

Vård- och omsorgsnämnden

## Kallelse

<b>Nämnd</b>	Vård- och omsorgsnämnden
<b>Datum och tid</b>	Onsdagen den 8 april 2026, kl.09.30
<b>Plats</b>	Sammanträdesrum Gräsö, Stångörsgatan 10, Östhammar
<b>Sekreterare</b>	Josefin Larsson
<b>Ordförande</b>	Sabina Ståhl (KD)

## Ärendelista

Alla ärenden: Lina Edlund

1. Val av justerare 3
2. Fastställande av föredragningslista 3
3. Svar på medborgarmotion - finskspråkigt demensboende  
kl.09.30-09.45 Lina Edlund, Emma Peters 4
4. Avtalsuppföljning enligt LOV – utförare av hemtjänst 2025  
kl.09.45-10.05 Sandra Eriksson, Veronica Freudenthal, Anita Rönnback 6
5. Ärendestatistik från myndighet för januari-februari 2025  
kl.10.05-10.25 Therese Karlström, Jeanette Engberg, Karolina Rankka, Sandra Eriksson 7
6. Förändrad ersättning för sommarpraktik för elever i årskurs 9 i grundskola  
samt årskurs 1-2 i gymnasiet folkbokförda i Östhammars kommun  
kl.10.25-10.30 Therese Karlström 8
7. Verksamhetsuppföljning av hemtjänst i kommunens egen regi  
kl.10.30-11.20 Gabriella Svanberg, Anneli Jansson-Sumén, Lizette Svahn,  
Sofia Forsberg, Svjetlana Miletic 10
8. Informationsärende: HR:s arbete för att minska sjukskrivningarna inom  
äldreomsorgen  
kl.11.20-11.40 Åsa Lindberg 11
9. Sjukstatistik för januari 2025 – januari 2026  
kl.11.40-12.00 Lina Edlund, Svjetlana Miletic, Emma Peters, Anette Bergman,  
Rebecca Revin 12
10. Dialog om färdtjänst  
kl.13.00-13.30 Representanter från Synskadades riksförbund Uppsala län 13
11. Anskaffningsbeslut för serviceinsatser inom hemtjänsten  
kl.13.30-13.35 Niclas Sandin 14
12. Budgetuppföljning för januari – februari 2026  
kl.13.35-13.55 Lina Edlund, Mattias Nilsson 16

Vård- och omsorgsnämnden

13. Kvalitets- och verksamhetsberättelser 2025 för myndighet, LSS/HSL och äldreomsorg kl.14.10-14.35 Svjetlana Miletic, Emma Peters	17
14. Redovisning av resultat från enkätundersökningen om organisatorisk och social arbetsmiljö 2025 kl.14.35-14.55 Svjetlana Miletic, Emma Peters	18
15. Redovisning av avvikelser och synpunkter för juli-december 2025 kl.14.55-15.15 Svjetlana Miletic, Emma Peters	19
16. Svar på motion från Camilla Strandman (C) om att det ska vara möjligt att bo kvar i sin nära hembygd även som äldre och även i skärgården kl.15.15-15.20 Lina Edlund	20
17. Svar på skrivelse från anhörigföreningen angående situationen inom kommunens omsorgsverksamhet kl.15.20-15.25 Lina Edlund	21
18. Svar på skrivelse från anhörigföreningen angående FINGER-modellen kl.15.25-15.30 Lina Edlund	22
19. Information från förvaltningen kl.15.30-15.35 Lina Edlund	23
20. Rapporter från förtroendevalda	24
21. Redovisning av delegationsbeslut	25
22. Anmälan av beslut fattade av ledamöter med kompletterande beslutanderätt	26
23. Anmälningsärenden	27



Vård- och omsorgsnämnden

## Dnr VON-2026-32

### 3. Svar på medborgarmotion - finskspråkigt demensboende

#### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden ställer sig bakom förvaltningens förslag till svar:

Vård- och omsorgsnämnden tackar för ert inkomna förslag om att inrätta en särskild avdelning för finsktalande boende med finsktalande personal dygnet runt. Nämnden ser positivt på engagemanget i frågor som rör äldreomsorgens kvalitet och vikten av att uppmärksamma språkliga och kulturella behov hos äldre med finsk bakgrund.

Efter beredning har nämnden dock gjort bedömningen att förslaget i nuläget inte är möjligt att genomföra. Särskilda boenden behöver planeras så att samtliga platser kan användas flexibelt utifrån aktuella behov. Att reservera en hel avdelning för en specifik språkgrupp skulle innebära en risk för tomma platser under perioder då behovet inte motsvarar avdelningens storlek, vilket skulle påverka både tillgången till boendeplatser och verksamhetens ekonomi.

Vidare är personalförsörjningen organiserad utifrån hela äldreomsorgens samlade behov. Det är inte möjligt att samla all personal med finska språkkunskaper på en enskild avdelning utan att det samtidigt skulle påverka möjligheterna att möta språkliga behov i andra boenden och inom hemtjänsten.

Nämnden vill samtidigt betona att arbetet med att tillgodose språkliga och kulturella behov inom äldreomsorgen är viktigt och pågår kontinuerligt. Det sker bland annat genom att verksamheterna inventerar språkkunskaper, arbetar med riktad rekrytering och i möjligaste mån försöker matcha brukare med personal som har relevanta språkkunskaper.

#### Ärendebeskrivning

En medborgarmotion har inkommit om att inrätta en särskild avdelning för finsktalande äldre inom äldreomsorgen i Östhammars kommun, med finsktalande personal tillgänglig dygnet runt, exempelvis lokaliserad i Gimo. Den tilldelades vård- och omsorgsnämnden 3 februari 2026.

Förslaget motiveras med att en betydande andel av kommunens invånare, cirka 12 procent, har finsk bakgrund eller är finsktalande. Många av dessa personer invandrade under 1950-talet och har varierande kunskaper i svenska språket.

#### Beslutsunderlag

Inkommen medborgarmotion

Vård- och omsorgsnämnden

### **Ärendets behandling**

Kommunstyrelsens arbetsutskott beslutade 2026-02-03 § 18 att medborgarmotionen hanteras inom vård- och omsorgsnämnden inklusive beslut.

### **Beslutet skickas för kännedom till**

Medborgarmotionär

Vård- och omsorgsnämnden

## Dnr VON-2026-13

### 4. Avtalsuppföljning enligt LOV – utförare av hemtjänst 2025

#### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden tar del av avtalsuppföljningen.

#### Ärendebeskrivning

Östhammars kommun tillämpar Lagen om valfrihetssystem (LOV) inom hemtjänst och idag finns Aktivt stöd som valbar utförare. Aktivt stöd har varit verksamma i Östhammars kommun sedan 2015 och de är idag tillgängliga att utföra hemtjänst på samtliga orter förutom Österbybruk. Avtalsuppföljningar görs årligen av LOV-ansvarig tillsammans med verksamhetschef på Aktivt stöd, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och övriga berörda professioner.

Syftet med avtalsuppföljningen är att kontrollera att utföraren uppfyller krav i förfrågningsunderlaget, att beviljade insatser utförs samt att identifiera eventuella avvikelser och utvecklingsområden.

#### Beslutsunderlag

Avtalsuppföljning enligt LOV – utförare av hemtjänst 2025

#### Beslutet skickas för kännedom till

Enhetschef Sandra Eriksson

Specialisthandläggare och LOV-ansvarig Veronica Freudenthal

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Anita Rönnback

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2026-10**

## **5. Ärendestatistik från myndighet för januari-februari 2025**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden har 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 – februari

### **Beslutet skickas för kännedom till**

Verksamhetschef Svjetlana Miletic

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2026-28**

## **6. Förändrad ersättning för sommarpraktik för elever i årskurs 9 i grundskola samt årskurs 1-2 i gymnasiet folkbokförda i Östhammars kommun**

### **Förslag till beslut**

Vård och omsorgsnämnden beslutar att:

- höja ersättning för samtliga elever till 93 kr per timme
- ungdomarna praktiserar 5 timmar per dag under en 3 veckors period
- det finns två valbara perioder
- platser: 60

### **Beslutsmotivering**

För att erbjuda en mer marknadsanpassad ersättning så förslås att ersättningen höjs från 50 kr per timme för högstadieelever och 60 kr per timmen för gymnasieelever till att vara 93 kr per timme för samtliga elever. Då antalet platser inte utnyttjats fullt ut de senaste åren föreslås också en minskning till 60 platser, vilket skapar ekonomiskt utrymme för den höjda ersättningen. Två valbara 3-veckorsperioder med fem timmars praktik per dag bedöms ge en god balans mellan verksamheternas behov och ungdomarnas möjligheter att delta.

### **Ärendebeskrivning**

Kommunen erbjuder idag sommarpraktik för 120 ungdomar boende i kommunen. De senaste tre åren har 45-70 elever haft sommarpraktik. Ersättningsnivån är idag 50 kr per timme för högstadieelev och 60 kr per timme för gymnasieelev. Ersättningsnivån har varit oförändrad sedan 2017 (KS- 2017-108) vilket innebär att en justering bedöms rimlig. En sänkning av antalet sommarpraktikplatser föreslås för att ge ekonomiskt utrymme för höjning av ersättning.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Den här höjningen innebär en kostnadsökning. För att finansiera den minskas antalet platser och timmar.

### **Prövning av barnets bästa**

En barnkonsekvensanalys har inte bedömts relevant i ärendet.

### **Beslutet skickas för åtgärd till**

Socialchef Lina Edlund

Vård- och omsorgsnämnden

Verksamhetschef Svjetlana Miletic

Tillförordnad enhetschef Therese Karlström

Biträdande enhetschef Anna-Karin Bexelius

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2026-9**

**7. Verksamhetsuppföljning av hemtjänst i kommunens egen regi**

**Förslag till beslut**

Vård och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

**Ärendebeskrivning**

Nämnden har givit förvaltningen i uppdrag att muntlig rapportera hur det går för kommunens hemtjänst i egen regi när det gäller ekonomi, arbetsmiljö, utmaningar och utveckling. Varje enhetschef redovisar resultatet för sin enhet tillsammans med ansvarig verksamhetschef.

**Beslutsunderlag**

Muntlig presentation

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2026-70**

**8. Informationsärende: HR:s arbete för att minska sjukskrivningarna inom äldreomsorgen**

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

**Ärendebeskrivning**

Presentation av HR:s initiativ att under 2026 och 2027 göra riktade insatser tillsammans med äldreomsorgens chefer för att få ned antalet långvariga sjukskrivningar, få ned korttidssjukskrivningarna samt skapa förutsättningar för ett systematiskt arbete med friskfaktorer och ökat engagemang inom äldreomsorgen/hemtjänsten.

Vård- och omsorgsnämnden

## Dnr VON-2026-6

### 9. Sjukstatistik för januari 2025 – januari 2026

#### 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 verksamhetsområde och inte fokusera på enhetsnivå.

Den totala sjukfrånvaron för omsorgskontoret följer kommunens kurva i stort. I januari 2026 är långtidssjukfrånvaron 3,8% och korttidssjukfrånvaron 5,4% inom omsorgskontoret.

#### Beslutsunderlag

Statistikunderlag jan 2025 - jan 2026

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2026-82**

## **10. Dialog om färdtjänst**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen.

### **Ärendebeskrivning**

Representanter från Synskadades Riksförbund i Uppsala län deltar på nämndens sammanträde för en dialog om färdtjänst.

### **Beslutsunderlag**

<https://www.osthammar.se/dokument/riktlinjer/regler-for-kommunal-fardtjanst-i-osthammars-kommun/>

Vård- och omsorgsnämnden

## Dnr VON-2026-57

### 11. Anskaffningsbeslut för serviceinsatser inom hemtjänsten

#### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna upphandling av serviceinsatser inom hemtjänsten i form av städ, tvätt, inköp och matdistribution. Förvaltningen får i uppdrag att genomföra upphandlingen.

#### Ärendebeskrivning

Östhammars kommun har idag ett upphandlat avtal med Samhall för serviceinsatser inom hemtjänsten. Samhall utför för närvarande tjänster avseende inköp, tvätt och matdistribution.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade den 25 februari 2026 att även insatsen städ ska inkluderas i kommande upphandling av servicetjänster inom hemtjänsten och därför behöver ny upphandling göras.

Den nya upphandlingen behöver ta höjd för att digitala inköp kan komma att införas under avtalsperioden. Upphandlingen avses inte reserveras för sociala företag.

Vidare kommer krav att ställas på personalen hos leverantören motsvarande de krav som gäller för kommunens egen verksamhet, exempelvis avseende hantering av belastningsregister.

Det nuvarande avtalet löper ut den 28 februari 2027 och kommer att sägas upp i enlighet med avtalsvillkoren.

Avtalet avses upphandlas för en avtalsperiod på två år, med möjlighet till två ettåriga förlängningar.

Avtalets värde innebär att beslut om anskaffning ska fattas av nämnden.

#### Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Värdet på avtalet uppskattas till ca 3,5-4,0 miljoner kr per år. Upphandlingen syftar bland annat till att säkerställa ekonomiskt fördelaktiga villkor för Östhammars kommun.

Finansieringen sker inom ramen för befintlig budget.

#### Ärendets behandling

På arbetsutskottet 2026-03-25 yrkade Roger Lamell (S) avslag till förslaget till beslut.

Ordförande ställde proposition på yrkandet och beslutade att avslå Roger Lamell (S) avslagsyrkande.

#### Beslutet skickas för åtgärd till

Upphandlingsenheten

Vård- och omsorgsnämnden

Enhetschef Sandra Eriksson

**Beslutet skickas för kännedom till**

Socialchef Lina Edlund

Verksamhetschef Svjetlana Miletic

Verksamhetschef Emma Peters

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2026-69**

## **12. Budgetuppföljning för januari – februari 2026**

### **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 februari 2026.

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 202602

### **Beslutet skickas för kännedom till**

Socialchef Lina Edlund

Biträdande socialchef Ida Eklöf

Ekonom Frida Jansson

Ekonom Anne-Lie Andersson

Ekonomichef Mattis Nilsson

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2026-60**

**13. Kvalitets- och verksamhetsberättelser 2025 för myndighet,  
LSS/HSL och äldreomsorg**

**Förslag till beslut**

Vård-och omsorgsnämnden tar del av 2025-års kvalitets- och verksamhetsberättelser för myndighet, LSS/HSL och äldreomsorg.

**Ärendebeskrivning**

Verksamhetsberättelserna redovisar verksamheternas arbete och resultat under det gångna året. De beskriver måluppfyllelse, genomförda aktiviteter samt viktiga händelser och utvecklingsområden. Syftet är att ge en samlad bild av verksamheternas prestationer och utgöra underlag för uppföljning och fortsatt planering.

**Beslutsunderlag**

Kvalitets- och verksamhetsberättelse myndighet 2025

Kvalitets- och verksamhetsberättelse LSS 2025

Kvalitets- och verksamhetsberättelse äldreomsorg 2025

**Beslutet skickas för kännedom till**

Socialchef Lina Edlund

Verksamhetschef Svjetlana Miletic

Verksamhetschef Emma Peters

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2026-64**

**14. Redovisning av resultat från enkätundersökningen om organisatorisk och social arbetsmiljö 2025**

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisningen av omsorgskontorets resultat från undersökningen av organisatorisk och social arbetsmiljö för 2025.

**Ärendebeskrivning**

Ett av kommunens mål är att trivas och må bra på jobbet. Detta mål är viktigt för att skapa en hälsosam och trivsam arbetsmiljö för kommunens anställda. Förvaltningen mäter bland annat detta genom att undersöka den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (OSA).

Undersökningen görs årligen genom en enkät som omfattar följande nio områden:

- arbetes organisering
- arbetsbelastning
- möjlighet att påverka
- stöd, återhämtning
- ledarskap
- kunskap och utveckling
- kränkande beteende
- psykologisk trygghet

Utifrån resultatet ska respektive arbetsgrupp ta fram åtgärder för att förbättra arbetsmiljön. Omsorgskontoret redovisar resultatet för 2025 års enkätundersökning på verksamhetsnivå.

**Beslutsunderlag**

Resultat 2025

**Beslutet skickas för kännedom till**

Socialchef Lina Edlund

Verksamhetschef Svjetlana Miletic

Verksamhetschef Emma Peters

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2025-117**

**15. Redovisning av avvikelser och synpunkter för juli-december 2025**

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden tar del av redovisningen.

**Ärendebeskrivning**

Vård- och omsorgsnämndens verksamheter ska enligt 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9 (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete) ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Enligt 5 kap. 6 § SOSFS 2011:9 ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter 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.

Enligt omsorgskontorets fastställa rutiner ska verksamhetscheferna analysera inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål på verksamhetsnivå. Nämnden får sedan ta del av rapporten. Hanteringen av avvikelser och synpunkter är en del av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete och genom att utreda och analysera dessa kan systematiska brister påvisas och förebyggas. Redovisningen omfattar inte externa utförare.

Totalt har 1 673 avvikelser registrerats under perioden 1 juli till 31 december. Under perioden januari till 30 juni registrerades 1 461 avvikelser. Det innebär en ökning av antalet avvikelser.

Under andra halvåret har det inkommit 45 synpunkter jämfört med 40 synpunkter för första halvåret.

**Beslutsunderlag**

Rapport avvikelser och synpunkter för juli-december 2025

**Ärendets behandling**

Vård- och omsorgsnämnden 2025-09-10 § 93 tog del av redovisningen av avvikelser och synpunkter för januari-juni 2025.

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2025-198**

**16. Svar på motion från Camilla Strandman (C) om att det ska vara möjligt att bo kvar i sin nära hembygd även som äldre och även i skärgården**

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att avslå motionen från Camilla Strandman (C) i enlighet med svarshandling. Motionen anses därmed besvarad.

**Ärendebeskrivning**

Camilla Strandman (C) lämnade den 5 november 2025 in en motion om att det ska vara möjligt att bo kvar i sin nära hembygd även som äldre och även i skärgården.

Camilla Strandman (C) yrkar:

- att kommunens omsorgsplanerare får i uppdrag att ta fram lösningar för timanställd hemtjänst, genom att närboende till biståndsbedömda personer erbjuds visstidsanställning inom ett avgränsat geografiskt område och med de anpassningar som behövs för att lösa konkreta vårdbehov.

Kommunfullmäktige beslutade den 16 december 2025 att överlämna motionen till vård- och omsorgsnämnden för beredning.

**Beslutsunderlag**

Inkommen motion

Svar på motion

Kommunfullmäktiges protokollsutdrag

**Beslutet skickas för åtgärd till**

Kommunstyrelsen för vidare hantering till kommunfullmäktige

Vård- och omsorgsnämnden

## Dnr VON-2026-35

### 17. Svar på skrivelse från anhörigföreningen angående situationen inom kommunens omsorgsverksamhet

#### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden ställer sig bakom förvaltningens förslag till svar:

En skrivelse från anhörigföreningen inkom till Östhammars kommun den 30 januari 2026. I skrivelsen berör man ”situationen på kommunens omsorgsverksamhet”.

Vård- och omsorgsnämnden tar del av de synpunkter som framförs och väger in dem i det löpande utvecklingsarbetet inom verksamheten. Arbetet med kvalitet, arbetsformer och organisation sker kontinuerligt och utgår från nämndens uppdrag samt gällande ansvarsfördelning i organisationen.

I skrivelsen hänvisas till införande av teamledare. Vård- och omsorgsnämnden vill här förtydliga att något sådant uppdrag inte har beslutats eller givits till förvaltningen. Uppgiften förefaller därför bygga på ett missförstånd. Organisation och arbetsledning hanteras inom ramen för befintlig ledningsstruktur.

Synpunkter från anhöriga och andra intressenter är värdefulla och tas om hand inom ordinarie former för dialog och synpunktshantering.

#### Ärendebeskrivning

Anhörigföreningen i Östhammars kommun lyfter i skrivelsen oro kring kvaliteten i omsorgsverksamheten utifrån brukarundersökning, extern granskning och egna erfarenheter. Föreningen pekar särskilt på frågor om arbetsledning, organisation, städning på boenden, personalens arbetsmiljö samt hantering av synpunkter från anhöriga.

#### Beslutsunderlag

Inkommen skrivelse

#### Beslutet skickas för kännedom till

Anhörigföreningen i Östhammar

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2026-39**

## **18. Svar på skrivelse från anhörigföreningen angående FINGER-modellen**

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden ställer sig bakom förvaltningens förslag till svar:

Tack för er skrivelse daterad den 15 februari 2026 samt för den bifogade sammanfattningen från Demensdagen i Östhammar 2025. Nämnden för vård och omsorg uppskattar att ni delar med er av kunskap, erfarenheter och förslag som kan bidra till utvecklingen av kommunens arbete inom äldreomsorg och demensområdet.

Vi tackar även för informationen om FINGER-modellen och för länken till föredraget. Det är värdefullt att ni uppmärksammar aktuella forsknings- och utvecklingsinitiativ som kan ha betydelse för framtida arbetssätt inom äldreomsorgen.

Den information och de synpunkter som ni framför i skrivelsen, inklusive förslaget om att utarbeta ett projekt och eventuellt söka medel, kommer att tas med i nämndens fortsatta arbete och i de överväganden som görs kring utveckling av verksamheten.

Vi tackar också för ert erbjudande om att bidra med synpunkter i ett eventuellt fortsatt arbete.

### **Ärendebeskrivning**

En skrivelse från Anhörigföreningen inkom till Östhammars kommun 2026-02-16. I skrivelsen berör man "Finger-metoden". I skrivelsen har föreningen uppmärksammat den så kallade FINGER-modellen, som presenterades vid Demensdagen i Östhammar 2025. Föreningen lyfter att regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att underlätta för kommuner att använda metoden och föreslår att Östhammars kommun tar fram ett projekt för att pröva FINGER-modellen i verksamheten. Föreningen föreslår även att kommunen söker medel från Socialstyrelsen för ett sådant projekt och erbjuder sig att bidra med synpunkter i arbetet.

### **Beslutsunderlag**

Inkommen skrivelse

Inkommen bilaga om Demensdagen

### **Beslutet skickas för kännedom till**

Anhörigföreningen i Östhammars kommun

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2026-1**

## **19. 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

- lokalfrågor
- rekryteringar och anställningar
- pilotprojekt med AI-scheman
- ökade öppettider för dagverksamheten
- stadsbidrag för utbildningar inom demens.

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2026-8**

## **20.       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-2026-2

### 21. 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 2026-02-25, 2026-03-18 och 2026-03-24. Beslut i personärenden framgår i listorna nedan.
- Ordförandebeslut fr.o.m. 2026-02-01 t.o.m. 2026-03-31. Beslut i personärenden framgår i listorna nedan.
- Delegationsbeslut barn och unga samt vuxen fr.o.m. 2026-02-01 t.o.m. 2026-03-31.
- Delegationsbeslut äldre och bistånd fr.o.m. 2026-02-01 t.o.m. 2026-03-31.
- Delegationsbeslut socialpsykiatri och LSS fr.o.m. 2026-02-01 t.o.m. 2026-03-31.
- Delegationsbeslut avgifter fr.o.m. 2026-02-01 t.o.m. 2026-03-31.
- Delegationsbeslut färdtjänst och riksfärdtjänst fr.o.m. 2026-02-01 t.o.m. 2026-03-31..
- Delegationsbeslut bostadsanpassning fr.o.m. 2026-02-01 t.o.m. 2026-03-31.
- Delegationsbeslut parkeringstillstånd 2026-02-01 t.o.m. 2026-03-31.
- Övriga delegationsbeslut inom nämnden fr.o.m. 2026-02-01 t.o.m. 2026-03-31.

#### Beslutsunderlag

Underlaget publiceras i portalen.

Vård- och omsorgsnämnden

**Dnr VON-2026-24**

## **22. 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. Beslut placering enligt 11 § LVU.  
Beslutet är taget 2026-03-02 av Anna-Lena Söderblom.

Vård- och omsorgsnämnden

## Dnr VON-2026-1

### 23. 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. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2026-03-17 gällande tillsyn av ej verkställt beslut. IVO avslutar ärendet (VON-2025-160).
2. Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2026-03-16 gällande tillsyn av hemtjänsten som drivs av Vård- och omsorgsnämnden i Östhammars kommun. Nu fråga om ställningstagande till nämndens redovisade åtgärder. IVO avslutar ärendet (VON-2025-152).
3. Mötesanteckningar från kommunala rådet för pensionärer och funktionsnedsatta den 9 februari 2026 (KS-2026-116).

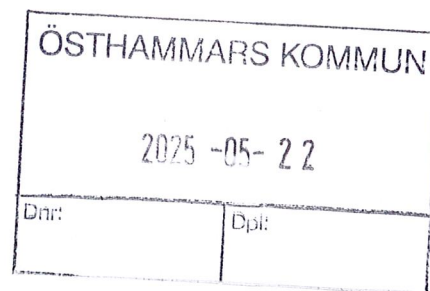
Inkomna domar:

1. Dom från Förvaltningsrätten i Uppsala 2026-02-24 gällande beredande av vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Förvaltningsrätten bifaller ansökan och beslutar att enskild ska beredas vård med stöd av 1 och 2 §§ LVU. Beslutet om vård gäller omedelbart (mål nr 9558-25).
2. Dom från Förvaltningsrätten i Uppsala 2026-02-24 gällande beredande av vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Förvaltningsrätten bifaller ansökan och beslutar att enskild ska beredas vård med stöd av 1 och 3 §§ LVU. Beslutet om vård gäller omedelbart (mål nr 616-26).
3. Beslut från Kammarrätten i Stockholm 2026-02-25 gällande beredande av vård av unga; nu fråga om inhibition. Kammarrätten avslår yrkande om att det överklagade avgörandet tills vidare inte ska gälla (mål nr 1267-26).
4. Dom från Förvaltningsrätten i Uppsala 2026-03-11 gällande personkretstillhörighet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Förvaltningsrätten upphäver det överklagade beslutet och förklarar att enskild tillhör personkrets enligt LSS. Målet visas åter till Vård- och omsorgsnämnden i Östhammars kommun för prövning om enskild har rätt till insatsen bostad med särskild service (mål nr 842-25).
5. Dom från Förvaltningsrätten i Uppsala 2026-03-24 gällande ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen (2025-:400), SoL. Förvaltningsrätten avslår överklagandet (mpl nr 7795-25).

#### Beslutsunderlag

Handlingarna publiceras i portalen.

Österbybruk den 19 maj 2025



## Medborgarförslag

### Till Vård- och omsorgsnämnden

#### Förslag

En avdelning för finsktalande boende med finsktalande personal dygnet runt på en av tätorterna i Östhammars kommun, lämpligtvis kan den förläggas i Gimo.

Detta behövs för att säkerställa att våra finsktalande äldre får ett boende där de blir förstådda, och kan kommunicera med varandra och personalen.

#### Finländarnas historia i Östhammars kommun

De första finländarna kom till vår kommun under 50-talet.

Idag är det 12% av invånarna, 2650 pers., som är finsktalande eller har finsk bakgrund i Östhammars kommun.

#### Språket, tvåspråkighet

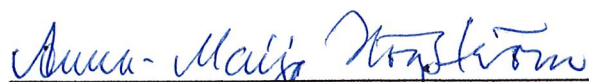
De flesta finländarna kom till Sverige endast för att arbeta, därför var motivationen för många att lära sig det svenska språket låg, samt att orken inte fanns efter en lång arbetsdag. Så småningom erbjöds invandrare 240 timmar utbildning i det svenska språket under arbetstid.

Idag är de flesta, som kom till Sverige då, i pensionsålder och de svenska språkkunskaperna skiljer sig väldigt mycket åt.

*Äldre med svenska som andraspråk förlorar gradvis språket när de drabbas av demens. – Tänk dig att flytta till ett demensboende och inte förstå eller kunna göra dig förstådd, säger Helen Lindner, forskare i hälsovetenskaper vid Örebro universitet. 29 aug. 2023*

Bilaga 1

Bilaga 2



Anna-Maija Högström, Östhammar

070-670 72 67



29 augusti 2023

## Nytt projekt: Bättre vård för äldre med demens som glömt svenska språket

Äldre med svenska som andra språk förlorar gradvis språket när de drabbas av demens.

– Tänk dig att flytta till ett demensboende och inte förstå eller kunna göra dig förstådd, säger Helen Lindner, forskare i hälsovetenskaper vid Örebro universitet. Hon leder ett nytt forskningsprojekt, som fått 5 miljoner kronor från Forte, för att förbättra demensvården.

Forte, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, är en statlig myndighet under Socialdepartementets ansvarsområde.

Läs mer om forskningsprojektet: [Att tänka nytt om miljöer i demensboenden - bana väg för en jämlik vård](#)

Över 12 procent av patienterna med demenssjukdom 2017 var utrikesfödda enligt Svenska demensregistret och antalet förväntas fördubblas de kommande 15 åren.

– Hur ska äldreomsorgen klara detta? Vårt mål är att samla kunskap och insikter för att säkerställa en jämlik och personlig demensvård, säger Helen Lindner.

Projektet är ett samarbete mellan Örebro universitet och Karolinska Institutet. De kommer arbeta nära enhetschefer och personal inom vården i Halmstad, Stockholm och Örebro och samla in erfarenheter från personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

– Utrikesfödda invånare med en demenssjukdom i Sverige är en utsatt grupp. Kunskapen om hur man genom nya arbetssätt bäst integrerar fysiska, sociala och organisatoriska miljöer i demensboenden för att möta behoven hos dessa personer kommer att bana väg för en jämlik vård, avslutar Helen Lindner.

**Text och foto:** Linda Harradine

Deltagare på mötet.  
Namn och ort i kommunen.

Elina Tribeg	Ötegrund
Juho Aoctaja	Österbybruk -
Antti Lahti	Gimo
Paula Hakulinen	Österbybruk
Liisa Mänty	Österbybruk,
Ritva Mänttä	Gimo
Suoma Harju	Gimo
Yrjö Harju	Gimo
Olga Sarajärvi	Österbybruk
Jempi Jusso	Österbybruk
Anni-Maija Anttonen	Östraanman
Liisa Ristikartano	Hargshamn via telefon
Terhi Bohlin	Alunda via telefon
Olof Hellström/ aukörig	Alunda via telefon



Omsorgskontoret

# AVTALSUPPFÖLJNING ENLIGT LOV UTFÖRARE AV HEMTJÄNST 2025

VERONICA FREUDENTHAL, SANDRA ERIKSSON, ANITA RÖNNBACK  
ÖSTHAMMARS KOMMUN, OMSORGSKONTORET

## Innehållsförteckning

Bakgrund .....	2
Syfte .....	2
Metod .....	3
Resultat.....	4
3.2 Krav på tillstånd .....	4
3.6 Krav på verksamhetsansvarig och ledning m.m.....	4
Verksamhetsansvarig/verksamhetschef.....	4
Arbetsgivaransvar .....	4
Tystnadsplikt och sekretess .....	5
4.1 Lagar m.m. och styrdokument.....	5
4.2 Värdegrund och mål .....	5
4.3 Verksamhetens innehåll.....	6
4.5 Beställning av uppdrag och samt påbörjande av insats .....	6
4.6 Förändrat omvårdnadsbehov .....	6
4.7 Dokumentation och förvaring av handlingar.....	7
4.8 Genomförandeplan .....	7
4.9 Rapporteringsskyldighet Lex Sarah.....	7
4.10 Avvikelser, synpunkter och klagomål på verksamheten .....	8
4.11 Samverkan .....	8
4.12 Hantering av brukarens låssystem och privata medel .....	9
4.13 När den enskilde inte är anträffbar .....	9
4.14 Hygienrutiner.....	9
4.17 Extraordinära händelser och höjd beredskap samt annan allvarlig händelse .....	9
4.18 Uppföljning och medverkan .....	10
6 Ersättning.....	10
Sammanfattad bedömning.....	11
Kravställningar i förfrågningsunderlaget som uppfylls.....	11
Kravställningar i förfrågningsunderlaget som inte uppfylls.....	12
Avtalsuppföljning 2026.....	13
Dokument.....	14
Rutiner .....	14
Övrigt.....	14

## Avtalsuppföljning enligt LOV utförare av hemtjänst

### Bakgrund

Östhammars kommun tillämpar Lagen om valfrihetssystem (LOV) inom hemtjänst och idag finns Aktivt stöd som valbar utförare. Aktivt stöd har varit verksamma i Östhammars kommun sedan 2015 och de är idag tillgängliga att utföra hemtjänst på samtliga orter förutom Österbybruk.

Strax innan årsskiftet 2024/2025 blev Aktivt stöd en del av Carico-koncernen vilket innebar organisatoriska förändringar i verksamheten. En ny verksamhetschef tillträdde i augusti och i september utsågs en ny LOV-ansvarig. Uppdraget tillhör numera enheten för Äldre och bistånd på Omsorg myndighet. Under året byttes även verksamhetssystemet från Pulsen Combine till VIVA.

Avtalsuppföljningar görs årligen av LOV-ansvarig tillsammans med verksamhetschef på Aktivt stöd, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och övriga berörda professioner.

### Syfte

Syftet med avtalsuppföljningen är att kontrollera att utföraren uppfyller krav i förfrågningsunderlaget, att beviljade insatser utförs samt att identifiera eventuella avvikelser och utvecklingsområden.

Avtalsuppföljningen för 2025 utgår från det förfrågningsunderlag som var giltigt fram till årsskiftet 25-12-31. I förfrågningsunderlaget framkommer att uppföljning sker genom kontroll av att fastställda krav uppfylls och att bilagor och kontrakt följs.

Avtalsuppföljningen för 2025 fokuserar på följande:

- Personalens utbildningsnivå och kompetensutveckling
- Personalkontinuitet
- Sekretess
- Dokumentation
- Genomförandeplaner
- Synpunkts- och avvikelshantering
- Rutiner
- Att beställda och fakturerade tjänster utförs
- Samverkan

Omsorgskontoret

### Metod

Uppföljningen har genomförts med stöd av Upphandlingsmyndighetens vägledning för avtalsuppföljning inom vård och omsorg samt utifrån Östhammars kommuns framtagna lokala rutiner.

Uppföljningen har utgått från kraven i förfrågningsunderlaget och underlag har inhämtats på följande sätt:

- Löpande dialog med verksamhetschef på Aktivt stöd
- Löpande dialog med biståndshandläggare vars brukare har Aktivt stöd som utförare
- Efterfrågade uppgifter, underlag och dokument enligt krav i förfrågningsunderlaget
- Möten mellan verksamhetschef, LOV-ansvarig och MAS med fokus på avtalsuppföljningen.

Utifrån de förändringar som skett under 2025 har det funnits vissa begränsningar i denna uppföljning. Den större delen av uppföljningen baseras på perioden augusti-december, då det är under denna period som nuvarande verksamhetschef och LOV-ansvarig haft uppdragen. Utifrån bytet av verksamhetssystem har det också funnits svårigheter att ta fram viss data, då det finns begränsad tillgång till tidigare system.

Omsorgskontoret

## Resultat

Resultaten nedanför redovisas utefter aktuella rubriker, punkter och kravställningar i förfrågningsunderlaget.

### 3.2 Krav på tillstånd

- Har Aktivt stöd tillstånd från IVO att bedriva hemtjänst? *Ja*.
- Har Aktivt stöd några underleverantörer? *Nej*.

### 3.6 Krav på verksamhetsansvarig och ledning m.m.

#### *Verksamhetsansvarig/verksamhetschef*

Under 2025 tillsattes en ny verksamhetschef som bl.a. är utbildad mentalskötare och undersköterska, har gått två stycken ledarskapsutbildningar samt läst socialrätt. Denne har också arbetslivserfarenhet av två år som samordnare inom hemtjänst, 18 månader som t.f. teamchef, samt totalt 12 års erfarenhet som biträdande enhetschef, t.f. teamchef respektive enhetschef.

- Har verksamhetschef adekvat högskoleutbildning med inriktning mot vård, omsorg eller socialt arbete? *Ja*.
- Har verksamhetschef minst 24 månaders praktisk erfarenhet av minst halvtidsarbete inom vård- och omsorgsområdet under de senaste 10 åren? *Ja*.
- Har verksamhetschef mångårig, minst 36 månader, sammanhängande praktisk erfarenhet som arbetsledare på heltid inom vård- och omsorgsverksamhet? *Ja*.
- Är verksamhetschefs CV vidimerat av två personer? *Nej*.

#### *Arbetsgivaransvar*

Aktivt stöd uppger att de arbetar för att säkerställa relevant kompetens bland personalen och att bemanning finns i sådan omfattning att biståndsbedömda insatser kan verkställas. Hos personalen finns språkkunskaper inom flertalet olika språk förutom svenska så som engelska, thailändska, tyska, albanska, arabiska och spanska. Det finns även finskspråkig personal, vilket är av betydelse då Östhammars kommun tillhör ett finskt förvaltningsområde sedan 2010.

Omvårdnadspersonalen består av totalt 30 personer som har en tillsvidareanställning på antingen hel- eller deltid. Det finns även ett antal timanställda.

Bland de tillsvidareanställda är 18 undersköterskor och resterande personal är vårdbiträden. Således består 60 procent av de tillsvidareanställda av undersköterskor. Under hösten och vintern 2025 har Aktivt stöd rekryterat personal vid ett flertal tillfällen då deras verksamhet utvecklats och antalet brukare ökar.

Schemaläggning görs i perioder om fyra veckor och medarbetarna har stora möjligheter att påverka sina scheman. Verksamheten redovisar att personalkontinuiteten är i snitt 14 medarbetare/brukare.

Omsorgskontoret

Alla nya medarbetare genomgår nu Regions Uppsalas webbaserade utbildning i basala hygien- och klädrutiner och i oktober 2025 genomförde MAS ett utbildningstillfälle på verksamhetens APT. Flertalet av de nya medarbetarna genomgår även Demens ABC via Demenscentrum. Under 2026 startar en utbildning för fyra av medarbetarna som får möjlighet att utbilda sig till undersköterskor och i samband med läkemedelsdelegering genomgår dessa medarbetare även en utbildning för säker läkemedelshantering.

- Finns och följs en rutin för att identifiera personalens kompetens och behov av kompetensutveckling? *Ja.*
- Arbetar Aktivt stöd för att säkerställa och utveckla kompetens bland omvårdnadspersonalen? *Ja.*
- Finns och följs en rutin för introduktion av nyanställda? *Ja.*
- Understiger andelen undersköterskor bland tillsvidareanställd omvårdnadspersonal 60 %? *Nej.*
- Har utföraren tecknat kollektivavtal, alternativt tecknat arbetsskadeförsäkring, sjukförsäkring och tjänstepension motsvarande gällande svenskt kollektivavtal? *Ja.*

#### *Tystnadsplikt och sekretess*

- Tillser Aktivt stöd att samtlig personal undertecknar en förbindelse om sekretess och tystnadsplikt? *Ja.*
- Finns och följs en rutin för att säkerställa att förbindelsen efterlevs? *Nej.*

Detta innebär att det finns en risk för att personal inom verksamheten inte förhåller sig till bestämmelser kring tystnadsplikt och delger uppgifter om brukarens personliga förhållanden. För brukaren kan detta leda till upplevd otrygghet och bristande förtroende, vilket kan försvåra utförandet av insatser och därmed finns risk för att dennes behov inte blir tillgodosedda. Om Aktivt stöd inte säkerställer att detta inte sker så kan kravet i förfrågningsunderlaget inte fullt ut verifieras.

#### 4.1 Lagar m.m. och styrdokument

Aktivt stöds verksamhet bedrivs i enlighet med Socialtjänstlagen, Offentlighet- och sekretesslagen, Arbetsmiljölagen samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Ny personal informeras om dessa under sin introduktion och när behov uppstår lyfts dessa lagrum och aktuella styrdokument på verksamhetens APT.

#### 4.2 Värdegrund och mål

Aktivt stöd uppger att verksamheten arbetar utifrån värdegrunden trygghet, meningsfullhet och värdighet enligt förfrågningsunderlaget. Arbetssättet präglas av värdeorden enligt följande:

Omsorgskontoret

Trygghet: professionellt bemötande, tydlig information och kontinuitet i personalgruppen.  
Meningsfullhet: brukaren är delaktig i planering av sina insatser och uppmuntras använda sina egna förmågor.  
Värdighet: insatser anpassas efter brukarens behov, integritet och självbestämmande.

Värdegrunden följs upp kontinuerligt i det dagliga arbetet vid verksamhetens APT och personalens handledning.

#### 4.3 Verksamhetens innehåll

Aktivt stöd kan utföra samtliga insatser enligt förfrågningsunderlaget. I oktober 2025 tog verksamhetschef initiativet till att dela ut en anonym brukarenkät för att säkerställa att insatserna utförs med god kvalitet och identifiera förbättringsområden. Totalt 70 stycken enkäter delades ut till brukarna och samtliga besvarades. Svaren på enkäten visade på att brukarna är nöjda med utförandet av insatserna och personalens bemötande. Det förbättringsområde som identifierades var att en del av de svarande till viss grad kunde uppleva omvårdnadspersonalen som stressad.

Aktivt stöds personal utbildas inom delegering av hemsjukvårdens sjuksköterska. På grund av bristande möjlighet att boka in fysiska utbildningar används en tillfällig lösning där utbildning sker via telefon. Det pågår dock en översyn av vilka förutsättningar som behövs för att Aktivt stöd ska kunna boka in dessa utbildningar på egen hand.

#### 4.5 Beställning av uppdrag och samt påbörjande av insats

Verkställande av beställd insats från biståndshandläggaren sker till stor del inom 24 timmar, eller enligt överenskommelse. Om insatsen inte kan verkställas inom angiven tid kontaktar verksamhetschef kommunen för dialog.

Insatserna planeras och utförs utifrån beställda insatser. Den totala beviljade tiden planeras i personalens schema och uppföljning sker veckovis per brukare och anställd för att säkerställa att den beviljade tiden utförs. Om så inte är fallet görs en planering för att samtliga insatser ska kunna utföras.

#### 4.6 Förändrat omvårdnadsbehov

Aktivt stöd meddelar ansvariga biståndshandläggare när brukaren får förändrade omvårdnadsbehov. Detta sker vid månatliga biståndsmöten samt via verksamhetssystemet VIVA och telefon vid behov. Det finns en kontinuerlig dialog och samverkan mellan Aktivt stöd och biståndshandläggare, LOV-ansvarig samt enhetschef.

- Finns och följs en rutin för biståndsmöten? *Ja.*
- Finns och följs en rutin för att tillgodose brukarens behov vid en akut förändring? *Ja.*

Omsorgskontoret

#### 4.7 Dokumentation och förvaring av handlingar

I oktober 2025 fick Aktivt stöd tillgång till verksamhetssystemet VIVA i personalens arbetstelefoner, vilket möjliggjorde dokumentation enligt SOL och HSL direkt i samband med besök hos brukaren. Det gör det sedan enklare och mer säkert att dokumentera i brukarens sociala journal. Innan dess använde sig personalen av en tillfällig lösning genom att dokumentera på papper hemma hos brukaren, för att säkerställa att händelser av vikt eller information skrevs ned direkt. Sedan dokumenterades anteckningarna i brukarens sociala journal. Enligt 11 kap. 6 § SOL ska dokumentation utformas med respekt för den enskildes integritet.

Fysiska handlingar förvaras i ett låst skåp i verksamhetens lokaler. Om skåpen som används för att förvara handlingarna inte uppfyller särskilda krav på förvaringsutrymme, så som brandklassade skåp och att nyckelhanteringen är strikt reglerad, kan det innebära en risk för felhantering och att obehöriga får åtkomst till handlingarna. När ett ärende avslutas ska handlingarna oftast överföras till en central och säkrare förvaring, i detta fallet till biståndshandläggarna. I dagsläget saknas en rutin för detta.

Vid den uppföljning som gjordes i oktober 2025 framkommer att uppföljningar av dokumentation och loggkontroller inte genomförts. Att Aktivt stöd haft en begränsad uppföljning och kontroll kan innebära bristande kvalitetssäkring och svårighet att upptäcka felaktigheter eller avvikelser. Verksamheten planerar att genomföra egenkontroller under 2026.

#### 4.8 Genomförandeplan

Vid årsskiftet 2025/2026 hade Aktivt stöd 76 brukare med beviljade omvårdnadsinsatser varav 66 av dessa hade en genomförandeplan i verksamhetssystemet. Det innebär att 87 procent av brukarna vid aktuell tidpunkt hade en genomförandeplan.

- Upprättas en genomförandeplan inom 14 dagar efter att beviljad insats har verkställts? *Delvis.*
- Görs en årlig uppföljning av genomförandeplanerna, eller oftare vid behov? *Utifrån begränsad tillgång till tidigare verksamhetssystem finns ej underlag att besvara denna fråga.*

Detta innebär att det finns en risk för att felaktig ersättning utbetalas, då en genomförandeplan ska upprättas inom 14 dagar från beställd insats enligt förfrågningsunderlaget. Enligt SOL och Socialstyrelsens föreskrifter skall en genomförandeplan upprättas inom hemtjänsten. Syftet är att säkerställa att den enskilde får sina behov tillgodosedda enligt behovsprövningen och det som beslutats. En genomförandeplan syftar också till att göra brukaren delaktig i planerandet och utförandet av beviljade insatser.

#### 4.9 Rapporteringsskyldighet Lex Sarah

Aktivt stöd arbetar aktivt med att säkerställa att samtlig personal känner till skyldigheten att rapportera missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt Lex Sarah. Ny personal

Omsorgskontoret

informerar om detta under sin introduktion och ämnet är en stående punkt på deras APT och rapporterade händelser lyfts med hela arbetsgruppen.

- Finns och följs skriftliga rutiner kring hantering av Lex Sarah? *Ja*.
- Har några Lex Sarah rapporterats och hanteras i Aktivt stöds verksamhet under 2025? *Nej*.

#### 4.10 Avvikelser, synpunkter och klagomål på verksamheten

Under 2025 registrerades totalt 34 avvikelser och en synpunkt inom Aktivt stöds verksamhet, men inga avvikelser har klassificerats som allvarliga. De vanligaste orsakerna bakom avvikelserna beror på fall eller missad läkemedelssignering. Den främsta åtgärden vid hantering av avvikelser är kontakt med legitimerad personal.

Utifrån att en stor del av avvikelserna rör legitimerad personal har ett nytt arbetssätt tagits fram, med syfte att förebygga och minska liknande händelser. Arbetssättet består av ärende- och avvikelsemöten varannan vecka där personal från Aktivt stöd, rehab och hemsjukvård deltar.

Uppkomna händelser som berör/involverar ansvariga biståndshandläggare lyfts på månatliga biståndsmöten.

#### 4.11 Samverkan

Samverkan sker genom regelbundna möten mellan Aktivt stöd, biståndshandläggare och legitimerad personal. LOV-ansvarig och verksamhetschef har även enskilda möten och ytterligare kontakt i olika frågor vid behov.

Aktivt stöd har arbetat för att utveckla samverkan med berörda medarbetare på Enheten för Äldre och bistånd genom att bjuda in till olika informations- och nätverksmöten. Aktivt stöd deltog i Vård- och omsorgsnämnden sammanträde 25-12-17 samt i möten där både myndighet, hemtjänst inom egen regi och Aktivt stöd berörs.

Personal från Aktivt stöd deltar vid hembesök hos brukare om det finns ett utökat behov av samverkan kring myndighet och utförare. Vid behov förekommer även dialog mellan Aktivt stöds verksamhetschef och LOV-ansvarig samt enhetschef i dessa individärenden.

Legitimerad personal har tidigare upplevt en del brister i samverkan med Aktivt stöd, men under höst och vinter 2025 har denna förbättrats. Åtgärder som gett effekt är kontinuerliga möten för genomgång av patientärenden och avvikelser. En gång i månaden deltar även LOV-ansvarig vid dessa möten. Sjuksköterska besöker också Aktivt stöd mer regelbundet, vilket skapar förutsättningar för en bra dialog med omvårdnadspersonalen.

Omsorgskontoret

#### 4.12 Hantering av brukarens låssystem och privata medel

Digitala nycklar tillhandahålls av kommunen och akutnycklar förvaras i låsbart skåp i Aktivt stöds lokaler. Personalen hanterar inte brukarnas privata medel, insatsen inköp utförs i huvudsak med konton på vald butik.

- Finns och följs en rutin för hantering av nycklar/låssystem till brukarens bostad? *Ja*.
- Finns och följs en rutin för privata medel tillhörande brukaren? *Ja*.

#### 4.13 När den enskilde inte är anträffbar

Om brukaren inte är hemma vid planerat besök försöker personalen att få kontakt med brukaren, därefter kollegor, arbetsledning eller anhöriga. Vid allvarlig oro kan räddningstjänst eller polis kontaktas. Händelsen dokumenteras sedan i verksamhetssystemet.

- Finns och följs en rutin för hur personalen ska agera om brukaren inte är anträffbar på överenskommen tid? *Ja*.

#### 4.14 Hygienrutiner

Tidigare uppmärksammade MAS att det inte var säkerställt att samtlig omvårdnadspersonal på Aktivt stöd hade genomfört den grundläggande webbutbildningen för basal hygien. Med anledningen av detta genomförde MAS ett utbildningstillfälle på verksamhetens APT i oktober 2025 med fokus på basala hygienrutiner. Ytterligare en åtgärd som Aktivt stöd genomförde för att säkerställa att all personal har denna kompetens är att Region Uppsalas webbaserade utbildning i basala hygien- och klädrutiner nu ingår i introduktionen av nya medarbetare.

Aktivt stöd saknar ett hygienombud som ansvarar för att säkerställa att rutiner kring basal hygien efterföljs och att personalen har nödvändig kompetens inom området. Vid uppföljning i oktober 2025 uppmärksammas att vårdhygienisk egenkontroll inte är genomförd. Som åtgärd planeras att detta ska göras under våren 2026 tillsammans med MAS.

Aktivt stöd saknar tillgång till kommunens ledningssystem, vilket försvårar möjligheten att ta del av de rutiner inom HSL som förväntas följas av all omvårdnadspersonal.

#### 4.17 Extraordinära händelser och höjd beredskap samt annan allvarlig händelse

Aktivt stöd har en kontinuitetsplan vid krissituation som gäller Caricos samtliga verksamheter. Vid eventuell kris följer Carico aktuell kommuns anvisningar men Carico har också utarbetat en egen kontinuitetsplan som ska vara vägledande till ledning och personal i verksamheterna i händelse av krissituation.

I kontinuitetsplanen framkommer vilka omvårdnadsinsatser som prioriteras vid olika nivåer av låg bemanning samt hur bemanningen hanteras för att verksamheten ska kunna fortgå så oförändrat som möjligt.

Omsorgskontoret

Aktivt stöd arbetar förebyggande genom att skriva ut nästkommande dags planering för både SOL och HSL ifall denna inte skulle vara tillgänglig digitalt. Inför helger skrivs samtlig planering ut för de kommande dagarna. Vid systemavbrott används en tillfällig lösning genom att dokumentera på papper.

#### 4.18 Uppföljning och medverkan

Uppföljningar görs i olika forum mellan olika professioner. Verksamhetschef och planerare på Aktivt stöd har månadsvisa möten med biståndshandläggarna för att följa upp individärenden. Utöver detta förekommer även kontakt via telefon eller verksamhetssystemet VIVA vid behov.

Uppföljande möten sker också regelbundet mellan verksamhetschef, myndighet och legitimerad personal. Under vintern 2025 har verksamhetschef, LOV-ansvarig och enhetschef arbetat aktivt för att utveckla samarbetet och hitta en struktur för uppföljningar. Enligt överenskommelse och framtagen uppdragsbeskrivning ska verksamhetschef och LOV-ansvarig ha möte en gång i kvartalet med fokus på uppföljning av kvalitet och följsamhet av förfrågningsunderlaget.

#### 6 Ersättning

Varje månad tar LOV-ansvarig fram fakturaunderlag från verksamhetssystemen VIVA och Intraphone enligt förfrågningsunderlagets ersättningssystem. Underlaget baseras på biståndshandläggarnas beviljade hemtjänsttimmar och Aktiv stöds utförda timmar. Verksamhetschef har en kontinuerlig dialog med LOV-ansvarig och påtalar när ersättningen inte stämmer. Vid vissa tillfällen har för lite ersättning betalats ut, men verksamhetschef har även påtalat när för mycket ersättning betalats ut från kommunen och därefter skickat en kreditfaktura.

Antalet beviljade timmar per månad enligt SOL under de fem sista månaderna 2025:

Augusti: 2508 timmar

September: 2625 timmar

Oktober: 2915 timmar

November: 2856 timmar

December: 2964 timmar

Antalet utförda timmar per månad enligt SOL under de fem sista månaderna 2025:

Augusti: 2184 timmar

September: 2251 timmar

Oktober: 2464 timmar

November: 2465 timmar

December: 2551 timmar

Omsorgskontoret

Leveranssäkerhet per månad under de fem sista månaderna 2025:

Augusti: 87 procent

September: 86 procent

Oktober: 85 procent

November: 86 procent

December 86 procent

Antalet beviljade timmar från biståndshandläggarna, där beställningen skickats till Aktivt stöd, har ökat med ungefär 18 procent under perioden augusti-december 2025. Ökningen kan ha samband med att antalet brukare som valt Aktivt stöd som utförare har ökat från 67 till 76 under samma period. Sedan 25-12-01 har också Aktivt stöd utökat sitt hemtjänstområde och inkluderar nu även Öregrund.

Under perioder har enhetschef granskat fakturaunderlaget för att säkerställa att rätt ersättning utgår till Aktivt stöd. Om brukarens utförda tid överstiger beviljad tid utgår ingen ersättning för de timmarna som överstiger beslutet, om inte gällande rutiner följts.

- Deltar verksamhetschef aktivt i arbetet för att säkerställa korrekt ersättning? *Ja*.
- Följer Aktivt stöd kommunens tillämpningsanvisningar för tidsregistrering, ersättning och fakturering? *Delvis*.

Det framkommer indikationer på att Aktivt stöd inte uppfyller kravet på att en genomförandeplan ska ha upprättas inom 14 dagar efter beställd insats. Om så är fallet finns risk för att felaktig ersättning betalas ut.

### **Sammanfattad bedömning**

Kravställningar i förfrågningsunderlaget som uppfylls

Aktivt stöd arbetar för att utveckla samarbetet med LOV-ansvarig, enhetschef, biståndshandläggare, legitimerad personal samt andra berörda professioner. Verksamhetschef både initierar och deltar i möten och är öppen för dialog i olika frågor, så som i individärenden, avvikelser, arbetssätt och rätt till ersättning. Detta framkommer vid uppföljning av förfrågningsunderlagets krav under följande punkter:

4.10 Avvikelser, synpunkter och klagomål på verksamheten

4.11 Samverkan

4.18 Uppföljning och medverkan

6 Ersättning

Aktivt stöd utför omvårdnadsinsatser med god kvalitet och de arbetar för en kompetent personalgrupp och att bemanningen ska vara tillräcklig för att utföra beställda insatser. De visar att de arbetar med att utveckla sin verksamhet och skapa långsiktiga förutsättningar för att fortsätta

Omsorgskontoret

tillgodose brukarnas behov. Detta framkommer vid uppföljning av förfrågningsunderlagets krav under följande punkter:

- 3.6 Arbetsgivaransvar
- 4.2 Värdegrund och mål
- 4.3 Verksamhetens innehåll
- 4.5 Beställning av uppdrag och samt påbörjande av insats
- 4.6 Förändrat omvårdnadsbehov
- 4.18 Uppföljning och medverkan

Kravställningar i förfrågningsunderlaget som inte uppfylls

Det har funnits en del områden kopplat till HSL där det framkommit brister i verksamheten. De vanligaste orsakerna bakom avvikelser inom verksamheten beror på fall eller missad läkemedelssigtering. MAS uppmärksammade tidigare att det inte var säkerställt att samtlig omvårdnadspersonal hade genomfört den grundläggande webbutbildningen för basal hygien. Det uppmärksammades även att Aktivt stöd saknar ett hygienombud samt att vårdhygienisk egenkontroll inte utförts. Detta framkommer vid uppföljning av förfrågningsunderlagets krav under följande punkter:

- 4.10 Avvikelser, synpunkter och klagomål på verksamheten
- 4.14 Hygienrutiner

Aktivt stöd har visat på att de tagit till sig av dessa och vidtagit åtgärder så som olika utbildningsinsatser, översyn av introduktionen av nya medarbetare samt planerade egenkontroller under 2026.

Det finns behov av att säkerställa att brukarnas genomförandeplaner upprättas i tid och är konsekventa, då uppgifter från avtalsuppföljningen visar viss variation jämfört med verksamhetschefens uppgifter om 14-dagarsmål. Detta framkommer vid uppföljning av förfrågningsunderlagets krav under följande punkt:

- 4.8 Genomförandeplan

Det framkommer oklarheter kring huruvida Aktivt stöd säkerställer att personalen förhåller sig till förbindelser om tystnadsplikt och sekretess, då det saknas en rutin kring detta. Detta framkommer vid uppföljning av förfrågningsunderlagets krav under följande punkt:

- 3.6 Tystnadsplikt och sekretess

Aktivt stöd förvarar fysiska handlingar i ett låsbart skåp i verksamhetens lokaler. Men det framkommer inte om förvaringen uppfyller särskilda krav på förvaringsutrymmen, så som brandklassade skåp och att nyckelhanteringen är strikt reglerad. I dagsläget saknas också en rutin

Omsorgskontoret

för hur handlingar hanteras efter avslut av ärende. Detta framkommer vid uppföljning av förfrågningsunderlagets krav under följande punkt:

#### 4.7 Dokumentation och förvaring av handlingar

Avtalsuppföljningen visar på en osäkerhet om genomförandeplaner upprättas inom 14 dagar efter beställd insats. För att korrekt ersättning ska betalas ut behöver detta säkerställas. Detta framkommer vid uppföljning av förfrågningsunderlagets krav under följande punkter:

#### 4.8 Genomförandeplan

##### 6 Ersättning

### **Avtalsuppföljning 2026**

Under utförandet av avtalsuppföljningen för 2025 har ett antal områden och frågor identifierats som kan vara av intresse i nästkommande uppföljning. Uppföljningen visar även på att ett antal kravställningar i förfrågningsunderlaget inte uppfylls. För att kontinuerligt kunna följa upp om kraven i förfrågningsunderlaget efterföljs kan stickprover tas fram under året, som sedan sammanställs till nästa avtalsuppföljning. Följande stickprover skulle kunna vara av intresse:

- Antalet genomförandeplaner som upprättas inom 14 dagar efter verkställande av beställd insats
- Antalet ärenden där den sociala dokumentation är aktuell
- Om gällande rutin följs när utförd tid överstiger brukarens beviljade tid för insatser
- Andelen beställda insatser som verkställs inom 24 timmar

Det behöver även säkerställas att Aktivt stöd fullföljer och fortsätter med de åtgärder som verksamheten påbörjat samt planerar att göra. LOV-ansvarig och enhetschef kommer lyfta med Aktivt stöd att de behöver vidta ytterligare åtgärder kring de områden där det i dagsläget inte framförts någon planering för ytterligare hantering och utveckling.

