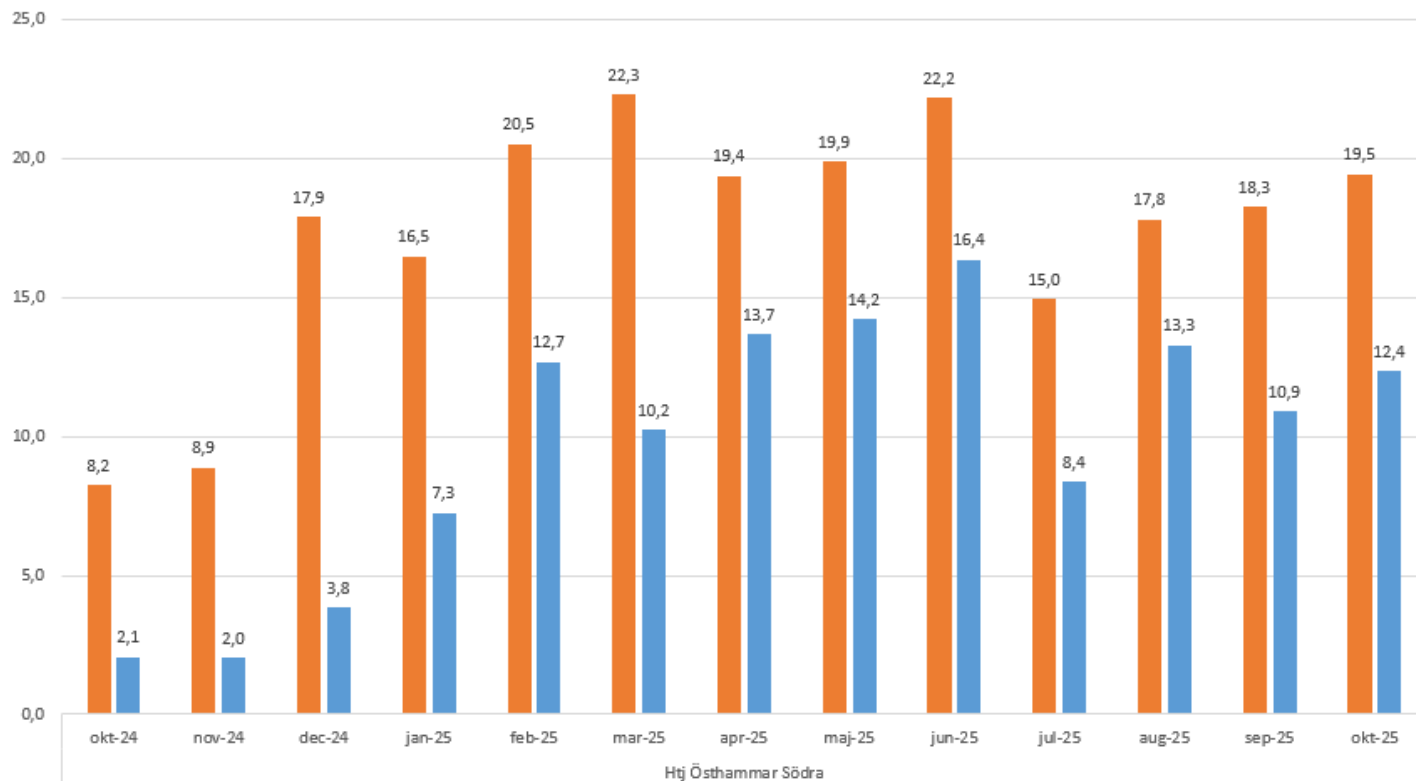
Hemtjänst Östhammar Södra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 18,2%

Medelvärde sjuk lång: 10,4%

Sjukfrånvaro total %+ Lång %

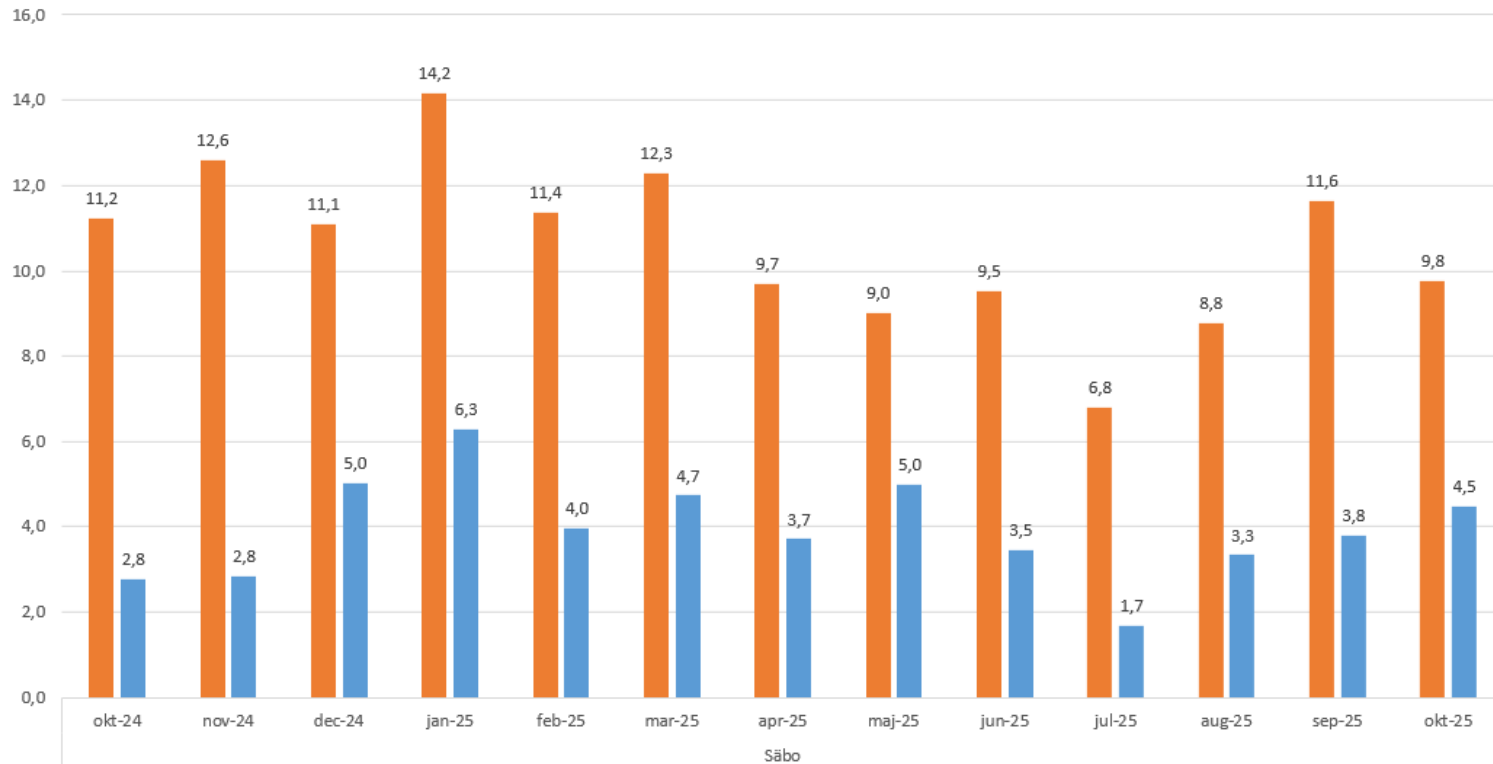


Säbo

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 10,6%

Medelvärde sjuk lång: 4,0%



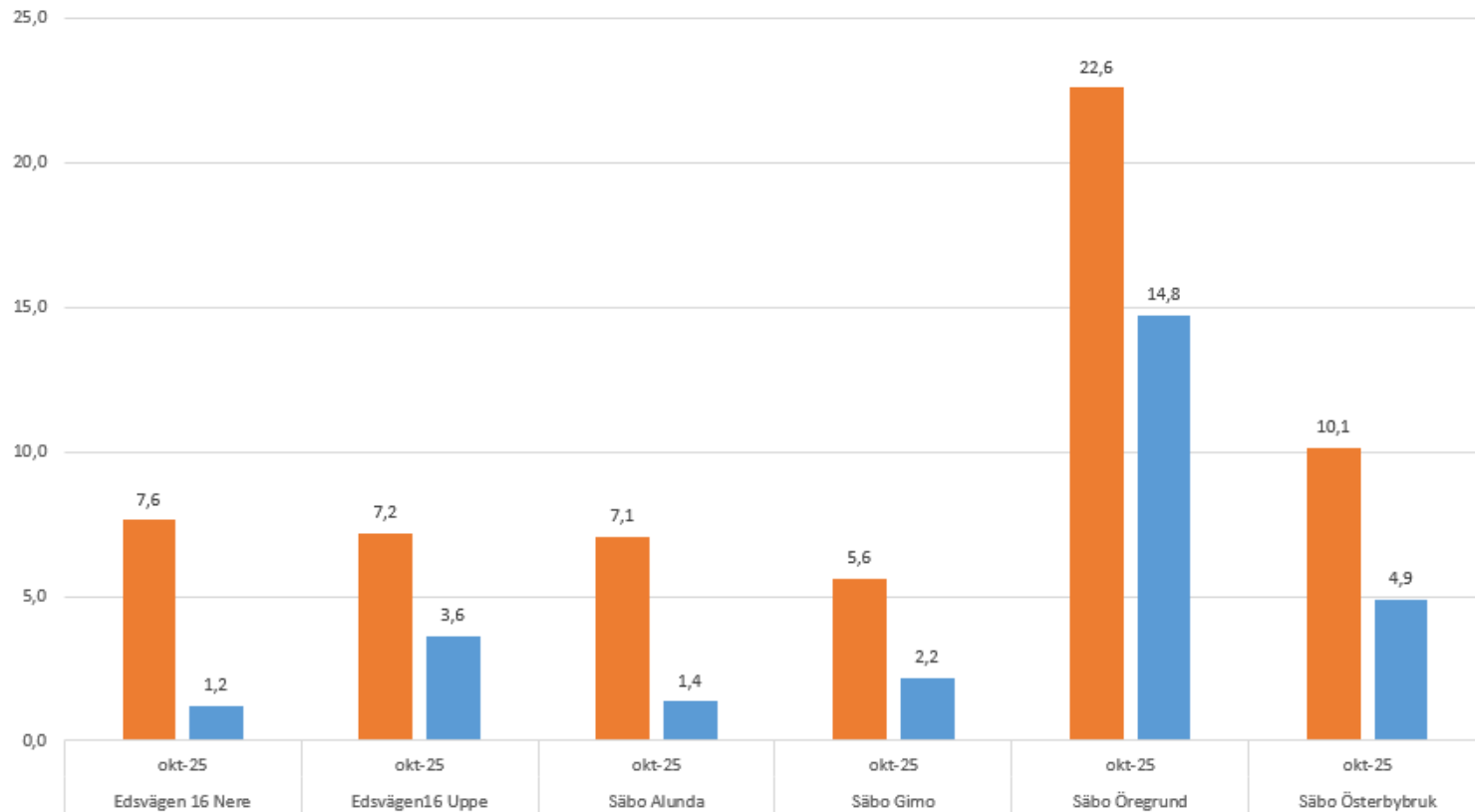
Säbo oktober 2025

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 10,0%

Medelvärde sjuk lång: 4,7%

Sjukfrånvaro total % + Lång %

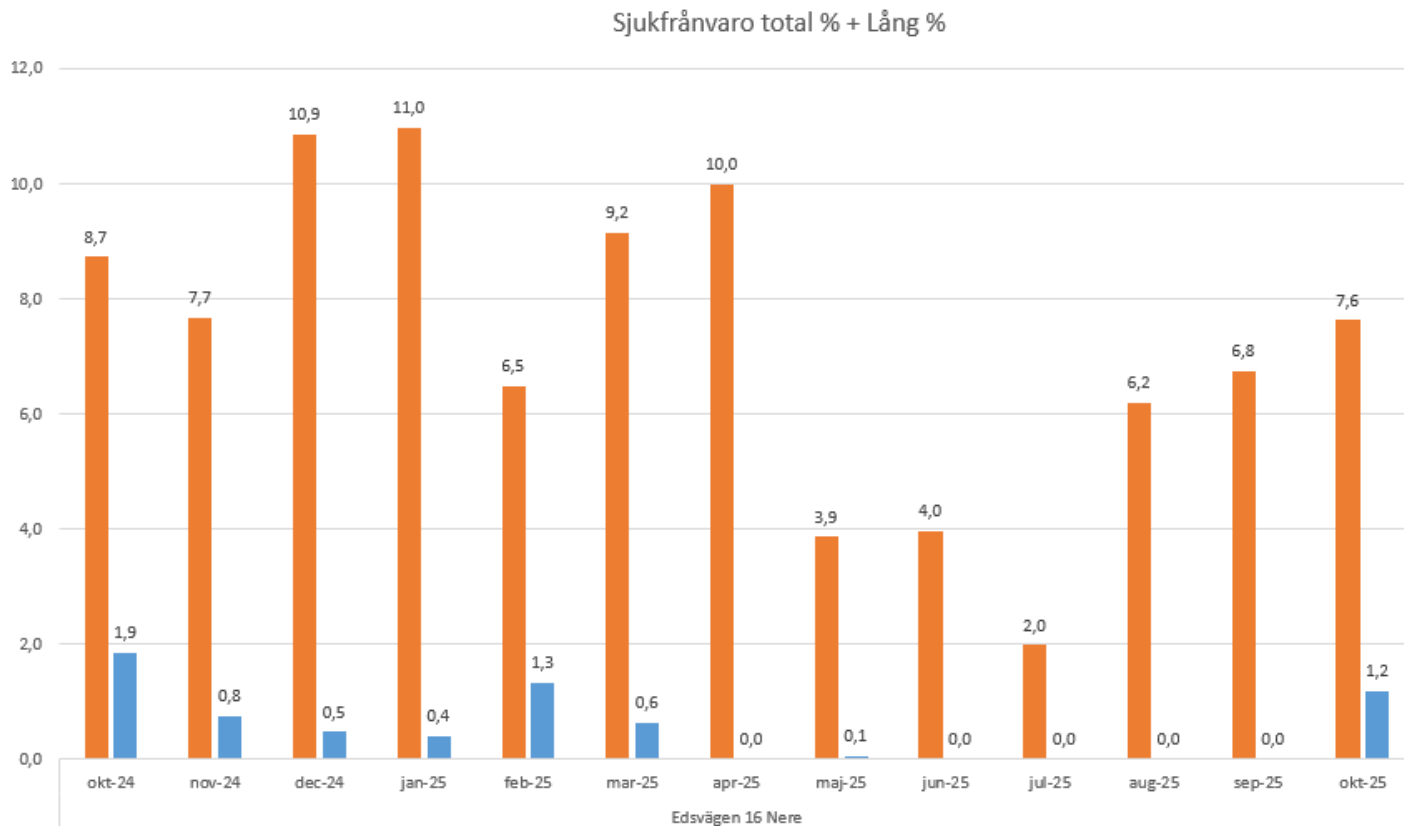


Säbo Östhammar, Edsvägen 16 Nere

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,1%

Medelvärde sjuk lång: 0,4%



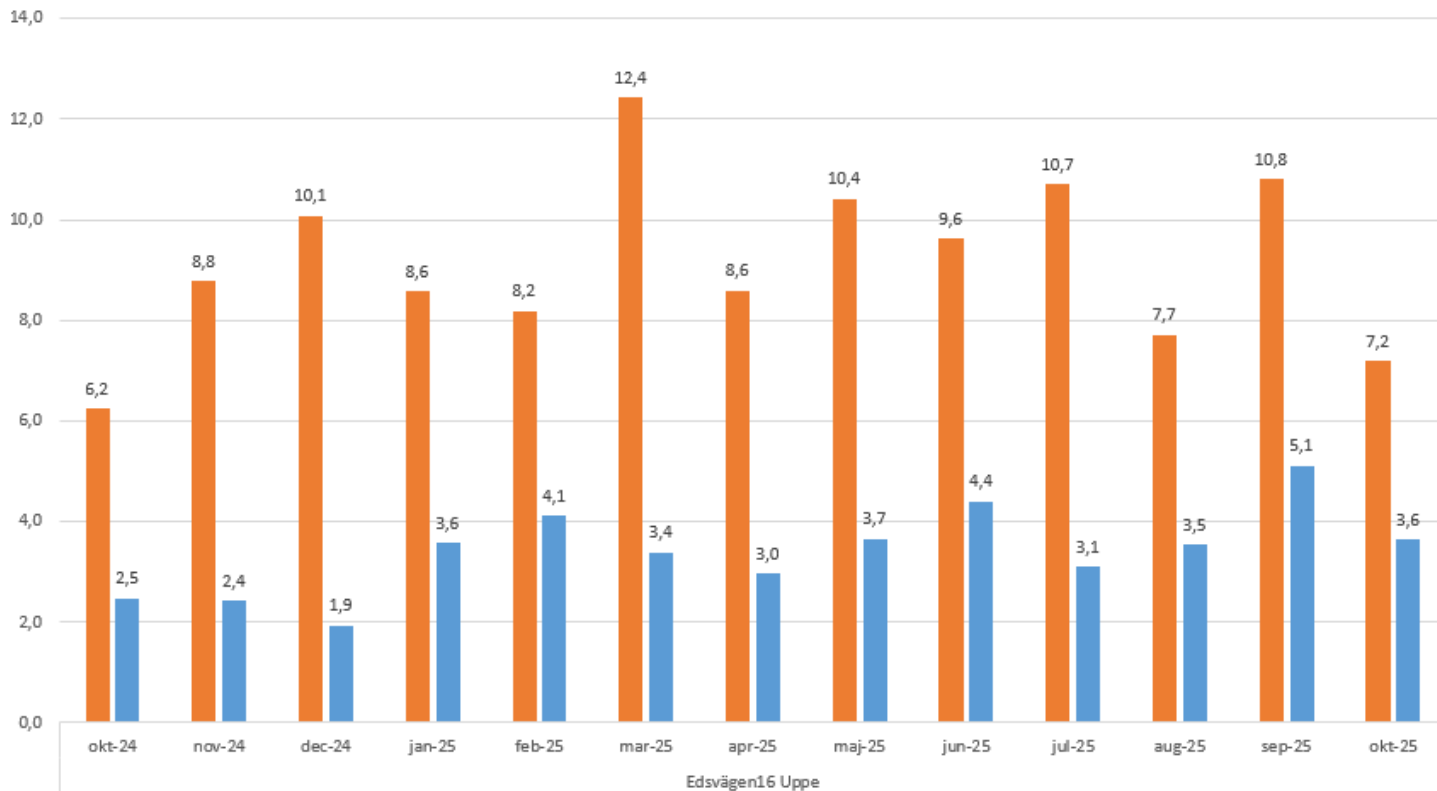
Säbo Östhammar, Edsvägen 16 Uppe

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 9,4%

Medelvärde sjuk lång: 3,5%

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



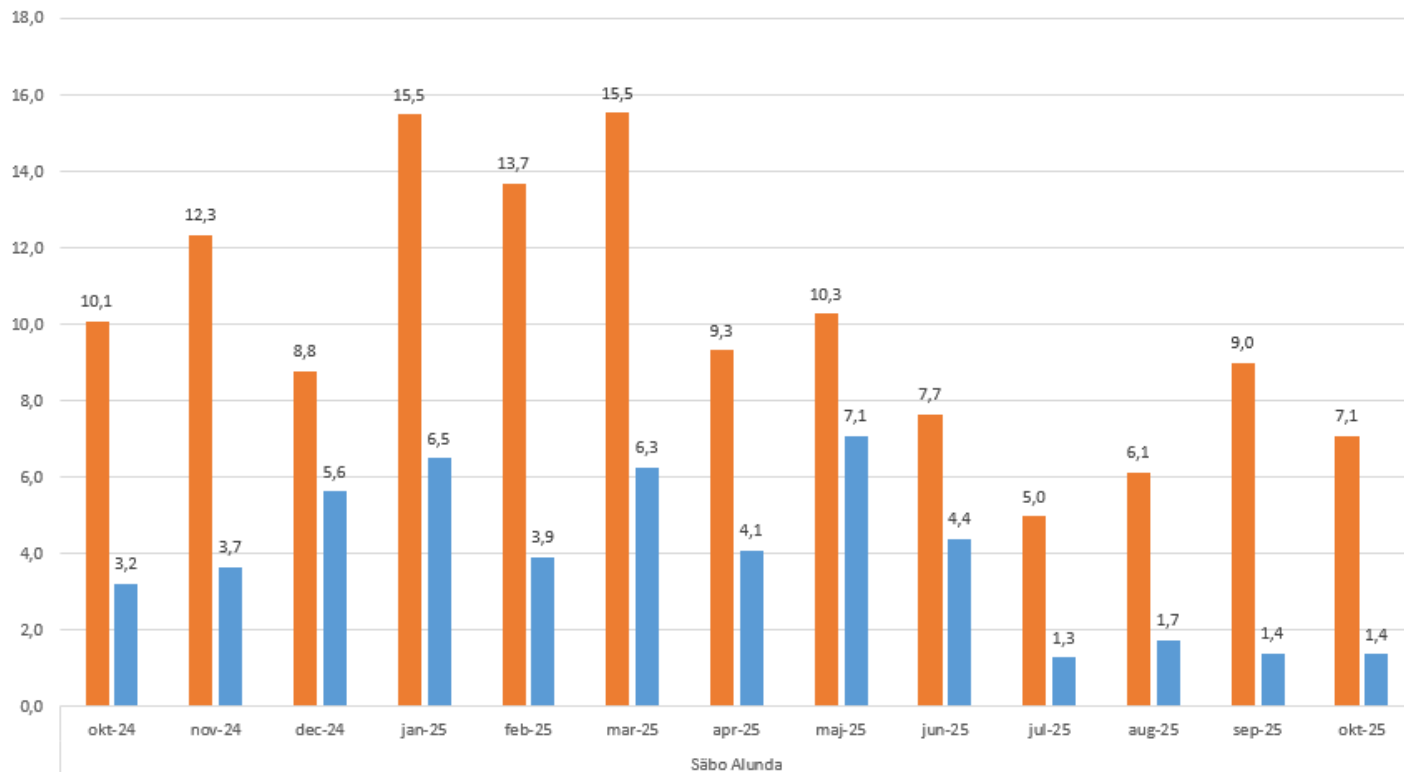
Säbo Alunda

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 10,0%

Medelvärde sjuk lång: 3,9%

Sjukfrånvaro totalt %+ Lång %



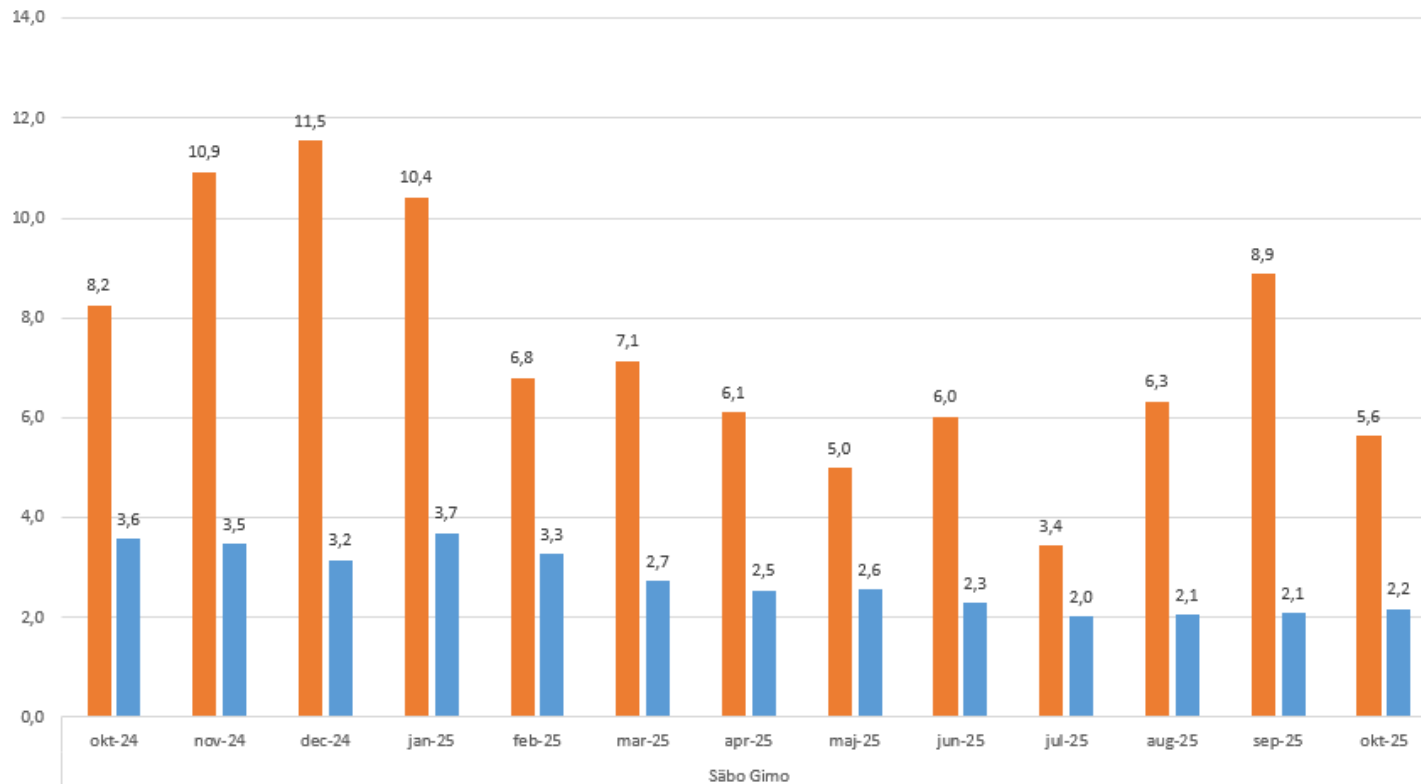
Säbo Gimo

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,3%

Medelvärde sjuk lång: 2,7%

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



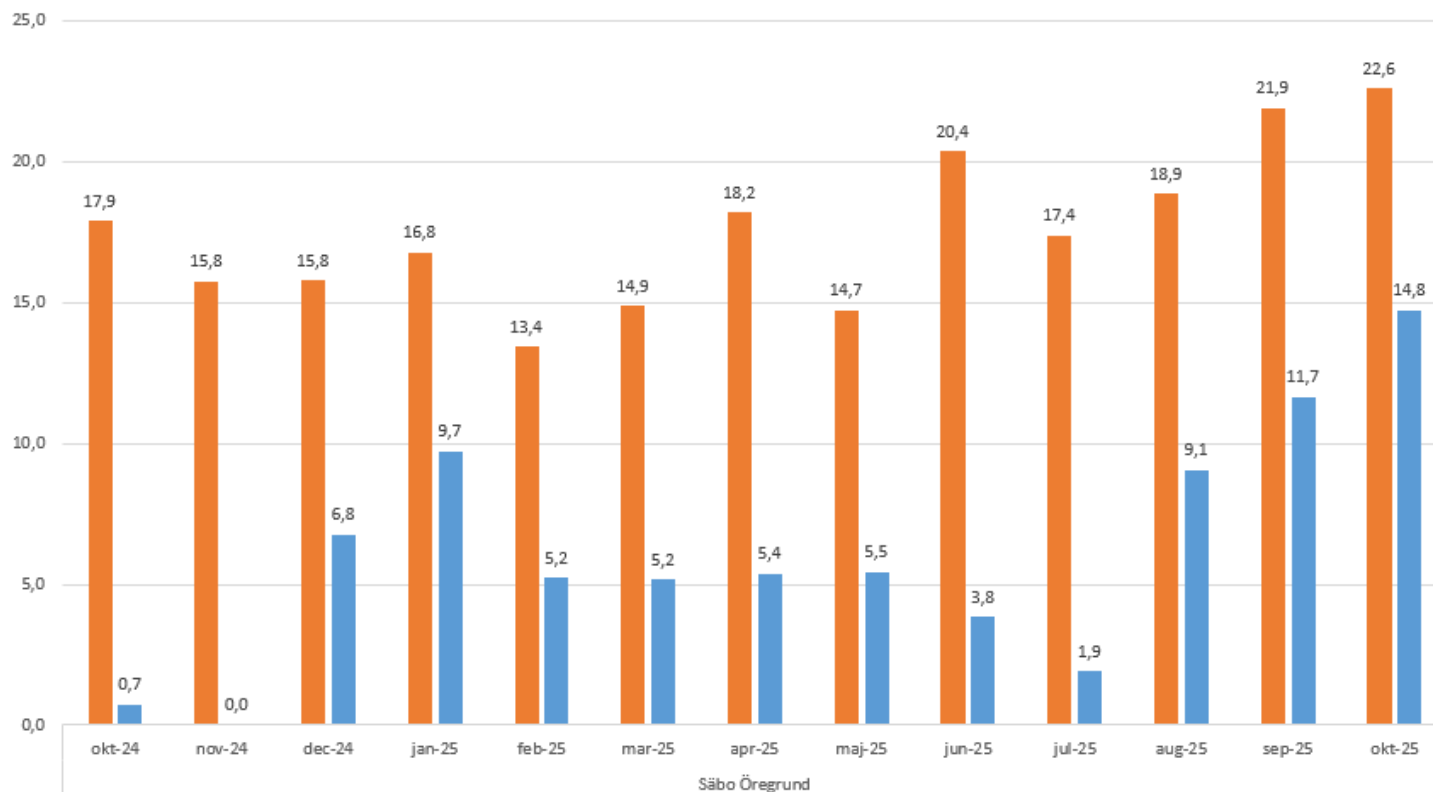
Säbo Öregrund

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 17,6%

Medelvärde sjuk lång: 6,6%

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



Omsorgskontoret
Svjetlana Miletic

Uppdrag att utreda organisationsförändringar i syfte att skapa ”en väg in”

Bakgrund

Kommunen har som mål att stärka individers möjlighet till självförsörjning och minska beroendet av ekonomiskt bistånd. Detta är i linje med den politiska inriktningen att det ska vara tydligt att arbete och egen försörjning är målet för den som är arbetsför.

I samband med beslutet av tidigare nämnden, individ- och familjenämnden, om etablering och implementering av enheten för integration och arbete (EIA) påbörjades ett första steg mot en mer samlad och kraftfull organisation. Nu föreslås att ett andra steg inleds för att ytterligare förbättra flöden, minska dubbelarbete och säkerställa att individen får rätt stöd i rätt tid. Detta innefattar att titta närmare på hur EIA:s nuvarande resurser används, inklusive de tjänster som arbetar med integration och de tre ny tillsatta tjänsterna.

Det finns också behov av att bättre samordna EIA:s arbete med vuxenheten och andra relevanta enheter, för att skapa ett gemensamma förhållnings- och arbetssätt kring individer som står långt från arbetsmarknaden. Särskild hänsyn bör tas till möjligheten att erbjuda praktik i ett tidigt skede av bistandsprocessen, samt till att kombinera SFI-studier med språkpraktik i vardagen, något som visat sig effektivt för språkinläring och arbetsförberedelse.

Syftet är att skapa en tydlig struktur och organisation där:

- Mottagandet av personer som söker ekonomiskt bistånd sker samordnat.
- Insatser kan sättas in tidigt, redan vid första kontakten med kommunen.
- Praktik och andra arbetsnära insatser integreras i ett tidigt skede.
- Tydliga roller och ansvarsfördelning säkerställer effektiv handläggning och uppföljning.
- Arbetsledarresurser frigörs för klientnära arbete, inte administration.
- Individens utveckling kan följas och mätas utifrån faktorer som närvaro, motivation och progression.
- Personer som önskar återvända till sina ursprungsländer kan erbjudas ett stärkt stöd inom ramen för integration och arbete.

Omsorgskontoret
Svjetlana Miletic

Uppdrag

Förvaltningen har fått i uppdrag av vård- och omsorgsnämnden att utreda och föreslå organisationsförändringar i syfte att skapa en sammanhållen och effektiv struktur för mottagande och stöd till personer som saknar egen försörjning, med särskilt fokus på att:

- Etablera en samordnad ingång ("en väg in") för individer som söker ekonomiskt bistånd.
- Förkorta ledtider i handläggning och uppföljning.
- Öka möjligheten till tidig praktik, inklusive språkpraktik parallellt med SFI.
- Tydliggöra ansvarsfördelningen mellan olika enheter.
- Frigöra resurser till det klientnära arbetet.
- Minska risken att individer faller mellan stolarna.

Förord

Att ha en egen försörjning har en stor påverkan på individernas autonomi, självkänsla och livskvalitet. Att vara beroende av olika former av bidrag, så som ekonomiskt bistånd under en längre tid kan påverka individen negativt utifrån de psykosociala aspekterna. Därför är det viktigt att främja detta genom att arbeta på ett sammanhållet sätt där förebyggande insatser integreras i organisationens strukturer. Hur förebyggande arbete sker kan se olika ut, men en av de viktigaste aspekter är fokus på sysselsättning, praktik och arbete/egen försörjning.

I utredningen om en ny socialtjänstlag (SOU 2020:47) poängteras detta perspektiv starkare än någonsin. Mer sällan, och inte heller i utredningen, har det dock diskuterats i relation till ekonomiskt bidragsberoende, trots att detta utgör en mycket stor del av kommunernas arbete och kostnader inom det sociala området.

Omsorgskontoret, Myndighet Omsorg vill inom ramen för en kunskapsbaserad socialtjänst redogöra för följande fördjupning. Verksamhetens arbete måste vila på aktuell kunskap och resurser som finns inom Omsorg myndighet. Två enheter inom Omsorg myndighet berörs och är relevanta för utredningen:

- Enheten för Integration och arbete (EIA)
- Enheten Vuxen

Utredningen har utgått ifrån ett tvådelat förebyggande perspektiv. Dels handlar det om ett beslut som vård- och omsorgsnämnden gav förvaltningen i uppdrag att utreda organisationsförändringar i syfte att skapa "en väg in" för personer som saknar egen försörjning. Vidare handlar det om att stärka kommunens inriktning "från bidrag till arbete"

Omsorgskontoret
Svjetlana Miletic

samt ett generellt perspektiv om att förebygga uppkomst av ekonomisk utsatthet med medföljande behov av försörjningsstöd/ekonomiskt bistånd.

Det här dubbla perspektivet har inneburit att även titta närmare på enheternas organisation, struktur, verksamhetsområden, ledarskap, arbetsflöden samt klient/individnära arbete/stöttning. Utredaren har också, utifrån egna iakttagelser, valt att inkludera enheten för funktionsnedsättning i analysen.

Verksamheten behöver arbeta med fokus på invånarnas behov/målgruppens behov samt intressen för att få ett mer hållbart och förebyggande arbete för personer som saknar arbete, sysselsättning, praktik och egen försörjning.

För att åstadkomma det, har utredningen riktat sig in på en disposition som innehåller tre delar:

- Förord
- Nuvarande organisation
- Förslag på en ny organisation och arbetssätt

Under utredningens gång har regelbundna avstämningar genomförts med ansvariga enhetschefer samt biträdande enhetschef. I samband med dessa avstämningar har relevant information inhämtats för att skapa en fördjupad och aktuell bild av nuläget inom berörda verksamheter.

Nuvarande organisation

Enheten för Integration och Arbete (EIA)

Enheten för Integration och Arbetes (EIA) uppdrag är att effektivt och med hög kvalitet bedriva kommunala arbetsmarknadsåtgärder och integration. Målsättningen är att utveckla och stödja medborgare genom ett effektivt och individanpassat stöd som ska leda till egen försörjning och bidra till utveckling av människan, miljön och kommunens verksamheter. Enheten ansvarar även för sysselsättning, praktik för personer som står långt från arbetsmarknaden, integration av nyanlända och arbetsträning.

Insatserna ska ha den enskilde i fokus och vara anpassade utifrån individens situation och behov. Östhammars kommun ska enligt en god ekonomisk hushållning lägga sina resurser på insatser och arbetssätt som ger en hög effektivitet och måluppfyllelse där de som är i utanförskap går från att vara passivt arbetslösa till att vara aktiva arbetssökande. EIA består av en inre och yttre verksamhet.

Inre verksamhet består av följande verksamhetsområden:

Omsorgskontoret
Svjetlana Miletic

- Projekt Tidiga insatser
- Introduktionsenheten
- Lönestöd

Inom den inre verksamheten finns cirka tio heltidstjänster fördelade på olika professioner, däribland arbetscoach, projektledare, projektmedarbetare, integrationshandläggare, handledare, biträdande enhetschef och enhetschef.

Yttre verksamhet består av följande verksamhetsområden:

- Café
- Vaktmästeri
- Hjälpmedel
- Transport
- Utelaget
- Postbil
- Fordonsrekond

Inom yttre verksamheten arbetar ca 25 medarbetare. Ca 20 är BEA anställda. BEA anställda refererar till arbetstagare som är anställda enligt avtal kallat Bestämmelser för arbetstagare i arbetsmarknadspolitiska insatser (BEA).

EIA:s syfte är att stärka arbetstagarens möjligheter att få en reguljär anställning som efterfrågas på arbetsmarknaden genom att ge erfarenhet och kompetens. Arbetet ska inte ersätta ordinarie personal och involverar ofta en kombination av anpassning av arbetsinnehåll efter arbetstagarens behov och samarbete mellan arbetstagaren, arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen och facklig organisation.

