

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till omsorgsnämnden

Datum:
2025-10-07

Diarienummer:
OSN-2024-00751

Handläggare:
Daniel Karlsson, Marie Brinktell

Uppföljning av omsorgsnämndens internkontrollplan 2025

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden beslutar

1. **att** godkänna avrapportering av internkontrollplan 2025 enligt ärendets bilaga, samt
2. **att** överlämna den till kommunstyrelsen.

Ärendet

Nämnden upprättar årligen en internkontrollplan. Enligt planen för 2025 så sker avrapportering för samtliga kontrollmoment i oktober, med undantag för kontrollmoment om bristande kunskap om hot och våld som rapporterats tidigare till nämnden i mars.

Internkontrollplanen innehåller nio kontrollmoment. I enlighet med Uppsala kommuns reglemente för intern kontroll och riktlinje finns kontroller inom områdena kontroll av arbetssätt, system och rutiner, finansiell kontroll, kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut samt kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv.

Beredning

Ärendet har samordnats av enheten för strategi och beredning. Rapporteringsunderlag har lämnats av rapporteringsansvariga organisatoriska enheter/avdelningar på förvaltningen och kommunledningskontoret.

Föredragning

Nämnden identifierar årligen risker av olika slag inom dess verksamhet. Många risker hanteras inom ramen för verksamhetsplanen, men vissa områden kan behöva följas och kontrolleras på andra sätt. I dessa fall kan nämnden besluta om att hantera risker genom internkontrollplanen. En identifierad risk innebär inte nödvändigtvis att området fungerar otillfredsställande, utan det indikerar snarare att nämnden söker insikt och ökad kunskap kring den identifierade risken.

Kommunstyrelsen har uppsynsplikt över nämndens arbete med intern kontroll. Nämnden ska därför överlämna den samlade uppföljningen till kommunstyrelsen.

Internkontrollplanen består av olika kontrollmoment och kontrollmetoder som fastställs av nämnden. Förvaltningen genomför därefter kontrollerna med det intervall som stipulerats i internkontrollplanen. Förvaltningens uppföljning av internkontrollplanen är dock inte någon uttömmande verksamhetsanalys, utan det är ett specifikt verktyg bland flera andra för att följa upp tidigare identifierade risker.

Enligt de kommunövergripande riktlinjerna för intern kontroll ska varje kontrollmoment vid rapportering till nämnden bedömas om det är genomfört med anmärkning, med mindre anmärkning, eller utan anmärkning.

Årets internkontrollplan innehåller nio kontrollmoment varav en bedömts vara genomförda med anmärkning, två utan anmärkning och sex med mindre anmärkning. Skälen till att kontrollerna bedömts genomförts med mindre anmärkningar varierar, men i flera fall har de kontrollansvariga inte genomfört kontrollerna i enlighet med beslutad kontrollmetod.

Internkontrollplanen är endast en del av nämndens interna kontroll. För samlad information om nämndens uppföljning och vilka delar som rapporteras till nämnd se uppföljningsplanen som är en bilaga till nämndens verksamhetsplan.

Kontrollmoment som genomförts med anmärkning

Kontrollmoment 8: Uppföljning av arbetet med ökad frisknärvaro.

- Kontrollmomentet (kontrollmetod 8.1) har inte genomförts i sin helhet. Analys har genomförts hur sjukfrånvaron varierat över tid, dock har inte jämförelser med andra kommuner genomförts inom vård och omsorg. Redogörelse saknas även avseende vilka insatser som visat sig effektiva i att öka frisknärvaron. Kontrollmomentet föreslås inte inkluderas i kommande års internkontrollplan utan i stället hanteras inom ramen för liknande formulerad åtgärder i nämndens verksamhetsplan.

Kontrollmoment som genomförts med mindre anmärkning

Kontrollmoment 1: Kontroll av att behovet av rutiner och planer för analogt arbete vid avbrott och störningar är inventerat inom verksamheten. Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och övade.

- Kontrollmomentet föreslås inte ingå i kommande internkontrollplan då arbetet med rutiner vid driftsstopp är på plats. Fortsatt arbete med utvärdering av övning bedöms kunna genomföras inom ramen för ordinarie verksamhet under Q1 2026.