Det kommer att finnas andra förutsättningar vid nästkommande uppföljning då det nu finns en uppdragsbeskrivning för LOV-ansvaret gällande hemtjänst, ett tätt och utvecklat samarbete mellan Aktivt stöd, myndighet och legitimerad personal samt att det kommer vara möjligt att ta fram data ur ett och samma verksamhetssystem.

Omsorgskontoret

### **Dokument**

Följande dokument har inhämtats under genomförd avtalsuppföljning.

Rutiner

Rutin för biståndsmöten

Rutin biståndsmöte dagordning

Rutin tillfällig utökning

Rutin för nyckelhantering

Rutin för hantering av privata medel

Rutin om uppdragsgivare inte öppnar dörren

Övrigt

Verksamhetsuppföljning HSL Aktivt stöd sammanfattning

Vidimerad meritförteckning

Verksamhetsberättelse Hemtjänst Östhammar

Verksamhetsberättelse 2025

Försäkringsbrev kombinerad företag

Försäkringar via kollektivavtal

Kundenkät

Kontinuitetsplan vid krissituation

Mall för kompetenskartläggning

Rutin för introduktion av nyanställd personal

Avtal tystnadsplikt

Ansvarsförsäkran Lex Sarah

Beslut – nytt tillståndsbevis Aktivt stöd IVO

# Ärendestatistik – omsorg myndighet

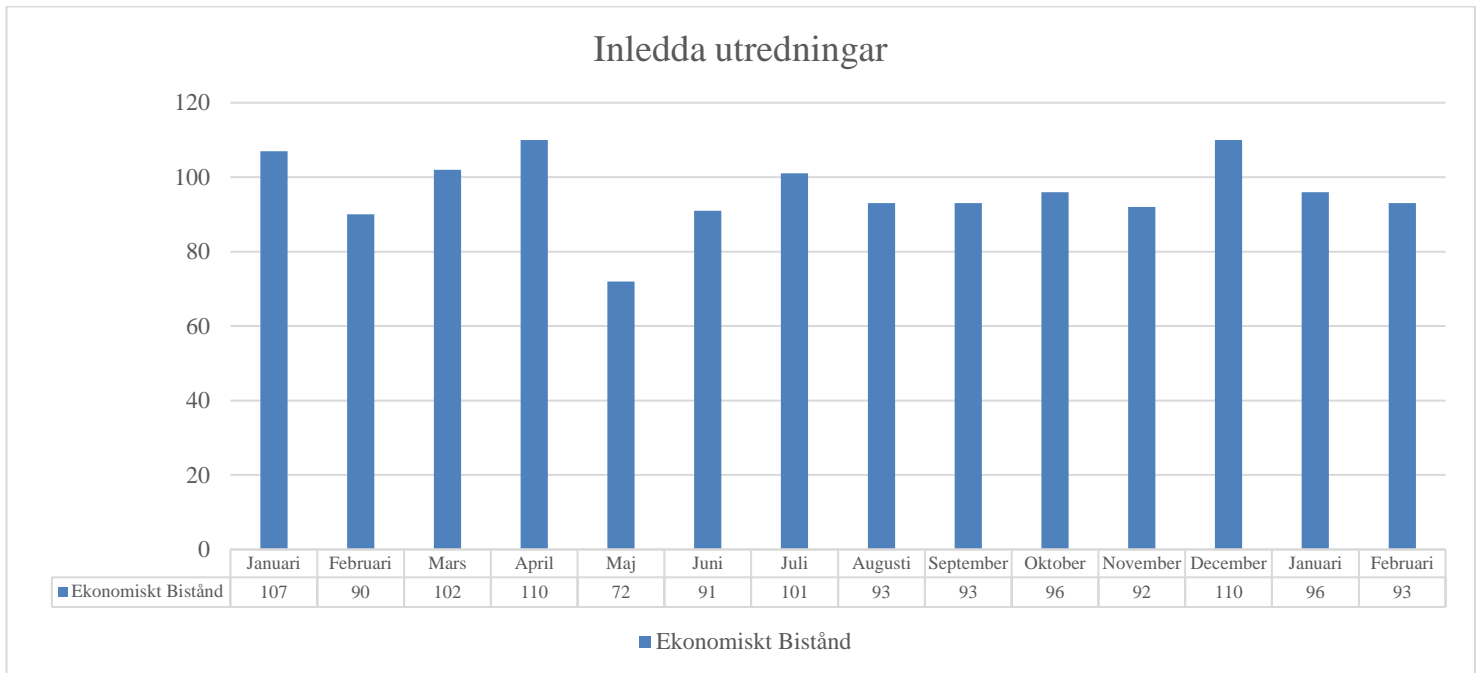
Omsorgskontoret, februari 2026



## Innehållsförteckning

1	Ärendestatistik februari 2026 Vuxen .....	3
1.1	Försörjningshinder och totalt utbetalt försörjningsstöd .....	4
2	Ärendestatistik februari 2026 Barn och unga .....	5
3	Ärendestatistik februari 2026 Familjerätt .....	6
4	Ärendestatistik februari 2026 Enheten för funktionsnedsättning .....	7
4.1	Ledtider .....	9
5	Ärendestatistik februari 2026 Enheten för äldre och bistånd .....	11
5.1	Ledtider .....	12
5.2	Särskilt boende kö och tillgänglighet .....	14
5.3	Korttidsenheten beläggning, vårddagar och platser .....	15

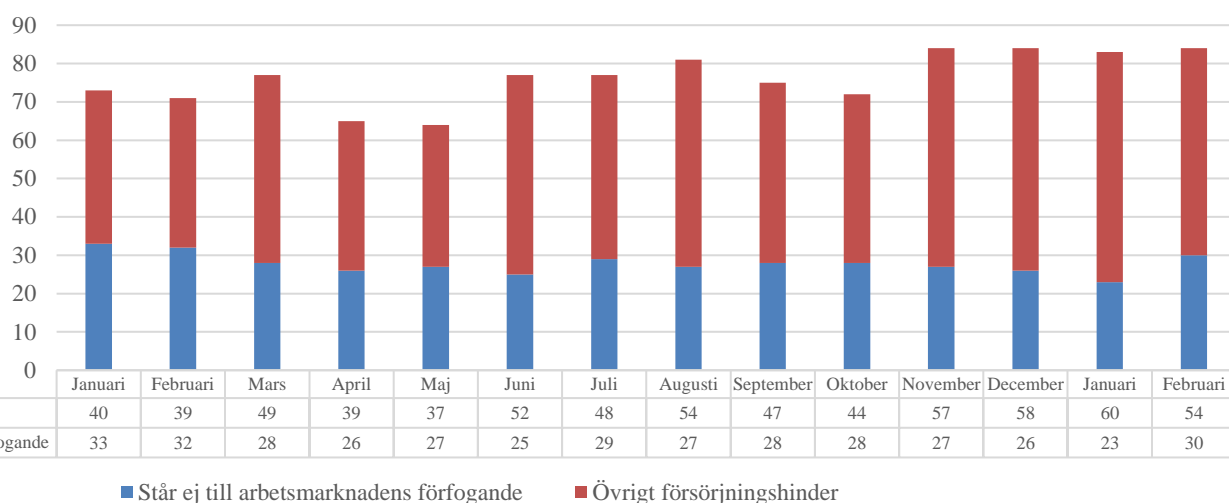
## 1 Ärendestatistik februari 2026 Vuxen



Efter decembers uppgång har antalet sökande minskat igen, detta beror troligtvis på att det var många sökande kring jul.

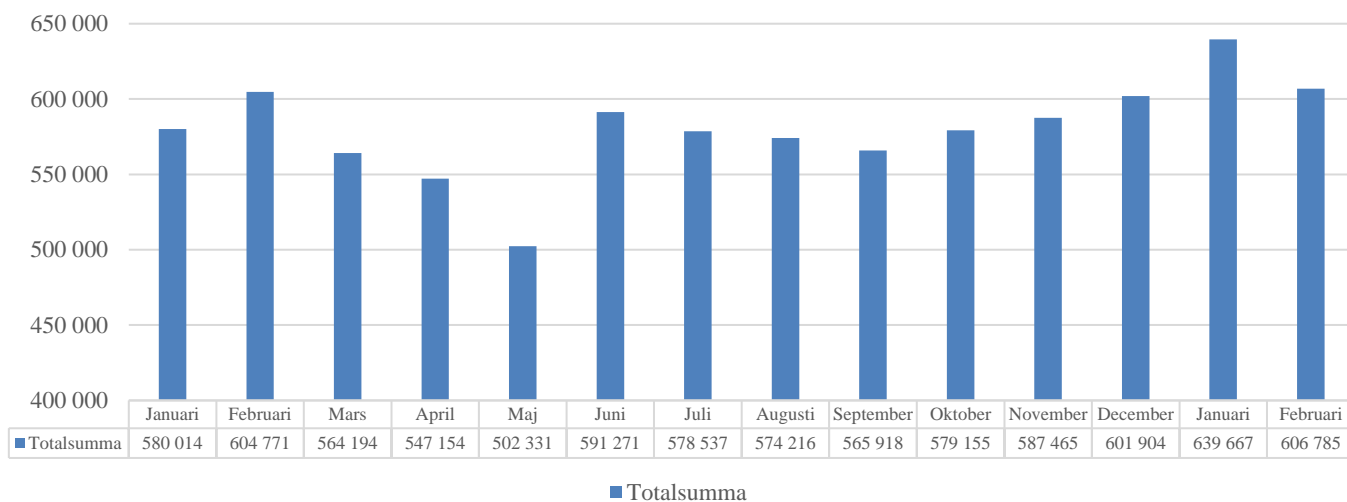
## 1.1 Försörjningshinder och totalt utbetalt försörjningsstöd

Andel av hushåll som ej står till arbetsmarknadens förfogande



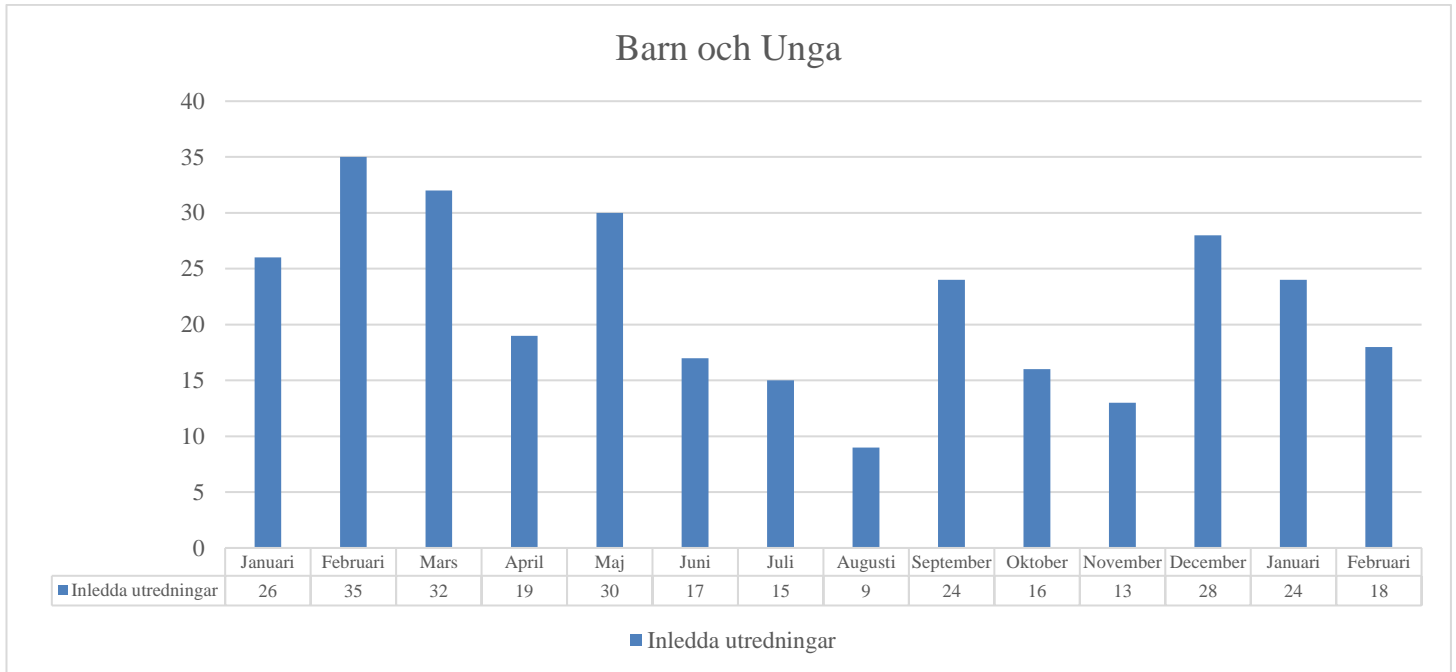
Andelen sjukskrivna med läkarintyg som inte står till arbetsmarknadens förfogande har ökat. Under februari var det 30 stycken, detta är inte avvikande. Dock har enheten en förhoppning om att sammanslagningen med EIA kommer ge effekt över tid genom att vår samverkan med sjukvården förväntas förbättras.

Totalsumma försörjningsstöd



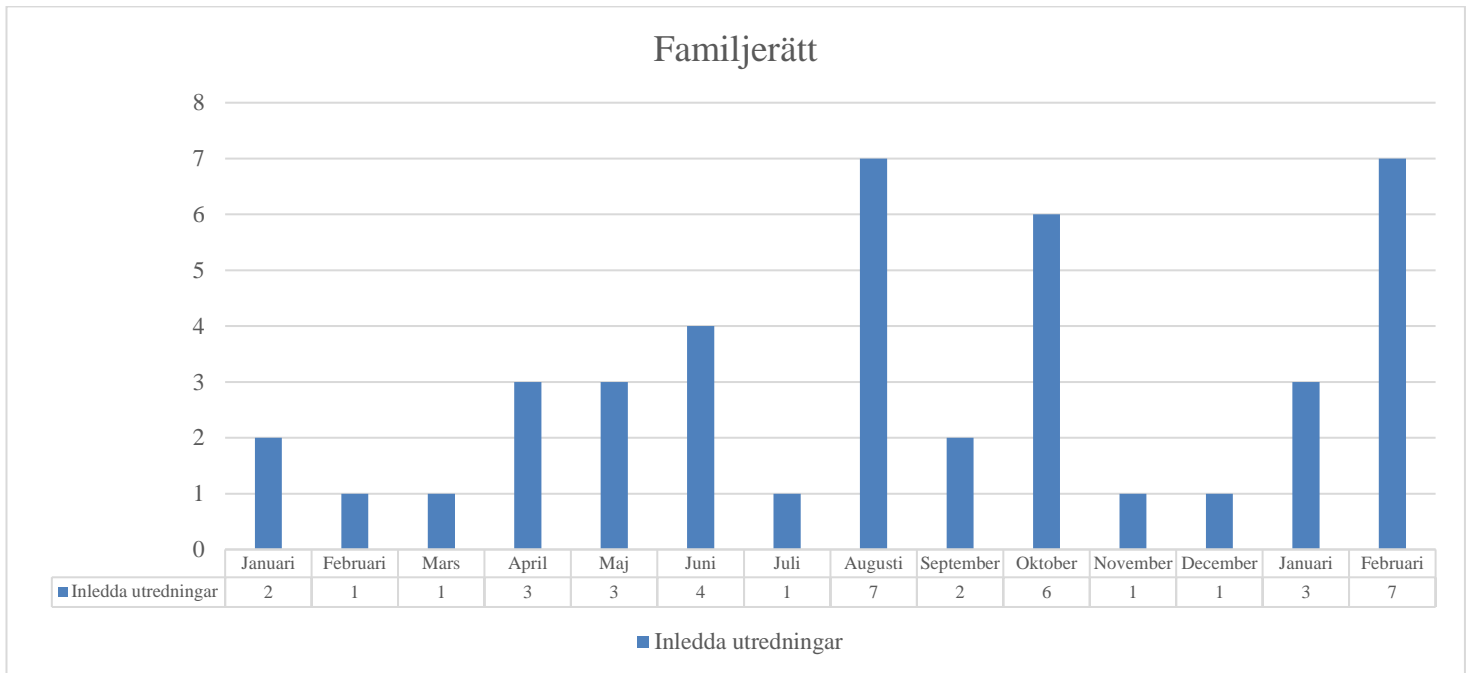
Kostnad för försörjningsstöd under februari har minskat efter toppen i januari där det var något fler sökande. Antalet hushållsmedlemmar har ökat under det senaste året, till exempel har antalet barn under 18 år ökat från 30 stycken februari 2025 till 41 stycken februari 2026.

## 2 Ärendestatistik februari 2026 Barn och unga



Under januari och februari månad har vi haft ett fortsatt högt tryck och många inledda utredningar. Ungefär hälften av utredningar är utifrån våld i hemmet, varav några familjer är mer komplexa. Flera av utredningarna kring våld har oron minskat efter kontakt. En tredjedel av utredningarna rör ansökan om stöd eller att pågående placeringar blir en ny utredning som ska kartlägga vårdbehovet på nytt. Resterande utredningar rör brister i omsorgen eller eget beteende hos ungdomar.

### 3 Ärendestatistik februari 2026 Familjerätt

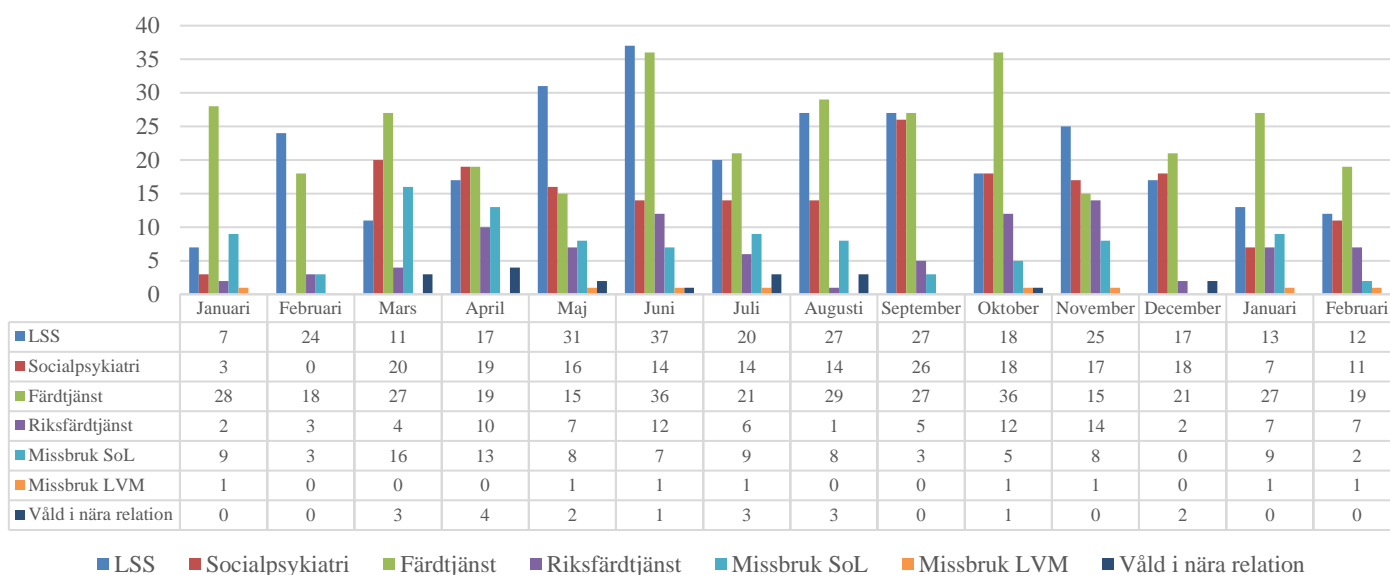


Pågående inom familjerätten för januari och februari.

De utredningar som inlets under januari och februari är två upplysningar, fem snabbupplysningar. En utredning för avtal gällande vårdnad, boende och umgänge, en faderskapsutredning och ett yttrande gällande namnbyte.

## 4 Ärendestatistik februari 2026 Enheten för funktionsnedsättning

Inledda utredningar

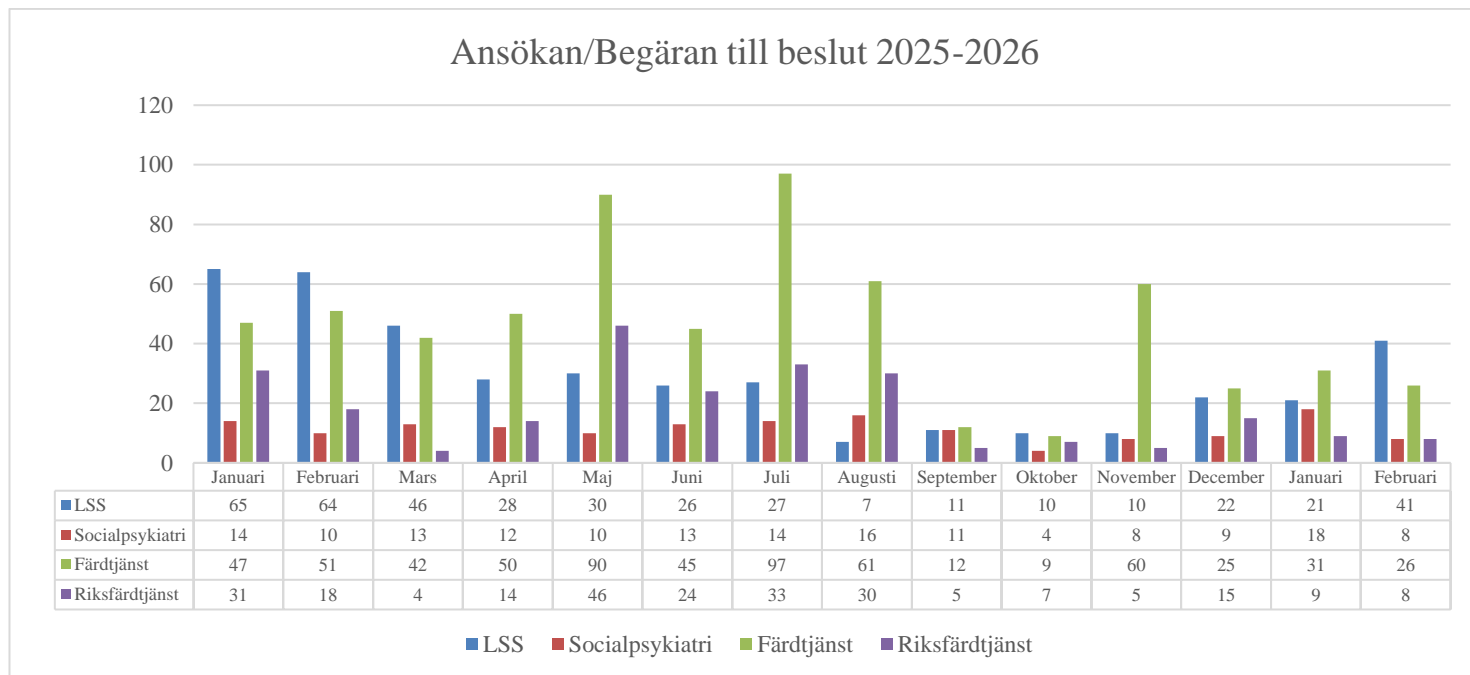


Inledda utredningar avser både nyprövningar och nya ansökningar.

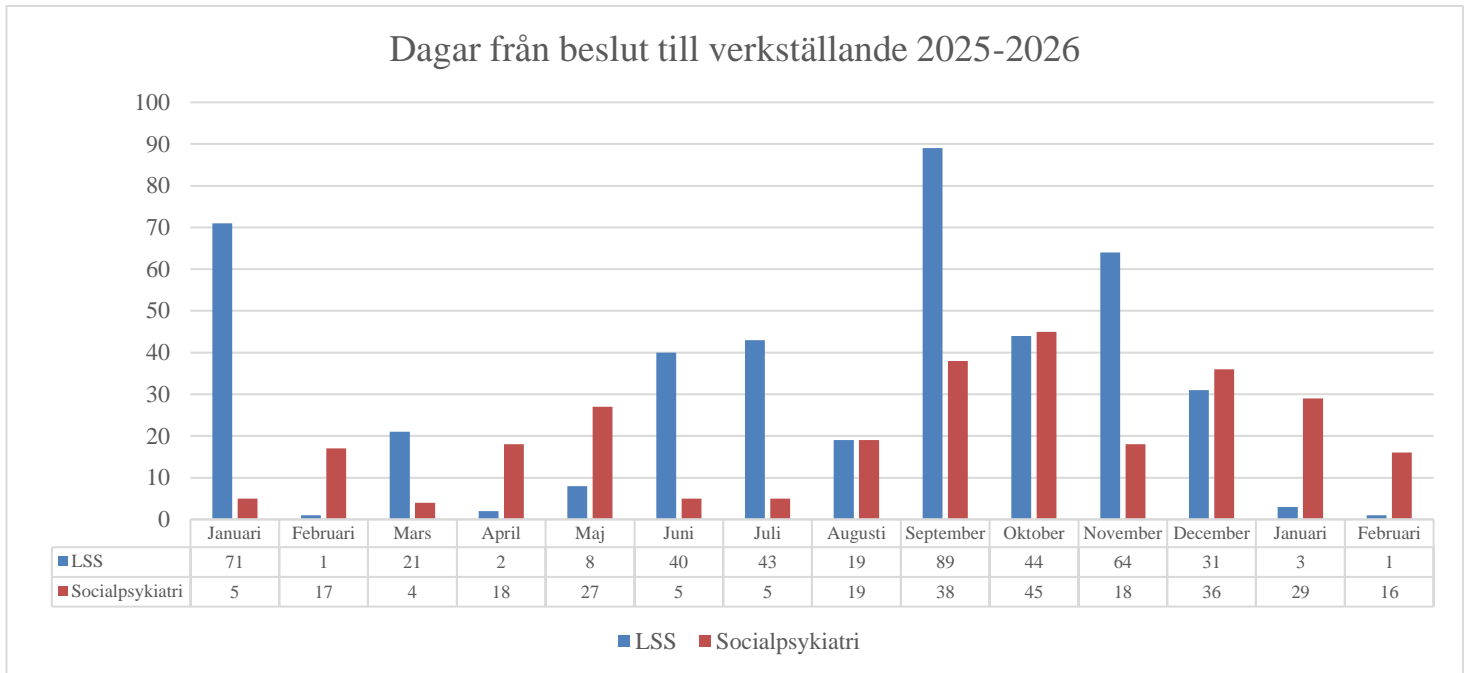
- LSS: 12st inledda utredningar under februari, det är mycket lägre antal än snittet som är ca 21 st (snitt räknat från mars 2025 till februari 2026). Det lägre antalet inledda utredningarna beror delvis på att det inkommit ett lägre antal nya ansökningar och vid avstämning med handläggarna har de inte haft många nyprövningar.
- Socialpsykiatri: 11st inledda utredningar under februari, det är lägre antal än snittet som är ca 16st (snitt räknat från mars 2025 till februari 2026). Det lägre antalet beror på att det inkommit färre nyansökningar.
- Färdtjänst: 19st inledda utredningar för februari, det är lägre antal än snittet som är 24st (snitt räknat från mars 2025 till februari 2026). Det lägre antalet är inte avvikande och inte heller att det varierar över tid. Ansökningarna gällande färdtjänst varierar ständigt då den övervägande målgruppen för färdtjänst är äldre. Ex. vissa månader så faller fler ifrån än det tillkommer nya ansökningar
- Riksfärdtjänst: 7st inledda utredningar under februari, denna månad är inledda utredningar samma som snittet, ca 7st (snitt räknat från mars 2025 till februari 2026). Ansökningarna varierar över tid då det kan skilja mycket när en person önskar resa utanför färdtjänstområdet.

- Missbruk SoL: Utifrån ansökan eller förhandsbedömning, 2 inledda utredningar under februari, det är ett lägre antal än snittet som är ca 7st (snitt räknat från mars 2025 till februari 2026). Inledda utredningar beror på hur många som kontaktar Socialtjänsten gällande sina missbruksproblem. Det beror även på hur många orosanmälningar som mottas där förhandsbedömning leder till ansökan om insats. Antalet inledda utredningar varierar även pga att personer hänvisas att prova insats via Öppen ingång.
- Missbruk LVM: Utifrån anmälan eller orosanmälan så har 1st utredning inletts från förhandsbedömning. Totalt har 7st förhandsbedömningar resulterat i inledda utredningar under perioden mars 2025 till februari 2026. Antalet varierar beroende av hur många anmälan eller orosanmälan Socialtjänsten tar emot från Polis eller sjukvård.
- Våld i nära relation: Ingen inledd utredning i februari.

## 4.1 Ledtider

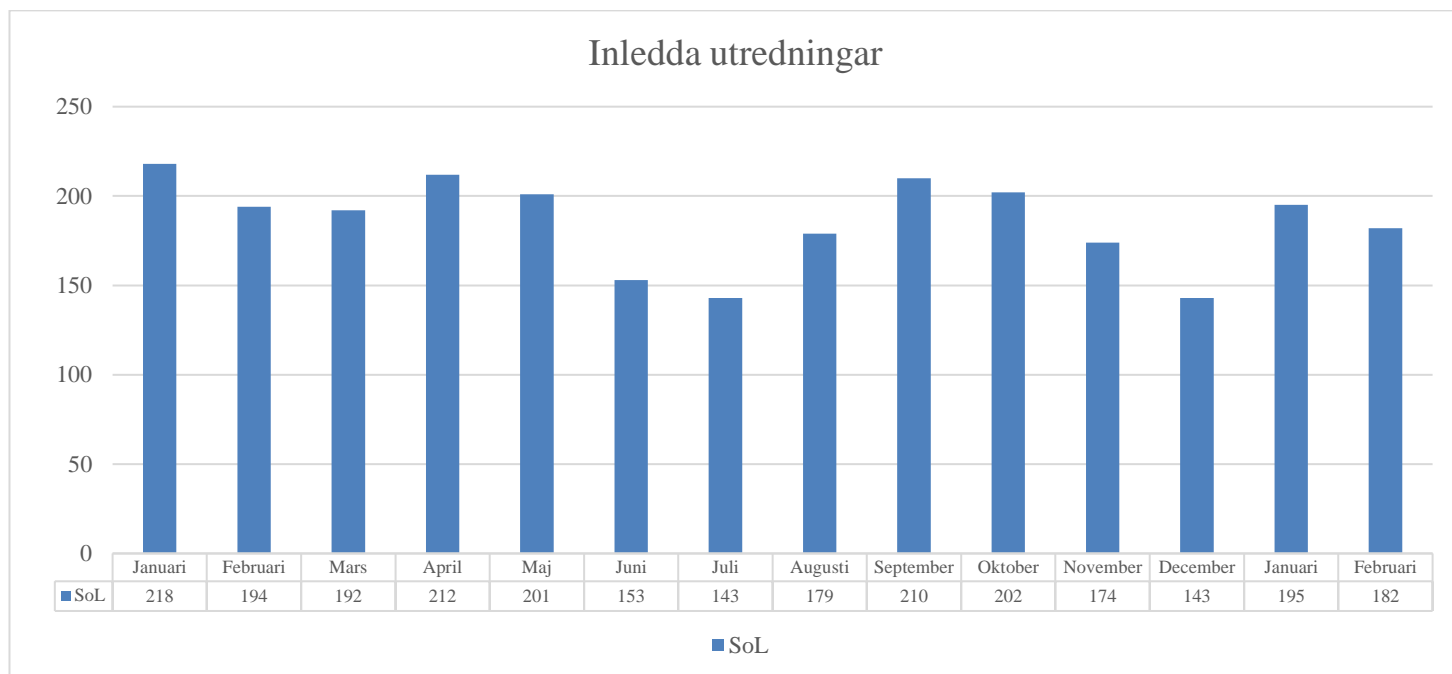


- **LSS:** Ledtiden under februari är 41 dagar från ansökan till beslut, det är en handläggningstiden varierar beroende av vilken insats som utreds och även om det är en nyansökan eller en nyprövning som utreds. Under februari fattades ett beslut om personlig assistans som drar upp ledtiden då det tar längre tid att utreda den insatsen.
- **Socialpsykiatri:** Ledtiden under februari är 8 dagar från ansökan till beslut, är en bra handläggningstid.
- **Färdtjänst:** Ledtiden under februari är 26. Är en relativt bra handläggningstid. Kan dock förväntas bli längre framöver då personen som arbetade på särskild visstidsanställning avslutade anställningen i början av februari.
- **Riksfärdtjänst:** Ledtiden under december är 8 dagar från ansökan till beslut, det är en bra handläggningstid.



- **LSS:** 1 dagar är ett snitt för de beslut som verkställts under februari. Den korta tid från beslut till verkställande beror med största sannolikhet på att det är nyprövningar som verkställts under månaden.
- **Socialpsykiatri:** 16 dagar är ett snitt för de beslut som verkställts under februari. Det är ett bra snitt för de beslut som verkställts under månaden

## 5 Ärendestatistik februari 2026 Enheten för äldre och bistånd

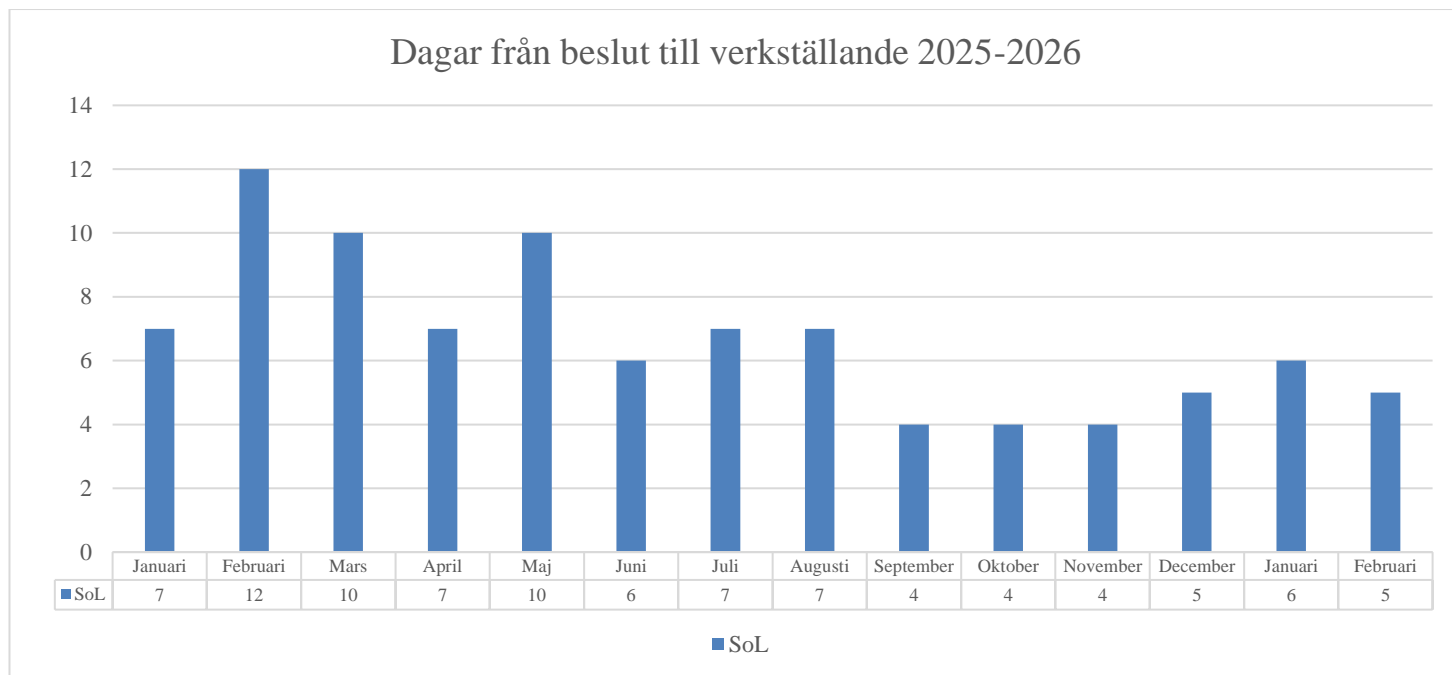


- Inledda utredningar avser både nyprövningar och nya ansökningar för personer i hemmet och som skrivs ut från vården.
- I januari och februari har antalet inledda utredningar ökat jämfört med tidigare månad. Det är inget som avviker från det årliga mönstret, då biståndshandläggarna vanligtvis inte lägger slutdatum på beslut i december pga jul- och nyårshelgen. Av den anledningen blir det flera beslut som ska följas upp i januari och februari.
- En annan trolig anledning till att antalet inledda utredningar ökat är att det ofta är många anhöriga som tar kontakt med enheten efter att ha hälsat på sina släktingar över jul och nyår, och då uppmärksammat att det finns ett behov av hemtjänstinsatser.

## 5.1 Ledtider



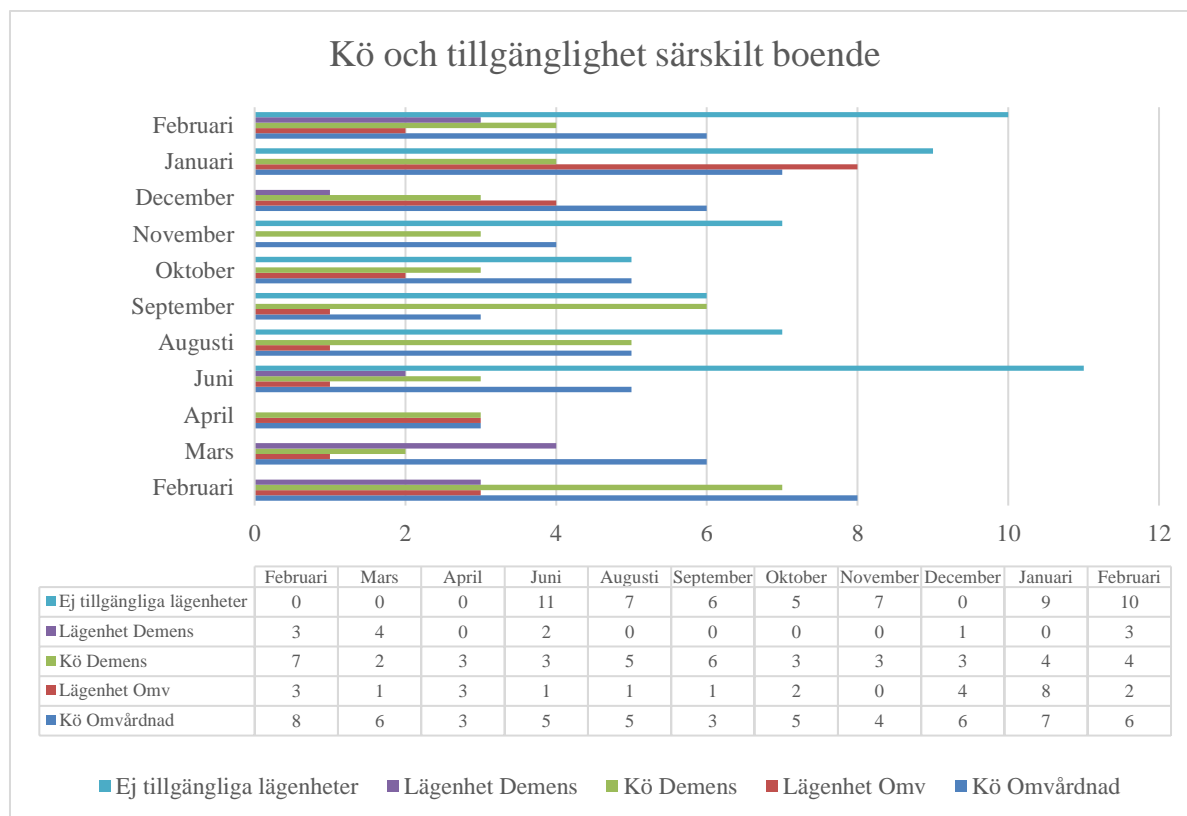
- I januari ökade ledtiderna relativt mycket jämfört med tidigare månader. En förklaring till det kan vara att det var ett antal röda dagar i början av januari, vilket gjorde att det blev några extra dagar mellan inledd utredning och fattat beslut.
- Andra veckan i januari var det även ett flertal biståndshandläggare som hade semester, vilket också troligen påverkade handläggningstiden.
- I februari har ledtiden återgått till det normala.



- 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 januari ökade dagarna något från beslut till verkställande, vilket kan ha påverkats av att det även var jul- och nyårsledigheter inom produktion.
- I februari återgick antalet dagar till det normala.

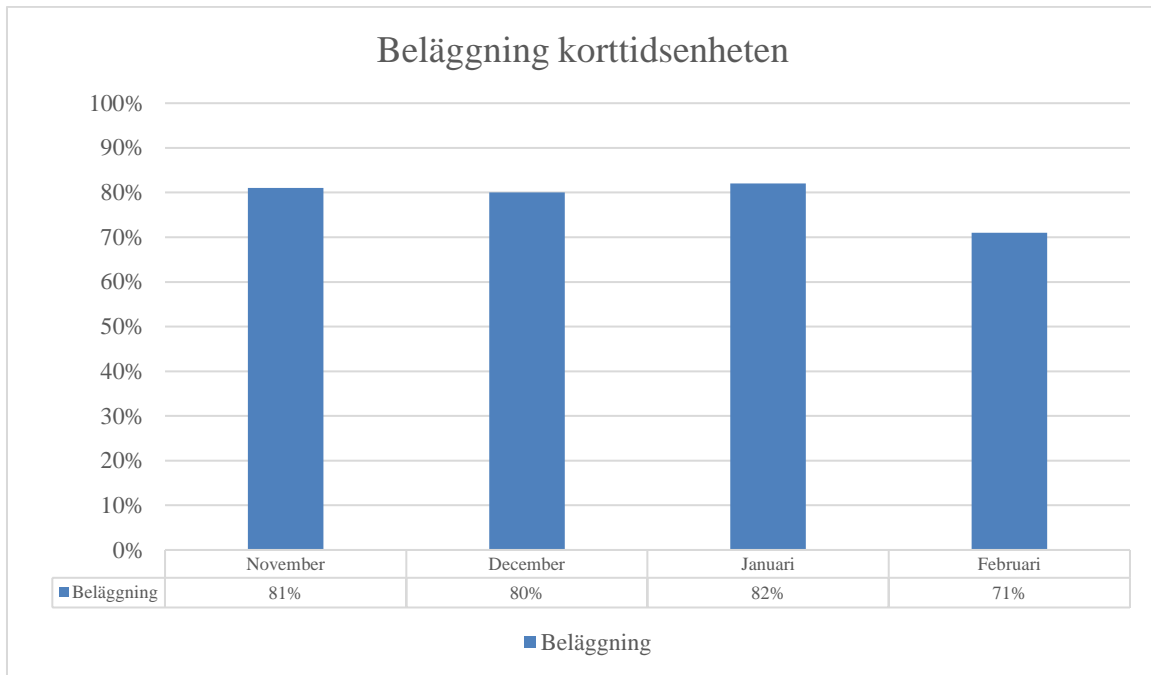
## 5.2 Särskilt boende kö och tillgänglighet

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.

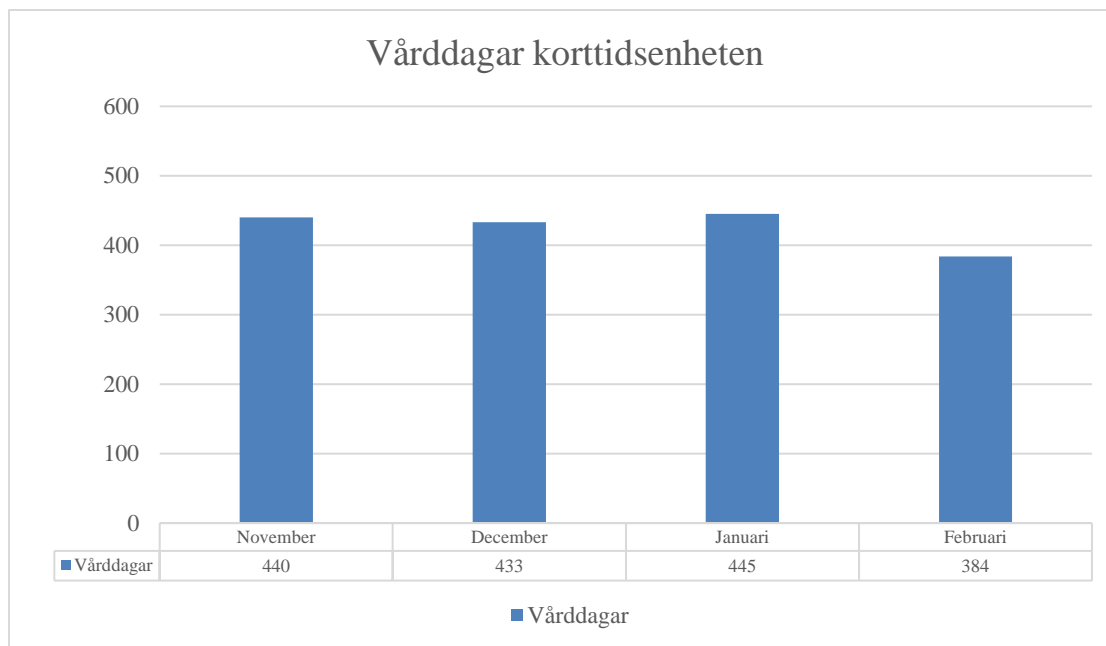


- När det inte finns tillgängliga lägenheter så kan anledning till detta vara att lägenheten ska städas efter tidigare hyresgäst innan den kan erbjudas till person i kö. Uppsägningstiden för lägenheten är innevarande- och nästkommande månad. Är städningen klar under uppsägningstiden kan lägenheten erbjudas 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.
- I januari fanns det många tillgängliga lägenheter på våra omvårdnadsboenden, men kön var ändå lång. En förklaring till det kan vara att ett antal brukare tackar nej till erbjuden lägenhet då de vill bo på en specifik ort. I februari har antalet tillgängliga lägenheter minskat, och under den månaden var det också många som tackade ja till erbjuden lägenhet. Kön till omvårdnadsboenden minskade dock inte nämnvärt och det beror på att det var många nya beslut som fattades.
- I januari fanns det inga lediga lägenheter på våra demensboenden, men i februari fanns det tre stycken att erbjuda. Anledningen till att kön ändå inte minskat är att lägenheterna inte hunnit erbjudas än när denna statistik togs fram.
- Då dessa siffror enbart är en ögonblicksbild är det svårt att göra en ordentlig jämförelse månad till månad.

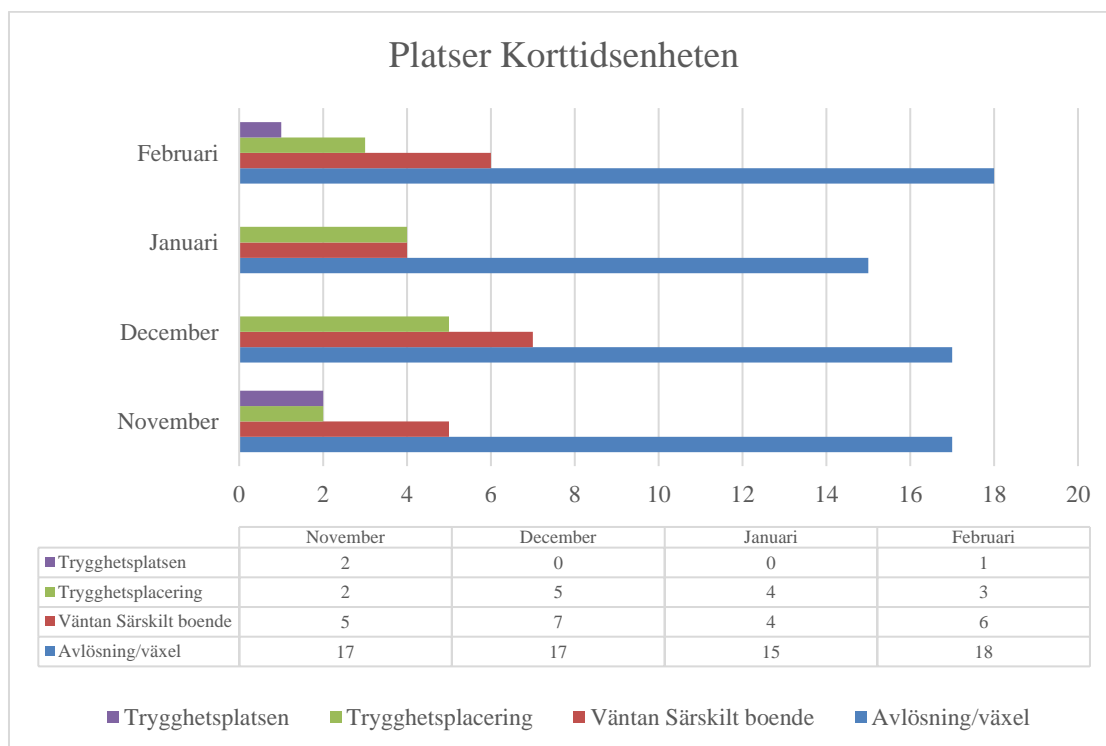
### 5.3 Korttidsenheten beläggning, vård dagar och platser



- En faktor som påverkar beläggningsgraden är trygghetsplatsen. Den beläggs aldrig under något annat kriterie än just trygghetsplats, vilket beviljas i tre dygn. Finns inte behovet av den platsen står rummet ändå tomt då det behövs en plats som kan användas akut.
- I februari var beläggningsgraden lägre jämfört med tidigare månader. Det kan förklaras av att det var många brukare som flyttade från korttidsenheten till särskilt boende under den månaden.



- I februari var antalet vård dagar lägre jämfört med tidigare månader. Det kan förklaras av att det var många brukare som flyttade från korttidsenheten till särskilt boende under den månaden.



- Det finns fortfarande en del oklarheter kring dessa siffror och huruvida de är korrekta. Enligt ovanstående statistik användes inte trygghetsplatsen under december och januari, vilket inte stämmer.

- Siffrorna stämmer inte heller gällande väntan på särskilt boende. I januari var det fem brukare som var på korttids och väntade på erbjudande om lägenhet och i februari var det nio stycken.
- När samtliga växelplatser används så ska siffran vara 17, men enligt statistiken för februari så var det 18. Det kan således inte vara korrekt.