EIA är en arbetsförberedande verksamhet där deltagarnas kunskaper, tidigare erfarenheter och framtidsplaner samt motivation tas tillvara. Inom EIA får deltagare ett sammanhållet stöd och hjälp med att stärka sina färdigheter/förmågor. Exempel på stöd och insatser som erbjuds inkluderar bland annat CV-skrivning, förberedelse inför anställningsintervju, hjälp med arbetssökande, samhällsinformation, stöd för samhällsinkludering samt arbetsträning och praktik.

Enheten finansieras av vård- och omsorgsnämndens tilldelade budgetmedel samt även intäkter från Migrationsverket, Arbetsförmedlingen och projektmedel.

Omsorgskontoret
Svjetlana Miletic

Enheten Vuxen

Enheten Vuxen består av följande verksamhetsområden:

- Försörjningsstöd/ekonomiskt bistånd
- Dödsbo (ca 20 % av en heltids tjänstegrad)
- Budget och skuldrådgivning
- Missbruk (skadligt bruk och beroende)
- Våld i nära relationer

På enheten arbetar följande professioner:

- Handläggare försörjningsstöd (ekonomiskt bistånd)
- Handläggare budget och skuldrådgivning
- Handläggare missbruk och våld i nära relationer
- Utredningsadministratörer
- Enhetschef
- Samordnare försörjningsstöd (25 %)
- Specialisthandläggare missbruk och våld i nära relation (vakant)
- Enhetschef

Den här utredningen fokuserar i huvudsak på verksamhetsområdet försörjningsstöd/ekonomiskt bistånd, i syfte att identifiera organisatoriska förbättringsområden som kan bidra till ökad effektivitet, tidiga insatser och stärkt inriktning mot egen försörjning.

Försörjningsstöd/ekonomiskt bistånd

Socialtjänstens ekonomiska bistånd är en del av välfärdssystemens yttersta skyddsnät och har i första hand till uppgift att träda in tillfälligtvis vid försörjningsproblem som inte kan tillgodoses på annat sätt. Ekonomiskt bistånd, även kallat försörjningsstöd är en tillfällig skyddsfaktor som kan ges till den enskilde som inte kan försörja sig själv. För att vara berättigad till biståndet finns det vissa väldigt tydliga krav som den enskilde behöver uppfylla, så som: att ha använt alla egna tillgångar och sökt andra former av bidrag som hen kan bli berättigad att få.

Insatsen försörjningsstöd är reglerad socialtjänstlagen (SoL) och är ett behovsprövat, tillfälligt ekonomiskt stöd för att uppnå en skälig levnadsnivå. Stödet täcker vanliga utgifter genom riksnormen (för mat, kläder, m.m.) och skäliga kostnader för boende, hushållsel och fackföreningsavgifter, som är högre belopp än riksnormen. Riksnormen och beloppen bestäms av regeringen varje år, medan de övriga kostnaderna bedöms individuellt.

Omsorgskontoret
Svjetlana Miletic

Uppdraget för verksamhet med ekonomiskt bistånd innebär dels att hjälpa människor att komma tillrätta med sina försörjningsproblem och dels att pröva den enskildes rätt till ekonomiskt stöd under tiden.

Enheten för Funktionsnedsättning

Enheten består av följande myndighetsutövande verksamhetsområden:

- LSS
- Socialpsykiatri
- Färdtjänst och riksfärdtjänst
- Avgiftshandläggning

Förslag på ny organisation

Syfte och mål

Socialtjänsten har till uppgift att bidra till långsiktiga lösningar på människors försörjningsproblem. För att lyckas med det behöver samverkan för jobb och integration vara mer sammanslagen. Avgörande aktörer i det arbetet/samarbetet är enheten vuxen (handläggare på försörjningsstöd) och EIA (Enheten för Integration och Arbete).

Med en gemensam metod där försörjningsstöd, arbetsmarknad och integration samarbetar på rätt och mer effektivt sätt kan man sänka arbetslösheten och minska antalet individer med ekonomiskt bistånd i kommunen.

För att effektivisera utredningsarbetet avseende försörjningsstöd behöver utredningar och planering göras med fokus på egen försörjning. Det innebär att handläggaren i samarbete med den biståndssökande skaffar sig en helhetsbild av personens resurser, försörjningshinder och behov av insatser för att komma i arbete.

Organisationsförändringar

Utredningens förslag och rekommendationer är en organisatorisk förändring.

- 1. En sammanslagning av Enheten för Integration och Arbete med delar av enheten Vuxen till en ny enhet Försörjning. Delar av enheten Vuxen som omfattas av sammanslagningen är följande: Försörjningsstöd, dödsbohandläggning och Budget och Skuldrådgivning.**
- 2. Integration och Arbete (FIA). Förslag på namnet för den nya enheten**

Omsorgskontoret
Svjetlana Miletic

3. Verksamhetsområdena missbruk och våld i nära relationer som idag är en del av enheten Vuxen flyttas till enheten för Funktionsnedsättning.

Detta utifrån ett samsjuklighetsperspektiv samt för att minska risken för individer att ”falla mellan stolarna”. Samsjuklighet innebär att en person har två eller flera hälsotillstånd samtidigt, oftast skadligt bruk av droger eller alkohol tillsammans med en psykiatrisk diagnos, som depression eller ångest. Tillstånden förstärker varandra negativt och leder ofta till försämrad hälsa, ökad social utsatthet och lägre livskvalitet. Behandling kräver samordnade insatser som tar hänsyn till båda diagnoserna samtidigt, då de interagerar och påverkar varandra.

Enheten Försörjning, Integration och Arbete (FIA) kommer att omfatta EIA:s inre och yttre verksamhet samt handläggning av försörjningsstöd/ekonomiskt bistånd, budget- och skuldrådgivning samt dödsbohandläggning. Inom enheten kommer x personer att arbeta.

Enheten för Funktionsnedsättning kommer att omfatta handläggning av LSS, socialpsykiatri, missbruk, våld i nära relation, avgifter, färdtjänst och riksfärdtjänst. Inom enheten kommer x personer att arbeta.

Arbetssätt och rutiner

Vidare föreslås förändringar av den nya enhetens uppdrag och arbetssätt, utifrån politiskt önskemål om ökad effektivitet, involvering av flera målgrupper än idag och med fokus på praktiska insatser.

Förändring av organisation och arbetsprocesser

Införandet av arbetsförmågebedömningar (en ny rutin efter en beprövad erfarenhet, ett pilotfall som Omsorg Myndighet genomförde under sommaren/hösten 2025). Det finns ett antal personer (ca 17) som idag är aktuella på försörjningsstöd och inte besitter en arbetsförmåga. Dessa personer behöver en utredning/arbetsförmågebedömning som vidare ska hanteras av Försäkringskassan och få ersättning därifrån. Utifrån den enskildes integritet är det mest lämpligt eftersom dessa personer inte är till arbetsmarknadsförfogande och kommer inte med stor sannolikhet vara det.

Tydligt och närvarande ledarskap

Den nya enheten Försörjning, I

ntegration och Arbete (FIA) föreslås organiseras med en enhetschef och 2 biträdande enhetschefer.

Omsorgskontoret
Svjetlana Miletic

Enhetschef har direkt operativt ledarskap för försörjningsstöd, budget och skuld, dödsboanmälningar, och ansvar för 2 biträdande enhetschefer.

En av biträdande enhetscheferna har ansvar för verksamhetsnära, operativt stöd och vägledning av yttre verksamhet.

Den andra biträdande enhetschefen har ansvar för verksamhetsnära, operativt stöd och vägledning av inre verksamhet (tidigare EIA, inre verksamhet och projekt delar). Detta för att tydliggöra rollerna och ansvarsfördelningen för att nå ett närvarande, verksamhetsnära samt operativ ledarskap. För att nå det föreslås följande omlokaliseringar inom kontoret på kyrkogatan 14:

- flytt av inre verksamhet till våning 2, där försörjningsstödshandläggare är lokaliserade.
- flytt av missbruk och våld i nära relation till bottenplan där enheten för Funktionsnedsättning är lokaliserade.

Syftet med flytten är dels att skapa bättre förutsättningar för gruppens dynamik eftersom verksamheten har samma mål och vision och kan skapa samsyn. Dels att få närmare till övriga kollegor och ledning.

Förkorta ledtider i handläggning och uppföljning

En väg in kommer möjliggöra mer effektivt arbetsflöde, där handläggarna som arbetar med myndighetsutövningen/försörjningsstöd sitter nära utföraren. En effekt av förändringen kommer att resultera till att insatser kan sättas in tidigt, redan vid första kontakten med kommunen. Andra arbetsnära insatser kommer kunna integreras i ett tidigt skede. Detta kommer möjliggöra mer tydlighet i dem olika professionernas roller, ansvar som i sin tur säkerställer effektiv handläggning och uppföljning.

Effektivare samarbete med Komvux (SFI- Svenska för invandrare), rapporteringskrav för personer som uppbär försörjningsstöd

Upprätta samverkansform med tydliga samarbetsrutiner.

Förväntade effekter

Syftet med de föreslagna förändringarna är att öka förmågan till en effektiv och individanpassat arbetssätt, ombesörja praktik, arbetsträning, arbetsförmågebedömning, samt minska antal personer som uppbär försörjningsstöd och få fler personer till egen försörjning.

Extra samverkan omsorgskontoret

2025-11-20 10:00 - 10:20

20 november 2025, kl 10:00-10:20, digital via teams.

Samverkansprotokollet publiceras efter justering på Ines.

Närvarande arbetsgivarrepresentanter:

Svjettlana Miletic, Verksamhetschef myndighet

Närvarande arbetstagarrepresentanter:

David Wagner, Akademikerförbundet SSR

Pia Liljefors, Fysioterapeuterna

Frånvarande arbetsgivarrepresentanter:

Frånvarande arbetstagarrepresentanter:

Hanna Nordén, Vision

Sanna Liljeholm, Sveriges arbetsterapeuter

Sekreterare: Tina Luther, Ledningskoordinator

Plats

Digitalt via teams

Deltagare

Tina Luther (Organisatör), Svjetlana Miletic

1. Val av justerare av dagens protokoll

David Wagner, Akademikerförbundet SSR utses att justera protokollet.

2. Fastställande av föredragningslista

Föredragningslistan fastställs.

3. Information

Informationsärenden är ärenden som arbetsgivarorganisationen vill delge arbetstagarorganisationen enligt MBL § 19.

Syftet är ökat medbestämmande till de anställda för att de ska kunna utnyttja sin rätt till förhandling.

3.1. "En väg in"

Arbetsgivare informerar om det uppdrag som Vård och Omsorgsnämnden givit förvaltningen som innebär att utreda organisationsförändringar för att skapa en väg in, som även informerats om tidigare på samverkan. En väg in vänder sig till personer som saknar försörjning, sysselsättning, praktik och främjar att personerna ska komma ut i arbetet istället för att ha bidrag som primör lösning. Arbetsgivaren har utifrån detta uppdrag tagit fram ett underlag, genomfört en utredning som presenteras som förslag till organisationsförändring. Arbetsgivarens förslag innebär att Enheten för Integration och Arbete och delar av enheten Vuxen slås samman till en enhet. Verksamhetsområden Missbruk och våld föreslås flytta till enheten Funktionsnedsättning, utifrån målgruppen; Samsjuklighet. RKA kommer att genomföras i slutet av november/början av december.

Verksamhetschef myndighet informerar utifrån det uppdrag som nämnden givit förvaltningen och hur det framtagna förslaget till organisatorisk förändring som berör enheterna Vuxen, EIA och Enheten för funktionsnedsättning. Syftet med förändringen är att få en sammanhållen struktur och en tydligare väg in för dessa ärenden. Underlag och förslag till förändring är framtaget av verksamhetschef myndighet där berörda enhetschefer kontinuerligt har fått information och uppdateringar under processen.

Arbetsgivaren föreslår att ärenden kopplat till missbruk och våld i nära relation förläggs under Enheten för funktionsnedsättning samt att Enheten för integration och arbete och Vuxenenheten slås samman till en enhet där förslag till namn är "Försörjning, Integration och arbete".

Enheten Försörjning, Integration och arbete föreslås att ha en enhetschef, en biträdande enhetschef för yttre verksamhet och en biträdande enhetschef för Inre verksamhet och myndighetsdelar (försörjningsstöd, dödsbohandläggning,) och budget och skuld.

Arbetsgivaren reserverar sig för eventuella förändringar av detaljer gällande biträdande enhetschefer och ansvarsområden.

Fullständigt förslag till förändring finns bifogat till protokollet samt har skickats ut till fackliga representanter innan mötet den 20/11.

Medskick från Vision som ej kunde närvara på mötet var att de vill säkerställa att denna samverkan enbart är information och inte beslutsamverkan.

Samverkan idag den 20 november är informationssamverkan.

Vision saknar även inbjudan till RKA. Detta kommer arbetsgivaren att boka in så snart protokollet från dagens möte är justerat.

Akademikerförbundet SSR ställer frågan när detta föreslås att träda i kraft om beslut tas att gå vidare med förslag till organisationsförändring.

Ärendet kommer den 4 december att tas upp för beslut på ordinarie samverkan. Därefter kommer justerat protokoll från beslutsamverkan, färdigt underlag för organisationsförändring samt RKA att skickas med till nämnden för de att ta det slutliga beslutet den 17 december 2025 om de vill gå vidare att verkställa.

Förutsatt att nämnden tar beslut om att gå vidare med föreslagen organisationsförändring så kommer detta att träda i kraft den 2 januari 2026.

Fackliga organisationer har där med tagit del av informationen.

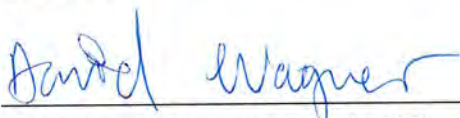
Bilagor

Uppdrag att utreda organisationsförändringar i syfte att skapa en väg in Arbetsmaterial Samverkan 20251119 j.docx

4. Underskrifter

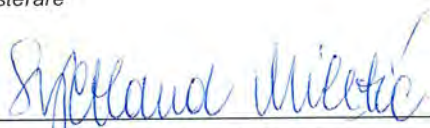
(Tina Luther, Ledningskoordinator)

Sekreterare

A handwritten signature in blue ink, reading "David Wagner", written over a horizontal line.

(David Wagner, Akademikerförbundet SSR)

Justerare

A handwritten signature in blue ink, reading "Sveltana Miletic", written over a horizontal line.

(Sveltana Miletic, Verksamhetschef myndighet)

Ordförande

GENOMFÖRANDE☐ Utförd

Klara rader: 13/13

Ansvarig: Svjetlana Miletic*Datum:* 2025-12-03*Enhet:* Chefer myndighet omsorg*Objekt:* En väg in

Beskrivning: Vård och Omsorgsnämnden givit förvaltningen i uppdrag att utreda organisationsförändringar för att skapa en väg in. En väg in vänder sig till personer som saknar försörjning, sysselsättning, praktik och främjan att personerna ska komma ut i arbetet istället för att ha bidrag som primör lösning. Förvaltningen har utifrån detta uppdrag tagit fram ett underlag, genomfört en utredning som presenteras som förslag till organisationsförändring. Arbetsgivarens förslag innebär att Enheten för Integration och Arbete och delar av enheten Vuxen slås samman till en enhet. Verksamhetsområden Missbruk och våld föreslås flytta till enheten Funktionsnedsättning, utifrån målgruppen; Samsjuklighet. Informations samverkan genomfördes 20251120. RKA kommer att genomföras i slutet av november/början av december.

Deltagare: Eva-Lena Grannas, Svjetlana Miletic*Övriga deltagare:* Ylva Löfberg, Kommunal David Wagner, SSR

DEFINITIONER FÖR RISKVÄRDERING

Faktor	Sannolikhet	Faktor	Konsekvens	Riskmatris:				
1	Mycket osannolik	1	Mycket liten	5	10	15	20	25
2	Osannolik	2	Viss	4	8	12	16	20
3	Låg sannolikhet	3	Allvarlig	3	6	9	12	15
4	Hög sannolikhet	4	Mycket allvarlig	2	4	6	8	10
5	Nästan säkert	5	Katastrofal	1	2	3	4	5

ALLMÄN RISKBEDÖMNING (TEKNISKA/FYSISKA, ORGANISATORISKA, SOCIALA RISKER)

Beskrivning av eller instruktioner för mallen: Riskbedömning är att bedöma de risker som har identifierats i verksamheten för att värdera om riskerna är allvarliga eller inte. Att bedöma risker är en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet för att ingen ska bli sjuk, skadas eller dö av jobbet.

VAD ÄR EN RISK?

En risk är sannolikheten för att en farlig händelse eller exponering ska inträffa och konsekvenserna av om det inträffar, i form av skada eller ohälsa. Det kan drabba individer eller grupper.

VAD ÄR EN RISKBEDÖMNING?

Riskbedömning är att bestämma hur allvarlig risken är. Du kan göra det genom att väga samman sannolikheten och konsekvenserna.

Skyddsombud (om sådant finns) har rätt att medverka i riskbedömningen, men det är arbetsgivaren som har ansvar för att bedöma om ändringen kommer att medföra risker som behöver åtgärdas.

EXEMPEL

- Hala golv kan leda till att någon halkar och skadar sig.
- Tunga lyft och påfrestande arbetsställningar kan leda till skador och sjukdomar i muskler och skelett.
- Många vakanser över lång tid kan leda till ohälsosam arbetsbelastning och stress.
- Kränkande särbehandling kan leda till stress och psykisk ohälsa.

Om konsekvenserna blir små och sannolikheten för ohälsa/skada är minimal, då behövs troligen ingen omedelbar åtgärd. Om konsekvenserna är stora och sannolikheten är hög för att risken ska inträffa så behövs omedelbara åtgärder.

Kom ihåg att följa upp de åtgärder som har gjorts för att se om de fått önskad effekt eller om det behövs ytterligare åtgärder för att minska eller ta bort eventuella arbetsmiljörisker.

GÖR SÅ HÄR:

1. Undersök och identifiera vilka risker som finns på arbetsplatsen. Fokusera på omständigheter (orsaker) som riskerar leda till ohälsa eller olycksfall på er arbetsplats.
2. Klicka på pilen i högerkanten av matrisen för att skapa nya rader under varje rubrik. En rad per risk.
3. Beskriv vilken typ av ohälsa, skada eller andra negativa konsekvenser som kan uppstå.
4. Bedöm hur allvarlig risken är utifrån hur SANNOLIKT det är att skada/ohälsa inträffar och vilka KONSEKVENSERNA blir om skada/ohälsa inträffar.
5. Bestäm och tidssätt åtgärder. Allvarliga och akuta risker har högst prioritet och åtgärdas direkt. Koppla åtgärder direkt till identifierade risker genom att klicka på skiftnyckeln längst ut till höger i respektive rad.

Tips!

- Använd rapportfunktionen i KIA för att se vilka vilka typer av tillbud, olyckor och risker ni har anmält den senaste tiden.
- Alla dina åtgärder samlas under rubriken HANDLINGSPLAN. Där kan du dokumentera uppföljningen.

Nr	Risk (omständighet)	Beskrivning / ohälsa/skada (konsekvens)	Risk (S + K)
1	ARBETSMILJÖ: Vilka tekniska och fysiska risker finns på arbetsplatsen? Vad kan det få för konsekvens?		
	Tekniska faktorer berör teknik, konstruktioner och hjälpmedel. Fysiska faktorer har att göra med hur man arbetar. Exempel: dåligt fungerande IT-system, trasiga maskiner, brister i lyftanordningar, bristfällig skyddsutrustning, ventilation, fukt och mögel, dålig belysning, höga ljudnivåer, tunga lyft, arbete i obekväma ställningar, farliga kemikalier, smitta, arbete på extrema platser som höga höjder, halt eller hårt underlag.		
1.1	Ventilation behöver säkerställas att den är optimal (Flytt av EIA, inre verksamhet till plan 2, där missbruk och våld handläggare sitter).	Att vi inte kan få in ca 8 medarbetare (EIA s inre verksamhet). Det kan relatera till ohälsa och dålig arbetsmiljö.	2*1 2
1.2	Klient möten inne på kontor, 2 exit behöver finnas i så fall. (Flytt av EIA, inre verksamhet till plan 2, där missbruk och våld handläggare sitter).	Det saknas ett samtalsrum. Svårighet att boka in möten, delat kontor med en kollega.	4*5 20
2	ARBETSMILJÖ: Vilka sociala risker finns på arbetsplatsen? Vad kan det få för konsekvens?		
	Sociala faktorer handlar om risker i samspelet med andra. Exempel: samarbetssvårigheter, konflikter, kränkande särbehandling, bristande kommunikation, kränkningar och hot på sociala medier, hotfulla situationer		
2.1	Flytt av våld i nära relation försvårar till en viss del samarbete mellan Barn och Unga och VINR	Längre handläggningstid.	3*2 6
2.2	Att få nya kollegor som man måste förhålla sig till, nya konstellationen.	Konflikter, ohälsa, stress, oro, dålig arbetsmiljö	4*3 12
2.3	Risken för konflikter, samarbetssvårigheter kan öka	Ohälsa, stress, oro, dålig arbetsmiljö	4*4 16
2.4	Medarbetare hos EIA-eventuellt aktuella klienter hos Barn och Unga	Hot och Våld, stress, oro, dålig arbetsmiljö	3*4 12
3	ARBETSMILJÖ: Vilka organisatoriska risker finns på arbetsplatsen? Vad kan det få för konsekvens?		
	Organisatoriska faktorer berör arbetsplatsens organisering. Exempel. långvarig och ohälsosam arbetsbelastning, för lite tid för återhämtning, bristande kommunikation, bristande ledning och styrning, otydlighet i roller och ansvar, bristande kunskaper, bristande introduktion		
3.1	Otydlighet i roller och ansvar	Konflikter, ohälsa, stress, oro, dålig arbetsmiljö	3*3 9
3.2	Bristande kunskaper hos ledningen utifrån inre verksamheten (hos EIA).	Medarbetare får inte det stöd de behöver. Konflikter, ohälsa, stress, oro, dålig arbetsmiljö.	4*4 16
3.3	Oron finns hos medarbetare inom missbruk och VINR; Specialisthandläggare försvinner vid sammanslagningen/flytten till Funktionsnedsättning.	Hög arbetsbelastning, medarbetare får inte tid för återhämtning.	4*4 16
3.4	Avsaknad av ordinarie enhetschef vid uppstart	Otydlighet. Medarbetare får inte det stöd de behöver. Konflikter, ohälsa, stress, oro, dålig arbetsmiljö.	4*4 16
3.5	Ökad risk för ökad arbetsbelastning vid implementeringen	Hög arbetsbelastning, stress, för lite tid för återhämtning.	3*3 9
3.6	Psykosocialstress och förändringströtthet	Risk för sjukskrivningar, uppsägningar.	4*4 16
3.7	Introduktion för nya medarbetare (2 nyanställda).	Arbetsmängd som behöver hanteras, generellt.	4*4 16

Uppföljningsansvarig

Klar

Klar den



Kommentar

Arbetsgivarrepresentant:

Skyddsombud:



2025-12-04

Förhandlingsfråga:

Arbetsgivaren föreslår beslut om organisationsförändring i enlighet med utredning, ”En väg in” innebärande en sammanslagning av Enheten för Integration och Arbete med verksamhetsområdesdelar från enheten Vuxen (försörjningsstöd, dödsbohandläggning och budget- och skuldrådgivning) samt en flytt av Verksamhetsområden Missbruk och våld i nära relationer, till enheten Funktionsnedsättning. Den nya organisationen ska träda i kraft 1 mars. Den nya organisationen/enheten, FIA Försörjning, Integration och Arbete föreslås ha en enhetschef och 2 biträdande enhetschefer. Arbetsgivaren reserverar sig för eventuella förändringar av detaljer gällande biträdande enhetschefers ansvarsområden.

Tid och plats:

2025-12-04, Östhammar

Parter:

Östhammars kommun och Kommunal

Närvarande:

För arbetsgivaren: Svjetlana Miletic Verksamhetschef Myndighet, Omsorgskontor

För arbetstagarna: Ylva Löfberg, Kommunal.

§ 1

Arbetsgivaren har kallat till förhandling gällande förslag till beslut om organisationsförändring i enlighet med utredning, innebärande en sammanslagning av Enheten för Integration och Arbete med verksamhetsområdesdelar från enheten Vuxen (försörjningsstöd, dödsbohandläggning och budget- och skuldrådgivning) samt en flytt av Verksamhetsområden Missbruk och våld i nära relationer, till enheten Funktionsnedsättning. Den nya organisationen ska träda i kraft 1 mars. Den nya organisationen/enheten, FIA Försörjning, Integration och Arbete föreslås ha en enhetschef och 2 biträdande enhetschefer. Arbetsgivaren reserverar sig för eventuella förändringar av detaljer gällande biträdande enhetschefers ansvarsområden.

§2 Förändringen och de nya anställningsavtalen kommer att gälla från 20260301 tillsvidare.

§ 3

Kommunal vill se tidiga och löpande uppföljningar av RKA, för att snabbt fånga upp och åtgärda eventuella risker som besannats.

Kommunal vill se en kompetensbaserad rekryteringsprocess avseende enhetschefstjänsten för den nya enheten, (FIA), där både interna och externa sökanden är välkomna.

§4

Förhandlingen avslutas, 2025-12-04.

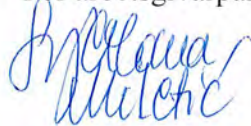
Parterna konstaterar att förhandlingsskyldigheten uppfyllts.

Vid protokollet:

Namnge sekreterare

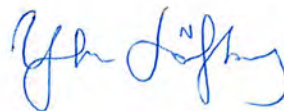
Justeras:

För arbetsgivarparten



Namn
Titel

För arbetstagarparten



Namn
Kommunal

Samverkan Omsorgskontoret

2025-12-04 10:00 - 11:30

4 december kl.10:00-11:30, digitalt via teams

Dagordningen skickas ut en vecka innan mötet.

Samverkansprotokollet publiceras efter justering på Ines.

Deltagarlista

Arbetsgivarens företrädare:

Ida Eklöf

Arbetslagarnas företrädare:

Alexander Canizarés Dahlström, Akavia

Sanna Liljeholm, Sveriges arbetsterapeuter

Hanna Nordén, Vision

David Wagner, Akademikerförbundet SSR

Annika Green, Vårdförbundet

Frånvarande:

Arbetsgivarrepresentanter:

Lina Edlund, Socialchef

Emma Peters, Verksamhetschef LSS/HSL

Anette Bergman, HR-partner

Rebecca Revin, HR-partner

Arbetslagarrepresentanter:

Ulf Andersson, Ledarna

Pia Liljefors, Fysioterapeuterna

Utses att justera: Hanna Nordén, Vision

Sekreterare: Tina Luther, Ledningskoordinator

Plats

Digitalt via teams

Deltagare

Tina Luther (Organisatör), Anette Bergman (Frånvarande), Emma Peters (Frånvarande), Ida Eklöf, Lina Edlund (Frånvarande), Lina Häggström, Rebecca Revin (Frånvarande), Svjetlana Miletic

1. Val av justerare av dagens protokoll

Hanna Nordén utses att justera protokollet.

2. Fastställande av föredragningslista

Tillkommande informationsärende, 3.8 - Särskild visstidsanställning - kontaktperson

Föredragningslistan fastställs.

3. Informationsärende

Informationsärenden är ärenden som arbetgivarorganisationen vill delge arbetstagarorganisationen enligt MBL § 19. Syftet är ökat medbestämmande till de anställda för att de ska kunna utnyttja sin rätt till förhandling.

3.1. Rekrytering enhetschef Öppenvården

Verksamhetschef myndighet informerar gällande processen av ny enhetschef till Öppenvården.

Verksamhetschef myndighet informerar om pågående rekrytering av enhetschef Öppenvården där intervjuer har genomförts och arbetsgivaren har ambitionen att kunna erbjuda tjänsten till en kandidat under dagen. Fackliga har varit med i processen och även en biträdande enhetscheferna på barn och unga.

Fackliga har där med tagit del av informationen.

3.2. Verksamhetsförändring arbetstid samt organisationsförändring boendestöd

Verksamhetschef myndighet informerar.

Verksamhetschef myndighet informerar om förslag till förändring inom Öppenvården och medarbetarna som arbetar inom boendestöd. Förändringen avser en förändring gällande arbetstid och förändring av arbetsbeskrivningen för dessa medarbetare. I dagsläget har berörda medarbetarna heltidsmått på 40 timmar i veckan och förlagt på dagtid. Arbetsgivarens förslag till förändring är att 37 timmar per vecka ska vara heltidsmåttet och att arbetstiden ska även förläggas under kvällar och helger.

Syftet med förslaget är att på ett bättre sätt kunna tillgodosedda behov utifrån beslut inom SoL eller LSS som i sin tur möjliggör att personer kan fortsätta bo hemma i ordinärt boende. På detta vis ser man även möjligheten att kunna frigöra platser på servicebostäderna samt att underlätta att kunna verkställa SoL beslut inom 3 månader.

Fackliga organisationer har där med tagit del av informationen.

3.3. Rekrytering enhetschef hemtjänst Österbybruk

Verksamhetschef äldreomsorg informerar om att Sofia Forsberg är tillsatt från 1 december 2025. Har tidigare varit bitr.enhetschef för området och har en god kännedom om verksamhetsområdet.

Verksamhetschef äldreomsorg informerar om att rekryteringen av enhetschef till hemtjänst Österbybruk är färdig och att Sofia Forsberg har tillträtt på tjänsten den 1 december.

Sofia har sedan innan en god relation i gruppen i och med det tillförordnade uppdraget sedan våren 2025.

Fackliga har där med tagit del av informationen.

3.4. Rekrytering enhetschef HSL väst

Arbetsgivaren informerar om tillfällig rekrytering av biträdande enhetschef HSL väst, Sarai Brännkärr går in som TF Enhetschef i 6 månader med eventuell förlängning för Sara Aggeborn som har tjänstledigt i 6 månader för att jobba i en annan tjänst.

Verksamhetschef äldreomsorg informerar om att Sarai Brännkärr är tillsatt som tillförordnad enhetschef för HSL väst i och med att ordinarie enhetschef är tjänstledig 6 månader med eventuell förlängning för att prova annat arbete i kommunen.

Fackliga organisationer har där med tagit del av informationen.

3.5. Rekrytering biträdande enhetschef gruppbofastäderna

Arbetsgivaren informerar om färdig rekrytering av biträdande enhetschef, Sara Aggeborn går in som biträdande enhetschef för gruppbofastäderna.

Verksamhetschef äldreomsorg informerar om att Sara Aggeborn tillträtt som biträdande enhetschef för gruppbofastäderna. Provanställning 6 månader med eventuell förlängning.

Fackliga organisationer har där med tagit del av informationen.

3.6. Rekrytering Närvårdsenheten/korttidsenheten

Arbetsgivaren informerar om pågående rekryteringsprocess av enhetschef, har påbörjat intervjuer. Annonsern har inte gått ut än den 8 december. Flera bra sökanden.

Verksamhetschef äldreomsorg informerar om den kommande pensionsavgången som sker under våren 2026. Många ansökningar och det har påbörjats en genomgång av ansökningarna. Intervjuer har påbörjats med potentiella kandidater. Annonsern ligger ute till och med 8 december.

Fackliga har där med tagit del av informationen.

3.7. Rekrytering verksamhetschef äldreomsorg

Biträdande Socialchef informerar om aktuellt läge gällande rekrytering av verksamhetschef äldreomsorg.

Biträdande socialchef informerar om rekryteringen av verksamhetschef äldreomsorg. Annonstiden har gått ut och man har inte landat i någon kandidat i nuläget. För närvarande har man valt att pausa rekryteringen tills dess att Socialchefen är åter i tjänst. Tills dess att rekryteringen blir färdig så kommer verksamhetschef myndighet att ha tillförordnad uppdrag som verksamhetschef för hemtjänst och verksamhetschef LSS/HSL ha tillförordnat uppdrag för SÄBO.

Vision ställer frågan om när Socialchefen är åter i tjänst.

Inget datum just nu för när detta blir.

Fackliga organisationer har där med tagit del av informationen.

3.8. Särskild visstidsanställning - kontaktperson

Verksamhetschef myndighet informerar om arbetsgivarens vilja att anställa en person på en SÄVA (särskild visstidsanställning) avseende kontaktperson. Anställningen är tänkt att fortlöpa under 8 månader och ska framförallt arbeta med att verkställa insatser inom SoL och LSS där man i nuläget har många icke verkställda beslut.

Fackliga organisationer har där med tagit del av informationen.

4. Beslutsärenden

Ärenden som arbetsgivaren avser fatta beslut om och som faller inom förhandlings-skyldigheten ska samverkas innan beslut. Samverkan på kontornivå ersätter MBL §§ 11, 12 och 38. Arbetstagarorganisationerna ska ha fått del av beslutet som avses fattas i tillräcklig tid innan förhandlingen, men ärendet behöver inte ha passerat som informationsärende innan.

4.1. Projekt Bryggan och organisationsförändring

Arbetsgivaren önskar att gå vidare med beslut om att Bryggans nuvarande organisatoriska placering flyttas från Stab/Verksamhetschef myndighet till Enheten för integration och arbete enligt tidigare information på samverkan den 23 oktober. RKA kommer att genomföras innan beslutet verkställs.

Organisationsförändringen är tänkt att träda i kraft den 1 januari. RKA kommer att bokas in tillsammans med fackliga ombud och skyddsombud innan förändringen träder i kraft.

Syftet är att medarbetarna får ett närmare ledarskap samt en tillhörighet till andra pågående projekt som idag pågår under enheten för integration och arbete. Förändringen påverkar 4 medarbetare.

Fackliga organisationer har inga invändningar till arbetsgivarens förslag till beslut och ärendet är där med slutsamverkat.

Beslut

- Fackliga organisationer har inga invändningar till arbetsgivarens förslag till beslut och ärendet är där med slutsamverkat.

4.2. "En väg in"

Arbetsgivaren önskar att gå vidare med beslut gällande det förslag som tagits fram där arbetsgivaren föreslår att Enheten för integration och arbete och Vuxenenheten slås samman till en ny enhet "Försörjning, Integration och arbete" där arbetsgivaren föreslår att ledas av en enhetschef och två biträdande enhetschefer. Områdena missbruk och våld i nära relation som är verksamhetsområden inom Vuxen enheten föreslås att flyttas till Enheten för funktionsnedsättning enligt tidigare information på extra samverkan den 20 november.

Enhetschefen kommer att ha direkt operativt ledarskap för försörjningsstöd, budget och skuld, dödsboanmälningar, och ansvar för 2 biträdande enhetschefer.

En av biträdande enhetscheferna kommer att ha ansvar för verksamhetsnära, operativt stöd och vägledning av yttre verksamhet.

Den andra biträdande enhetschefen kommer att ha ansvar för verksamhetsnära, operativt stöd och vägledning av inre verksamhet (tidigare EIA, inre verksamhet och projekt delar). Detta för att tydliggöra rollerna och ansvarsfördelningen för att nå ett närvarande, verksamhetsnära samt operativ ledarskap. För att nå det föreslås följande omlokaliseringar inom kontoret på kyrkogatan 14:

- flytt av inre verksamhet till våning 2, där försörjningsstödshandläggare är lokaliserade.
- flytt av missbruk och våld i nära relation till bottenplan där enheten för Funktionsnedsättning är lokaliserade.

Föreslår att gå vidare med beslut enligt information som delgivits på extra samverkan den 20 november och tänkt att träda i kraft den 1 mars 2026.

Verksamhetschef myndighet går igenom den RKA som har genomförts och som kommer att vara ett levande dokument och som aktivt kommer att arbetas med. Dokumentet ligger som bilaga till protokollet.

Under morgonen den 4 december har arbetsgivaren även genomfört MBL§11 tillsammans med Kommunal där det också finns ett signerat protokoll.

Arbetsgivaren har bokat in ett möte under dagen där medarbetare, fackliga representanter och HR kommer att delta, syftet med mötet är att bemöta medarbetarnas oro och kunna besvara eventuella frågor som uppkommer.

Vision ger medskicket att de tycker arbetsgivarens initiativ till mötet är väldigt positivt och att de även har påbörjat att se över åtgärder kopplat till RKA'n som genomförts.

Fackliga organisationer har inga invändningar till arbetsgivarens förslag till beslut och ärendet är där med slutsamverkat.

Beslut

- Fackliga organisationer har inga invändningar till arbetsgivarens förslag till beslut och ärendet är där med slutsamverkat.

Bilagor

Uppdrag att utreda organisationsförändringar i syfte att skapa en väg in Arbetsmaterial Samverkan 20251119 j.docx, RKA
En väg in 20251203.pdf

4.3. Utvärdering sommar äldreomsorgen

*Arbetsgivaren önskar att gå vidare med beslut gällande att på prov återinföra två semesterperioder inom äldreomsorgen inför sommaren 2026. Utvärderingen har genomförts med fackliga företrädare från kommunal och vision samt skyddsombud och enhetschefer. Ny utvärdering kommer att ske under hösten 2026 igen.
Se bifogad handling.*

I underlaget som skickats tillsammans med kallelsen så finns jämförelser av avvikelser tillkommit. Utifrån underlaget så ser man förbättringar kopplat till avvikelserna mellan 2024 till 2025.

Mer ingående information finns i bifogat underlag.

Syftet med att återgå på prov till 2 semesterperioder är bland annat att utvärdera ytterligare för att se om effekterna har kopplingar till semesterperioderna eller inte. Ny utvärdering kommer att ske efter sommaren 2026 tillsammans med fackliga ombud och skyddsombud.

Inför sommaren 2026 så har förberedelser redan påbörjats där bland annat rekrytering, introduktion och utbildningsinsatser är i fokus.