Kontrollmoment 3: Kontroll av att samtliga medarbetare har genomfört obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.

- Resultatet av kontrollen visar att kontrollmomentet inte bör ingå i kommande internkontrollplan eftersom föreslagna åtgärder bedöms vara klara under Q4 2025.

Kontrollmoment 4: Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och kontroll av antalet öppna ärenden över tid.

- Kontrollmomentet föreslås inte ingå i kommande internkontrollplan eftersom mätningar visar att andelen öppna ärenden har minskat jämfört med tidigare år. Det pågår även insatser för att ytterligare minska andelen öppna ärenden.

Kontrollmoment 6: Kontrollera att synpunkter och avvikelser (inklusive lex Sarah och lex Maria) omhändertas på ett ändamålsenligt sätt.

- Kontrollmomentet (kontrollmetod 6.2) har inte genomförts i sin helhet avseende hantering och återkoppling av synpunkter, samt tillgänglighet att lämna synpunkter. Kontrollmomentet bedöms vara fortsatt aktuellt i nämndens internkontrollplan nästa år, dock kan kontrollmetoden behöva utvecklas och utformas på annat sätt.

Kontrollmoment 9: Medarbetare eller förtroendevalda blir otillbörligt påverkade eller agerar på ett otillåtet sätt vilket kan leda till förtroendeskada, skada för medborgare eller verksamhet.

- Sammantaget visar resultatet av enkäten att kunskapen generellt är god inom de områden som innefattas i enkäten. Dock bedöms vissa behov finnas av kompletterande utbildningsinsatser. Kontrollmomentet bedöms vara fortsatt aktuellt i nämndens internkontrollplan nästa år, dock kan kontrollmetoden behöva utvecklas och utformas på annat sätt än genom enkät.

Ekonomiska konsekvenser

Ej aktuellt i föreliggande ärende.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 7 oktober 2025
- Bilaga, Omsorgsnämnden - Avrapportering av internkontrollplan för 2025

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

Vård- och omsorgsförvaltningen
Rapport

Datum:
2025-10-09

Diarienummer:
OSN-2024-00751

Handläggare:
Daniel Karlsson, Marie Brinktell

Avrapportering av internkontrollplan för 2025 För omsorgsnämnden

Innehåll

Arbetet med intern kontroll under året	4
Sammanfattning av granskningar	5
Fördjupad redovisning av kontrollmoment.....	9
Kontrollmoment 1	9
Genomförd kontroll	9
Resultat av kontroll	9
Åtgärder	10
Kontrollmoment 2	11
Genomförd kontroll	11
Resultat av kontroll	11
Kontrollmoment 3	12
Genomförd kontroll	12
Resultat av kontroll	12
Åtgärder	12
Kontrollmoment 4	13
Genomförd kontroll	13
Resultat av kontroll	14
Åtgärder	14
Kontrollmoment 5	15
Genomförd kontroll	15
Resultat av kontroll	17
Åtgärder	17
Kontrollmoment 6	18
Genomförd kontroll	18
Resultat av kontroll	18
Resultat av kontroll	19
Åtgärder	19
Kontrollmoment 7	20
Genomförd kontroll	20
Resultat av kontroll	20
Kontrollmoment 8	22
Genomförd kontroll	22
Resultat av kontroll	22
Åtgärder	23
Genomförd kontroll	23
Resultat av kontroll	23
Kontrollmoment 9	24
Genomförd kontroll	24

Resultat av kontroll	24
Åtgärder.....	24

Arbetet med intern kontroll under året

Arbete har skett för att utveckla nämndens omvärldsanalys och riskregister vilka ligger till grund för urvalet av kontrollmoment. Under detta år sker uppföljning och rapportering av nämndens internkontrollplan i oktober. Nästkommande år planeras dock fler rapporteringstillfällen för kontrollmomenten i internkontrollplanen, utspridda under året.

Nämnden har involverats i riskarbete inom ramen för nämndens strategidag under hösten. Sedan tidigare finns fastställda styrdokument som beskriver ansvarsfördelningen för internkontrollen.