# Sjukstatistik jan -25 till jan -26

## Månadsuppföljning VON



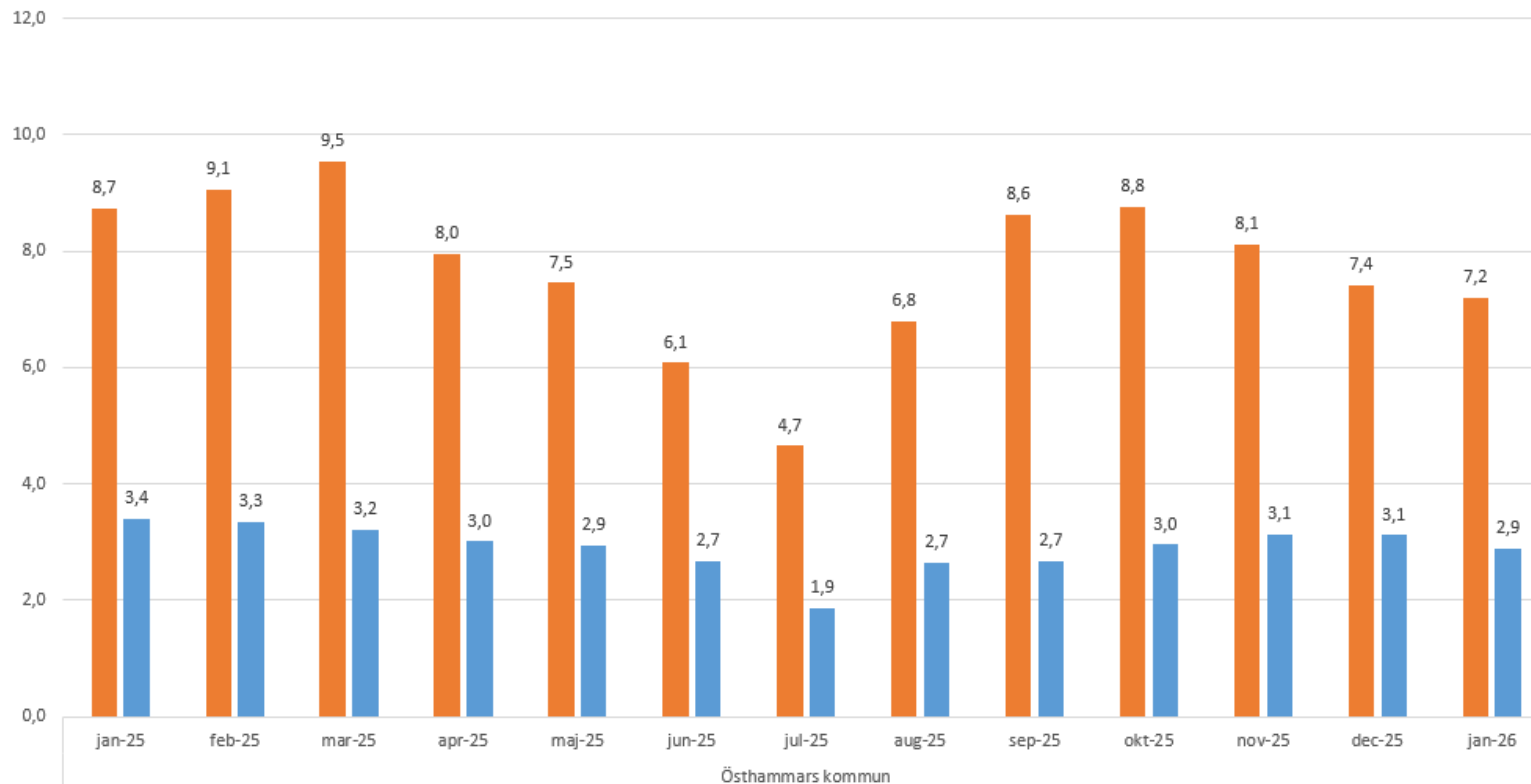
# Östhammars kommun

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Inkom 2026-03-12  
Dnr VON-2026-6-0  
Dpl 026

Medelvärde sjuk total: 7,6 %  
Medelvärde sjuk lång: 2,9 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %

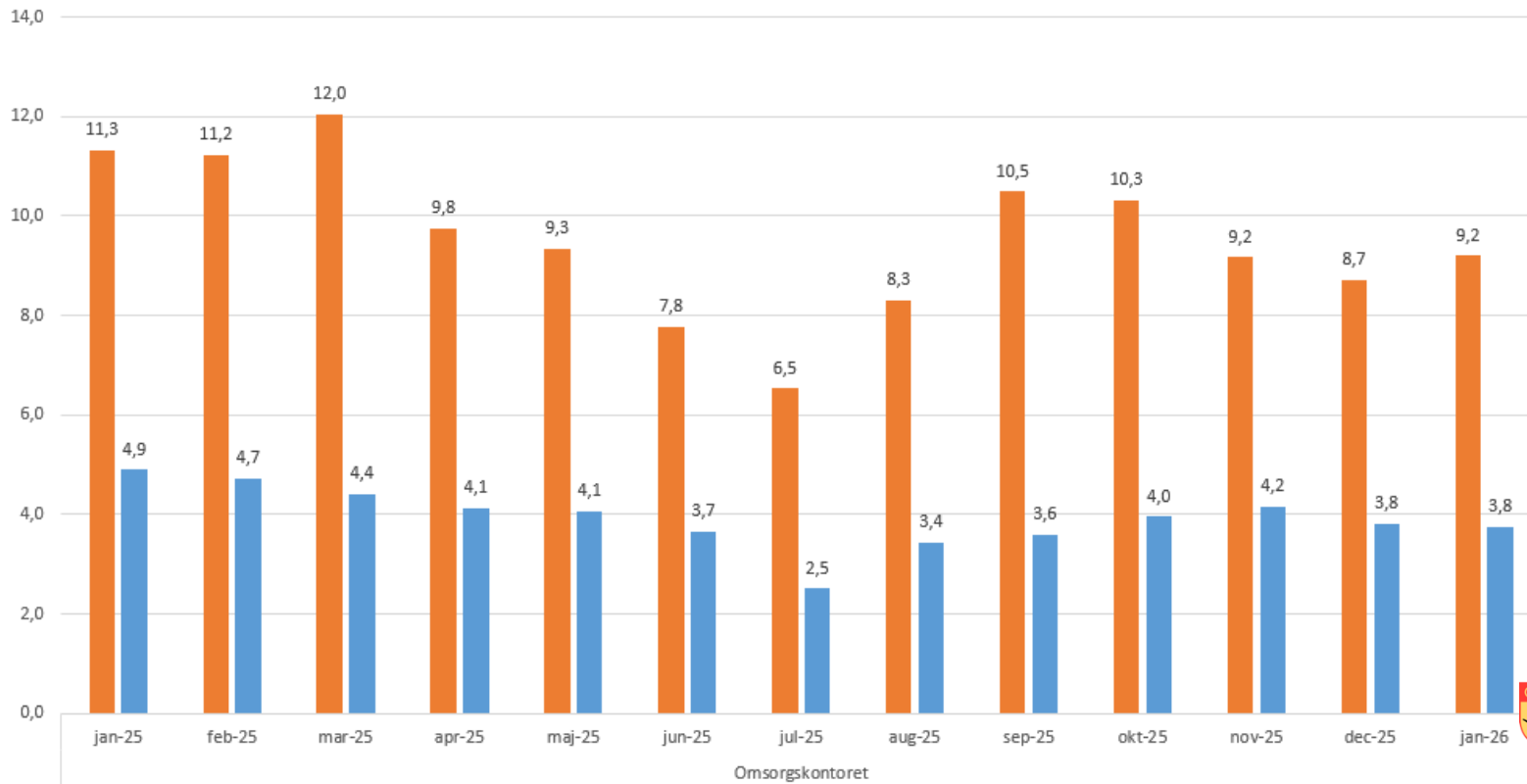


# Omsorgskontoret

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 9,4 %  
Medelvärde sjuk lång: 3,9 %

Sjukfrånvaro totalt % + Lång %



# Myndighet

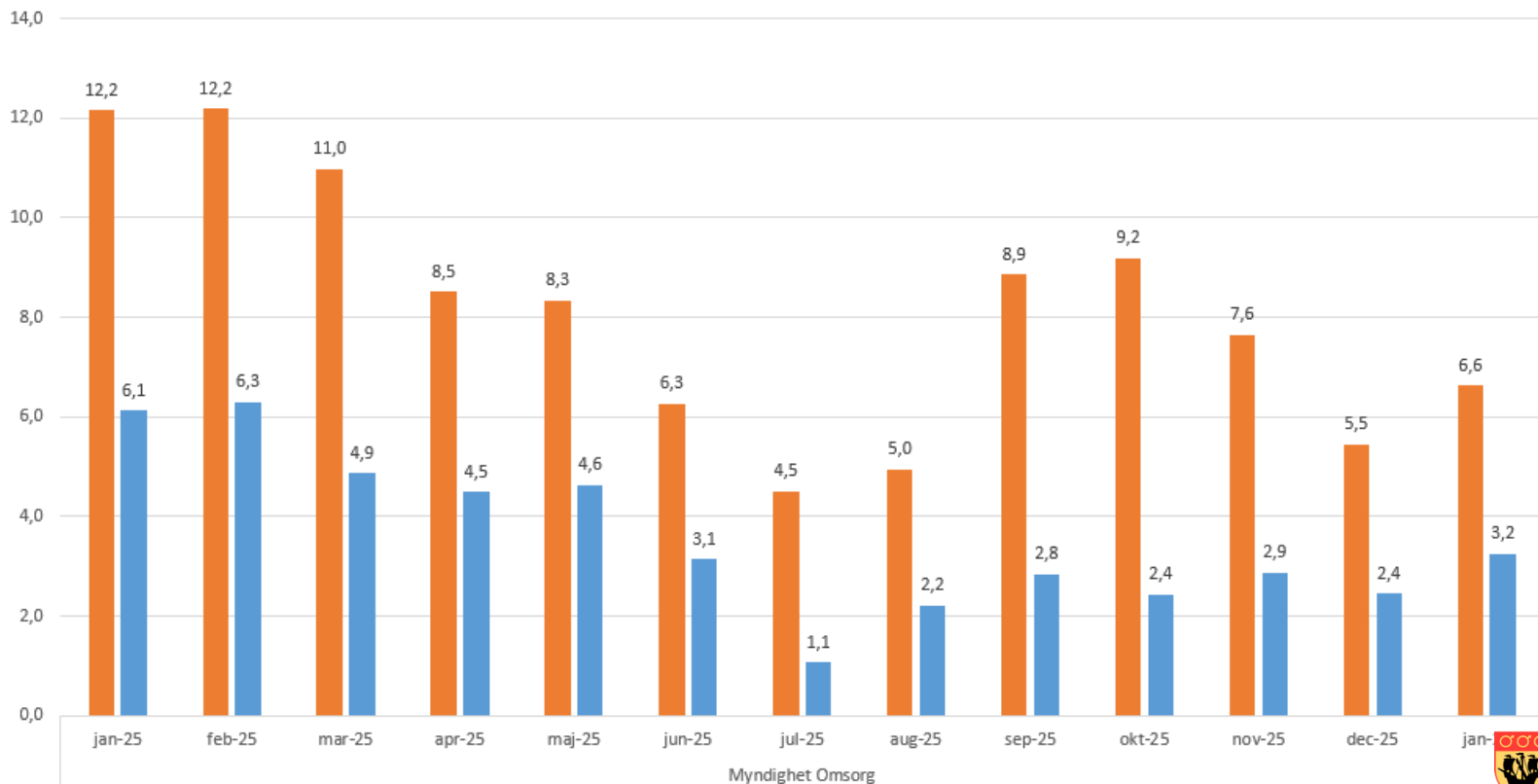
# Myndighet

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Sjukfrånvaro total % + Lång %

Medelvärde sjuk totalt 7,8 %  
Medelvärde sjuk lång: 3,4 %

Inkom 2026-03-12  
Dnr VON-2026-6-0  
Dpl 028

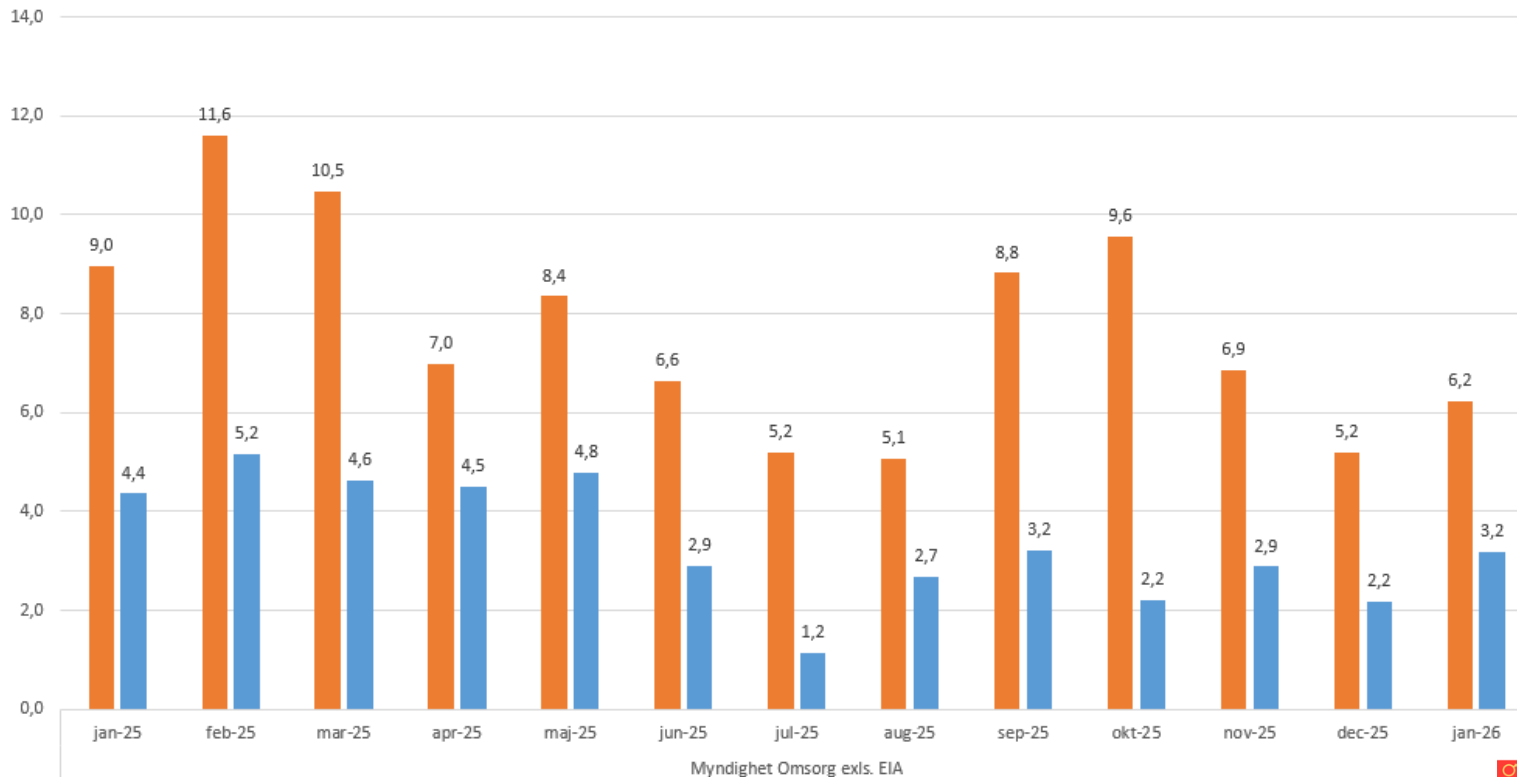


# Myndighet exl EIA

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Sjukfrånvaro total % + Lång %

Medelvärde sjuk total: 7,6 %  
Medelvärde sjuk lång: 3,3 %

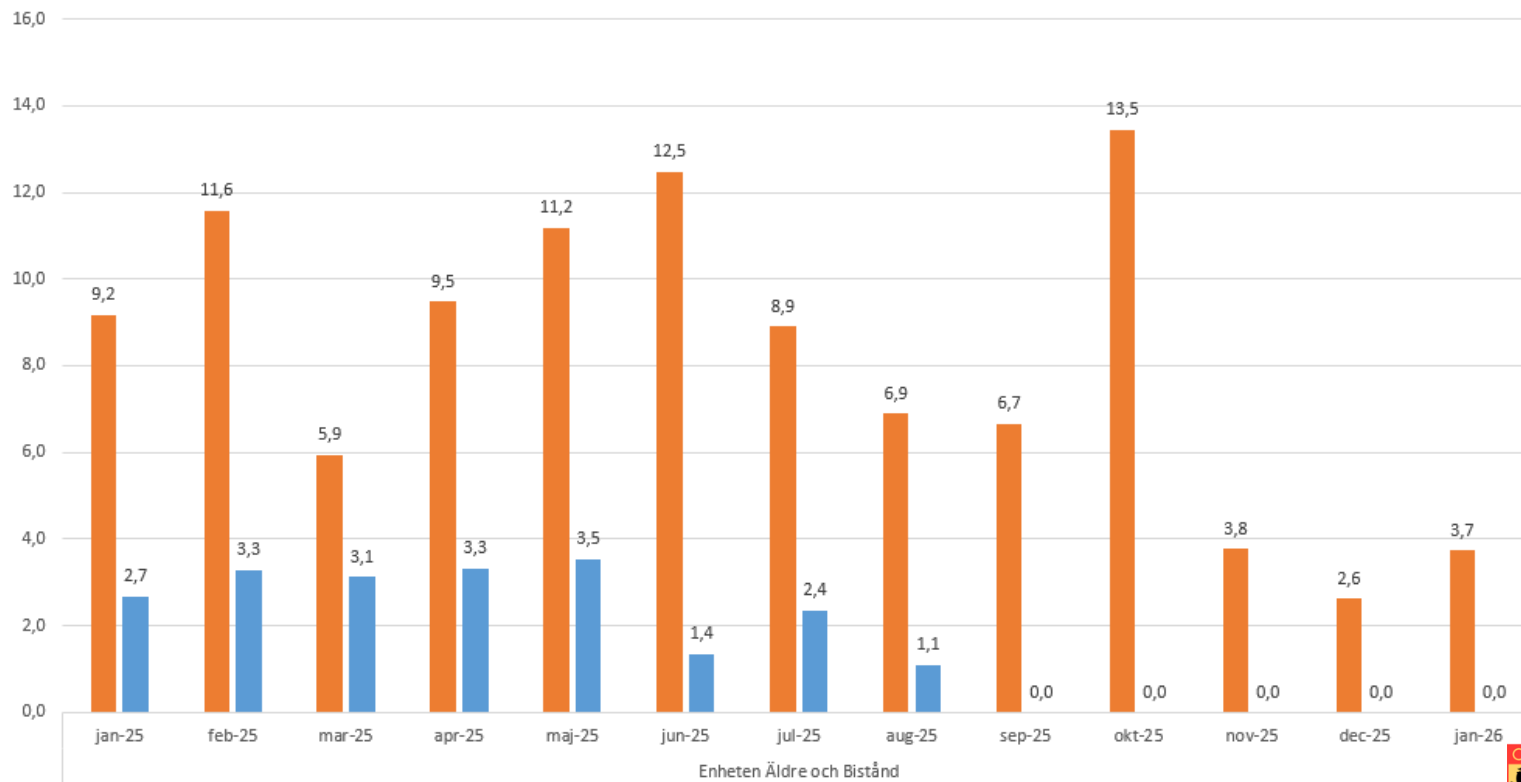


# Enheten för äldre och bistånd

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 8,1 %  
Medelvärde sjuk lång: 1,5 %

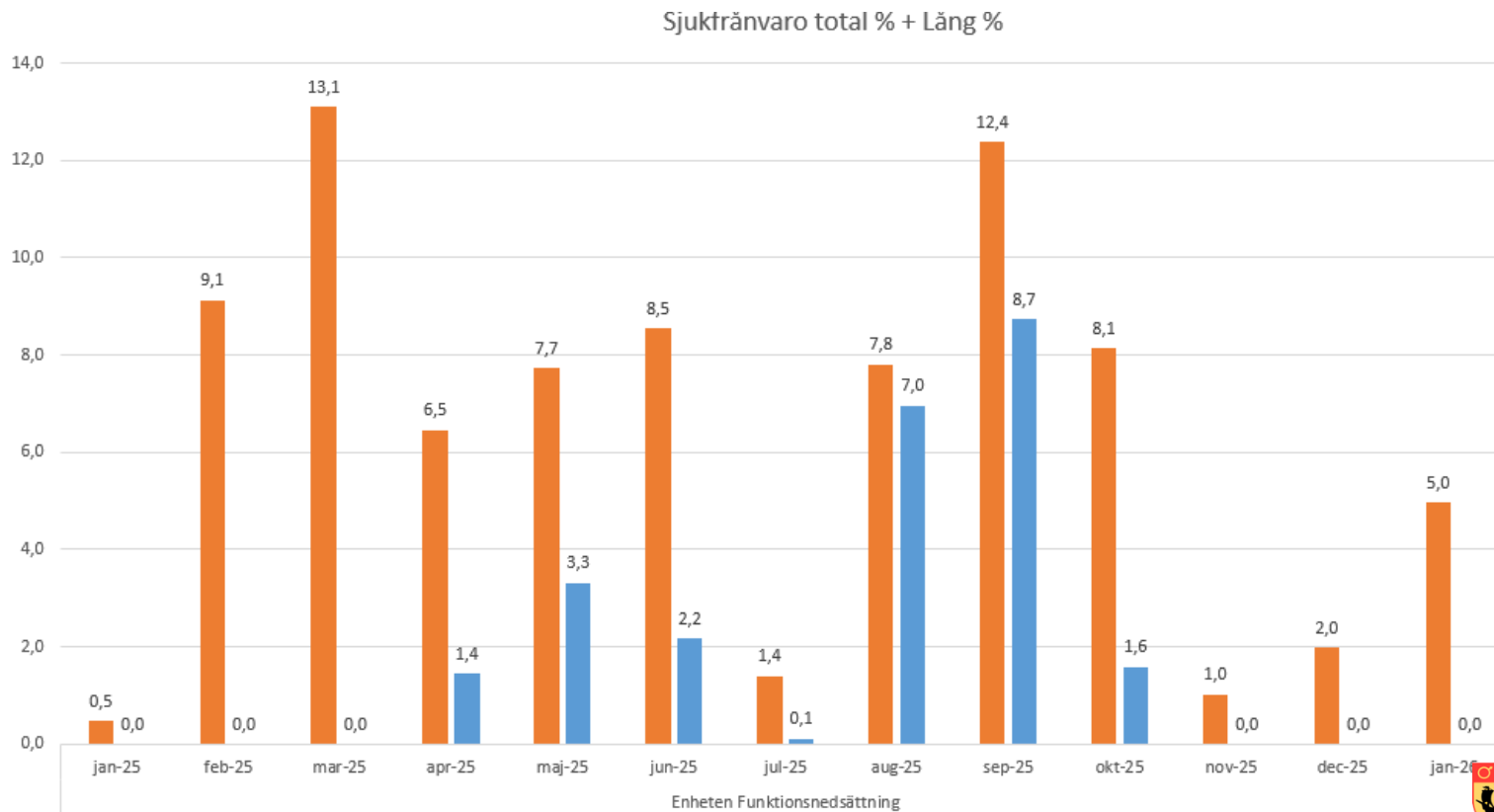
Sjukfrånvaro total % + Lång %



# Enheten för funktionsnedsättning

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 6,9 %  
Medelvärde sjuk lång: 2,0 %

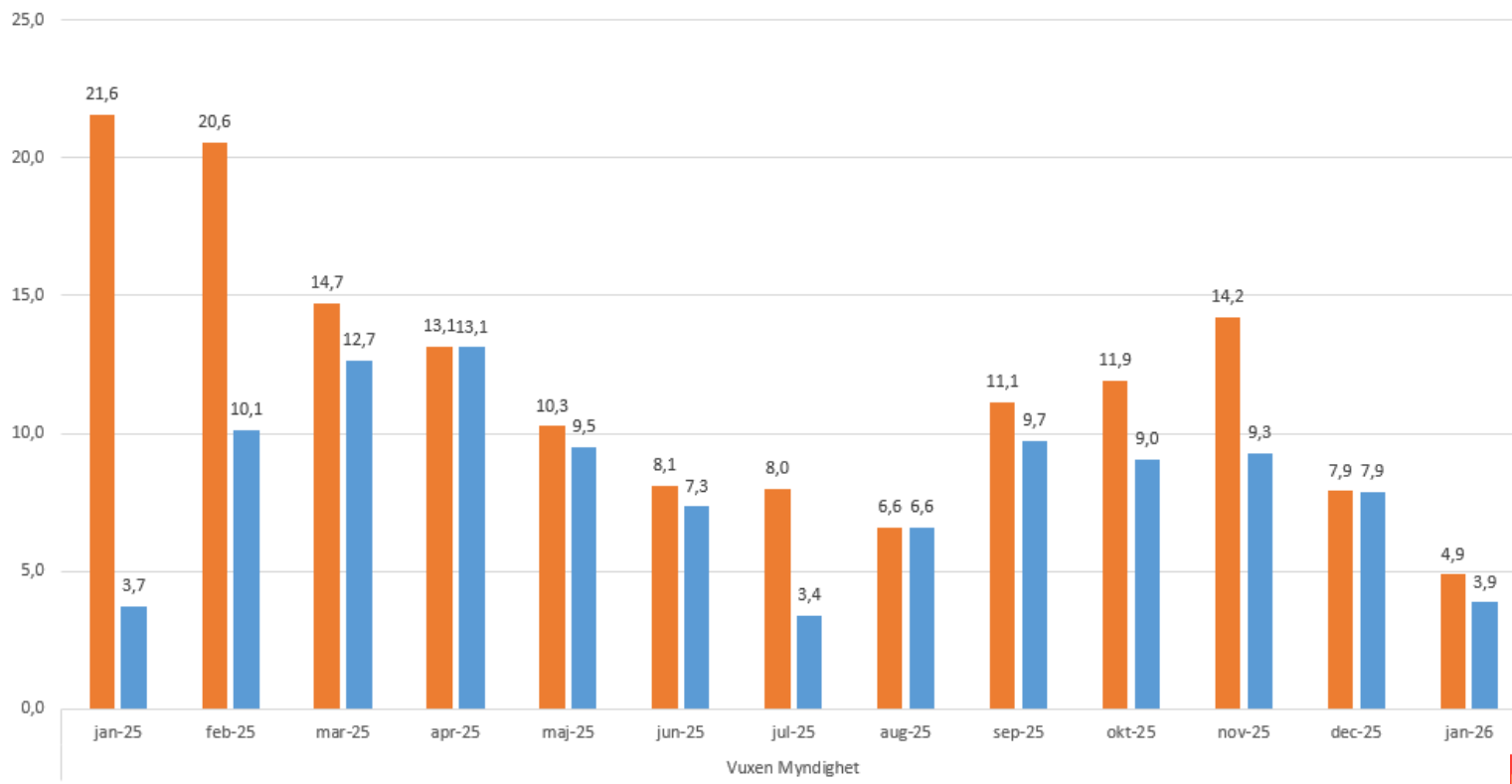


# Enheten Vuxen, myndighet

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Sjukfrånvaro total % + Lång %

Medelvärde sjuk total: 11,0 %  
Medelvärde sjuk lång: 8,5 %



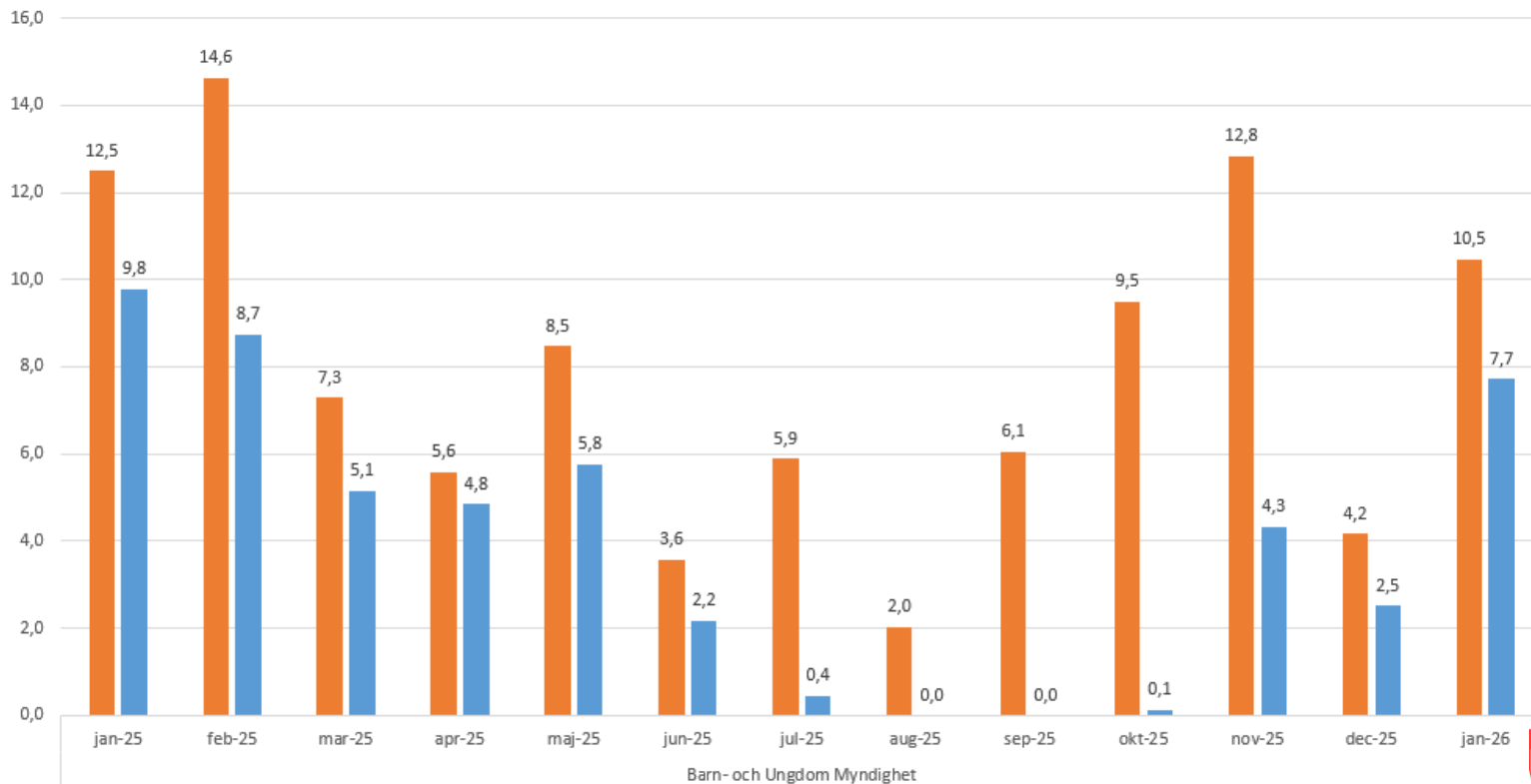
# Enheten Barn och Ungdom

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Inkom 2026-03-12  
Dnr VON-2026-6-0

Medelvärde sjuk total: 7,5 %  
Medelvärde sjuk lång: 3,5 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



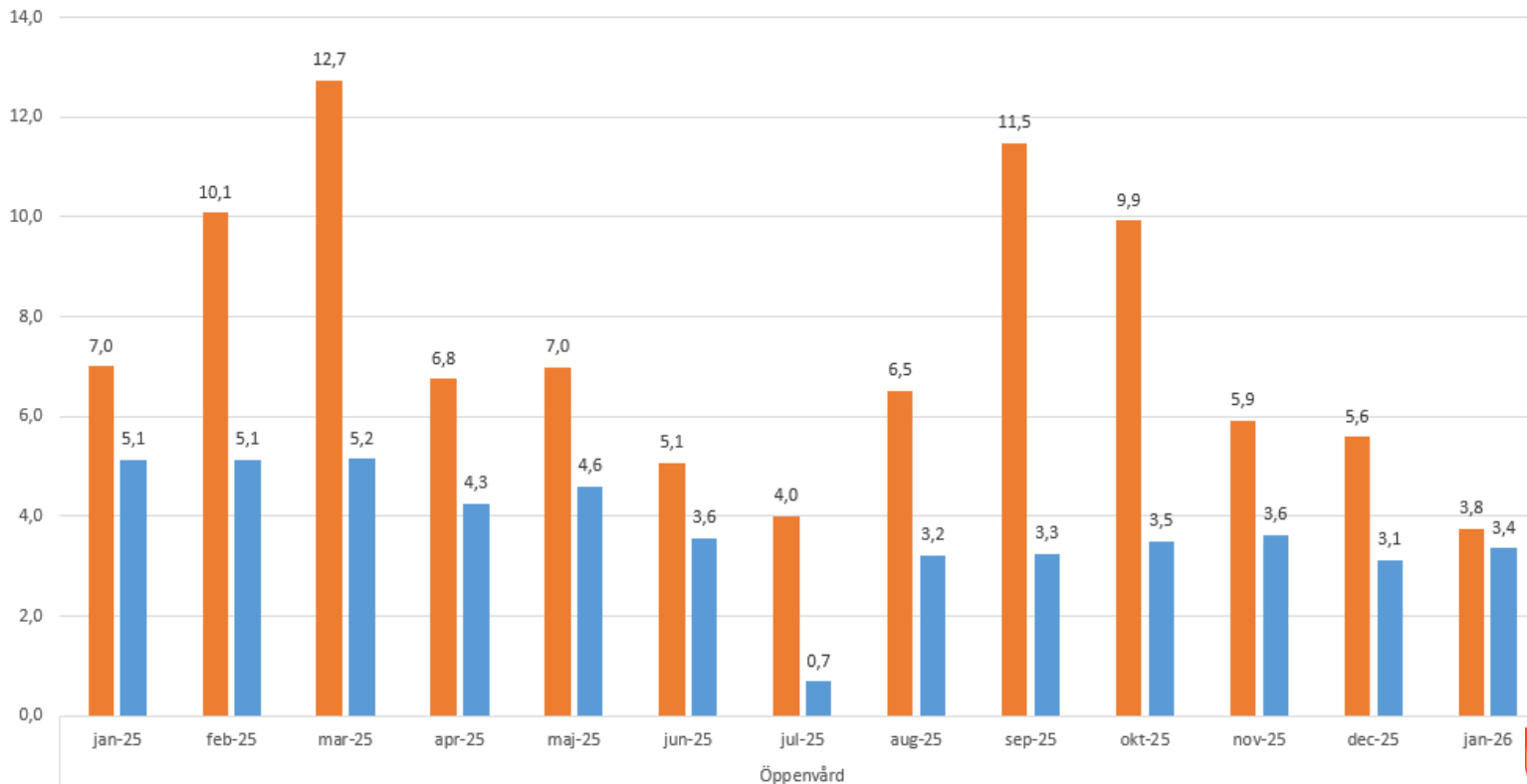
Barn- och Ungdom Myndighet

# Enheten Öppenvård

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,4 %  
Medelvärde sjuk lång: 3,6 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



# EIA

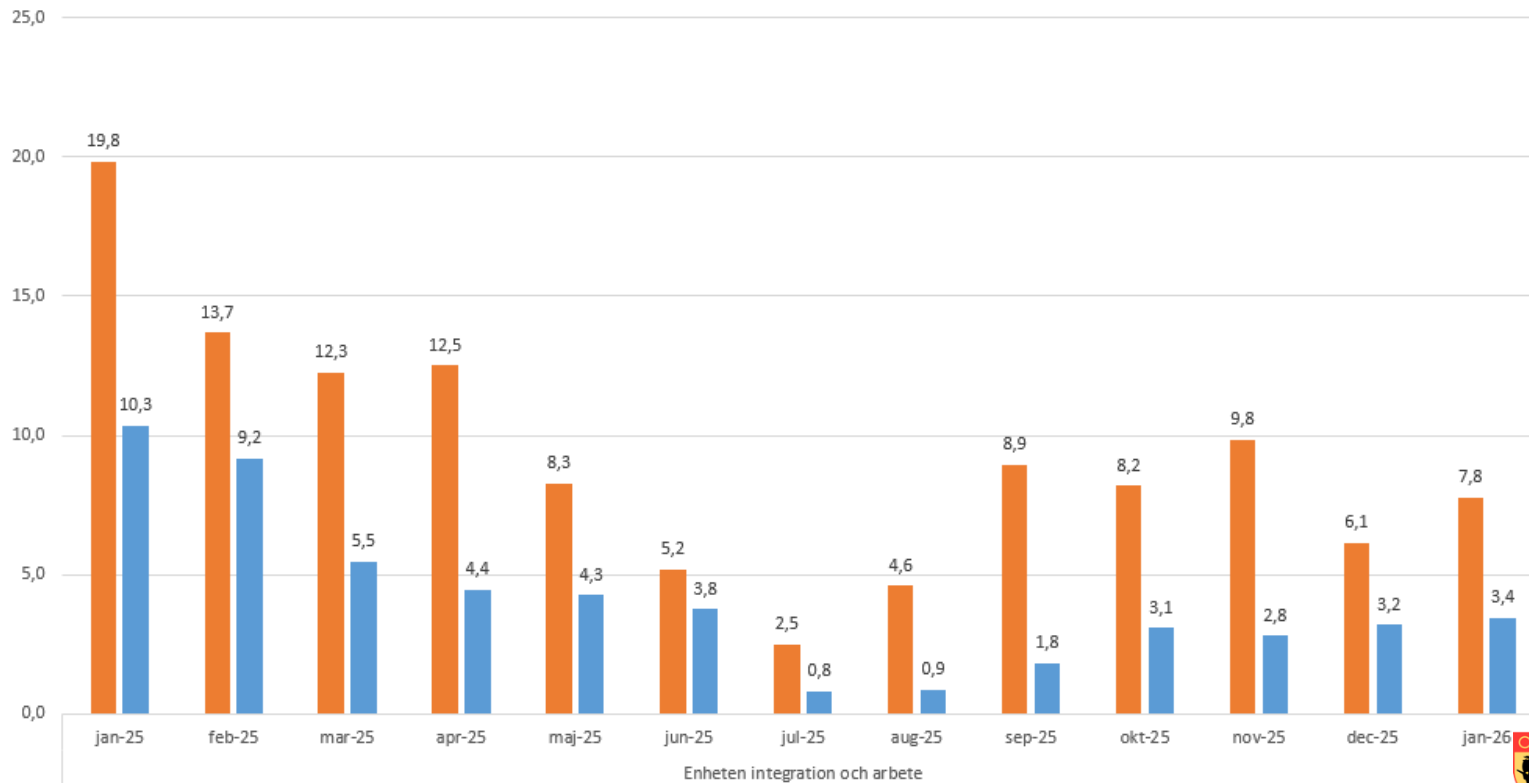
Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Inkom 2026-03-12  
Dnr VON-2026-6-0

Dpl 926

Medelvärde sjuk total: 8,3 %  
Medelvärde sjuk lång: 3,6 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



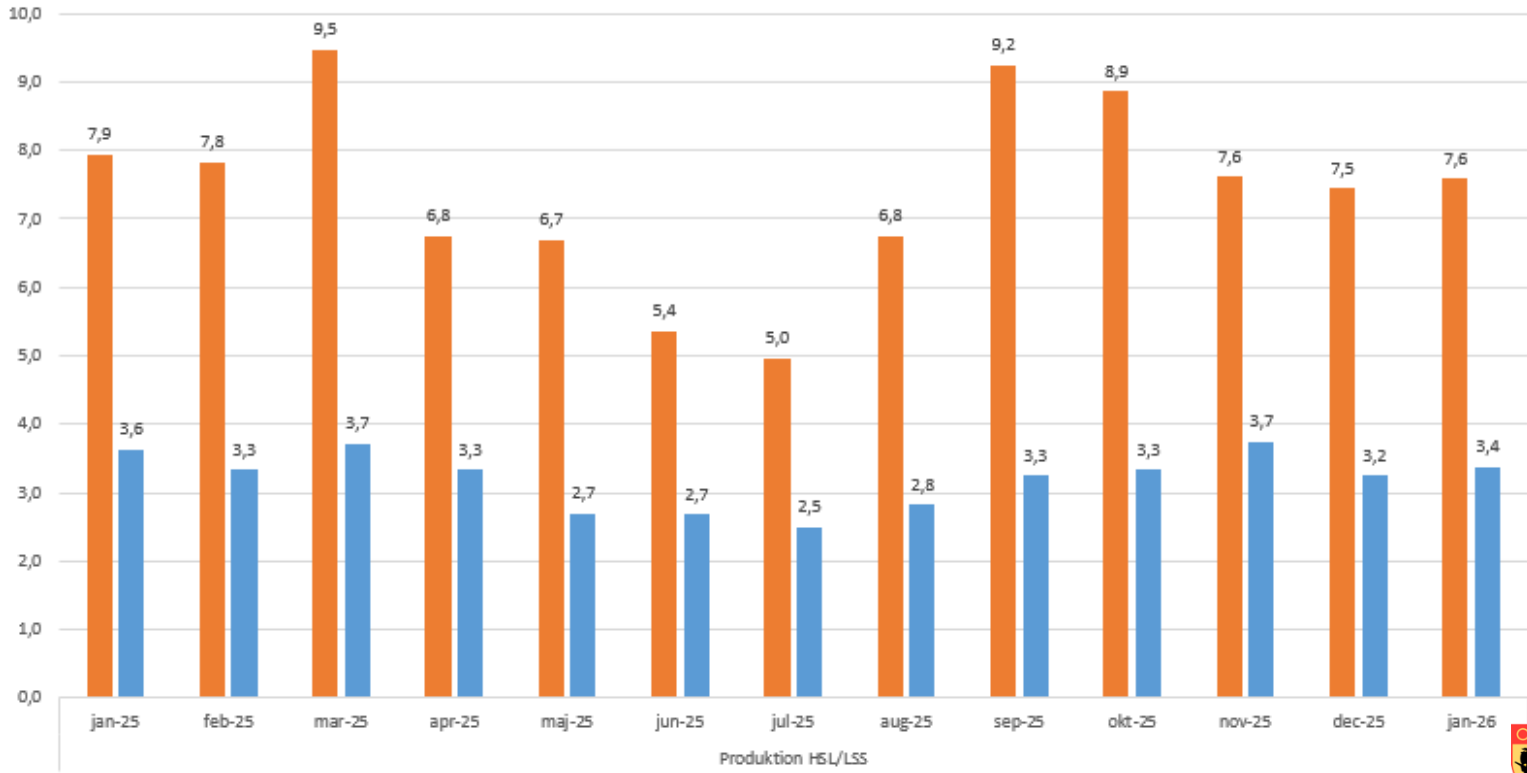
# Produktion HSL/LSS

# HSL/LSS

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 7,4 %  
Medelvärde sjuk lång: 3,2 %

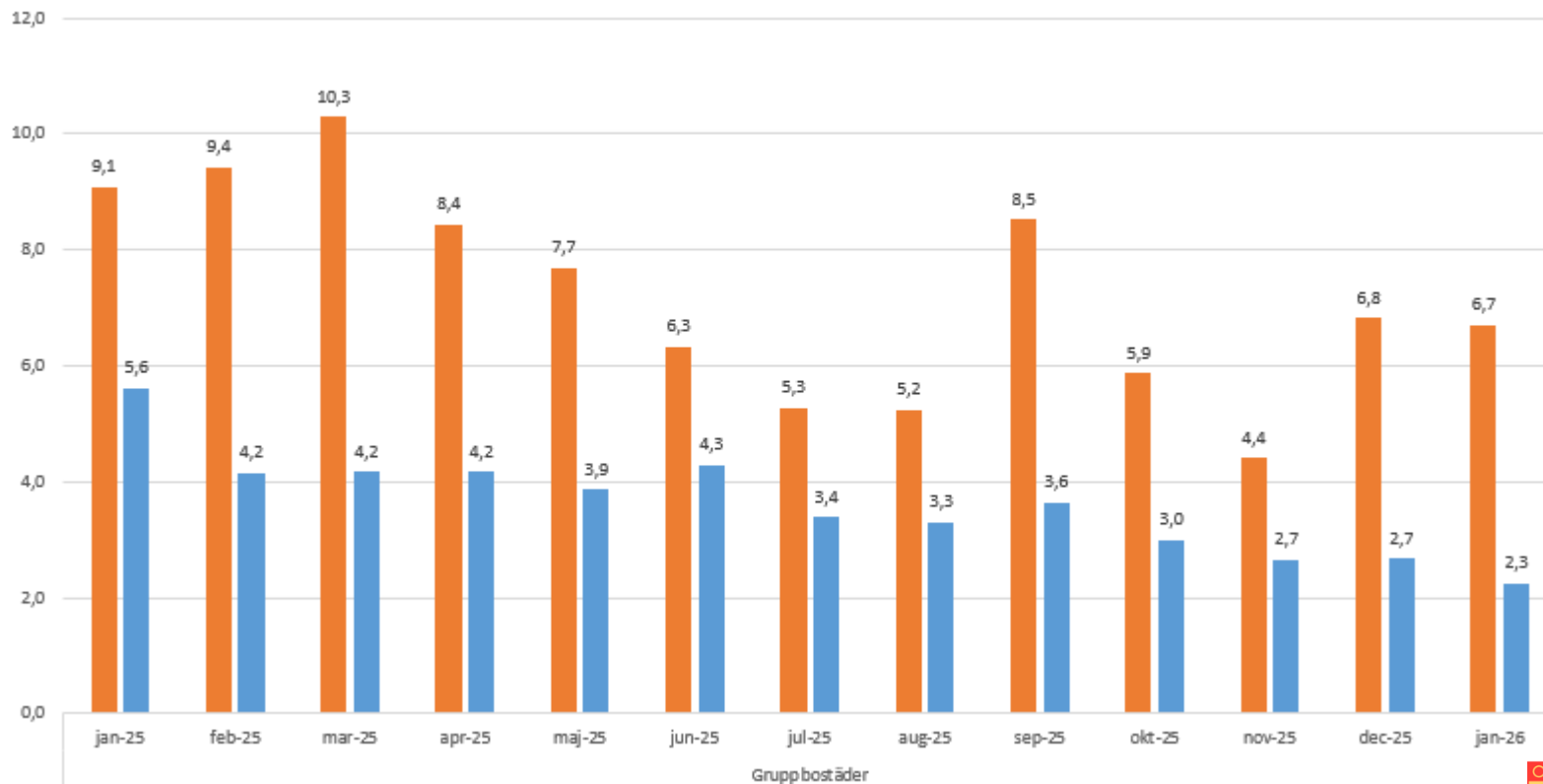
Sjukfrånvaro total % + Lång %



# Gruppbo­städer

Sjukfrånvaro totalt % + Långtids­sjukfrånvaro %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



Medelvärde sjuk total: 7,1 %  
Medelvärde sjuk lång: 3,5 %

Inkom 2026-03-12  
Dnr VON-2026-6-0  
Dp 026

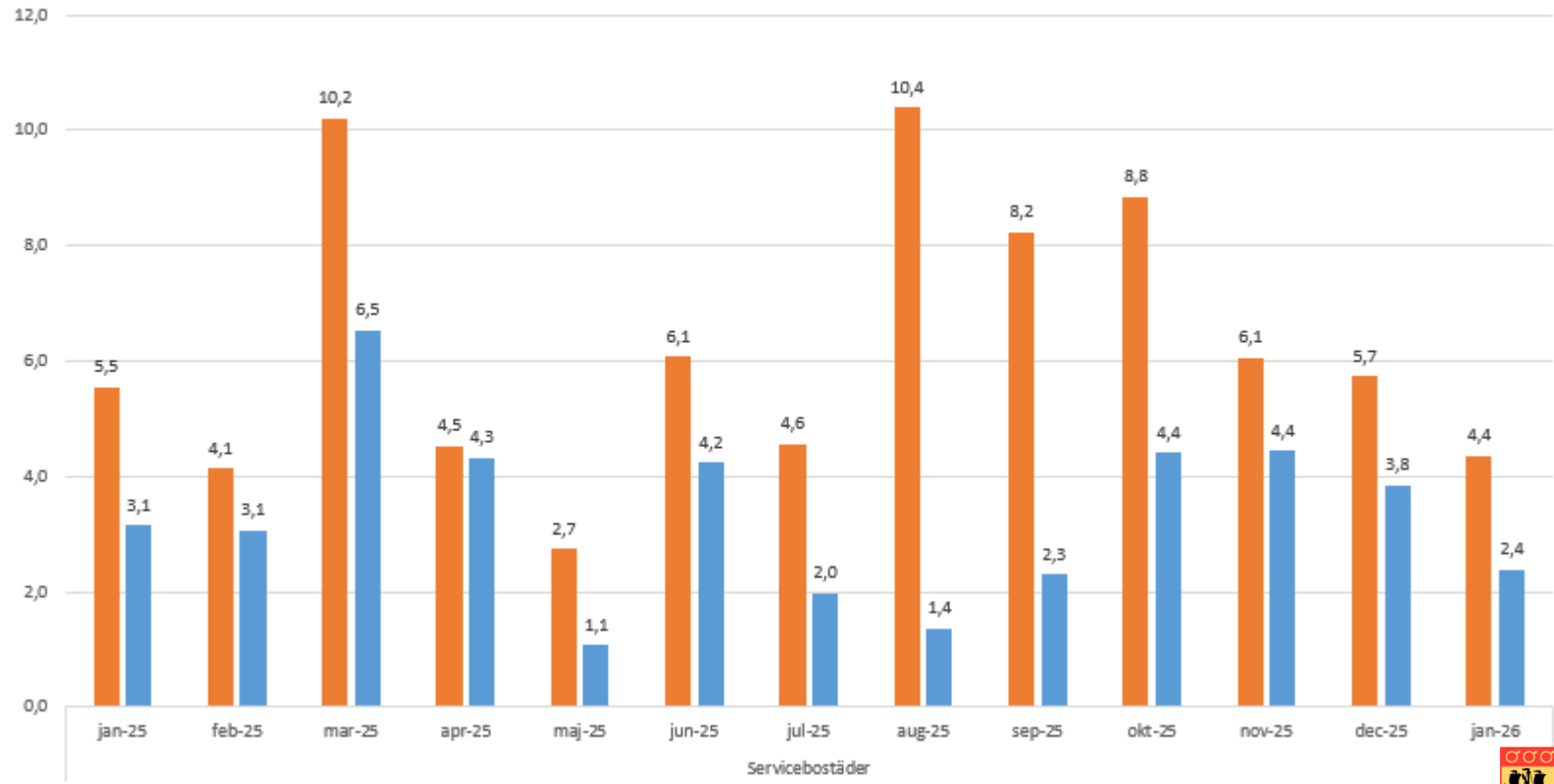
# Servicebostäder

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 6,3 %

Medelvärde sjuk lång: 3,3 %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



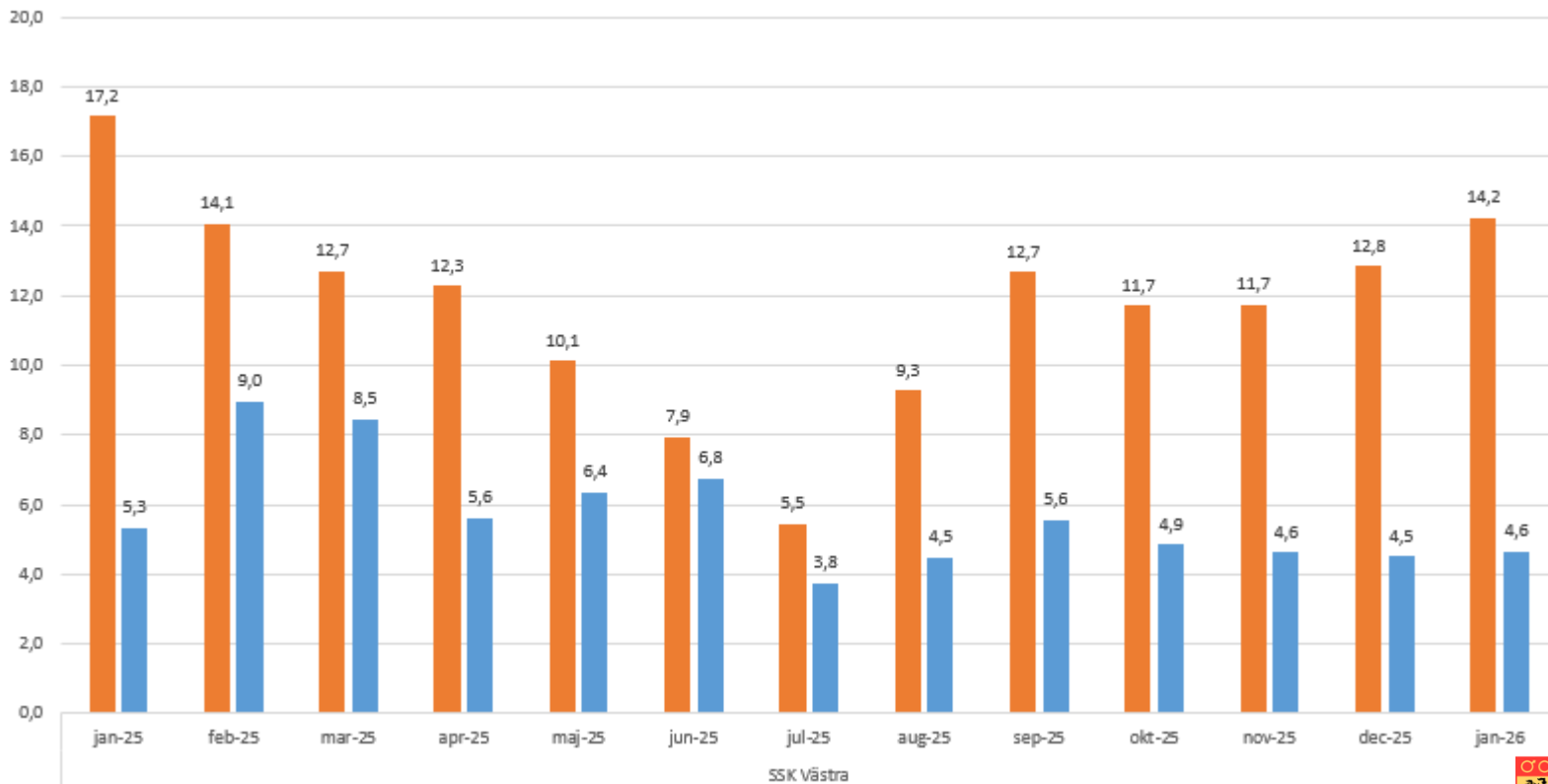
# SSK Västra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 11,3 %

Medelvärde sjuk lång: 5,7 %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



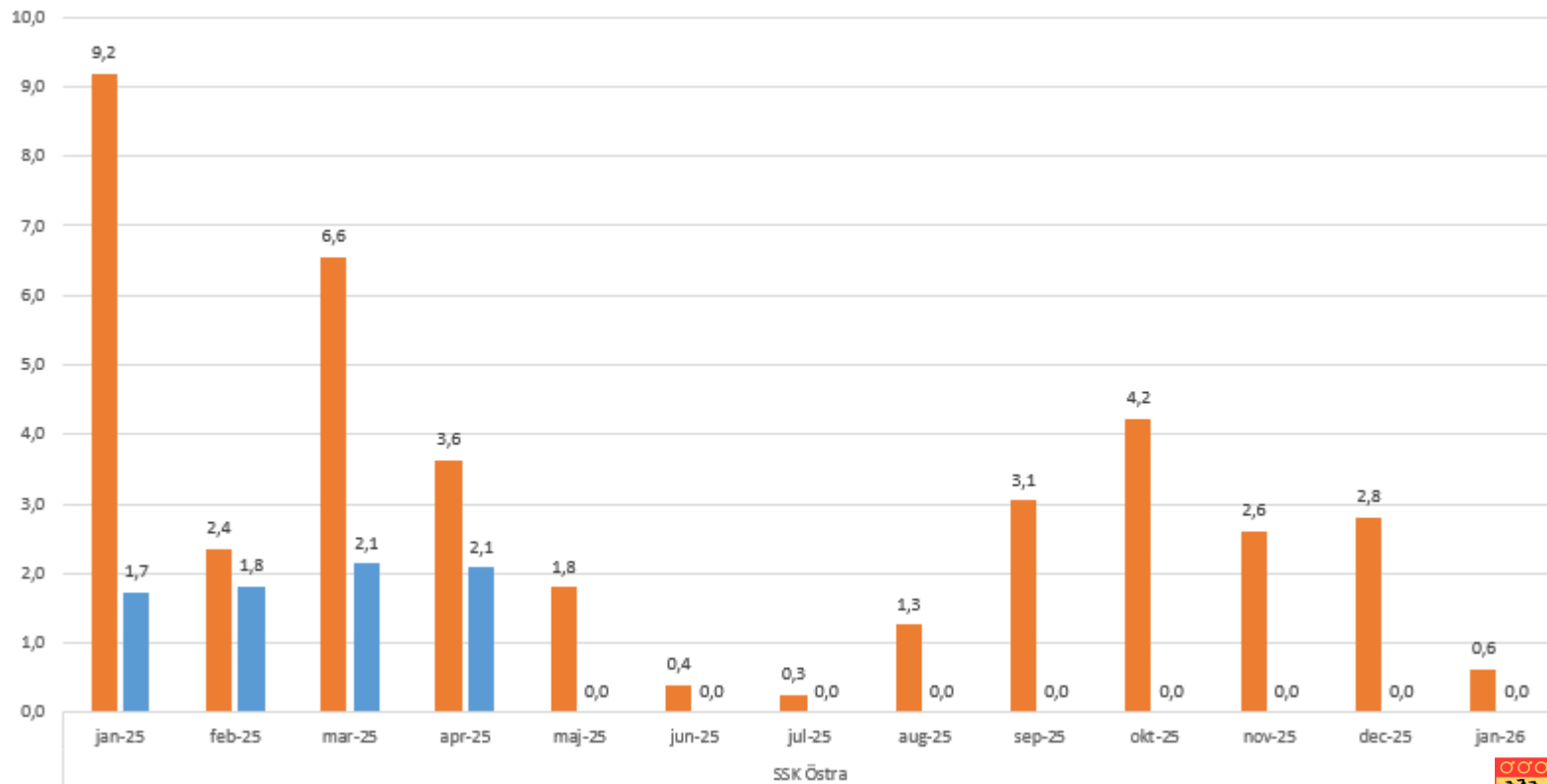
Inkom 2026-03-12  
Dnr VON-2026-6-0  
Dp 036

# SSK Östra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %

Medelvärde sjuk total: 2,5 %  
Medelvärde sjuk lång: 0,5 %

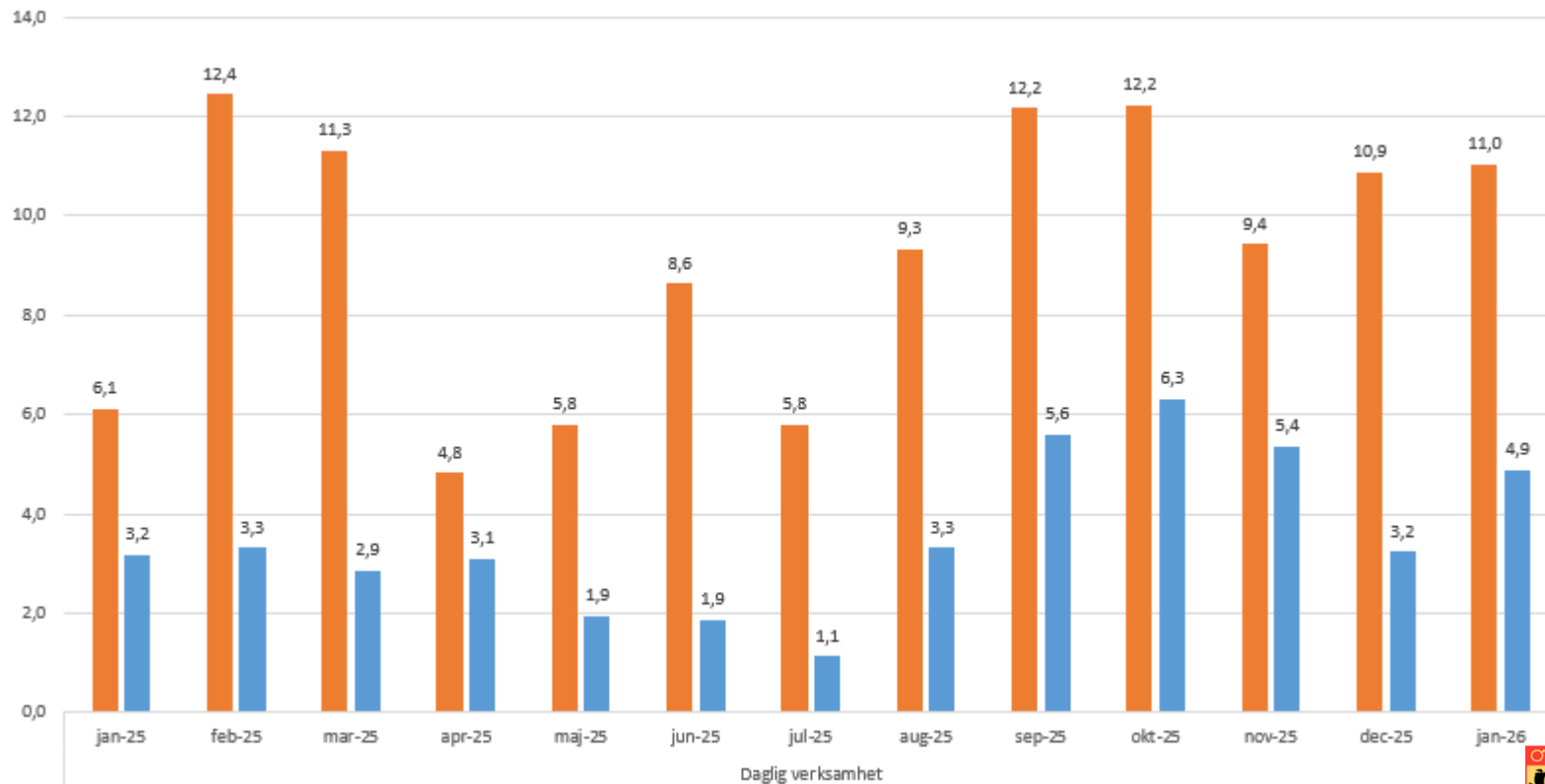


# Daglig verksamhet

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Sjukfrånvaro totalt % + Lång %