Sveriges arbetsterapeuter och Fysioterapeuterna ställer sig positiva till att ha omfattande introduktioner där det ges möjlighet att ha en bra kontinuitet och att både medarbetare och brukare känner sig trygga.

Fackliga organisationer har inga invändningar till arbetsgivarens förslag till beslut och ärendet är där med slutsamverkat.

Beslut

- Fackliga organisationer har inga invändningar till arbetsgivarens förslag till beslut och ärendet är där med slutsamverkat.

Bilagor

Utvärdering bemanning sommar 2025 beslut samverkan.docx

4.4. Enhetschef Edsvägen 16 och Parkvägen

Arbetsgivaren önskar att gå vidare med beslut enligt information på samverkan 23 oktober att fortsätta med en enhetschef vardera på SÄBO Östhammar och SÄBO Österbybruk. Samt att utöka med en omvårdnadsledare på Edsvägen 16. Samt införande av de ombudsroller man identifierat som nödvändiga för att bedriva god omvårdnad av brukarna.

Arbetsgivaren önskar att gå vidare med informationen som delgivits på samverkan 23 oktober där man har 1 enhetschef på Edsvägen 16 och 1 enhetschef på Parkvägen samt att man inför en omvårdnadsledare på Edsvägen 16. Även de identifierade ombudsroller kommer successivt att införas.

Fackliga organisationer har inga invändningar till arbetsgivarens förslag till beslut och ärendet är där med slutsamverkat.

Beslut

- Fackliga organisationer har inga invändningar till arbetsgivarens förslag till beslut och ärendet är där med slutsamverkat.

5. Övrigt, Samverkan

Under övrigt tas ärenden och frågor inkomna från arbetstagarorganisationen eller övriga ärenden från arbetsgivaren. De ska helst ha anmälts senast en vecka i förväg men punkter under denna rubrik kan också tillkomma efter att frågan ställt om föredragslistan kan fastställas. Frågorna som tillkommer under sittande möte kan väljas att besvaras av arbetsgivaren under samma möte eller flyttas till nästkommande möte. Ärenden som leder till att arbetsgivaren tar ett beslut i frågan ska behandlas under beslutsärenden.

5.1. Återkoppling från föregående samverkan gällande långtidssjukskrivning

Återkoppling från HR gällande vad som räknas som långtidssjukskrivning vilket är längre än 60 dagar.

Fackliga organisationer har där med tagit del av informationen.

6. Nästa samverkan

12 februari kl.10:00 i SR Örskär på kommunhuset i Östhammar, även skyddskommitté denna gång.

7. Underskrifter

.

(Tina Luther, Ledningskoordinator)
Sekreterare

(Hanna Nordén, Vision)
Justerare

(Ida Eklöf, Biträdande Socialchef)
Ordförande

Budgetuppföljning

Oktober 2025

Vård- och omsorgsnämnden



Övergripande

Målet om budgetföljsamhet uppnås vid en maximal budgetavvikelse om - 1%.

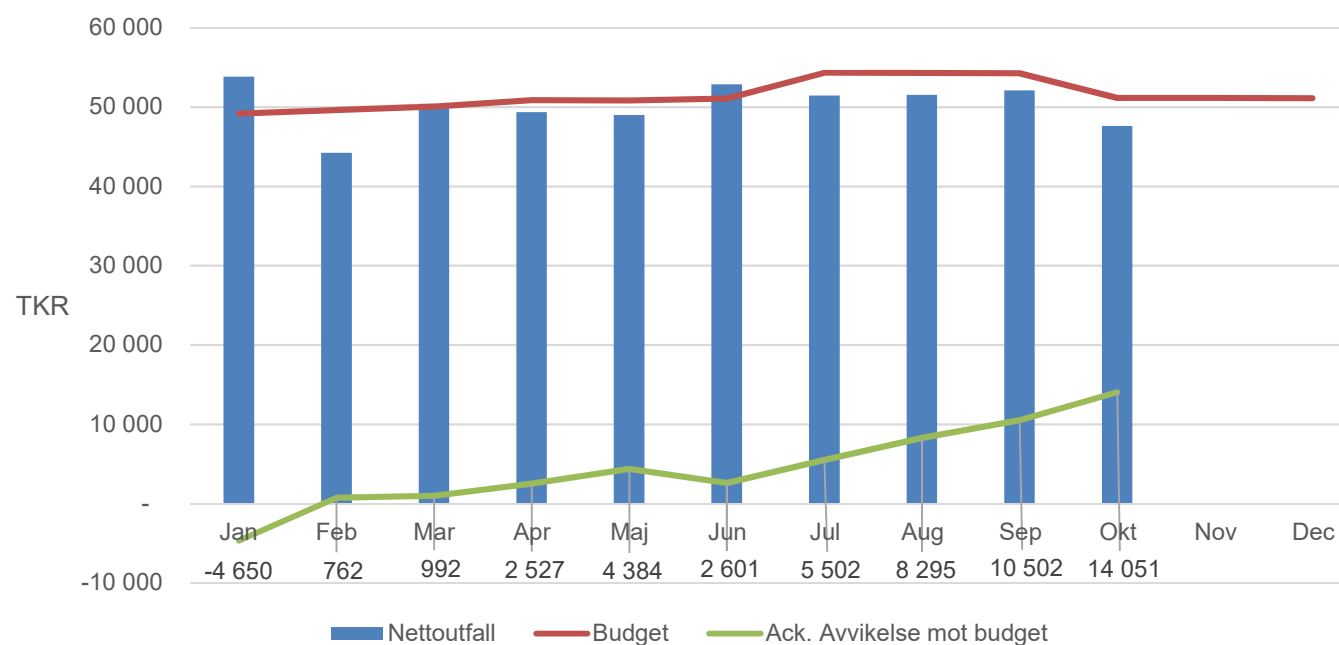
Avvikelse för perioden: +2,72 % (Produktion: - 8,02 %, Myndighet: + 6,25 %)

Prognosavvikelse helår: + 2,32 % (Produktion: - 8,54 %, Myndighet: + 5,87 %)

	Perioden (tkr)			Helår (tkr)		
	Budget t.o.m. oktober	Utfall t.o.m. oktober	Avvikelse t.o.m. oktober	Budget 2025	Prognos 2025	Prognos avvikelse 2025
Produktion	-127 502	-137 728	-10 225	-152 288	-165 294	-13 006
Myndighet	-388 326	-364 050	+ 24 276	-465 870	-438 517	+27 353
Totalt Omsorg	-515 828	-501 778	+ 14 050	-618 158	-603 811	+14 347

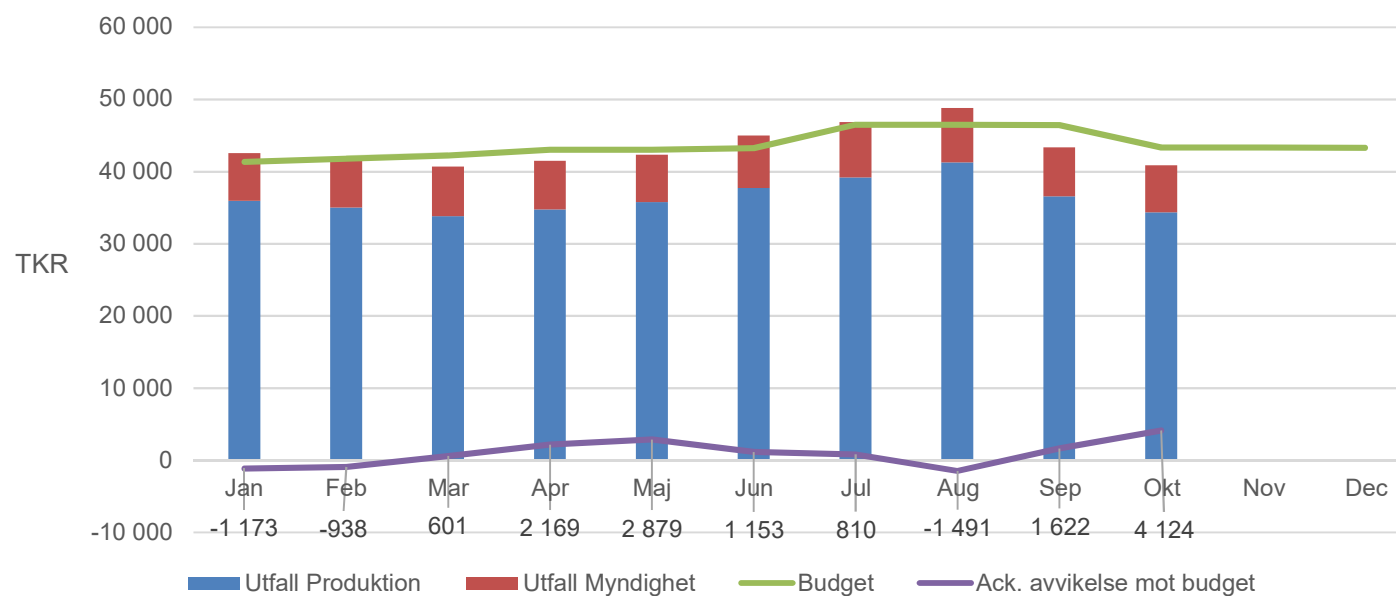
Omsorgskontoret

Utfall 2025



Omsorgskontoret

Personalkostnader 2025 Inhyrd och anställd personal



Produktion

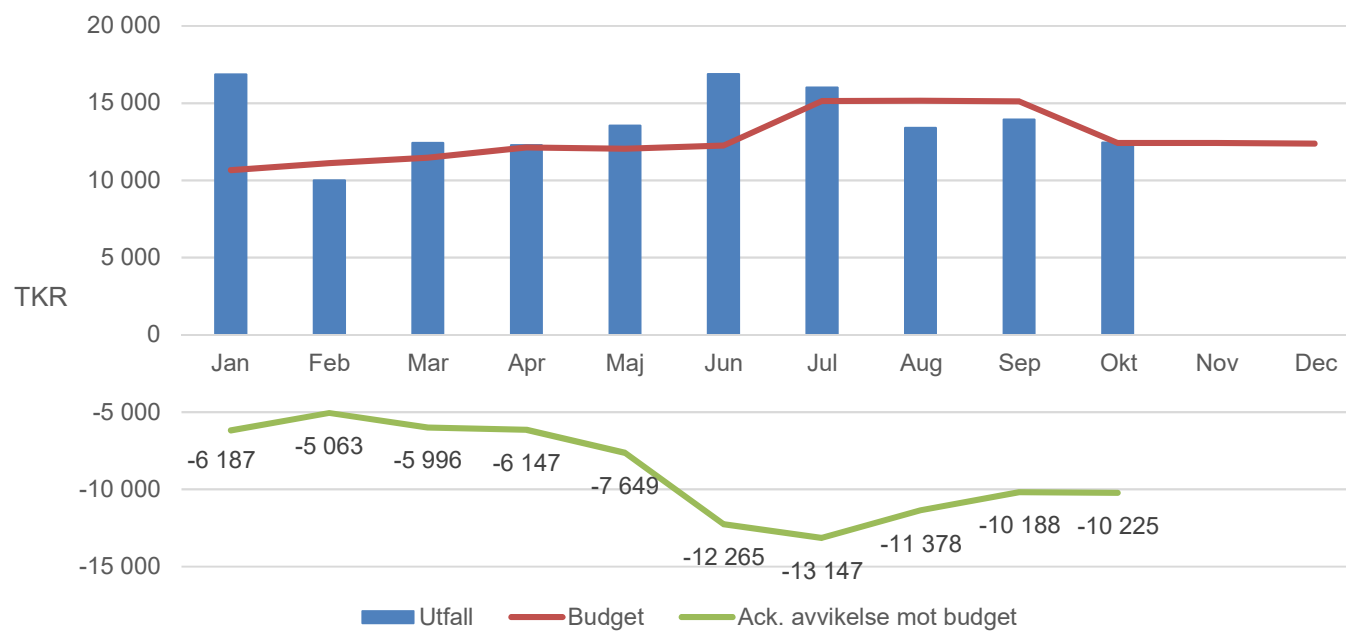
O m s o r g s k o n t o r e t

Produktion

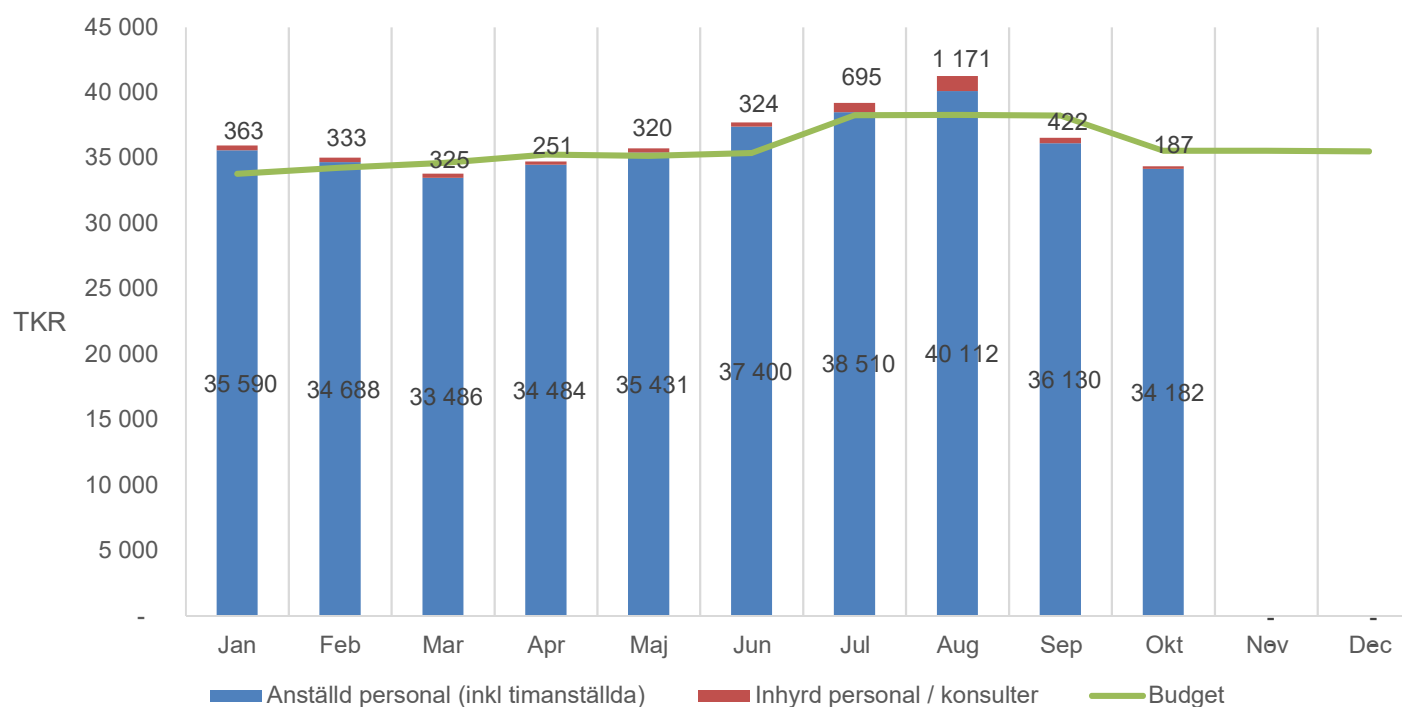
	Perioden (tkr)			Helår (tkr)		
	Budget t.o.m. oktober	Utfall t.o.m. oktober	Avvikelse t.o.m. oktober	Budget 2025	Prognos 2025	Prognos avvikelse 2025
Stab Omsorg	-39 362	-38 999	+364	-47 237	-46 563	+674
Stab Produktion	-2 993	-486	+2 507	-3 587	-1 219	+2 368
Särskilt boende	-136	+5 936	+6 071	0	+6 347	+6 347
Ordinärt boende	-26 722	-45 058	-18 336	-31 928	-53 010	-21 082
HSL	-29 429	-30 274	-845	-35 137	-36 403	-1 266
Hjälpmedel och förebyggande insatser	-19 583	-18 477	+1 106	-23 481	-22 225	+1 256
Funktionshinder	-9 278	-10 370	-1 092	-10 918	-12 220	-1 302
Summa Produktion	-127 502	-137 728	-10 225	-152 288	-165 294	-13 006

Produktion

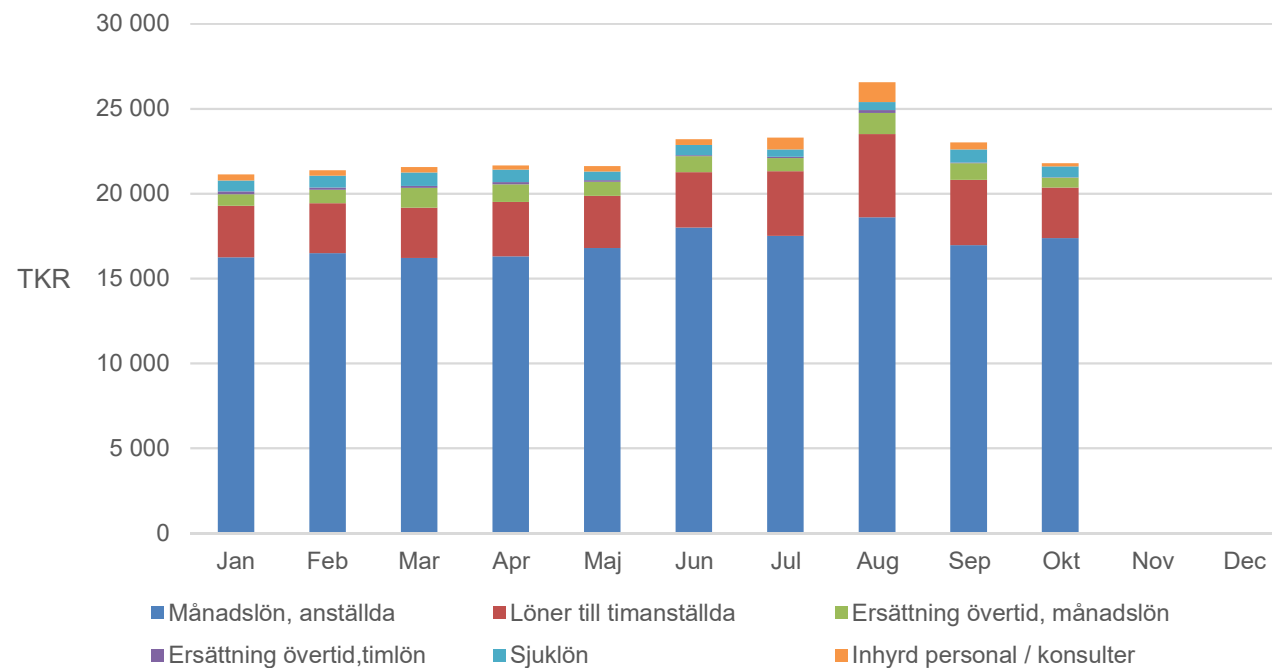
Produktion Utfall 2025



Produktion – totala personalkostnader 2025



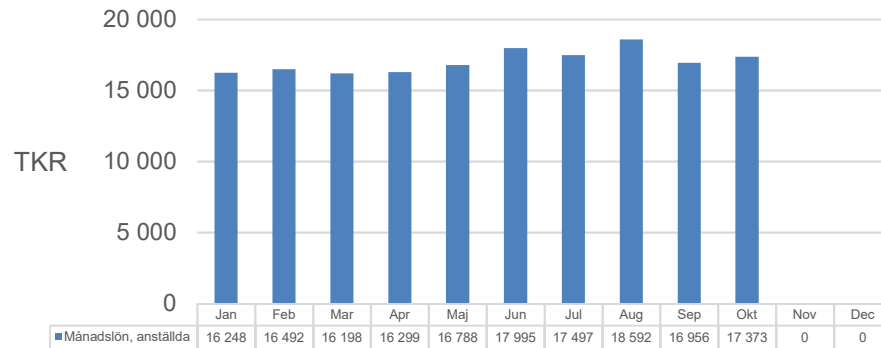
Produktion – personalkostnader 2025



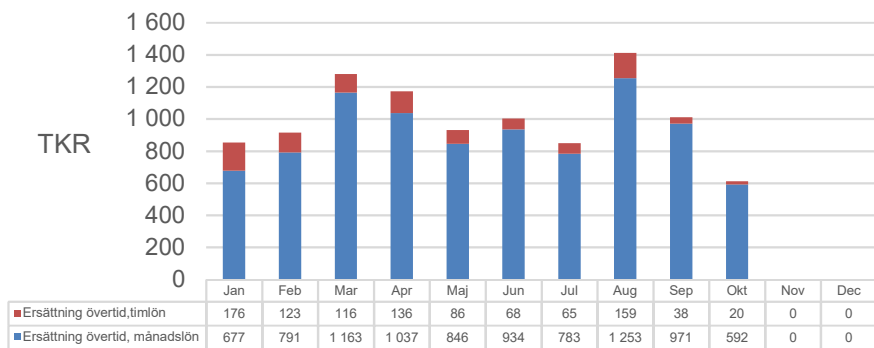
För mer detaljerade uppgifter per verksamhet, se bilagor.

Produktion – personalkostnader 2025

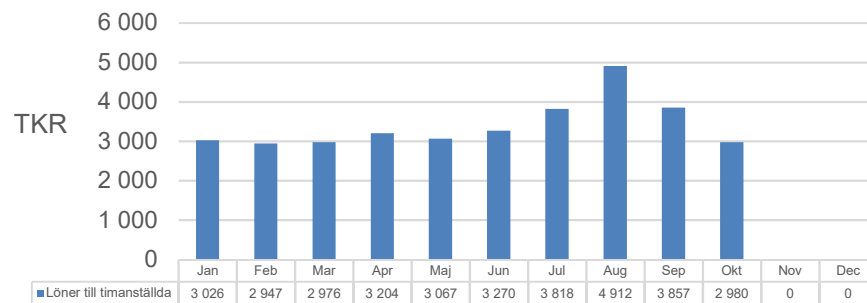
Månadslön, anställda



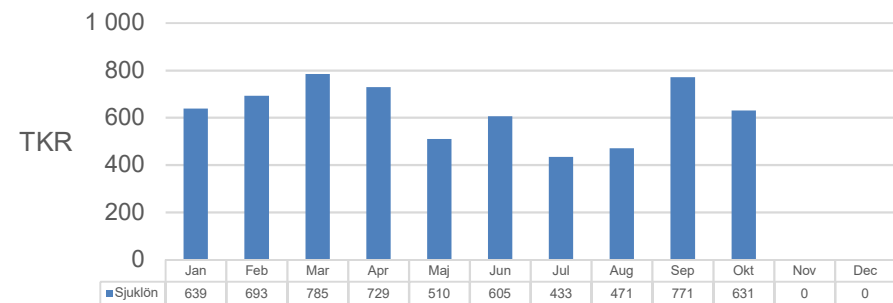
Övertid



Löner till timanställda



Sjuklön

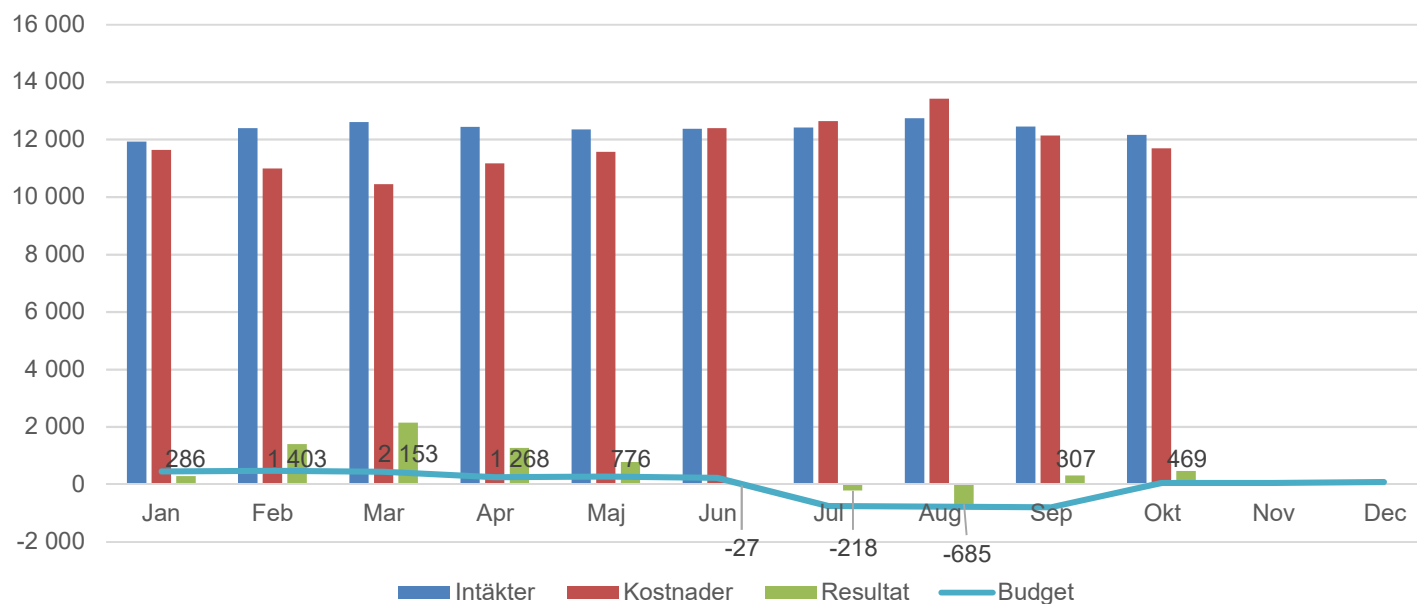


Särskilt boende

	Avvikelse t.o.m. oktober (tkr)	Budget 2025 (tkr)	Prognostiserad avvikelse helår 2025 (tkr)
Olandsgården (Alunda)	+2 375	0	+2 526
Lärkbacken (Gimo)	+1 549	0	+1 384
Tallparksgården (Öregrund)	-368	0	-497
Parkvägen (Österbybruk)	-1 133	0	-1 710
Edsvägen (Östhammar)	+3 648	0	+4 644
Nattorganisationen (SÄBO)	-215	0	0
Totalt Särskilt boende	+5 856	0	+6 347

Särskilt boende

Utfall Särskilt boende dag och natt 2025

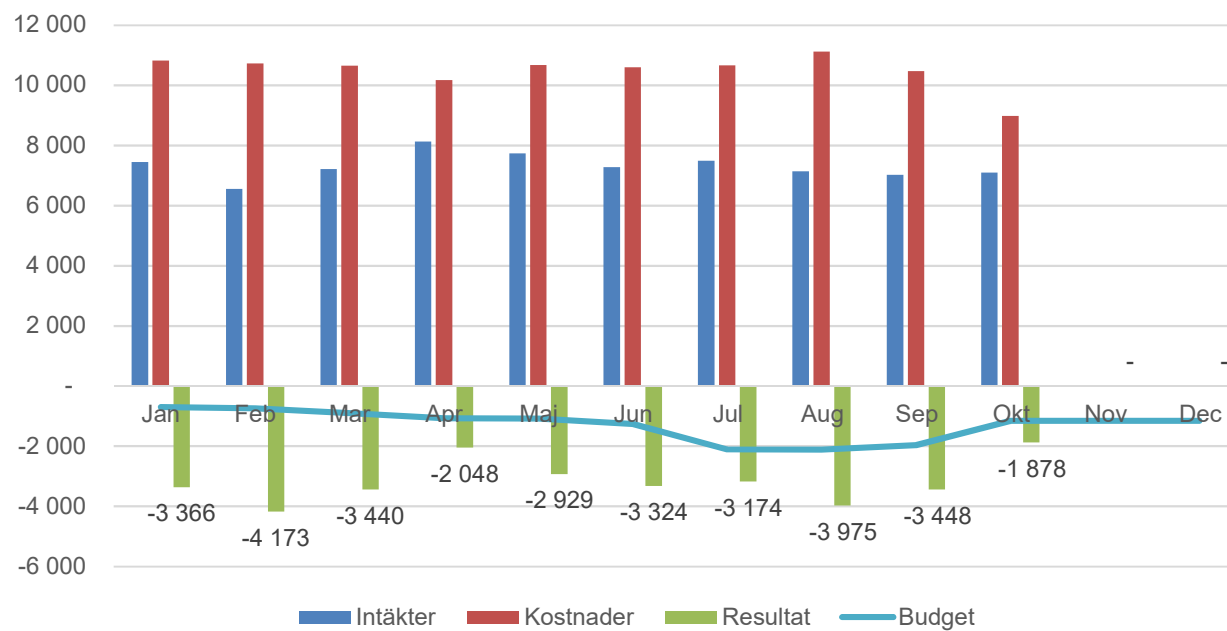


Ordinärt boende

	Avvikelse t.o.m. oktober (tkr)	Budget 2025 (tkr)	Prognostiserad avvikelse helår 2025 (tkr)
Hemtjänst Alunda - Gimo	-6 650	-3 794	-6 953
Hemtjänst Österbybruk	-3 369	-3 895	-4 162
Hemtjänst Östhammar	-4 604	-5 792	-5 391
Hemtjänst Öregrund	-3 989	-1 897	-4 812
Nattorganisation (Hemtjänst)	-138	0	-272
Larmenheten	+283	-4 683	+262
Korttidsenheten	-241	0	-149
Dagverksamhet	+118	-1 141	+140
Närvården	+470	-10 726	+254
Totalt Ordinärt boende	-18 121	-31 928	-21 082

Hemtjänst

Utfall Hemtjänst dag och natt 2025



Funktionshinder

		Avvikelse t.o.m. oktober (tkr)	Budget 2025 (tkr)	Prognostiserad avvikelse helår 2025 (tkr)
Gruppbostad	Daglig verksamhet	+263	0	0
	Personlig assistans	-834	-3 837	0
	Ledsagar- och avlösarservice	+792	-1 386	0
	Bojen	-293	-5 695	-321
	Edsvägen 14	-113	0	-30
	Dannemoravägen	-191	0	-272
	Abborren	-41	0	0
	Klackskärsgatan	-301	0	-394
	Rådhuset	-75	0	0
	Kanickebolsvägen	-211	0	-285
Servicebostad	Repslagargatan	+110	0	0
	Albrektsgatan	-200	0	0
Totalt Funktionshinder		-1 092	-10 918	-1 302

Myndighet

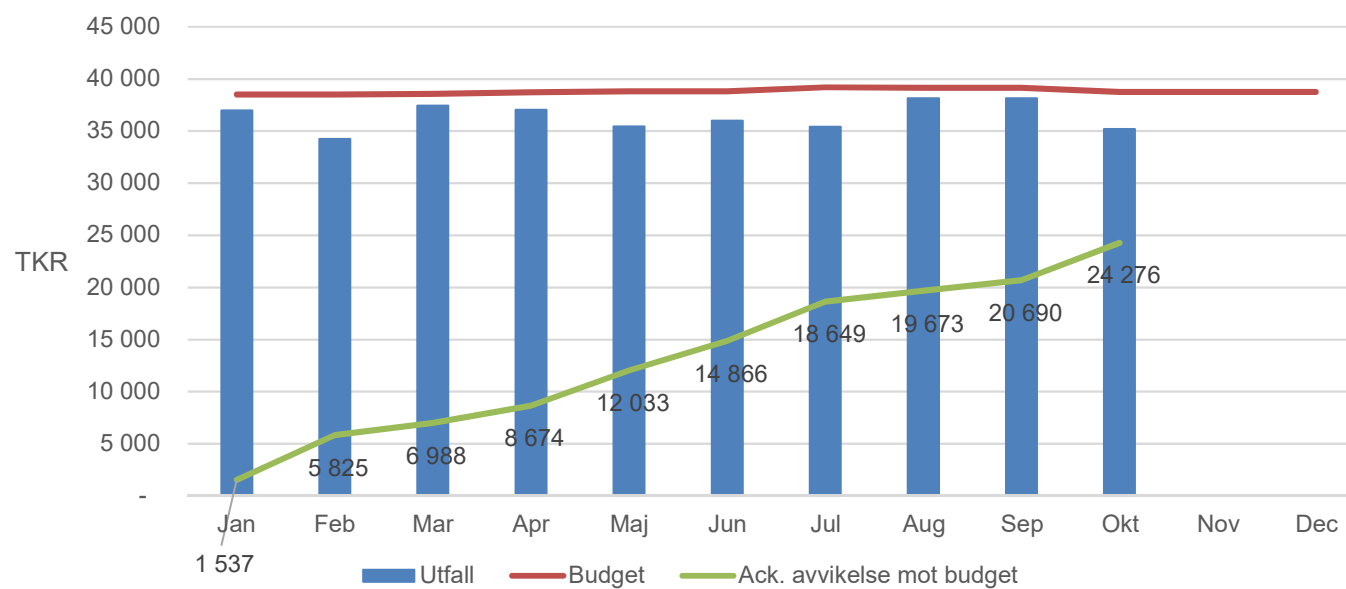
Omsorgskontoret

Myndighet

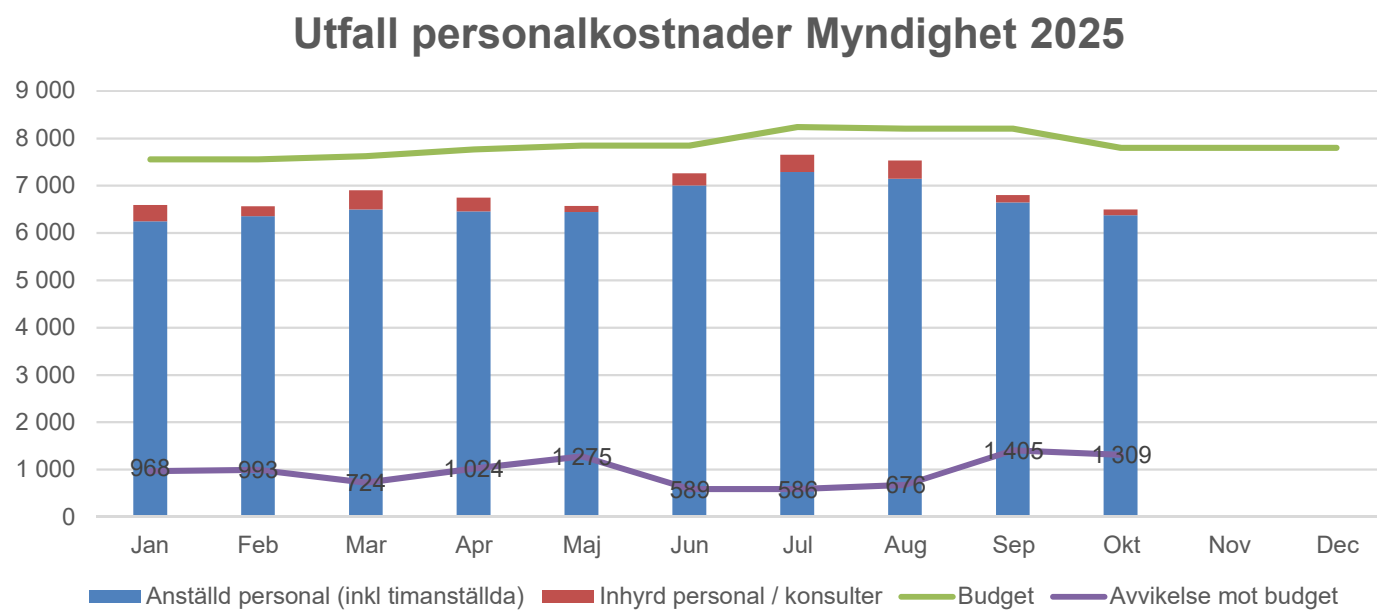
	Perioden (tkr)			Helår (tkr)		
	Budget t.o.m. oktober	Utfall t.o.m. oktober	Avvikelse t.o.m. oktober	Budget 2025	Prognos 2025	Prognos avvikelse 2025
Stab	-2 742	-1 017	+1 725	-3 287	-637	+2 650
Öppenvård	-14 237	-10 938	+3 300	-17 064	-13 408	+3 656
Barn och ungdom	-33 003	-32 472	+532	-39 670	-39 172	+498
Vuxen	-14 902	-13 211	+1 691	-17 871	-16 023	+1 848
Äldre och bistånd	-219 342	-202 972	+16 370	-263 202	-244 121	+19 081
Funktionsnedsättning	-97 242	-98 525	-1 283	-116 684	-118 442	-1 758
Integration och arbete	-6 856	-4 915	+1 941	-8 092	-6 714	+1 378
Summa Myndighet	-388 326	-364 050	+24 276	-465 870	-438 517	+27 353