Sammanfattning av granskningar

Postadress: Uppsala kommun, 753 75 Uppsala
Telefon: 018-727 00 00 (växel)
www.uppsala.se

Granskningar som rapporteras per mars

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
5	Kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Kontrollera att personalen upplever att de har tillräckliga kunskaper om hot, våld, hedersrelaterat våld och våld i nära relationer.	Kartlägg och beskriv hur stor andel av personal som genomgått utbildning om hot, våld, hedersrelaterat våld och våld i nära relationer. Kartläggningen ska kunna svara på om personalen anser att man har tillräckliga kunskaper på området.	Granskning är genomförd med mindre anmärkning (rapporterad till nämnd vid tidigare rapporteringstillfälle 17 mars 2025).	Se fördjupad redovisning. Området bedöms vara fortsatt vara aktuellt i nämndens internkontrollplan nästa år, dock kan kontrollmoment och kontrollmetod behöva utvecklas och utformas på annat sätt.

Tabell 1. Granskningar som rapporteras per mars.

Granskningar som rapporteras per oktober

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
1	Kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	<i>Obligatoriskt kontrollmoment:</i> Kontroll av att behovet av rutiner och planer för analogt arbete vid avbrott och störningar är inventerat inom verksamheten. Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och övade.	Kontrollera att det finns ett dokumenterat underlag som beskriver hur verksamheten ska bedrivas analogt då digitala system inte är tillgängliga. Kontrollera att rutiner och planer har övats och utvärderats.	Granskning är genomförd med mindre anmärkning.	Se fördjupad redovisning. Kontrollmomentet ska inte ingå i kommande internkontrollplan då arbetet med rutiner vid driftsstopp är på plats. Fortsatt arbete med utvärdering av övning bedöms kunna genomföras inom ramen för ordinarie verksamhet under Q1 2026.
2	Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	<i>Obligatoriskt kontrollmoment:</i> Kontroll av att förvaltnings- respektive bolagsledningen genomfört mognadsdialogen informationssäkerhet.	Kontrollera att det finns en redovisning av utfallet från mognadsdialogen med ett tillhörande förslag på förbättringsåtgärder.	Granskning är genomförd utan anmärkning.	Se fördjupad redovisning.
3	Kontroll av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	<i>Obligatoriskt kontrollmoment:</i> Kontroll av att samtliga medarbetare har genomfört obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.	Kontrollera i Lärportalen att samtliga medarbetare genomfört den obligatoriska utbildningen i informationssäkerhet.	Granskning är genomförd med mindre anmärkning.	Se fördjupad redovisning. Kontrollmomentet ska inte ingå i kommande internkontrollplan eftersom föreslagna åtgärder bedöms vara klara under Q4 2025.
4	Kontroller av system och rutiner	Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och kontroll av antalet öppna ärenden över tid.	Kontroll av att ärenden stängs i tid. Uppföljning och analys av hur andelen öppna ärenden utvecklas över tid. Jämför med tidigare år.	Granskning är genomförd med mindre anmärkning.	Se fördjupad redovisning. Kontrollmomentet ska inte ingå i kommande internkontrollplan eftersom mätningar visar att andelen öppna ärenden har minskat jämfört med tidigare år. Det pågår insatser för att ytterligare minska andelen öppna ärenden.
6	Kontroller av verksamhetens arbetssätt, system och rutiner	Kontrollera att synpunkter och avvikelser (inklusive lex Sarah och	6.1 Analysera om rutiner gällande synpunktshantering och avvikelser svarar mot gällande regelverk.	Granskning genomförd utan anmärkning.	Se fördjupad redovisning.