Medelvärde sjuk total: 9,5 %  
Medelvärde sjuk lång: 3,6 %

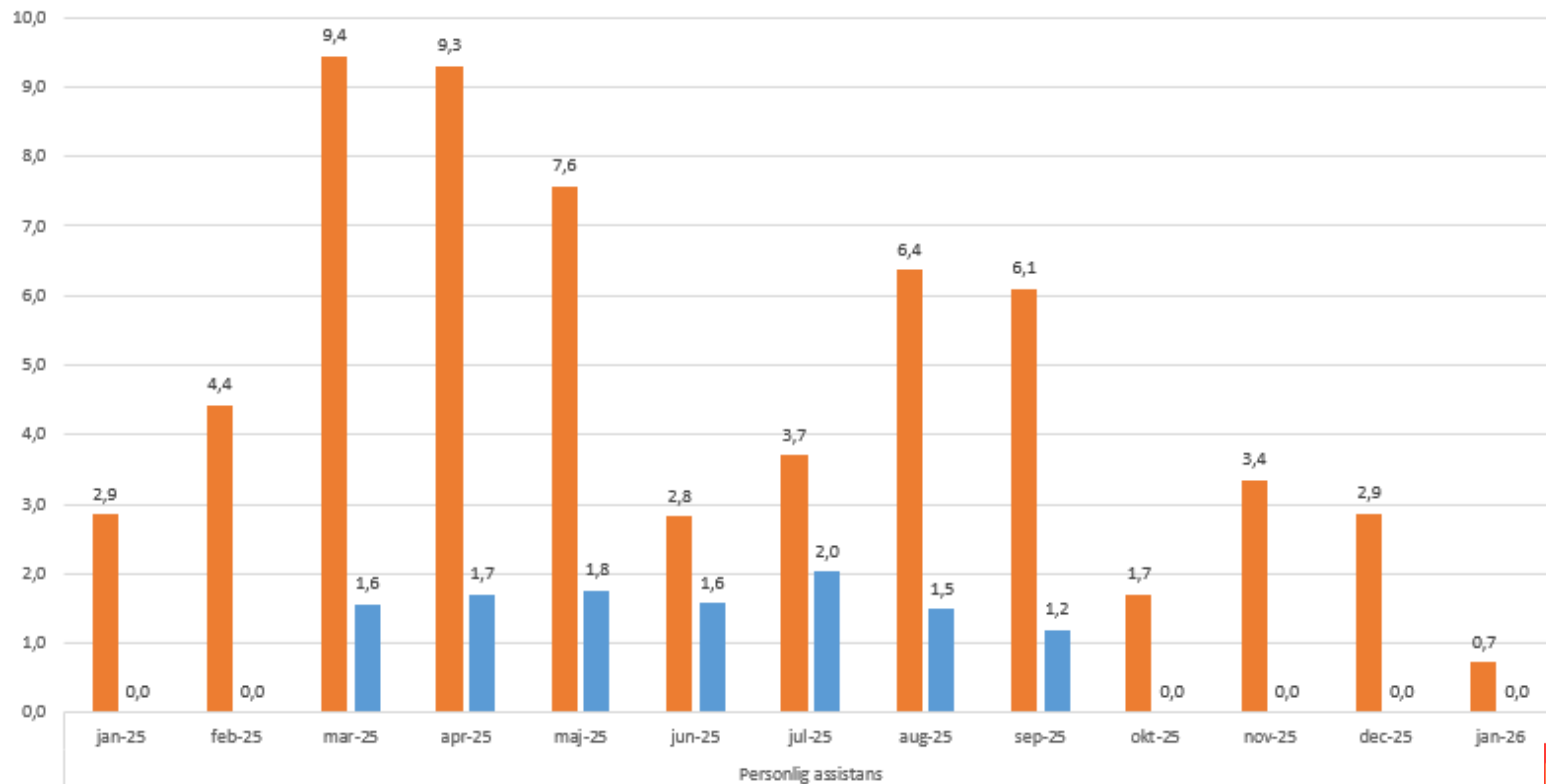


# Personlig Assistans

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtids sjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 4,9 %  
Medelvärde sjuk lång: 0,9 %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



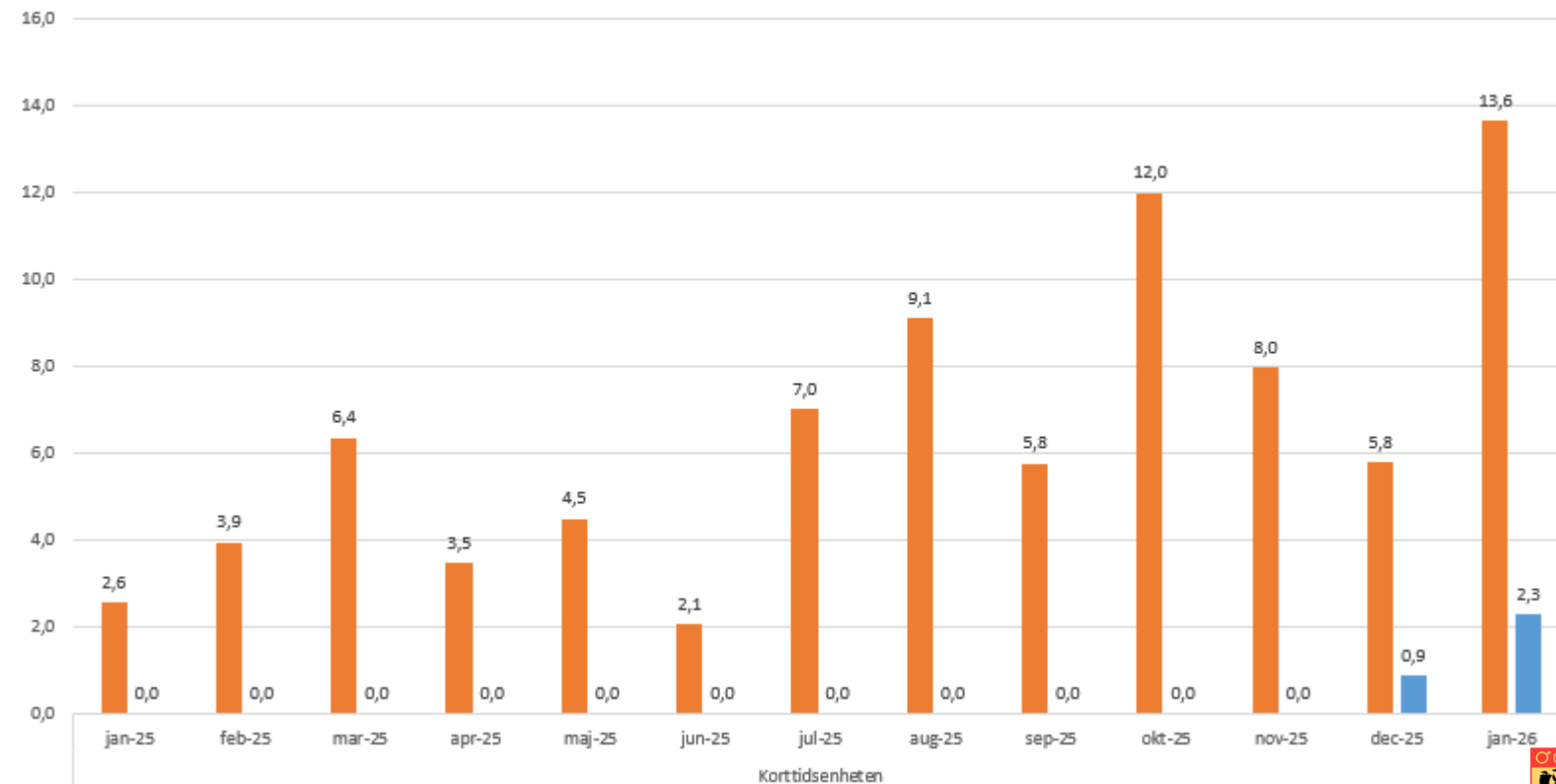
# Korttidsenheten

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtids sjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 6,8 %

Medelvärde sjuk lång: 0,3 %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %

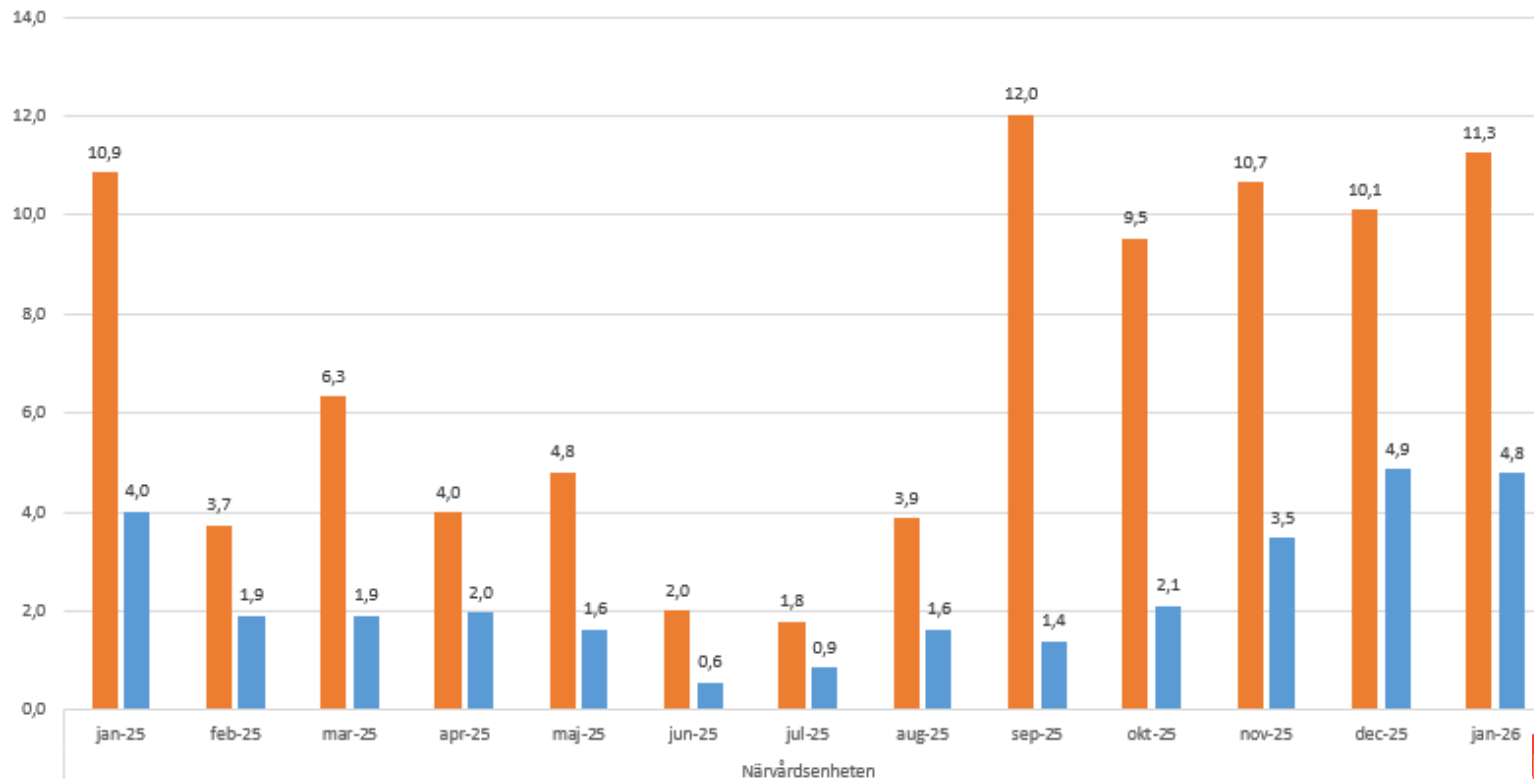


# Närvårdsenheten

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtids sjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 6,7 %  
Medelvärde sjuk lång: 2,3 %

Sjukfrånvaro totalt %+ Lång %



# Produktion Äldre

Hemtjänst och Säbo

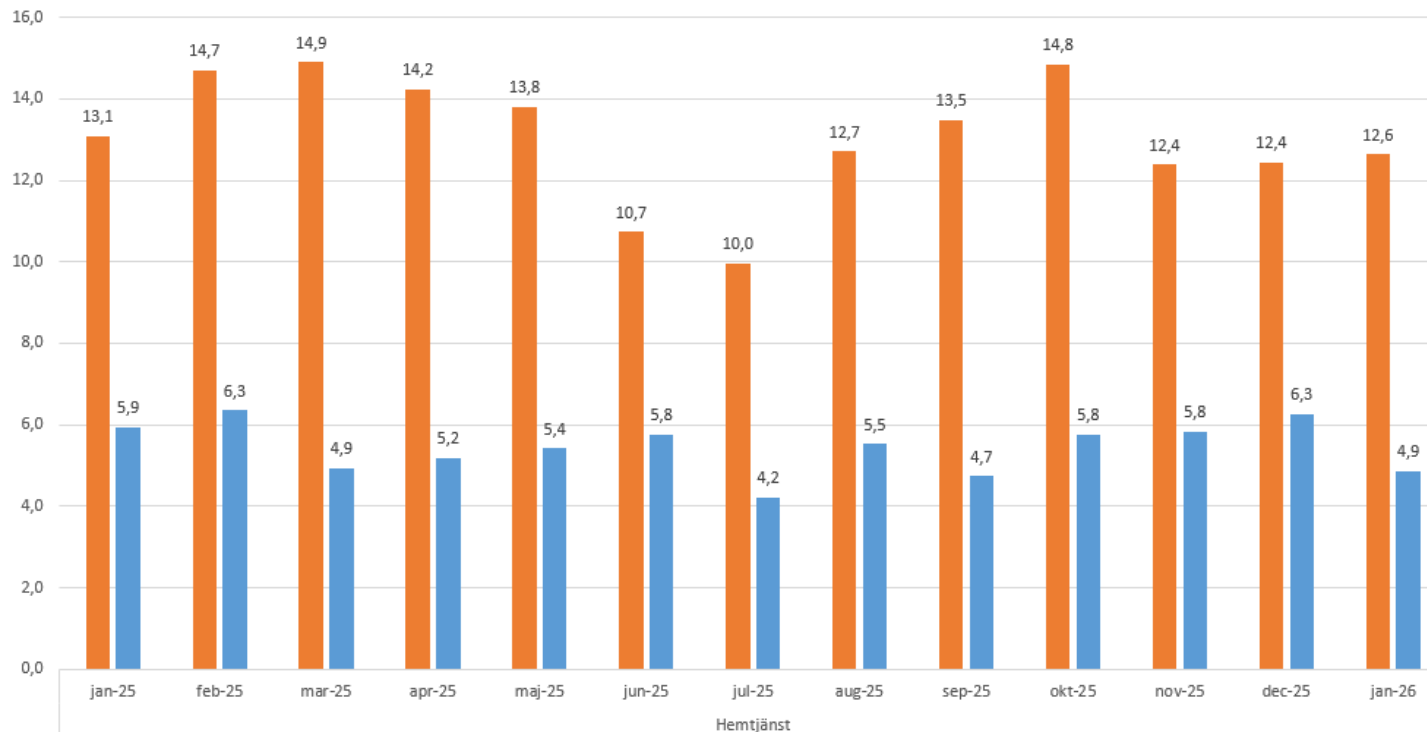
# Hemtjänst

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 13,1%  
Medelvärde sjuk lång: 5,4%

Dpl 626

Sjukfrånvaro total % + Lång %

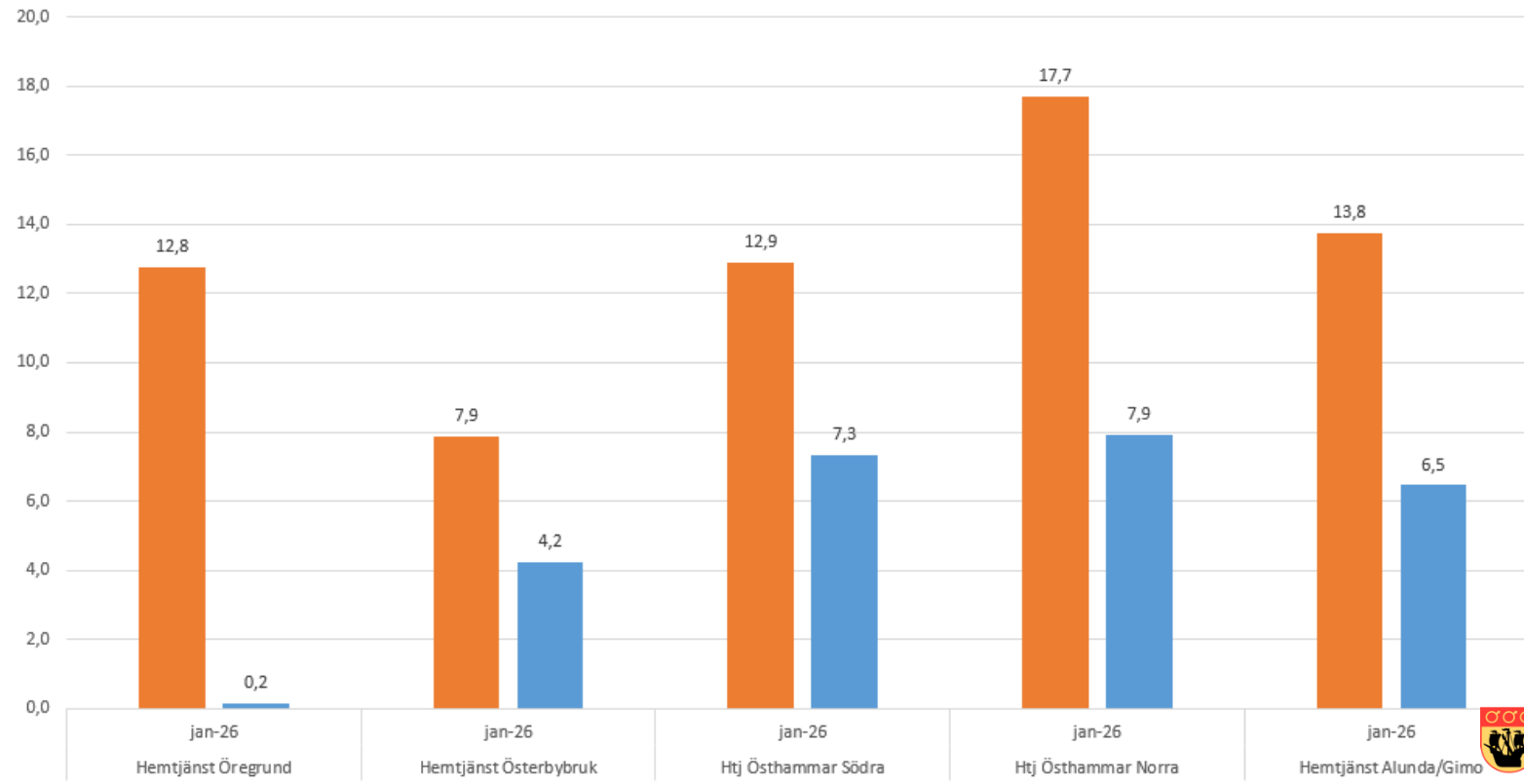


# Hemtjänst januari 2026

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 13,0 %  
Medelvärde sjuk lång: 5,2 %

Sjukfrånvaro total % + Lång %



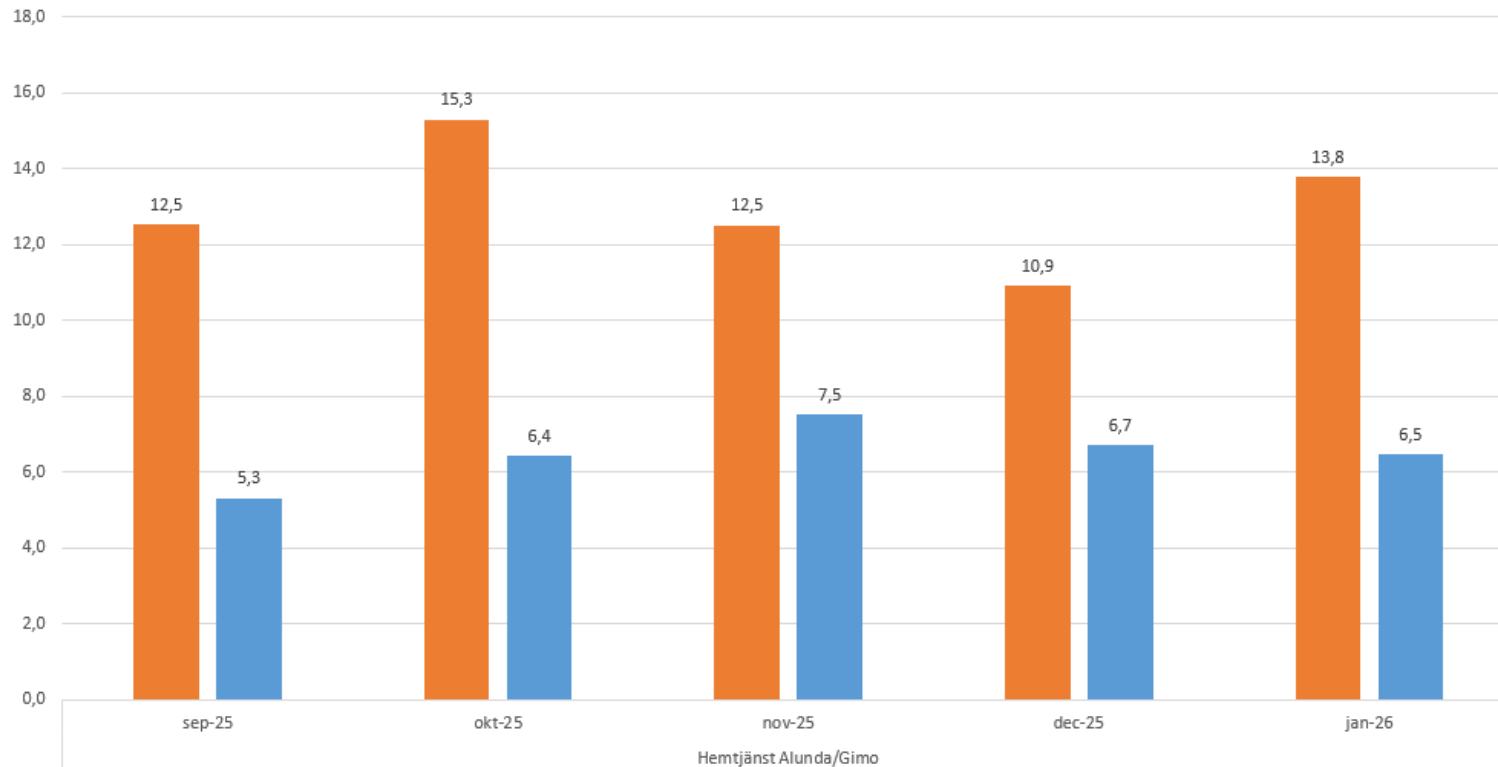
# Hemtjänst Alunda/Gimo

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 13,0%

Medelvärde sjuk lång: 6,5%

Sjukfrånvaro totalt % + Lång %

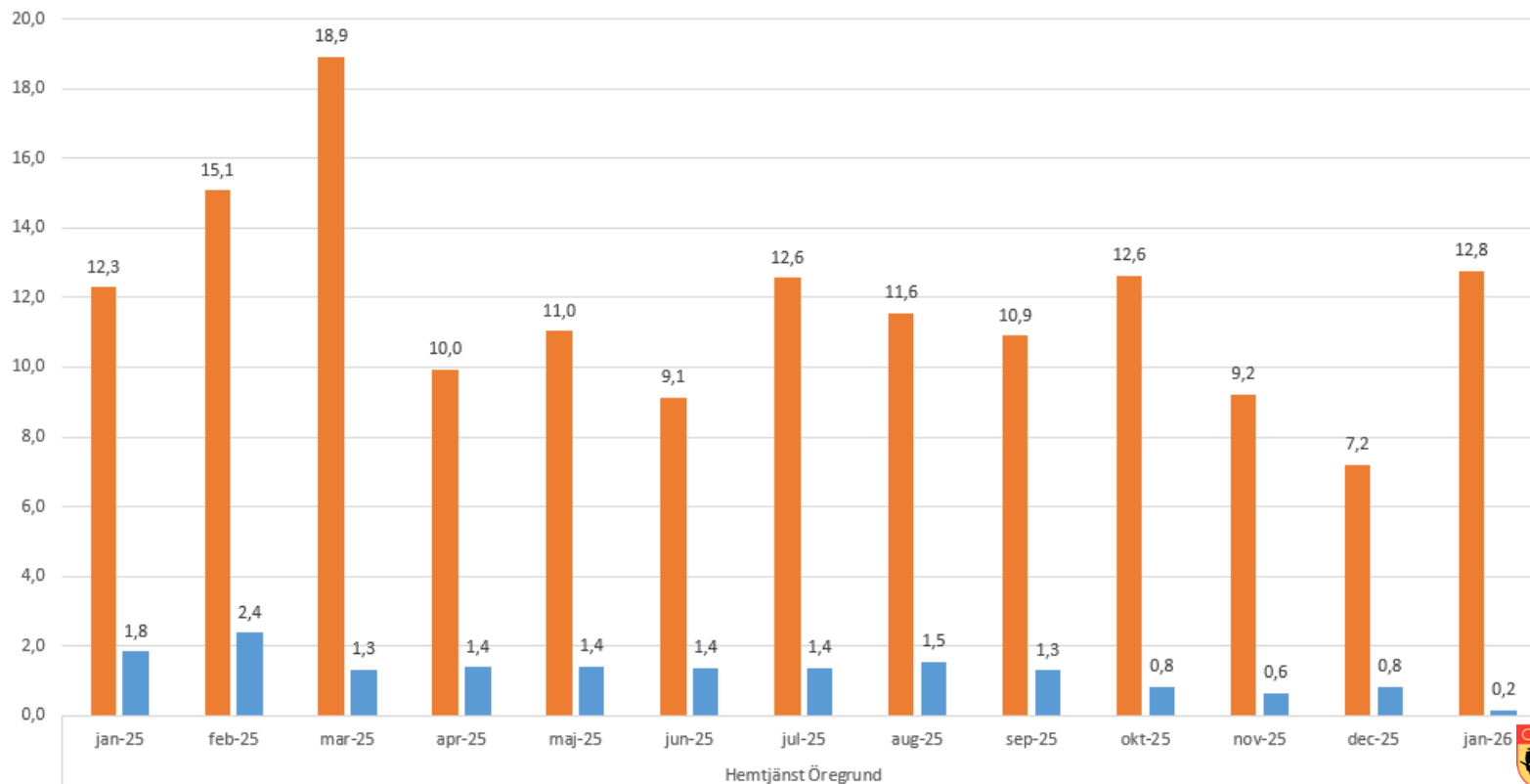


# Hemtjänst Öregrund

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 11,7%  
Medelvärde sjuk lång: 1,2%

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



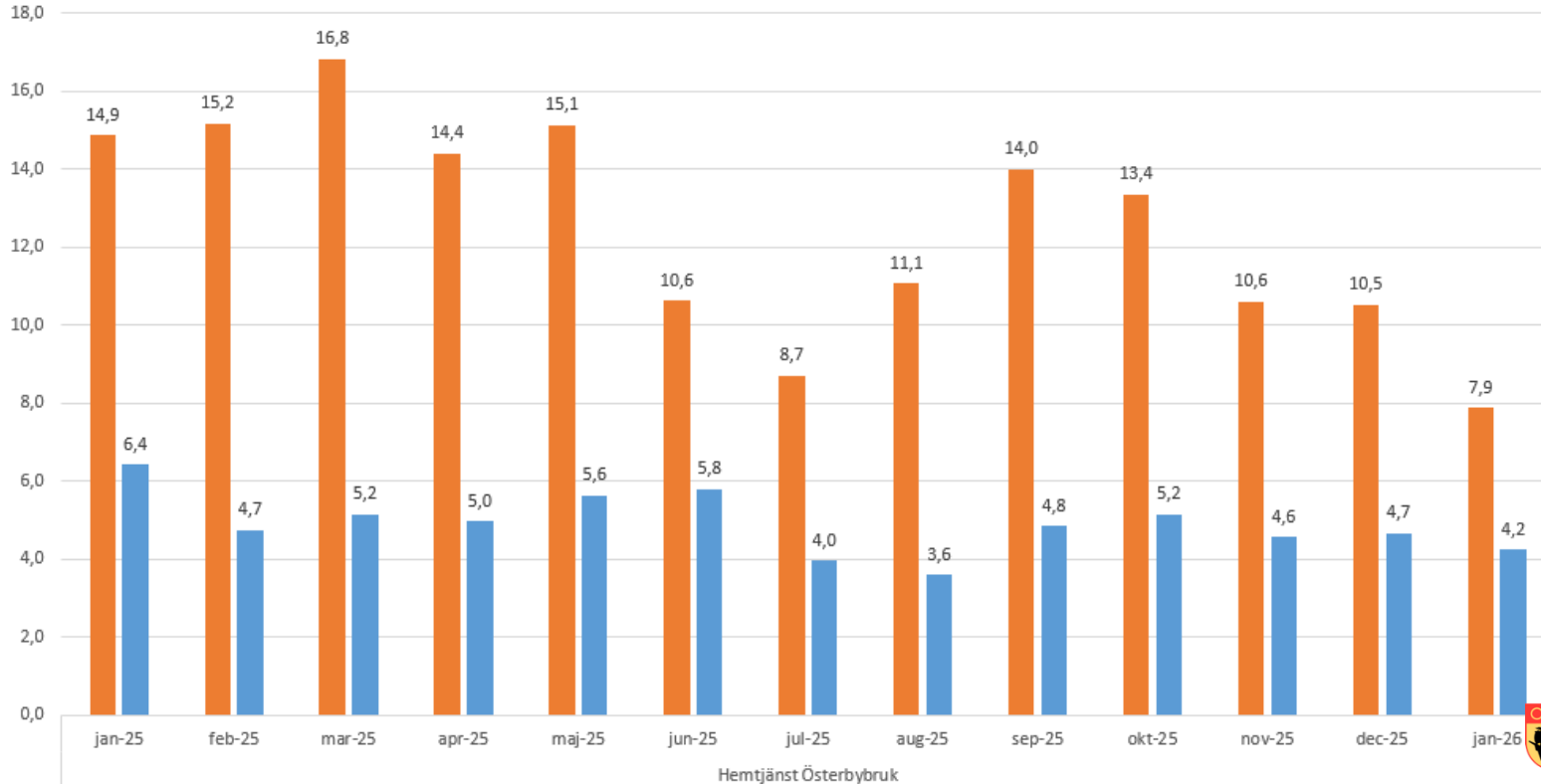
# Hemtjänst Österbybruk

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Inkom 2026-03-12  
Dnr VON-2026-6-0  
Dpl. 026

Medelvärde sjuk total: 12,4%  
Medelvärde sjuk lång: 4,8%

Sjukfrånvaro total %+ Lång %



# Hemtjänst Östhammar Norra

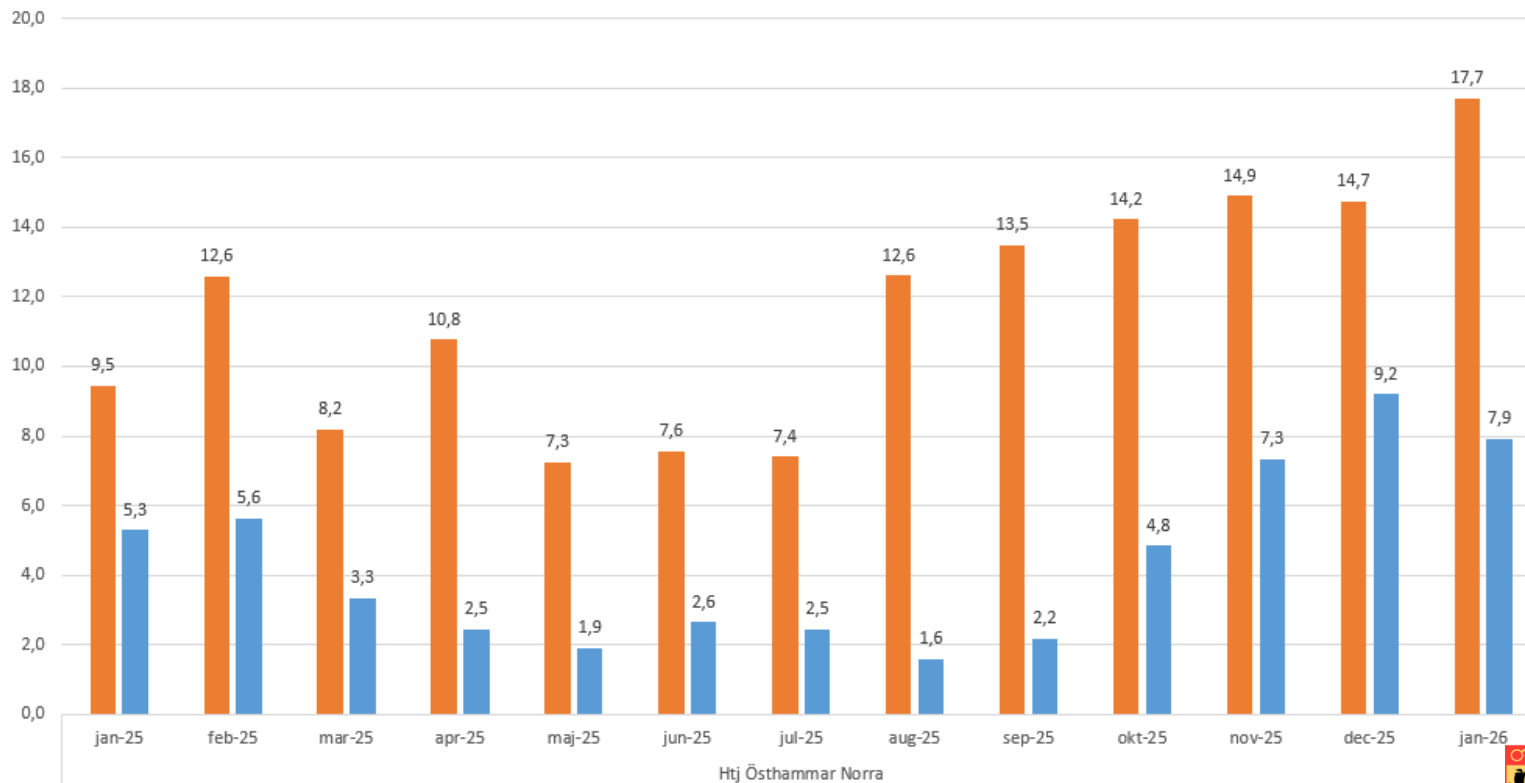
Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Inkom 2026-03-12  
Dnr VON-2026-6-0

Medelvärde sjuk totalt 11,8%

Medelvärde sjuk lång: 4,3%

Sjukfrånvaro total % + Lång %

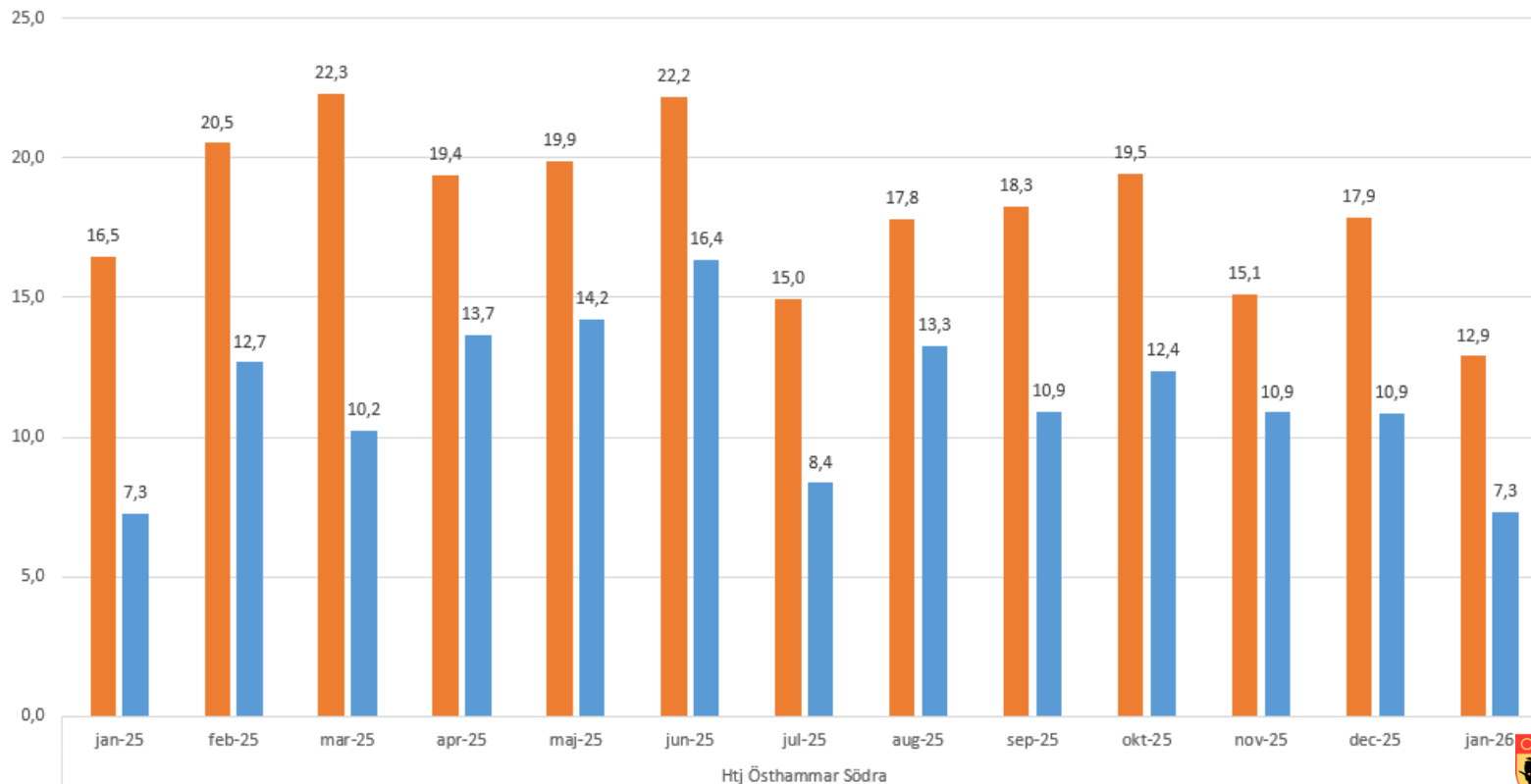


# Hemtjänst Östhammar Södra

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 18,4%  
Medelvärde sjuk lång: 11,8%

Sjukfrånvaro total % + Lång %

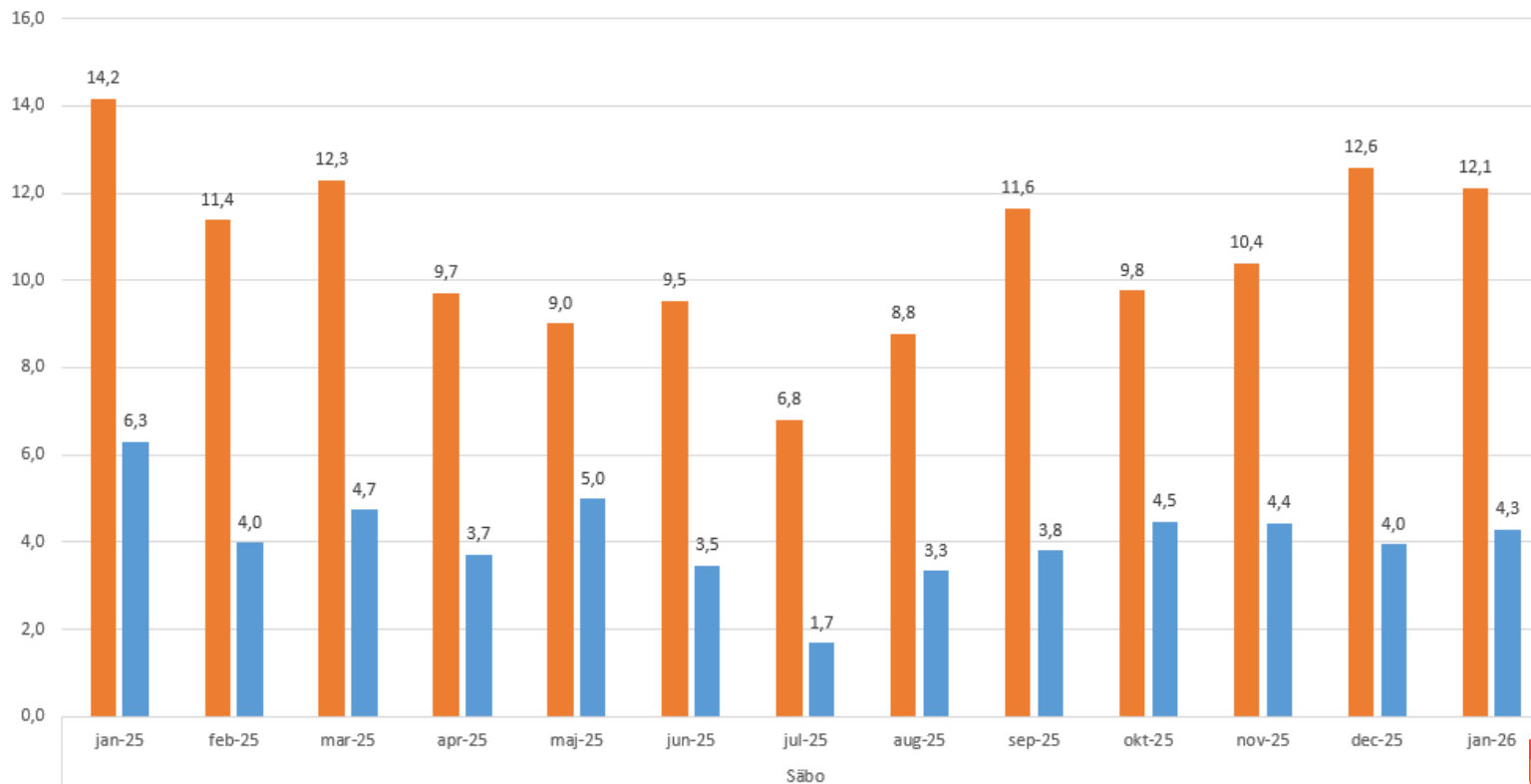


# Säbo

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 10,3%  
Medelvärde sjuk lång: 3,9%

Sjukfrånvaro total % + Lång %



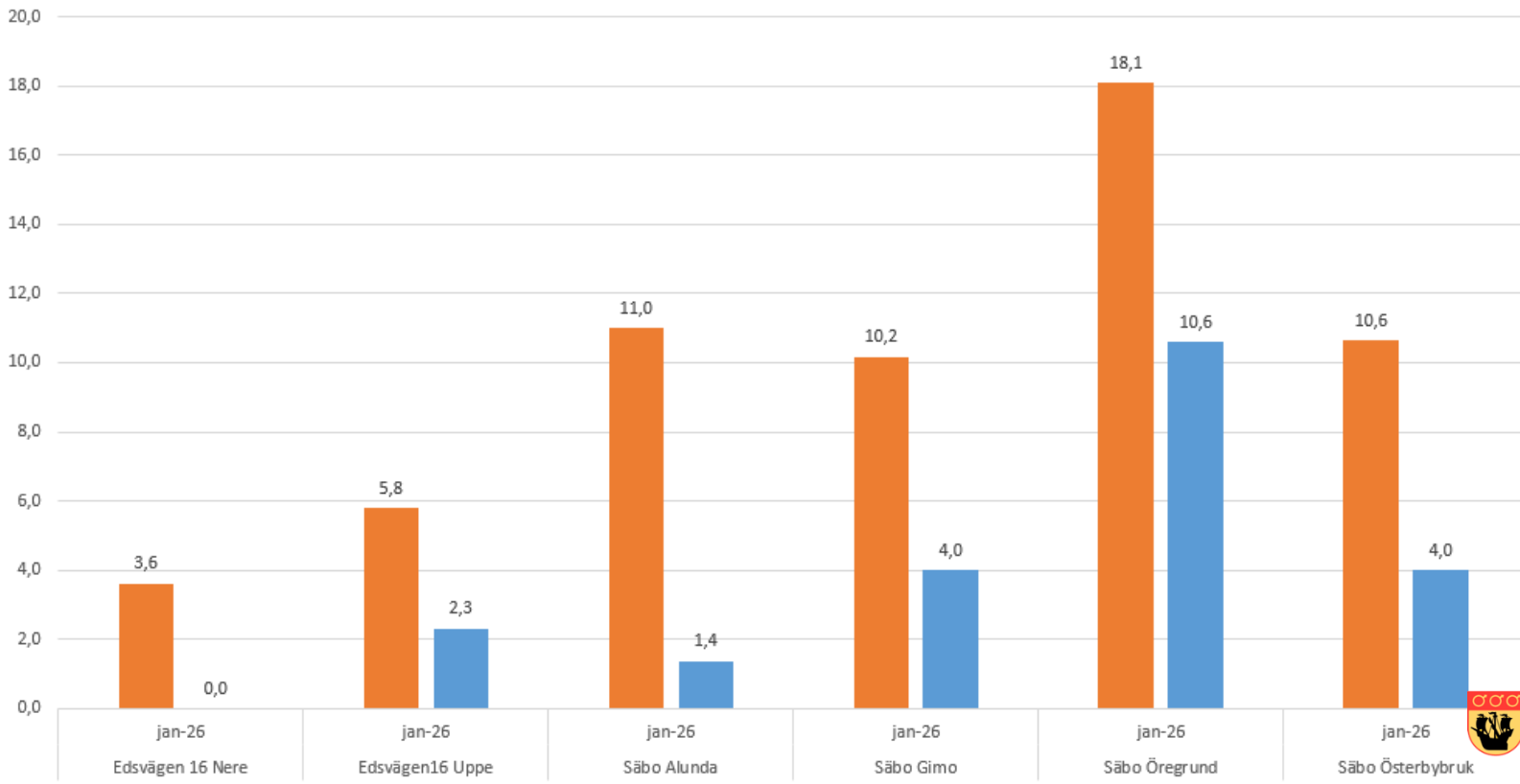
# Säbo januari 2026

Sjukfrånvaro totalt % + Långtidssjukfrånvaro %

Inkom 2026-03-12  
Dnr VON-2026-6-0

Medelvärde sjuk total: 9,9%  
Medelvärde sjuk lång: 3,7%

Sjukfrånvaro totalt % + Lång %



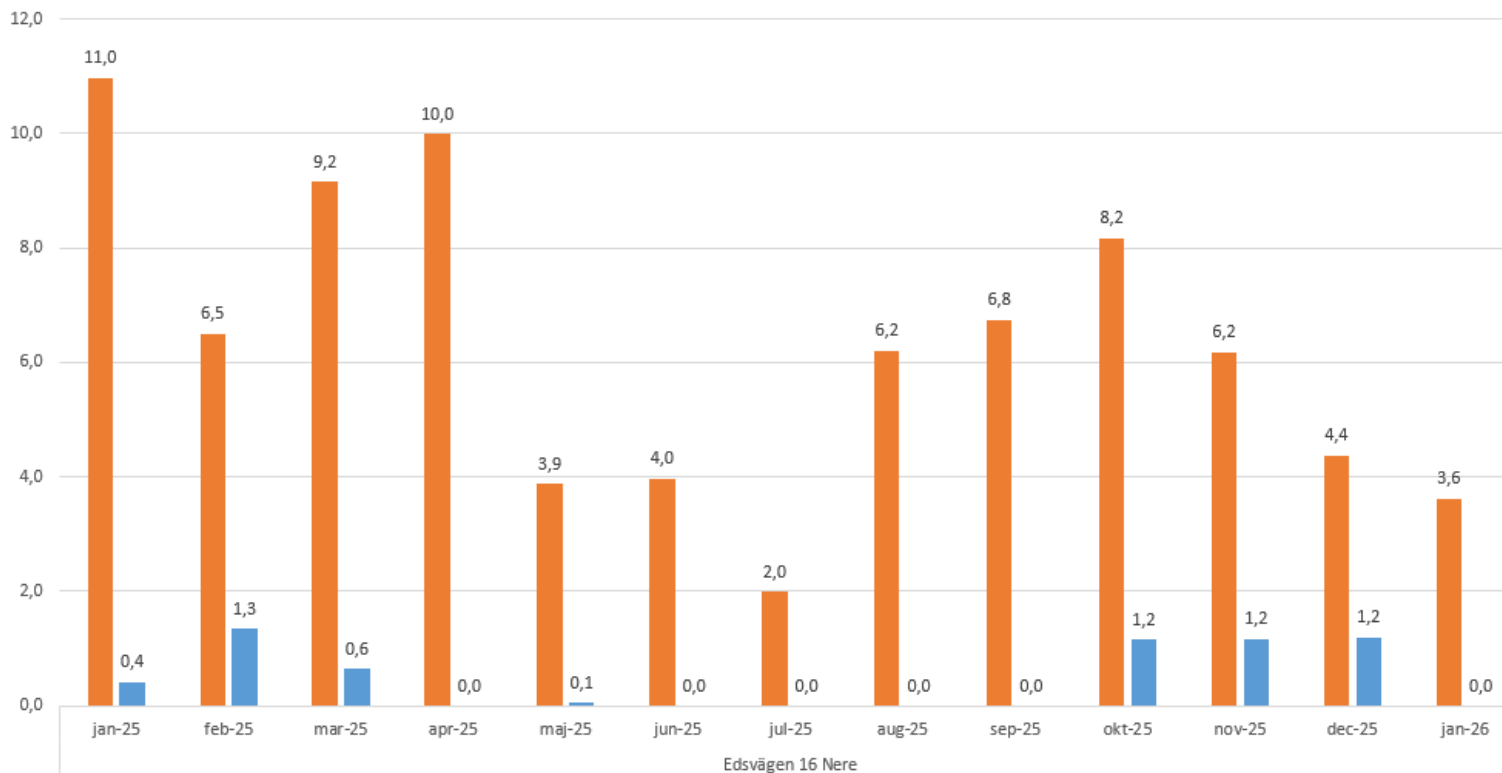
# Säbo Östhammar, Edsvägen 16 Nere

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 5,9%  
Medelvärde sjuk lång: 0,5%

Inkom 2026-03-12  
Dnr VON-2026-6-0  
Dpl 029

Sjukfrånvaro total %+ Lång %

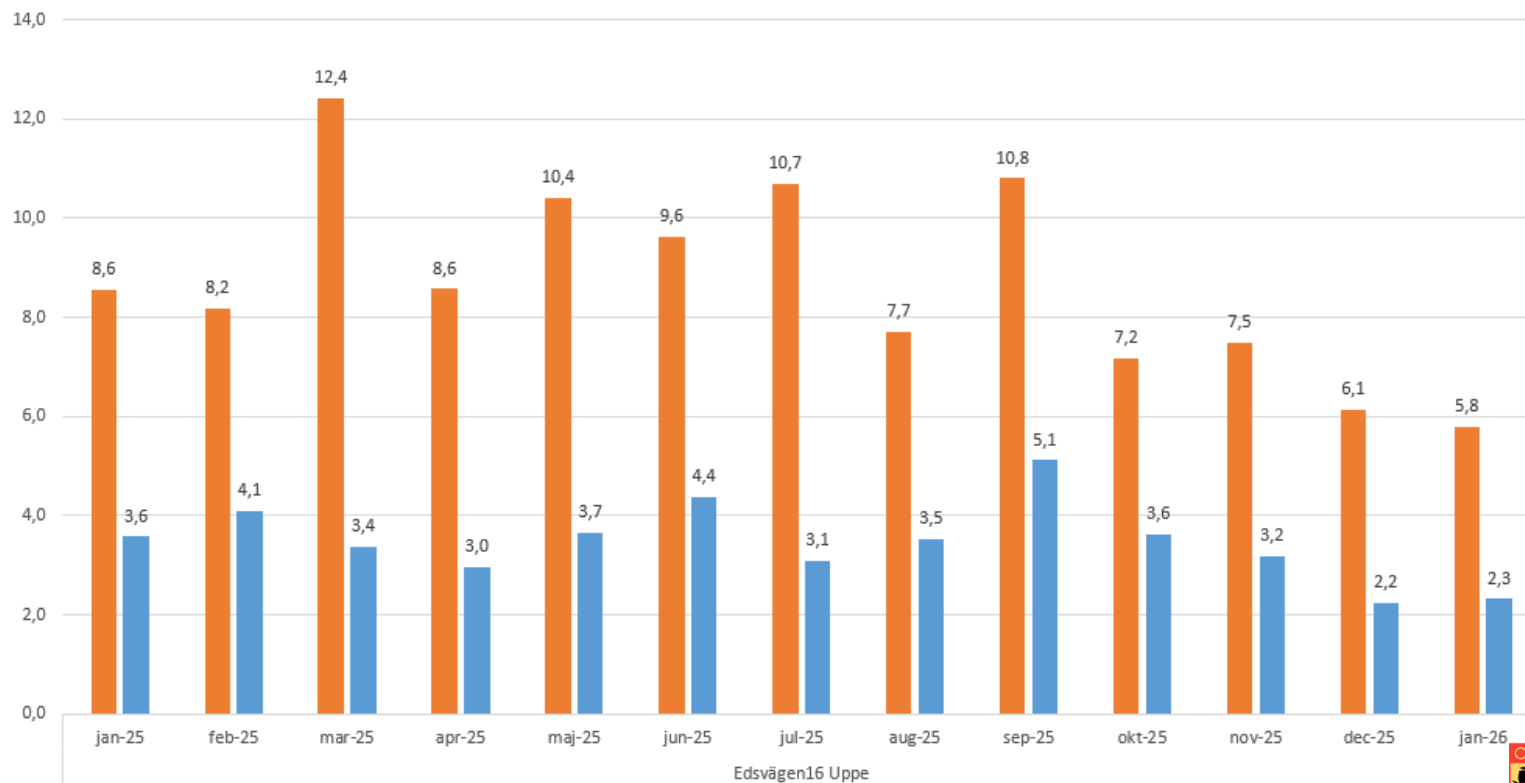


# Säbo Östhammar, Edsvägen 16 Uppe

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Medelvärde sjuk total: 8,8%  
Medelvärde sjuk lång: 3,5%

Sjukfrånvaro total % + Lång %

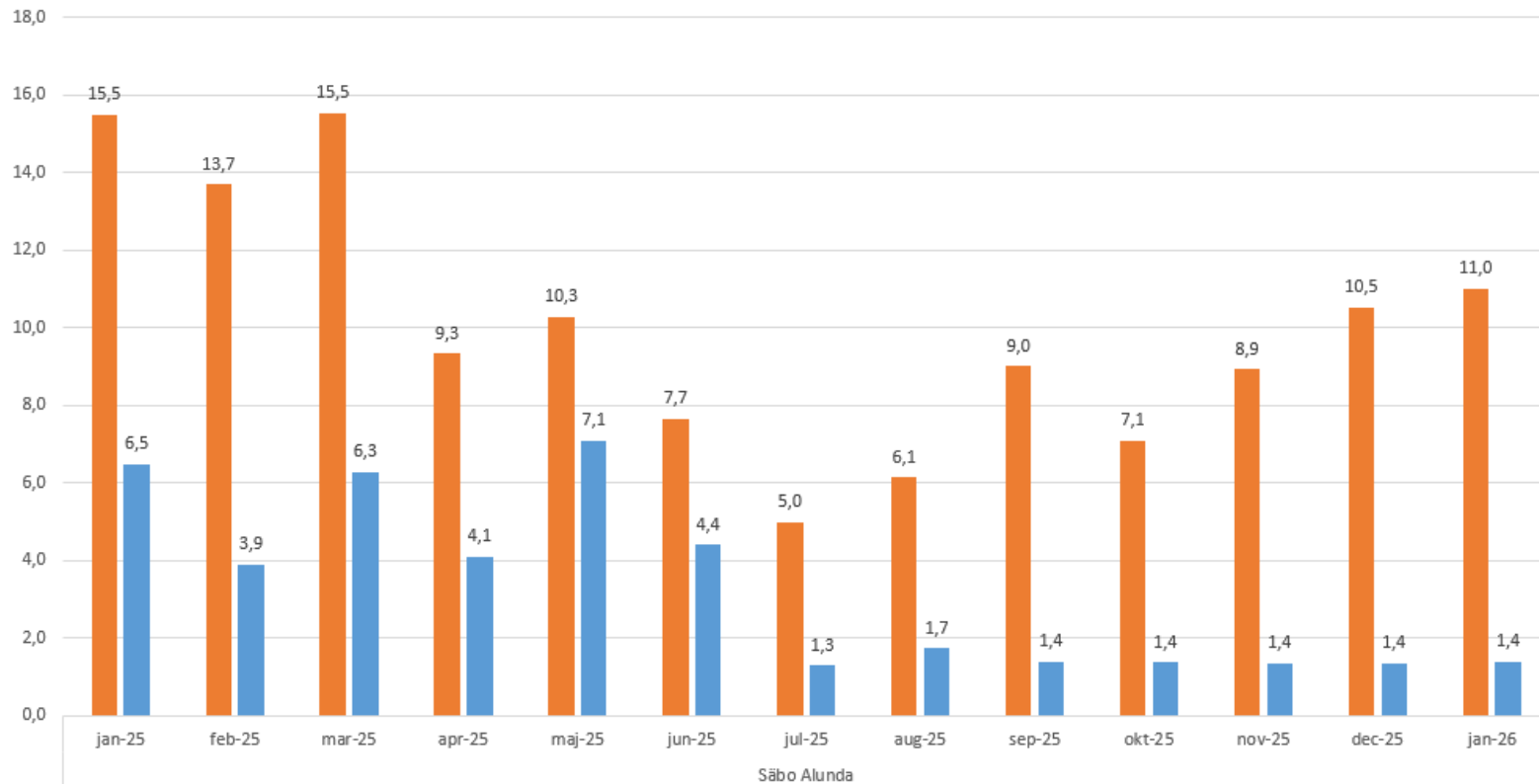


# Säbo Alunda

Medelvärde sjuk total: 9,5%  
Medelvärde sjuk lång: 3,0%

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Sjukfrånvaro total %+ Lång %