Myndighet

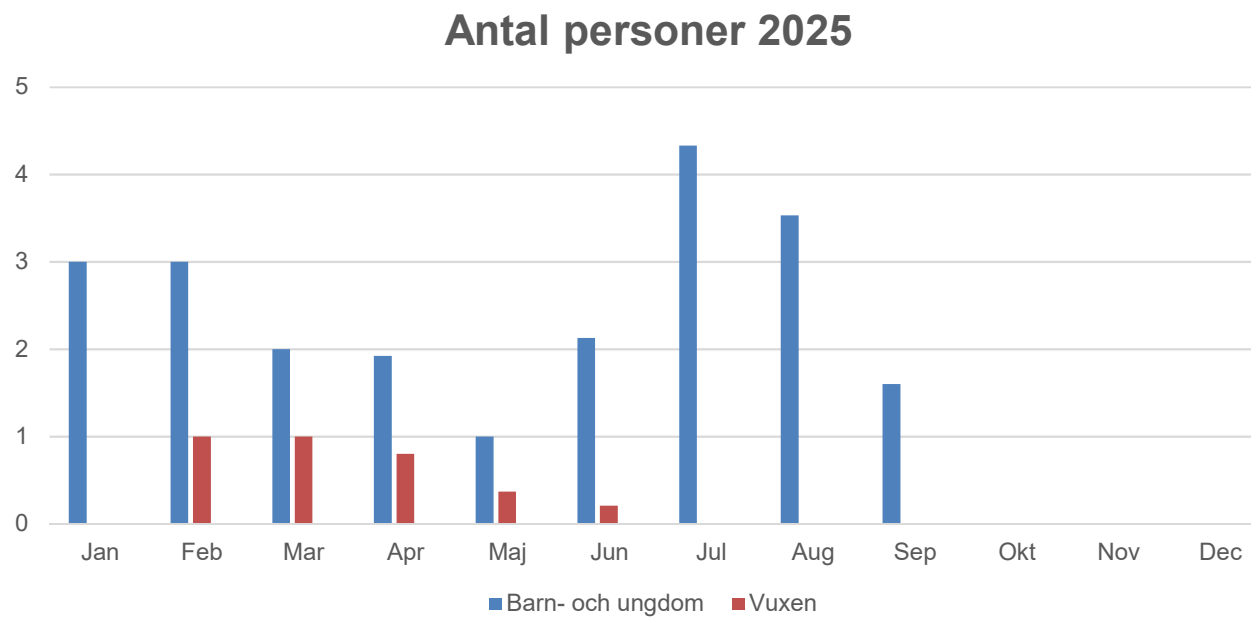
Myndighet Utfall 2025



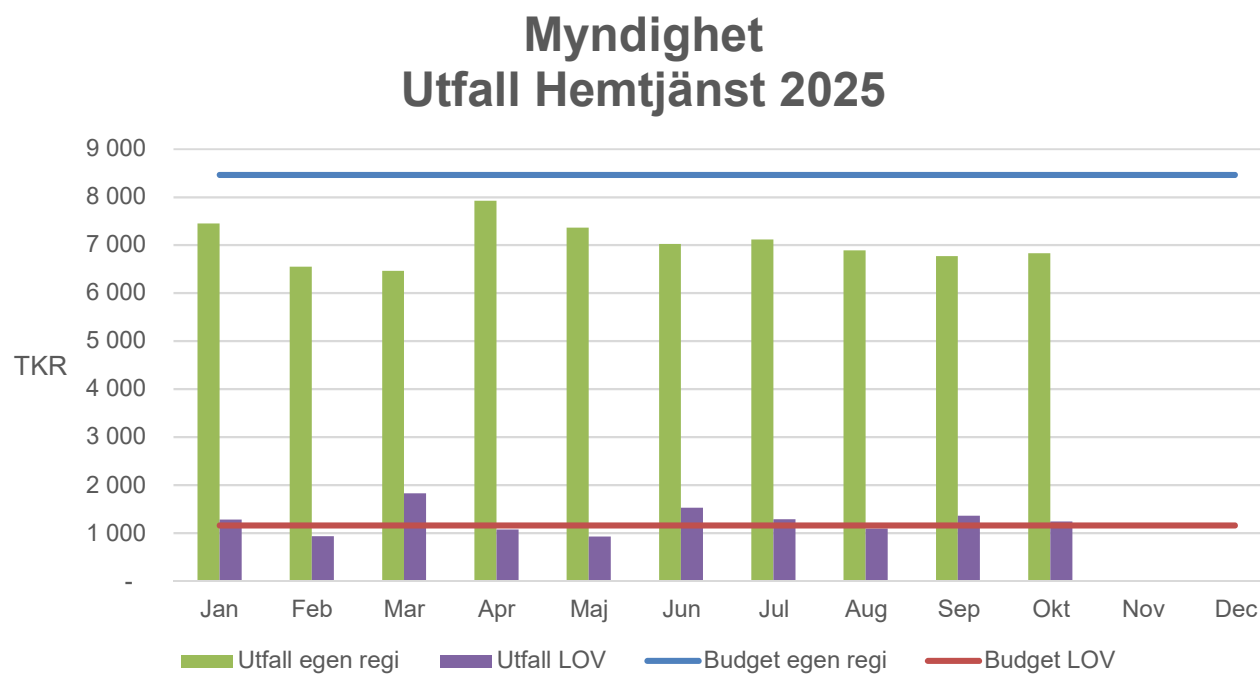
Myndighet – personalkostnader 2025



Myndighet – Inhyrd personal 2025



Myndighet



Investeringsbudget

O m s o r g s k o n t o r e t



Investeringsbudget (tkr)

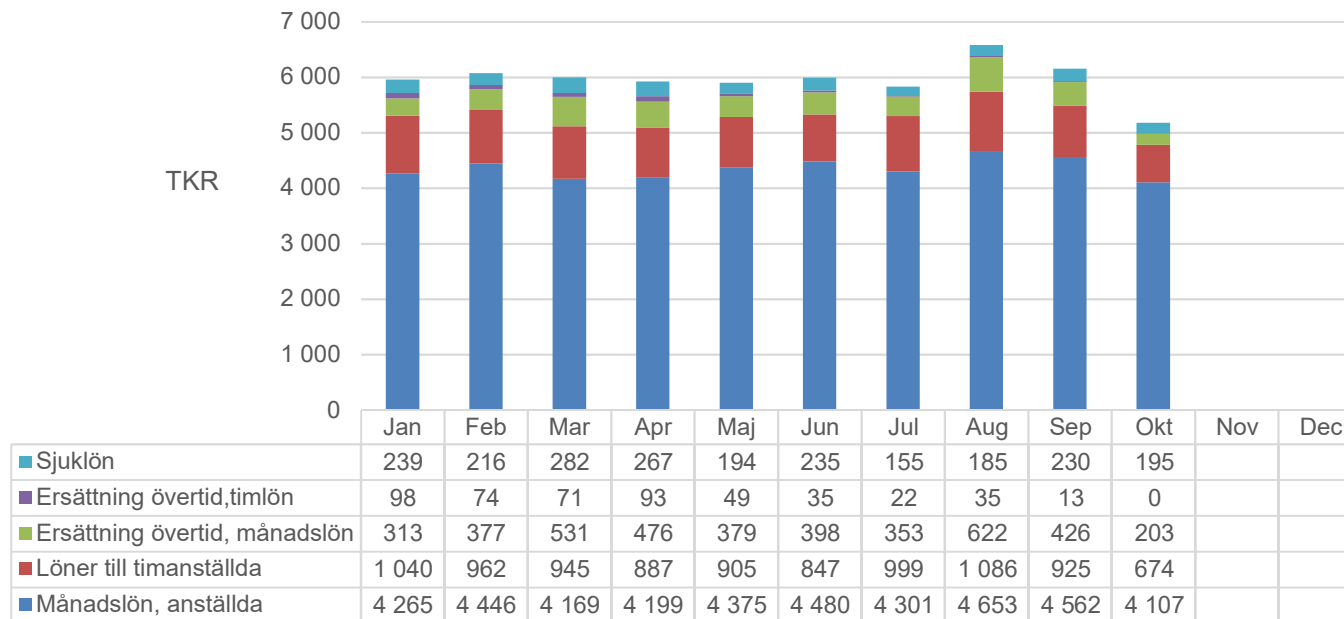
Budget 2025	Förbrukat t.o.m. oktober	Kvar att förbruka
- 2 300	-1 461	+839

Bilagor

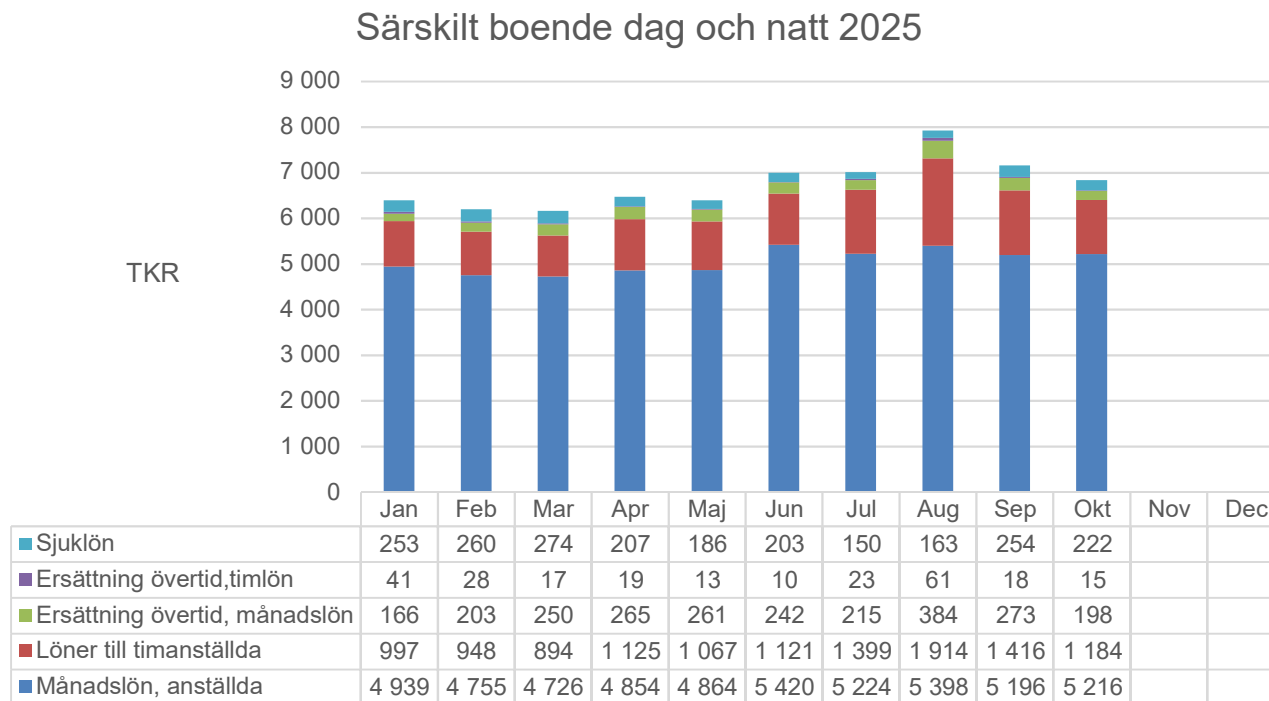
Omsorgskontoret

Bilaga 1 - Hemtjänst

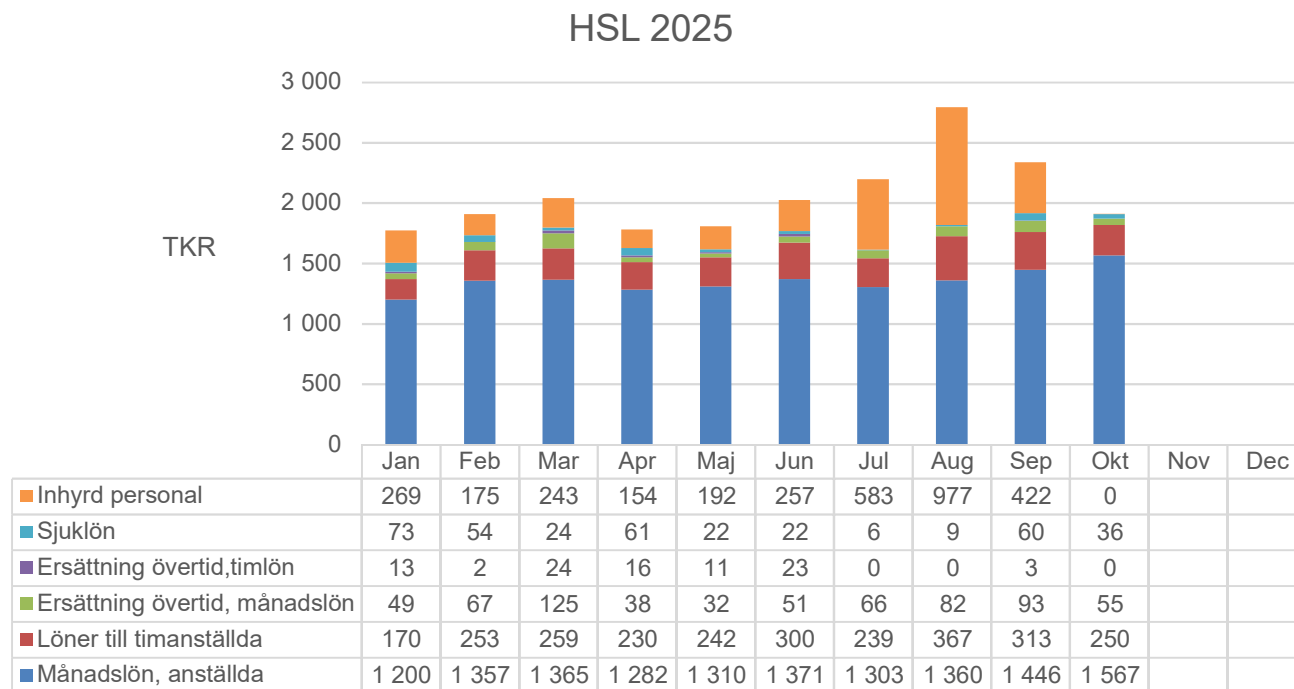
Hemtjänst dag och natt 2025



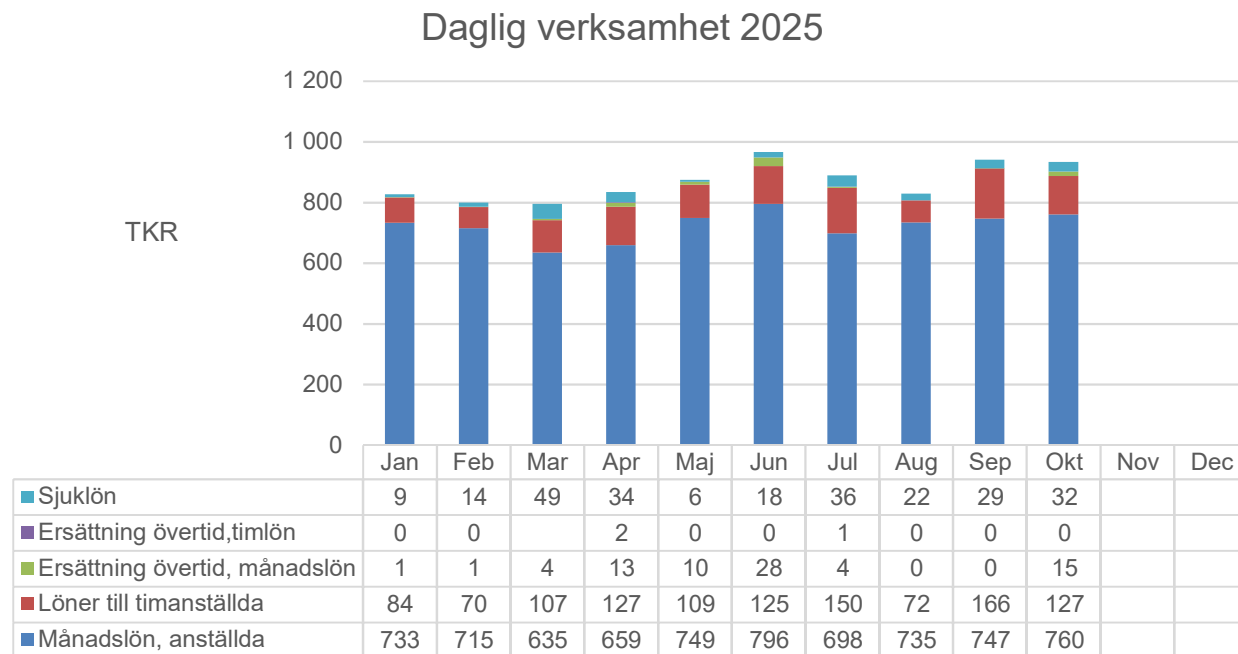
Bilaga 2 – Särskilt boende



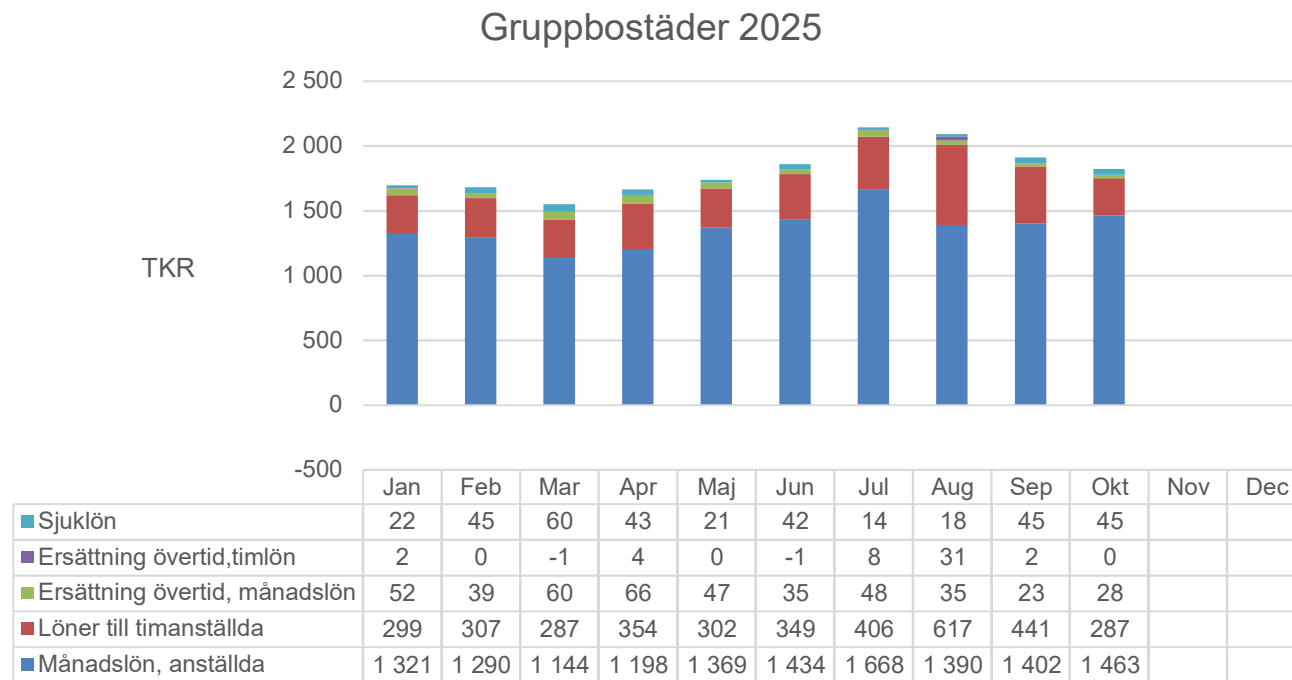
Bilaga 3 – HSL



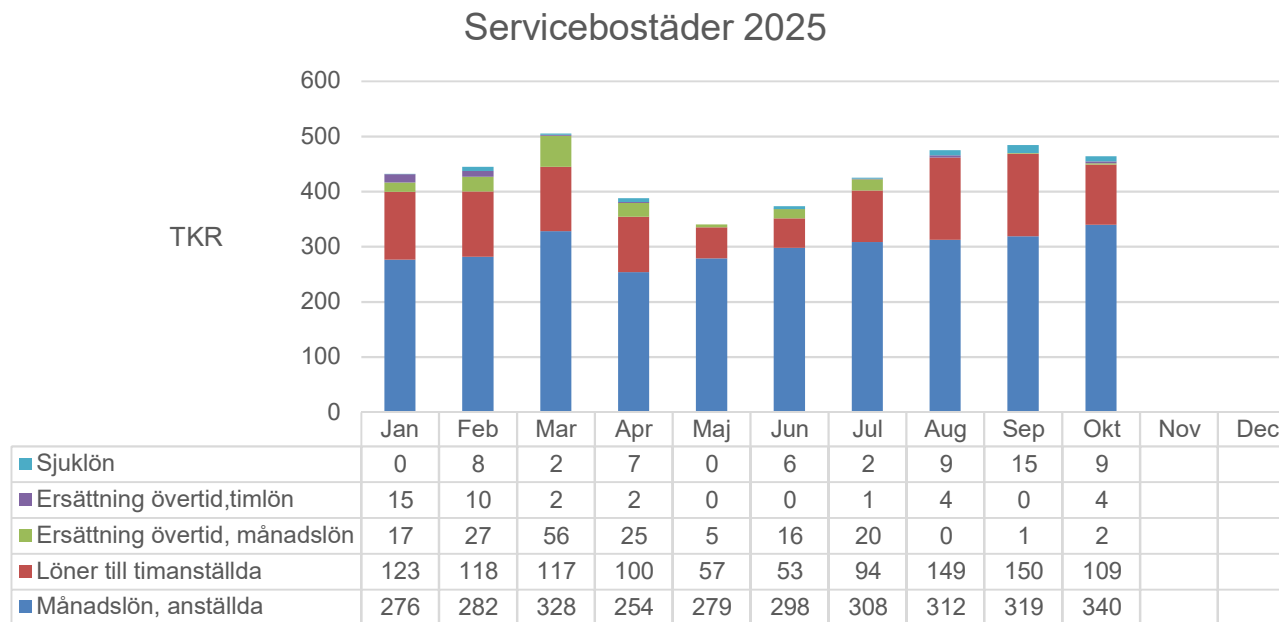
Bilaga 4 – Daglig verksamhet



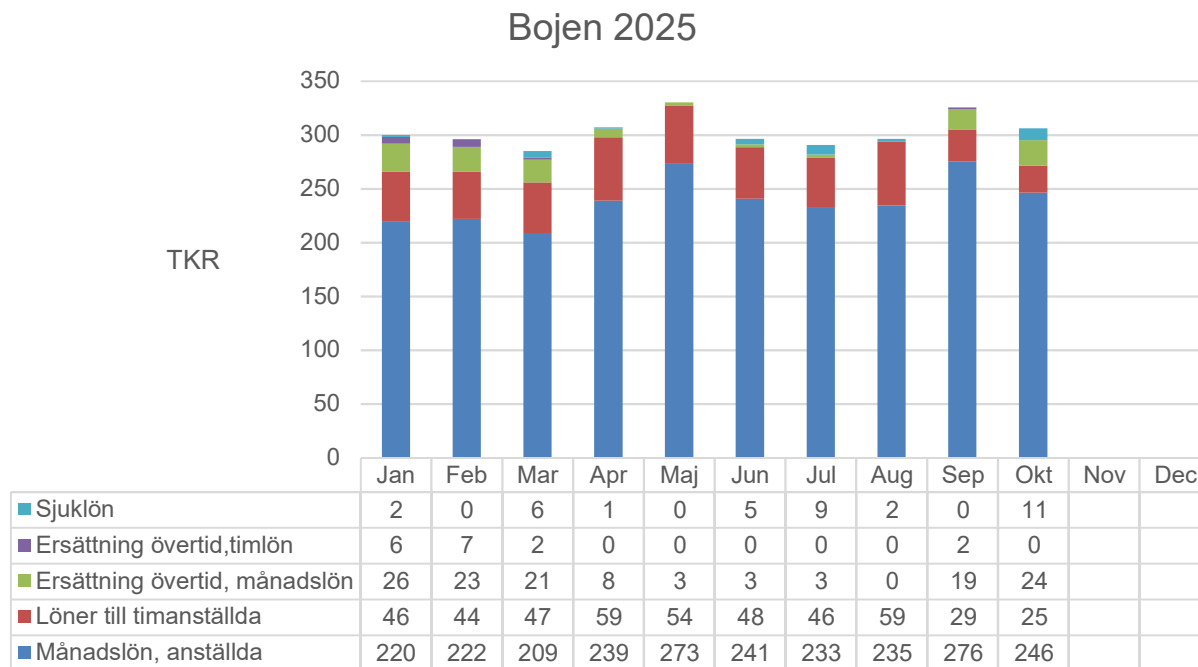
Bilaga 5 – Gruppbostäd



Bilaga 6 – Servicebostäder

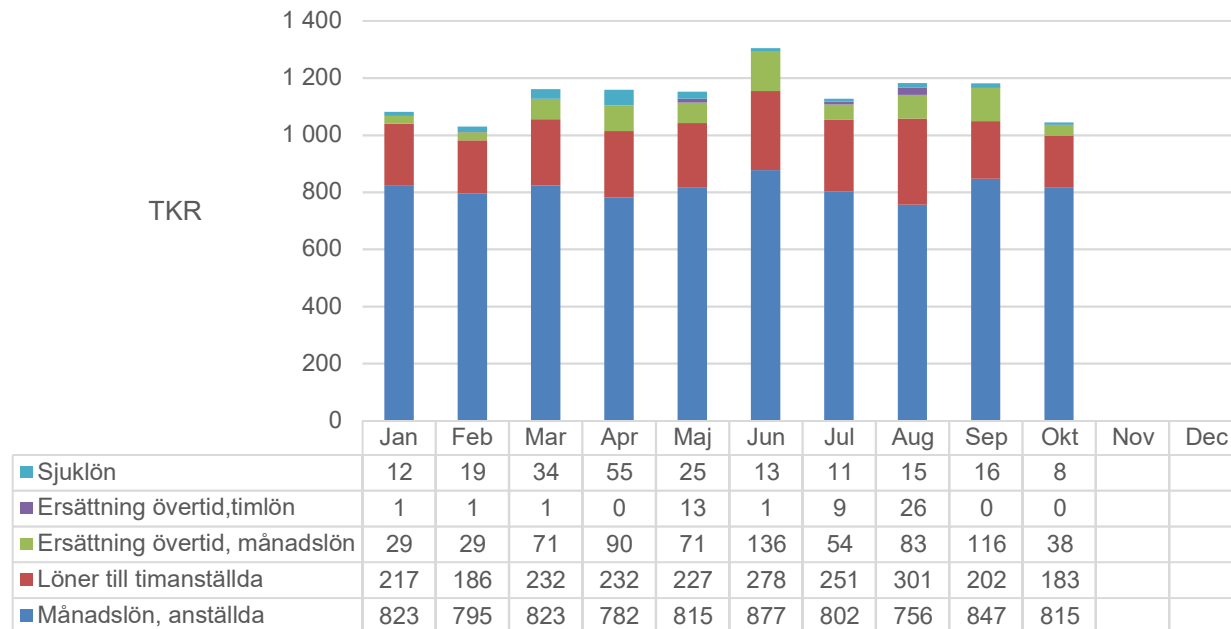


Bilaga 7 – Bojen



Bilaga 8 – Personlig assistans m.fl.

Personlig assistans, Avlösar- och ledsagarservice 2025



Omsorgskontoret
Veronica Freudenthal

Återrapportering på avtalsuppföljning Aktivt Stöd 2025

Bakgrund

Östhammars kommun genomförde en avtalsuppföljning vintern 24/25 som resulterade i att Aktivt Stöd behöver genomföra vissa åtgärder. Uppföljningen redovisades för nämnden i februari 2025, nämnden beslutade att Aktivt Stöd skulle återrapportera sina vidtagna åtgärder utifrån uppföljningen.

Nuvarande LoV-ansvarig kontaktperson och medicinskt ansvarig sjuksköterska i Östhammars kommun har tillsammans med nuvarande verksamhetschef för Aktivt Stöd gått igenom åtgärdslistan.

Verksamhet /ledning och organisation

Bedömning

- Förbättringsområde 1 – att minska risken att inte uppfylla hög andel undersköterskor i verksamheten.

Beslut

- Förbättringsområde 1 – jobba vidare med att uppmana personalen att fortbilda sig.

Utförarens kommentar:

Vi arbetar vidare med att uppmuntra personalen till fortbildning. En valideringsutbildning för undersköterskor (USK) planeras, och kartläggningen av intresserade medarbetare är genomförd. I dagsläget (2025-11-11) är det 24st fast anställda medarbetare varav 12st är undersköterskor.

Förvaltningens kommentar:

Vid uppföljningen december 2024 var 72% av personalen hos Aktivt stöd undersköterskor. Då det är en förhållandevis liten arbetsgrupp påverkar det procentuellt mycket om en eller ett par medarbetares försvinner verksamheten. 2025-11-11 är det 50% av personalen

Omsorgskontoret
Veronica Freudenthal

undersköterskeutbildad hos Aktivt stöd. Framkommer att Aktivt stöd arbetar aktivt med att motivera medarbetare och ser över möjligheten att utbilda medarbetare via validering till undersköterska. Vår bedömning är att Aktivt stöd arbetar med att nå målet andel undersköterskor i verksamheten.

Samverkan

Bedömning

- Aktivt stöd och omsorgskontoret ska fortsätta att utveckla sina samarbetsformer för att säkerställa sina gemensamma möten och rutiner för en god och säker vård.

Beslut

- Brist 1 - Omsorgskontoret tillsammans med Aktivt stöd ska fortsätta att utveckla sina samarbetsformer för att säkerställa sina gemensamma möten och rutiner för en god och säker vård.
- Brist 2 - Aktivt Stöd ska öka sin närvaro vid månadsavstämning med biståndshandläggarna
- Brist 3 - Aktivt Stöd ska förbättra sin förmåga att möta ökat omsorgsbehov hos sina befintliga brukare.

Utförarens kommentarer:

- Brist 1-Aktivt Stöd Hemtjänst ska utveckla och bidra till ökad samverkan med omsorgskontoret. Detta arbete har redan påbörjats.
- Brist 2 - Aktivt Stöd ska delta vid samtliga månadmöten med biståndshandläggarna. Första mötet hölls den 3 oktober 2025 i verksamhetens lokaler på Gammelbyn 19, dit handläggarna bjudits in.
- Brist 3-Verksamheten har god kapacitet att möta de ökade behoven och avser att fortsätta upprätthålla denna förmåga framöver.

Förvaltningens kommentar:

Myndighet har noterat en ökad närvaro i uppföljningar och sammankomster som Aktivt stöd kallats till sedan hösten 2025. Exempelvis så som biståndsmöten, hemtagningsmöten arrangerad av medicinska ansvarig sjuksköterska, samverkans möten med HSL chefer för att utöka samarbetet. Myndighet och Aktivt Stöd har vid behov samverkat kring ärenden och deras kapacitet att ta emot utökade behov hos brukare.

Omsorgskontoret
Veronica Freudenthal

Hälso- och sjukvård

Bedömning

- Aktivt Stöd har förbättringsområden inom hälso- och sjukvården.

Beslut

- Brist 1 – utbildningsbehov basala hygienrutiner.
- Brist 2 – säkerställa tillgång på personal som kan erhålla delegering från Leg personal.

Utförarens kommentarer:

- Brist 1 - En arbetsplatsträff (APT) har genomförts tillsammans med MAS Anita Rönnback med tema *Basala hygienrutiner*. Samtliga medarbetare har genomgått webbaserad utbildning i ämnet. Alla nyanställda ska genomföra utbildningen under introduktionen.
- Brist 2 - Bemanningsläget är stabilt, vilket säkerställer att det finns tillräckligt med personal för delegering. Rekrytering sker löpande.

Förvaltningens kommentarer:

Medicinska ansvarig sköterska har haft möte med Aktivt Stöd. Framkommer att samverkan mellan Aktivt Stöd och hemsjukvården behöver utvecklas. Kommunen kommer se över sina rutiner kring mötesdeltagande, möjlighet för Aktivt stöd att boka utbildningar inom tex delegering och förflyttningsteknik och att rehab även deltar på samverkansmöten.

Omsorgskontoret
Veronica Freudenthal

Sammanfattande bedömning

Förvaltningens bedömning är att Aktivt stöd arbetar mer aktivt nu i alla frågor gällande samverkan med alla professioner inom omsorgskontoret. Ny ledning hos Aktivt stöd som uppfattas mer engagerade och öppna för transparens och samverkan. Flera samverkansmöten skett under kort tid med LoV-ansvarig och andra representanter från omsorgskontoret för att säkerställa att rutiner, samverkan och utveckla gott samarbete.



Ärendestatistik - omsorg myndighet

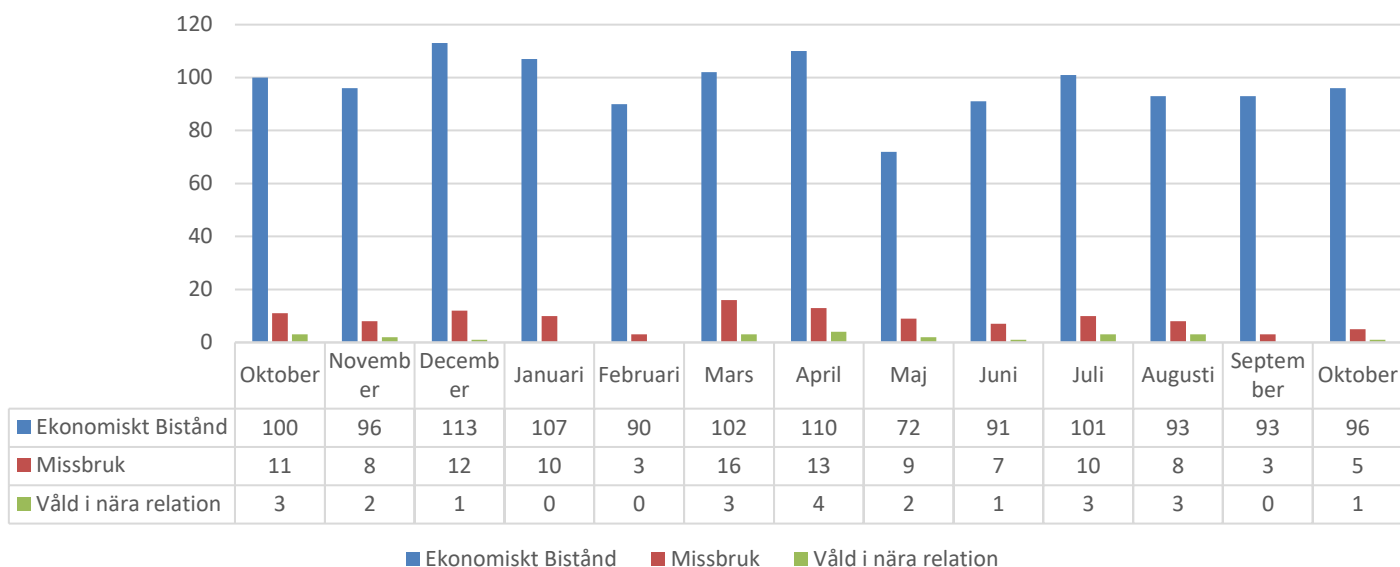
Omsorgskontoret, oktober 2025

Innehållsförteckning

1	Ärendestatistik oktober 2025 Vuxen	3
1.1	Försörjningshinder och totalt utbetalt försörjningsstöd.....	4
2	Ärendestatistik oktober 2025 Barn och unga	4
3	Ärendestatistik oktober 2025 Familjerätt	6
4	Ärendestatistik oktober 2025 Enheten för funktionsnedsättning	7
4.1	Ledtider.....	8
5	Ärendestatistik oktober 2025 Enheten för äldre och bistånd	10
5.1	Ledtider.....	11
5.2	Särskilt boende kö och tillgänglighet	13

1 Ärendestatistik oktober 2025 Vuxen

Inledda utredningar



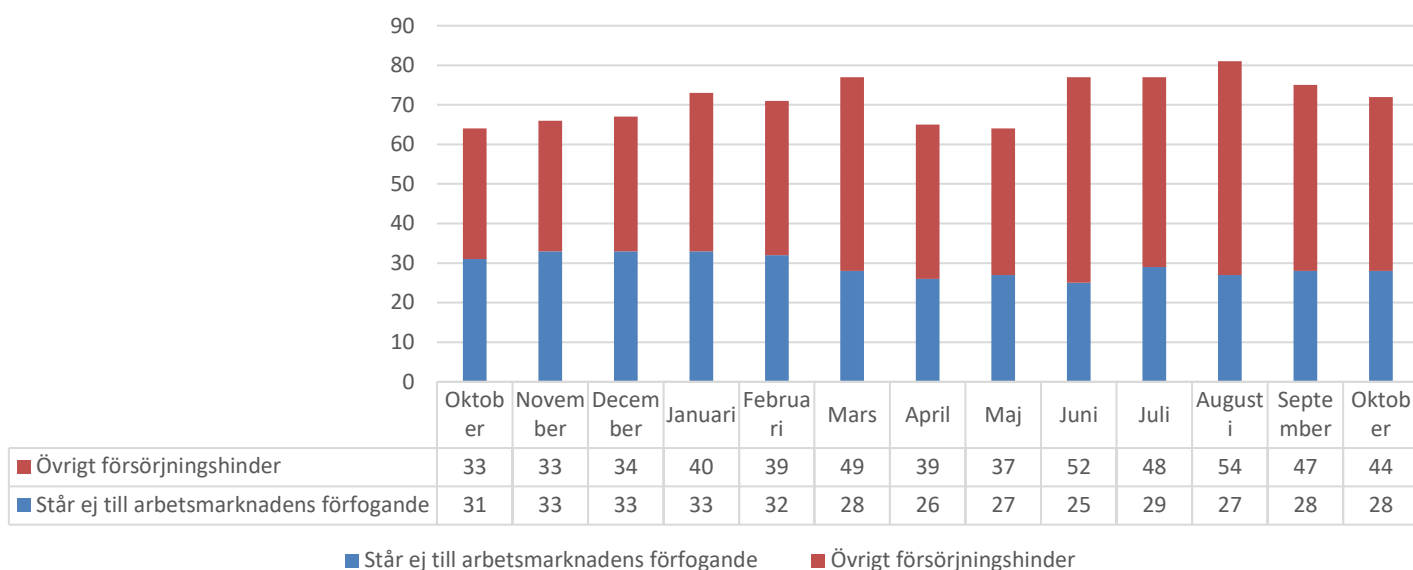
Antal inledda utredningar för ekonomiskt bistånd under oktober månad är inte avvikande.