		lex Maria) omhändertags på ett ändamålsenligt sätt.	6.2 Analysera om synpunkter och klagomål kan lämnas in på ett enkelt och lättillgängligt sätt och återkoppling ges inom rimlig tid.	Granskning genomförd med mindre anmärkning.	Kontrollmomentet bedöms vara fortsatt aktuellt i nämndens internkontrollplan nästa år, dock kan kontrollmetoden behöva utvecklas och utformas på annat sätt.
7	Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	Kontrollera att verksamheter i egen regi respektive av externa utförare följs upp på ett likvärdigt sätt.	Kartlägg hur egen regi respektive externa utförare följs upp och beskriv eventuella skillnader.	Granskning genomförd utan anmärkning.	Se fördjupad redovisning.
8	Finansiell kontroll	Uppföljning av arbetet med ökad frisknärvaro.	8.1 Analys av hur sjukfrånvaron varierat över tid, genomför jämförelse med andra kommuner samt redogör vilka insatser som visat sig vara effektiva. 8.2 Redogör för faktiska kostnader för sjukfrånvaro och jämför med utfallet om det i stället varit 6%.	Granskning genomförd med anmärkning Granskning genomförd utan anmärkning.	Se fördjupad redovisning. Kontrollmomentet bedöms ej aktuellt att åter följa upp i nämndens internkontrollplan 2026. Målet om 6 % sjukfrånvaro följs i dagsläget upp genom åtgärden Arbeta för en ökad frisknärvaro, samt nå målet på max 6 % sjukfrånvaro i nämndens verksamhetsplan och planeras göra så även 2026. Ökad fokus i uppföljningen bör vara att analysera effekterna av de åtgärder som genomförs för att öka frisknärvaron.
9	Kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv	Medarbetare eller förtroendevalda blir otillbörligt påverkade eller agerar på ett otillåtet sätt vilket kan leda till förtroendeskada, skada för medborgare eller verksamhet.	Ta del av nämndens svar av den kommungemensamma enkäten för kontroll av kunskap hos nämndens politiker och tjänstemän avseende mutor, jäv och representation.	Granskning genomförd med mindre anmärkning.	Se fördjupad redovisning. Kontrollmomentet bedöms vara fortsatt aktuellt i nämndens internkontrollplan nästa år, dock kan kontrollmetoden behöva utvecklas och utformas på annat sätt.

Tabell 2. Granskningar som rapporteras per oktober.

Fördjupad redovisning av kontrollmoment

Kontrollmoment 1

Obligatoriskt kontrollmoment:

Kontroll av att behovet av rutiner och planer för analogt arbete vid avbrott och störningar är inventerat inom verksamheten. Nödvändiga rutiner och planer är dokumenterade, kända och övade.

Kontrollmetod:

Kontrollera att det finns ett dokumenterat underlag som beskriver hur verksamheten ska bedrivas analogt då digitala system inte är tillgängliga. Kontrollera att rutiner och planer har övats och utvärderats.

Genomförd kontroll

Arbetet med upprättande av kontinuitetsplaner har pågått sedan 2021. Samtliga verksamheter, där organisationen bedömt att det är aktuellt, har upprättade kontinuitetsplaner utifrån scenarier relaterade till oväntade driftstopp. Det finns driftstoppspärmar med all nödvändig information för att bedriva verksamhet trots oväntade störningar i verksamheten. Under hösten ska dessa pärmar kvalitetssäkras. Kvalitetssäkringen innebär bland annat att lokala rutiner ses över och att dokumentationen samlas i pärmar med en enhetlig struktur, så att informationen är lättillgänglig och tydligt.

Inom myndighet finns beredskapsombud som har under året varit behjälpliga med att öva medarbetare på avbrott och störningar, även chefer har övat på oväntade scenarier.

En workshop för verksamhetschefer planeras in under hösten, för utbildning och uppdatering av kris och beredskapsarbetet.

Områdeschef har ansvar för att följa upp arbetet tillsammans med verksamhetschefer. Verksamhetschefer säkerställer att rutiner och planer är kända hos medarbetare. Uppföljning på avdelningsnivå sker vid separata tillfällen i avdelningens ledningsgrupp. Avdelningen strategi och avtal har det förvaltningsövergripande samordningsansvaret.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.

Resultatet av kontrollen visar att samtliga verksamheter har upprättade kontinuitetsplaner relaterat till oväntade driftstopp, det finns även driftstoppspärmar med all nödvändig information för att bedriva verksamheten analogt trots oväntade störningar.