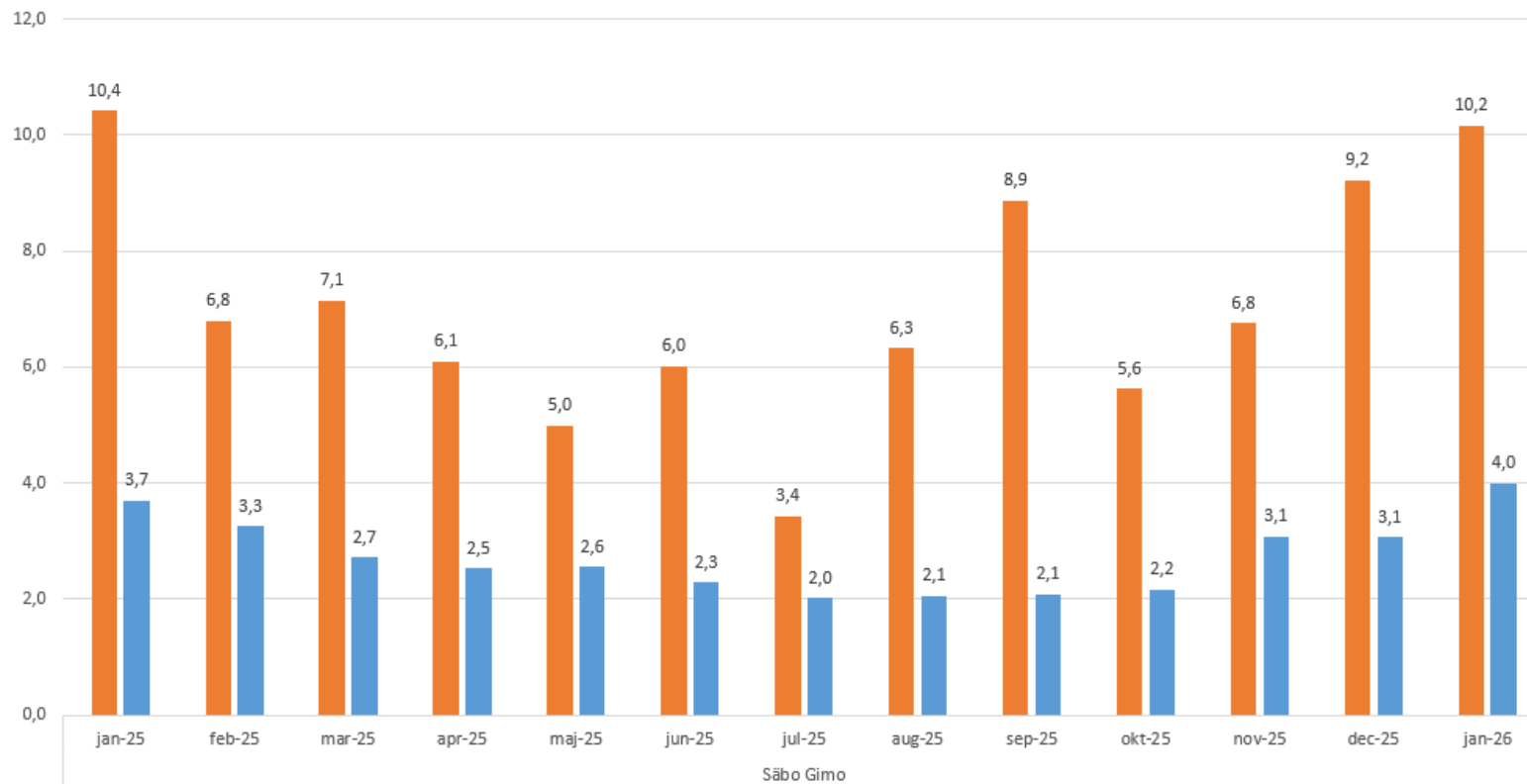


# Säbo Gimo

Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Sjukfrånvaro total % + Lång %

Medelvärde sjuk total: 6,8%  
Medelvärde sjuk lång: 2,7%



# Säbo Öregrund

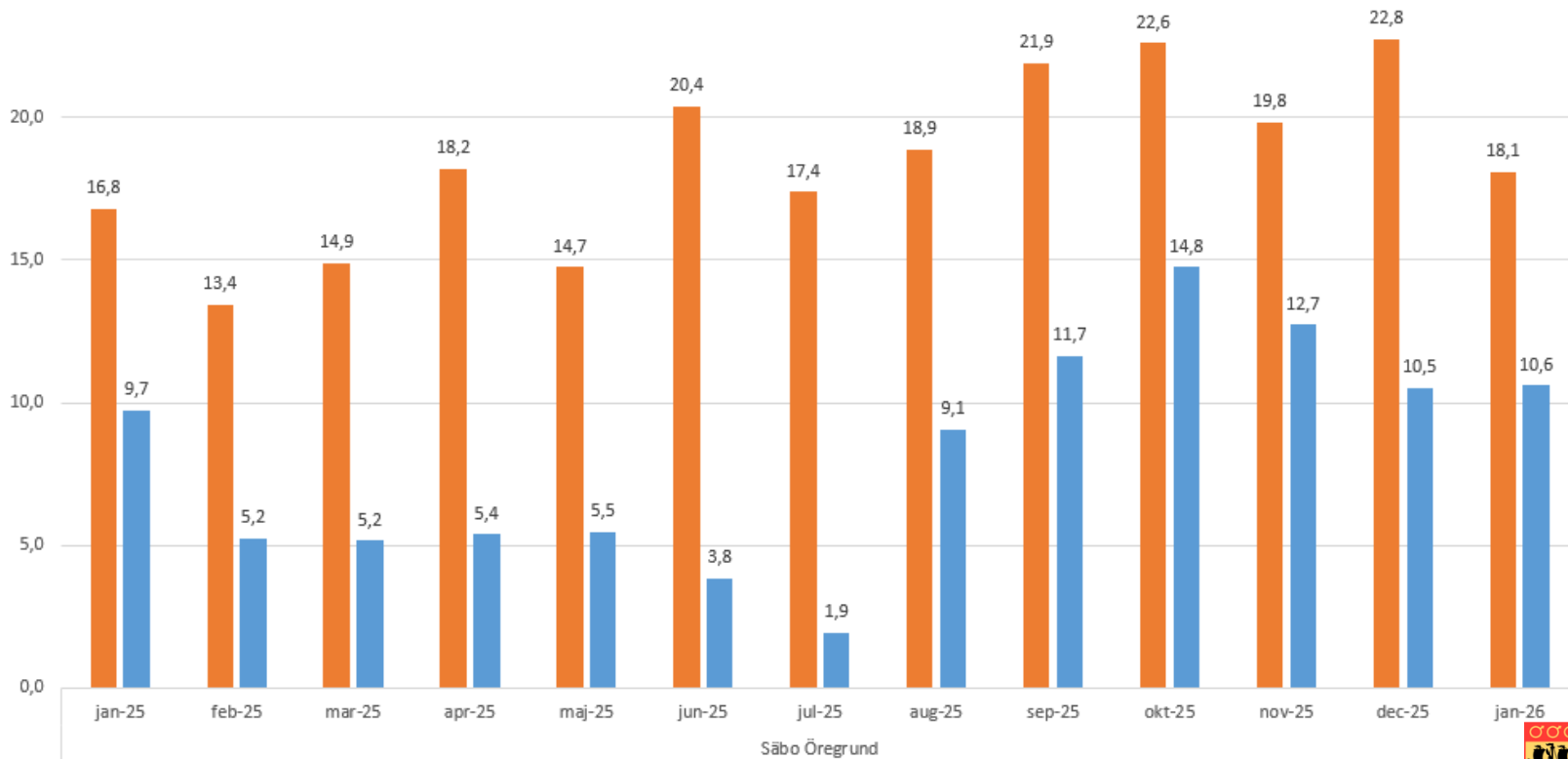
Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

25,0

Sjukfrånvaro total %+ Lång %

Medelvärde sjuk total: 18,6%

Medelvärde sjuk lång: 8,0%



Säbo Öregrund

# Säbo Österbybruk

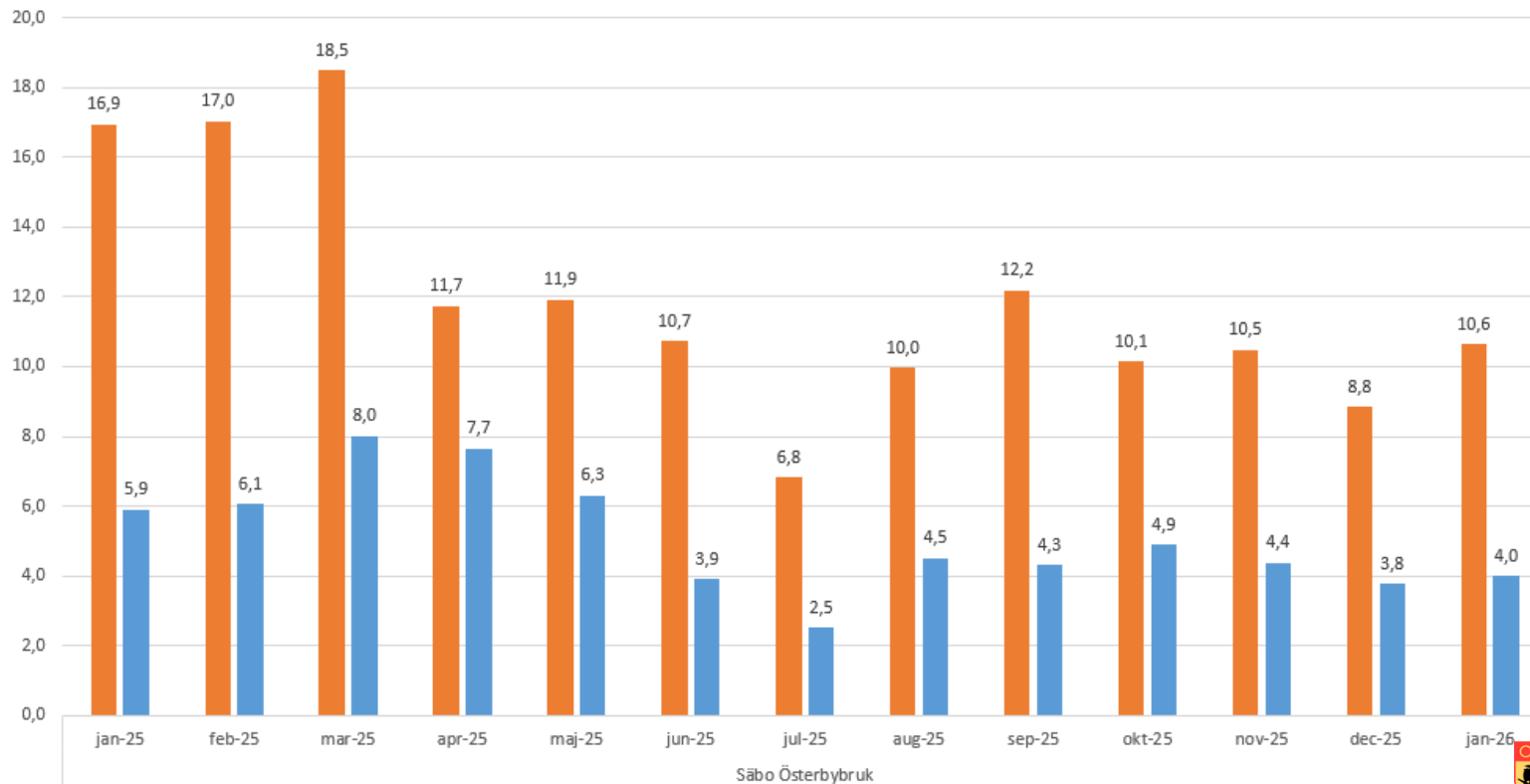
Sjukfrånvaro totalt %+ Långtidssjukfrånvaro %

Inkom 2026-03-12  
Dnr VON-2026-6-0

Medelvärde sjuk total: 11,6%

Medelvärde sjuk lång: 5,0%

Sjukfrånvaro total % + Lång %



# Budgetuppföljning

Januari + Februari 2026

Vård- och omsorgsnämnden



# Övergripande

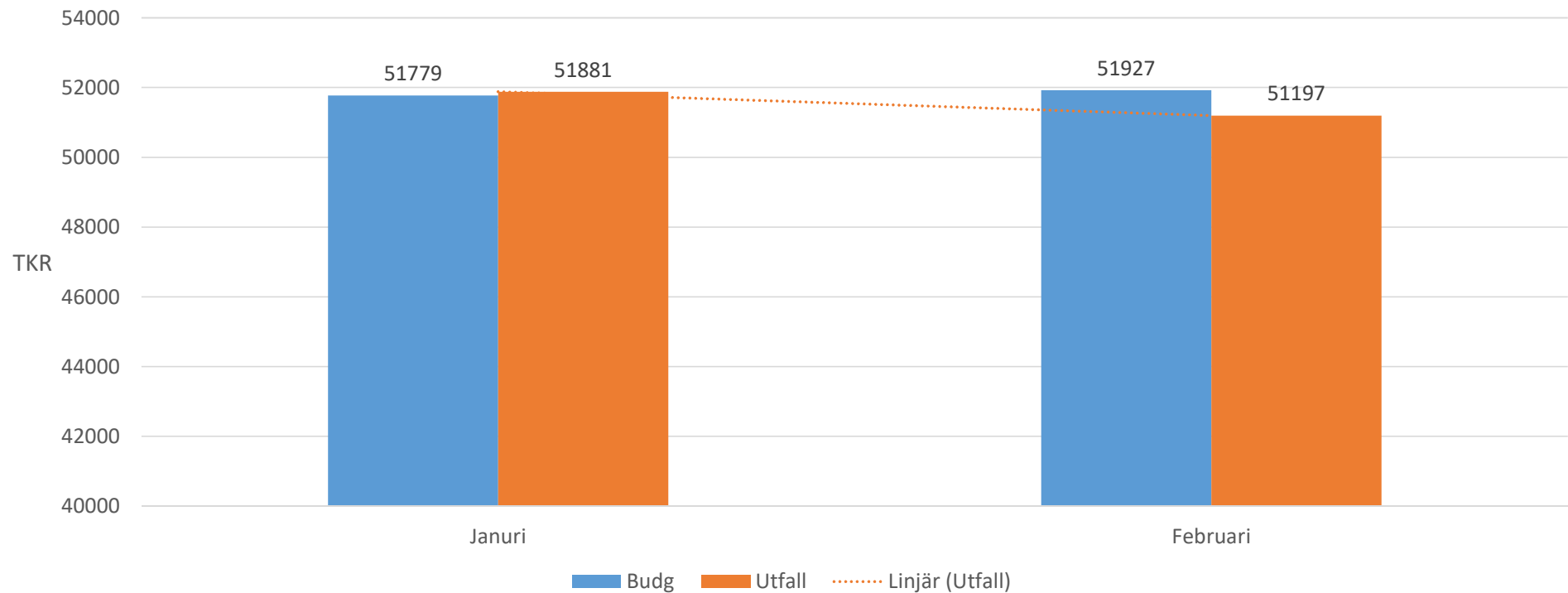
Målet om budgetföljsamhet uppnås vid en maximal budgetavvikelse om -1%.

Avvikelse för perioden: - 0,89%

Prognosavvikelse helår: - 2,33%

	Period (tkr)				Helår (tkr)		
	Budget jan - feb	Utfall jan - feb	Justering per febr	Avvik jan - feb	Budget 2026	Prognos 2026	Avvik prognos mot budg
Produktion	-22 771	-29 378	-1 571	-8 178	-163 327	-187 683	-24 356
Myndighet	-80 935	-73 699	0	7 236	-487 306	-478 401	8 905
Total Omsorg	<b>-103 706</b>	<b>-103 077</b>	<b>-1 571</b>	<b>-942</b>	<b>-650 633</b>	<b>-666 084</b>	<b>-15 451</b>

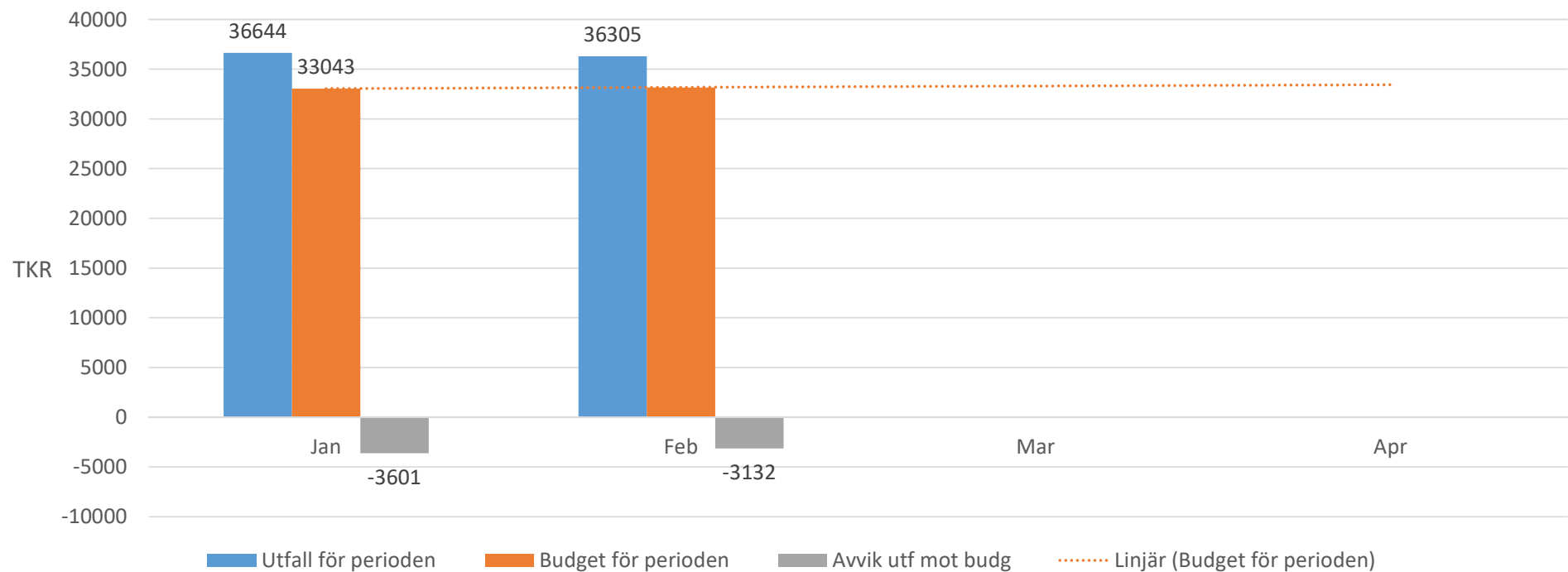
# VON Utfall mot budget 2026 per månad



# Övergripande

Personalkostnader 2026

Inhyrd och anställd personal



# Produktion

Januari + Februari 2026

Omsorgskontoret

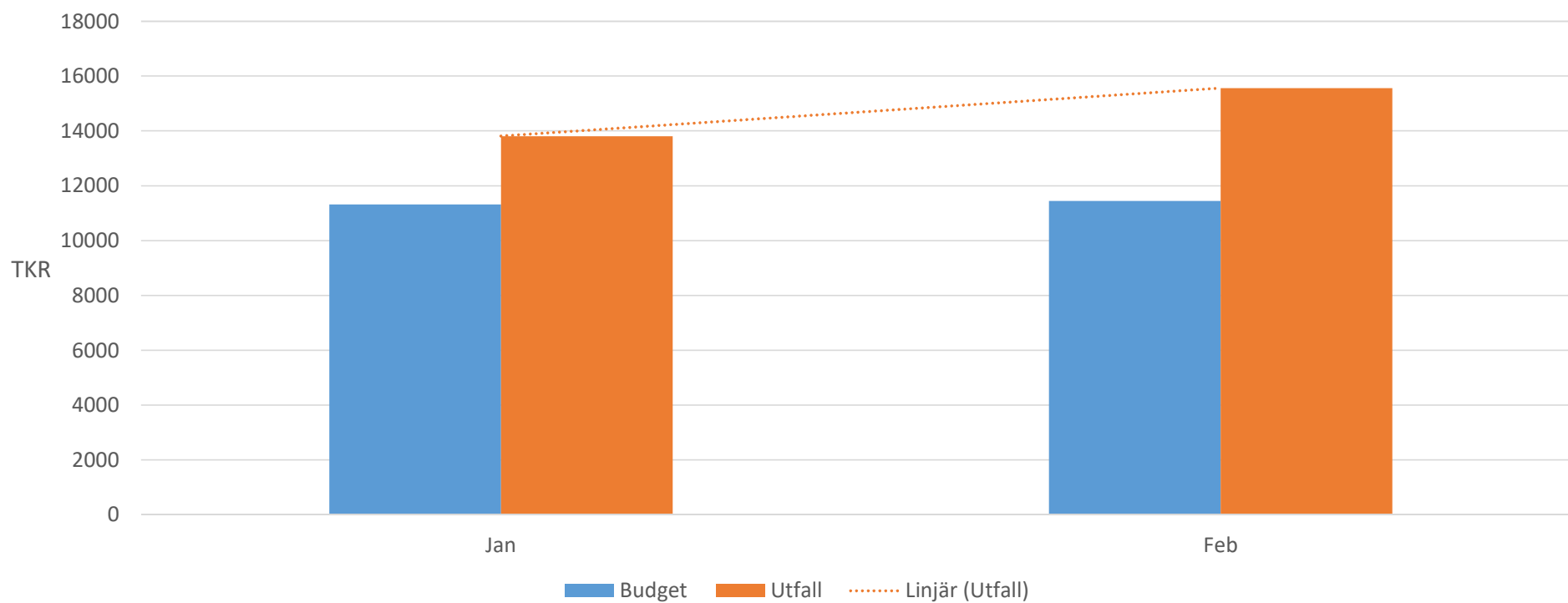


# Produktion

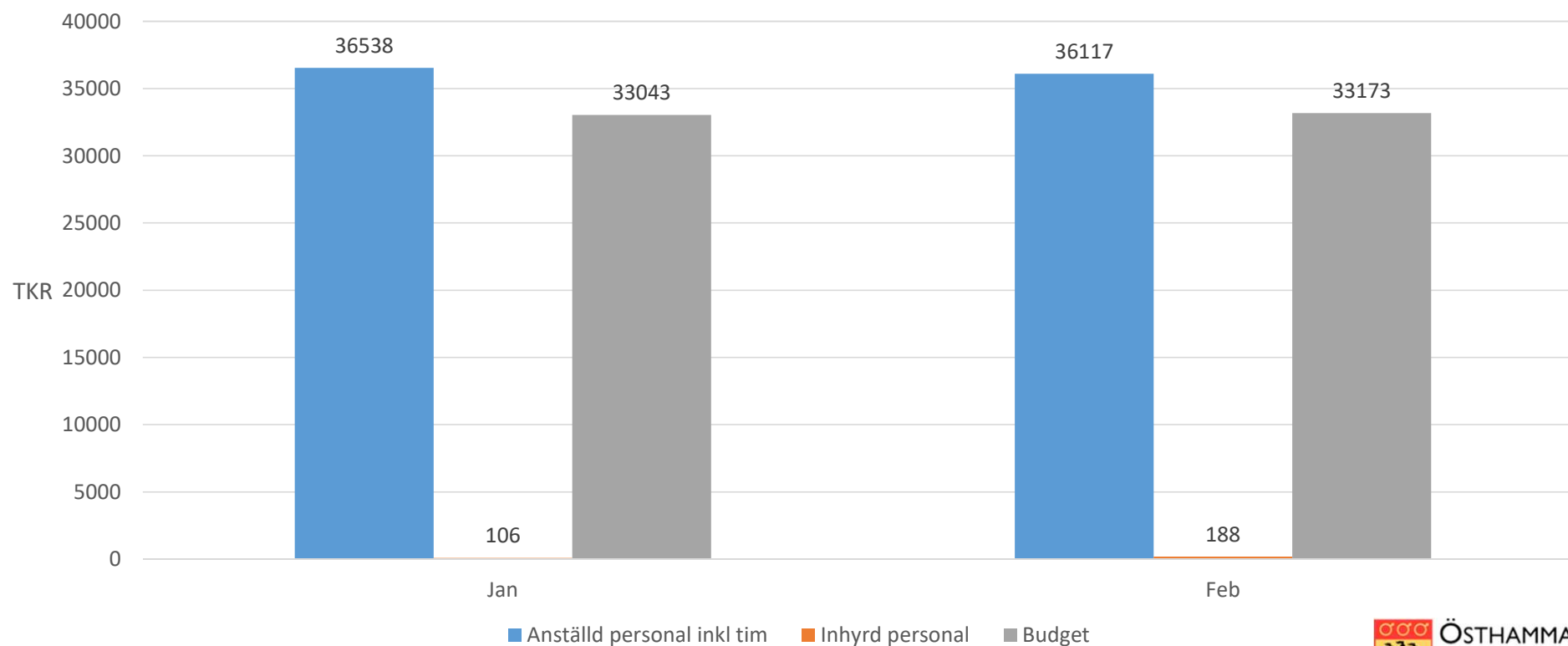
	Perioden (tkr)				Helår (tkr)		
	Budget jan - feb	Utfall jan - feb	Justerings post per febr	Avvik jan - feb	Budget 2026	Prognos 2026	Avvik prognos mot budget 2026
Stab Omsorg	-9 128	-7 869	-1 571	-312	-54 956	-54 956	0
Stab Produktion	-710	-470	0	240	-4 344	-4 344	0
Särskilt boende	1 394	415	0	-978	0	-500	-500
Ordinärt boende	-3 165	-8 581	0	-5 416	-30 105	-47 764	-17 659
HSL	-5 944	-5 975	0	-31	-36 699	-39 499	-2 800
Hjälpmedel o förebyggande insatser	-4 254	-4 475	0	-221	-25 952	-25 962	0
Funktionshinder	-963	-2 424	0	-1 461	-11 261	-14 658	-3 397
<b>Summa produktion</b>	<b>-22 770</b>	<b>-29 379</b>	<b>-1 571</b>	<b>-8 178</b>	<b>-163 327</b>	<b>-187 683</b>	<b>-24 356</b>

# VON Produktion

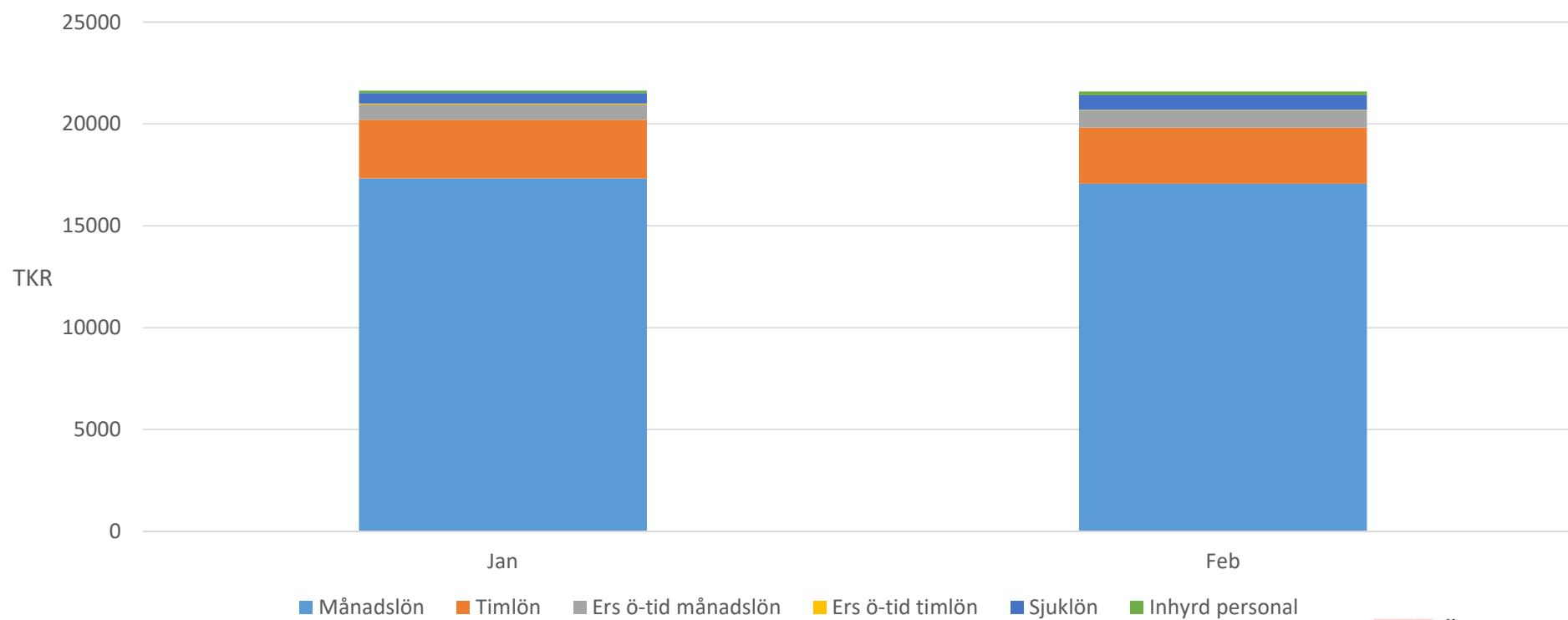
## Utfall mot budget 2026



# Produktion – totala personalkostnader 2026

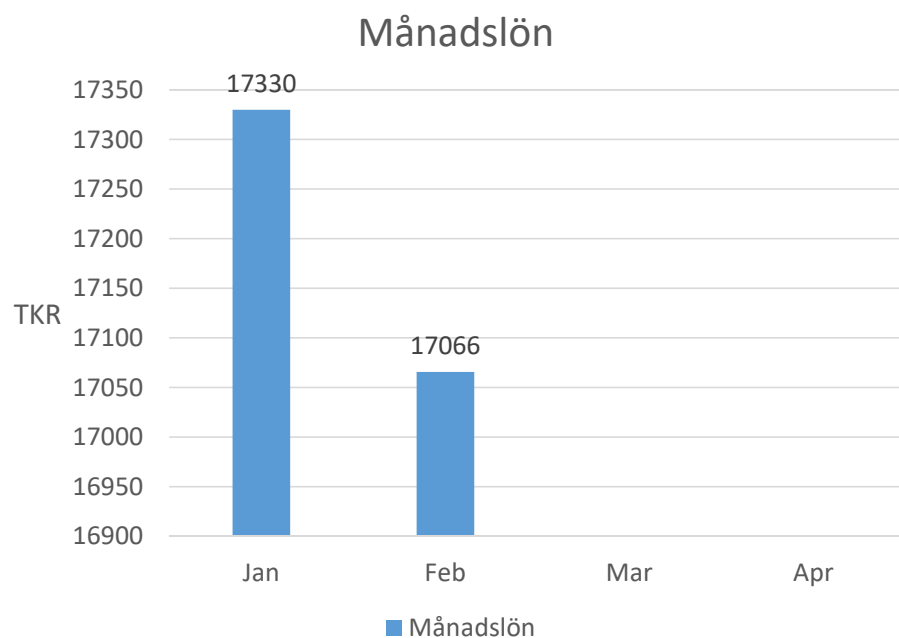


# Produktion – personalkostnader 2026

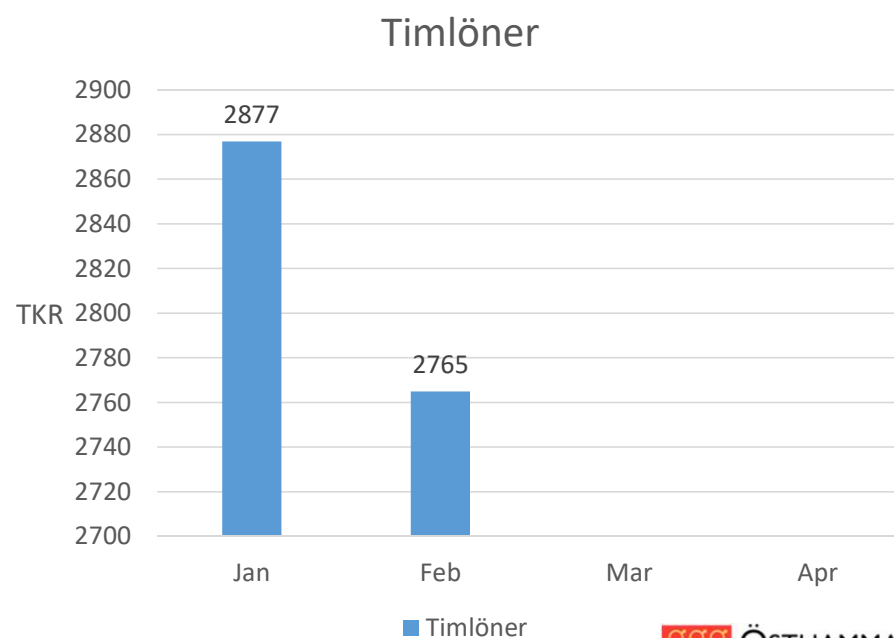


# Produktion – personalkostnader 2026

## Månadslön, anställda

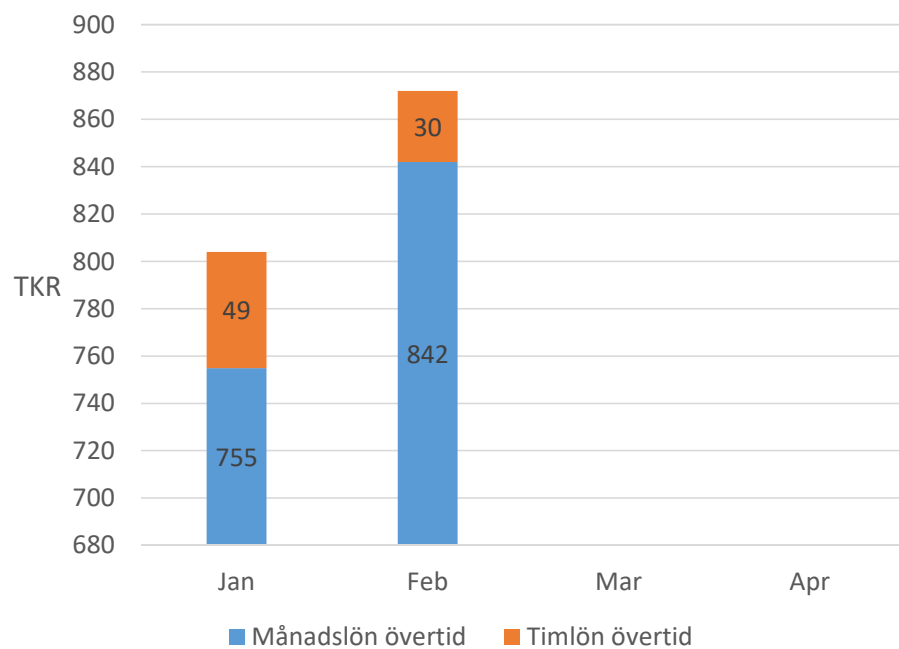


## Löner till timanställda

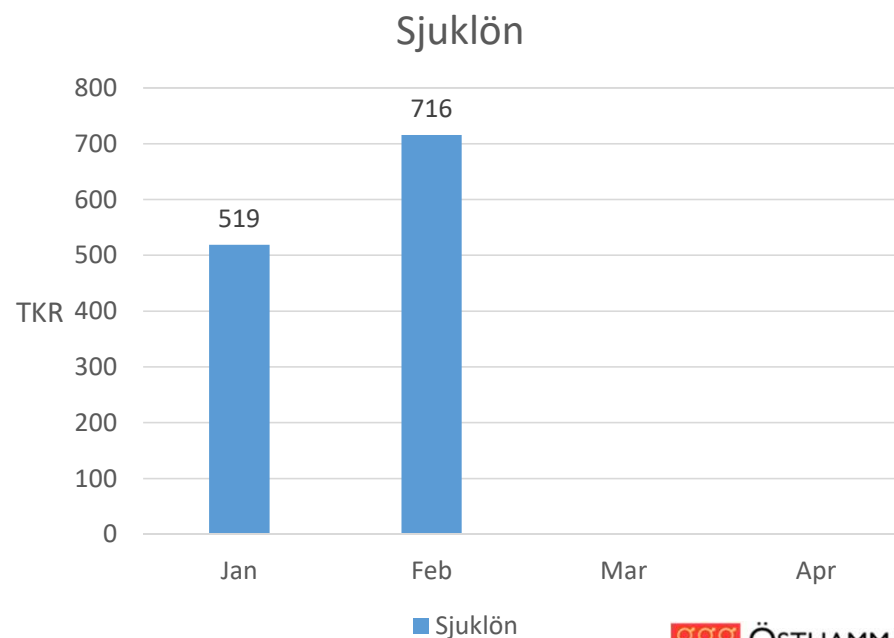


# Produktion – personalkostnader 2025

## Övertid



## Sjuklön

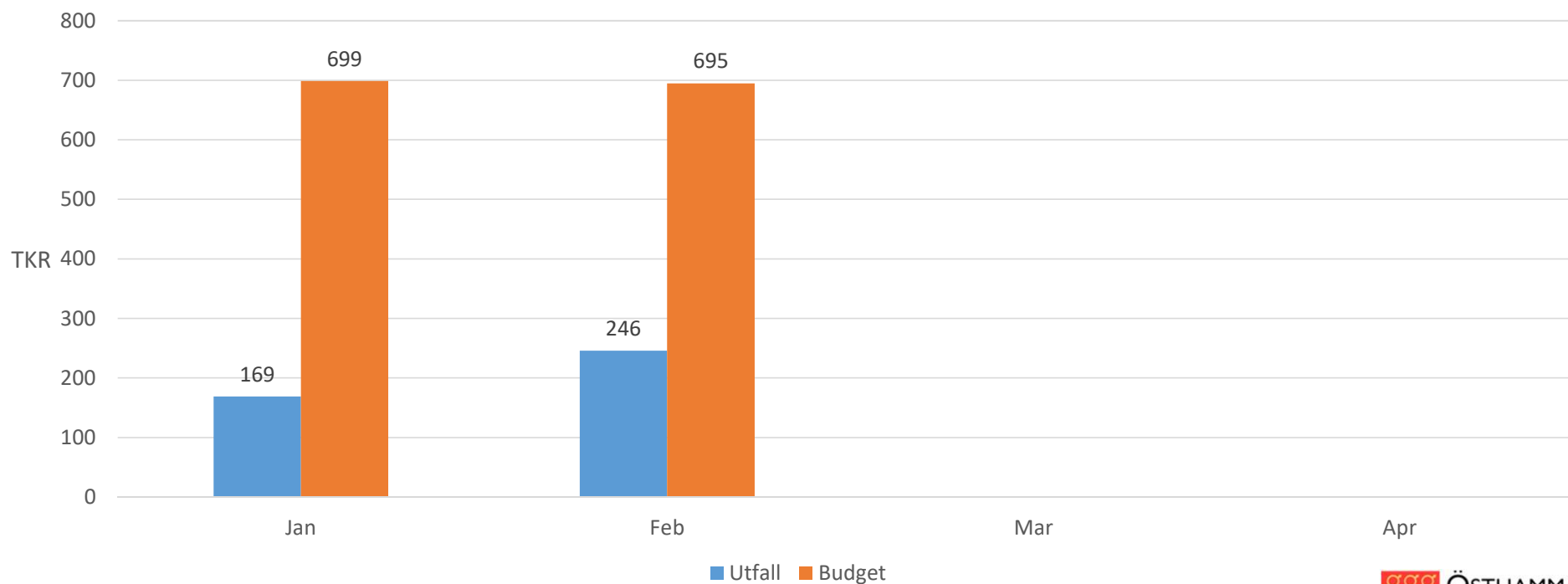


# Särskilt boende

	Budget jan – feb (tkr)	Ack utfall jan – feb (tkr)	Ack avvik för perioden jan – feb (tkr)	Prognostiserad avvik helår (tkr)
Olandsgården (Alunda)	289	280	-8	0
Lärkbacken (Gimo)	340	-406	-746	-500
Tallparksgården (Öregrund)	188	-89	-277	0
Parkvägen (Österbybruk)	280	51	-229	0
Edsvägen (Östhammar)	297	579	282	0
<b>Totalt Särskilt boende</b>	<b>1 394</b>	<b>415</b>	<b>-978</b>	<b>-500</b>

# Särskilt boende

Utfall mot budget för perioden särskilt boende dag o natt 2026

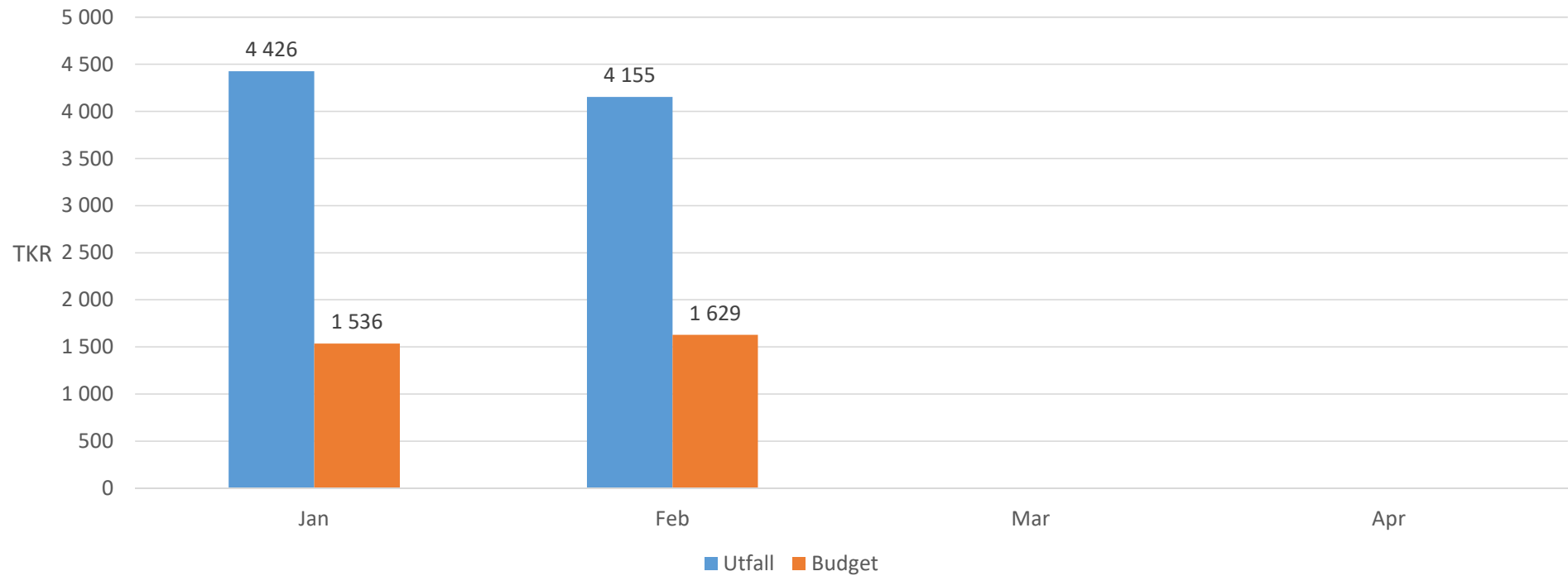


# Ordinärt boende

	Budget jan - feb (tkr)	Utfall jan – feb (tkr)	Avvik utfall mot budget jan – feb (tkr)	Prognostiserad avvikelse helår 2026 (tkr)
Hemtjänst Alunda- Gimo	-238	-2 175	-1 937	-6 716
Hemtjänst Österbybruk	101	-488	-589	-4 330
Hemtjänst Östhammar	-401	-2 405	-2 004	-3 901
Hemtjänst Öregrund	-71	-1 142	-1 071	-2 712
Larmenheten	-985	-538	447	0
Korttidsenheten	106	215	109	0
Dagverksamheten	-191	-159	31	0
Närvården	-1 486	-1 889	-403	0
<b>Totalt Ordinärt boende</b>	<b>-3 165</b>	<b>-8 581</b>	<b>-5 416</b>	<b>-17 659</b>

# Hemtjänst

Utfall mot budget för perioden Ordinärt boende dag o natt 2026



# Funktionshinder

	Budget jan - feb (tkr)	Utfall jan – feb (tkr)	Avvik utfall mot budget jan – feb (tkr)	Avvik prognos helår 2026
Daglig verksamhet	87	287	200	0
Personlig assistans	-651	-932	-280	-2524
Ledsagar- o avlösarservice	-133	-120	13	0
Bojen korttids barn	-937	-1021	-83	0
Grb Edsvägen 14	40	-187	-227	-67
Grb Dannemoravägen	80	-184	-263	-88
Grb Abborren	134	5	-129	-68
Grb Klacksärsgatan	73	-12	-86	-39
Grb Rådhuset	164	-106	-270	-395
Grb Kanickebolsvägen	90	33	-57	-216
Sb Repslagarvägen	42	-24	-67	0
Sb Albrektsgatan	44	-107	-151	0
<b>Totalt Funktionshinder</b>	<b>-963</b>	<b>-2 424</b>	<b>-1 461</b>	<b>-3 397</b>

# Myndighet

Januari + Februari 2026

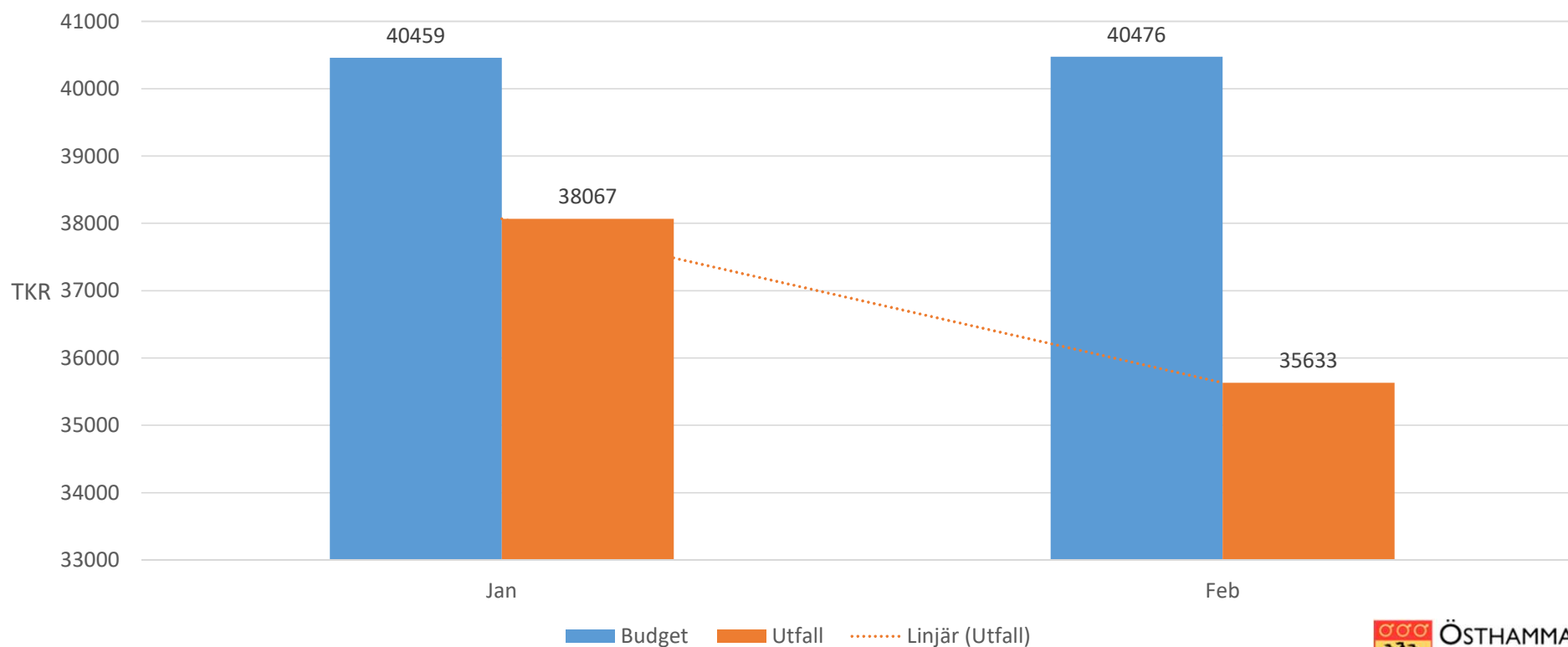
Omsorgskontoret



# Myndighet

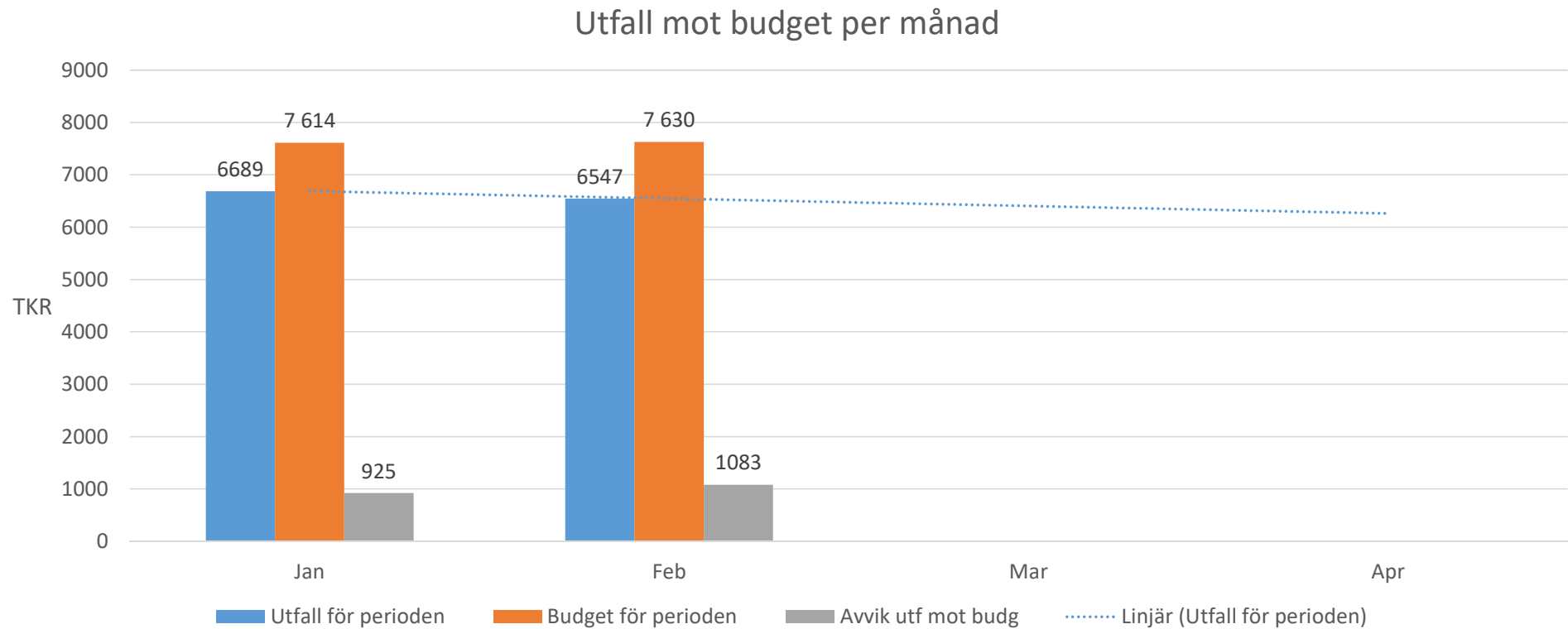
	Perioden jan – feb 2026 (tkr)			Helår (tkr)		
	Budg jan -feb	Utfall jan - feb	Avvik för perioden	Budget 2026	Prognos 2026	Avvik prognos mot budget
Stab	-921	-468	453	-5 693	-5 693	0
Öppenvård	-2 601	-2 607	-6	-15 592	-15 592	0
Barn o ungdom	-6 751	-5 927	824	-40 944	-40 944	0
Vuxen	-2 151	-2 248	-97	-12 873	-12 873	0
Äldre o Bistånd	-46 602	-40 920	5 682	-279 795	-266 890	12 905
Funktionsnedsättning	-20 911	-20 441	470	-125 423	-129 423	-4000
Integration o arbete	-997	-1 087	-90	-6 986	-6 986	0
<b>Summa Myndighet</b>	<b>-80 934</b>	<b>-73 698</b>	<b>7 236</b>	<b>-487 306</b>	<b>-478 401</b>	<b>8 905</b>

# VON Myndighet utfall mot budget 2026



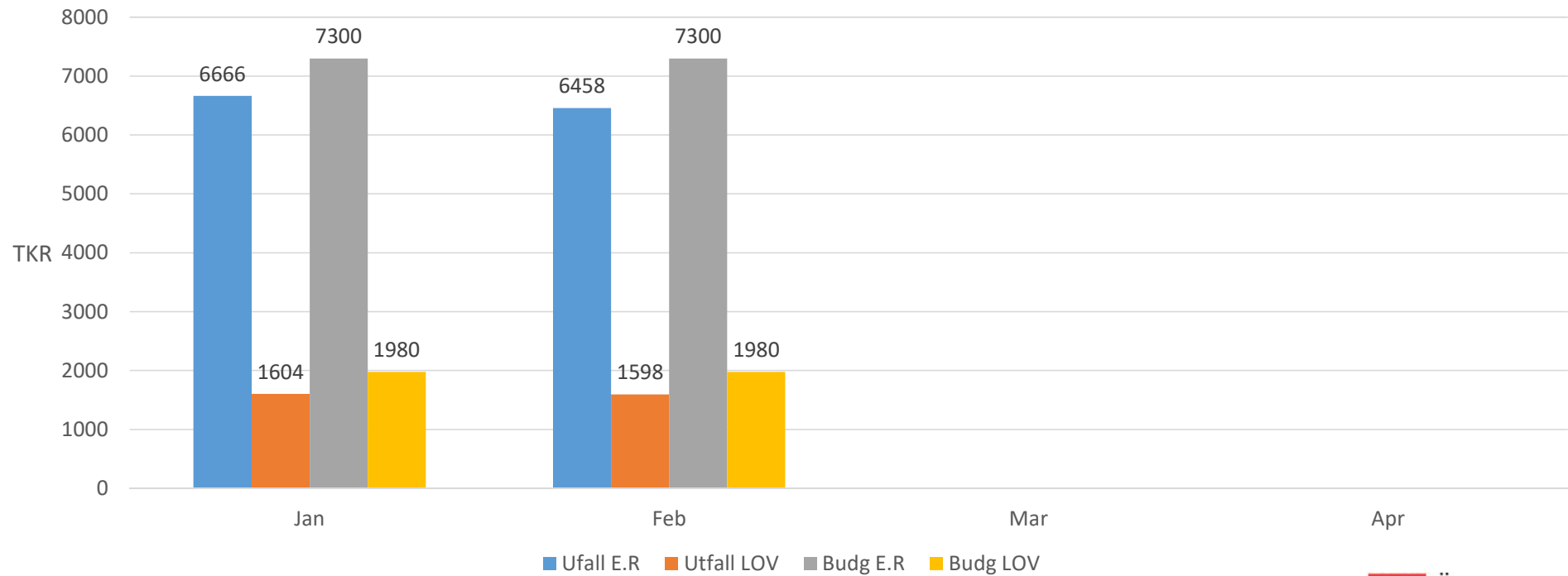
# Myndighet – personalkostnader 2026

Inhyrd och anställd personal



# Myndighet

Myndighet utfall Hemtjänst 2026



# Kvalitets- och verksamhetsberättelse Myndighet, 2025

---

## Innehållsförteckning

1 Inledning .....	3
1.1 Syfte med verksamhetsberättelsen .....	3
1.2 Kort om verksamheten .....	3
2 Riskanalys .....	5
2.1 Identifierade risker .....	5
2.2 Förebyggande åtgärder .....	7
3 Egenkontroll .....	7
3.1 Metoder för egenkontroll .....	7
3.2 Resultat och åtgärder .....	8
4 Avvikelser .....	8
4.1 Hantering av avvikelser .....	8
4.2 Inrapporterade avvikelser och uppföljning .....	9
4.3 Lex Sarah .....	9
5 Klagomål och synpunkter .....	10
5.1 Rutin för mottagning och hantering .....	10
5.2 Åtgärder och lärdomar .....	10
6 Individens medverkan i kvalitetsarbetet .....	10
6.1 Brukarundersökningar och förbättringsarbete .....	10
6.2 Brukarinflytande - delaktighet i planering och uppföljning .....	11
7 Verksamhetens nyckeltal .....	12
7.1 Verksamhetens nyckeltal .....	12
7.2 Analys och jämförelse .....	15
7.3 Prioriterade förbättringsområden .....	16
8 Sammanställning av analys och resultat .....	17
8.1 Övergripande bedömning .....	17
8.2 Prioriterade förbättringsområden .....	18

## 1 Inledning

### 1.1 Syfte med verksamhetsberättelsen

Verksamhetsberättelsen redovisar hur verksamheterna inom omsorgsmyndigheten under 2025 har arbetat med kvalitet, måluppfyllelse och verksamhetsutveckling. Redovisningen utgår från det systematiska kvalitetsarbetet enligt gällande lagstiftning samt kommunens styrdokument.

Rapporten innehåller en beskrivning av verksamheternas uppdrag samt en redovisning av identifierade risker, genomförda åtgärder, egenkontroller, avvikelser, inkomna synpunkter och nyckeltal. Avslutningsvis presenteras en samlad analys av resultatet samt prioriterade utvecklingsområden inför 2026.

### 1.2 Kort om verksamheten

Rapporten omfattar sex enheter:

- Barn och unga myndighet
- Vuxenenheten
- Enheten för funktionsnedsättning
- Enheten för äldre och bistånd
- Öppenvården
- Enheten för integration och arbete

#### Enhet Barn och unga

Enheten Barn och unga består av flera verksamhetsområden:

- Mottagning – tar emot orosanmälningar och ansökningar. Här görs skyddsbedömningar och beslut om utredning ska inledas.
- Utredningsgrupp – hanterar utredningar, ansökningar, insatser och placeringar.
- Insatsgrupp – ansvarar för att verkställa och följa upp insatser samt rekrytera uppdragstagare.
- Utredningsadministration – stödjer samtliga grupper genom dokumentation, utskick, SIP-möten samt arkivhantering.
- Familjehemssekreterare – ansvarar för familjehemsplaceringar, handledning och rekrytering av familjehem.
- Familjerätt – arbetar enligt föräldrabalken, främst mot domstol, samt genomför samarbetsamtal.

Enheten leds av en enhetschef (75 procent) samt två biträdande enhetschefer med ansvar för arbetsledning och stöd till medarbetarna. Enheten består av totalt 24 medarbetare.

## Enhet Vuxen

Vuxenenheten ansvarar för flera verksamhetsområden:

- ekonomiskt bistånd
- dödsbohandläggning
- skadligt bruk och beroende
- våld i nära relation
- budget- och skuldrådgivning

Arbetet med skadligt bruk och beroende omfattar både frivilliga insatser och ärenden enligt LVM. Inom området våld i nära relationer ligger fokus på stöd, rådgivning och motiverande samtal, men i vissa fall även beslut om skydd.