Antalet inledda utredningar för missbruk är inte avvikande. Dock kan siffran vara missvisande. Detta beror på att i det nya systemet och efter den nya socialtjänstlagen gör man en "prövning" vid förlängning i stället för en ny utredning vilket man gjorde tidigare.

Antal inledda under våld i nära relation är inte avvikande. Dock har det varit relativt många ärenden med rådgivning och orosanmälningar vilket inte syns här.

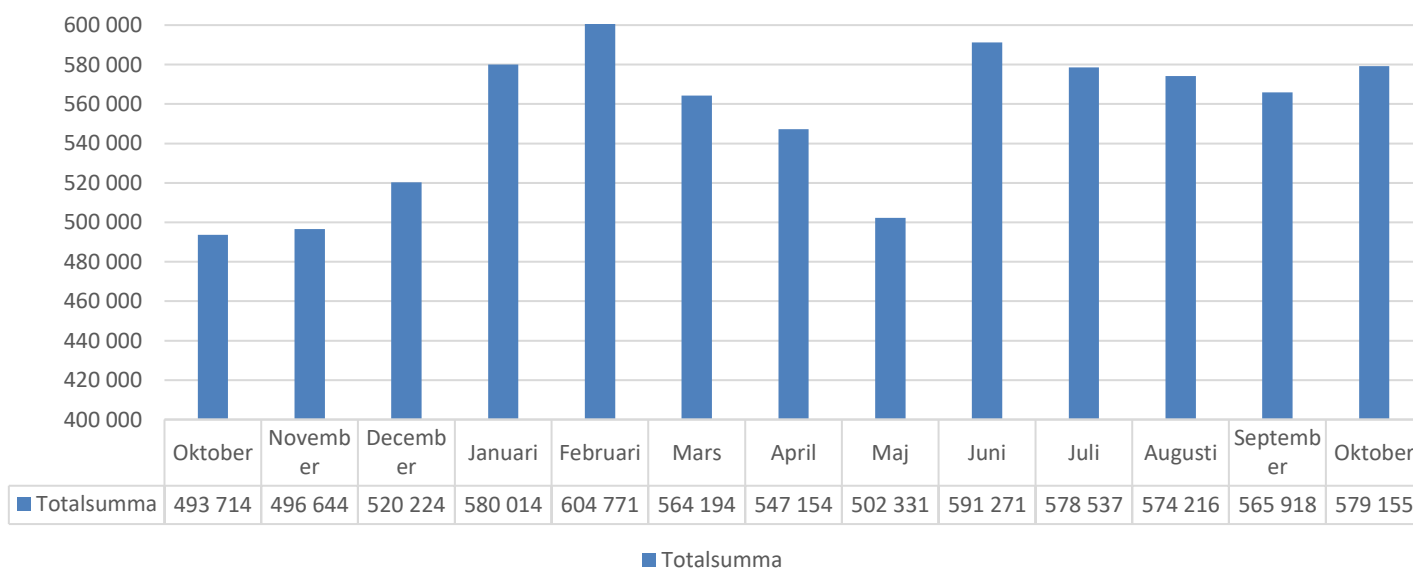
1.1 Försörjningshinder och totalt utbetalt försörjningsstöd

Andel av hushåll som ej står till arbetsmarknadens förfogande



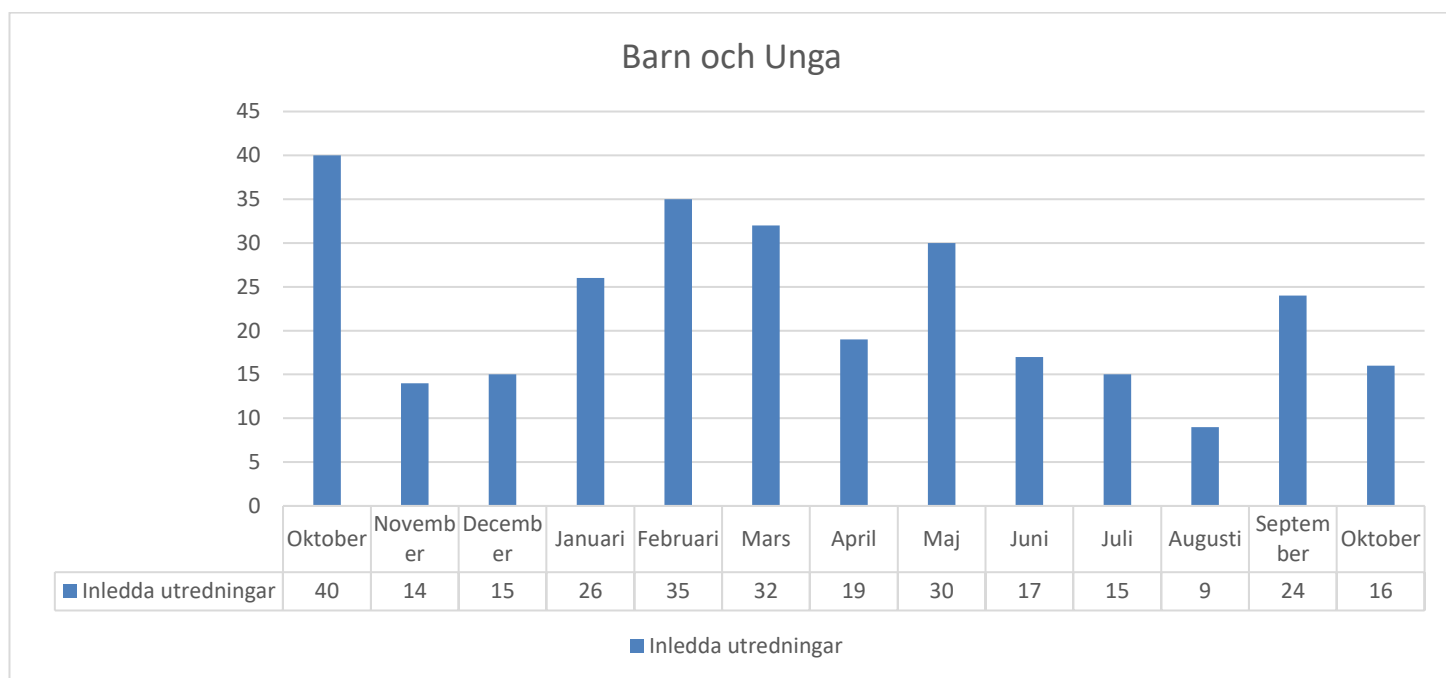
Andelen försörjningsstödsberoende som är sjukskrivna med läkarintyg och ej står till arbetsmarknadens förfogande är under oktober månad är 28 stycken, antalet är inte avvikande. 4 av dessa har sjukpenning men den är otillräcklig.

Totalsumma försörjningsstöd



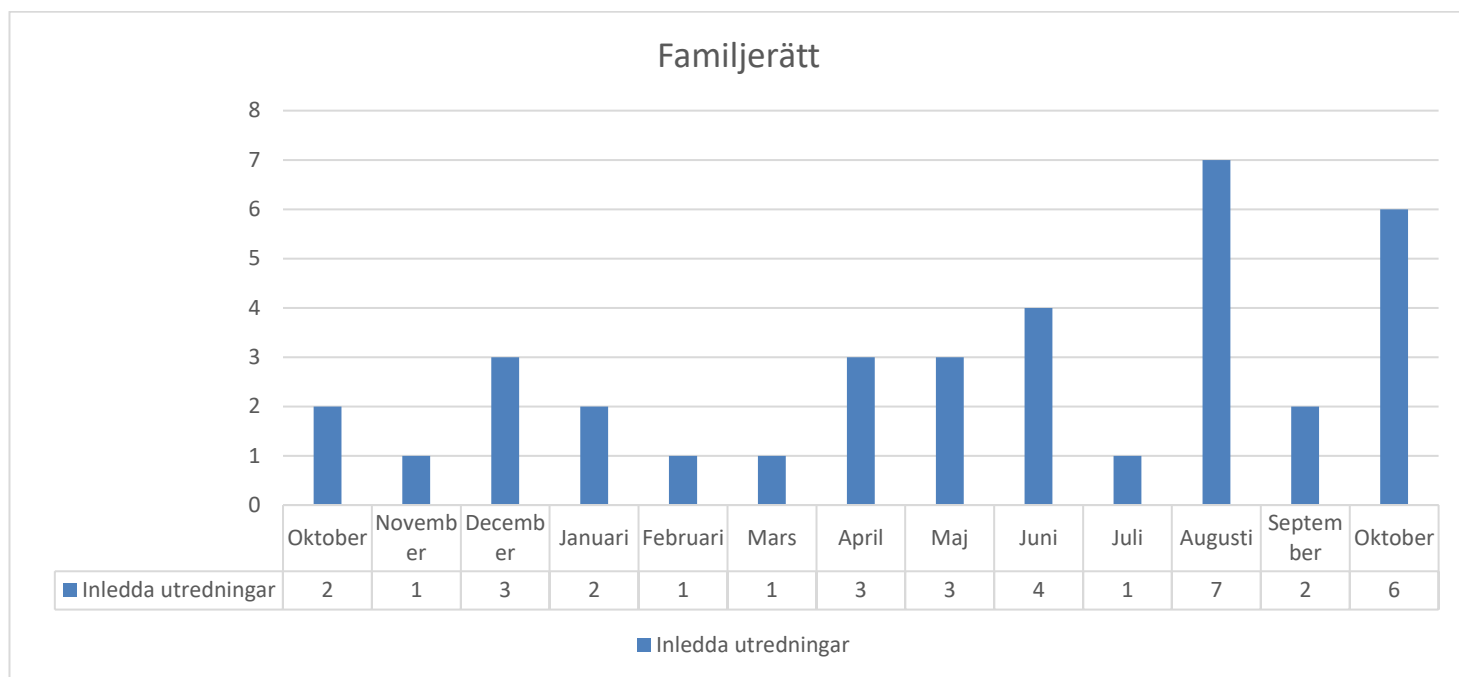
Summan för utbetalt försörjningsstöd för oktober månad är inte avvikande. Det ökar över tid vilket delvis kan bero på att antal medlemmar i hushållen är fler än samma period föregående år.

2 Ärendestatistik oktober 2025 Barn och unga



Under oktober månad har endast 16 utredningar inletts mot förra året då vi inledde 40 utredningar samma månad. Upplevelsen är att mycket av den oro som inkommer hanteras inom ramen för förhandsbedömning och att mottagningssekreterarna har blivit mer erfarenhet och kunskap kring när en utredning ska inledas och inte. Det kan också vara så att det höga tryck som oftast kommer under hösten kommer närmre jullovet. De utredningar som inlett har varit sex utredningar kring oro för våld mot barn eller i nära relation. Tre ansökningar om stöd och tre för oro om skolfrånvaro och restesterande är oro för försummelse eller ungdomars eget beteende.

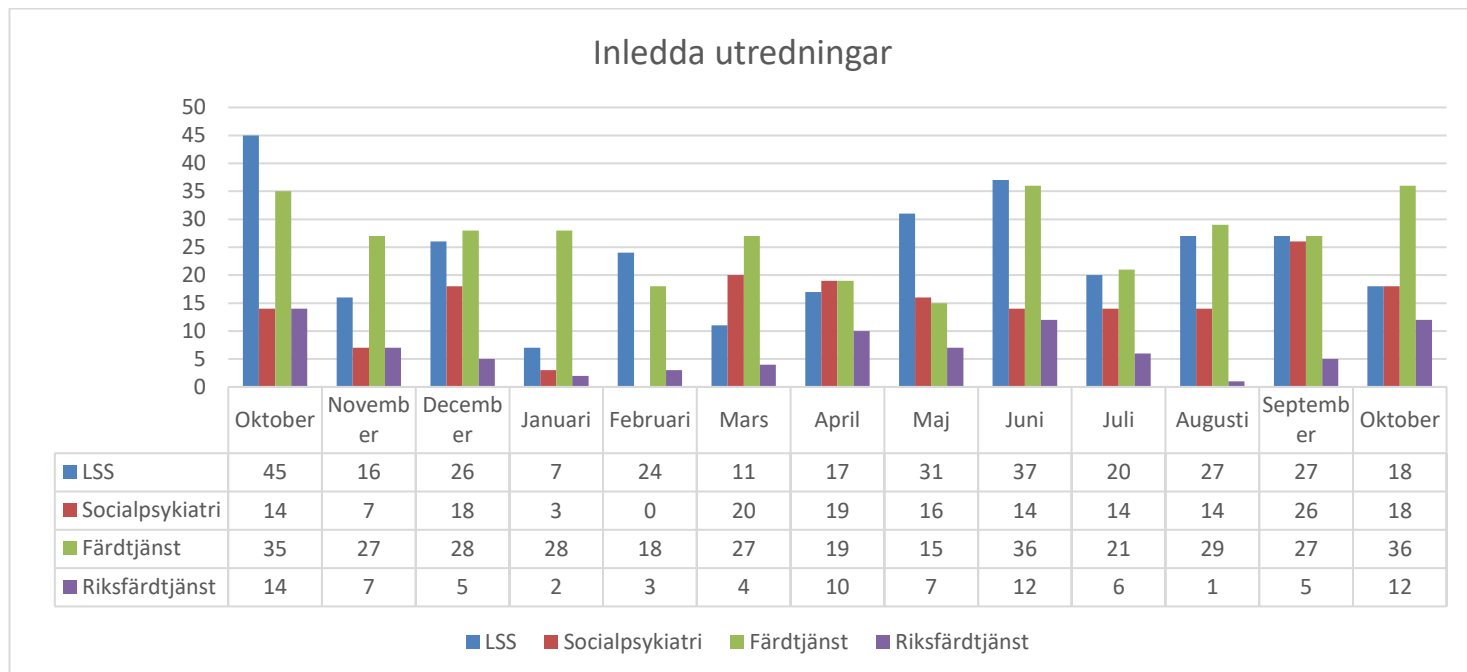
3 Ärendestatistik oktober 2025 Familjerätt



Pågående inom familjerätten just nu:

Utredning som inletts under oktober är en vårdnad, boende och umgänge utredning och två avtalsutredningar angående VBU. Annat som är pågående hos familjerätten sex samarbetssamtal, tre faderskap, tre informationssamtal och det har varit 22 råd och stöd samtal under oktober månad på sammanlagt 7 timmar och 38 min.

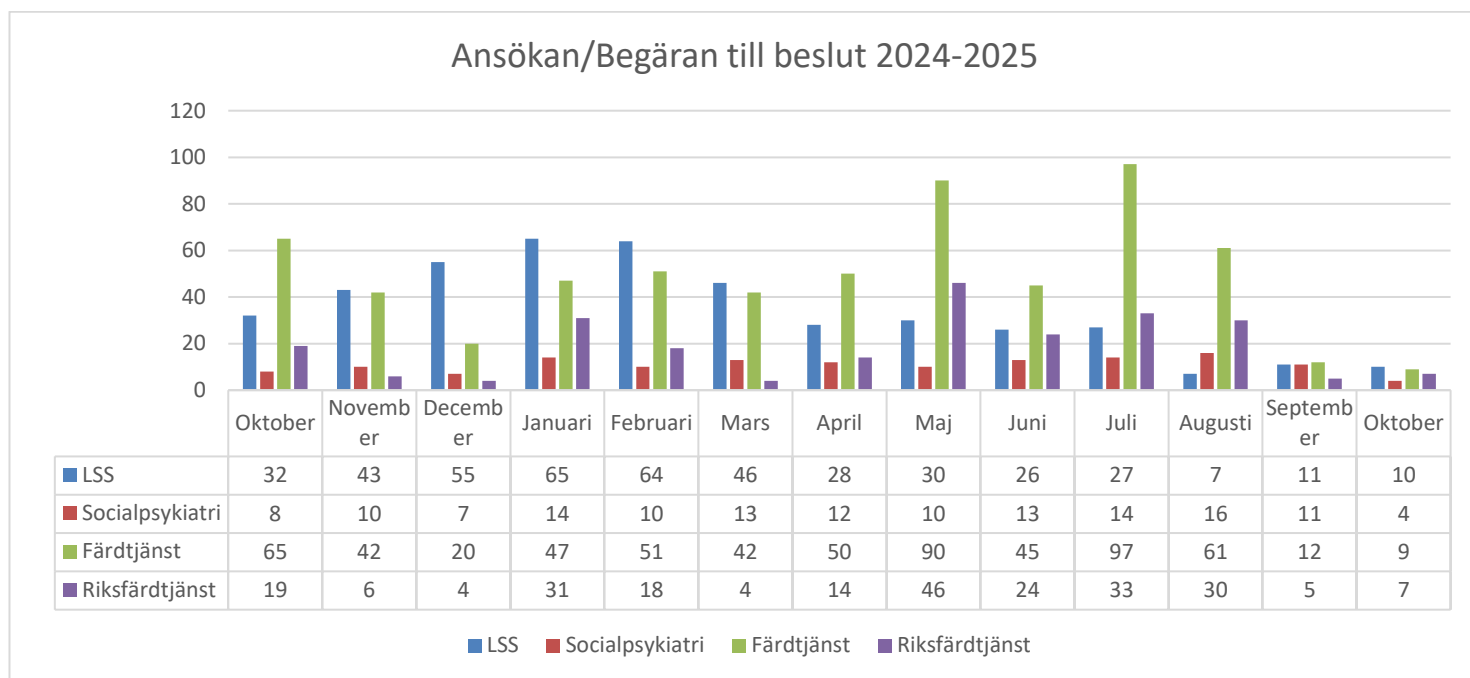
4 Ärendestatistik oktober 2025 Enheten för funktionsnedsättning



Inledda utredningar avser både nyprövningar och nya ansökningar.

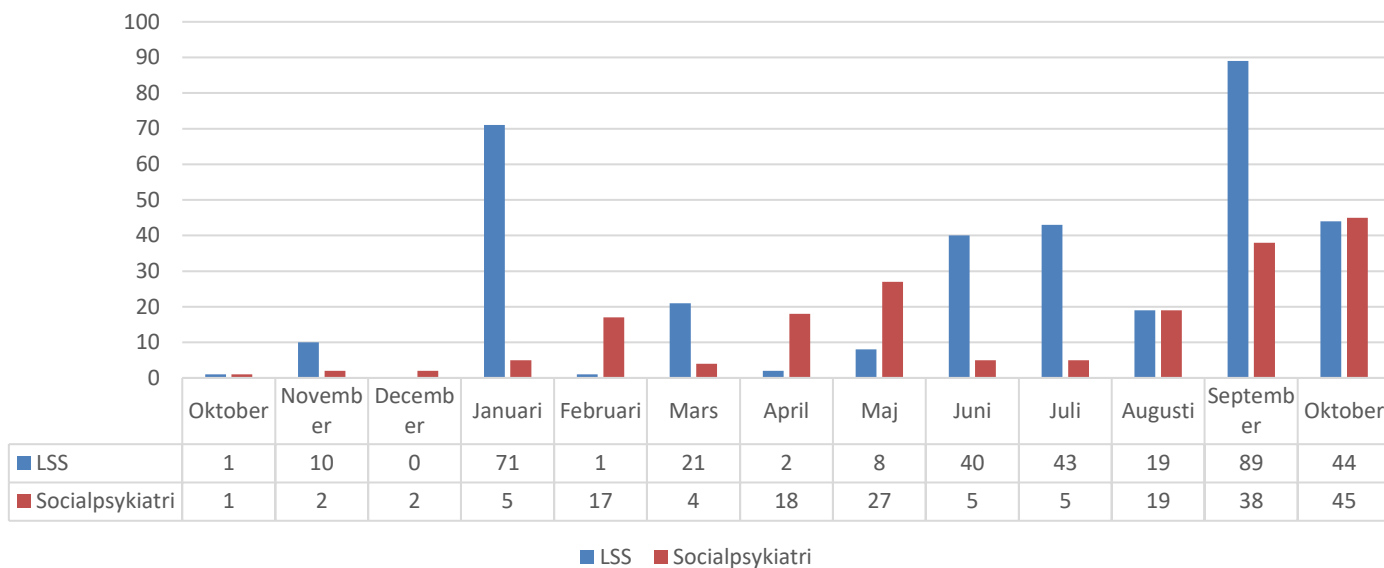
- LSS: 18st inledda utredningar under oktober, det är lägre antal än snittet som är ca 22 st (snitt räknat från november 2024 till oktober 2025). Det lägre antalet inledda utredningarna beror på att det inkommit ett lägre antal nya ansökningar.
- Socialpsykiatri: 18st inledda utredningar under oktober, det är högre antal än snittet som är ca 14st (snitt räknat från oktober 2024 till september 2025). Det högre antalet beror delvis på fortsatt flera nya ansökningar
- Färdtjänst: 36st inledda utredningar för oktober, det är högre antal än snittet som är 26st (snitt räknat från oktober 2024 till september 2025). Det högre antalet beror delvis på flera nya ansökningar och nyprövningar av tidigare beslut.
- Riksfärdtjänst: 12st inledda utredningar under oktober, det är högre antal än snittet som är ca 6st (snitt räknat från oktober 2024 till september 2025). Ansökningar för resa under jul- och nyår ska vara enheten tillhanda senast 11 november, där av ses en ökning.

4.1 Ledtider



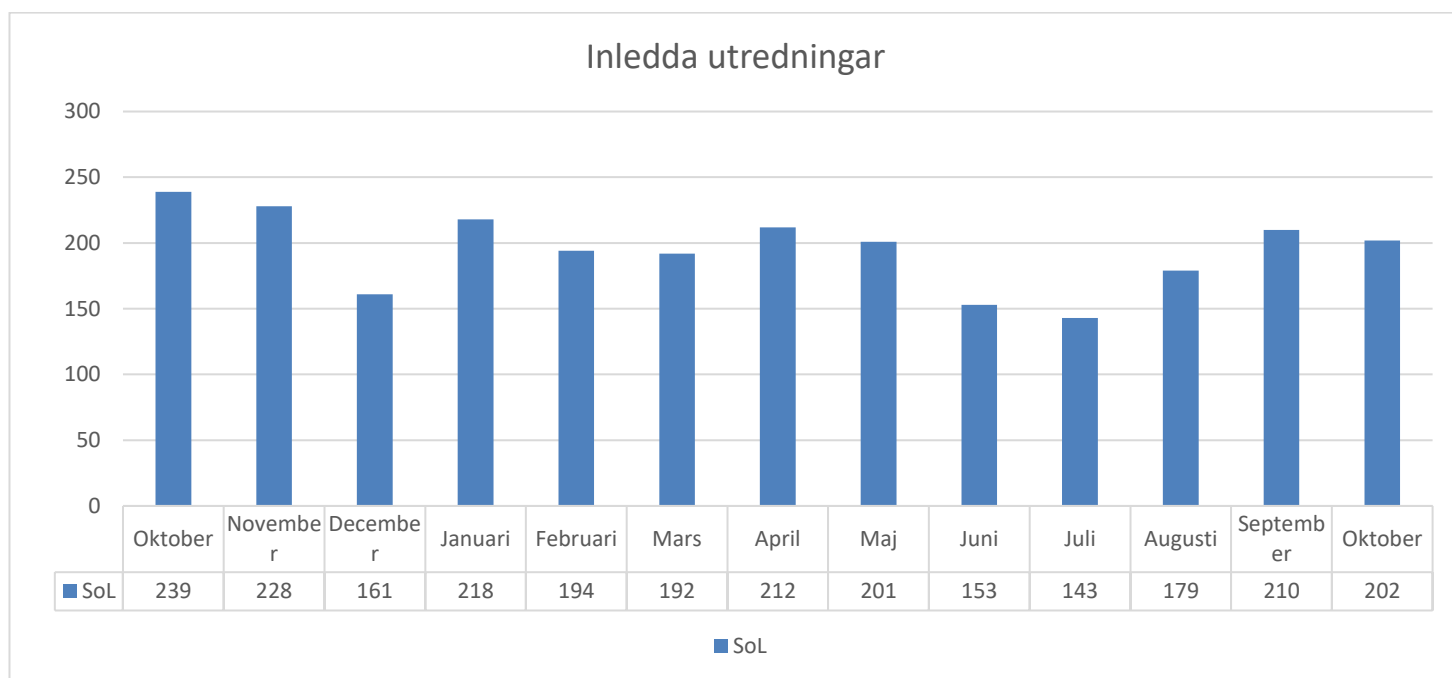
- LSS: Ledtiden under oktober är 10 dagar från ansökan till beslut, det är en snabb handläggningstid för LSS, men varierar beroende av vilken insats som utreds och även om det är en nyansökan eller en nyprövning som utreds.
- Socialpsykiatri: Ledtiden under oktober är 4 dagar från ansökan till beslut, är en snabb handläggningstid. Det kan förklaras med att de beslut som fattats under oktober mestadels är nyprövningar av tidigare beslut.
- Färdtjänst: Ledtiden under oktober är 9 dagar från ansökan till beslut, det är en snabb handläggningstid. Är en snabb handläggningstid som beror på tillskottet av handläggare.
- Riksfärdtjänst: Ledtiden under oktober är 7 dagar från ansökan till beslut, det är en snabb handläggningstid. Är en snabb handläggningstid som beror på tillskottet av handläggare.

Dagar från beslut till verkställande 2024-2025



- LSS: 44 dagar är ett snitt för de beslut som verkställts under oktober. Det är något längre tid för att verkställa beslut. Några beslut om kontaktperson som varit ej verkställda under en längre tid har verkställts under oktober och är en bidragande orsak till det något högre snittet.
- Socialpsykiatri: 45 dagar är ett snitt för de beslut som verkställts under oktober. Det är en för socialpsykiatrien lång tid till verkställighet. Några beslut om kontaktperson som varit ej verkställda under en längre tid har verkställts under oktober och är en bidragande orsak till det något högre snittet.

5 Ärendestatistik oktober 2025 Enheten för äldre och bistånd



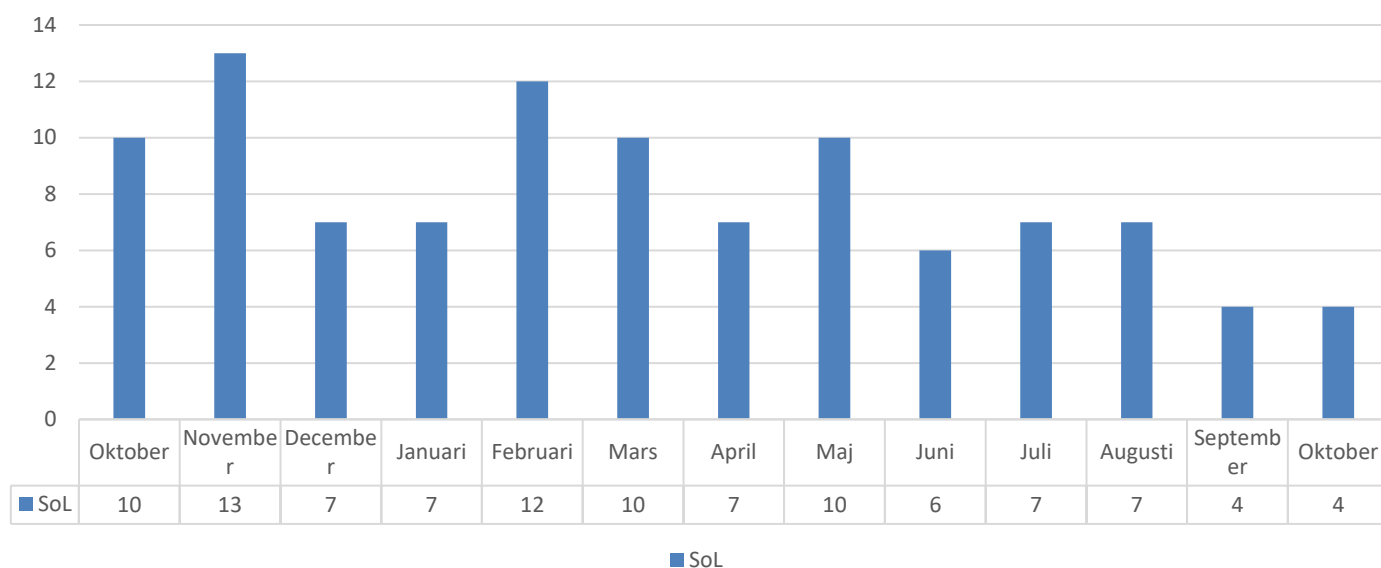
- Inledda utredningar avser både nyprövningar och nya ansökningar för personer i hemmet och som skrivs ut från vården.
- Inledda utredningar i oktober håller sig inom normalspannet.

5.1 Ledtider



- I oktober är ledtiderna fortsatt korta, precis som föregående månad. Den främsta orsaken är förlängningar på korttidsbeslut, där ansökan om insats och efterkommande beslut vanligen fattas samma dag.

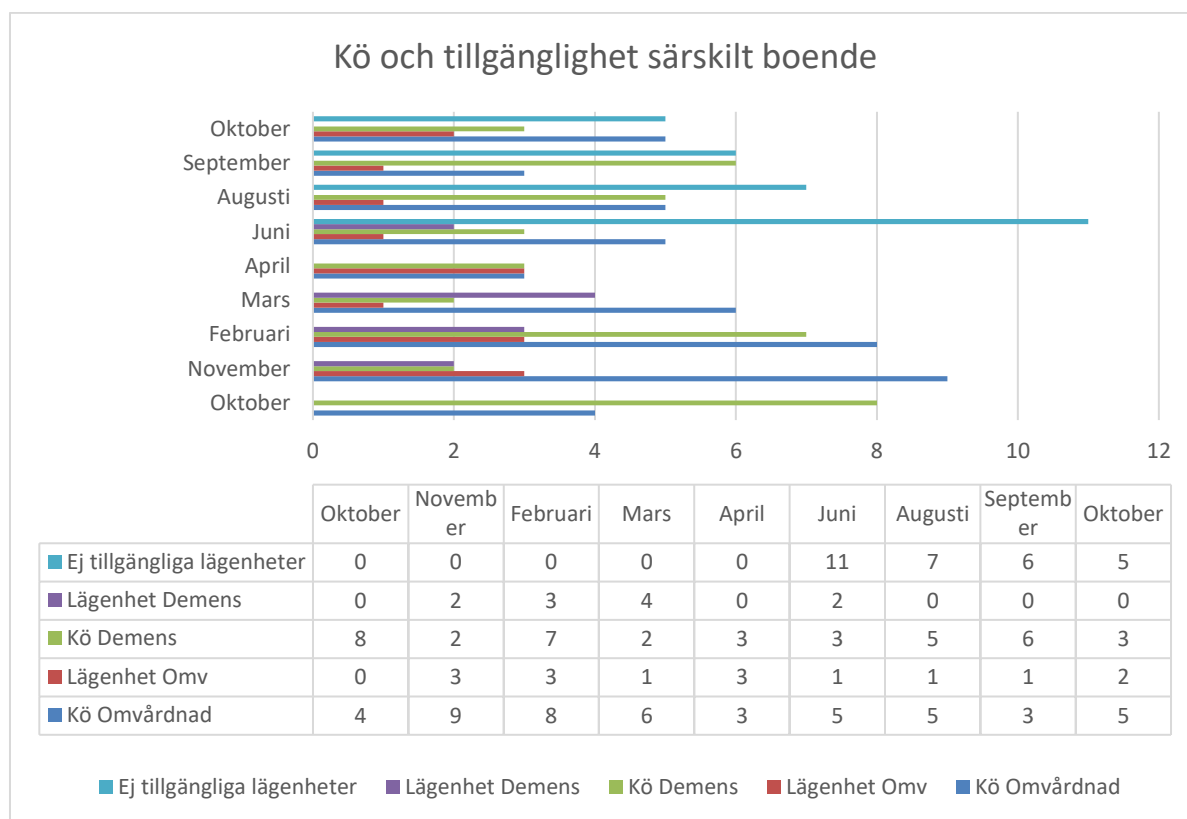
Dagar från beslut till verkställande 2024-2025



- Rutiner gällande tid för verkställighet av beslut varierar beroende på vilken insats som är beviljad. T.ex. hemtjänst ska verkställas inom 24 timmar, särskilt boende ska verkställas skyndsamt men inom 3 månader. Enheten anser att detta är en rimlig tid för verkställande.
- Myndighet kan inte påverka tiden från beslut till verkställighet mer än att påtala behov.
- I de fall beslut inte är verkställda inom 3 månader rapporteras detta till Inspektionen för vård och omsorg och kan medföra att myndighet måste betala vite.
- I oktober är antal dagar från beslut till verkställande fortsatt enbart fyra dagar, vilket är ovanligt lågt. En förklaring till det kan vara att det har fattats många beslut om korttidsplatser och de kan vanligtvis verkställas inom en eller två dagar, vilket troligen ha dragit ner den totala siffran.

5.2 Särskilt boende kö och tillgänglighet

Värden mäts av den sista vardagen i varje månad. Inom denna statistik kan det skilja sig stort från dag till dag, därför är sista vardagen i månaden satt för att läsa av statistik.



- När det inte finns tillgängliga lägenheter så kan anledning till detta vara att lägenheten ska städas efter tidigare hyresgäst innan den kan erbjudas till person i kö. Uppsägningstiden för lägenheten är innevarande- och nästkommande månad. Är städningen klar under uppsägningstiden kan lägenheten erbjudas till person i kö, och tidigare hyresgäst får då reducerad hyra.
- Ej tillgängliga lägenheter kan även bero på att lägenheten är i behov av rustning innan den kan erbjudas till person i kö. Tiden för rustning kan variera beroende av behov och Östhammars hems tillgång på hantverkare. När tidigare hyresgästs uppsägningstid är slut övergår hyran av lägenheten till myndighet.
- Köen ser något bättre ut i oktober jämfört med föregående månad, men då dessa siffror enbart är en ögonblicksbild är det svårt att göra en ordentlig jämförelse månad till månad.



Statistikrapport av ej verkställda beslut

Omsorgskontoret, Kvartal 3 2025

Innehållsförteckning

1	Statistikrapport av ej verkställda beslut	3
1.1	Bakgrund	3
1.2	LSS beslut	4
1.3	SoL beslut.....	6

1 Statistikrapport av ej verkställda beslut

1.1 Bakgrund

Enligt 34 kap. 3§ Socialtjänstlagen (SoL) (2025:400) ska vård- och omsorgsnämnden kvartalsvis lämna en statistikrapport till kommunfullmäktige över hur många gynnande beslut enligt 11 kap. 1§ och 12 kap. 1§ som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden ska vidare ange vilka typer av insatser dessa beslut gäller samt hur lång tid som har gått från dagen för respektive beslut. Samma rapporteringsskyldighet gäller för beslut som inte verkställs på nytt efter avbrott i verkställigheten. Det ska också framgå hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller bistånd till kvinnor respektive män.

Enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) (1993:387) §28h gäller en motsvarande rapporteringsskyldighet för beslut om insatser enligt 9§ LSS.

1.2 LSS beslut

Nr	Beslutsdatum/ Avbrott	Beslut	Orsak till att beslutet inte har verkställts	Kön	Dagar räknat från beslutsdatum
1	2024-03-07	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	572
2	2024-01-01	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	638
3	2024-06-07	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	480
4	2024-07-29	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	428
5	2024-09-12	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Missnöjd med tid/ omfattning/utförare	K	383
6	2024-09-20	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	375
7	2024-10-01	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	364
8	2024-10-27	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Missnöjd med tid/ omfattning/utförare	K	338
9	2024-11-11	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	323
10	2024-12-06	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	298
11	2025-02-28	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	214
12	2024-06-01	Korttidsvistelse i form av stödfamilj 9§6 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	486
13	2024-11-05	Korttidsvistelse i form av korttidshem 9§6 LSS	Saknar plats (ex. kötid, behov av/ pågående renovering)	M	329

Nr	Beslutsdatum/ Avbrott	Beslut	Orsak till att beslutet inte har verkställts	Kön	Dagar räknat från beslutsdatum
14	2023-06-02	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	851
15	2025-05-28	Bostad för vuxna i form av servicebostad 9§9 LSS	Missnöjd med tid/ omfattning/utförare	K	125
16	2025-05-22	Daglig verksamhet 9§10 LSS	Enskild och/eller företrädare/anhörig är tveksam till beviljat bistånd/ insats	M	131
17	2025-04-14	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	169
18	2025-04-15	Biträde av kontaktperson 9§4 LSS	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	168
19	2025-05-05	Bostad för vuxna i form av servicebostad 9§9 LSS	Missnöjd med tid/ omfattning/utförare	M	148
20	2025-06-27	Bostad för vuxna i form av gruppboostad 9§9 LSS	Missnöjd med tid/ omfattning/utförare	K	95

1.3 SoL beslut

Nr	Beslutsdatum/ Avbrott	Beslut	Orsak till att beslutet inte har verkställts	Kön	Dagar räknat från beslutsdatum
1	2024-12-17	Kontaktperson	Specifika önskemål	M	287
2	2024-12-05	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	299
3	2025-01-15	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	258
4	2025-02-13	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	229
5	2025-02-25	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	217
6	2024-12-10	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	294
7	2024-12-11	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	293
8	2025-04-17	Hemtjänst	Sanering/renovering/ ombyggnad inte klar p.g.a. yttre omständigheter	K	166
9	2025-04-03	Särskilt boende för äldre (5 kap. 5 eller 7§§. SoL)	Den enskilde har tackat nej till erbjudande	M	180
10	2025-05-27	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	126
11	2025-06-24	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	98
12	2025-01-29	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	244
13	2024-12-17	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	287

Nr	Beslutsdatum/ Avbrott	Beslut	Orsak till att beslutet inte har verkställts	Kön	Dagar räknat från beslutsdatum
14	2024-11-28	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	306
15	2024-12-23	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	281
16	2025-06-11	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	111
17	2024-09-02	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	M	337
18	2024-11-16	Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/ uppdragstagare	K	306
19	2025-02-18	Kontaktfamilj	Specifika önskemål	K	169
20	2025-04-16	Kontaktfamilj	Specifika önskemål	M	147
21	2025-01-22	Familjebehandling	Specifika önskemål	M	139
22	2025-01-22	Familjebehandling	Specifika önskemål	K	139
23	2025-01-14	Ungdomspedagog	Otydlighet eller brister i den egna organisationen (ex. tekniska system, ansvar, internt arbetet)	M	129
24	2024-12-05	Stödsamtal	Medverkar inte till verkställighet	M	131
25	2025-04-15	Hemterapeut	Specifika önskemål	M	128

Avtal om ersättning för utskrivningsklara

2025-10-31



Innehållsförteckning

1. Avtalsparter	3
2. Bakgrund och syfte	3
3. Definitioner	3
4. Mål	4
5. Reglering av betalningsansvar	4
5:1 Genomsnittsmodell.....	5
5:2 Parternas ansvar inför partsgemensam analys	5
5:3 Analys på patientnivå innan fakturering.....	5
6. Parternas åtaganden	5
7. Avtalstid	5
8. Uppsägning.....	6
9. Avvikelser	6
10. Tvist.....	6
11. Uppföljning.....	6
12. Förändringar av avtalsvillkor.....	6
13. Underskrifter	7

1. Avtalsparter

Mellan Region Uppsala och var och en av kommunerna i Uppsala län (huvudmännen) har följande avtal slutits. Avtalet undertecknas av behörig företrädare inom Region Uppsala samt respektive kommun.