Under våren har det varit ett flertal driftstopp och avbrott avseende funktionalitet i journalsystem och telefoni där medarbetarna har använt driftstoppspärmarna utan anmärkning.

Övningar har genomförts i delar av verksamheten, ytterligare övningar planeras att genomföras under hösten 2025, dock har det inte genomförts några utvärderingar kopplat till övningarna.

Åtgärder

- De verksamheter som inte genomfört några övningar behöver göra det under Q4 2025.
- Hittills har inga utvärderingar genomförts vilket också behöver genomföras i samtliga verksamheter under Q1 2026.

Kontrollmoment 2

Obligatoriskt kontrollmoment:

Kontroll av att förvaltnings- respektive bolagsledningen genomfört mognadsdialogen informationssäkerhet.

Kontrollmetod:

Kontrollera att det finns en redovisning av utfallet från mognadsdialogen med ett tillhörande förslag på förbättringsåtgärder.

Genomförd kontroll

Under januari 2025 har mognadsdialogen kring informationssäkerhet genomförts i samtliga avdelningar inom förvaltningen. Dialogen har resulterat i en nulägesbild och en redovisning av mognadsnivåer inom olika perspektiv av informationssäkerhet.

En åtgärdsplan har upprättats med prioriterade insatser för att höja mognadsnivån inom området informationssäkerhet och förvaltningens systematiska arbete. Planen omfattar bland annat utbildningsinsatser, förbättrade rutiner för hantering av känslig information och incidenter, samt utveckling av ett mer systematiskt arbetssätt. Uppföljning av åtgärdsplanens genomförda aktiviteter kommer att ske under Q1–Q3 2026.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd *utan anmärkning*.

Resultatet av kontrollen visar att utfallet av mognadsdialogen har resulterat i en nulägesbild som ligger till grund för den åtgärdsplan som upprättats.

Kontrollmoment 3

Obligatoriskt kontrollmoment:

Kontroll av att samtliga medarbetare har genomfört obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.

Kontrollmetod:

Kontrollera i Lärportalen att samtliga medarbetare genomfört den obligatoriska utbildningen i informationssäkerhet.

Genomförd kontroll

Det saknas data i Lärportalen över hur många medarbetare som genomfört den obligatoriska utbildningen i informationssäkerhet. Inom vissa verksamheter har flertalet medarbetare genomfört utbildningen gemensamt och inte individuellt, vilket medför att det inte går att få ut tillförlitlig statistik via Lärportalen. Inom en del verksamheter har medarbetarna uppmanats att genomföra utbildningen och där varierar följsamheten till att genomföra utbildningen. Det finns även verksamheter där samtliga medarbetare genomfört utbildningen.

Vid nyrekrytering ingår det som en del i introduktionen att genomgå utbildning i informationssäkerhet. Förvaltningen har rekryterat intensivt och trots att utbildningen finns med på checklista i samband med introduktion konkurrerar den med många andra obligatoriska moment. Detta kan innebära en fördröjning i genomförandet av utbildningen.

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av genomförandet och tillbörliga åtgärder vid upptäckt av låg följsamhet. Verksamhetschef behöver göra regelbundna uppföljningar i Lärportalen.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd *med mindre anmärkning*.

Resultatet av kontrollen visar att det inte finns tillförlitliga data i Lärportalen för att kunna följa upp vilka medarbetare som genomfört utbildningen eftersom medarbetarna inom vissa verksamheter inte genomför utbildningen individuellt.

Åtgärder

- Ansvariga chefer uppmanar de medarbetare som ännu inte genomfört utbildningen att göra det.
- Lägga in manuellt i Lärportalen vilka medarbetare som genomfört utbildningen utifrån deltagarlista.
- Säkerställa att medarbetare i den mån det är möjligt genomför utbildningen individuellt för att få tillförlitlig statistik i Lärportalen över hur många och vilka som genomfört utbildningen.

Samtliga åtgärder behöver genomföras senast Q4 2025.

Kontrollmoment 4

Kontrollmoment

Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och kontroll av antalet öppna ärenden över tid.

Kontrollmetod:

Kontroll av att ärenden stängs i tid. Uppföljning och analys av hur andelen öppna ärenden utvecklas över tid. Jämför med tidigare år.