Budget- och skuldrådgivning erbjuds till kommuninvånare som en serviceinsats. På enheten arbetar 11 medarbetare och enheten leds av en enhetschef.

## Enheten för funktionsnedsättning

Enheten arbetar huvudsakligen med myndighetsutövning inom fyra lagstiftningar:

- LSS – lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Socialtjänstlagen (SoL)
- Färdtjänstlagen
- Riksfärdtjänstlagen

*Verksamhetsområdena omfattar:*

- LSS-handläggning
- socialpsykiatri
- avgiftshandläggning
- färdtjänst och riksfärdtjänst
- kontaktsekreterare för kontaktperson och kontaktfamilj

På enheten arbetar 11 tillsvidareanställda medarbetare. Enheten leds av en enhetschef och en specialisthandläggare.

## Enheten för äldre och bistånd

Enheten handlägger ansökningar om insatser enligt socialtjänstlagen. De vanligaste insatserna är:

- hemtjänst (personlig omvårdnad och service)
- trygghetslarm
- korttidsplatser
- särskilt boende
- avlastningsinsatser för anhöriga

Biståndshandläggarna arbetar i två team:

- områdeshandläggare för ordinärt boende och särskilt boende
- hemplanering från slutenvården

På enheten arbetar 11 medarbetare. Enheten leds av en enhetschef och en specialisthandläggare.

## Öppenvården

Öppenvården är en utförarverksamhet inom omsorgsförvaltningen och består av flera professioner:

- vuxenpedagoger (boendestöd inom socialpsykiatri)
- familjebehandlare
- hemterapeuter
- ungdomspedagoger med fältarbete
- behandlare inom skadligt bruk och beroende
- personligt ombud
- familjerådgivning

Verksamheten erbjuder stöd både som serviceinsatser och biståndsinsatser.

Totalt arbetar cirka 25 medarbetare inom öppenvården. Enheten leds av en enhetschef.

### Enheten för integration och arbete

Enheten arbetar med arbetsmarknads- och integrationsinsatser och består av:

#### *Yttre verksamhet*

Uppdrag riktade mot hela kommunen, exempelvis:

- kommunens bilpark
- vaktmästaruppdrag
- rekonditionering av hjälpmedel
- park- och uteskötsel
- caféverksamhet

#### *Inre verksamhet*

Arbetar främst med personer som har försörjningsstöd genom:

- praktik
- coachning
- introduktionsenheten
- hantering av lönestöd
- projektet Tidiga insatser

På enheten arbetar cirka 35 medarbetare inklusive yttre verksamhet. Enheten leds av en enhetschef och en biträdande enhetschef.

## 2 Riskanalys

### 2.1 Identifierade risker

Under året har flera gemensamma riskområden identifierats, bland annat personalomsättning, rekryteringssvårigheter, införandet av nytt verksamhetssystem, ökad komplexitet i individärenden, behov av samverkan mellan myndigheter samt hög arbetsbelastning. Även externa faktorer, såsom förändrad lagstiftning och införandet av ny socialtjänstlag, har påverkat arbetet.

## **Barn och unga**

Enheten har haft svårigheter att rekrytera erfarna och behöriga medarbetare vilket har lett till att två konsulter har anlåtats och minskad kontinuitet i ärenden. Nyanställda har behövt omfattande stöd och flera komplexa ärenden har varit svåra att hantera på grund av brist på lämpliga placeringar. Trots detta har utredningstiderna i stort kunnat hållas genom gott samarbete i gruppen.

Den nya enhetschefen, som tillträdde i november 2024 utan tidigare myndighetserfarenhet, behövde initialt stöd. Under året har även flera komplexa ärenden krävt omplaceringar och medfört ökade kostnader. Byte av verksamhetssystem (från Combine till VIVA) och telefonleverantör har skapat praktiska problem. Inför den nya socialtjänstlagen den 1 juli 2025 har delegationslistor och lagrum behövt uppdateras, vilket inneburit risk för felaktiga beslut.

## **Enhet Vuxen**

Enheten har haft flera chefsbyten under året. Ordinarie enhetschef avslutade sin anställning i januari, en tillförordnad chef tog över i februari och ny ordinarie chef tillträdde den 4 augusti. Från 10 september har den ordinarie chefen varit utlånad till Öppenvården, och en ny tillförordnad chef har lett enheten sedan dess.

Trots organisatoriska förändringar har myndighetsutövningen inom försörjningsstöd hållit god kvalitet. Enheten har dock haft svårt att uppfylla nämndens mål om att fler ska nå egen försörjning, bland annat på grund av begränsade aktiviteter för arbetssökande och utmaningar i att hänvisa personer rätt mellan myndigheter. Systembyte till VIVA, ny socialtjänstlag och interna administrativa problem har också påverkat arbetet.

## **Enheten för funktionsnedsättning**

Ur ett myndighetsperspektiv utgör bland annat likvärdig bedömning, rättssäkerhet, dokumentation, brister i samverkan och bemötande risker som kan påverka verksamhetens kvalitet.

## **Enheten för äldre och bistånd**

Enheten har påverkats av hög arbetsbelastning, fler ärenden med komplexa behov och personalomsättning, vilket ökat behovet av handledning och stöd. Införandet av VIVA och nya uppgifter såsom LOV-hantering har ytterligare belastat personalen. Vid hög arbetsbelastning har brister i följsamhet till rutiner och arbetssätt uppstått, och kommunikations- och samarbetsutmaningar har påverkat arbetsmiljön.

## **Öppenvården**

Öppenvården har behövt se över grundstrukturer, effektivisera verksamheten och omfördela resurser. Detta har lett till två organisatoriska förändringar: effektivisering av ledningsresurser (två chefer inom enheten) samt genomförande av nämndens uppdrag att utöka fältverksamheten. En omfattande kartläggning av verksamhetsområdena har genomförts.

Enhetschefen har varit tjänstledig för att prova en chefsroll inom myndighetssidan. En tillförordnad chef tillträdde i september och är nu ordinarie enhetschef.

## **Enheten för integration och arbete**

Enheten har initialt haft utmaningar i att verkställa biståndsbedömda insatser från

Enheten Vuxen samt hantera minskade uppdrag inom både yttre verksamheten och flyktingverksamheten.

## **2.2 Förebyggande åtgärder**

Under 2025 har flera förebyggande åtgärder vidtagits inom olika enheter. På Barn och Unga har verksamheten tillfälligt förstärkts med konsulter vid brist på handläggare, nyanställda chefer och medarbetare har fått nödvändiga kompetenshöjande insatser för att säkerställa rätts och kvalitets säkerhet.

Vid byte av verksamhetssystem från Combine till VIVA har migrering av ärenden planerats noggrant. Arbete med budget, placeringar och insatser följs upp kontinuerligt tillsammans med ekonom och chefer. Rutiner för interna kontroller har reviderats och förtydligats. Den nya Socialtjänstlag ( SoL) trädde i kraft 1 juli 2025, det krävdes en del förberedande arbete så som; lagtexter och delegationslistor har uppdaterats. Inom vissa enheter har vi haft även vid behovsanställda för att möta verksamhetens behov.

För behovsinriktade och rättssäkra utredningar har utbildningsinsatser inom BBIC (Barnets behov i centrum) och IBIC (Individens behov i centrum) genomförts under 2025. Verksamheterna följer aktuell rättspraxis och Socialstyrelsens rekommendationer för dokumentation, och samverkan med andra myndigheter och professioner prioriteras. Bemötande med både brukare och kollegor betonas genom tydlighet, ödmjukhet och interna ”spelregler”.

Verksamheter har infört nya mötesformer varannan vecka med fokus på information och gemensamt lärande samt stärkt samarbete med andra enheter och professioner i komplexa ärenden. Ett aktivt arbete med den psykosociala arbetsmiljön har genomförts, vilket visade bättre resultat i årets OSA.

Ett internt samarbete och kontinuerlig kontakt hålls med andra kontor för att motverka minskat antal interna uppdrag som enheten för integration och arbete verkställer.

Sammanfattningsvis har enheterna under året fokuserat på att säkerställa bemanning, upprätthålla kvalitet och rättssäkerhet, stärka samverkan och arbetsmiljö samt hantera risker både internt och externt.

## **3 Egenkontroll**

### **3.1 Metoder för egenkontroll**

#### **Verksamhetsövergripande egenkontroller**

Samtliga enheter arbetar med systematisk egenkontroll genom:

- avvikelshantering
- lex Sarah
- synpunkter
- brukarundersökningar
- öppna jämförelser
- stickprov och journalgranskning

- arbetsmiljöenkäter (OSA)
- systematiskt arbetsmiljöarbete enligt årshjul

Flera enheter genomför även regelbundna ärendedragningar, handledning och uppföljning av dokumentation.

### **Avvikelse och synpunkter**

Arbetet med avvikelser och synpunkter följs kontinuerligt upp och är en stående punkt på APT. Två gånger per år presenteras en samlad analys för vård- och omsorgsnämnden, inklusive inkomna lex Sarah-rapporter.

Brukarundersökningar genomförs årligen och resultaten följs upp tillsammans med öppna jämförelser. Verksamheterna arbetar systematiskt med uppföljning genom stickprov för att säkerställa att riktlinjer följs och att arbetet bedrivs enhetligt. OSA-enkäten besvaras av medarbetare och följs upp inom ramen för arbetsmiljöarbetets årshjul (SAM och SKA).

## **3.2 Resultat och åtgärder**

Brukarundersökningarna har haft en låg svarsfrekvens, vilket begränsar möjligheten till mer omfattande analys, men resultaten används i förbättringsarbetet och planering pågår för att öka svaren kommande år.

Egenkontrollerna visar överlag god följsamhet till rutiner. De brister som identifierats rör främst dokumentation, kommunikation och samverkan. Åtgärder har genomförts i form av utbildning, uppdaterade rutiner och tätare uppföljning på enhetsnivå.

Under 2025 har verksamheterna arbetat systematiskt med egenkontroll och uppföljning för att säkerställa kvalitet, rättssäkerhet och brukarnytta. Resultat och åtgärder redovisas löpande på APT, och ärendedragningar, handledning samt systematiskt arbetsmiljöarbete är etablerade arbetssätt. Arkivhantering och kontinuitetsplaner följs enligt gällande riktlinjer.

Genomförda åtgärder omfattar förbättrad dokumentation, omfördelning av arbetsuppgifter, utbildningsinsatser, tätare uppföljning av brukare och säkerhetsrutiner samt stärkt samarbete både internt och med externa aktörer.

## **4 Avvikelse**

### **4.1 Hantering av avvikelser**

Syftet med avvikelshantering är att identifiera risker och brister, dokumentera och analysera avvikelser från rutiner samt vidta åtgärder som förhindrar att problemen återkommer. Avvikelse används för att stärka kvalitet, rättssäkerhet och lärande i verksamheterna och är ett viktigt verktyg i det systematiska kvalitetsarbetet.

Avvikelse och risker dokumenteras i DF-Respons och analyseras för att upptäcka återkommande mönster. När en avvikelser rapporteras ansvarar närmaste chef för handläggningen och involverar vid behov medutredare.

## 4.2 Inrapporterade avvikelser och uppföljning

Avvikelser har rapporterats av de fyra myndighetsenheterna. Enheten för integration och arbete har inte rapporterat några avvikelser, och inom Öppenvården saknades ett implementerat arbetssätt större delen av året, men avvikelshantering infördes före årsskiftet.

Totalt rapporterades 84 avvikelser. Analysen visar tydliga mönster och trender. De flesta avvikelser har bedömts som mindre allvarliga, några som måttliga och en som betydande. En händelse har rapporterats enligt lex Sarah och anmälts till IVO, avseende enheten för äldre och bistånd, hemtjänsten och hemsjukvården.

De vanligaste typerna av avvikelser rör brister i handläggning, information, kommunikation/samverkan samt dokumentation. Den främsta orsaken är bristande följsamhet till rutiner. Utredningarna visar även på osäkerhet efter systembytet till VIVA, varierande kunskap om rutiner samt påverkan av hög arbetsbelastning och stress. Vissa avvikelser är fortsatt under utredning.

Vidtagna åtgärder omfattar enskilda samtal med berörda medarbetare, gruppsamtal och genomgångar på APT och verksamhetsmöten, kompetenshöjande insatser, utbildning i journalföring och orosanmälningar samt förstärkt samarbete med polis och andra aktörer. Samordnade ärendeträffar mellan hälso- och sjukvård, hemtjänst och chefer har införts. Åtgärder följs upp kontinuerligt och har redan lett till förbättringar, bland annat tryggare handläggare, bättre informationsflöden och ökad samverkan mellan enheter.

Planerade åtgärder inkluderar en utbildningsdag för alla chefer med fokus på lex Sarah (24 april 2026) samt fortsatt arbete med att kvalitetssäkra rutiner, handläggningsmoment och avvikelseprocessen, särskilt då flera chefer är nya i sina roller. Det systematiska kvalitetsarbetet fortsätter på enhetsnivå, där avvikelser upptäcks, utreds och åtgärdas. Den vanligaste orsaken – bristande följsamhet till rutin – kvarstår och behöver fortsatt prioriteras.

Verksamheterna kommer att stärka det proaktiva kvalitetsarbetet genom regelbundna egenkontroller, tydligare ledningssystem och kontinuerlig uppföljning av avvikelser på APT och enhetsmöten. Alla avvikelser utreds, åtgärdas och följs upp, och åtgärderna har bland annat lett till förbättrad samverkan, tydligare rutiner och snabbare stöd till berörda medarbetare.

## 4.3 Lex Sarah

Under perioden januari–november 2025 utreddes tre avvikelser som rapporterats enligt lex Sarah. En av dessa berörde både myndighet, hemtjänst (produktion) och hälso- och sjukvård (HSL). De två övriga inträffade på enheten Barn och unga under 2024, men åtgärdades och avslutades under 2025.

### Typ av avvikelser

- Brist i handläggning – två avvikelser
- Kombinerad avvikelse (brist i handläggning, information, kommunikation/samverkan, dokumentation samt utebliven vårdåtgärd enligt HSL) – en avvikelse

### *Hantering och status*

Två avvikelser avseende brister i handläggning har utretts enligt lex Sarah och avslutats med yttrande till IVO, inklusive redovisade åtgärder.

## **5 Klagomål och synpunkter**

### **5.1 Rutin för mottagning och hantering**

Hantering och uppföljning av synpunkter och klagomål inom verksamheten sker enligt gällande rutin. Den som lämnat en synpunkt kontaktas inom sju dagar, och synpunkten registreras hos registrator samt arkiveras hos enhetschef. Alla inkomna synpunkter tas upp och redovisas på APT-möten. Utredning och uppföljning görs av enhetschef eller specialisthandläggare, med tydlig information till medborgare och personal om skillnaden mellan en synpunkt och en överklagan. Det finns viss kunskapsbrist bland allmänheten om socialtjänstens uppdrag och möjligheter. Eftersom mycket av arbetet bygger på frivillighet kan insatser och beslut ibland missförstås, exempelvis av anhöriga.

I vissa avseenden kan synpunkter och klagomål komma via blankett, telefon, möte eller digitalt och diarieförs innan de hanteras, vanligtvis av enhetschef men ibland av medarbetare. Samtliga ärenden hanteras enligt Östhammar kommuns rutin för klagomål och synpunkter, med syfte att säkerställa rätt hantering och återkoppling.

### **5.2 Åtgärder och lärdomar**

Under 2025 har det inkommit 16 klagomål och synpunkter till omsorg myndighets verksamheter. Samtliga synpunkter avser genomförande av insatser.

Förekomsten av klagomål innebär inte nödvändigtvis att verksamheten fungerar bristfälligt, utan kan även vara ett tecken på att det finns fungerande rutiner för att ta emot och hantera synpunkter.

Klagomålen skiljer sig åt när det gäller vem som lämnat dem, vad som orsakat missnöjet och vilka åtgärder som satts in. Ofta handlar klagomål om missnöje i ärenden där ett avslagsbeslut har fattats.

Synpunkter och klagomål har utretts enligt våra rutiner för hantering. Åtgärder har vidtagits av enhetschefen i berörd verksamhet. Information/återkoppling om hur klagomålet hanterats och åtgärder har genomförts i enskilda ärenden har delgetts synpunktslämnaren

## **6 Individens medverkan i kvalitetsarbetet**

### **6.1 Brukarundersökningar och förbättringsarbete**

Verksamheten genomför brukarundersökningar årligen för att fånga upp synpunkter, kritik och önskemål från brukare. Undersökningarna omfattar bland annat placeringar i familjehem, men svarsfrekvensen är ofta låg och de svar som inkommer är i huvudsak positiva.

Under 2025 deltog en del av verksamheterna inom Omsorg myndighet i

brukarundersökningen via Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), där svarsfrekvensen låg på 24 % (8 svar). Eftersom antalet utdelade enkäter är begränsat och svarsfrekvensen låg, behöver enheten förbättra informationen till brukare och deras företrädare samt motivera fler att delta, för att brukaren ska kunna påverka verksamheten.

Enkäter skickas alltid ut av administratör till aktuella brukare inom verksamheterna och resultaten diskuteras inom verksamheten för att identifiera både styrkor och förbättringsområden. Det finns också önskemål om att nå ut till allmänheten i större utsträckning om kommunens tjänster, till exempel budget- och skuldrådgivning.

På enheten Äldre och Bistånd genomfördes inga brukarundersökningar under 2025.

Inom Öppenvård har vissa delar av enheten deltagit i den årliga invånarenkäten, bland annat familjebehandlare, vuxenpedagoger och hemterapeuter. Personligt ombud samt behandlare för skadligt bruk och beroende har däremot egna utvärderingar som samtliga klienter besvarar anonymt när insatsen avslutas. Planen för kommande år är att samtliga personer som kommer i kontakt med Öppenvården ska ges möjlighet att delta i en brukarenkät, för att stärka brukarnas medverkan i kvalitetsarbetet.

## **6.2 Brukarinflytande - delaktighet i planering och uppföljning**

Verksamheten arbetar aktivt med att göra klienter delaktiga i kvalitetsarbetet genom brukarundersökningar, synpunkter och delaktighet i planering och uppföljning inom alla sex enheter.

De enskilda, brukare/klienter, är involverade i sin utredning och planering och beslut kommuniceras tydligt med möjlighet till överklagande när det behövs. Under utredningstiden upprättas vårdplaner och planeringar som klienten får ta del av. Uppföljning av insatser sker genom dialog med den enskilde om vad som fungerat bra eller mindre bra och kan kompletteras med kontakt med utförare eller andra professioner via nätverksmöten eller samordnad individuell plan (SIP).

Handläggarna kan framföra önskemål om utförande, exempelvis tider eller personal. Uppföljningar genomförs alltid med brukare, eventuella företrädare, anhöriga och berörd personal, anpassat efter individens behov, exempelvis via hembesök eller telefonsamtal.

Brukarundersökningar genomförs årligen och används för att fånga upp kritik, önskemål och förbättringsområden, även om svarsfrekvensen ofta är låg. Resultaten diskuteras på APT och används för förbättringar av verksamhetens processer och rutiner.

Vårt mål är att som kommer i kontakt med verksamheten ska uppleva hög grad av delaktighet och inflytande över sin situation.

## 7 Verksamhetens nyckeltal

### 7.1 Verksamhetens nyckeltal

#### 7.1.1 Myndighet Barn och unga

##### 7.1.1.1 Utredningstid >4 månader

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Utredningstid >4 mån	30	69	100	31

##### 7.1.1.2 Antal placeringar vid tertialets slut

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Familjehemsplaceringar	8	12	18	14
Konsulentstödda familjehemsplaceringar	10	12	9	13
HVB-placeringar	4	7	6	5
Stödboendeplaceringar	6	4	5	7

##### 7.1.1.3 Snittkostnad per vård dygn

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Familjehemskostnad	722	542	565	617
Konsulentstödda familjehemskostnad	2 459	2 219	2 426	2 477
HVB-kostnad	5 100	4 929	5 331	5 838
Stödboendekostnad	2 063	2 170	2 036	1 986

## 7.1.2 Myndighet Vuxen

### 7.1.2.1 Antal placeringar

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Institutionsvård/ Missbruk	6	5	5	5
-Snittkostnad per dygn, missbruk	2 430	3 400	2 167	2 552
Institutionsvård/ Psykiatri	3	0	3	3
-Snittkostnad per dygn, psykiatri	2 233	0	2 303	2 303
Familjehem (vuxen)	0	0	0	0
-Snittkostnad per dygn, familjehem	0	0	0	0

### 7.1.2.2 Övriga nyckeltal

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Antal hushåll med ekonomiskt bistånd	104	81	71	79
-Snitt utbetalt per hushåll under tertialet	19 364	7 891	7 939	7 373
Antal personer med Boendestöd	67	65	91	86

### 7.1.3 Myndighet Äldre

#### 7.1.3.1 Nyckeltal äldre

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Antal personer i ordinärt boende med hemtjänstbeslut	571	516	552	562
Beviljad tid hemtjänst, tot.	71 841	60 932	85 207	78 513
Utförd tid hemtjänst totalt, timmar	72 133	59 906	80 708	77 730
Beläggningsgrad SÄBO, tertialets slut (%)	99 %	94 %	96 %	94 %
Väntetid SÄBO, dagar	19	30	38	28

### 7.1.4 Myndighet LSS

#### 7.1.4.1 Nyckeltal LSS

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Beläggningsgrad i procent, LSS-boende, vid tertialets slut	119	109	105	100
Daglig verksamhet, antal brukare	109	105	91	108
-Egen regi	97	95	93	98
-Lagen om valfrihetssystem (LOV)	12	10	10	10

#### 7.1.4.2 Personlig assistans LSS

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
-personer	7	7	7	6
-timmar	15 681	20 324	29 688	25 104

#### 7.1.4.3 Personlig assistans Socialförsäkringsbalken

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Antal ärenden vid tertialets slut	20	19	18	18
-varav utförs av egen regi	7	6	5	5

## 7.2 Analys och jämförelse

Under 2025 har fokus varit att säkerställa rättssäkerhet och kvalitet, även när detta inneburit ökade kostnader för att den enskilde ska få rätt insats.

Ett omfattande arbete har genomförts för att se över alla externa placeringar. I maj hölls en gemensam genomgång där verksamhetschef och enhetschefer gick igenom samtliga placeringar med fokus på individens behov och möjligheter till hemmaplanslösningar. Arbetet har krävt ett aktivt ledarskap och nära uppföljning av handläggare, samtidigt som kostnadsmedvetenhet och rätt stöd till den enskilde har balanserats.

Parallellt har en kartläggning av Öppenvården genomförts, med fokus på grundstruktur och resursanvändning. Detta har gjort det möjligt att hantera fler biståndsbedömda insatser i egen regi och minska antalet externa placeringar. Resultatet märktes i september, då antalet externa placeringar minskade med totalt 13 (10 inom Barn och unga och 3 inom Vuxenenheten).

Inom ekonomiskt bistånd minskar antalet hushåll, men hushållens storlek ökar, vilket höjer den totala kostnaden. Fler personer utan ersättning från Försäkringskassan hamnar i långvarigt bistånd. Antalet sökande enligt massflyktsdirektivet från Ukraina har ökat, samtidigt som vissa stödformer inte beviljas av Pensionsmyndigheten och det är svårt att hitta sysselsättning för vissa grupper.

Inom Funktionsnedsättning har flera nyckeltal visat sig vara felaktiga eller svårtolkade, exempelvis beläggningsgrad över 100 % och statistik kring daglig verksamhet och personlig assistans. Nyckeltalen speglar inte alltid faktiska beslut eller förändringar, och det råder oklarhet kring vilka timmar och insatser som ingår.

För Äldre och bistånd finns risk för missvisande nyckeltal, bland annat då beviljad och utförd hemtjänst redovisas på olika sätt och även inkluderar tid som inte utförts. Beläggningsgrad på särskilt boende behöver också tydliggöras, exempelvis när en lägenhet räknas som belagd.

Enheten för Integration och arbete har under året arbetat med att stärka vägar till egen försörjning och har fått 6 personer i arbete och 2 i studier. Trots ett lågt antal är resultatet positivt utifrån målgruppen. Jobbsökaraktiviteter inom projektet Tidiga insatser bidrar dessutom till samhällsekonomiska vinster, då varje person som lämnar försörjningsstöd innebär betydande besparingar.

### **7.3 Prioriterade förbättringsområden**

Under 2025 har flera enheter identifierat prioriterade förbättringsområden utifrån verksamhetens behov och mål.

#### **Barn och unga**

Enheten har fokuserat på att utveckla hemmaplanslösningar i nära samverkan med Öppenvården. Genom intensivt stöd till både barn och föräldrar har man i flera fall kunnat undvika placeringar och stärka förutsättningarna i hemmiljön.

#### **Enheten Vuxen**

Enheten har prioriterat att stärka samsyn och gruppdynamik i den nya arbetsgruppen, att erbjuda arbetssökande kompetenshöjande insatser för att förbättra deras möjligheter på arbetsmarknaden samt att fördjupa samverkan med vården kring långtidssjukskrivna för att möjliggöra sjukersättning, arbetsrehabilitering eller återgång till sysselsättning.

#### **Funktionsnedsättning**

Förbättringsområdena har varit svårare att definiera eftersom nyckeltalen upplevs som osäkra och inte ger en heltäckande bild av verksamheten. Utifrån egna iakttagelser prioriterar enheten ett förbättrat samarbete och ökad förståelse mellan myndighet och LSS-utförare, ett mer individanpassat stöd både i egen regi och hos externa aktörer, stärkt samverkan med föreningar och civilsamhälle, kompetensutveckling för personalen samt fortsatt systematisk utveckling av verksamheten.

#### **Enheten för äldre och bistånd**

Enheten har identifierat behovet av att tydligare särskilja utförd tid enligt SoL och HSL samt att säkerställa att avböjd tid inte inkluderas i underlag och rapporter. Detta ska ge en mer korrekt bild av faktiskt utförda insatser och förbättra möjligheterna till uppföljning och kvalitetsarbete.

#### **Öppenvården**

Öppenvården har haft som övergripande mål att i nära samarbete med Barn och unga bidra till hemmaplanslösningar. Genom intensivt stöd till familjer har enheten kunnat möta behov utan placering och stärka förutsättningarna i hemmiljön.

#### **Gemensamma mål**

Samtliga verksamheter inom omsorgsmyndigheten arbetar mot mål som fokuserar på den enskildes behov, rättssäkerhet och kvalitet, samtidigt som budget i balans och en god arbetsmiljö för medarbetarna ska upprätthållas.

#### **Samlad bedömning**

Förbättringsområdena under året handlar framför allt om ökad delaktighet, bättre uppföljning, mer tillförlitliga nyckeltal, stärkt samverkan samt högre kvalitet i insatser och måluppfyllelse.

## 8 Sammanställning av analys och resultat

### 8.1 Övergripande bedömning

Under 2025 har samtliga enheter arbetat med att stärka strukturer, rutiner och kvalitet i verksamheten, trots olika utmaningar som personalomsättning, systembyten och komplexa ärenden.

**Barn och Unga** har minskat beroendet av konsulter och byggt upp en stabil grundstruktur. Arbetsmiljö och handledning har förbättrats, och fokus på hemmaplanslösningar har ökat i linje med nya socialtjänstlagen, vilket minskar behovet av placeringar. Familjehem och familjerätten har förstärkts genom rekrytering och samverkan med öppenvården, och SIP samt förberedelser inför socialdataregisterlag har påbörjats.

**Enheten Vuxen** har hanterat hög personalomsättning och långvarig rekrytering av chef, samtidigt som systembytet fördröjt handläggning. Trots detta har personalen visat stort engagemang. Många speciella ärenden med komplexa behov har krävt extra tid och samverkan med andra aktörer.

**Funktionsnedsättning** är en komplex enhet med små verksamhetsområden, vilket gör samarbete över områdena utmanande. Trots detta finns hög arbetsglädje och samarbetsvilja.

**Enheten för äldre och bistånd** har hanterat normala utmaningar som systembyten och personalomsättning, med fokus på arbetsmiljö och kompetensutveckling. En ny växande utmaning är tidskrävande ärenden med komplexa behov som kräver samverkan och specialistkunskap.

**Öppenvården** har hållit budget i balans, och målgrupperna som svarat på enkäter är i stort nöjda med insatserna. Rutiner har stärkts och avvikelsehantering implementeras kontinuerligt. Fokus ligger på samverkan med flera aktörer, värdegrundsarbete och att skapa trygghet och arbetsglädje bland personalen.

**Enheten för integration och arbete** har uppnått gott ekonomiskt resultat, men har utmaningar med minskande externa uppdrag och svårigheter att hitta praktikplatser för deltagare. Fokus ligger på supported employment, arbetsförmågebedömningar och språkutveckling, bland annat genom projekt Tidiga Insatser, som förlängts med tre år för att stärka praktik och språkträning.

Sammanfattningsvis visar analysen att verksamheten har utvecklats positivt under året, med ökad struktur, samverkan och kvalitet, trots utmaningar med personal, system och komplexa ärenden.

## **8.2 Prioriterade förbättringsområden**

Inom omsorgsmyndigheten är följande områden prioriterade:

- Stärka rättssäkerhet, dokumentation och samverkan i handläggning och uppföljning av insatser.
- Utveckla hemmaplanslösningar genom ökat samarbete mellan enheterna för att minska behovet av externa placeringar, med utgångspunkt i den enskildes behov, närhetsprincipen och ett ekonomiskt hållbart perspektiv.
- Förbättra uppföljningen av insatser för att säkerställa att brukare, både inom egen regi och hos externa utförare, får sina behov tillgodosedda.
- Stärka samverkan över enhets- och verksamhetsgränser genom ökat tvärverksamhets-samarbete. Syftet är att bättre kunna stötta varandra och ta tillvara kompetens inom organisationen. Särskilt fokus ligger på utvecklat samarbete med utförarsidan inom LSS och äldreomsorgen.
- Utveckla arbetet kring samverkansärenden, exempelvis inom LSS, våld i nära relationer och brottsförebyggande arbete, där samverkan mellan interna och externa aktörer, inklusive polisen, är nödvändig.
- Stärka arbetet inom försörjning, integration och arbete (FIA) genom förbättrad samverkan och kortare vägar till egen försörjning för den enskilde.
- Arbeta mer kunskaps- och evidensbaserat i planering, genomförande och uppföljning av insatser.
- Öka möjligheterna till tidig upptäckt av behov hos brukare och stärka det förebyggande arbetet.
- Fortsätta implementeringen av den nya socialtjänstlagen för att säkerställa hög kompetens och kvalitet i verksamheten.
- Från och med 1 mars 2026 har enheten för integration och arbete (EIA) och enheten Vuxen slagits samman till den nya enheten Försörjning, integration och arbete.
- Säkerställa att medarbetarna upplever trygghet och meningsfullhet i arbetet, vilket bidrar till kvalitet, kontinuitet och god arbetsmiljö i verksamheten.

# Kvalitets- och verksamhetsberättelse LSS 2025

---

## Innehållsförteckning

1 Inledning .....	3
1.1 Syfte med verksamhetsberättelsen .....	3
1.2 Kort om verksamheten .....	3
2 Riskanalys .....	4
2.1 Identifierade risker .....	4
2.2 Förebyggande åtgärder .....	4
3 Egenkontroll .....	5
3.1 Metoder för egenkontroll .....	5
4 Avvikelser .....	6
4.1 Hantering av avvikelser .....	6
4.2 Inrapporterade avvikelser och uppföljning .....	7
4.3 Lex Sarah .....	8
4.4 Lex Maria .....	8
5 Klagomål och synpunkter .....	8
5.1 Rutin för mottagning och hantering .....	8
5.2 Åtgärder och lärdomar .....	9
6 Individens medverkan i kvalitetsarbetet .....	10
6.1 Brukarundersökningar och förbättringsarbete .....	10
6.2 Brukarinflytande - delaktighet i planering och uppföljning .....	12
7 Verksamhetens nyckeltal .....	13
7.2 Analys och jämförelse .....	13
8 Sammanställning av analys och resultat .....	14
8.1 Övergripande bedömning .....	14
8.2 Prioriterade förbättringsområden .....	14

## 1 Inledning

### 1.1 Syfte med verksamhetsberättelsen

Syftet med en verksamhetsberättelse för insatser enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) är att sammanfatta, utvärdera och redovisa verksamhetens arbete under det gångna året. Verksamhetsberättelsen utgör även en del av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet (SOSFS 2011:9).

Verksamhetsberättelsen ska beskriva hur uppdraget enligt LSS har genomförts, vilka resultat som har uppnåtts samt vilka utvecklingsområden som har identifierats. Dokumentet riktar sig till politisk nämnd, förvaltningens ledning samt andra intressenter och utgör ett underlag för styrning, uppföljning och utveckling av verksamheten.

### 1.2 Kort om verksamheten

#### **LSS-verksamheten i Östhammars kommun 2025**

Östhammars kommun erbjuder stöd och service enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) inom flera insatsområden: personlig assistans, gruppboendestäder, serviceboendestäder, avlastningsboende för barn samt daglig verksamhet. Under 2025 omfattade verksamheten cirka brukare inom LSS-insatser i kommunal regi. Syftet med verksamheten är att ge individanpassad stöd som främjar självbestämmande, delaktighet och möjligheten att leva ett så självständigt liv som möjligt. Insatserna ska präglas av respekt för den enskildes integritet och rätt till inflytande över sin vardag. Under året har verksamheten präglats av ökad efterfrågan på daglig verksamhet samt ökade krav på kompetens och anpassningar inom flera verksamhetsområden.

#### **Personlig assistans**

Personlig assistans ges till både vuxna och barn och ska bidra till jämlikhet och full delaktighet i samhällslivet. Under 2025 har verksamheten i egen regi omfattat sex vuxenärenden och ett barnärende. Samtliga vuxenärenden grundar sig på myndighetsbeslut från Försäkringskassan och finansieras genom en kombinerad budget från kommunen och Försäkringskassan. Verksamheten bedrivs i samverkan med vårdcentraler, andra externa aktörer samt genom strukturerat internt samarbete.

#### **Gruppboendestäder**

Kommunen har sex gruppboendestäder som bedriver bostad med särskild service. Fem enheter är belägna i Östhammar och en i Österbybruk.

Fyra enheter ger stöd till fem brukare vardera. En enhet ger stöd till sex brukare. En enhet ansvarar för fem brukare i gruppboendestad samt tre brukare i satellitlägenheter.

Verksamheten bedrivs på uppdrag av myndighet och i enlighet med LSS samt kommunala riktlinjer. Insatserna är individuellt anpassade och syftar till att främja brukarnas självbestämmande, delaktighet och möjlighet till ett självständigt liv.

#### **Serviceboendestäder och avlastningsboende för barn**

Verksamheten omfattar två serviceboendestäder och ett resursboende för barn:

En serviceboendestad har 11 boendestäder med totalt 12 boendeplatser. Lägenheterna är förlagda

i huslängor och personalen är placerad i en av lägenheterna. Den andra servicebostaden har 11 lägenheter med 11 boendeplatser.

Bojen – avlastningsboende för barn: sex rum där barn kan vistas upp till 14 dygn per månad. Barnen har ofta någon form av funktionsnedsättning och får stöd utifrån individuella behov. Under 2025 var det 21 stycken barn som hade beslut på bojen.

### **Daglig verksamhet**

Daglig verksamhet erbjuds till personer i yrkesverksam ålder och bedrivs på tio enheter i Östhammar och Österbybruk. Under 2025 hade verksamheten rekordmånga brukare med cirka 100 beslut, där 14 nya ärenden tillkommit och 8 avslutats.

Arbetsenheterna har olika inriktningar: upplevelsebaserad och skapande verksamhet, försäljning i butik eller café, tjänster som budkörning, återvinning, leveranser, sortering, tvätt, trädgårdsarbete samt drama- och musikaktiviteter. Deltagarna erbjuds även friskvårds- och kulturaktiviteter i samverkan med Kultur- och fritidskontoret, Östhammars Sportklubb, Roslagens Träningsverk och Svenska kyrkan, samt interna aktiviteter.

## **2 Riskanalys**

### **2.1 Identifierade risker**

#### **Identifierade riskområden**

Ett ökat antal brukare inom daglig verksamhet har medfört större arbetsgrupper vilket kan påverka individanpassning, arbetsmiljö och möjlighet till strukturerade aktiviteter.

- Höga sjuktal förekommer inom vissa verksamheter, vilket påverkar kontinuitet, arbetsbelastning och stabilitet i personalgrupperna.
- Genomförande av nya arbetsscheman innebär en omställning för personalen och kan initialt påverka arbetsmiljö och verksamhetens struktur.
- Hot- och våldssituationer kopplade till brukare inom LSS-verksamhet ställer höga krav på personalens kompetens, bemötande och på lokalernas utformning.
- Nya lagkrav gällande brandskydd inom LSS-verksamheter innebär ökade krav på anpassningar samt betydande investeringskostnader.

#### **Riskbedömning och uppföljning**

Bedömningar av sannolikhet och konsekvens genomförs kontinuerligt för varje identifierad risk. Dessa analyser används som underlag för prioritering av förebyggande åtgärder, anpassning av arbetssätt samt utveckling och revidering av rutiner.

### **2.2 Förebyggande åtgärder**

#### **Arbetsmiljö och sjukfrånvaro**

Sjukfrånvaro följs kontinuerligt upp och redovisas på APT och på Vård och omsorgsnämnden. För medarbetare med långtidssjukskrivning eller upprepad korttidsfrånvaro genomförs regelbundna rehabiliteringsuppföljningar samt individuella anpassningar vid behov.

Workshops inom arbetsmiljöområdet har genomförts på APT för att stärka kunskap och

delaktighet. Skyddsombud och enhetschef genomför kontinuerliga besök i arbetsenheterna för att följa upp arbetsmiljön och fånga upp eventuella risker i ett tidigt skede.

### **Arbets skador och tillbud**

Arbets skador och tillbud följs upp månadsvis av enhetschef tillsammans med skyddsombud.

Av de som inrapporterats under 2025 är flertalet kopplade till hot och våld i samband med brukare med utmanande beteenden. För att hantera dessa risker har handlingsplaner upprättats gällande bemötande, larmtelefon har införskaffats och handledning samt nätverksträffar har genomförts.

### **Förebyggande arbete och kvalitetsutveckling**

För att minska identifierade risker och säkerställa god kvalitet i verksamheten bedrivs ett systematiskt förebyggande arbete på flera nivåer. Arbetet präglas av struktur, tydlighet och kontinuerlig uppföljning.

Förebyggande åtgärder innefattar bland annat:

- Regelbunden översyn och uppdatering av rutiner
- Stöd till personalen för att arbeta i enlighet med gällande riktlinjer
- Upprättande, uppföljning och anpassning av individuella handlingsplaner utifrån brukarnas behov och identifierade risker
- Planering av bemanning utifrån brukarnas behov
- Dialog och samverkan inom personalgrupper samt med ledning
- Systematisk rapportering och uppföljning av avvikelser för att identifiera mönster och genomföra förbättringsåtgärder
- Kompetensutveckling, strukturerad introduktion av ny personal samt tydlig informationsöverföring vid överlämningar

Effekten av åtgärderna följs upp genom arbetsmiljöenkäter, uppföljning av tillbud och dialog på arbetsplatsträffar.

## **3 Egenkontroll**

### **3.1 Metoder för egenkontroll**

#### **Egenkontroll och uppföljning 2025**

Egenkontrollen genomförs inom ramen för kommunens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. LSS-verksamheten inom Östhammars kommun bedriver systematisk egenkontroll för att säkerställa kvalitet och arbetssätt i insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade i syfte att säkerställa en god och säker verksamhet enligt gällande lagstiftning och kommunala riktlinjer.

#### **Kontroll och granskning**

- Granskning och analys av journalanteckningar, genomförandeplaner och dokumentation.
- Utvärdering av genomförandeplaner och bemötandeplaner för samtliga brukare.
- Nytt journalsystem implementerades våren 2025 med nya rutiner för

- dokumentation och uppföljning av ärenden.
- Systemförändringar inom personlig assistans (Timecare) för förbättrad schemabild och uppföljning av antal timmar per brukare.
- Arbetsplatsträffar med ny dokumentationsmall med fokus på brukarens behov.

### **Kvalitet och säkerhet**

- Kontroll av livsmedel och mat, inklusive temperatur i kylskåp.
- Kontroll av basala hygienrutiner.
- Kontroll av brandsäkerhet.
- Avvikelser och synpunkter
- Brukarnas närvaro följs upp och analyseras vid hög frånvaro på daglig verksamhet.
- Analys av avvikelser och synpunkter från brukare, anhöriga och andra intressenter.
- Dialogmöten med brukare och företrädare anordnas kontinuerligt för att informera om pågående verksamhet och lyssna på synpunkter och önskemål, för att främja delaktighet och inflytande.

### **Frånvaro och rehabilitering**

- Korttidsfrånvaro hanteras genom direktkontakt med berörd personal.
- Långtidsfrånvaro hanteras via rehabiliteringsåtgärder

## **4 Avvikelser**

### **4.1 Hantering av avvikelser**

Avvikelser inom kommunen rapporteras och hanteras i systemet DF respons.

Vid rapporterad avvikelse ansvarar närmast ansvarig chef för hantering samt att lägga till medutredare vid behov.

Avvikelse på extern part hanteras utanför systemet, vid rapport mot region så hanteras dessa via Medicinsk ansvarig sjuksköterska. Utredningen av dessa läggs dock in i DF respons för en samlad övergripande rapport av hanterade avvikelser.

Under året har avvikelser sammanställts och analyserats för att identifiera eventuella mönster eller trender som kan indikera brister i verksamhetens kvalitet. Analysen har visat att avvikelserna i huvudsak har kunnat hanteras inom verksamheten och lett till konkreta åtgärder, såsom förtydligande av rutiner, justering av arbetssätt och ökad uppföljning.

Vidtagna åtgärder har följts upp för att säkerställa att de fått avsedd effekt och bidragit till förbättrad kvalitet och ökad trygghet för brukare och personal. Arbetet med avvikelshantering ses som en viktig del i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete och i det förebyggande arbetet. Resultatet återkopplas till personalgrupperna för att bidra till lärande och förbättring av arbetssätt.

I verksamhetsplaneringen är det inlagt genomgång för all personal sekretess, Lex Sarah, Lex Maria och Lex Maja två gånger per år.

## 4.2 Inrapporterade avvikelser och uppföljning

Antal av Risk/avvikelse	Kolumnetiketter			
Radetiketter	Avvikelse	Risk	Totalsumma	
Daglig verksamhet	28	2	30	
LSS GB Abborren	23	1	24	
LSS GB Boda	11		11	
LSS GB Dannemoravägen	46	6	52	
LSS GB Edsvägen 14	33		33	
LSS GB Klackskärsgatan	15	2	17	
LSS GB Rådhuset	8		8	
LSS Personlig Assistans	1		1	
LSS Personlig Assistans Öregrund	1	1	2	
LSS Personlig Assistans Österbybruk	4		4	
LSS Personlig Assistans Östhammar	39	3	42	
Servicebostad Albrektsgatan	30	1	31	
Servicebostad Repslagargatan	32		32	
<b>Totalsumma</b>	<b>271</b>	<b>16</b>	<b>287</b>	

**Dagligverksamhet:** 28 avvikelser har rapporterats under året. Att antalet avvikelser är relativt lågt kan ha att göra med att insatsen Daglig verksamhet sker under en avgränsad del av dygnet och att de medicinska insatserna är begränsade under närvaron i verksamheten. De rapporterade avvikelserna följs upp tillsammans med arbetshandledarna på den aktuella enheten. Därefter utreds den i Daglig verksamhetsledningsgrupp av enhetschef och samordnare tillsammans inrapporterade avvikelser och uppföljning. Avvikelseerna består till största delen av fallolyckor. Fallen sker till största delen under utomhusaktiviteter och kan bero på målgruppens begränsade rörelseförmåga eller koordinationssvårigheter.

**Gruppbovärdar:** 136 avvikelser har rapporterats under året. De vanligast förekommande avvikelserna avsåg läkemedelshandling, där personal inte signerat administrerade läkemedel i tid samt tillfällen där läkemedel inte givits enligt ordination. Avvikelser kopplade till LSS handlade främst om uteblivna insatser, vilket i huvudsak kan kopplas till personalbrist. Dessa avvikelser har hanterats enligt gällande rutiner genom både individuella samtal och samtal i hel grupp, med berörda. Samtliga HSL-avvikelser har hanterats på avvikelseråd med ansvariga sjuksköterskor. Åtgärder och uppföljning har fördelats mellan sjuksköterskor och enhetschefer.

**Personligassistans:** 45 avvikelser rapporterats under året. De vanligast förekommande avvikelserna är läkemedelsrelaterade samt händelse med olika hjälpmedel. Det har även förekommit flera avvikelser kring utebliven dokumentation. Åtgärder är att alla arbetsgrupper fått arbetsplatsträffar obligatoriska på schemat för att ha möjlighet att få en gemensam utbildning och information. Sjuksköterska och arbetsterapeut är även med på alla arbetsplatsträffar för att lyfta avvikelser kring läkemedel och hjälpmedel. Enhetschef och legitimerad personal träffas även en gång i månaden för att planera åtgärder, samt utvärdera utförda åtgärder kopplade till HSL- avvikelserna.

**Servicebostäderna:** 62 rapporterade avvikelser. De flesta avvikelser är läkemedelsrelaterade samt fallolyckor. De läkemedelsrelaterade avvikelserna handlar främst om att personalen missar att signera läkemedlet i det digitala signeringsverktyget. Rutin för detta finns, och tas upp regelbundet i personalgruppen. En annan åtgärd är att sjuksköterskan deltar på APT och samtalar om avvikelserna relaterade till läkemedel. Flera avvikelser handlar även om avvikenade beteenden hos brukarna som skapar en oro hos personalen exempelvis utåtagerande beteenden.

## Övergripande Lärdomar och utvecklingsområden

En central lärdom är vikten av tydlig kommunikation, rätt kompetens och gemensam förståelse för uppdraget. Händelserna har visat att det är avgörande att arbeta förebyggande, tidigt identifiera risker och kontinuerligt följa upp arbetssätt och insatser. De vanligaste avvikelserna inom hela LSS-verksamheten rör läkemedelshantering och fallolyckor.

Verksamheten har identifierat behovet av:

- Förbättrad grundplanering med mätbara mål i genomförandeplanerna.
- Tydlig beskrivning av hur insatsen ges och prioritering av åtgärder.
- Säkerställande av brukarnas delaktighet och medgivande för delning av information, med respekt för sekretess.
- Tydlig rollfördelning och nyckelpersoner som följer upp att planerade insatser tillsammans med bemötandeplan följs.
- Kompetensutveckling för personalen i att motivera brukare att ta emot stöd och insats.

Genom dessa åtgärder och lärdomar stärker verksamheten kvaliteten i vård och omsorg, ökar tryggheten för brukarna och skapar förutsättningar för ett systematiskt och förebyggande förbättringsarbete

### 4.3 Lex Sarah

Under 2025 rapporterades en avvikelse på gruppbostäderna enligt Lex Sarah, avseende misstanke om sexuellt olämpligt uppträdande.

IVO begärde kompletterande utredning samt redovisning av vidtagna och planerade åtgärder. Utredningens resultat visade att något sexuellt uppträdande inte hade förekommit. Händelsen tydliggjorde behovet av ökad kompetens kring kommunikation och individuellt stöd.

Utifrån utredningens resultat har åtgärder identifierats och planerats för att:

- Stärka personalens kompetens inom vård och stöd
- Förbättra arbetsmetoder och rutiner
- Säkerställa trygg och rättssäker vård och omsorg för brukarna

Åtgärderna följs upp löpande för att säkerställa att lärdomar från avvikelsen omsätts i förbättrad kvalitet och säkerhet i verksamheten.

### 4.4 Lex Maria

Ingen lex maria utredning har skett inom verksamhetsområdet LSS under 2025.

## 5 Klagomål och synpunkter

### 5.1 Rutin för mottagning och hantering

Verksamheterna tar emot synpunkter och klagomål från brukare, anhöriga och andra

berörda i enlighet med kommunens riktlinjer. Synpunkter kan lämnas på blankett, via webb eller muntligt.

Inkomna synpunkter och klagomål tas emot, dokumenteras och hanteras skyndsamt. Ansvarig chef följer upp ärendet och det genomförs en utredning samt åtgärder för att förbättra verksamheten. Återkoppling ges till den som lämnat synpunkten om personen så önskar. Synpunkter och klagomål används aktivt som en del av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete för att utveckla arbetssätt och säkerställa god kvalitet i vård och omsorg.

### **Inkomna synpunkter under 2025**

Under året har totalt **fyra synpunkter** inkommit. Antalet inkomna synpunkter är relativt lågt, vilket kan tyda på att synpunkter ofta hanteras direkt i verksamheten.

- Två avsåg servicebostäder
- En avsåg daglig verksamhet
- En avsåg gruppboende

#### **Servicebostäder**

De två synpunkterna rörde brister i städning och omvårdnad. Åtgärder har bestått av upprepade dialogmöten med anhöriga, myndighet och berörd personal samt uppföljning av genomförandeplaner och arbetsrutiner.

#### **Daglig verksamhet**

Synpunkten rörde upplevda brister i kvalitet. Åtgärd har varit samtal med berörd personal samt tydliggörande av arbetssätt och ansvar.

#### **Gruppboende**

Synpunkten avsåg att planerade aktiviteter inte alltid kunnat genomföras, relaterat till svårigheter för personalen att komma iväg med brukare. Åtgärder har innefattat översyn av schemaläggning samt arbete med genomförandeplaner och handlingsplaner för att säkerställa att aktiviteter prioriteras.

Samtliga fyra synpunkter har besvarats och hanterats enligt gällande rutiner.

## **5.2 Åtgärder och lärdomar**

Utifrån inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser under 2025 har verksamheten vidtagit åtgärder för att stärka kvaliteten och säkerheten i vård och stöd. Lärdomarna har integrerats i verksamhetens kvalitetsarbete. Åtgärderna har bland annat innefattat:

- Förtydligande av rutiner och arbetsmetoder.
- Stärkt uppföljning av insatser och genomförandeplaner.
- Ökat stöd till personalen i det dagliga arbetet.
- Uppdatering och komplettering av genomförandeplaner och bemötandeplaner vid behov.

Under året har vissa klagomål främst rört brukarnas vård och hygien. Vid sådana ärenden har verksamheten sammankallat möten med personal och vidtagit åtgärder

såsom ny genomförandeplan och tydlig åtgärdsplan.

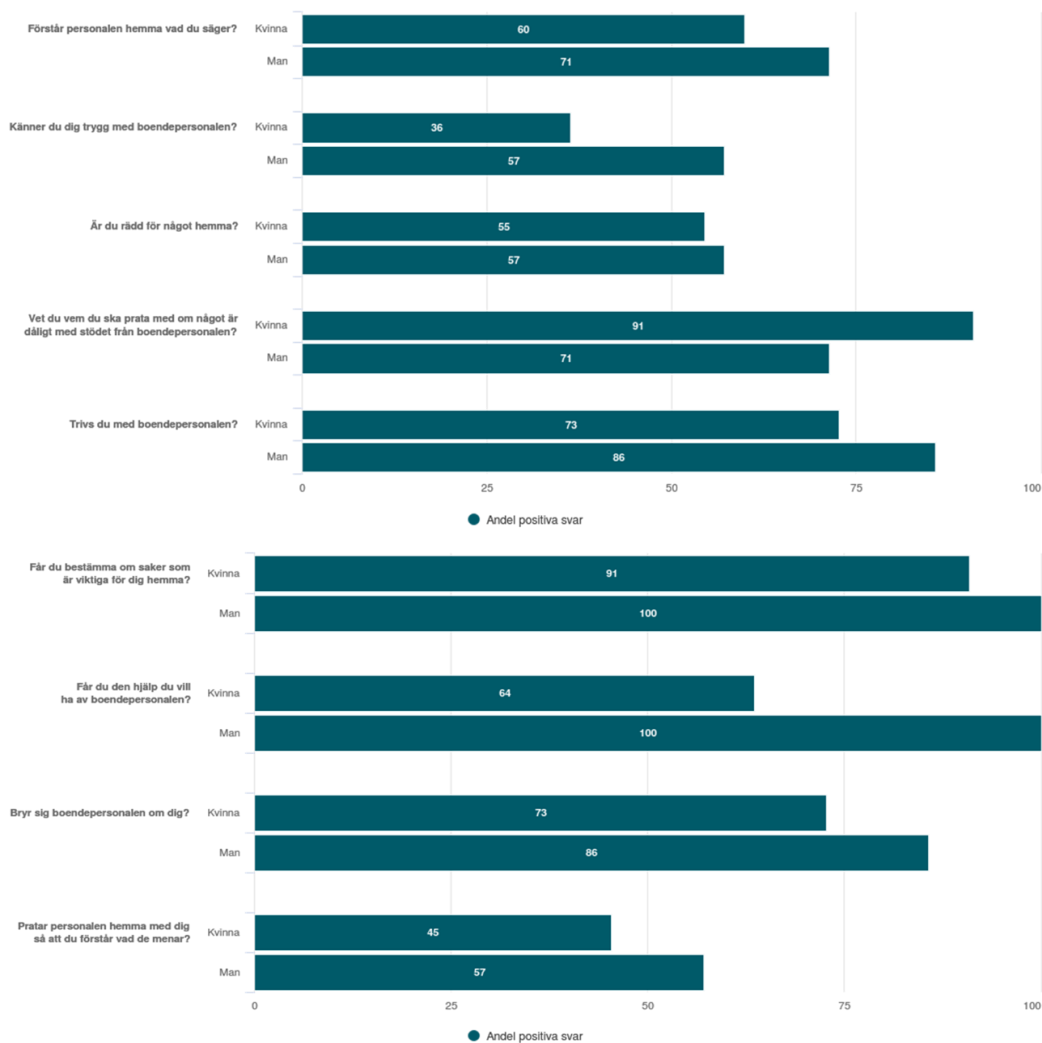
## 6 Individens medverkan i kvalitetsarbetet

### 6.1 Brukarundersökningar och förbättringsarbete

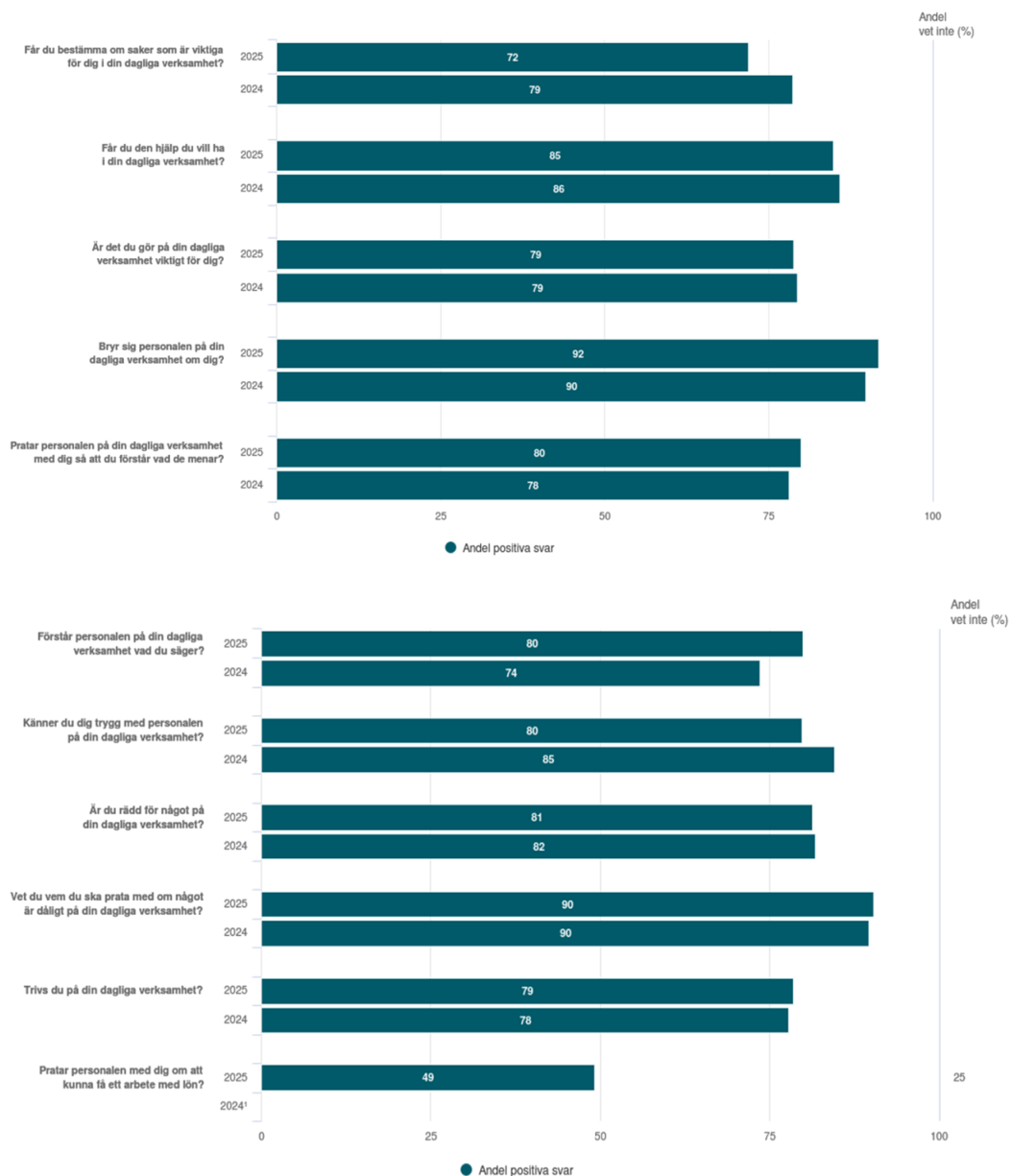
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) stöttar kommuner och privata aktörer i arbetet med brukarundersökningar. Undersökningarna ger brukare en möjlighet att framföra sina åsikter om stöden samt ger verksamheter kunskapsunderlag för förbättringsarbete.