2. Bakgrund och syfte

Enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska riktlinjer för samverkan tas fram inom ett län. Lagen ger också möjlighet enligt 4 kap. 5 § att komma överens om en regional ersättningsmodell för betalningsansvaret.

Lagens intention är att minska antalet dagar som patienter vårdas som utskrivningsklara på sjukhus och bygger på ömsesidig tillit mellan de berörda parterna.

Syftet med avtalet är att Region Uppsala och kommunerna gemensamt ska fastställa formerna för samverkan och ersättningsmodell för vård av utskrivningsklara patienter.

Att ligga kvar på sjukhus innebär bland annat en patientsäkerhetsrisk och orsakar undanträngningseffekt i slutenvården. För att undvika onödig administration och bestridanden av fakturor ska en partsgemensam analys av orsakerna till fördröjd hemgång genomföras innan fakturering sker.

I avtalet och i relaterade styrdokument som publiceras i Vård i Samverkan (ViS) samt lokala rutiner som utgår från dessa, beskrivs parternas åtaganden för samverkan avseende utskrivningsprocessen samt de olika stegen för analys och fakturering.

3. Definitioner

Fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård. Syftet är att samordna vårdens insatser, bidra till kontinuitet samt stärka patientens ställning i vården.

Primärvård. En vårdnivå där region och kommun har ett delat ansvar. Definitionen innebär att primärvården ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Slutenvård. I avtalet avses med slutenvård Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping.

TL HSVO. Tjänsteledning Hälsa, stöd, vård och omsorg.

ÄDEL. Ädelöverenskommelsen i Uppsala län utgår från Ädelreformen (1992) och reglerar hälso- och sjukvårdsansvar för personer i ordinärt boende från 17 års ålder med behov av hälso- och sjukvård i hemmet över tid.

Öppen vård. Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar.

4. Mål

Målet med avtalet är att:

- En patient med behov av insatser skrivs ut från slutenvården så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.
- Skapa förutsättningar för en säker och välfungerande utskrivningsprocess som planeras och samordnas med patienten för att skapa trygghet och förhindra oplanerad återinläggning.
- Säkra en god vård och omsorg för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänst och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård eller den regionfinansierade öppna vården.
- Bidra till jämlika förutsättningar, gagna samverkan och minskad administration

5. Reglering av betalningsansvar

En kommuns betalningsansvar omfattar patienter som är folkbokförda i kommunen. Den kommun som har beslutat att en patient ska vistas i en annan kommun i sådan särskild boendeform eller bostad som avses i 8 kap. 4 eller 11 § eller 26 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2025:400), har betalningsansvaret för den patienten oavsett var patienten är folkbokförd.

I Uppsala län omfattas inte den regionala primärvårdens slutenvård av betalningsansvar för utskrivningsklara.

Kostnaden för utskrivningsklara i Uppsala län utgår från Socialstyrelsens föreskrift om belopp för vård av utskrivningsklara patienter som uppräknas årligen.

I Uppsala län är brytpunktstid klockan 12.00 vilket innebär att om utskrivningsklar-meddelandet skickas före den tidpunkten räknas det som dag ett och efter klockan 12.00 dag noll.

Förutsättning för kommunernas betalningsansvar är att:

- Ett inskrivningsmeddelande har skickats.
- En fast vårdkontakt har utsetts innan utskrivning.
- Ett meddelande om utskrivningsklar har skickats
- Att SIP erbjuds, registrerats och om patienten tackat ja ska en kallelse till möte vara skickad inom tre dagar efter att utskrivningsklar-meddelandet skickats.

Kommunens betalningsansvar ska inte inträda om patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som vårdcentral eller öppenvård är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

I Uppsala län innebär tillgänglig vård att en planering av hälso- och sjukvård, som innefattar behov av rehabilitering och hjälpmedel, är genomförd med individen och

berörda professioner samt dokumenterad och tillgänglig för dem som ska utföra hälso- och sjukvård. Den partsgemensamma analysen ska klarlägga att planeringen genomförts.

5:1 Genomsnittsmodell

Ersättningsmodellen utgår från ett månatligt genomsnitt per kommun av de dagar som en patient ligger kvar inom slutenvård, efter att meddelande om utskrivningsklar skickats.

Genomsnittet beräknas på samtliga patienter per kommun som skrivits ut under en kalendermånad. Kommunens betalningsansvar inträder då enskild kommun överstiger ett snitt på 2,0 kalenderdagar. Betalningsansvaret innebär att förutsättningar för betalningsansvar är uppfyllda enligt avsnitt 4. Mer detaljerad information kring hur genomsnittsberäkningen är uppbyggd framgår av relaterat ViS dokument.

5:2 Parternas ansvar inför partsgemensam analys

Varje huvudman ansvarar för att löpande kontrollera statistik, följsamheten till avtal och riktlinjer, utse representanter för partsgemensam analys samt tillvarata identifierade förbättringsförslag.

5:3 Analys på patientnivå innan fakturering

Den partsgemensamma analysen omfattar de patienter som blir kvar vid slutenvården mer än två dagar och uppfyller faktureringskraven enligt avsnitt 4. Respektive part ansvarar för att säkerställa närvaro och förbereda analys av orsaker till fördröjd hemgång. Den partsgemensamma analysen ska fastställa underlag för fakturering för de ärenden som inkluderas enligt första stycket i avsnitt 4.1. Den partsgemensamma analysen ska också bidra till samsyn och förbättra utskrivningsprocessen.

Den läns-gemensamma funktionen som sammankallar parterna till en partsgemensam analys finns beskriven i ViS-riktlinjen Samverkan vid utskrivning från slutenvård.

6. Parternas åtaganden

Region Uppsala och kommunerna i Uppsala län har ett ömsesidigt åtagande att bidra till en gynnsam utveckling av utskrivningsprocessen enligt målen i avsnitt 5. Region Uppsala och kommunerna åtar sig att följa gällande läns-gemensamma styrdokument vilka återfinns i dokumentsamlingen ViS och utifrån dessa utarbeta lokala rutiner och arbetssätt.

7. Avtalstid

Avtalet gäller från 2026-01-01 till och med 2027-12-31. Om parterna inte säger upp avtalet enligt avsnitt 8 i detta avtal, förlängs avtalet två år i sänder. Dygnskostnad utgår från Socialstyrelsens föreskrivna belopp för utskrivningsklara.

Avtalet ersätter det nuvarande avtalet, Avtal om ersättning för utskrivningsklara, från 2025-01-01.

Avtalet är ingånget när det är undertecknat av behöriga företrädare från alla parter.

8. Uppsägning

Detta avtal kan sägas upp av vardera parten med en uppsägningstid av sex (6) månader. Om inget nytt avtal tagits fram innan uppsägningstidens slut inträder de regler för kommunernas betalningsansvar som fastställts i lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Om en part säger upp avtalet ändras förutsättningarna för alla parter vilket innebär att beslut om ett nytt, gemensamt avtal om ersättning för utskrivningsklara behöver fattas. Vid uppsägning av avtal ska en partsgemensam risk- och konsekvensanalys genomföras för att undvika negativa konsekvenser.

9. Avvikelser

Avvikelser enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska hanteras i enlighet med respektive huvudmans och vårdgivares riktlinjer och rutiner. Avvikelser som berör samverkan mellan parterna ska handläggas enligt relaterad riktlinje i ViS.

10. Tvist

Uppkomna tvister ska lösas mellan berörda parter på lokal nivå och via ansvariga tjänstepersoner hos respektive huvudman (Region Uppsala samt berörd kommun). Kvarstående oklarheter om tolkning av avtalet lyfts till det politiska samrådet mellan kommunerna och Region Uppsala. Eventuell kvarstående tvist ska därefter avgöras av allmän domstol med Uppsala tingsrätt som första instans.

11. Uppföljning

TL HSVO ansvarar för att avtalet följs upp årligen samt rapporterar till det politiska samrådet HSVO. Ett syfte med uppföljningen är att synliggöra samlade effekter och ge möjlighet till anpassning av de gemensamma processerna. Med utgångspunkt från den gemensamma uppföljningen åtar sig parterna att årligen utvärdera de samlade effekterna av kvalitetsarbetet och ge förutsättningar för lärandetillfällen. För att reglera vad som ska följas och på vilket sätt detta ska ske biläggs en gemensam uppföljningsplan i den läns-gemensamma ViS-riktlinjen, Samverkan vid utskrivning från slutenvård.

12. Förändringar av avtalsvillkor

Om det under avtalsperioden sker förändringar som påverkar avtalet i tillämpliga författningar äger parterna rätt att påkalla justering av avtalet så att detta

överensstämmer med beslutade ändringar. Om samtliga parter är överens kan även andra justeringar göras under pågående avtalstid. Justeringar beslutas inom ramen för TL HSVO och informeras samråd HSVO.

13. Underskrifter

Detta avtal har upprättats i nio (9) likalydande exemplar varav parterna erhållit var sitt. Bindande avtal föreligger när alla parter undertecknat avtalet.

XX ordförande

Region Uppsala

XX ordförande

XX kommun



ViS - Vård i Samverkan

Kommun(er):

Region Uppsala:

Fastställt av:

Datum:

Överenskommelse avseende hjälpmedel inom rörelse och kognition

Innehåll

Bakgrund	2
Syfte	3
Omfattning	3
Ansvar	4
Termer och begrepp	4
Genomförande.....	5
Organisation och arbetssätt	5
Gemensam handlingsplan.....	6
Operativ samarbetsnivå	6
Strategisk samarbetsnivå	7
Uppföljning.....	7
Referenser.....	7
Dokumenthistorik.....	8
Bilagor	9
Bilaga 1 MALL - årlig handlingsplan.....	9
Bilaga 2 Beskrivning av exempel på samarbetsfrågor.....	10
Bilaga 3 Bakgrund till överenskommelsen ur ett historiskt perspektiv	11

Bakgrund

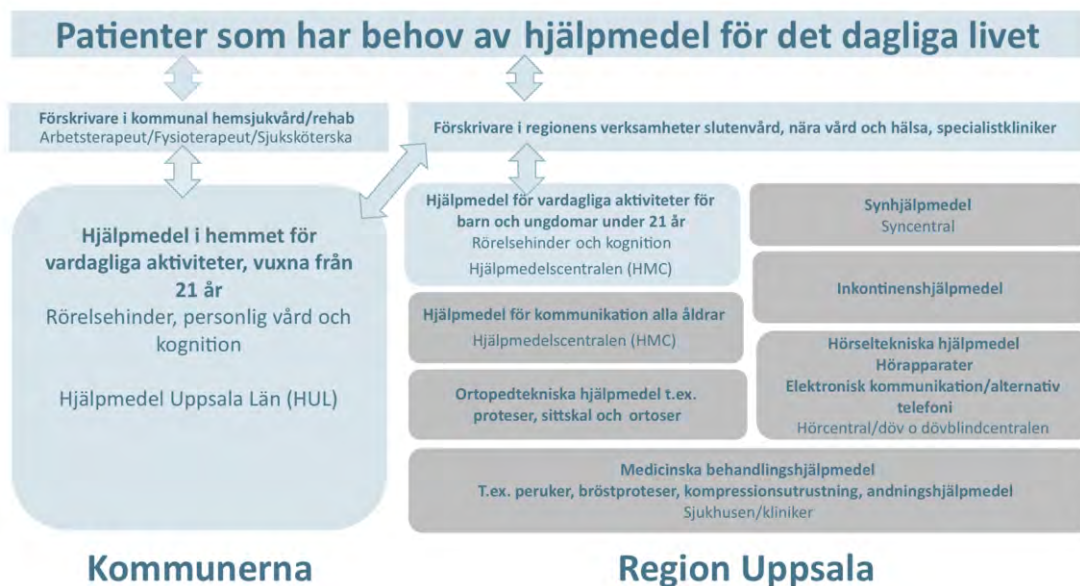
Föreliggande överenskommelse avser samarbete mellan Region Uppsala och Uppsala läns kommuner i HUL-samarbetet, kring hjälpmedel för rörelse och kognition. Samarbetet ska leda till förbättringar utifrån ett invånarperspektiv samt ett resurs- och kostnadseffektiviseringsperspektiv både på kort och lång sikt. Överenskommelsen utgår från strategin för samverkan hälsa, stöd, vård och omsorg och hanteras i enlighet med riktlinjer för vård i samverkan. Uppföljning och återrapportering sker årligen till regionala samrådet HSVO.

Både Uppsala läns kommuner och Region Uppsala ser stora vinster med att samarbeta kring utveckling av hjälpmedelsområdet. Området har utretts ett flertal gånger, vilket lett till det utvecklingsarbete vi har idag. På uppdrag av HSVO startade 2019 hjälpmedelutredningen (3), ett arbete som leddes av Region Uppsala med projektmedlemmar från flera förvaltningar inom regionen, alla länets kommuner, samt HMC och HUL. Målsättning var att ta fram ett underlag för inriktningsbeslut om länsövergripande samverkan. Länets hjälpmedelsutredning gav konkreta förslag för utveckling som i viss mån redan omhändertagits av verksamheterna. 2024 genomfördes en juridisk genomlysning (4) kring möjliga vägar framåt vad gäller samverkan, som visade på utvecklingsområden varefter HSVO samråd gav tjänsteledningen i uppdrag att ta fram föreliggande överenskommelse om samarbete.

I Uppsala län har kommunerna ansvar för att tillhandahålla hjälpmedel för det dagliga livet till personer med funktionsnedsättning för vuxna från 21 år. Samtliga kommuner förutom Älvkarleby har ett samarbete kring hjälpmedelshantering, Hjälpmedel Uppsala län (HUL). HUL drivs av Uppsala kommun men nyttjas av de sju kommuner som ingår i avtalet. Älvkarleby samarbetar med Region Gävleborg kring dessa hjälpmedel.

Regionen ansvarar för att tillhandahålla hjälpmedel för det dagliga livet genom hjälpmedelscentralen (HMC) för personer under 21 år för barn, kommunikation för alla åldrar samt inkontinenssamordning för alla kommuner. Region Uppsala ansvarar även för övrig hjälpmedelshantering, såsom syn, hörsel, tal och ortopedtekniska hjälpmedel, som är organiserade i respektive vårdorganisation och inkluderas inte i denna överenskommelse.

Fördelningen av ansvar för att tillhandahålla hjälpmedel till länets invånare gjordes redan 1992 i och med ÄDEL-överenskommelsen. Fördelningen grundar sig både i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (1) och Kommunallagen (2017:725) (2). Båda lagrummen visar att respektive huvudmans tjänster för invånare ska utgå från mandatet. Det betyder att en huvudman enbart kan erbjuda hjälpmedel inom de områden där de också genomför själva vården. Se bild nedan.



Syfte

Denna överenskommelse syftar till att konkretisera hur länets kommuner inom ramen för HUL-samarbetet och Region Uppsala ska utveckla och förbättra samarbetet avseende hjälpmedel, inom rörelse och kognition. I de fall åtgärder i samarbetet omfattar eller har effekter för alla invånare i länet ska även Älvkarleby ingå i arbetet. Överenskommelsen utgår från strategin för samverkan hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO) och befintlig ansvarsfördelning.

Samarbetet ska leda till förbättringar utifrån ett invånarperspektiv samt ett resurs- och kostnadseffektivitetsperspektiv både på kort och lång sikt. Genomförandet ska ske med stöd av en handlingsplan som tas fram av parterna tillsammans.

Själva överenskommelsen om samarbete hanteras enligt rutiner för vård i samverkan.

Omfattning

Överenskommelsen är ett stöd för ledning och styrning, så att samarbete, strategi och beslutsfattande kan utvecklas på bästa sätt inom ramen för HSVO-samverkan. Överenskommelsen omfattar hjälpmedel till barn och vuxna.

Målgruppen är ledning, chefer och expertfunktioner som ingår i de två samarbetsnivåerna (operativ och strategisk) som beskrivs närmare under rubriken genomförande.

Brukarorganisationer och andra intressenter, som förskrivare mm, inkluderas genom ordinarie arbetssätt i linjeverksamheten samt utifrån Strategin för samverkan hälsa stöd vård och omsorg.

Ansvar

Ansvar för samarbete utifrån överenskommelsen åligger de huvudmän som driver eller nyttjar hjälpmedelsfunktionerna vid HUL och/eller HMC och genomförs på två nivåer. Ansvar för att genomföra prioriterade aktiviteter inom ramen för samarbetet delas av de funktioner som beskrivs nedan.

	Kommuners funktioner	Regionens funktioner	Ansvarsområde
Strategisk nivå	HUL:s styrgrupp (samt ev Älvkarleby)	Verksamhetsområdeschef verksamhetsområde funktionshinder samt Regionens hjälpmedelsråd	Arbeta strategiskt vad gäller exempelvis förutsättningar för utveckling, långsiktig planering och uppföljning
Operativ nivå	HAL-nätverket (samt ev. Älvkarlebys representant) Verksamhetschef HUL	Verksamhetschef HMC	Facilitera arbetet hos de olika huvudmännen samt samarbeta i det dagliga arbetet kring hjälpmedel. Lyfta utmaningar till strategisk nivå.

Termer och begrepp

Följande termer och begrepp utvecklas här för ökad förståelse:

Hjälpmedelsansvarig i Länet (HAL): Funktionen HAL har uppdrag i respektive kommun som sakkunnig i hjälpmedelsfrågor, att ansvara för hjälpmedelsriktlinjer och rutiner samt samverkan och kvalitetsuppföljning med HUL. I några kommuner har HAL ansvar för budget för hjälpmedelsverksamheten. Älvkarleby kommun har ingen HAL.

Hjälpmedel Uppsala Län (HUL): Kommunernas samverkan kring individuellt förskrivna hjälpmedel (5).

HAL-nätverk: HAL-nätverket är hjälpmedelsansvariga inom HUL-överenskommelsen, och som tillsammans bildar ett nätverk för samarbete kring individuellt förskrivna hjälpmedel för rörelsehinder och kognition.

HUL's styrgrupp: grupp med representanter från socialchefsnätverket och hjälpmedelsansvariga samt HUL's chefer och ekonom.

Hjälpmedelscentralen, HMC: Regionens hjälpmedelscentral

Medicinteknisk produkt: produkt som används för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom, påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller en funktionsnedsättning, undersöka, ändra eller ersätta anatomi eller en fysiologisk process eller kontrollera befruktning (6).

Hjälpmedel för det dagliga livet: individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning (Socialstyrelsen).

Hjälpmedel för vård och behandling: förskriven medicinteknisk produkt som syftar till att kontrollera, bibehålla eller förbättra ett medicinskt tillstånd och som är avsedd att kunna användas utan hälso- och sjukvårdsutbildning (Socialstyrelsen). Inom hjälpmedelsverksamheterna förskrivs vissa hjälpmedel med detta syfte.

Region Uppsalas hjälpmedelsråd: forum som samordnar och är vägen in för gemensamma och övergripande hjälpmedelsfrågor inom Region Uppsala.

ÄDEL-reformen: Ädelöverenskommelsen i Uppsala län utgår från Ädelreformen (1992) och reglerar hälso- och sjukvårdsansvar för personer i ordinärt boende från 17 års ålder med behov av hälso- och sjukvård i hemmet över tid (>14 dagar).

HSVO samråd: HSVO (Hälsa, stöd, vård och omsorg) - En samverkansorganisation för att stimulera till och underlätta aktiv samverkan och dialog på politisk- och tjänsteledningsnivå i Uppsala län. Organisationen finns på övergripande nivå (regionalt) men även lokalt i länets kommuner i samverkan med Region Uppsala. Arbetet styrs av bland annat Strategi för samverkan.

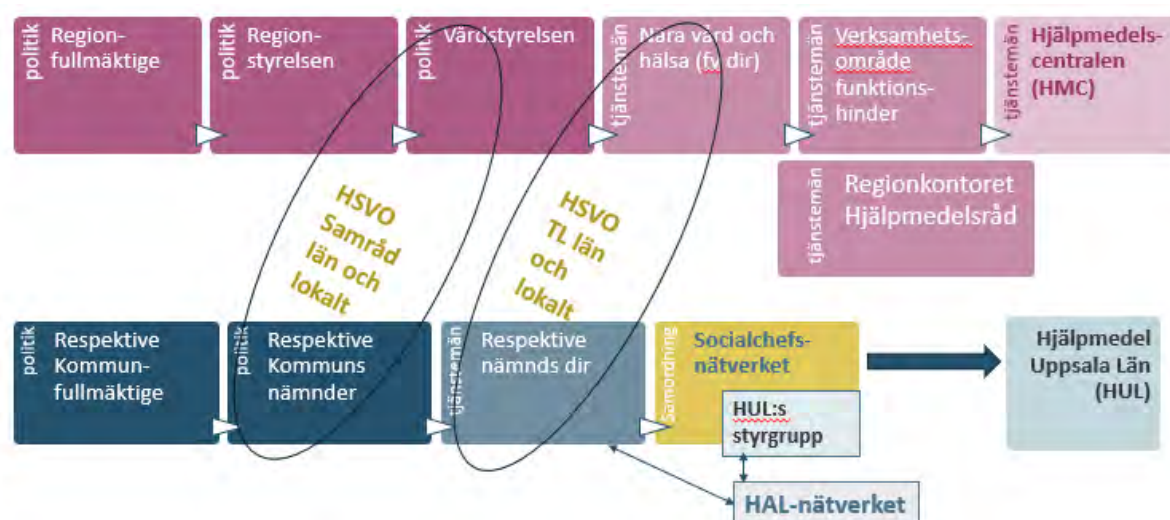
Genomförande

Organisation och arbetssätt

Överenskommelsen avser samarbete på två nivåer; en första operativ samarbetsnivå och en andra strategisk samarbetsnivå. Fokus ligger på organisation och strategiska arbetssätt kopplade mot styrning, genomförande och uppföljning. Arbeta och beslutsfattande sker inom ramen för ordinarie uppdrag, organisation och arbetsprocess hos respektive huvudman.

Samarbetet behöver flyta mellan nivåerna för att vara konstruktivt och framsyftande. Arbetet behöver följa en planerad process och det behöver finnas utrymme för att utveckla samarbetet allt eftersom nya behov uppstår.

Samarbetsnivåerna utgör ett komplement till redan befintliga samarbeten och arbetssätt inom ramen för HSVO, se bild nedan.



Gemensam handlingsplan

En gemensam handlingsplan tas fram årligen som stöd för samarbetet.

Handlingsplanen ska utgå ifrån de möjligheter och behov som finns inom ramen för denna överenskommelse. Förbättringar utifrån ett invånarperspektiv samt ett resurs- och kostnadseffektivitetsperspektiv både på kort och lång sikt ska tas i beaktande.

Handlingsplanen tas fram gemensamt i en årlig träff där samarbetsnivåerna ingår. Se bilaga 1 för mall handlingsplan samt exempel på målområden.

Operativ samarbetsnivå

Den första nivån är den operativa, som genomförs mellan verksamhetschefer vid HMC och HUL, två representanter från HAL-nätverket (en från en större kommun och en från en mindre kommun), samt eventuellt en representant från Älvkarleby kring sådana frågor som är eller skulle kunna vara gemensamma. Se bilaga 2 för exempel på möjliga samarbetsfrågor.

Den operativa nivån träffas förslagsvis fyra gånger om året.

Den operativa nivån ansvarar för att:

- sammanställa underlag på genomfört arbete och presentera det på nivågemensamt möte där årlig handlingsplan tas fram. Underlaget ligger som grund för kommande års planering och prioritering av förbättringsförslag
- delta i framtagandet av handlingsplan
- bryta ned handlingsplanen i processer och tidsplaner för genomförandet
- samordna och genomföra aktiviteter och mål
- samlat avrapportera till den strategiska samarbetsnivån

Strategisk samarbetsnivå

Den andra nivån är ett strategiskt forum, som årligen beslutar om inriktningen för samarbetet samt ansvarar för uppföljningen till HSVO. Se bilaga 2 för exempel på möjliga samarbetsfrågor.

I denna nivå deltar tre representanter från HUL´s styrgrupp; ordförande (socialchef), avdelningschef för Uppsala kommuns hälso- och sjukvårdsavdelning (kan delegeras till annan chefsrepresentant i styrgruppen från Uppsala kommun), en HAL samt två representanter från region Uppsala; verksamhetsområdeschef för verksamhetsområde Funktionshinder och Region Uppsalas samordnare för hjälpmedelsområdet (internt Region Uppsala).

Den strategiska nivån ansvarar för att:

- delta i framtagande av handlingsplan
- besluta om handlingsplanen
- återsammanportera till HSVO

Den strategiska nivån träffas förslagsvis två gånger om året.

Ett arbetsutskott tillsätts för att säkra framfart i arbetet och består av två representanter från den strategiska nivån: avdelningschef för Uppsala kommuns hälso- och sjukvårdsavdelning, samt verksamhetsområdeschef för verksamhetsområde Funktionshinder inom region Uppsala.

Arbetsutskottet ansvarar för att:

- sammankalla, förbereda, leda och efterarbeta de två årliga mötena
- leda det gemensamma arbetet med att ta fram en årlig handlingsplan
- hålla i uppföljningen gentemot HSVO

Arbetsutskottet ses förslagsvis sex gånger om året; inför och efter de två mötena på den strategiska nivån samt inför och efter uppföljningen till HSVO.

Uppföljning

Uppföljning av överenskommelsen sker årligen till Samråd HSVO och till Socialchefnätverket.

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (riksdagen.se)
2. Kommunallagen (2017:725) (riksdagen.se)
3. Länsövergripande samverkan kring individuellt förskrivna hjälpmedel, Slutrapport 2021-11-11. Berörda parter har rapporten i sitt diarium.

4. Juridisk genomlysning förutsättningar kring hjälpmedel 2024. Berörda parter har rapporten i sitt diarium.
5. Samverkansavtal avseende Hjälpmedel Uppsala Län (HUL). Berörda parter har rapporten i sitt diarium.
6. Lagen om medicintekniska produkter (1993:584) (riksdagen.se)
7. ViS riktlinje Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i samverkan
8. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård | Sveriges riksdag
9. På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen | lagen.nu SSOU2017:43)

Dokumenthistorik

Datum för beredning och fastställande XX

Denna överenskommelse är ett nytt dokument som är framtaget av arbetsgrupp som tillsattes på uppdrag av Samråd HSVO och tjänsteledning i december 2024. Deltagare är kommunernas HAL-funktioner, verksamhetschef för HUL Uppsala kommun samt för HMC region Uppsala, verksamhetsområdeschef VO Funktionshinder region Uppsala, samordningsstrateg Redaktionsrådet region Uppsala, välfärdsutvecklare Uppsala kommun, handläggare Region Uppsalas ledningskontor.

Bilagor

Bilaga 1 MALL - årlig handlingsplan

Kommer att publiceras som ett eget dokument/bilaga med skrivbara rutor i tabell i liggande format. Länk läggs med i detta dokument.

Exempel på målområden kan vara:

- gemensam ViS-riktlinje avseende hjälpmedel för rörelse och kognition (7)
- tydlig och enhetlig information om hjälpmedel för rörelse och kognition för länets invånare
- tydlig och enhetlig information till förskrivare avseende hjälpmedel för rörelse och kognition
- gemensam upphandling via Sjukvårdsregion Mellansverige

Identifierat målområde	aktivitet	ansvarig	klart	uppföljning

Bilaga 2 Beskrivning av exempel på samarbetsfrågor.

Operativ nivå

Den operativa nivån samarbetar kring frågor som exempelvis berör:

- Medverka i SKR's chefsnätverk
- Medverka i undernätverk SKR's chefsnätverk t ex Kognet, Teknik, Stånet och Sitnet
- Medverka i Sjukvårdsregion Mellansveriges chefsnätverk för hjälpmedelschefer
- Köpa, sälja och låna produkter som t ex inventarier, tillbehör och reservdelar
- Transporter av hjälpmedel som returnerats "till felaktig verksamhet"
- Kunskapsöverföring t ex konsulentträffar, teknikerträffar och logistik
- Gemensamma utbildningar t ex olika regelverk som avser hjälpmedelsverksamhet
- Samverkan vid 21 års övergången från region till kommuner avseende hjälpmedel
- Utför olika aktiviteter tillsammans t ex hjälpmedelsdagen
- Dialogmöten verksamhetschefer HUL – HMC
- Upphandling enligt Sjukvårdsregion Mellansveriges upphandlingsmodell för hjälpmedel
- Frågor som rör rutiner för flytt inom utom län (utifrån riksavtal)
- Bereda frågor utifrån gemensam hjälpmedelsriktlinje VIS
- Införande och utfasning hjälpmedelstyper
- Tydliggöra ansvar för personer som ej är folkbokförda
- Beredskap och kontinuitetsplanering
- Kriterier för förskrivning av hjälpmedelstyper (beredning inför beslut i respektive nämnd)

Strategisk nivå

Den strategiska nivån samarbetar kring frågor som exempelvis berör:

- Skapa förutsättningar för det arbete som överenskommelsen omfattar
- Stärka samarbeten av strategisk och mer långsiktig karaktär kring hjälpmedel både för rörelse och kognition och för andra angränsande och berörda områden.
- Bereda och lyfta frågeställningar till HSVO TL och HSVO samråd
- Bereda och lyfta frågor till politisk nämnd eller styrelse
- Bereda och lyfta frågor som rör kommunerna (lyfta till socialchefsnätverket)
- Bereda och lyfta frågor till tjänstemannanivåer och relevanta forum för beslut

Bilaga 3 Bakgrund till överenskommelsen ur ett historiskt perspektiv

Innan 1992 så hanterades alla hjälpmedel inom landstinget Uppsala län via den dåvarande hjälpmedelscentralen. Efter 1992 flyttades hanteringen av rörelsehjälpmedel för vuxna till kommunerna i och med ÄDEL-överenskommelsen och en skatteväxling genomfördes.

Landstinget Uppsala län startade upp kognitionscenter 2004. 2006 blev verksamheten en permanent verksamhet inom Habilitering och hjälpmedel, landstinget Uppsala län. Avtalet gällande kognitiva hjälpmedel mellan landstinget och länets kommuner som gällt sedan 2004 sades upp hösten 2006, uppsägningstiden löpte ut 2007-11-30. En omorganisation där Kognitionscenter skulle samordnas med Taltjänst, skol- och datahjälpmedel samt datatekniks utrustning började planeras under 2008, som efter 2009 integrerades i Hjälpmedelscentralens verksamhet.

Hjälpmedelscentralen startades upp på 1970-talet och drevs av landstinget Uppsala län och kommunerna var kunder. Kommunerna upplevde utmaningar med kostnader och organisation och tittade därför på alternativa lösningar. Lagen om offentlig upphandling infördes 1992 och gjorde det möjligt för kommunerna att göra upphandlingar direkt med leverantörer. År 2000 startade Uppsala kommun en enhet för hantering av rörelsehjälpmedel, Hjälpmedelsenheten. Enheten gjorde upphandlingar, utprovningar och hanterade service och lager som visade på fungerande arbetssätt. Samarbete mellan alla kommuner i länet exklusive Älvkarleby kommun påbörjades och ledde fram till att Hjälpmedel Uppsala Län bildades 2007. Älvkarleby kommun har avtal, avseende hjälpmedel för vuxna, med hjälpmedel SAM som är en gemensam hjälpmedelscentral för kommunerna i Gästrikland och Hälsingland samt region Gävleborg.

Parterna hanterade hjälpmedelsfrågorna på lite olika sätt. Patient och brukarorganisationer efterfrågade jämlikhet, landstinget Uppsala län efterlyste gemensamma riktlinjer. Ny lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvården (8) gjorde att kommuner och Region Uppsala (tidigare landstinget Uppsala län) stärkte samverkan för en säker och effektiv utskrivningsprocess där hjälpmedel är en viktig del. En statlig utredning om hjälpmedel (SOU2017:43) (9) lyfte fram vikten av delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen vilket även omställningen till Effektiv och Nära vård 2030 gör. Dessa olika frågeställningar ledde fram till att HSVO samråd 2019 beslutade att tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att ta fram ett förslag på en länsövergripande samverkan avseende individuellt förskrivna hjälpmedel (hjälpmedelsutredningen (3)). Målsättningen var att ta fram underlag för att HSVO skulle kunna ta ett inriktningsbeslut för en länsövergripande samverkan. Utredningen gav fyra konkreta förslag för utveckling:

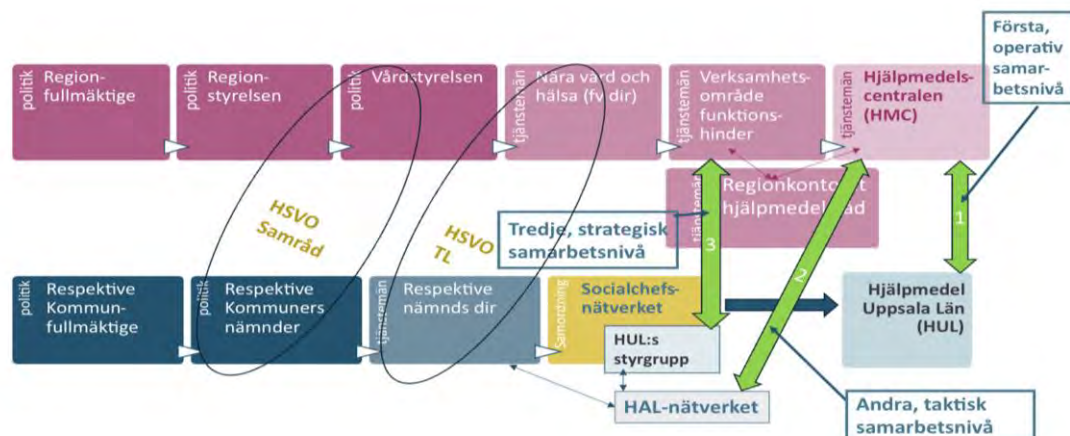
- Övergripande styrning
- Gemensamma riktlinjer för individuellt förskrivna hjälpmedel
- En väg in för patienter och förskrivare

- Ökad samverkan mellan regionen och kommunerna

Samarbetet har ökat mellan parterna utifrån flera av förslagen som togs fram i hjälpmedelsutredningen.

Vid årsskiftet 2023/2024 gav HSVO samråd ett uppdrag till HSVO tjänsteledning, som innebar att sammanlägga hjälpmedelsfunktionerna för rörelse och kommunikation oavsett ålder vid Hjälpmedel Uppsala län. En juridisk genomlysning gjordes då som visade att den fördelning av ansvar och mandat kopplat till vård och omsorg för invånare som gjordes i ÄDEL-reformen lägger grunden för möjlig fördelning av arbetsuppgifter även idag. Det finns, däremot, möjligheter att samarbeta på andra sätt, tex. kring själva hanteringen av hjälpmedel, upphandling av hjälpmedel, samt genom att förbättra samverkan och eftersträva enhetliga riktlinjer.

Som resultat av den juridiska genomlysningen gav HSVO samråd HSVO tjänsteledning i uppdrag att ta fram föreliggande överenskommelse om samarbete, som syftar till att ge struktur för att gemensamt kunna arbeta med förslagen från hjälpmedelsutredningen (3) men även fortsatt utveckla hjälpmedelsområdet avseende rörelse och kognition.