SKR:s Brukarenkät erbjuds till alla brukare i verksamheten att svara på för få möjlighet att ge synpunkter om upplevelsen av insatsen anonymt. Brukarna förbereds inför den årliga frågeenkäten dels genom att prata om frågorna samt genom att man får den med sig hem. Nedan är verksamheternas resultat jämfört med 2024. Inför brukarenkäten 2026 kommer ett arbete med att motivera brukare till att svara på enkäten att göras, detta gäller främst gruppboistäder och personlig assistans. Varje enhet arbetar aktivt med sina resultat och har tagit fram åtgärdsplaner där vi har försämrade resultat gentemot 2024.

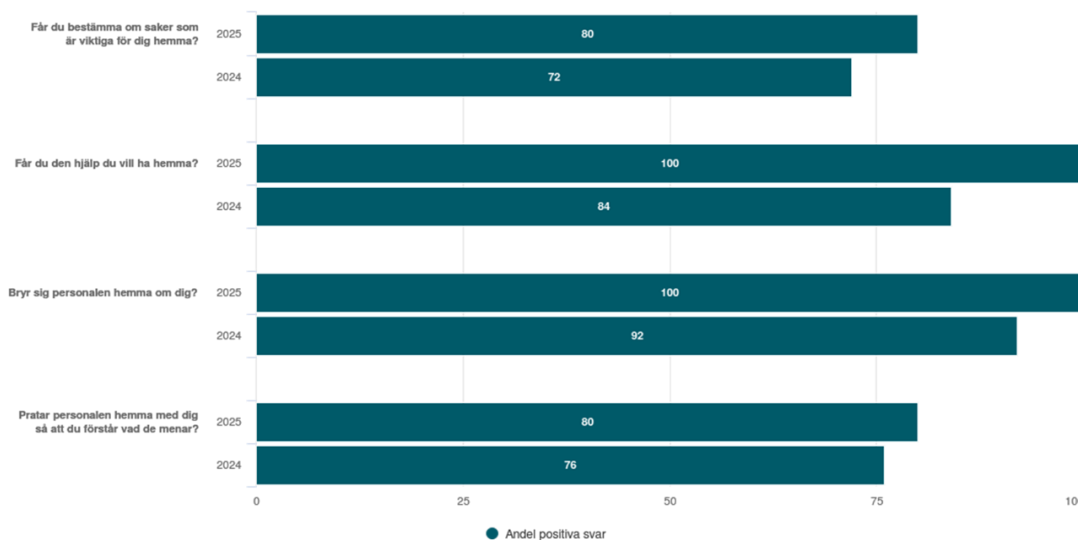
**Servicebostäder:** Svarefrekvens: 78% (18 svar)



**Dagligverksamhet:** Svansfrekvens: 94% (88 svar). Daglig verksamhet har jobbat mycket med att motivera brukarna inför denna undersökning. De har gått igenom frågorna innan med brukarna utan att påverka svaren. De har även erbjudit olika miljöer där brukarna kan sitta i lugn och ro och svara på enkäten utan att bli störd. Detta har lett till en hög svansfrekvens.



**Gruppboheter:** Svansfrekvens: 15% (fem svar) En låg svansfrekvens eller ett litet antal deltagare i undersökningen innebär att resultaten bör tolkas med försiktighet. Det finns en plan för hur arbetet med brukarundersökningar ska genomföras framöver för att säkerställa en högre svansfrekvens. Det var flera brukare som svarade dock lämnades svaren in för sent vilket ledde till att de inte registrerades.



Personlig assistans hade för låg svarsfrekvens, vilket gör att det inte finns något resultat.

## 6.2 Brukarinflytande - delaktighet i planering och uppföljning

Alla brukare har genomförandeplaner, vissa har med mätbara mål och delmål. Genomförandeplanerna beskriver hur insatser ska genomföras, vem som ansvarar (personal/arbetshandledare) och vilket kommunikativt stöd som används.

Personalens schema ska planeras så att de återspeglar brukarens behov och säkerställer kontinuitet i stöd och aktiviteter.

Brukaren deltar i planering, genomförande och uppföljning av sina insatser. För brukare med god man (sörja för person) eller förvaltare sker delaktighet i samverkan mellan brukare, personal, god man och förvaltare.

Genom tydliga processer, delaktighet, anpassade personal- och arbetsscheman samt kontinuerlig uppföljning stärks kvaliteten i vård och omsorg, brukarens trygghet ökar och personalen kan leverera individanpassat stöd och service.

## 7 Verksamhetens nyckeltal

### 7.1.1.1 Nyckeltal LSS

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Beläggningsgrad i procent, LSS-boende, vid tertialets slut	119	109	105	100
Daglig verksamhet, antal brukare	109	105	91	108
-Egen regi	97	95	93	98

### 7.1.1.2 Personlig assistans Socialförsäkringsbalken

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Antal ärenden vid tertialets slut	20	19	18	18
-varav utförs av egen regi	7	6	5	5

## 7.2 Analys och jämförelse

### Daglig verksamhet

Antalet sökande till daglig verksamhet ökar, vilket genererar ökade intäkter men samtidigt ökade behov av personal, lokaler och differentierade verksamhetsinriktningar. Utvecklingen är positiv men kräver strategisk planering för att säkerställa långsiktig kvalitet och hållbar arbetsmiljö.

### LSS gruppboendestäder

Inom gruppboendestäder är samtliga platser fullbelagda. Detta begränsar flexibiliteten att hantera nya beslut och förändrade behov. Vid en verksamhet med satellitlägenheter innebär avståndet mellan bostäderna att insatserna i praktiken huvudsakligen utförs som punktinsatser, vilket skapar utmaningar i förhållande till beslutade stödbehov. Det finns ett stort behov av fler gruppboendestäder.

### LSS Serviceboendestäder och Bojen

Serviceboendestäderna är full belagda och erbjuder grundläggande stöd och social samvaro. Inaktivitet bland boende har dock lett till ökad isolering, nedstämdhet och psykisk ohälsa, vilket tydliggör behovet av strukturerad sysselsättning och förebyggande stöd.

Bojen tar emot barn med ökade behov, vilket ställer krav på individanpassade aktiviteter

och förutsägbar struktur. Begränsade lokaler och avdelningsmöjligheter gör att barnantalet ibland behöver reduceras för att säkerställa trygghet och kvalitet. Verksamheterna håller god grundkvalitet, men ökade behov och komplexitet kräver fortsatt utveckling av sysselsättning, bostadsplanering, lokalanpassning och individanpassade insatser för att säkerställa långsiktig kvalitet, trygghet och arbetsmiljö.

### **Personlig assistans**

Personlig assistans omfattade sex ärenden under årets första del och fem ärenden resterande del av året. Verksamheten är stabil men volymmässigt liten, vilket innebär att varje förändring får direkt påverkan på ekonomi och bemanning.

## **8 Sammanställning av analys och resultat**

### **8.1 Övergripande bedömning**

#### **Verksamhet och kvalitet:**

Verksamheten bedrivs i huvudsak enligt LSS, HSL och kommunala riktlinjer med etablerade rutiner för egenkontroll, riskanalys och avvikelshantering. Brukarnöjdheten är generellt hög. Sammantaget har verksamheten haft ett stabilt år med hög efterfrågan och ökade krav på kompetens och lokaler.

#### **Kapacitet och resurser:**

Full beläggning i gruppboendestäder och ökande efterfrågan i daglig verksamhet skapar behov av långsiktig kapacitetsplanering, bostadsförsörjning och lokalanpassning.

#### **Psykisk hälsa och social inkludering:**

Inaktivitet bland boende leder till isolering och psykisk ohälsa. Barn och ungdomar med autismdiagnoser behöver individanpassade aktiviteter och struktur för trygghet och välbefinnande.

#### **Arbetsmiljö och kompetens:**

Höga sjuktal och ökad komplexitet kräver förebyggande arbetsmiljöåtgärder, kontinuerlig kompetensutveckling och samverkan inom personalgruppen och med hälso- och sjukvården.

#### **Säkerhet och riskhantering:**

Hot, våld och avvikelser i LSS- och HSL-insatser kräver fortsatt fokus på rutiner, utbildning och organisatoriska anpassningar för trygghet och kvalitet.

#### **Framtida utvecklingsområden:**

Strategiska insatser behövs för sysselsättning, social samvaro, bostadsförsörjning, lokalanpassning och långsiktig kompetensförsörjning för att säkerställa kvalitet, rättssäkerhet och hållbar arbetsmiljö.

### **8.2 Prioriterade förbättringsområden**

- Alla brukare ska ha genomförandeplaner med mätbara mål och delmål. Genomförandeplanerna ska beskriva hur insatser ska genomföras, vem som ansvarar (personal/arbetshandledare) och vilket kommunikativt stöd som

används.

- Personalens schema ska planeras så att de återspeglar brukarens behov och säkerställer kontinuitet i stöd och aktiviteter.
- Säkerställ brukarmedverkan och medgivande vid informationsdelning med respekt för sekretess.
- Kompetensutveckling för personalen i att motivera brukare och förebygga inaktivitet samt psykisk ohälsa.
- Ökad svarsfrekvens i brukarundersökningen till minst 40% på gruppbostäderna.

# Kvalitets- och verksamhetsberättelse Äldreomsorg 2025

---

## Innehållsförteckning

1 Inledning .....	3
1.1 Syfte med verksamhetsberättelsen .....	3
1.2 Kort om verksamheten .....	3
2 Riskanalys .....	3
2.1 Identifierade risker .....	3
2.2 Förebyggande åtgärder .....	4
3 Egenkontroll .....	4
3.1 Metoder för egenkontroll .....	4
3.2 Resultat och åtgärder .....	5
4 Avvikelser .....	5
4.1 Hantering av avvikelser .....	5
4.2 Inrapporterade avvikelser och uppföljning .....	5
4.3 Lex Sarah .....	6
4.4 Lex Maria .....	7
5 Klagomål och synpunkter .....	7
5.1 Rutin för mottagning och hantering .....	7
5.2 Åtgärder och lärdomar .....	7
6 Individens medverkan i kvalitetsarbetet .....	8
6.1 Brukarundersökningar och förbättringsarbete .....	8
6.2 Brukarinflytande - delaktighet i planering och uppföljning .....	10
7 Verksamhetens nyckeltal .....	10
7.2 Analys och jämförelse .....	13
7.3 Prioriterade förbättringsområden .....	13

## 1 Inledning

### 1.1 Syfte med verksamhetsberättelsen

Verksamhetsberättelsen syftar till att redovisa hur äldreomsorgen under 2025 har arbetat med kvalitet, måluppfyllelse och utveckling av verksamheten. Redovisningen utgår från det systematiska kvalitetsarbetet enligt gällande lagstiftning och kommunens styrdokument.

I rapporten presenteras riskanalyser, egenkontroller, avvikelser, synpunkter och nyckeltal samt en sammanfattande analys av resultat och prioriterade utvecklingsområden inför 2026.

### 1.2 Kort om verksamheten

Äldreomsorgen i Östhammars kommun består av två verksamhetsområden, hemtjänst och särskilt boende. Äldreomsorgen ansvarar för insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) samt delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Hemtjänst har mot slutet av 2025 fyra enheter. Dessa är Öregrund, Östhammar, Gimo/Alunda samt Österbybruk.

Särskilt boende finns på fem tätorter. Edsvägen 16 i Östhammar och Parkvägen i Österbybruk är kommunens boenden med inriktning för personer med demenssjukdom. Tallparksgården i Öregrund, Lärkbacken i Gimo och Olandsgården i Alunda är kommunens boenden med inriktning för personer med somatiska behov.

## 2 Riskanalys

### 2.1 Identifierade risker

Under 2025 har äldreomsorgen haft utmaningar i att arbeta med att nå en budget i balans i relation till bemanningsläget. Personalkostnaderna har varit för höga för verksamheten att bära men schematekniskt har det varit svårt att tillgodose verksamhetens behov med mindre personal utan risker för att minskad kvalitet.

Den organisatoriska överbyggnaden har också inneburit höga kostnader, för att nå budget i balans har antalet enhetschefer minskat, antal administrativ personal minskat samt organisatoriska förändringar har genomförts. Detta har inneburit att enheter har ökat i omfattning och att enhetschefer fått större arbetsgrupper med flera medarbetare. Identifierade risker har varit hög arbetsbelastning för chefer samt minskat upplevt närvarande ledarskap för medarbetare.

Rutiner inom äldreomsorgen har varit eftersatta när det gäller uppföljning och revidering. Detta har identifierat risker att rutiner hänvisar till organisatoriska delar eller system som inte längre finns kvar i kommunen.

Under 2025 har även verksamhetssystem för journalsystem samt planering av insatser inom hemtjänst bytts ut. Bytet av system har medfört att tidigare rapporteringsunderlag för både effektivitet och kvalitet har förändrats. Identifierade risker i samband med detta är att underlag för ersättning, personalkontinuitet och leveranssäkerhet inte varit korrekta och tagit mycket tid i anspråk varje månad att säkerställa.

## 2.2 Förebyggande åtgärder

För att arbeta med de identifierade riskerna har äldreomsorgen haft en konsult inom bemanningsekonomi som arbetat tillsammans med verksamhetschef för att se över bemanning i relation till den fördelade budgeten. Arbetet mynnade ut i en ny schemarutin som förhåller sig till lagstiftning men även faktorer för arbetsmiljö och återhämtning. Schemarutinen infördes i två steg. Första steget till sommaren var att se över antal fridagar och förlägga resurstid för att minska behovet av vikarier inom verksamheten. Det andra steget var i september då alla arbetsgrupper införde fyra veckors schema, med undantag för natten som har sex veckor.

Åtgärder för minskat antal chefer och administrativ personal har varit ett begärt ökat stöd från stödfunktioner. HR har ett uppdrag att se hur enhetschefer kan avlastas i rekryteringsprocesser samt under sista kvartal 2025 har HR partner även börjat med rehab pulsar för att stötta enhetschefer i personalärenden. Ekonomicontroller och HR partner har i samarbete med verksamhetschef haft månatliga möten för att stötta i frågor gällande verksamheten och arbetsmiljö. Under 2025 har även en avlastande funktion med centraladministration utretts och beretts, detta material finns kvar för fortsatt arbete under 2026. Under omorganisationer i verksamheten har enhetschefer haft tillfälliga teamledare på plats för att vara stöd under processen.

Äldreomsorgen har lyft rutiner under 2025 för uppdatering och utveckling av dessa. Under våren 2025 meddelades att en ny funktion på kommunens intranät skulle lanseras där dokumentbibliotek kunde byggas och därmed ska alla rutiner ses över innan de förläggs där. Under hösten har verksamhetschef gått igenom alla rutiner som berör äldreomsorgen och meddelat vilka som är i behov av revidering. Arbetet med revidering fortsätter 2026.

Verksamhetssystemen som har bytts under 2025 och underlagen som är kritiska för god uppföljning i verksamheterna följs upp löpande för utveckling. Under sista kvartalet av 2025 har även möten med systemägare bokats för att föra fram behovet av underlag. Ett gott samarbete med myndighet och HSL verksamheterna har varit avgörande för äldreomsorgen under årets arbete.

Identifierad risk	Åtgärd	Effekt
Hög personalkostnad	Ny schemarutin	Minskad vikarieanvändning
Hög chefbelastning	HR-stöd och rehab-pulsar	Ökat stöd i personalärenden

## 3 Egenkontroll

### 3.1 Metoder för egenkontroll

Inom äldreomsorg görs egenkontroller löpande.

Avvikelse och synpunkter

Vid uppföljning av avvikelser och synpunkter som även presenteras för vård- och omsorgsnämnden så görs en analys över arbetet med avvikelser samt hur äldreomsorgen arbetar med synpunkter. I denna analys finns även lex Sarah och lex Maria med.

### Introduktionsplanering

Inför varje sommar ses introduktionsmaterial över för att identifiera behov av uppdateringar eller revideringar. Under 2025 tillsattes en arbetsgrupp för att se över sommarbemanning och introduktion.

### Verksamhetsövergripande egenkontroller

- avvikelser
- synpunkter
- lex Sarah/Maria

### Enhetsnivå

- hygien
- livsmedel
- brandskydd
- fordon

## 3.2 Resultat och åtgärder

Egenkontrollerna visar generellt god följsamhet till rutiner. Brister har främst identifierats inom dokumentation, hygienrutiner och fordonskontroller. Åtgärder har genomförts genom utbildning, uppdaterade rutiner och ökad uppföljning på enhetsnivå.

## 4 Avvikelser

### 4.1 Hantering av avvikelser

Syftet med avvikelshanteringen är att identifiera risker och brister i verksamheten samt att möjliggöra lärande och förbättring av kvalitet och patientsäkerhet.

Avvikelser inom kommunen rapporteras och hanteras i systemet DF respons.

Vid rapporterad avvikelse ansvarar närmast ansvarig chef för hantering samt att lägga till medutredare vid behov.

Avvikelser som rör extern part hanteras utanför systemet. Utredningen av dessa läggs dock in i DF respons för en samlad övergripande rapport av hanterade avvikelser.

### 4.2 Inrapporterade avvikelser och uppföljning

Under januari till november 2025 har 1913 avvikelser rapporterats inom äldreomsorgen. Det är en minskning med 42% procent mot samma period 2024.

De vanligaste avvikelserna är *fall* (41,2%), *läkemedelshändelse* (21,1%) och *övrigt* (5,4%).

De vanligaste orsakerna är *den enskilde överskattar sin fysiska förmåga* (31,5%), *Ej följt gällande rutin* (16,7%) och *Omgivningsfaktor* (9,2%).

De vanligaste åtgärderna är *kontakt med berörd sjuksköterska* (44,6%), *Enskilt samtal med personal* (13,7%) och *Ingen åtgärd vidtagen* (10,5%).

De rapporterade händelserna är i huvudsak rapporterad av egna verksamheter inom området. endast en är från LOV utförare, en är från myndighet och tre från

hemsjukvården.

Avvikelsena är klassificerade enligt nedanstående riskmatris efter utredning:

0 = ej bedömd eller ingen risk

11,2% 2025 (247st.)

4,1% 2024 (135 st.)

Ökning med 7,1%, Ökning 112 st.

1-3 = låg risk

77,4% 2025 (1712 st.)

86,8% 2024 (2843 st.)

Minskning med 9,4%, Minskning med 1131 st.

4-6 = måttlig risk

11% 2025 ( 243 st.)

8,8% 2024 ( 288 st.)

Ökning med 2,2%, minskning med 45 st.

8-9 = hög risk

0,4% 2025 (9 st.)

0,3% 2024 (11 st.)

Ökning med 0,1%, minskning med 3 st.

Under 2025 krävde 87,4% av avvikelserna inte en uppföljning, av de som krävt en uppföljning så är det 0,2% av avvikelserna som per den 2 december ännu inte är uppföljda.

Avvikelsena har minskat avsevärt under 2025 och detta kan ha sina orsaker i följande åtgärder som startades redan 2024 och har haft fortsatt arbete under 2025:

#### **Ny rutin för ärendeträffar:**

På ärendeträffar diskuterar avvikelser och åtgärder tillsammans.

Minskade avvikelser kring fall, läkemedel med 17% mellan 2024 och 2025

#### **Aktivt arbete med Avvikelser:**

Utredning och även återkoppling till personalgrupp om vad som är en avvikelse.

En ökning av uppföljningen av avvikelser, under 2024 bedömdes 98,7% inte kräva uppföljning men under 2025 var det 87,4%. Detta indikerar att enhetschefer arbetar mer med uppföljning för att säkra att åtgärder ger önskat resultat.

#### **Nya arbetssätt kring sekretess och dokumentation:**

Antal avvikelser kring bruten sekretess har minskat med 60%. Enheterna har haft utbildning för personal kring sekretess och dokumentation och även implementerat en ny rutin som tagit bort alla lösa blad inom hemtjänsten och är nu helt digital med lösenskyddade telefoner.

### **4.3 Lex Sarah**

Under 2025 (januari till november) utreddes fem avvikelser som rapporterades enligt Lex Sarah, alla inträffade inom hemtjänst. De rapporterade händelserna har analyserats och åtgärder har vidtagits på verksamhetsnivå, bland annat genom förstärkt handledning

och tydligare rutiner.

Dessa var av följande typ:

- Övergrepp/oegentligheter två st.
- Brist i trygghet en st.
- Brist i information, kommunikation, samverkan; Brist i trygghet; Brist i/utebliven tillsyn en st.
- Brist i handläggning; Brist i information, kommunikation, samverkan; Brist i/utebliven dokumentation; Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL) en st.

En avvikelse kring övergrepp/oegentligheter av har avslutats utifrån att IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg) meddelat att den inte klassificeras som en Lex Sarah då det inte framgår organisatoriska brister.

Resterande inväntar förvaltningen besked från IVO kring.

#### **4.4 Lex Maria**

Det har skrivits sex st. lex marior inom Äldreomsorgen. Händelserna har analyserats och lett till åtgärder i form av förbättrade rutiner och utbildningsinsatser.

## **5 Klagomål och synpunkter**

### **5.1 Rutin för mottagning och hantering**

Inkomna synpunkter meddelas berörd närmsta chef för verksamheten som påtalas. Är det övergripande äldreomsorg tilldelas hanteringen av synpunkten till verksamhetschef.

Synpunkter kan lämnas via blankett, digitalt formulär, telefon eller direkt till personal. Samtliga synpunkter registreras och följs upp av ansvarig chef.

Under 2025 har 88 synpunkter registrerats inom äldreomsorgen.

### **5.2 Åtgärder och lärdomar**

En stor andel synpunkter är kopplade till hemtjänstens bilkörning. På Arbetsplatsträffar lyfts detta kontinuerligt och vikten av att uppträda i trafiken enligt gällande lagar och regler. I de fall där synpunkten kan ange tid för händelsen hålls även enskilt samtal med berörd förare.

Inom särskilt boende har flera synpunkter inkommit gällande bemanning. Med arbetet för att nå en budget i balans har bemanningen optimerats vilket lett till synpunkter på minskad bemanning. I de fall där det framgår vem som lämnat synpunkten och det berör enskild brukare har enhetschefer bjudit in till dialog kring omsorgen för brukaren för att tillgodose behoven med en gällande genomförandeplan.

Synpunkter har även inkommit gällande mötesplatser för äldre. Detta har under hösten 2025 startat på varje särskilt boende i kommunen och har givit goda resultat.

## 6 Individens medverkan i kvalitetsarbetet

### 6.1 Brukarundersökningar och förbättringsarbete

Vid en utvärdering av äldreomsorgens resultat i brukarundersökningen Öppna jämförelser så framgår det att kommunens resultat har försämrats sen tidigare år. Resultaten visar en försämring inom flera områden, framför allt kopplade till sociala aktiviteter och bemanning. Försämringen bedöms ha samband med arbetet för budget i balans.

#### Särskilt boende (säbo)

Inom särskilt boende har verksamhetsområdet nått budget i balans. För att nå budget i balans har enheterna optimerat sin bemanning, minska ambitionsnivån på aktiviteter samt minskade överlapp på eftermiddagar där mycket social samvaro ingått. Det är en av förklaringsposterna till att det är inom detta verksamhetsområde den större försämringen syns.

Det som har identifierats är behovet av mer aktiviteter, tätare bemanning vid måltider samt utrymme att individanpassa omsorgen lite mer efter önskemål.

Arbetet med detta är påbörjat om Äldreomsorgens ledningsgrupp har tagit fram en tydlig lista över ombudsroller samt stöttande roller som omvårdnadsledare samt Silviasyster och demensteam.

Äldreomsorgen har ett behov av att satsa på kompetensutveckling. Äldreomsorgen har haft några år av ansträngt läge så att satsningar på kompetensutveckling har varit sparsamma. En plan för att utveckla kompetens och språk finns. Språkträffar är samordnade med bruksgymnasiet under vintern.

Kommunens särskilda boenden är eftersatta i den fysiska miljön. Ytskikt är slitna och utemiljön är inte alltid anpassad för personer med funktionshinder. Vissa förändringar av utemiljön har genomförts under sommaren 2025 till exempel utanför Tallparksgården. Men för att skapa en inbjudande miljö krävs det större satsningar både inne och ute som inte ryms i budget för driften.

En positiv utveckling har skett och det är vårt bemötande som stigit från 46-53%

Följande är identifierade områden och åtgärder att arbeta med inför 2026:

- **Måltid**

Anpassa efter behov- fördela till matsal och mindre grupper efter olika behov en del till exempel karotter

Skapa lugn- mindre spring av till exempel anhöriga, äta på rummen när anhöriga deltar

Stärkt bemanning- Över måltider

- Tillräckligt med tid

Stärka upp bemanning under utsatta tidpunkter som till exempel måltider.

Skapa arbetsordningar med fokus på brukarens behov så arbetet kan genomföras lugnare.

Arbeta med att personals frustration inte läggs på anhöriga och brukare.

- Bjuda med anhöriga i BPSD och genomförandeplaner för att lägga grunden för förväntningar eller att också diskutera när man måste acceptera en tillbakagång i brukarens egen förmåga och hälsa.
- Dokumentera utförligare så det finns underlag för att hålla dialog när anhöriga hör av sig och frågar om detaljer kring sin anhörig.
- Utbildningar- psykiatri, förflyttning, rehab-träning.

Arbeta med att utveckla språket- språkträffar startar redan nu med bruks.

Se över möjlighet för stjärnmärkning av verksamheter.

- Trygghet  
Ej tomma gemensamhetsutrymmen.  
Bjuda in till anhörigfika på alla säbon ett par gånger per år.  
Informationstavlor som uppdateras löpande för både brukare och anhöriga.  
Alla har redan en fast omsorgskontakt men att vi börjar tydliggöra vem det är för att skapa relationer för god kommunikation.  
Lyfta fram det positiva mer och inte bara ha kontakt med anhöriga och brukare när något inte fungerar.
- Sociala aktiviteter  
Detta är området som till stor del påverkats av budget i balans arbetet. Vi har idag mötesplatser på alla säbon som startade i september och har fått god respons och deltagande på dessa.  
Lyfta fram aktivitetsplanering på info tavla, arbeta mer med utevistelse som inte alltid behöver vara en promenad.  
Planera för större aktiviteter som högtider likväl som det dagliga som att högläsa en tidning.
- Synpunkter  
Bli bättre på att ha synpunktsblanketter framme synligt.  
Anhörigfika samt uppföljningar av genomförandeplan kan förbättra detta.
- Fysisk miljö  
Våra säbon är eftersatta med undantag för edsvägen 16. För att få en behagligare miljö skulle det behövas omtag i renovering av lokalerna.  
Olandsgården har en utmaning med avdelningarnas matplatser, de ligger i en korridor. Ett önskemål om att få avgränsa till ett utrymme finns men det skulle innebära minskade platser på Olandsgården, då lägenheter för brukare skulle behöva tas i anspråk.
- Hemtjänst  
Hemtjänst har en viss försämring på några delområden men har också en förbättring inom området *besvärar av ensamhet*.  
Hemtjänst har också genomfört åtgärder för en budget i balans men inte nått det målet, vilket kan förklara att det inte gett en lika stor upplevd effekt inom verksamhetsområdet.

Åtgärder för hemtjänst att arbeta med under 2026 är följande:

- Kontaktvägar- anhörigtelefon ska skötas av administrativ personal och inte omsorgspersonal som är ute hos brukare
- Uppdatera vår infobroschyr om hemtjänst för rimligare förväntningar av vad hemtjänst kan utföra och hur detta kan utföras.

- Skapa alternativa önskemål- *"Helst dusch fredag fm om det inte går så gärna samma dag men eftermiddag eller helst kvinnlig personal så om det inte finns byter jag hellre dag"*. Ger planeringen alternativ som ändå möter brukarens önskemål när vi behöver planera om vid akuta händelser.
- Tydliggöra fast omsorgskontakt (FoK)- Infolapp till brukare, presentera sig som FoK, Arbeta med FoK som omvårdnadsledare i teamet.
- Kommunicera positivitet- Vi har många situationer som är så fina som vi önskar samarbeta med kommunikation kring. Fokusera på det enkla- bemötande och att se individen. Arbeta med att frustration från personal inte ska färga den enskildes utförande av insats, att inte kommunicera hur *"stressigt det är"* när vi möter brukaren.

## 6.2 Brukarinflytande - delaktighet i planering och uppföljning

Äldreomsorgen har under 2024 arbetat med att alla brukare som har fler insatser än larm ska ha en genomförandeplan. Detta uppnåddes och har bibehållits under 2025. Detta ger brukaren större inflytande på hur beviljade insatser ska utföras.

Inom särskilt boende har SOL-fliken i APPVA införts. Denna syftar till att instruktionen från genomförandeplanen ska anges som insats att bocka av i APPVA. Införandet har påvisat behov av en ytterligare genomgång då instanser blev för många och detaljerade. Arbete under 2026 kommer innebära att samla SOL insatser som tex morgonhjälp där alla moment ingår under samma insats att bocka av.

Informationsbroschyren om våra verksamheter kommer även uppdateras inför 2026 för att ge rätt förväntningar i vad hemtjänst och särskilt boende kan erbjuda. Det finns flertal önskemål inom hemtjänsten om att välja sin personal som utför insatser, så långt det går möter äldreomsorgen dessa. Men inom våra verksamheter har vi medarbetare av olika kön och etniskt ursprung som planeras in och utför insatserna. Att alltid få en kvinna eller man är inte möjligt, men vid avgörande moment kan vid tillgodoses som till exempel vid dusch.

## 7 Verksamhetens nyckeltal

### 7.1.1 Särskilt boende

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Antal personer med särskilt boende	216	202	222	216
Beläggningsgrad SÄBO, tertials slut (%)	99 %	94 %	96 %	94 %
Väntetid SÄBO, dagar	19	30	38	28

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Medelvårdtid i särskilt boende äldreomsorg, antal dagar	467	554	263	153
Ålder vid inflyttning till särskilt boende, median	83	83	83	83
Medelålder för äldre i särskilt boende, år	83,9	83	85	84

### 7.1.2 Hemtjänst

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
Beviljad tid hemtjänst, tot.	71 841	60 932	85 207	78 513
-VoO Alunda	7 926	8 756	12 257	12 753
-VoO Gimo	8 713	7 473	11 540	10 748
-VoO Öregrund	10 178	9 301	15 049	14 643
-VoO Österbybruk	15 355	14 632	18 551	15 902
-VoO Östhammar	21 002	20 770	27 810	24 467
Utförd tid hemtjänst totalt, timmar	72 133	59 906	80 708	77 730
Utförd tid hemtjänst, varav SOL, timmar	62 223	49 049	63 446	61 193
Utförd tid hemtjänst, varav del. HSL, timmar	9 910	10 854	17 262	15 625
- VoO Alunda totalt, timmar	8 484	8 756	11 745	5 740

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
- varav SOL, timmar (Alunda)	7 123	6 996	9 652	4 683
- varav del. HSL, timmar (Alunda)	1 361	1 252	2 093	1 057
- VoO Gimo totalt, timmar	8 735	6 791	10 823	17 258
- varav SOL, timmar (Gimo)	7 563	5 822	8 571	13 825
- varav del. HSL, timmar (Gimo)	1 172	969	2 252	3 433
- VoO Öregrund totalt, timmar	10 352	10 330	14 001	13 222
- varav SOL, timmar (Öregrund)	7 563	7 826	10 489	10 228
- varav del. HSL, timmar (Öregrund)	1 172	2 503	3 512	2 994
- VoO Österbybruk totalt, timmar	14 405	14 252	17 296	15 803
- varav SOL, timmar (Österbybruk)	12 607	11 862	13 683	12 690
- varav del. HSL, timmar (Österbybruk)	1 798	2 388	3 613	3 113
- VoO Östhammar totalt, timmar	20 352	20 286	26 843	25 707
- varav SOL, timmar (Östhammar)	19 574	16 543	21 051	19 767

Nyckeltal	Utfall T2 2024	Utfall T3 2024	Utfall delår 2025	Utfall helår 2025
- varav del. HSL, timmar (Östhammar)	2 521	3 742	5 792	5 028

## 7.2 Analys och jämförelse

Sammantaget visar verksamhetsåret 2025 att äldreomsorgen har arbetat aktivt med att anpassa verksamheten till ekonomiska förutsättningar samtidigt som kvalitet och säkerhet har upprätthållits. Samtidigt finns utvecklingsområden inom bemanning, sociala aktiviteter och fysisk miljö.

### Hemtjänst

Antal beviljade timmar har minskat under både 2024 och 2025. Över perioden januari 2024 till september 2025 uppgår den minskade tiden till 27,5%.

Under 2024 minskade den beviljade tiden från 17 936h till 14 569h, vilket är en minskning på 18,8%.

Under 2025 har den minskat från 15 000h i januari till 13 013h i september, vilket är en fortsatt minskning på 13,3%.

Vid en analys av minskningen har besked från myndighet gett att en mindre del är att ärenden gått till privat utförare men att tiden för beviljad tid minskar generellt. Inför 2026 måste hemtjänst i kommunens regi även ta höjd för privat utförare utökar sitt område och därmed kommer med största sannolikhet ta över fler timmar från egen regi i kombination av trenden med mindre beviljad tid som skett de senaste två åren.

Denna stegvisa trend av minskade timmar gör att hemtjänsten har svårt att hålla bemanningsbehovet på rätt nivå. Med minskade insatser måste bemanningen anpassas löpande, vilket är en ytterligare faktor till varför hemtjänsten inte nått en budget i balans under 2025 även om underskottet är mindre 2024. En jämförelse mellan september 2024 och 2025 i det ekonomiska utfallet påvisar en positiv trend gällande arbete med målet med budget i balans. Utfallet september 2024 var på 26,2 mkr och utfallet september 2025 är på 18,2mkr vilket är en förbättring på 8 mkr mellan åren.

### Särskilt boende

Särskilt boende har utökat sina platser under 2025 då korttidsenheten omlokaliseras till vårdcentrum och lämnade utrymme för att öka platser på Lärkbacken.

## 7.3 Prioriterade förbättringsområden

### Kompetensutveckling

1. **Bemanning vid måltider**
2. **Utveckling av aktiviteter**
3. **Förbättrad dokumentation**
4. **Utveckling av fysisk miljö**
5. **Effektivare planering inom hemtjänsten**

Instruktioner

Kontorschef tittar på resultatet tillsammans med sin ledningsgrupp

Verksamhetschefer/enhetschefer förbereder sig genom att titta på sin enhets resultat på Prevents hemsida

Syftet: Analysera behovet av kontorsövergripande åtgärder. Text vid övervägande låga resultat på "återhämtning" inom kontoret kan det ges uppdrag för samtliga chefer att tillsammans med sina medarbetare komma fram till åtgärder på området

1. Titta på resultaten i kolumn L. Vad sticker ut? Höga/låga värden? Titta även på de 7 frågeområdena för att se vad de höga/låga värdena kommer ifrån, jämför mot kontorets medelvärde.
2. Har kontoret något/några gemensamma utvecklingsområden? Vilka aktiviteter kan stärka dessa områden?
3. Har kontoret några gemensamma styrkor? Vad tror vi legat till grund för de höga siffrorna?
4. Enas ni om kontorsövergripande åtgärder kan dessa med fördel registreras i KIA för smidig uppföljning. Sådär hittar du den i KIA: (Ny riskhantering --> vad? Övrig --> Mall: OSA-enkät resultat och åtgärder)

Varje chef får slutligen i uppdrag att jobba vidare med sin enhets resultat i samarbete med sina medarbetare i syfte att stärka OSAn i gruppen- **påminnelse kring detta görs i decembers chefsinfo.**

	Nämnd	Kontor	Arbetets organisering	Arbetsbelastning och krav	Möjlighet att påverka	Stöd	Återhämtning	Ledarskap	Kunskaper och utveckling	Psykologisk trygghet	Medelvärde	Kontorets medelvärde
Alunda hemtjänst	VON	Omsorg	75	62	67	78	50	63	71	72	67	
Barn och ungdom, myndighet	VON	Omsorg	71	71	79	83	73	72	73	82	76	
Daglig verksamhet	VON	Omsorg	92	71	71	83	67	70	79	83	77	
Edsvägen 16 Nere	VON	Omsorg	75	54	71	75	53	63	75	67	67	
Edsvägen 16 Övre	VON	Omsorg	83	67	71	81	63	77	79	72	74	
Enheten funktionsnedsättning	VON	Omsorg	67	71	83	78	77	70	67	69	73	
Enheten för integration och arbete-inre	VON	Omsorg	85	75	75	89	68	80	75	89	80	
Enheten för integration och arbete-yttre	VON	Omsorg	75	79	79	72	73	57	75	72	73	
Enheten Äldre och LSS	VON	Omsorg	83	73	77	88	72	85	79	83	80	
Gimo hemtjänst	VON	Omsorg	69	50	58	61	43	53	75	72	60	
Gruppbostad Abborren, Boda och Edsvägen	VON	Omsorg	58	54	71	64	47	17	67	69	56	
Gruppbostad Dannemora, Klackskärgatan och Rådhuset	VON	Omsorg	54	58	67	61	50	23	67	61	55	
Hemsjukvård SSK Västra	VON	Omsorg	67	65	75	82	60	53	71	90	70	
Hemsjukvård SSK Östra	VON	Omsorg	71	67	83	81	73	67	75	83	75	
HSL LSS Chefer	VON	Omsorg	79	67	79	72	67	73	75	81	74	
Korttidsenheten	VON	Omsorg	81	75	81	81	77	72	79	75	78	
Lärkbacken Kort och Psykiatri	VON	Omsorg	79	58	79	81	63	60	75	72	71	
Myndighet Chefer	VON	Omsorg	54	69	71	72	57	53	65	62	63	
Närvårdsenheten	VON	Omsorg	83	79	83	89	73	68	83	89	81	
Olandsgården	VON	Omsorg	62	42	62	64	37	33	75	58	54	
Parkvägen	VON	Omsorg	79	56	71	72	57	67	73	74	69	
Personlig assistans	VON	Omsorg	81	67	83	81	55	72	75	75	74	
Rehab + Hjälpmedel och förebyggande insatser	VON	Omsorg	88	79	83	86	77	87	75	86	83	
Servicebostäder	VON	Omsorg	71	60	67	74	52	65	69	64	65	
Tallparksgården	VON	Omsorg	83	58	58	67	43	67	79	72	66	
Verksamhetschefer Myndighet	VON	Omsorg	77	62	77	74	70	75	71	85	74	
Vuxen Myndighet	VON	Omsorg	62	67	71	75	67	50	67	69	66	
Äldreomsorg Chefer	VON	Omsorg	71	54	54	69	43	70	75	61	62	
Öregrund hemtjänst	VON	Omsorg	79	54	58	75	50	67	79	78	68	
Österbybruk hemtjänst	VON	Omsorg	69	56	58	67	40	57	73	68	61	
Östhammar norra hemtjänst	VON	Omsorg	67	52	62	67	45	48	79	58	60	
Östhammar södra hemtjänst	VON	Omsorg	71	58	67	67	50	50	71	67	63	
<b>Medel</b>			<b>73,8</b>	<b>63,4</b>	<b>71,6</b>	<b>75,3</b>	<b>59,1</b>	<b>62</b>	<b>73,9</b>	<b>73,7</b>	<b>69,1</b>	<b>69</b>

	Nämnd	Kontor	Arbetsorganisering	Arbetsbelastning och krav	Möjlighet att påverka	Stöd	Återhämtning	Ledarskap	Kunskaper och utveckling	Psykologisk trygghet	Medelvärde per enhet
Barn och ungdom, myndighet	VON	Omsorg	77	75	79	81	78	70	81	82	78
Daglig verksamhet	VON	Omsorg	83	67	75	83	60	67	75	83	74
Edsvägen 16 Nere	VON	Omsorg	75	58	83	75	53	73	83	86	73
Edsvägen 16 Övre	VON	Omsorg	79	60	67	75	60	75	71	82	71
Enheten funktionsnedsättning	VON	Omsorg	67	75	83	78	80	67	67	75	74
Enheten för integration och arbete-inre	VON	Omsorg	67	67	71	81	67	83	88	83	76
Enheten för integration och arbete-yttre	VON	Omsorg	71	75	79	81	70	53	71	75	72
Enheten Äldre och LSS	VON	Omsorg	88	81	83	92	67	82	85	82	83
Gimo hemtjänst	VON	Omsorg	62	48	60	53	38	43	67	57	54
Gruppbostad Abborren, Boda och Edsvägen	VON	Omsorg	77	62	71	67	48	63	69	65	65
Gruppbostad Dannemora, Klackskärsgatan och Rådhuset	VON	Omsorg	67	62	71	67	60	47	62	69	63
Hemsjukvård SSK Västra	VON	Omsorg	65	81	79	83	68	50	81	89	75
Hemsjukvård SSK Östra	VON	Omsorg	71	58	75	78	60	53	71	81	68
HSL_LSS Chefer	VON	Omsorg	79	75	75	81	67	67	79	81	76
Lärkbacken Kort och Psykiatri	VON	Omsorg	83	60	69	64	60	60	65	64	66
Närvårdsenheten	VON	Omsorg	88	79	83	86	77	73	88	89	83
Olandsgården	VON	Omsorg	75	58	62	72	47	47	75	69	63
Parkvägen	VON	Omsorg	75	54	62	67	50	40	67	64	60
Personlig assistans	VON	Omsorg	83	75	79	83	70	67	75	78	76
Rehab + Hjälpmedel och förebyggande insatser	VON	Omsorg	71	67	75	89	63	83	71	83	75
Resurspool	VON	Omsorg	62	54	50	69	43	43	71	69	58
Servicebostäder	VON	Omsorg	67	75	67	64	63	40	67	64	63
Vuxen Myndighet	VON	Omsorg	88	79	83	92	77	83	83	81	83
Äldreomsorg Chefer	VON	Omsorg	71	50	54	69	47	60	71	72	62
Öppenvård	VON	Omsorg	85	79	88	92	78	83	81	94	85
Österbybruk hemtjänst	VON	Omsorg	83	54	67	69	35	57	73	62	63
Östhammar norra hemtjänst	VON	Omsorg	71	58	67	69	50	63	88	67	67
Östhammar södra hemtjänst	VON	Omsorg	81	60	60	72	43	68	75	60	65
		Kontorets medelvärde	75	66	72	76	60	63	75	75	70

# Rapport avvikelser och synpunkter

---

1 juli – 31 december 2025

## Innehållsförteckning

1 Inledning .....	3
2 Avvikelser.....	3
2.1 Myndighet.....	4
2.2 Produktion äldreomsorg.....	7
2.3 Produktion LSS/HSL .....	11
3 Synpunkter och klagomål.....	14
3.1 Myndighet.....	15
3.2 Produktion äldreomsorg.....	15
3.3 Produktion LSS/HSL .....	18

## 1 Inledning

Socialtjänsten ska enligt 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9 (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete) ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Bestämmelser om att vårdgivaren ska ta emot klagomål och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och deras närstående finns i 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen.

Enligt 5 kap. 6 § SOSFS 2011:9 ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter 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.

Enligt omsorgskontorets fastställa rutiner ska verksamhetscheferna analysera inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål på verksamhetsnivå. Nämnden får sedan ta del av rapporten.

Avvikelse och synpunkter avseende externa aktörer redovisas inte i denna rapport.

## 2 Avvikelse

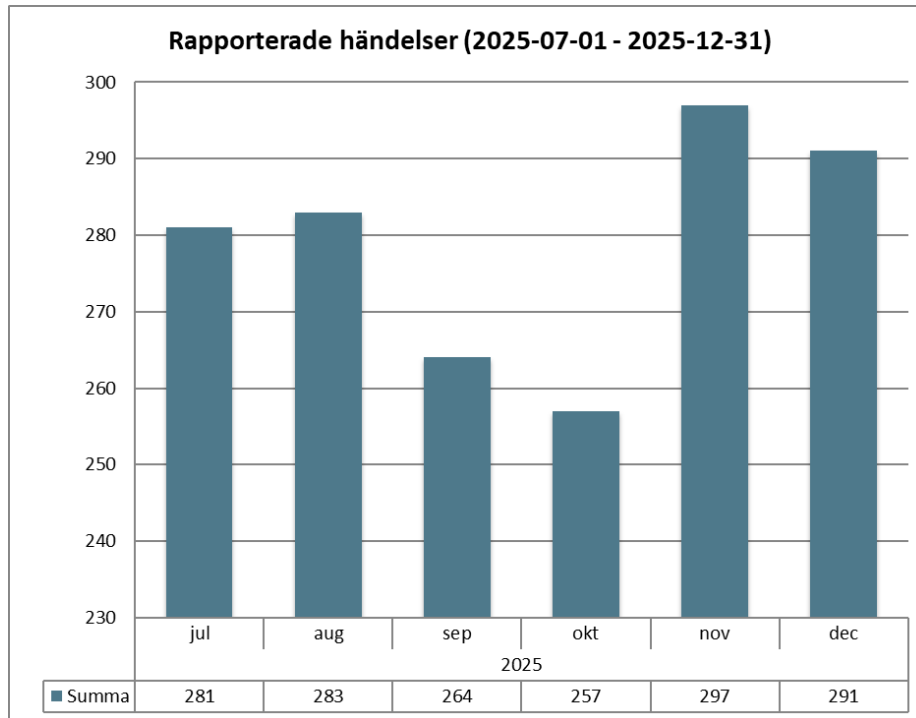
Avvikelsehanteringen är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och syftar till att upptäcka och förebygga vårdskador och kvalitetsbrister. Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i författningar betyder det att det finns en kvalitetsbrist som verksamheten måste förbättra. Det är viktigt att hitta grundorsaken till att en avvikelse sker för att kunna vidta rätt åtgärder så att det inte upprepas. Genom att analysera avvikelser, dra slutsatser och ändra arbetssätt kan tidigare uppkomna typer av avvikelser minska eller försvinna. Att arbeta med avvikelsehantering är ett gemensamt ansvar för all personal och är en del av socialtjänstens systematiska kvalitetsarbete.

### *Definitioner*

En avvikelse är en händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat. Exempelvis när verksamheten inte når upp till krav och mål i lagar och tillhörande föreskrifter samt beslut fattade av nämnden eller när medarbetare inte arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i kommunens ledningssystem.

Alla avvikelser klassificeras av utredande tjänstemän i fyra nivåer:

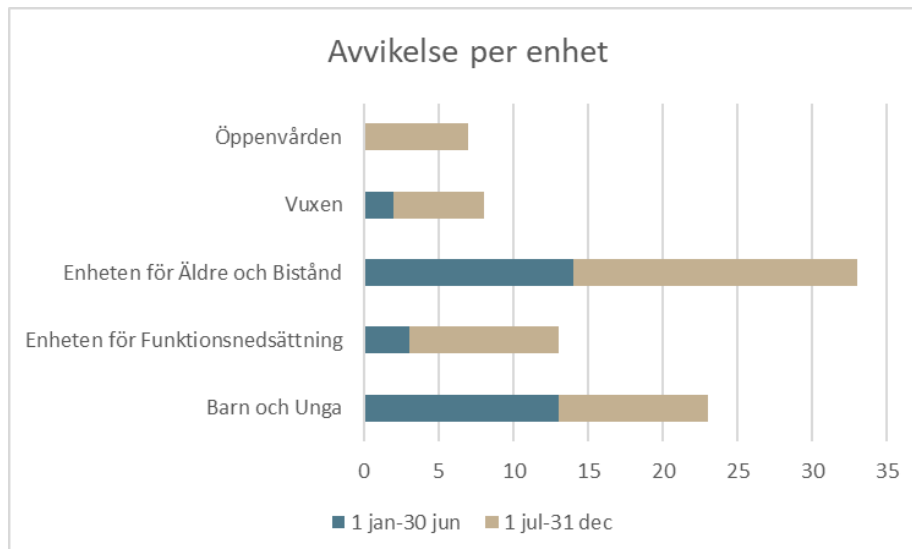
1. **Mindre** -Mindre obehag, bristande tillit eller obetydlig skada. Exempel: fallolycka-gled ner på golvet ur stolen, läkemedel-fick medicinen 5 minuter för sent men ingen påverkan.
2. **Måttlig** -Övergående skada/funktionsnedsättning men utan att den leder till men för den enskilde individen. Obehag eller otrygghet för den enskilde. Exempel: fallskada – blåmärke, utebliven tillsyn-otrygghet för brukaren men ingen skada skedd.
3. **Betydande** -Kvarstående måttlig skada/funktionsnedsättning. Omfattande obehag eller otrygghet för den enskilde. Exempel: fall med fraktur som följd, läkemedel utebliven insulin eller narkotikastöld.
4. **Katastrofal** - Dödsfall eller större kvarstående funktionsnedsättning. Hot mot enskilds liv, hälsa eller säkerhet. Exempel: fall- och brukaren avled, läkemedel-felgivning och brukaren avled, suicid utifrån bristande tillsyn.



Totalt har 1 673 avvikelser registrerats under perioden 1 juli till 31 december. Under perioden januari till 30 juni registrerades 1 461 avvikelser.

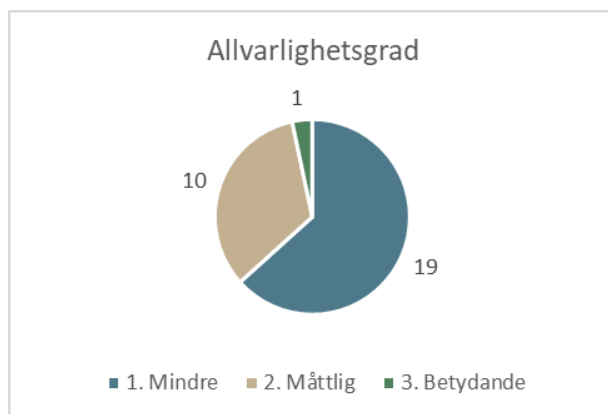
## 2.1 Myndighet

### 2.1.1 Antal rapporterade händelser



Inom myndighet har 52 avvikelser rapporterats under andra halvåret jämfört med 32 avvikelser för första halvåret. Enheten för integration och arbete har inte rapporterat några avvikelser under året.

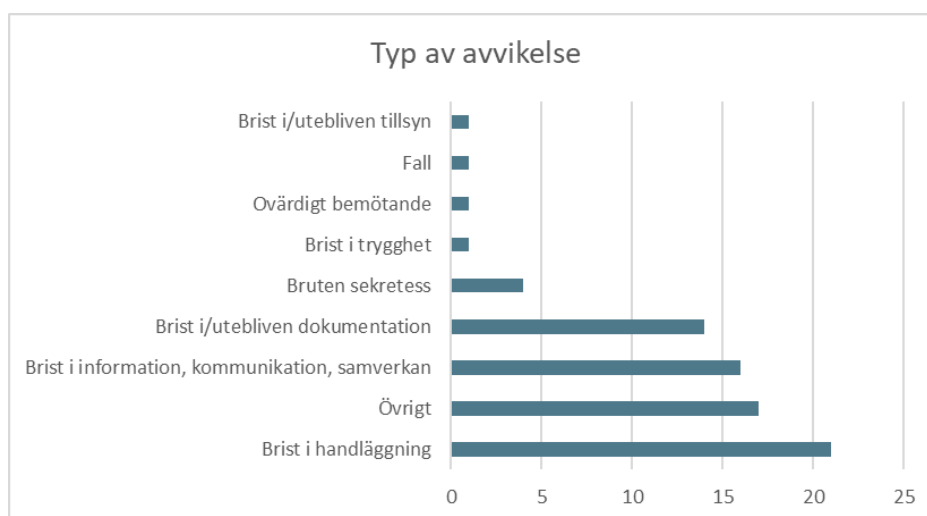
### 2.1.2 Allvarlighetsgrad



Av de avvikelser som bedömts har 19 st. klassificerats som mindre allvarliga, 10 st. som måttliga och 1 st. som betydande. Under perioden har en händelse rapporterats enligt lex Sarah och anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Händelsen inträffade inom enheten för äldre och bistånd, hemtjänsten och hemsjukvården.

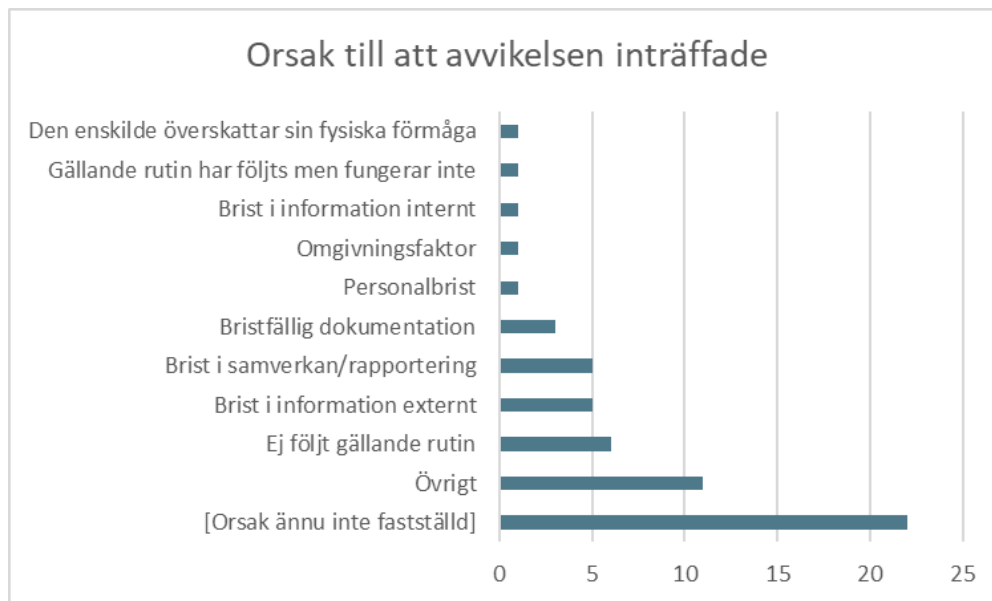
### 2.1.3 Typ av avvikelse

Observera att en avvikelse kan kategoriseras som flera ”typer” av avvikelser och därför kan totalt antal avvikelse typer vara högre än antalet rapporterade avvikelser.



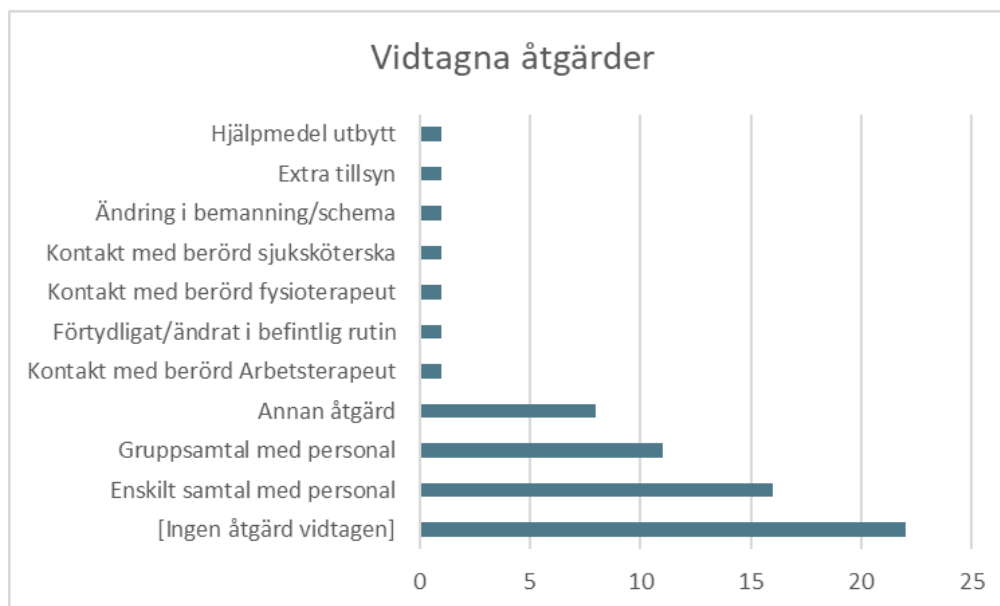
De vanligaste typerna av avvikelser inom myndighet är brist i handläggning, brist i information, kommunikation eller samverkan samt brist i / utebliven dokumentation.

### 2.1.4 Orsak



De vanligaste orsakerna till att en avvikelse har inträffat är att gällande rutin inte har följts. Att orsak ännu inte är fastställd kan bero på att del avvikelser fortfarande är under utredning.

### 2.1.5 Vidtagna åtgärder



De åtgärder som främst har vidtagits är att genomföra enskilda samtal samt gruppsamtal med personalen. Att ingen åtgärd är vidtagen kan bero på att del avvikelser fortfarande är under utredning.

### 2.1.6 Analys avvikelser inom myndighet

Under perioden har 52 avvikelser rapporterats inom myndigheten, vilket är fler än tidigare. De flesta avvikelser handlar om brister i handläggning, information, kommunikation eller

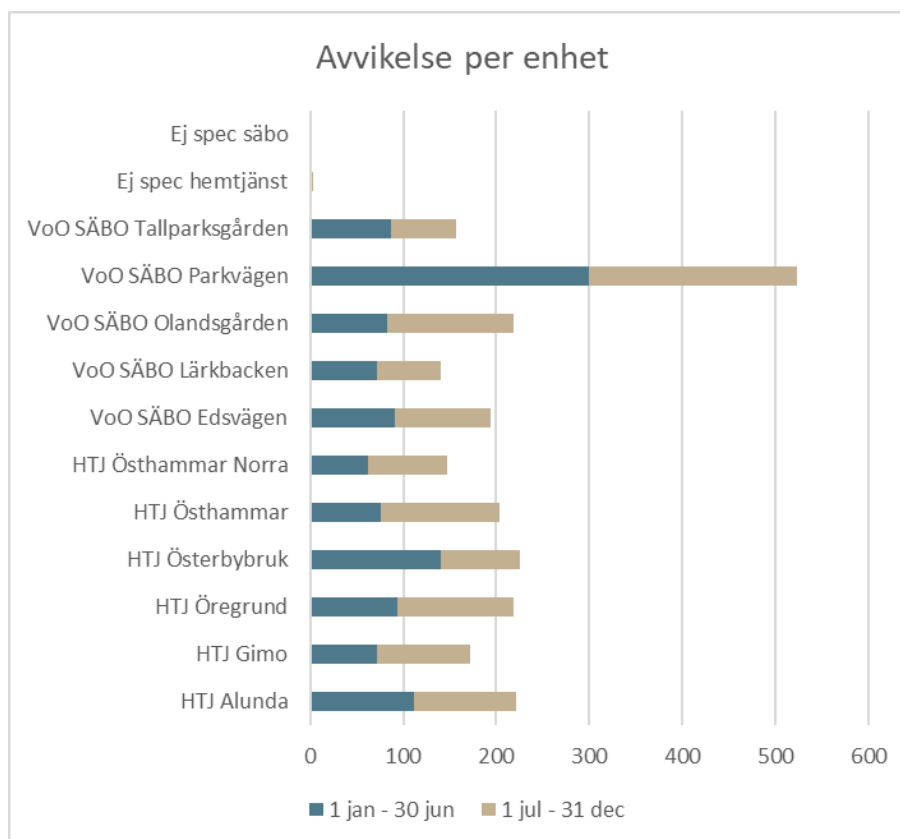
dokumentation. Den vanligaste orsaken är att rutiner inte har följts, ofta på grund av bristande kunskap, hög arbetsbelastning eller osäkerhet efter bytet av verksamhetssystem. En händelse har anmälts enligt Lex Sarah.

Verksamheten har vidtagit flera åtgärder, bland annat utbildningar, enskilda samtal, gruppmöten och förbättrad samverkan mellan enheter. Åtgärderna har redan gett positiva resultat i form av tydligare dokumentation, tryggare handläggare och bättre kommunikation.

Framåt planeras ytterligare kompetenshöjande insatser, bland annat en utbildningsdag om lex Sarah. Det finns också behov av ett mer tydligt och välfungerande ledningssystem och av att fortsätta arbeta systematiskt med uppföljning och egenkontroller för arbetet med rutiner.

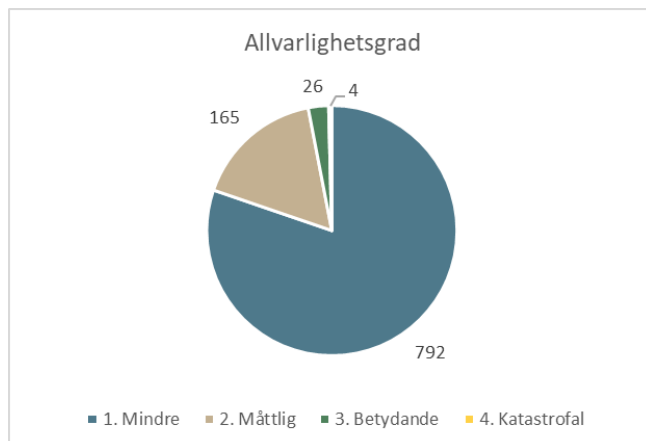
## 2.2 Produktion äldreomsorg

### 2.2.1 Antal rapporterade händelser



Under andra halvåret har det rapporterats 1236 avvikelser jämfört med 1190 avvikelser under första halvåret. Inom hemtjänsten rapporterades 635 avvikelser jämfört med 557 föregående period. Inom särskilt boende rapporterades 601 avvikelser jämfört med 633 föregående period.

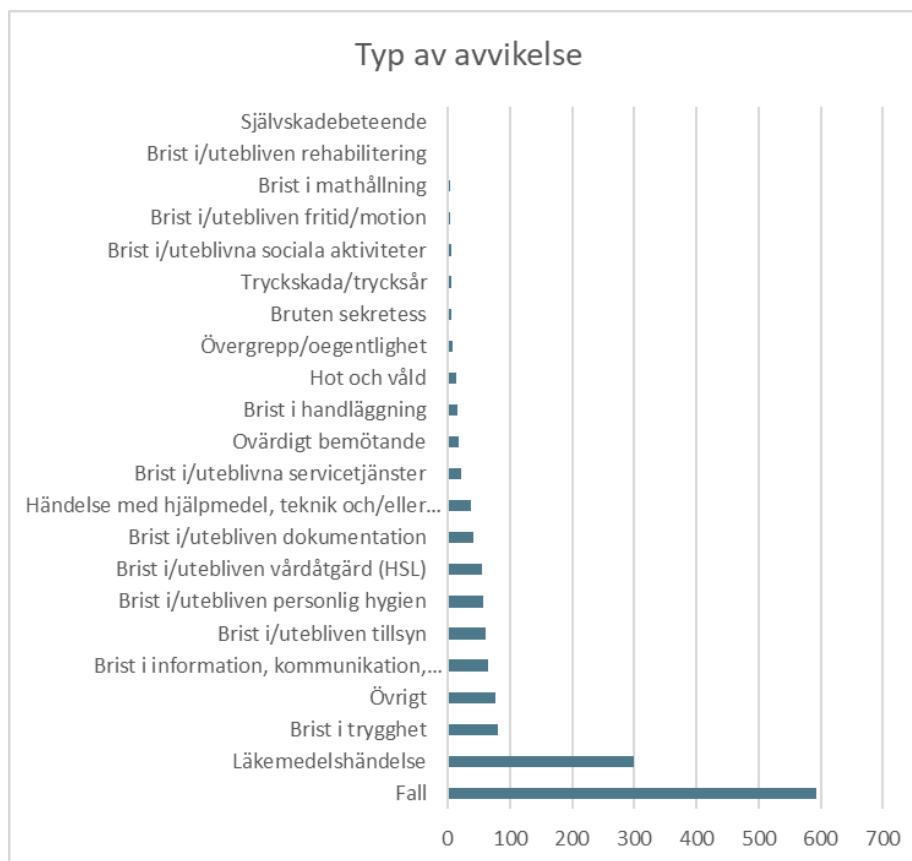
### 2.2.2 Allvarlighetsgrad



Av de avvikelser som hittills har utretts klart så har 792 avvikelser klassificerats som mindre allvarliga, 165 avvikelser som måttliga, 26 avvikelser som betydande och 4 avvikelser som katastrofala. Under perioden har 6 händelser rapporteras enligt lex Sarah varav 3 har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg. Samtliga händelser har inträffat inom hemtjänsten. En av lex Sarah-anmälningarna berörde förutom hemtjänsten även myndighet och hemsjukvården.

### 2.2.3 Typ av avvikelse

Observera att en avvikelse kan kategoriseras som flera ”typer” av avvikelser och därför kan totalt antal avvikelse typer vara högre än antalet rapporterade avvikelser.



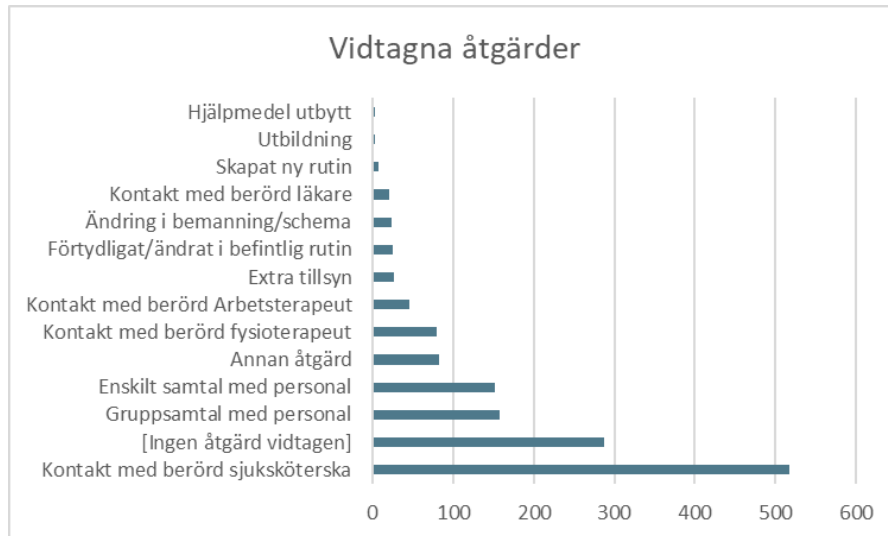
Fall och läkemedelshändelse är de vanligaste avvikelsetyperna vilket följer tidigare mönster.

#### 2.2.4 Orsak



Inom produktion äldreomsorg är de vanligaste orsakerna till att avvikelser inträffat att den enskilde överskattar sin fysiska förmåga och att rutiner inte har följts, vilket följer tidigare mönster. Att orsak ännu inte är fastställd kan bero på att en del avvikelser fortfarande är under utredning.

### 2.2.5 Vidtagna åtgärder



De vanligaste åtgärder som verksamheten har vidtagit är att kontakta sjuksköterska samt genomföra gruppsamtal och enskilda samtal med personal. I de ärenden där ingen åtgärd är vidtagen kan det bero på att avvikelserna fortfarande utreds.

### 2.2.6 Analys avvikelser inom produktion äldreomsorg

#### Särskilt boende

Fall och läkemedelshändelser är de vanligaste avvikelsetyperna sannolikt för att man som personal inte har full kännedom om vad som ska avvikelserapporteras utöver fall och läkemedelshändelser. Verksamheten ser bristande kunskaper i genomförandet av avvikelsetredningarna som kan bidra till att relevanta åtgärder inte blir föreslagna för att förebygga händelser. Flera av de åtgärder som beskrivits handlar om vad man gjorde i den aktuella händelsen. Inte vad man har vidtagit för åtgärder för att förhindra att händelsen uppkommer igen. Det anges sällan varför rutiner inte har följts.

Verksamheten ser också ett utvecklingsbehov av hur man arbetar med avvikelsetredningarna på ett systematiskt sätt.

Orsaken "att överskatta sin förmåga" är egentligen en otydlig variabel när det inte anges orsak till detta. Det finns en risk att man valt den orsaken i de flesta fallutredningarna för att inte behöva analysera vidare kring vilka ytterligare faktorer som kan ha påverkat.

Läkemedelsavvikelse handlar oftast om utebliven dos, detta kan ha påverkats av att man inte uppmärksammat larmen i signeringssystemet. Det uppstår risker när larmen inte hanteras regelbundet och det blir många som lyser samtidigt.

På särskilt boende är fall vanligast och för att förebygga fall har man bland annat använt sig av rörelselarm, extra tillsyn, miljöanpassningar, teamarbete och analys av när fallen sker. Parkvägen sticker ut med dubbelt så många avvikelser under 2025 och detta beror till stor del på en medarbetare som har skrivit avvikelser på allt i stället för att prata med sina kollegor.

#### Hemtjänst

Analysen av avvikelserna visar tydliga mönster i verksamheterna. Avvikelse uppstår framför allt när rutiner inte följs, när delegeringar inte genomförs korrekt eller när

omgivningsfaktorer påverkar arbetet.

För att åtgärda detta har verksamheten genomfört flera insatser. Det handlar bland annat om enskilda samtal med berörd personal, dialog med sjuksköterska och andra legitimerade yrkesgrupper, genomgång eller ändring av rutiner, samt gruppmöten där avvikelser diskuteras. Personal har också fått utbildning i dokumentation, journalföring och hur man gör orosanmälningar. Samordnade möten mellan hemtjänst, chefer och hälso- och sjukvårdspersonal har stärkts.

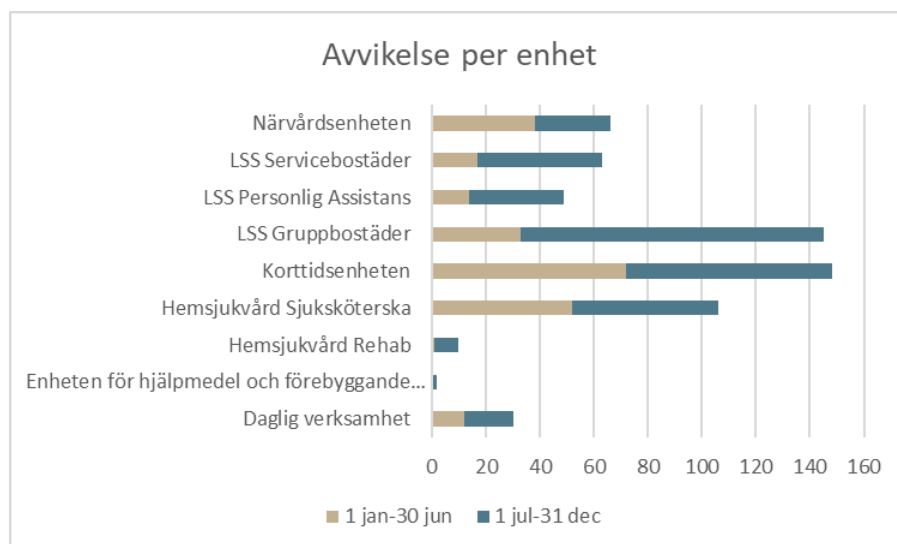
De genomförda åtgärderna har redan gett resultat. Medarbetarna känner sig tryggare, dokumentationen har blivit tydligare, och samarbetet både inom och mellan enheter har förbättrats. Biståndsmöten och orosanmälningar håller nu en högre kvalitet, och samordningen med legitimerad personal fungerar bättre.

Framåt planeras bland annat en utbildningsdag för alla chefer med fokus på lex Sarah. Syftet är att öka kunskaperna om rutiner, riktlinjer och utredningsarbetet, särskilt eftersom flera chefer är nya i sina roller. Verksamheten planerar också att införa regelbundna egenkontroller för att säkerställa att arbetet följer gällande processer och rutiner.

Sammanfattningsvis sker det systematiska kvalitetsarbetet främst i enheterna, där avvikelser upptäcks och hanteras. Den vanligaste orsaken till avvikelser är att rutiner inte följs, vilket även varit fallet tidigare år. För att stärka kvaliteten ytterligare behöver verksamheten bygga ett mer tydligt och funktionellt ledningssystem som är känt av alla medarbetare. Detta arbete behöver prioriteras och följas upp.

## 2.3 Produktion LSS/HSL

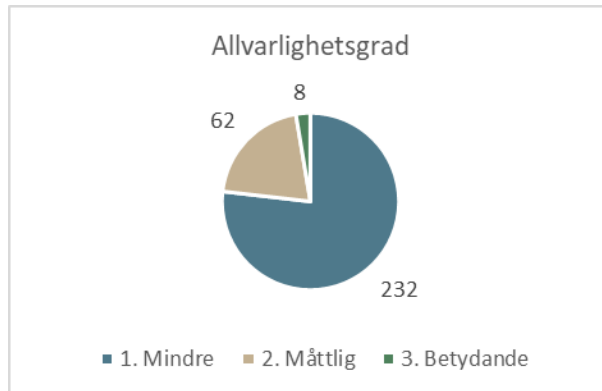
### 2.3.1 Antal rapporterade händelser



Under andra halvåret har 380 avvikelser rapporterats jämfört med föregående period då 239 avvikelser rapporterades. Största ökningen av avvikelser har varit inom gruppbo... (truncated), servicebostäder och personlig assistans. Under perioden har avvikelserna fördelats enligt följande (tidigare period inom parantes; gruppbo... (truncated) 112 st. (33),

korttidshuset 76 st. (72), sjuksköterska 54 st. (52), servicebostäder 46 st. (17), personlig assistans 35 st. (14), närvårdsenheten 28 st. (38), daglig verksamhet 18 st. (12) och rehab 9 st. (1).

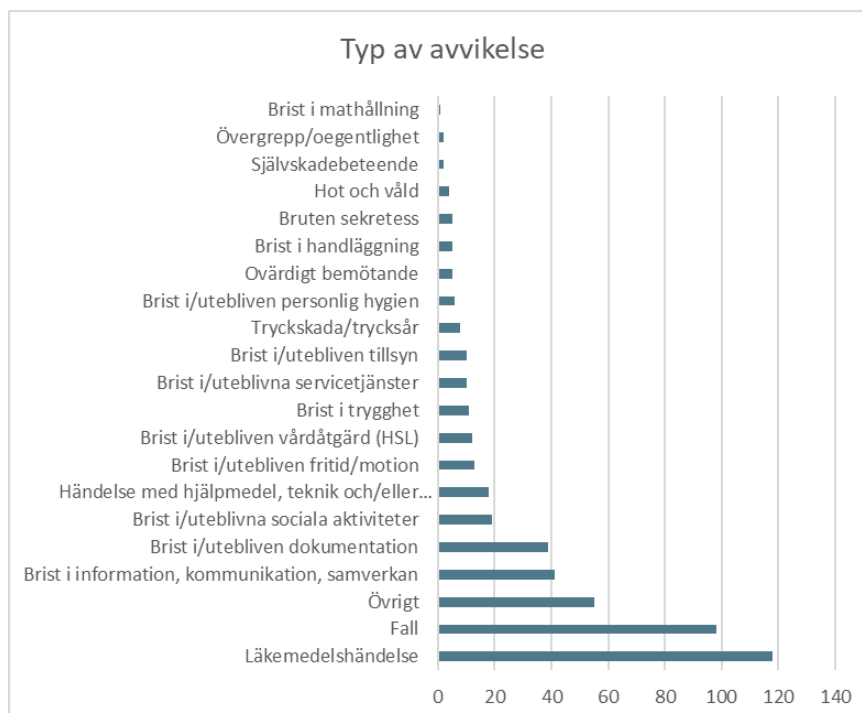
### 2.3.2 Allvarlighetsgrad



Av de avvikelser som bedömts har 232 klassificerats som mindre allvarliga, 62 avvikelser som måttliga och 8 avvikelser som betydande. Under perioden har 2 anmälningar enligt lex Maria anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). 2 händelser enligt lex Sarah har rapporterats varav en har anmälts till IVO.

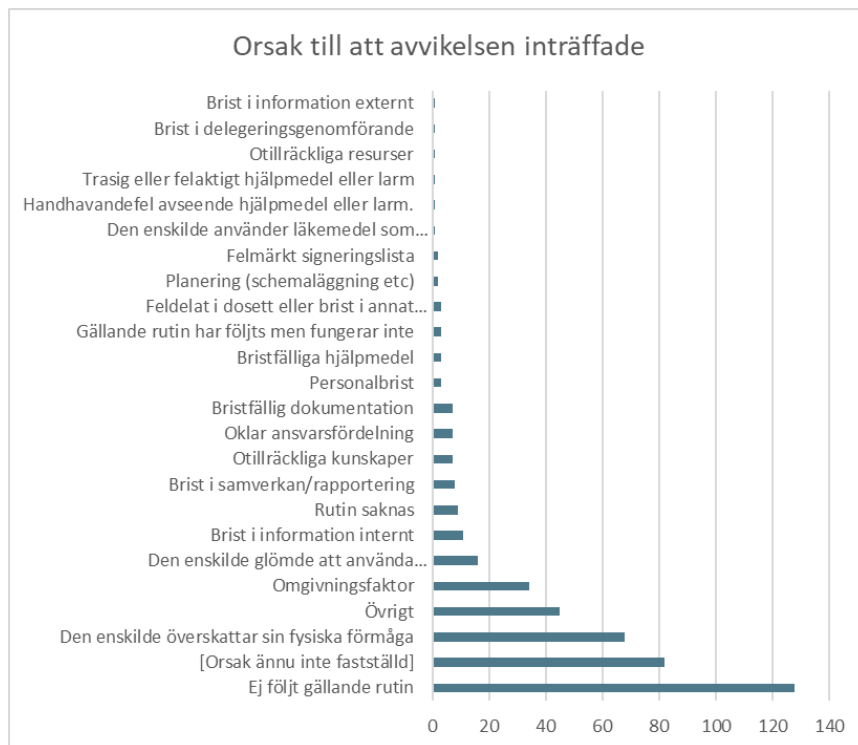
### 2.3.3 Typ av avvikelse

Observera att en avvikelse kan kategoriseras som flera ”typer” av avvikelser och därför kan totalt antal avvikelse typer vara högre än antalet rapporterade avvikelser.



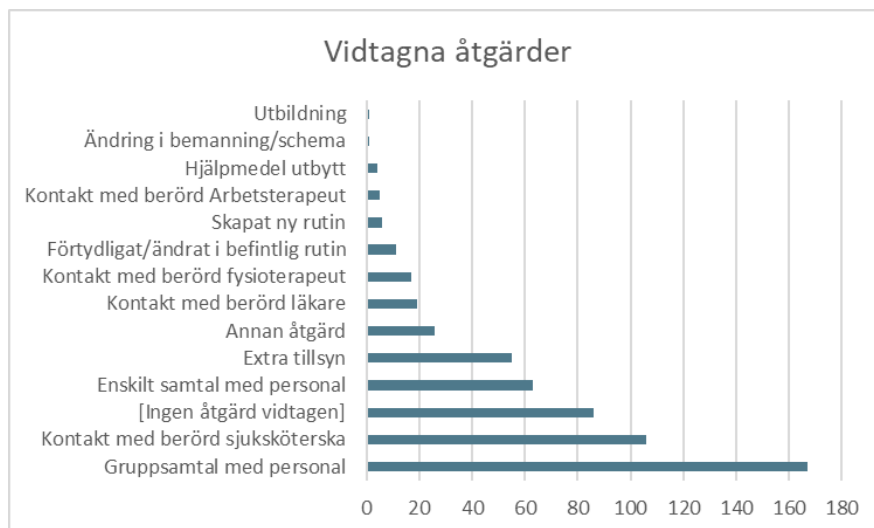
Inom produktion LSS/HSL är fall och läkemedelshändelse de vanligaste avvikelse typerna.

### 2.3.4 Orsak



De vanligaste orsakerna till avvikelserna inträffade är att verksamheten inte har följt gällande rutin samt att den enskilde överskattar sin förmåga. Att orsak ännu inte är fastställd kan bero på att en del avvikelser fortfarande är under utredning.

### 2.3.5 Vidtagna åtgärder



De vanligaste åtgärderna verksamheten har vidtagit är att genomföra gruppsamtal med personal samt att kontakta sjuksköterska.

### 2.3.6 Analys avvikelser inom produktion LSS/HSL

Fall och läkemedelshändelser är de vanligaste avvikelsetyperna sannolikt för att man

som personal inte har full kännedom om vad som ska avvikelserapporteras utöver fall och läkemedelshändelser. Inom LSS visar analysen att det inte handlar om helt missade läkemedelsdoser utan oftast handlar det om försenad administration relaterat till olika aktiviteter eller välmående. Hur verksamheten förbereder genom att ta med vissa läkemedel om det är aktivitet då man kan bli försenad är något som tagits upp. Har även diskuterat hur verksamheten kan förbereda de brukare som man vet behöver förberedas och motiveras innan läkemedelsadministration. Inom LSS arbetar man mycket med självständighet och motivering men det som blir svårt är när en brukare blir äldre och försämrad i sin fysik är hur man ska hitta en balans att fortsätta arbeta med ett motiverande och rehabiliterande arbetssätt men inte riskera att en brukare faller och gör sig illa. Detta är något verksamheten haft uppe flera gånger och diskuterat då man ser att fler brukare inom LSS börjat falla oftare.

Verksamheten ser bristande kunskaper i genomförandet av avvikelsetredningarna som kan bidra till att relevanta åtgärder inte blir föreslagna för att förebygga händelser. Flera av de åtgärder som beskrivits handlar om var man gjorde i den aktuella händelsen. Inte vad man har vidtagit för åtgärder för att förhindra att händelsen uppkommer igen. Det anges sällan varför rutiner inte har följts. Verksamheten ser också ett utvecklingsbehov av hur man arbetar med avvikelsetredningarna på ett systematiskt sätt.

Orsaken ”Att överskatta sin förmåga” är egentligen en otydlig variabel när det inte anges orsak till detta. Det finns en risk att man valt den orsaken i de flesta fallutredningarna för att inte behöva analysera vidare kring vilka ytterligare faktorer som kan ha påverkat.

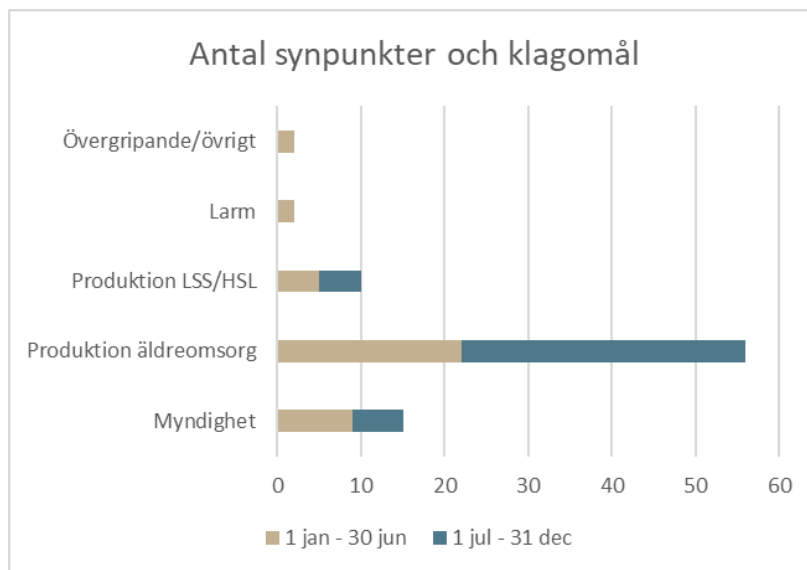
Läkemedelsavvikelserna handlar oftast om utebliven dos, detta kan ha påverkats av att man inte uppmärksammat larmen i signeringssystemet. Det uppstår risker när larmen inte hanteras regelbundet och det blir många som lyser samtidigt.

Korttidsheten, som har en hög andel fallavvikelser, har en hög rotation av patienter som är nedsatta i sitt allmäntillstånd och kommer ofta från ohållbar hemsituation eller precis utskrivna från slutna vården. Omvårdnadsbehovet är stort och många patienter överskattar sin förmåga att gå eller förflytta sig själv. Många patienter som har behov av korttidsheten har en demenssjukdom i botten.

HSL-avvikelserna som berör legitimerade har varit varierande händelser men det som har varit återkommande var att man inte ha kunnat nå sjuksköterskan på kväll och helg. Dels pga. problem med överkopplingen i CMG (telefonisystem) men även att det varit upptaget då detta har främst skett helger och kvällar. Verksamheten har även fått avvikelser ifrån akademiska sjukhuset att det varit svårt att nå sjuksköterska under kväll och helg. Det finns även ett par avvikelser som är kopplade till dokumentation.

### 3 Synpunkter och klagomål

Med synpunkter avses alla synpunkter, klagomål, åsikter, invändningar eller förslag kring vår verksamhet. Synpunkt används i det följande som samlingsbegrepp. Synpunktshandlingen är en möjlighet för kommuninvånare att påverka och bli lyssnad på. Synpunktshandlingen är ett verktyg i kvalitetsarbetet och genom att utreda synpunkter kan systematiska brister påvisas och skapa möjlighet till förbättring.

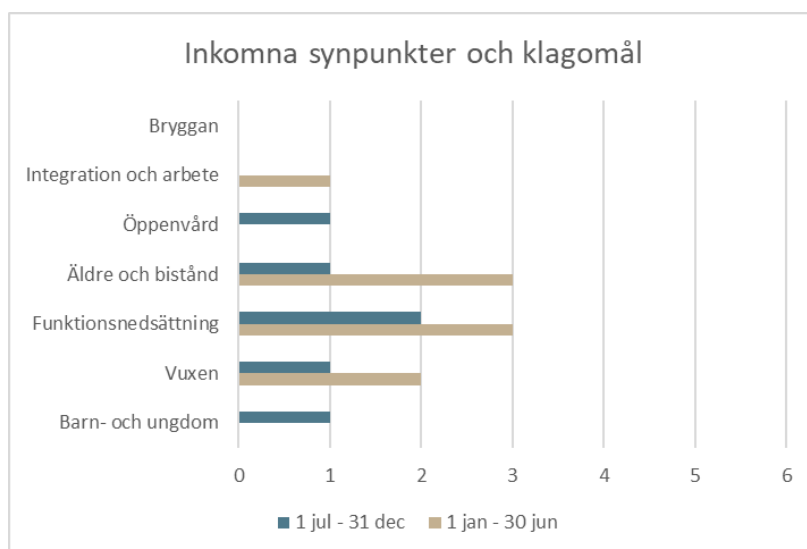


Under andra halvåret har det inkommit 45 synpunkter jämfört med 40 synpunkter för första halvåret.

Ett klagomål avseende hemtjänsten i Östhammars kommun har inkommit till Inspektionen för vård och omsorg vilket ledde till att IVO startade en tillsyn. IVO har ännu inte beslutat i ärendet.

### 3.1 Myndighet

#### 3.1.1 Antal inkomna synpunkter och klagomål



Under andra halvåret har det inkommit 6 synpunkter. Första halvåret inkom 9 synpunkter. Samtliga synpunkter avser genomförande.

#### 3.1.2 Analys av synpunkter och klagomål

Under perioden har myndigheten fått in sex klagomål och synpunkter. Alla gäller hur insatser har genomförts. Att det kommer in klagomål betyder inte att verksamheten fungerar dåligt, utan kan tvärtom visa att det finns bra rutiner för att ta emot och lära av

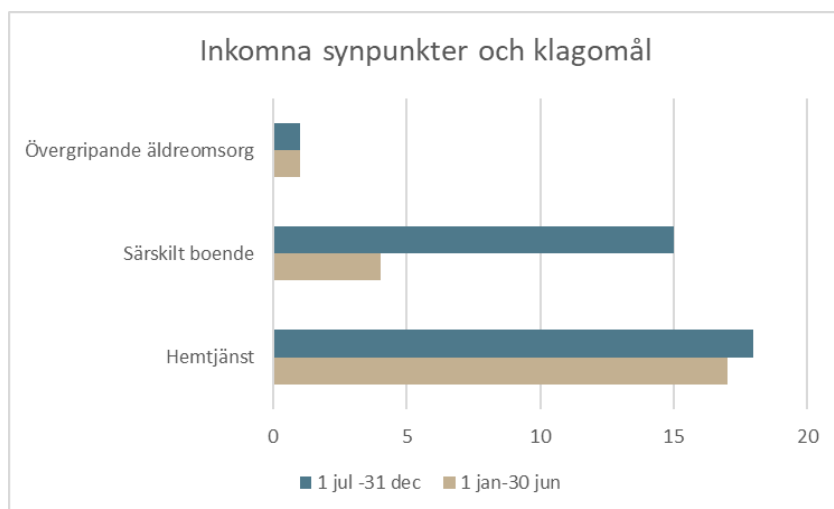
synpunkter.

Klagomålen skiljer sig åt när det gäller vem som lämnat dem, vad som orsakat missnöjet och vilka åtgärder som satts in. Ofta handlar klagomål om missnöje i ärenden där ett avslagsbeslut har fattats.

Alla synpunkter och klagomål har utretts enligt verksamhetens rutiner. Enhetschefen i den berörda verksamheten har vidtagit nödvändiga åtgärder, och den som lämnat klagomålet har fått återkoppling om hur ärendet hanterats och vilka åtgärder som genomförts.

### 3.2 Produktion äldreomsorg

#### 3.2.1 Antal inkomna synpunkter och klagomål



Under andra halvåret har det inkommit 34 synpunkter för äldreomsorgen jämfört med 22 synpunkter föregående period, vilket är en ökning. Inom hemtjänsten har det inkommit 18 st., inom särskilt boende 15 st. och 1 st. gäller övergripande äldreomsorg. 2 synpunkter gäller organisation och övriga gäller genomförande.

Ett klagomål avseende hemtjänsten i Östhammars kommun har inkommit till Inspektionen för vård och omsorg vilket ledde till att IVO startade en tillsyn. IVO har ännu inte beslutat i ärendet.

#### 3.2.2 Analys av synpunkter och klagomål

##### Särskilt boende

En övergripande synpunkt har inkommit gällande att en inbjudan till ett informationsmöte inte skickats ut till alla som hade avsikt att delta. Detta har hanterats och återkoppling till berörda har skett.

Edsvägen 16 har fått en synpunkt som handlade om en vårdsäng som inte fungerade optimalt. Muntligt svar har lämnats till anhörig. Sängen åtgärdades och det finns nu en extra säng att tillgå om behov uppstår.

Olandsgården har fått nio synpunkter och samtliga har hanterats. En av synpunkterna gällde kalla element under vintertid, vilket har felanmälts till Östhammarshem. Därtill har fyra avvikelser inkommit från anhöriga som alla är hanterade via telefonsamtal. Samtliga handlade om anhörigas förväntningar och önskemål som inte är till full

belåtenhet till exempel gällande rehabilitering / gångträningar, aktiviteter på boendet, socialsamvaro, hantering av tvätt. Under hösten har fyra avvikelser inkommit från anhöriga. Även här handlade de om anhörigas förväntningar och önskemål, som även är den boendes känsla. De handlar om trivsel, brist på aktiviteter, bemötande från viss personal, stressad personal på grund av låg bemanning och tidsbrist. Verksamheten har haft personliga möten med anhöriga och även boende kring deras synpunkter. Åtgärder som vidtagits är samtal med berörd personal, utökning med tillfällig personal kvällstid eftersom det var på kvällen det upplevdes som stressigast.

Tallparksgården har fått fem synpunkter. En handlade om att brukare fått fel kost från köket. Den har lyfts till ansvariga för köket. Återkoppling har skett. Tre synpunkter handlar om missnöje med tider, bemanning, aktiviteter, kompetens med mera. Dialog sker löpande med brukare och anhörig. Åtgärd som genomförts är en kartläggning över sjukfrånvaron. Målet är att minska sjuktalen så att det är ordinarie medarbetare i tjänst och därmed ha höjd kompetens. En synpunkt har skrivits av sjuksköterskorna på boendet gällande risker på grund av låg bemanning vissa tider. Dialog med sjuksköterskorna pågår.

### **Hemtjänst**

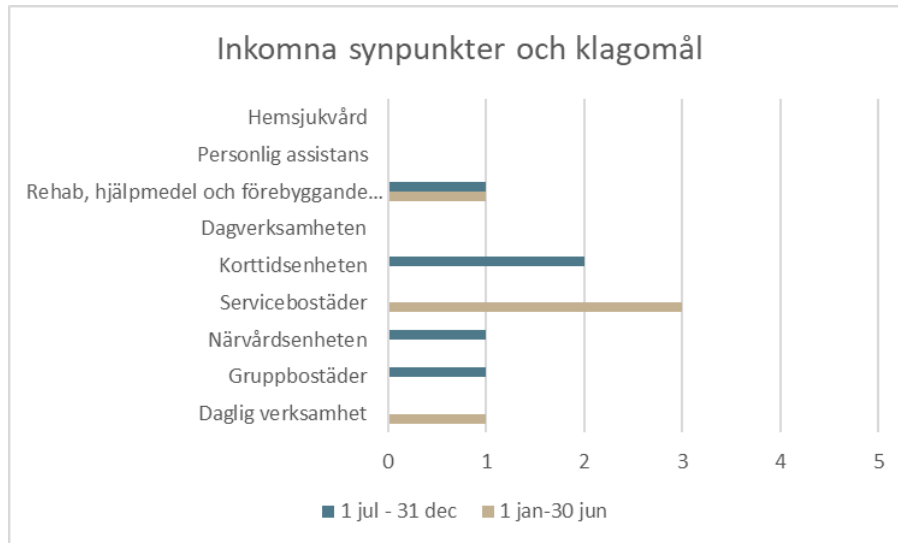
Under perioden har det kommit in 18 synpunkter gällande hemtjänsten. Ett klagomål om hemtjänsten i Östhammars kommun har skickats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), vilket gjorde att IVO startade en tillsyn. Efter tillsynen har verksamheten genomfört olika åtgärder som utbildning i dokumentation och revideringar av rutiner.

Alla synpunkter och klagomål har utretts enligt verksamhetens rutiner. Enhetschefen i den berörda verksamheten har vidtagit åtgärder, och den som lämnat synpunkten eller klagomålet har fått information om hur ärendet har hanterats.

Att det kommer in synpunkter och klagomål betyder inte att verksamheten fungerar dåligt. Det kan tvärtom visa att det finns goda rutiner för att ta emot och hantera avvikelser, och att synpunkter används för att utveckla och förbättra verksamheten. Klagomålen skiljer sig åt i vem som lämnat dem, vad som orsakat missnöjet och vilka åtgärder som har genomförts.

### 3.3 Produktion LSS/HSL

#### 3.3.1 Antal inkomna synpunkter och klagomål



Under andra halvåret har det inkommit 5 synpunkter inom produktion LSS/HSL. Under första halvåret inkom 5 synpunkter. Samtliga inkomna synpunkter under perioden avser genomförande.

#### 3.3.2 Analys av synpunkter och klagomål

Två synpunkter ha inkommit från anhöriga till korttidsenheten och båda är hanterade, en av dem handlade om att det inte fanns tv-apparater på alla rum men att man betalar lika mycket för alla rum. Det har åtgärdats genom att verksamheten har köpt in tv-apparater till alla rum. En av synpunkterna handlar om att anhörig upplever brister gällande kommunikation samt den palliativa vård som utförts. Synpunkten är hanterad och rutiner har setts över dock har enhetschef inte fått tag i anhörig för uppföljande dialog.

Den synpunkt som inkom till rehab och hjälpmedel handlade om att personer inte vill lämna ut personuppgifter på tillbakalämnade hjälpmedel eftersom de står synliga på kommunens särskilda boenden innan de skickas tillbaka. Detta är åtgärdat och personen i fråga har fått återkoppling.

Synpunkten som inkom till närvårdsenheten handlade om att anhöriga inte ville att deras anhöriga skulle flytta till korttidsenheten då de ansåg att det var fel vårdnivå och otryggt. De fick även otydlig information från läkare. Synpunkten är hanterad och återkoppling har lämnats i ett möte.

I en synpunkt till LSS framkommer att aktiviteter inte blir tillgodosedda på gruppboendena relaterat till svårigheter för personalen att komma iväg med brukare. Det handlar även om att man ser att flera brukare inom LSS inte längre har kontaktpersoner och på grund av det inte kommer iväg på aktiviteter. Synpunkten hanteras i olika forum. Gällande bemanningen på gruppboende och att tillgodose aktiviteter finns pågående åtgärder. Den andra delen gällande kontaktpersoner och ledsagare ligger på myndighet.

*Motion till Kommunfullmäktige i Östhammars kommun*

**Det ska vara möjligt att bo kvar i sin nära hembygd även som äldre och även i skärgården**

Östhammar är en landsbygds- och skärgårdskommun med alla de speciella utmaningar som följer. Det innebär till exempel att det kan vara svårare att organisera hemtjänst och andra biståndsbedömda insatser. Men kommunallagen stadgar att våra invånare ska behandlas lika när de är i lika situationer och det måste gälla även för dem som bor utanför tätorterna.

Vid ett möte i höstas ute på Gräsö fick deltagarna veta att det finns personer som har fått biståndsbeslut om t ex hemtjänst men där kommunen inte kan få fram någon utförare. Så kan vi inte ha det!

Förr om åren löste man omsorgsfrågor på sådana här lite speciella platser genom att timanställa någon person som redan finns relativt nära den hjälpbehövande. Då blev inte tillgången till båt-taxi eller orimligt långa transporttider något som hindrade att den som behövde hjälp fick sin lagstadgade omsorg. Det handlar om ganska få fall men är ändå avgörande för att man ska kunna bo kvar i sin hembygd även på ålderns höst och när omsorgsbehovet ökar. Visst kan man önska att det överallt finns en utbildad undersköterska som direkt kommer när man larmar, men det är inte rimligt eller ekonomiskt möjligt. Det förstår givetvis de som bor långt från allfartsvägen. Därför måste kommunen nu vara pragmatisk, modig och lite kreativ och arbeta fram plats- och individanpassade modeller.

**• Vi föreslår att kommunens omsorgsplanerare får i uppdrag att ta fram lösningar för timanställd hemtjänst, genom att närboende till biståndsbedömda personer erbjuds visstidsanställning inom ett avgränsat geografiskt område och med de anpassningar som behövs för att lösa konkreta vårdbehov.**

Centerpartiet i Östhammars kommun 2025-11-05

Camilla Strandman



Omsorgskontoret  
Lina Edlund

## Svar på motion från Camilla Strandman (C) om att det ska vara möjligt att bo kvar i sin nära hembygd även som äldre och även i skärgården

### Beskrivning av motionen

Centerpartiet föreslår att kommunens omsorgsplanerare får i uppdrag att ta fram lösningar för timanställd hemtjänst, genom att närboende till biståndsbedömda personer erbjuds visstidsanställning inom ett avgränsat geografiskt område och med de anpassningar som behövs för att lösa konkreta vårdbehov.

### Beskrivning gällande kommunens verksamhet på området

Vård- och omsorgsnämnden delar motionärens uppfattning att Östhammars kommun, som landsbygds- och skärgårdskommun, har särskilda utmaningar när det gäller att organisera vård och omsorg. Det är en självklar ambition att äldre personer och personer med funktionsnedsättning, oavsett bostadsort, ska kunna känna trygghet och få sina behov tillgodosedda.

Samtidigt är kommunens handlingsutrymme styrt av lagstiftning och andra bindande regelverk. Nedan redovisas de rättsliga utgångspunkter som innebär att kommunen inte kan garantera att hemtjänst alltid kan organiseras genom särskilda lokala lösningar på samtliga öar.

#### 1. Likställighetsprincipen

Enligt 2 kap. 3 § Kommunallagen (2017:725) ska kommunen behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för annat (likställighetsprincipen).

Principen innebär inte att kommunen måste organisera verksamheten på identiskt sätt i hela kommunen eller erbjuda samma organisatoriska lösning oavsett geografiska förutsättningar. Den innebär att beslut ska vila på sakliga grunder och att individuella behov ska bedömas likvärdigt.

Kommunen är således skyldig att pröva rätten till insatser på ett likvärdigt och rättssäkert sätt. Likställighetsprincipen hindrar inte att verksamheten organiseras på olika sätt i olika delar av kommunen om det finns sakliga skäl, exempelvis geografiska förutsättningar eller tillgänglighet. Däremot innebär principen inte att en viss bemanningsmodell kan garanteras på varje enskild plats.

Omsorgskontoret  
Lina Edlund

## 2. Rätten till insatser och skäliga levnadsförhållanden

Enligt 11 kap. 1 § Socialtjänstlagen (2025:400) har den som inte själv kan tillgodose sina behov rätt till insatser för att uppnå skäliga levnadsförhållanden.

Detta innebär att:

- Kommunen är skyldig att pröva rätten till insatser genom individuella beslut.
- Bedömningen ska utgå från den enskildes behov.
- Insatserna ska säkerställa att den enskilde uppnår skäliga levnadsförhållanden.

Rätten avser att behovet ska tillgodoses, inte att det ska ske genom en viss organisatorisk lösning, en viss personalgrupp eller en särskild anställningsform. Kommunen har ett handlingsutrymme när det gäller hur en beslutad insats ska verkställas, under förutsättning att den enskildes rätt enligt lagen säkerställs.

Om kommunen, trots ansträngningar, inte kan verkställa en beslutad insats i ordinärt boende på grund av bemanningssvårigheter, arbetsmiljörisker eller kvalitetsbrister, kan kommunen behöva erbjuda en annan insats som tillgodoser behovet och säkerställer skäliga levnadsförhållanden, exempelvis särskilt boende.

## 3. Arbetsgivaransvar och arbetsmiljölagstiftning

Kommunen är arbetsgivare och omfattas av Arbetsmiljölagen (1977:1160).

Detta innebär att kommunen måste säkerställa:

- En säker och trygg arbetsmiljö,
- Rimliga arbetsvillkor och restider,
- Tillräcklig arbetsledning, introduktion och handledning,
- Att ensamarbete endast förekommer när det är förenligt med säkerheten.

Att organisera verksamheten genom timanställd närboende personal i isolerade geografiska lägen kan i vissa situationer innebära risker, exempelvis bristande arbetsledning, otillräckligt stöd, riskfyllt ensamarbete eller svårigheter att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Kommunen får inte organisera verksamheten på ett sätt som strider mot arbetsmiljölagstiftningen.

Omsorgskontoret  
Lina Edlund

#### 4. Kompetenskrav och kvalitetssäkring

Enligt 5 kap. 1-3 § Socialtjänstlagen (2025:400) ska verksamheten inom socialtjänsten vara av god kvalitet och kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Detta innebär bland annat att:

- Personal ska ha lämplig utbildning och erfarenhet,
- Insatser ska dokumenteras korrekt och kunna följas upp,
- Verksamheten ska bedrivas med tillräcklig kompetens och kontinuitet,
- Det ska finnas ledningssystem för kvalitet och uppföljning.

Om personal utan adekvat utbildning eller erfarenhet anställs för att utföra omsorgsinsatser finns risk att kvalitetskraven inte kan säkerställas. Det kan även uppstå svårigheter i förhållande till regler om delegering enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

#### 5. Kommunens riktlinjer för anhöriganställning

Den tidigare socialnämnden har antagit riktlinjer för anhöriganställning inom vård och omsorg (SN § 24/2018). Riktlinjerna innebär att anhöriganställning kan tillämpas i undantagsfall när beviljade hemtjänstinsatser inte kan tillgodoses av ordinarie personalgrupp, exempelvis på grund av språkförhållanden eller särskilda svårigheter att verkställa beslutet.

Riktlinjerna ställer omfattande krav på:

- kompetensprövning vid anställning,
- introduktion, handledning och fortbildning,
- arbetsledning och kontinuerliga avstämningar,
- dokumentation och avvikelshantering enligt ordinarie system,
- att viss del av insatserna, vid mer omfattande behov, ska utföras av ordinarie personalgrupp.

Anhöriganställning är således en individuellt prövad och reglerad lösning som främst används för att säkerställa verkställighet i enskilda fall. Den är normalt inte avsedd att utgöra en generell bemanningsmodell för ett helt geografiskt område.

#### Sammanvägd bedömning

Vård- och omsorgsnämnden delar uppfattningen att kreativa och platsanpassade lösningar behöver prövas där det är möjligt och förenligt med lagstiftningen. Det görs också kontinuerligt arbete med att:

Omsorgskontoret  
Lina Edlund

- Rekrytera personal i glesbygd,
- Samordna insatser,
- Använda digitala lösningar där det är lämpligt,
- Anpassa schemaläggning.

Däremot kan kommunen inte lämna en generell garanti om att hemtjänst alltid kan organiseras genom lokalt timanställda närboende på samtliga öar. En sådan garanti skulle behöva förenas med:

- Likställighetsprincipen i Kommunallagen,
- Rätten till insatser för att uppnå skäligen levnadsförhållanden enligt Socialtjänstlagen,
- Arbetsgivaransvaret enligt Arbetsmiljölagen,
- Kraven på god kvalitet och rättssäkerhet i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftning,
- Upphandlingsrättsliga regler.

#### Vård- och omsorgsnämndens slutsats

Kommunen är skyldig att pröva och tillgodose individuella behov av insatser enligt gällande lagstiftning så att den enskilde uppnår skäligen levnadsförhållanden. Något generellt undantag för vissa geografiska områden tillämpas inte.

Däremot finns det inget lagstöd för att garantera en viss organisatorisk lösning på varje geografisk plats, och kommunen får inte organisera verksamheten i strid med arbetsmiljökrav, kvalitetskrav eller annan bindande lagstiftning.

Vid bedömningen av hur en beslutad insats ska verkställas görs en samlad och proportionerlig avvägning i varje enskilt ärende mellan:

- den enskildes behov och rätt till skäligen levnadsförhållanden,
- verksamhetens kvalitet och rättssäkerhet,
- arbetsmiljökrav och arbetsgivaransvar,
- tillgängliga resurser och organisatoriska förutsättningar.

Mot denna bakgrund bedömer Vård- och omsorgsnämnden att motionens intentioner är förståeliga. Förslaget, i den form det är formulerat, är dock inte förenligt med gällande regelverk och kommunens ansvar som huvudman och arbetsgivare.

Förvaltningen föreslår därför att motionen avslås, samtidigt som arbetet med att hitta lagliga och långsiktigt hållbara lösningar för omsorg i skärgården fortsätter inom ramen för gällande lagstiftning.

Kommunfullmäktige

## Dnr KS-2025-820

### § 176. Motion från Camilla Strandman (C) om att det ska vara möjligt att bo kvar i sin nära hembygd även som äldre och även i skärgården

#### Beslut

Kommunfullmäktige överlämnar motionen till vård- och omsorgsnämnden för beredning. (Bilaga)

#### Ärendebeskrivning

Camilla Strandman (C) har inkommit med en motion daterad 2025-11-05 om att *Det ska vara möjligt att bo kvar i sin nära hembygd även som äldre och även i skärgården.*

#### Motionen

Östhammar är en landsbygds- och skärgårdskommun med alla de speciella utmaningar som följer. Det innebär till exempel att det kan vara svårare att organisera hemtjänst och andra biståndsbedömda insatser. Men kommunallagen stadgar att våra invånare ska behandlas lika när de är i lika situationer och det måste gälla även för dem som bor utanför tätorterna. Vid ett möte i höstas ute på Gräsö fick deltagarna veta att det finns personer som har fått biståndsbeslut om t ex hemtjänst men där kommunen inte kan få fram någon utförare. Så kan vi inte ha det!

Förr om åren löste man omsorgsfrågor på sådana här lite speciella platser genom att timanställa någon person som redan finns relativt nära den hjälpbehövande. Då blev inte tillgången till båttaxi eller orimligt långa transporttider något som hindrade att den som behövde hjälp fick sin lagstadgade omsorg. Det handlar om ganska få fall men är ändå avgörande för att man ska kunna bo kvar i sin hembygd även på ålderns höst och när omsorgsbehovet ökar. Visst kan man önska att det överallt finns en utbildad undersköterska som direkt kommer när man larmar, men det är inte rimligt eller ekonomiskt möjligt. Det förstår givetvis de som bor långt från allfartsvägen. Därför måste kommunen nu vara pragmatisk, modig och lite kreativ och arbeta fram plats- och individanpassade modeller.

- Vi föreslår att kommunens omsorgsplanerare får i uppdrag att ta fram lösningar för timanställd hemtjänst, genom att närboende till biståndsbedömda personer erbjuds visstidsanställning inom ett avgränsat geografiskt område och med de anpassningar som behövs för att lösa konkreta vårdbehov.

#### Beslutsunderlag

Bilaga - Motion

#### Beslutet skickas för åtgärd till

Nämndsekreterare för vård- och omsorgsnämnden  
Staben för fördelning



**Anhörigföreningen  
i Östhammars Kommun**  
*För bästa möjliga äldreomsorg*

ÖSTHAMMARS KOMMUN	
2026 -01- 3 0	
Dnr:	Dpl:

2026-01-30

Vård- och Omsorgsnämnden,  
Kommunstyrelsen,  
Kommundirektör,  
i  
Östhammars kommun

Kopia: gruppledarna i kommunfullmäktige

### **Situationen inom kommunens omsorgsverksamhet**

Anhörigföreningen i Östhammar, AF, har tagit del av två handlingar där kvaliteten på kommunens omsorgsverksamhet bedömts. Den ena är 2025 års brukarundersökning, KOLADA, den andra är Azets granskning av kvalitetsarbete inom äldreomsorg och LSS. Ingen av dem är särskilt rolig läsning för en kommuninnevånare.

AF har även tagit del av de åtgärder som föreslås för att förbättra situationen efter resultaten i KOLADA 2025 och Azets granskning. Kommunen har även antagit ett Äldreprogram för att stärka kvaliteten i omsorgsverksamheten. Vi ser mycket positivt på samtliga dessa åtgärder.

Trots nämnda förslag till åtgärder anser vi dock att det finns skäl till berättigad oro. Genom styrelsemedlemmars egna erfarenheter och kontakter med medlemmar får vi ta del av händelser som vi inte omedelbart kan se att kommunens vällovliga dokument löser.

I AF:s remissvar på förslaget till Äldreprogram föreslog vi ett elfte målområde "Ökade insatser för god personalpolitik" med undertexten "Anpassa organisation och arbetssätt till en modell som främjar personalens välbefinnande och förbättrar rekryteringsmöjligheterna".

Det här är utan tvekan en viktig och välkänd faktor för att erhålla god kvalitet i en verksamhet.

AF får av och till rapporter om mer eller mindre allvarliga misstag som begåtts av avdelningspersonal. Vår uppfattning är att de ofta hade kunnat undvikas om det funnits en **tydlig arbetsledning**. Det finns det inte idag. En ensam enhetschef kan inte ha daglig uppsyn över arbetet på varje enskild avdelning på enheten. Det finns ingen ansvarig person på varje avdelning som ser till att rutiner efterföljs och att viktig information når hela arbetslaget.

AF:s årsmöte i februari 2025 inleddes av kommunstyrelsens ordförande Fabian Sjöberg som talade om sina och den politiska majoritetens planer och tankar om kommunens äldreomsorg och dess kvalitet. Han tog bland annat upp att man arbetade med införande av **teamledare**, men de saknas fortfarande.

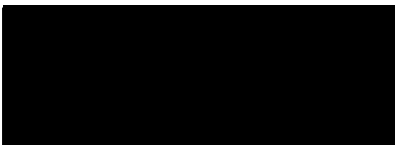
Anhörigföreningen i Östhammars Kommun, Edsvägen 16; fack 2024,  
74234 Östhammar. E-post: anhorig.osthammar@telia.com. Org.nr. 802516-8215

Från anhöriga har AF under det senaste året fått rapporter om **brister i städningen på boendena**. Anhöriga som kommer på besök till ett boende kan behöva börja med att städa den närståendes rum och toalett! Från personal hör vi missnöje med att de numera ska ansvara helt och hållet för städningen av de boendes rum. Den här nyordningen infördes 2025 på alla boenden och vittnar varken om omtanke om personal eller de boende. Städning av vårdenheter kräver grundutbildning i städrutiner och kontinuerlig fortbildning enligt Vårdhandboken. Under 2025 infördes utbildningsstopp inom omsorgsverksamheten, vilket gör vårdpersonalens extra arbetsuppgifter orimliga – ingen grundläggande städutbildning samtidigt som de inte heller får fortbildning i det egna yrkesområdet. Vi anser inte att det här är god personalpolitik.

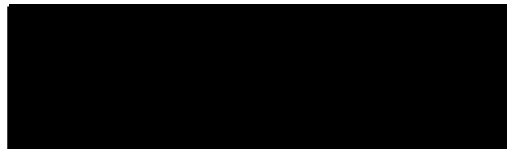
Till sist en punkt som berör **hanteringen av synpunkter/klagomål**. Synpunkter från anhöriga som framförs till personal och chefer blir ibland bemötta med avståndstagande och förnekande. AF anser att det finns skäl att arbeta intensivt med att avdramatisera rädslan som tycks råda mot förekomsten av synpunkter/kritik eftersom de är en viktig väg till förbättringar. All personal, politiker och tjänstemän, bör bemöta dessa som en uppskattad del i kvalitetsarbetet. Ytterligare en orsak till oro bland såväl vårdpersonal som anhöriga/närstående är den stora omsättningen på enhetschefer inom äldreomsorgen. Den skulle kunna tyda på strukturella problem i organisationen.

AF har utifrån sin erfarenhet av kommunens vårdverksamhet flera synpunkter på möjliga förbättringar och vi skulle med glädje bli delaktiga i de genomförandeplaner som förväntas bli följden av det antagna Äldreprogrammet.

För Anhörigföreningen i Östhammars kommun



Ulf Ehlin  
Ordförande



Birgitta Johnsen  
Sekreterare



# Anhörigföreningen i Östhammars Kommun

*För bästa möjliga äldreomsorg*

Till: Nämnden för vård och omsorg i Östhammars kommun  
Socialchefen i Östhammars kommun

Kopia: Ledamöterna i Nämnden för vård och omsorg

## Angående FINGER-modellen

Anhörigföreningen har tidigare översänt en sammanfattning av Demensdagen i Östhammar 2025 till nämndens ledamöter och t.f. Socialchefen. Den bifogas även här. I sammanfattningen nämns ett föredrag av Liss Elin Larsson, samordnare av FINGER-implementering, FINGERS Brain Health Institute (FBHI). ”FINGER-modellen – från forskning till kommunal praktik”.

Föredraget kan ses via följande länk

[https://youtu.be/E11LZlfVLqA?si=YxuaPZ\\_Ol-H3i3A3](https://youtu.be/E11LZlfVLqA?si=YxuaPZ_Ol-H3i3A3)

Regeringen har nu gett Socialstyrelsen i uppdrag att underlätta för kommunerna att använda FINGER-metoden i utvecklingen av äldreomsorgen.



Regeringskansliet

Regeringsuppdrag från [Socialdepartementet](#)

## Uppdrag till Socialstyrelsen att utlysa medel för projekt med den multimodala FINGER-modellen

Diarienummer: S2026/00150

Publicerad 12 februari 2026

Regeringen uppdrar åt Socialstyrelsen att fördela pengar för projekt som ska initiera, utveckla eller sprida arbete med den multimodala FINGER-modellen, det vill säga; hälsosam kost, fysisk aktivitet, kognitiv träning, sociala aktiviteter samt kontroll av hjärt- och kärrelaterade riskfaktorer.

Ta del av regeringsuppdraget på [Regeringen.se](#). Regeringsuppdrag från [Socialdepartementet](#), [Regeringen](#) om [Folkhälsa](#), [Äldreomsorg](#)



**Anhörigföreningen  
i Östhammars Kommun**  
*För bästa möjliga äldreomsorg*

Anhörigföreningen föreslår att Östhammars kommun utarbetar ett projekt för utnyttjande av FINGER-metoden och söker medel från Socialstyrelsen för att genomföra projektet. Föreningen bidrar gärna med synpunkter vid projektets utarbetande.

Östhammar, den 15 februari 2026

För Anhörigföreningen i Östhammars kommun

Ulf Ehlin  
Ordförande

Birgitta Johnsen  
Sekreterare

Bilaga: Demensdagen 2025 sammanfattning