Vård- och omsorgsnämnden

Internkontroll 2026

Postadress	Besöksadress/Reg.office	Telefon	Telefax	Organisationsnummer	Bankgiro
Box 66	Stångörsgatan 10	Nat 0173-860 00	Nat 0173-175 37	212000-0290	233-1361
S-742 21 Östhammar	Östhammar	Int +46 173 860 00	Int +46 173 175 37	V.A.T. No	PlusGiro
	www.osthammar.se	kommunen@osthammar.se		SE212000029001	1 31 70-6

2 (9)

Innehållsförteckning

1	Intern kontroll.....	3
2	Nämndens egenutvärdering.....	4
3	Riskbedömning.....	5
4	Internkontrollplan.....	8
4.1	Intern kontroll.....	8

3 (9)

1 Intern kontroll

Intern kontroll är ett stöd i arbetet att förebygga, upptäcka och åtgärda fel och brister som hindrar att organisationen kan nå sina mål på ett säkert och effektivt sätt.

Enligt Kommunallagen ansvarar nämnderna för:

- Att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.
- **Att den interna kontrollen är tillräcklig** och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.
- Att skötseln av en kommunal angelägenhet som med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan bedrivs på ett tillfredsställande sätt.

Kommunallagen 6 kap. 6 §

Kommunstyrelsen är en nämnd med en särställning. För styrelsen gäller, utöver vad som angetts ovan, även:

- Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens eller regionens angelägenheter och **ha uppsikt över övriga nämnders** och eventuella gemensamma nämnders **verksamhet**.

Kommunallagen 6 kap. 1 §

Kommunstyrelsen har till följd av sin uppsiktsplikt över kommunens nämnder tagit fram ett reglemente för intern kontroll. Reglementet förklarar vilket ansvar nämnderna har för sin egen interna kontroll. Denna internkontrollplan och det arbete som ska genomföras enligt denna plan är nämndens sätt att möta detta ansvar.

Utfallet av granskningsaktiviteterna återkopplas till nämnden i samband med delårsrapport och årsredovisning.

4 (9)

2 Nämndens egenutvärdering

Under hösten fick ledamöter och ersättare i vård- och omsorgsnämnden en enkät där de ombads att svara på nedanstående tolv frågor. Svarsalternativen var "Mycket bra", "Ganska bra", "Inte så bra" och "Inte alls bra". Svarsalternativet "Mycket bra" motsvaras av sifferbetyget 3, svarsalternativet "Ganska bra" motsvaras av sifferbetyget 2 och så vidare.

Nedan synliggörs nämndernas genomsnittliga betyg för de tolv frågorna.

Hur bra anser du att nämnden och förvaltningen tillsammans arbetar med:		VÅRD- OCH OMSORGS- NÄMNDEN
1	att ha kontroll på att verksamheten bedrivs enligt relevanta lagar, förordningar och föreskrifter?	2,3
2	att ha kontroll på att verksamheten bedrivs enligt interna policyer och riktlinjer?	2,1
3	att ta fram beslutsunderlag av god kvalitet inför beslut?	2,0
4	fungerande kommunikation, såväl internt som externt, såväl uppåt som nedåt som i sidled?	1,3
5	att motverka bedrägerier, korruption, mutor, jäv, välfärdsbrottslighet samt otillåtna bisysslor?	1,9
6	att skapa en arbetsmiljö som uppmuntrar rapportering av avvikelser?	2,0
7	att i ord och handling tydliggöra vilka förväntningar och värderingar som gäller i organisationen?	1,4
8	att klargöra, tilldela och begränsa ansvar och befogenheter i organisationen?	1,5
9	att nå uppsatta mål?	2,3
10	att bedriva en kostnadseffektiv verksamhet av god kvalitet?	1,4
11	hantering av verksamhetssystem och i dem innehållande information?	2,1
12	beredskap för hantering av olika samhällsstörningar?	1,8

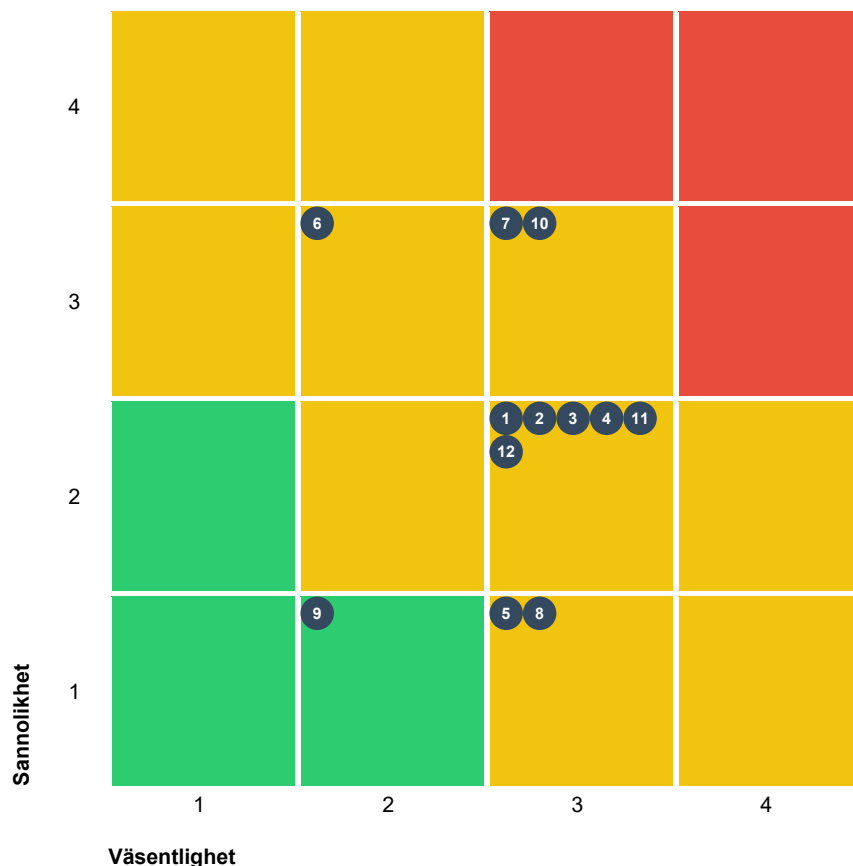
Avslutningsvis ställdes frågan huruvida granskning av inköp och upphandling ska vara ett kontrollmoment i kommande års internkontrollplan. På denna fråga svarade 100 % Ja varför aktiviteter mot detta område inkluderats.

5 (9)

3 Riskbedömning

Med stöd av nämndens egenutvärdering så har en bedömningsgrupp risk- och väsentlighetsbedömt olika områden inom nämndens verksamhetsområde.

Sannolikhet och **Väsentlighet** har vardera blivit tilldelade ett värde mellan ett och fyra. De båda värdena har därefter multiplicerats. Detta har mynnat ut i ett riskvärde mellan ett och sexton där sexton är högst risk.



11 Medium 1 Låg Totalt: 12

Kritisk
Medium
Låg

	Sannolikhet	Väsentlighet
4	Sannolik - Det är mycket troligt att fel uppstår	Allvarlig - Är mycket betydande för de olika intressenterna
3	Möjlig - Det finns risk för att fel uppstår	Kännbar - Uppfattas som besvärande för intressenterna
2	Mindre sannolik - Risken att fel ska uppstå är mycket liten	Lindrig - Uppfattas som liten av intressenterna
1	Osannolik - Risken att fel ska uppstå är praktiskt taget obefintlig	Försumbar - Är obetydlig för de olika intressenterna

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Sannolikhet	Väsentlighet	Riskvärde
Efterlevnad av tillämpliga lagar och föreskrifter	1. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att ha kontroll på att verksamheten bedrivs enligt relevanta lagar, förordningar och föreskrifter så kan det leda till lagbrott, juridisk process, förtroendskada, ekonomisk skada, försening av beslut och lidande kund/brukare.	Mindre sannolik	Kännbar	6
Efterlevnad av tillämpliga lagar och föreskrifter	2. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att ha kontroll på att verksamheten bedrivs enligt interna regler, policyer och beslut så kan det leda till tandlös styrning, tjänstemannastyre, uppluckring av den lokala demokratin och förtroendskada.	Mindre sannolik	Kännbar	6
Tillförlitlig information	3. Om nämnden/förvaltningen inför beslut inte skapar och använder information av god kvalitet så kan det leda till att nämnden fattar beslut som inte uppfyller lagkrav eller som försvårar verkställandet av beslutet. Detta kan i sin tur leda till ekonomisk skada.	Mindre sannolik	Kännbar	6
Tillförlitlig information	4. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med fungerande kommunikation, såväl internt som externt, såväl uppåt som nedåt som i sidled så riskerar det att leda till missnöje hos lokalbefolkningen, ineffektiv och svårstyrd verksamhet, frustration och dålig arbetsmiljö, dubbelarbete eller uteblivet arbete.	Mindre sannolik	Kännbar	6
Kontroll avseende bedrägerier, oegentligheter, mutor och jäv	5. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att motverka korruption, mutor och jäv så kan det leda till allvarlig förtroendskada, ekonomisk skada och felaktiga beslut, rättsprocesser och fördröjning av verkställighet.	Osannolik	Kännbar	3
Kontroll avseende bedrägerier, oegentligheter, mutor och jäv	6. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att skapa och bibehålla en miljö som uppmuntrar till rapportering av avvikelser så kan det leda till ekonomisk skada, förtroendskada och att viktiga inspel från medarbetare och kommuninvånare går förlorade.	Möjlig	Lindrig	6
Styr- och kontrollmiljö	7. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att i ord och handling tydliggöra vilka förväntningar och värderingar som gäller i organisationen så kan det leda till ineffektivitet, att medarbetare skapar egna sanningar för vilka förväntningar/värderingar som råder, olikheter kan råda mellan olika arbetsgrupper och kunder/brukare kan bemötas olika.	Möjlig	Kännbar	9

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Sannolikhet	Väsentlighet	Riskvärde
Styr- och kontrollmiljö	8. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att klargöra, tilldela och begränsa ansvar i organisationen så kan det leda till att beslut fattas på fel nivå, av obehöriga, vilket kan leda till negativa verksamhets- och/eller ekonomiska konsekvenser. Arbetsuppgifter kan bli ogjorda eller dubbelgjorda.	Osannolik	Kännbar	3
Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	9. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att nå uppsatta mål så kan det leda till tjänstemannastyre och urholkad lokaldemokrati.	Osannolik	Lindrig	2
Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	10. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att bedriva en kostnadseffektiv verksamhet av god kvalitet så kan det leda till att kommunen inte når de politiska mål, försämrade ekonomisk hållbarhet, missnöjda brukare, juridiska processer.	Möjlig	Kännbar	9
Kontroller av system och rutiner	11. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med hantering av verksamhetssystem och i dem innehållande information så kan det bl.a. leda till intrång, läckta personuppgifter. Har förvaltningen för många system som inte är i bruk så leder det till ekonomisk förlust. Händelser leder till att data är otillgänglig. Dubbelregistrering till följd av många verksamhetssystem (snarare än t.ex. ett mastersystem för kunduppgifter).	Mindre sannolik	Kännbar	6
Kontroller av system och rutiner	12. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med beredskap för hantering av olika samhällsstörningar så kan det leda till samhällsviktig verksamhet ej kan upprätthållas vid händelse.	Mindre sannolik	Kännbar	6

8 (9)

4 Internkontrollplan

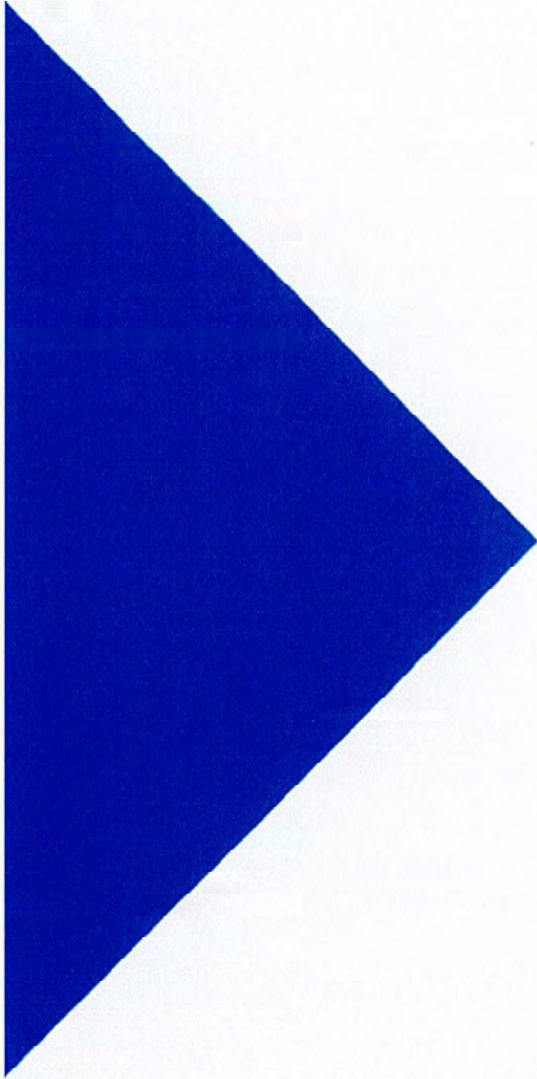
De kontrollområden som av nämnden blivit bedömda som mest riskfyllda och/eller som fått högst riskvärde i förvaltningens riskbedömning har omhändertagits genom aktiviteter av förebyggande och/eller upptäckande karaktär.

4.1 Intern kontroll

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Aktivitet	Metod
Tillförlitlig information	4. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med fungerande kommunikation, såväl internt som externt, såväl uppåt som nedåt som i sidled så riskerar det att leda till missnöje hos lokalbefolkningen, ineffektiv och svårstyrd verksamhet, frustration och dålig arbetsmiljö, dubbelarbete eller uteblivet arbete.	4. Upprätthållande av kommunikationsrutin	Den fastställda kommunikationsrutinen ska upprätthållas. Rutinen innebär att nämndordförande och/eller socialchef, efter varje nämndsammanträde, träffar kommunikatör för att diskutera och vid behov ta fram extern kommunikation som följer av nämndens beslut.
Styr- och kontrollmiljö	7. Om nämnden / förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att i ord och handling tydliggöra vilka förväntningar och värderingar som gäller i organisationen så kan det leda till ineffektivitet, att medarbetare skapar egna sanningar för vilka förväntningar / värderingar som råder, olikheter kan råda mellan olika arbetsgrupper och kunder / brukare kan bemötas olika.	7. Förtydligande av chefens uppdrag	Kommunfullmäktige gav i budget 2025 kommunstyrelsen i uppdrag att förtydliga chefens uppdrag. Samtliga nya chefer genom introduktionen introduceras till det förtydligade chefsuppdrag samt ges en förståelse av kommunens vision.
Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	10. Om nämnden/förvaltningen inte tillräckligt väl arbetar med att bedriva en kostnadseffektiv verksamhet av god kvalitet så kan det leda till att kommunen inte når de politiska målen, försämrad ekonomisk hållbarhet, missnöjda brukare, juridiska processer etc.	10. Beskrivning av omsorgskontorets mål- och ekonomiuppföljningsprocess	I syfte att säkerställa en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet ska omsorgskontoret ta fram en enkel och tydlig beskrivning av kontorets mål- och ekonomiuppföljningsprocess; från enhetsnivå till verksamhetsnivå, från verksamhetsnivå till kontorsnivå för slutlig rapportering till nämnden.

9 (9)

Kontrollområde	Riskbeskrivning	Aktivitet	Metod
		10. Uppföljning av omsorgskontorets mål- och ekonomiuppföljningsprocess	Under senare delen av året, mellan delårsrapportering och årsredovisning, ska kontroller utföras för att verifiera att omsorgskontorets mål- och ekonomiuppföljningsprocess följs.
Kontroll av inköp och upphandling		13. Information om Vägledning om inköp och upphandling	Samtliga ledningsgrupper ska gå igenom innehållet i den framtagna vägledningen för upphandling och inköp. (Utförs under årets åtta första månader och slutredovisas i deluppföljningen)
		13. Stickprovskontroll attesterade fakturor	För varje kontor under nämnden tas fyra slumpmässiga fakturor ut ur i ekonomisystemet. Fakturorna ska ha beslutsattesterats av chef tillhörande kontoret under årets första åtta månader. För varje faktura görs en kontroll om inköpet följt antingen kommunens riktlinjer för direktupphandling, LOU eller annan tillämplig lagstiftning samt om det inköpta har kommit kommunen tillhanda.



Granskning av kvalitetsarbete inom äldreomsorg och LSS

Rapport

Östhammars kommun

2025-09-25

Antal sidor: 23

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	6
3	Syfte och revisionsfrågor	6
4	Avgränsning	6
5	Revisionskriterier	6
6	Metod	7
7	Resultat av granskningen	8
7.1	<i>Kvalitetsledningssystem</i>	8
7.1.1	Riktlinje ledningssystem	8
7.1.2	Information på intranätet	9
7.1.3	Mål	10
7.1.4	Riskanalys	10
7.1.5	Egenkontroll	11
7.1.6	Rutiner för avvikelshantering och synpunkter	12
7.1.7	Uppföljning och utvärdering	13
7.1.8	Personal	15
7.1.9	Bedömning	15
7.2	<i>Brukarbedömning</i>	17
7.2.1	LSS	17
7.2.2	Äldreomsorgen	19
7.2.3	Övriga lakttagelser	20
7.2.4	Bedömning	21
8	Samlad bedömning och rekommendationer	22

1 SAMMANFATTNING

Azets har av Östhammars kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska kommunens kvalitetsarbete inom äldreomsorgen och LSS-verksamheten. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om den interna styrningen och kontrollen är effektiv och bidrar till ett gott stöd till kommunens äldre invånare och personer som omfattas av LSS.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att den interna styrningen och kontrollen endast delvis är effektiv och därmed endast delvis bidrar till ett gott stöd till kommunens äldre invånare och personer som omfattas av LSS.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att granskningen visat att kvalitetsledningssystemet kan förbättras genom att exempelvis uppdatera riktlinjen till att anpassas till nuvarande organisation samt förändringar i det kommunövergripande ledningssystemet. Vidare bedömer vi att ansvarsområden för uppföljning av kvalitetsledningssystem kan förtydligas.

Vi har inte tagit del av någon uppföljning av kvalitetsledningssystemet. Vi bedömer att det är av vikt att en sådan uppföljning genomförs.

Därtill bedömer vi att uppföljningen av det systematiska kvalitetsarbetet kan utvecklas och förbättras. Vi anser bland annat att analyserna kring måluppfyllelse i verksamhetsberättelserna kan utvecklas ytterligare. Vi bedömer det även som bristfälligt att kommunen inte följer det allmänna rådet enligt (SOF 2011:9) om att upprätta en kvalitetsberättelse. Vidare anser vi att det är bristfälligt att det inte genomförs en samlad återrapportering till nämnden avseende kvalitetsarbetet, exempelvis riskanalyser och egenkontroller. Utan en samlad och tillräcklig uppföljning av kvalitén i verksamheten saknas det grunder för att vidta adekvata åtgärder vid eventuella brister.

Av den offentliga statistik vi tagit del av avseende brukarundersökningar kan vi konstatera att resultaten för Östhammars kommun är relativt lika jämförelsekommuner. Vi kan dock även konstatera att ett av resultaten i brukarundersökningen visade att andelen i servicebostäder som känner sig trygga med alla i personalen enbart är 61%. Enligt uppgift från kommunen vidtogs åtgärder genom en egenkontroll i form av en anonym enkät till brukarna. Resultatet från enkäten följdes dock inte upp, vilket vi bedömer som bristfälligt.

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja 	
Revisionsfråga	Bedömning
Finns ett dokumenterat och ändamålsenligt kvalitetsledningssystem?	Endast delvis
Säkerställs att verksamhetens personal arbetar i enlighet med verksamhetens riktlinjer och rutiner?	Endast delvis
Är ansvaret för kvalitetsledningssystemet definierat och finns en organisation och strukturer för hur kvalitetsledningssystemet ska bedrivas och följas upp?	Endast delvis
Sker systematisk uppföljning av kvalitetsledningssystemet och dess ändamålsenlighet?	Nej
Vilka resultat uppnås utifrån målen ur ett brukarperspektiv, tex avseende bemötande, delaktighet, trygghet och förtroende och omhändertas dessa?	Endast delvis
Finns en systematik för korrigerande åtgärder vid uppföljning och utvärdering mot mål och system för ständiga förbättringar och kontinuerligt lärande?	Endast delvis

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- Tillse att riktlinjen avseende kvalitetsledningssystemet uppdateras så att den passar aktuell organisationsstruktur, det kommunövergripande ledningssystemet och tillse att ansvarsområden tydliggörs.
- Förtydliga när målen för verksamheterna ska bedömas som uppfyllda / inte uppfyllda.
- Utveckla nyckeltalsanalyserna i verksamhetsberättelsen, exempelvis genom att analysera resultaten av nyckeltalen i större omfattning samt genomföra mer jämförande analyser.
- Tillse att en egen verksamhetsberättelse tas fram även för LSS-verksamheten, likt den som finns för äldreomsorgen i enlighet med riktlinjen för ledningssystemet.
- Utveckla och stärk strukturer som syftar till att verksamhetens personal arbetar i enlighet med verksamhetens riktlinjer och rutiner.

- Tillse att det genomförs en dokumenterad och systematisk uppföljning av kvalitetsledningssystemets ändamålsenlighet, exempelvis genom den enkät som ska användas enligt riktlinjen för verksamhetsplanering och egenkontroll.
- Tillse att det genomförs en samlad uppföljning av riskanalys och egenkontroller, i enlighet med de riktlinjer som finns.
- Följ upp kvalitén i verksamheterna genom att upprätta en kvalitetsberättelse, i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd.

2 BAKGRUND

Azets har av Östhammars kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska kommunens kvalitetsarbete inom äldreomsorgen och LSS-verksamheten. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Enligt socialtjänstlagen ska äldreomsorg tillförsäkra en skälig levnadsnivå för personer i behov av stöd och omvårdnad. Verksamhet som bedrivs enligt LSS ska tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor. En ändamålsenlig äldreomsorg och LSS-verksamhet måste därför präglas både av att verksamheten tillförsäkrar att den enskilde erhåller ett gott stöd och av att verksamheten bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt.

Med anledning av ovanstående drar kommunens revisorer slutsatsen i sin riskanalys, att kommunens riktlinjer och rutiner avseende kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen och LSS-verksamheten behöver granskas.

3 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR

Syftet med granskningen har varit att bedöma om den interna styrningen och kontrollen är effektiv och bidrar till ett gott stöd till kommunens äldre invånare och personer som omfattas av LSS.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Finns ett dokumenterat och ändamålsenligt kvalitetsledningssystem?
- Säkerställs att verksamhetens personal arbetar i enlighet med verksamhetens riktlinjer och rutiner?
- Är ansvaret för kvalitetsledningssystemet definierat och finns en organisation och strukturer för hur kvalitetsledningssystemet ska bedrivas och följas upp?
- Sker systematisk uppföljning av kvalitetsledningssystemet och dess ändamålsenlighet?
- Vilka resultat uppnås utifrån målen ur ett brukarperspektiv, tex avseende bemötande, delaktighet, trygghet och förtroende och omhändertags dessa?
- Finns en systematik för korrigerande åtgärder vid uppföljning och utvärdering mot mål och system för ständiga förbättringar och kontinuerligt lärande?

4 AVGRÄNSNING

Vid tidpunkten för granskningen var tidigare socialtjänstlag (2001:453) gällande och granskningen har därav utgått från dåvarande lagstiftning. Den 1 juli 2025 infördes en ny socialtjänstlag.

5 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen 6 kap § 6

- Socialtjänstlagen (2001:453)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOF 2011:9)

6 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av riktlinjer, rutiner, information på intranätet, uppföljning av avvikelser och synpunkter för kvartal 4 år 2024, verksamhetsberättelser, vård- och omsorgsnämndens budget, patientsäkerhetsberättelse och offentlig statistik.
- Intervjuer har genomförts med enhetschefer för hemtjänsten, särskilt boende samt LSS, kvalitetsutvecklare, verksamhetschef för äldreomsorgen, verksamhetschef för LSS och hälso- och sjukvård, biträdande socialchef samt socialchef.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja



Rapporten är faktakontrollerad av samtliga intervjuade.

7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

Verksamheten för äldreomsorg och LSS i Östhammars kommun är organiserat under omsorgskontoret. Omsorgskontoret har tre verksamheter, LSS/HSL, myndighet och äldreomsorg.

7.1 KVALITETSLEDNINGSSYSTEM

7.1.1 Riktlinje ledningssystem

I samband med granskningen har vi tagit del av en riktlinje¹ för ledningssystemet som fastställdes av dåvarande socialnämnden. Under intervjun framkom att riktlinjen för närvarande är giltig, men att ett arbete pågår för att utvärdera om den bör avaktualiseras till förmån för att arbeta i linje med det kommungemensamma ledningssystemet. Riktlinjen för ledningssystemet är därmed inte uppdaterad efter Östhammars kommuns omorganisering varav den hänvisar till vissa roller som bytt namn, exempelvis hänvisar riktlinjen till socialnämnden och inte vård- och omsorgsnämnden.

I riktlinjen framgår att socialchef, vård- och omsorgschef, individ- och familjeomsorgschef, administrativ chef samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och verksamhetschef enligt HSL har till uppgift att inom sina respektive områden:

- identifiera och beskriva processer och de aktiviteter som ingår i processerna,
- identifiera riktlinjer som behövs inklusive revideringsbehov,
- ta fram rutiner som behövs och revidera vid behov,
- identifiera samverkansbehov i verksamheten.

Det framgår att dessa ska fastställas samt att chefer och medarbetare på alla nivåer har till uppgift att delta i ovanstående arbete och föreslå förbättringar när medarbetaren ser behov av sådana. Det framgår vidare att samtliga medarbetare ska följa antagna arbetssätt och rutiner.

I riktlinjen finns det information om att nämndens ledningssystem ska finnas tillgängligt på intranätet. Vidare finns information om krav på innehåll i ledningssystemet. Det framgår att processer, riktlinjer och rutiner ska innehålla information om:

- Vilka delmoment som ska utföras och i vilken ordning de ska utföras
- Vem som ska utföra delmomenten
- Om styrdokumentet endast gäller en del av socialförvaltningens verksamhet ska vilka delar det gäller för anges

I riktlinjen ges även information om det systematiska förbättringsarbetet. Det framgår att varje chef har till uppgift att genomföra riskanalyser och tillse att berörd personal involveras, dock har vård- och omsorgschef, individ- och familjeomsorgschef samt administrativ chef till uppgift att övergripande tillse att de riskanalyser som behövs inom deras respektive områden genomförs. Socialchef har till uppgift att de riskanalyser som behövs för hela förvaltningen genomförs. MAS och verksamhetschef

¹ Socialnämnden 2018-06-20 §96

enligt HSL har till uppgift att de riskanalyser som behövs för området hälso- och sjukvård genomförs. Riskanalyser ska redovisas för socialnämnden i samlad form i verksamhetsberättelse för vård och omsorg respektive individ- och familjeomsorg.

Vidare framgår att egenkontroller ska genomföras för att säkra verksamhetens kvalitet. Chef för vård och omsorg respektive individ- och familjeomsorg har till uppgift att se till att årlig plan för egenkontroll upprättas för sina respektive områden. Planen ska granskas och fastställas av socialförvaltningens ledningsgrupp. Resultat av egenkontroll ska redovisas för socialnämnden i samlad form i verksamhetsberättelse för vård och omsorg respektive individ- och familjeomsorg.

Det finns även information om synpunkter och klagomål där det framgår att verksamheten ska ha rutiner för mottagandet och åtgärder i det enskilda fallet. Analys av inkomna synpunkter ska genomföras på alla chefsnivåer. Analys av synpunkterna ska sammanställas i verksamhetsberättelse för individ- och familjeomsorg respektive vård och omsorg. Analysen ska ligga till grund för att identifiera behov av ändringar i ledningssystemet.

Avseende uppföljning, förbättringsarbete samt dokumentationsskyldighet framgår det av riktlinjen att mål ska formuleras i verksamhetsplanen och årligen följas upp i verksamhetsberättelsen. Vidare anges att MAS genomför årlig granskning av hälso- och sjukvårdens kvalitetsområden vars resultat presenteras i en patientsäkerhetsberättelse.

Slutligen beskriver riktlinjen att en sammanställd analys av riskanalys, egenkontroll, synpunkter, avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria ska göras årligen. Sammanställningen ska redovisas för socialnämnden i verksamhetsberättelse för vård och omsorg respektive individ- och familjeomsorg. Denna sammanställning ska användas för att identifiera utvecklingsområden i verksamheten. En lista över processer som ska ses över av verksamheten ska upprättas årligen. Denna ska dokumenteras i verksamhetsplan för vård och omsorg respektive individ- och familjeomsorg. Listan ska baseras på identifierade utvecklingsområden enligt ovanstående, förändringsbehov som identifierats av medarbetarna på samtliga nivåer i organisationen samt kompletteras med processer som inte setts över under de senaste fem åren. En kort redogörelse för de processer som setts över ska dokumenteras i verksamhetsberättelse för vård och omsorg respektive individ- och familjeomsorg.

7.1.2 Information på intranätet

Av intervjuer framgår att kommunens övergripande kvalitetsledningssystem finns på kommunens intranät. I samband med granskningen har vi tagit del av skärmurklipp från intranätet som visar kvalitetsledningssystemet. Av denna framgår att ledningssystemet beskriver hur kommunen för samman styrningen utifrån lag, politisk inriktning och löpande analyser och systematiskt arbetar med att säkra effekt av styrning.

Det framgår att den politiska styrningen sker genom kommunens budgethandling samt andra styrdokument som exempelvis policyer, riktlinjer och särskilda uppdrag. Därtill framgår att kontroller och analyser ska genomföras exempelvis internkontroll, riskbedömningar, synpunkter, avvikelser i verksamheten m.m.

I det kommunövergripande ledningssystemet finns det även avsnitt som riktar sig mot olika typer av verksamhet. I avsnittet för omsorgsverksamheter framgår att en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet är att inrapportera och utreda avvikelser. Vidare uppges att inrapporterade avvikelser vanligtvis ska utredas av den enhet där de inträffar och att utfallet av utredningen ska i normalfallet

mynta ut i en åtgärd, åtgärden kan bli en aktivitet i den övriga verksamhetsplaneringen. Det är kommunens vård- och omsorgsverksamhet som fortlöpande ska utföra riskanalyser för den bedrivna verksamheten. Därtill anges att kommuners vård- och omsorgsverksamheter behöver utöva egenkontroll. Egenkontroller ska utföras med den frekvens som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Omsorgskontoret ska sammanställa resultatet av egenkontrollerna och presentera denna för vård- och omsorgsnämnden i delårsrapport och i årsredovisningen.

På intranätet finns även tillhörande riktlinjer och rutiner som tillhör respektive ledningssystem för verksamheten. Vidare finns en mall för riskbedömning vid verksamhetsförändring.

7.1.3 Mål

I 2 kap 1 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOF 2011:9) definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller alla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

Av intervju framgår det att Östhammars kommun inte har tagit fram någon egen definition av kvalitet för verksamheterna inom äldreomsorg och LSS. Verksamheten arbetar med målstyrning och uppföljning genom att nämnden sätter mål, som sedan bryts ned i delmål och slutrapporteras i årsredovisningen.

I Östhammars kommuns budget för år 2025 med flerårsplan för år 2026–2027 framgår det att vård- och omsorgsnämnden har två nämndmål. Dessa är följande:

- Öka andelen undersköterskor
- Öka personalkontinuitet

I vård- och omsorgsnämndens budget och verksamhetsplanering för år 2025, 2026–2027 definieras även ett antal mål. Utöver målen om öka andelen undersköterskor och personalkontinuitet definieras följande mål:

- Budgetföljksamhet
- Trivas och må bra på jobbet
- Upplevelsen av trygghet
- Nöjda kommuninvånare
- Effektiv och rättssäker handläggning

För vissa av målen finns det en beskrivning kring vad måluppfyllelsen kommer att baseras på. Det framgår dock inte bedömningsgrund för när målet anses vara uppfyllt. Exempelvis framgår att för målet upplevelse av trygghet att måluppfyllelsen kommer att baseras på resultat av trygghetsmått i brukarundersökningar inom äldreomsorg och LSS, delmålsutfall, genomförda aktiviteter och övrig kvalitativ bedömning, men det framgår inte vilka resultat från exempelvis brukarbedömningen som ska uppnås för att målet ska bedömas som uppfyllt.

7.1.4 Riskanalys

Av intervjuer framgår att riskanalyser löpande genomförs. Riskanalyserna kan exempelvis vara kring enskilda brukare där handlingsplaner tas fram. Vidare kan riskanalyserna genomföras kring olika scenarion eller händelser som kan påverka brukarna, ett exempel som ges vid intervju är om magsjuka

kommer in på ett äldreboende. Vidare framgår att riskanalyser genomförs vid organisationsförändringar.

I samband med granskningen har vi tagit del av ett exempel på en riskanalys som genomförts. Den riskanalysen vi tagit del av avser en organisationsförändring. Riskerna avser arbetsmiljö. I riskanalysen finns det en riskvärdering utifrån en sannolikhets- och konsekvensanalys, men det finns inga kontrollaktiviteter som anger hur verksamheten ska omhänderta identifierade risker. Av det dokument vi tagit del av kan vi inte se att det finns angivet hur uppföljningen av riskanalysen ska ske.

Det genomförs inte någon övergripande riskanalys för hela verksamheterna, utöver den riskanalys som utförs i samband med framtagandet av den interna kontrollplanen. I samband med granskningen har vi tagit del av vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan² samt tillhörande riskanalys. De kontrollområden som lyfts upp till internkontrollplanen avser om nämnden får tillförlitlig information, kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv samt en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet. Åtgärder som anges för att hantera identifierade risker innefattar bland annat att uppdatera riktlinjer och rutiner, uppföljning av mål samt delge nämnden information.

I verksamhetsberättelsen för år 2024 kan vi inte se att det genomförts en samlad rapportering av riskanalysen som enligt riktlinjen för ledningssystemet ska genomföras (se avsnitt 3.1.1).

7.1.5 Egenkontroll

I 2 kap 1 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOFs 2011:9) definieras egenkontroll som systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Vidare framgår det av 5 kap 2 § att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Av intervjuer framgår det att det finns vissa egenkontroller som alltid genomförs exempelvis att hygienrutiner följs. Anledning till att utföra en egenkontroll kan antingen vara att det kommer från resultat från brukarundersökningar, eller egenkontroller som kommunen måste göra, exempelvis egenkontroller av hantering av läkemedel.

I samband med granskningen har vi tagit del av en rutin³ för verksamhetsplanering och egenkontroll inom vård och omsorg. Av rutinen framgår att egenkontroller innefattar:

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. PDL,
- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser vilket även kopplas samman till verksamhetens styrtal,
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, och
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation.

² Vård- och omsorgsnämnden 2024-12-11 §149

³ Verksamhetsplanering, egenkontroll och uppföljning inom vård och omsorg

- enkäter till verksamheten
- stickprovskontroller på utvalda områden

I rutinen uppges att i den enkät som ska genomföras ska medarbetare tillsammans med chefer svara på frågor i syfte att sammanställa om det finns rutiner som saknas. Verksamheten, både chefer och medarbetare, ska tillsammans diskutera varje kvalitetskriterium i enkäten och svar ska omhändertas av utsedd inom staben för vård och omsorg. Av kontakt med omsorgskontoret framgår det dock att enkäten inte används.

Vidare framgår det av rutinen att ett stickprov ska genomföras av dokumentation i genomförandeplan och daganteckningar. Av kontakt med omsorgskontoret framgår det att detta arbete genomförs per enhet. Vidare framgår det av kontakten att det inte finns en sammanställning av stickprovet och att resultatet inte återrapporteras till nämnden. Det uppges att det är enhetschef som ansvarar för uppföljningen och som ska vidta åtgärder vid eventuella brister.

I rutinen uppges att respektive verksamhetsansvarig ansvarar för att uppföljning av verksamheten sker i Stratsys. I rutinen framgår det inte vad det är som verksamheten ska följa upp eller hur återrapportering till nämnd ska ske.

Av kontakt med omsorgskontoret framgår det att det inte genomförs någon årssammanställning av samtliga egenkontroller för verksamheterna. Resultatet av egenkontrollerna återrapporteras inte till nämnden, vilket ska genomföras enligt informationen om kvalitetsledningssystemet på intranätet samt riktlinje för ledningssystemet (se avsnitt 3.1.1 och avsnitt 3.2.1). Däremot rapporteras avvikelser till nämnden kvartalsvis (se avsnitt 3.1.7).

7.1.6 Rutiner för avvikelsehantering och synpunkter

I samband med granskningen har vi tagit del av en processkarta som visar hur personalen steg för steg ska hantera en avvikelse. Processkartan reviderades senast 2020-05-20. I samband med granskningen har vi även tagit del av instruktioner för utredning hur avvikelser ska rapporteras i kommunens verksamhetssystem.

Vidare har vi tagit del av en rutin för avvikelsehantering i samverkan som är gällande för samtliga kommuner i Uppsala län samt för regionen. Rutinen definierar vad en avvikelse är och beskriver hur en avvikelsehantering ska genomföras där det bland annat framgår att en avvikelse ska hanteras skyndsamt samt att det ska genomföras en orsaksutredning samt en händelseanalys kring avvikelsen. Därtill framgår att varje huvudman ansvarar för att löpande följa upp avvikelser och hantera dessa inom ramen för det egna ledningssystemet.

I samband med granskningen har vi även tagit del av en processkarta för synpunktshantering som steg för steg beskriver hur en synpunkt av brukare, närstående personal eller annan ska hanteras.

Rutin Lex Sarah

Vi har även tagit del av kommunens rutin för Lex Sarah⁴. Av denna framgår att medarbetare som upptäcker ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande har en skyldighet att genast

⁴ Lex Sarah innebär att personalen är skyldiga att rapportera missförhållanden. Även risk för missförhållande måste rapporteras.

rapportera till närmaste chef. Händelsen ska skyndsamt registreras i aktuellt avvikelshanteringssystem.

Vidare framgår att som medarbetare räknas anställda, uppdragstagare, praktikanter, studenter, projektdeltagare, deltagare i arbetsmarknadspolitiska program eller andra som får ersättning utöver kostnadstäckning för sina insatser. Anhöriga eller närstående kan inte rapportera enligt lex Sarah till verksamhet. Anhörigs rapport ska hanteras enligt gällande rutin för synpunktshantering.

I rutinen uppges ansvarsområden för medarbetare, enhetschef samt verksamhetschef. Det framgår även att det är nämnden som ska bedöma om missförhållandet är allvarligt och därav ska anmälas till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

7.1.7 Uppföljning och utvärdering

Uppföljning i årsredovisning

I vård- och omsorgsnämndens årsredovisning framgår att sju nämndmål fastställdes för år 2024. Av dessa sju nämndmål uppfylldes tre. Återrapporteringen beskriver de insatser som har genomförts, men det är oklart vilka specifika resultat som krävs för att målen ska anses vara uppfyllda.

Verksamheten för äldreomsorg har upprättat en egen verksamhetsberättelse för år 2024. Av denna framgår bland annat arbetet med de uppdrag som nämnden givit äldreomsorgen. I verksamhetsberättelsen finns nyckeltalsjämförelser av nöjdhet hos brukare inom hemtjänst och särskilt boende samt hemtjänstindex. Vi noterar att återrapporteringen av nyckeltalen skiljer sig, där nöjdhet inom särskilt boende och hemtjänst återrapporterar årets resultat, medan hemtjänstindexet återrapporterar en tydligare jämförelse med föregående år.

Verksamheten som bedriver LSS har inte upprättat en egen verksamhetsberättelse för år 2024.

I verksamhetsberättelsen för år 2024 för vård- och omsorgsnämnden samt för äldreomsorgen har vi inte kunnat se att det finns en sammanställd analys av riskanalys, egenkontroll, synpunkter, avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria som det ska finnas enligt riktlinjen för ledningssystemet (se avsnitt 3.1.1).

Uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet

Av 5 kap 6§ SOFS 2011:9 framgår att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

I 7 kap 1§ SOFS 2011:9 framgår att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Till bestämmelsen finns ett allmänt råd som anger att vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet
- vilka resultat som har uppnåtts.

Vidare framgår av det allmänna rådet att berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad:

- att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Kvalitetsberättelsen bör enligt det allmänna rådet hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Av 7 kap 2§ SOFS 2011:9 samt 3 kap 10§ patientsäkerhetslagen ska vårdgivare senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhet handlar om skydd mot vårdskada. Med vårdskada menas lidande, kroppslig eller psykisk, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits. Kvalitetsbegreppet innefattar mer än enbart arbetet med patientsäkerhet. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller samtliga krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter, det vill säga även sådana krav och mål som inte direkt påverkar patientsäkerheten.

Av intervju framgår att Östhammars kommun inte upprättar en kvalitetsberättelse. Däremot upprättas en patientsäkerhetsberättelse.

I samband med granskningen har vi tagit del av patientsäkerhetsberättelsen för år 2024 som upprättats av omsorgskontoret. Av patientsäkerhetsberättelsen framgår mål och strategier för kommande år för att utöka patientsäkerheten. Vidare framgår bland annat sammanställning av avvikelser gällande hälso- och sjukvård för år 2022, 2023 och 2024. Det finns även en återrapportering av genomförda egenkontroller med en beskrivning av åtgärder efter genomförd kontroll. Det saknas dock beskrivningar hur åtgärderna ska följas upp, i syfte att säkerställa att vidtagen åtgärd varit tillräcklig.

Av kontakt med omsorgskontoret framgår att avvikelser och synpunkter rapporteras kvartalsvis till vård- och omsorgsnämnden. I samband med granskningen har vi tagit del av den rapport som avsåg kvartal 4 år 2024⁵. Av denna framgår antal avvikelser som uppmärksammas på enhetsnivå. Vidare framgår hur många olika typer av avvikelser som uppmärksammas. Det rapporteras även avvikelser som bedöms vara mindre⁶, måttlig⁷, betydande⁸ eller katastrofal⁹. Andelen betydande avvikelser för hela omsorgskontoret uppgick till 2,3%, inga avvikelser var katastrofala. För de avvikelser som var betydande ges en redovisning av avvikelserna från ansvarig chef. Av återrapporteringen avseende betydande händelser för LSS och äldreomsorgen (sammanlagt 9 st för både LSS och äldreomsorgen) framgår enbart vilka åtgärder som vidtagits för två av avvikelserna.

I rapporten återrapporteras även inkomna synpunkter per verksamhet. Det framgår att under 2024 är det hemtjänsten och särskilt boende som fått flest synpunkter. Under det fjärde kvartalet inkom 18

⁵ Vård- och omsorgsnämnden, redovisning av avvikelser och synpunkter för kvartal 4 2024

⁶ Mindre avvikelse- definieras som mindre obehag, bristande tillit eller obetydlig skada. Exempel fallolycka ner på golvet ur stolen, eller att en brukare fått läkemedel 5 min för sent utan påverkan.

⁷ Måttlig avvikelse- definieras som övergående skada/funktionsnedsättning men utan att den leder till men för den enskilde individen. Obehag eller otrygghet för den enskilde. Exempel: fallskada – blåmärke, utebliven tillsyn-otrygghet för brukaren men ingen skada skedd.

⁸ Betydande avvikelse – definieras som kvarstående måttlig skada/funktionsnedsättning. Omfattande obehag eller otrygghet för den enskilde. Exempel: fall med fraktur som följd, läkemedel uteblivet insulin eller narkotikastöld.

⁹ Katastrofal avvikelse – definieras som dödsfall eller större kvarstående funktionsnedsättning. Hot mot enskilds liv, hälsa eller säkerhet. Exempel: fall- och brukaren avled, läkemedelfelgivning och brukaren avled, suicid utifrån bristande tillsyn.

synpunkter. Det uppges att flest synpunkter (8st) berör hemtjänsten och avser hjälp med sopsortering, att planeringen inte fungerar, bemötande och genomförande av insats, tid för måltider, ej utförda insatser, planering för medföljare till tandläkare samt en positiv synpunkt om hemtjänstens utförande. En synpunkt avser avsaknad av hemtjänstinsatser. Övriga synpunkter gäller anställningsstoppet, flytt mellan gruppboheter, missnöjd med såromläggning, missnöjd med hemsjukvården samt nedläggning av mötesplatsen på Lärkbacke.

7.1.8 Personal

Av kontakt med omsorgskontoret framgår att arbetet med att tillse att personalen följer riktlinjer och rutiner sker via information vid introduktion, arbetsplatsträffar och vid identifierade behov till exempel vid åtgärd på grund av en uppmärksammas avvikelse eller när det uppmärksammas att något är otydligt. I patientsäkerhetsberättelsen finns en beskrivning kring vilka egenkontroller som genomförs, vilka bland annat innefattar moment för utvärdering av följsamhet till rutiner. Utfallet från egenkontrollerna redovisas i slutet av rapporten under avsnitt avvikelser. Det är dock otydligt hur allvarliga de identifierade avvikelserna är, vilka åtgärder som vidtagits för att undvika att liknande avvikelser upprepas, samt åtgärder och uppföljningar från tidigare års egenkontroller och åtgärder utifrån redovisningen i patientsäkerhetsberättelsen.

7.1.9 Bedömning

Vår bedömning är att det endast delvis finns ett dokumenterat och ändamålsenligt kvalitetsledningssystem

Av granskningen framgår det att den riktlinje som finns för kvalitetsledningssystemet inte är uppdaterad efter den omorganisation som har genomförts, samt att riktlinjen kan komma att avaktualiseras till förmån för att arbeta med det kommungemensamma ledningssystemet.

Vi bedömer det som positivt att det finns information om kvalitetsledningssystemet på kommunens intranät.

Vi bedömer det som positivt att nämnden har uppsatta mål samt att det genomförs en uppföljning av dessa. Vi bedömer dock att beskrivningen kring måluppfyllelsen kan utvecklas, exempelvis genom att tydligare definiera vad som krävs för att ett mål ska bedömas som uppfyllt / inte uppfyllt. Vi bedömer även att uppföljningen kan utvecklas, se nedanstående bedömningsavsnitt om uppföljning.

Avseende nämndens internkontrollplan anser vi att kontrollmomenten som anges i internkontrollplanen är övergripande och den metod som anges kan beskrivas mer som verksamhetsaktiviteter än som uppföljande kontrollaktiviteter.

Avseende riskanalyser bedömer vi det som bristfälligt att det inte genomförs en samlad rapportering av riskanalysen, vilket ska genomföras enligt riktlinjen för ledningssystemet.

Vi bedömer det som positivt att det finns en rutin för egenkontroll. Däremot bedömer vi det som bristfälligt att resultatet av egenkontrollerna inte sammanställs och analyseras eller återrapporteras till nämnden, vilket ska genomföras enligt informationen på intranätet samt riktlinjen för ledningssystemet.

Avseende avvikelshantering bedömer vi det som positivt att det finns dokumenterade rutiner och processkartor för hur medarbetare ska gå till väga om det uppstår en avvikelse. Vidare är det positivt att det finns en rutin för Lex Sarah.

Vår bedömning är att det endast delvis säkerställs att personalen arbetar i enlighet med verksamhetens riktlinjer och rutiner

Vi bedömer det som positivt att det genomförs arbetsplatsträffar och introduktionsutbildningar där det enligt intervjuade informeras om kommunens riktlinjer och rutiner. Vidare bedömer vi det som positivt att det finns egenkontroller i patientsäkerhetsberättelsen vilka avser att följa upp om personalen följer rutiner. Av patientsäkerhetsberättelsen är det dock ottydligt hur allvarliga de identifierade avvikelserna är, vilka åtgärder som vidtagits för att undvika att liknade avvikelser upprepas, samt åtgärder och uppföljningar från tidigare års egenkontroller och åtgärder. För övriga delar i äldreomsorgsarbetet har vi inte tagit del av egenkontroller för uppföljning avseende huruvida personalen arbetar i enlighet med riktlinjer och rutiner. Av granskningen framgår dock att det inte finns tydliga rutiner kring utbildningsplaner, för att säkerställa att samtliga medarbetare har kännedom om riktlinjer, rutiner samt gällande lagstiftning.

Vår bedömning är att ansvaret för kvalitetsledningssystemet endast delvis är tydligt definierat, samt att det endast delvis finns en tydlig organisation och struktur för hur kvalitetsledningssystemet ska bedrivas och följas upp

Vi bedömer att det finns information om kvalitetsledningssystemet på kommunens intranät samt beskrivet i riktlinjer och rutiner. Det framgår dock att alla riktlinjer inte är uppdaterade efter nuvarande organisation. Vidare framgår det att alla riktlinjer och rutiner inte följs. Exempelvis har vi inte kunnat identifiera i verksamhetsberättelsen för år 2024 för vård- och omsorgsnämnden samt för äldreomsorgen att det finns en sammanställd analys av riskanalys, egenkontroll, synpunkter, avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria som det ska finnas enligt riktlinjen för ledningssystemet. Vår bedömning är därav att det tydligare bör definieras en struktur för hur kvalitetsledningssystemet ska bedrivas och följas upp.

Vår bedömning är att det inte sker en systematisk uppföljning av kvalitetsledningssystemet och dess ändamålsenlighet

Denna revisionsfråga avser om verksamheterna genomför en uppföljning och utvärdering av kvalitetsledningssystemets ändamålsenlighet.

Av granskningen framgår det att det finns en rutin som anger att en enkät ska skickas ut till samtliga chefer och medarbetare i syfte att utvärdera om det exempelvis saknas rutiner eller riktlinjer som bör

ingå i det systematiska kvalitetsarbetet. Vi bedömer det som bristfälligt att denna rutin inte följs. Under tiden för granskningen har vi inte tagit del av någon samlad dokumenterad uppföljning eller utvärdering av kvalitetsledningssystemet.

Vår bedömning är att det endast delvis finns en systematik för korrigerande åtgärder vid uppföljning och utvärdering mot mål och system för ständiga förbättringar och kontinuerligt lärande

Avseende måluppfyllelse bedömer vi det som positivt att målen följs upp i verksamhetsberättelsen. Vi anser dock att nyckeltalsanalyserna kan utvecklas till att ha dels mer ingående beskrivningar till vad nyckeltalen visar, dels fler jämförande analyser. Vi bedömer det som positivt att äldreomsorgen har upprättat en egen verksamhetsberättelse, däremot bedömer vi det som bristfälligt att det inte finns motsvarande för LSS-verksamheten vilket ska finnas enligt riktlinjen för ledningssystemet.

Som tidigare nämnts bedömer vi det som bristfälligt att det inte genomförs en återrapportering och samlad analys av kvalitetsarbetet till nämnden, exempelvis vad gäller riskanalys och samtliga utförda egenkontroller.

Vi bedömer det som positivt att det kvartalsvis genomförs en återrapportering till nämnden avseende avvikelser och inkomna synpunkter. Vidare bedömer vi det som positivt att avvikelser lyfts i patientsäkerhetsberättelsen. Vi anser dock att det tydligare bör framgå hur vidtagna / planerade åtgärder ska följas upp för att säkerställa att vidtagen åtgärd är tillräcklig.

Vi bedömer det som bristfälligt att det allmänna rådet till SOFS 2011:9 om att upprätta en kvalitetsberättelse inte följs. Vår bedömning är att nämnden tydligare bör följa upp hur kvalitetsarbetet har gått under året. Utan en tydlig återrapportering av kvalitetsarbetet saknas grunder för nämnden att vidta tillräckliga åtgärder vid eventuella brister.

7.2 BRUKARBEDÖMNING

7.2.1 LSS

I samband med granskningen har vi tagit del av offentlig statistik från Kolada som sammanställer SKR:s undersökning om brukares uppfattning av kvalitet inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Undersökningarna är inte en totalundersökning, varav resultat för en kommun kan vara baserat på ett mindre antal brukares svar.

I tabell 1 redovisas information om brukarbedömning för gruppbofäst, servicebofäst och daglig verksamhet avseende hur stor andel (%) av brukarna som svarat "ja" på frågan "bryr sig personalen om dig". Statistiken mäts från lägeskommunen. Statistiken är från år 2024. Alla kommuner i jämförelsegrupperna har dock inte rapporterat in statistik varav jämförelserna inte är fullt tillförlitliga eftersom det saknas data från vissa kommuner som kan ge en ofullständig bild. Av tabell 1 framgår att andelen brukare som uppfattar att personalen bryr sig om brukarna är högre eller i partiet med liknande kommuner för brukare på gruppbofäst och servicebofäst. För brukare på den dagliga verksamheten är andelen som uppfattar att personalen bryr sig om brukarna högre i Östhammar än

för jämförelsegruppen liknande kommuner övergripande, men lägre än jämförelsegruppen liknande kommuner LSS.

Tabell 1. Hur stor andel av brukarna uppfattar att personalen bryr sig om brukarna

	Gruppbostad	Servicebostad	Daglig verksamhet
Östhammar	92%	78%	91%
Liknande kommuner LSS ¹⁰	79%	73%	97%
Liknande kommuner övergripande ¹¹	81%	78%	88%

I tabell 2 redovisas information om brukarbedömning för gruppbostäder, servicebostad och daglig verksamhet avseende hur stor andel (%) av brukarna som känner sig trygga med alla i personalen. Statistiken visar andel av brukarna som svarat "alla" på frågan, Svarsalternativen var "alla, några eller ingen". Statistik mäts från lägeskommunen. Statistiken är från år 2024. Alla kommuner i jämförelsegrupperna har dock inte rapporterat in statistik varav jämförelserna inte är fullt tillförlitliga eftersom det saknas data från vissa kommuner som kan ge en ofullständig bild. Av tabell 2 kan vi konstatera att andelen brukare som känner sig trygga med alla i personalen som befinner sig i en gruppbostad är högre i Östhammar än i jämförelsegrupperna. Andelen brukare som känner sig trygga med personalen i den dagliga verksamheten är något högre i Östhammar än i jämförelsegruppen liknande kommuner övergripande, men lägre än i liknande kommuner LSS. För servicebostäder kan vi konstatera att andelen som känner sig trygga med alla i personalen enbart är 61% i Östhammars kommun. Andelen är högre än liknande kommuner LSS men markant lägre än i liknande kommuner övergripande. I samband med granskningen har vi varit i kontakt med förvaltningen och efterfrågat vilka åtgärder som har genomförts med anledning av att det enbart var 61% som angett att de känner sig trygga med alla i personalen. Av kontakten framgick att det genomfördes ett boendemöte där frågan togs upp. Det genomfördes även en egenkontroll genom en enkät som brukarna anonymt kunde svara på. Resultatet från enkäten sammanställdes dock inte och resultatet återrapporterades inte heller till nämnden.

Tabell 2. Hur stor andel av brukarna känner sig trygga med alla i personalen

	Gruppbostad	Servicebostad	Daglig verksamhet
Östhammar	96%	61%	84%
Liknande kommuner LSS ¹²	75%	43%	87%
Liknande kommuner övergripande ¹³	68%	83%	83%

¹⁰ Liknande kommuner LSS = Arboga, Häbo, Laholm, Orust, Salem, Sjöbo, Vårgårda

¹¹ Liknande kommuner övergripande = Gnosjö, Ljungby, Mariestad, Mjölby, Oskarshamn, Säter, Vadstena

¹² Liknande kommuner LSS = Arboga, Häbo, Laholm, Orust, Salem, Sjöbo, Vårgårda

¹³ Liknande kommuner övergripande = Gnosjö, Ljungby, Mariestad, Mjölby, Oskarshamn, Säter, Vadstena

I tabell 3 redovisas information om brukarbedömning för gruppboheter och serviceboheter om att brukaren får bestämma om saker som är viktigt hemma. Vidare redovisas statistik från brukarbedömningen om hur stor andel av brukarna från den dagliga verksamheten som anser att de får bestämma om saker som är viktiga. Statistiken redovisar andel brukare som svarat "ja" på frågan "får du bestämma saker som är viktiga". Statistiken mäts från lägeskommunen. Statistiken är från år 2024. Alla kommuner i jämförelsegrupperna har dock inte rapporterat in statistik varav jämförelserna inte är fullt tillförlitliga eftersom det saknas data från vissa kommuner som kan ge en ofullständig bild. Av tabell 3 framgår att andelen brukare i gruppboheter som upplever att de får bestämma om saker som är viktigt hemma är något lägre i Östhammars kommun än i jämförelsegrupperna. Andelen brukare som upplever att de får bestämma om saker som är viktigt hemma i serviceboheter är högre i Östhammars kommun än i jämförelsegruppen liknande kommuner LSS men lägre än i liknande kommuner övergripande. Avseende den dagliga verksamheten är andelen brukare som anser att de får bestämma om saker som är viktiga högre i Östhammars kommun än i jämförelsegruppen liknande kommuner övergripande men lägre än i jämförelsegruppen liknande kommuner LSS.

Tabell 3. Hur stor andel av brukarna upplever att de får bestämma om saker som är viktiga hemma / får bestämma om saker som är viktiga

	Gruppbohet	Servicebohet	Daglig verksamhet
Östhammar	75%	78%	78%
Liknande kommuner LSS ¹⁴	79%	70%	74%
Liknande kommuner övergripande ¹⁵	76%	83%	82%

7.2.2 Äldreomsorgen

I samband med granskningen har vi tagit del av offentlig statistik från Kolada som sammanställer Socialstyrelsens brukarundersökning "vad tycker de äldre om äldreomsorgen".

I tabell 4 redovisas ett medelvärde av följande mått från brukarundersökningen till invånare 65+ hemtjänst och särskilt boende:

- andelen som svarat "Ja, alltid" eller "Ja, oftast" på frågan om de får ett bra bemötande från personalen,
- andelen som svarat "Mycket trygg" eller "Ganska trygg" på frågan om de är trygga med personalen,
- andelen som svarat "Ja, för alla" eller "Ja, för de flesta" på frågan om de har förtroende för personalen som kommer hem till dem. Statistiken är från år 2024.

¹⁴ Liknande kommuner LSS = Arboga, Håbo, Laholm, Orust, Salem, Sjöbo, Vårgårda

¹⁵ Liknande kommuner övergripande = Gnosjö, Ljungby, Mariestad, Mjölby, Oskarshamn, Säter, Vadstena

Av tabell 4 framgår att medelvärdet för Östhammars kommun för både hemtjänsten och särskilt boende är lägre eller i paritet med jämförelsegrupperna.

Tabell 4. Brukarbedömning medelvärde av bemötande, förtroende och trygghet

	Hemtjänst	Särskilt boende
Östhammar	89	88
Liknande kommuner äldreomsorgen ¹⁶	90	88
Liknande kommuner övergripande ¹⁷	94	91

I tabell 5 redovisas ett medelvärde av följande tre mått från brukarundersökningen till invånare 65+ i särskilt boende och hemtjänst:

- Andel som svarat "Ja, alltid" eller "Ja, oftast" på frågan "Personalen har alltid tillräckligt med tid att utföra arbetet"
- Andel som svarat "Ja, alltid" eller "Ja, oftast" på frågan "Personalen tar hänsyn till åsikter och önskemål"
- Andel som anser att de alltid eller oftast kan påverka tider

Av tabell 5 kan vi konstatera att medelvärdet för Östhammars kommun är lägre eller i partiet med jämförelsegrupperna.

Tabell 5. Brukarbedömning medelvärde av personalens tid och hänsyn till brukarna

	Hemtjänst	Särskilt boende
Östhammar	70	69
Liknande kommuner äldreomsorgen ¹⁸	74	69
Liknande kommuner övergripande ¹⁹	79	72

7.2.3 Övriga iakttagelser

Av intervjuer framgår att omsorgskontoret genomför analyser av brukarundersökningarna där jämförelser görs gentemot föregående år samt liknande kommuner. Analyserna ligger sedan till grund för nämndens mål avseende äldreomsorgen och LSS-verksamheten. Vidare uppges det vid intervju att

¹⁶ Liknande kommuner Äldreomsorgen= Arboga, Avesta, Härnösand, Mariestad, Mora, Mönsterås, Nybro

¹⁷ Liknande kommuner övergripande = Gnosjö, Ljungby, Mariestad, Mjölby, Oskarshamn, Säter, Vadstena

¹⁸ Liknande kommuner Äldreomsorgen= Arboga, Avesta, Härnösand, Mariestad, Mora, Mönsterås, Nybro

¹⁹ Liknande kommuner övergripande = Gnosjö, Ljungby, Mariestad, Mjölby, Oskarshamn, Säter, Vadstena

om det förekommer fall där resultatet vid en brukarundersökning har stora avvikelser från föregående år eller jämförbara kommuner tas en handlingsplan fram för att vidta åtgärder. Vi har inte tagit del av en sådan handlingsplan avseende brukarundersökningsresultatet för trygghet på servicebostäder (se avsnitt 7.2.1).

I vård- och omsorgsnämndens årsredovisning för år 2024 följs vissa nyckeltal för äldreomsorg och LSS upp. Det saknas dock en analys i anslutning till redovisningen av nyckeltalen. Vidare saknas det jämförande analyser med andra kommuner.

7.2.4 Bedömning

Vår bedömning är att resultat utifrån brukarperspektiv endast delvis omhändertas av kommunen.

Av den statistik vi har tagit del av framkommer det att Östhammars kommun för flera resultat har något lägre eller är i partiet med jämförelsegrupperna, men det finns även resultat som är bättre än jämförelsegrupperna. Generellt är resultaten från brukarundersökningen relativt lika jämförelsegrupperna. Vi bedömer det som positivt att det i intervju uppges att kommunen aktivt arbetar med resultaten från brukarundersökningen. Detta är dock inget som återspeglas på ett tydligt sätt i verksamhetsberättelsen, se ovanstående avsnitt.

Vi noterar att andelen i servicebostäder som känner sig trygga med alla i personalen enbart är 61%. Vår bedömning är att de åtgärder som vidtogs utifrån resultatet inte var tillräckliga eftersom resultatet från egenkontrollen som genomfördes aldrig sammanställdes. Vår bedömning är därav att det inte finns tillräckliga underlag för att bedöma om ändamålsenliga åtgärder utifrån egenkontrollen vidtogs.

8 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om den interna styrningen och kontrollen är effektiv och bidrar till ett gott stöd till kommunens äldre invånare och personer som omfattas av LSS.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att den interna styrningen och kontrollen endast delvis är effektiv och bidrar till ett gott stöd till kommunens äldre invånare och personer som omfattas av LSS.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- Tillse att riktlinjen avseende kvalitetsledningssystemet uppdateras så att den passar aktuell organisationsstruktur, det kommunövergripande ledningssystemet och tillse att ansvarsområden tydliggörs.
- Förtydliga när målen för verksamheterna ska bedömas som uppfyllda / inte uppfyllda
- Utveckla nyckeltalsanalyserna i verksamhetsberättelsen, exempelvis genom att analysera resultaten av nyckeltalen i större omfattning samt genomföra mer jämförande analyser
- Tillse att en egen verksamhetsberättelse tas fram även för LSS-verksamheten, likt den som finns för äldreomsorgen i enlighet med riktlinjen för ledningssystemet.
- Säkerställ att verksamhetens personal arbetar i enlighet med verksamhetens riktlinjer och rutiner
- Tillse att det genomförs en dokumenterad och systematisk uppföljning av kvalitetsledningssystemets ändamålsenlighet, exempelvis genom den enkät som ska användas enligt riktlinjen för verksamhetsplanering och egenkontroll
- Tillse att det genomförs en samlad uppföljning av riskanalys och egenkontroller, i enlighet med de riktlinjer som finns
- Följ upp kvalitén i verksamheterna genom att upprätta en kvalitetsberättelse, i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Anders Petersson

*Certifierad kommunal yrkesrevisor och
uppdragsansvarig*

Ludwig Reimer

Certifierad kommunal yrkesrevisor

Niklas Grönlund

Verksamhetsrevisor

Lisa Lohi

Verksamhetsrevisor

Vård- och omsorgsnämnden

För kännedom:
Kommunstyrelsen
Kommunfullmäktiges presidium

Granskning av Kvalitetsarbete inom äldreomsorg och LSS

Azets har av Östhammars kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska kommunens kvalitetsarbete inom äldreomsorgen och LSS-verksamheten. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om den interna styrningen och kontrollen är effektiv och bidrar till ett gott stöd till kommunens äldre invånare och personer som omfattas av LSS.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att den interna styrningen och kontrollen endast delvis är effektiv och därmed endast delvis bidrar till ett gott stöd till kommunens äldre invånare och personer som omfattas av LSS.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att granskningen visat att kvalitetsledningssystemet kan förbättras genom att exempelvis uppdatera riktlinjen till att anpassas till nuvarande organisation samt förändringar i det kommunövergripande ledningssystemet. Vidare bedömer vi att ansvarsområden för uppföljning av kvalitetsledningssystem kan förtydligas.

Vi har inte tagit del av någon uppföljning av kvalitetsledningssystemet. Vi bedömer att det är av vikt att en sådan uppföljning genomförs.

Därtill bedömer vi att uppföljningen av det systematiska kvalitetsarbetet kan utvecklas och förbättras. Vi anser bland annat att analyserna kring måluppfyllelse i verksamhetsberättelserna kan utvecklas ytterligare. Vi bedömer det även som bristfälligt att kommunen inte följer det allmänna rådet enligt (SOF 2011:9) om att upprätta en kvalitetsberättelse. Vidare anser vi att det är bristfälligt att det inte genomförs en samlad återrapportering till nämnden avseende kvalitetsarbetet, exempelvis riskanalyser och egenkontroller. Utan en samlad och tillräcklig uppföljning av kvalitén i verksamheten saknas det grunder för att vidta adekvata åtgärder vid eventuella brister.

Av den offentliga statistik vi tagit del av avseende brukarundersökningar kan vi konstatera att resultaten för Östhammars kommun är relativt lika jämförelsekommuner. Vi kan

dock även konstatera att ett av resultaten i brukarundersökningen visade att andelen i servicebostäder som känner sig trygga med alla i personalen enbart är 61%. Enligt uppgift från kommunen vidtogs åtgärder genom en egenkontroll i form av en anonym enkät till brukarna. Resultatet från enkäten följdes dock inte upp, vilket vi bedömer som bristfälligt.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- Tillse att riktlinjen avseende kvalitetsledningssystemet uppdateras så att den passar aktuell organisationsstruktur, det kommunövergripande ledningssystemet och tillse att ansvarsområden tydliggörs.
- Förtydliga när målen för verksamheterna ska bedömas som uppfyllda / inte uppfyllda.
- Utveckla nyckeltalsanalyserna i verksamhetsberättelsen, exempelvis genom att analysera resultaten av nyckeltalen i större omfattning samt genomföra mer jämförande analyser.
- Tillse att en egen verksamhetsberättelse tas fram även för LSS-verksamheten, likt den som finns för äldreomsorgen i enlighet med riktlinjen för ledningssystemet.
- Utveckla och stärk strukturer som syftar till att verksamhetens personal arbetar i enlighet med verksamhetens riktlinjer och rutiner.
- Tillse att det genomförs en dokumenterad och systematisk uppföljning av kvalitetsledningssystemets ändamålsenlighet, exempelvis genom den enkät som ska användas enligt riktlinjen för verksamhetsplanering och egenkontroll.
- Tillse att det genomförs en samlad uppföljning av riskanalys och egenkontroller, i enlighet med de riktlinjer som finns.
- Följ upp kvalitén i verksamheterna genom att upprätta en kvalitetsberättelse, i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd.

Kommunrevisionen översänder härmed granskningsrapport och missiv till vård- och omsorgsnämnden med begäran om svar senast 2025-11-30. Rapporten skickas även till kommunstyrelsen och till kommunfullmäktiges presidium för kännedom.

Enligt uppdrag



Peter Jansson
Revisionens ordförande

Omsorgskontoret
Ida Eklöf

Kommunrevisionen

Yttrande avseende granskning av kvalitetsarbete inom äldreomsorg och LSS

Azea har av Östhammars kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska kommunens kvalitetsarbete inom äldreomsorgen och LSS-verksamheten.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om den interna styrningen och kontrollen är effektiv och bidrar till ett gott stöd till kommunens äldre invånare och personer som omfattas av LSS. Nedan finns förvaltningens kommentarer till givna rekommendationer.

Rekommendationer och förvaltningens kommentar

1. Tillse att riktlinjen avseende kvalitetsledningssystemet uppdateras så att den passar aktuell organisationsstruktur, det kommunövergripande ledningssystemet och tillse att ansvarområden tydliggörs.

Förvaltningen kommentar: Den nämndspecifika riktlinjen avseende kvalitetsledningssystem är upphävd och de kommungemensamma principerna för ledning och styrning kommer att uppdateras i enlighet med SOSFS 2011:9 och även omfatta tydliggjorda ansvarsområden.

2. Förtydliga när målen för verksamheterna ska bedömas som uppfyllda / inte uppfyllda.

Förvaltningen kommentar: Nämndmålen kommer att förtydligas med kriterier i Vård- och omsorgsnämndens nästkommande budget- och verksamhetsplan. Redan i nuvarande uppföljningar anges de kriterier som ligger till grund för bedömning av måluppfyllelse.

3. Utveckla nyckeltalsanalyserna i verksamhetsberättelsen, exempelvis genom att analysera resultaten av nyckeltalen i större omfattning samt genomföra mer jämförande analyser.

Förvaltningen kommentar: Analyser av nyckeltal kommer att ingå som en del i respektive verksamhetsberättelse.

Omsorgskontoret
Ida Eklöf

4. Tillse att en egen verksamhetsberättelse tas fram även för LSS-verksamheten, likt den som finns för äldreomsorgen i enlighet med riktlinjen för ledningssystemet.

Förvaltningen kommentar: Förvaltningen kommer att tillse att en egen verksamhetsberättelse tas fram även för LSS-verksamheten, likt den som finns för äldreomsorgen.

5. Utveckla och stärk strukturer som syftar till att verksamhetens personal arbetar i enlighet med verksamhetens riktlinjer och rutiner.

Förvaltningen kommentar: En översyn av verksamhetens styrande dokument är pågående. Arbetet består av att granska samtliga, avveckla inaktuella och revidera vid behov. Efter översyn kommer dessa samlas i ett mer användarvänligt dokumentbibliotek.

6. Tillse att det genomförs en strukturerad och dokumenterad uppföljning av kvalitetsledningssystemets ändamålsenlighet, exempelvis genom den enkät som ska användas enligt riktlinjen för verksamhetsplanering och egenkontroll.

Förvaltningen kommentar: Rutinen (sic) för Verksamhetsplanering, egenkontroll och uppföljning är ett av de styrdokument som behöver hanteras till följd av de nyligen införda kommungemensamma principerna för ledning och styrning. Fler anpassningar kan behöva genomföras, innan metoder för- och uppföljning av ändamålsenlighet kan genomföras.

7. Tillse att det genomförs en samlad uppföljning av riskanalys och egenkontroller, i enlighet med de riktlinjer som finns.

Förvaltningen kommentar: Samlad uppföljning av riskanalys och egenkontroller kommer att redovisas i respektive verksamhetsberättelse.

8. Följ upp kvalitet i verksamheterna genom att upprätta en kvalitetsberättelse, i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd.

Förvaltningen kommentar: Innehåll, motsvarande kvalitetsberättelse i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd, kommer att ingå som en del i respektive verksamhetsberättelse.



ÖSTHAMMARS
KOMMUN
— EN DEL AV ROSLAGEN



Viktig information till Sveriges invånare



Om krisen eller kriget kommer

Agenda

1. Inledning
2. Arbetet med beredskap och KHOSS i Östhammars kommun
3. Kontinuitetsplaner
4. Skarpt läge
5. Vägen framåt



Foto: Vattenfall, Forsmark

Hur arbetar vi med beredskap i Östhammars kommun?!

- Risk och sårbarhetsanalys (Identifiera och analysera hot och risker)
- Totalförsvarsplanering
- Samverkan med frivilliga
- Övning och utbildning
- Nödvattenplan
- Beredskapsdrivmedel
- Robust kommunikation
- Reservkraft
- Övning av krisledningsorganisation
- Kontinuitetsplanering



KHOSS (Kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst)

2021

I juli 2021 fick Socialstyrelsen och länsstyrelserna i uppdrag att kartlägga kartläggning och stödja den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap (S2021/05469).

2022

I juni 2022 fick länsstyrelserna i uppdrag att utgöra ett regionalt stöd till kommunerna i arbetet ett regionalt stöd till kommunerna i deras arbete med den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens krisberedskap och civilt försvar (2022/03174)

2023

Regeringen beslutade om en ny förordning (förordningen (2023:490) om statsbidrag till kommuner för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap) om statsbidrag till kommuner för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap. 285 stycken kommuner ansökte om bidraget och totalt betalades ut ca 292 miljoner kronor. **KHOSS var uppståndet.**



”Syftet med bidraget är att kommunerna ska kunna genomföra åtgärder för att stärka socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap så att verksamhet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård kan upprätthållas under **höjd beredskap**”.

Medel kan (har kunnat) sökas inom ramen för KHOSS för att arbeta inom följande områden:

1. krigsorganisation och krigsplacering,
2. samverkan och ledning,
3. kontinuitetshantering,
4. beredskapsplanering,
5. utbildning och övning,
6. informationssäkerhet,
7. målgruppsanpassad kriskommunikation

Kontinuitetsplan SÄBO



Arbetsmaterial

Antaget av	Instans
Antaget	Datum och §
Ersätter tidigare version	Instansförkortning, datum och §
Gäller för	KS, nämnder, bolag/koncernen
Dokumentansvarig	Roll

Innehåll

Inledning	2
Krisledning X-kontoret	2
Ansvar och roller inom Östhammars kommun	4
Hur kontinuitetsplanera?	6
Identifiera, avgränsa och prioritera	6
El-bortfall	7
Reservrutin	8
It-bortfall	8
Reservrutin	8
Prioritering av system	9
Vattenbortfall	9
Nödwaterplan	9
Reservrutin	10
Lokalbortfall	10
Utrymning, inrymning och utestängning	11
Utrymning vid händelse av brand	11
Vid akut fara eller viktigt meddelande till allmänheten (VMA)	11
Inrymning med jodtabletter	12
Personalbortfall inom samhällsviktig verksamhet	12
Smitthärd	13
Källor och referenser	13
Lagar, förordningar och bestämmelser som ligger till grund för planen	13

El-bortfall

Reservrutin

Tid.	Effekt	Åtgärd	Ansvarig	Hur
½-3 tim.				
3 tim.				
6-12 tim.				
24 tim.				
1 vecka				

It-bortfall

Reservrutin

Tid.	Effekt	Åtgärd	Ansvarig	Hur
½-3 tim.				
3 tim.				
6-12 tim.				
24 tim.				
1 vecka				



Skarpt läge



Vägen framåt

- Fortsatt arbete inom ramen för KHOSS;
- Fortsatt arbeta med kontinuitetsplanering
- Övning
- Utbildning
- Upphandling av materiel
- Erfarenhetsutbyte med andra aktörer
- Ledningsövning omsorgskontoret februari 2026
- Inbjudan till visning av materiel till nämnden