Genomförd kontroll

När ärenden avslutas i ärendehanteringssystemet DHS sker detta i två steg. Först skickar handläggarna ärendet för avslut. Därefter gör registrator en kvalitetskontroll av ärendet och jämför med eventuell pappersakt. Registrator avslutar sedan ärendena slutgiltigt. I de mätningar som genomförts går det att se andelen ärenden som har status *Avslutat från handläggare* samt *Avslutat* (avslutat och kvalitetskontrollerat av registrator).

Registraturen har tagit fram nulägesstatistik (2025-05-14) över andelen pågående och avslutade ärenden i DHS för respektive nämnd och år under perioden 2019–2025. Vi har jämfört med motsvarande siffror från föregående mätningar som gjordes 2023 och 2024.

Många ärenden ligger fortfarande öppna sedan flera år tillbaka, även om andelen har minskat sedan tidigare mätningar. Det kan bero på att en del ärenden saknar ansvarig handläggare, troligen på grund av att handläggare har avslutat sin tjänst utan att ta hand om sina pågående ärenden. Detta gäller totalt cirka 70 ärenden för OSN. Antalet pågående ärenden som saknar ansvarig handläggare har dock minskat sedan mätningen hösten 2023.

Den totala andelen pågående ärenden har minskat från 50 % till 25 % för omsorgsnämnden jämfört med den mätning som genomfördes hösten 2023.

Andelen ärenden med status *Avslutat från handläggare* har ökat för båda nämnderna, vilket beror på att handläggarna har avslutat fler ärenden än tidigare. Detta beror sannolikt på de åtgärder som genomförts av förvaltningen och registraturen. Det handlar till exempel om de automatiska påminnelser som nu skickats ut en gång i halvåret till de handläggare som har pågående ärenden i DHS, och riktade utbildningsinsatser som har genomförts tillsammans med registraturen.

Andelen ärenden med status *Avslutat* (avslutat och kvalitetskontrollerat av registrator) ligger däremot kvar på samma nivå jämfört med tidigare mätningar. Detta beror på att registraturen inte har haft möjlighet att hinna med att utföra kvalitetskontroller i den omfattning som behövts.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd *med mindre anmärkning*.

Resultatet av granskningen visar att andelen öppna och pågående ärenden har minskat. Andelen ärenden med status *Avslutat från handläggare* har ökat, däremot ligger ärenden med status *Avslutat* (avslutat och kvalitetskontrollerat av registrator) kvar på samma nivå. En del ärenden saknar ansvarig handläggare vilket medför att många ärenden är pågående, andelen ärenden som saknar ansvarig handläggare har dock minskat.

Åtgärder

- Fortsätta med utbildningsinsatser för handläggare, eventuellt riktad insats till de handläggare som har många öppna ärenden. Registraturen kan bistå vid behov.
- Förvaltningen behöver ha en rutin för hantering av ärenden i DHS i samband med att handläggare slutar eller byter tjänst, så att ärenden inte lämnas öppna utan någon ansvarig handläggare. Rutin klar Q2 2026.
- Registraturen kan bistå med hjälp att avsluta de ärenden som i nuläget inte har någon ansvarig handläggare, genom att vid behov lägga till en ny ansvarig handläggare.
- Registraturen kan även fortsättningsvis ta fram motsvarande statistik nästa år för att följa upp hur arbetet och insatserna gått.
- Förvaltningen behöver ha dialog med registraturen om personella resurser för kvalitetskontroll och avslut av ärenden.

Kontrollmoment 5

Kontrollera att personalen upplever att de har tillräckliga kunskaper om hot, våld, hedersrelaterat våld och våld i nära relationer.

Genomförd kontroll

Kontrollmetod:

Kartlägg och beskriv hur stor andel av personal som genomgått utbildning om hot, våld, hedersrelaterat våld och våld i nära relationer.

Kartläggningen ska kunna svara på om personalen anser att man har tillräckliga kunskaper på området.

Avdelning Myndighet

Inom myndighet OSN har redan tidigare, i överensstämmelse med beslutad kontrollmetod, en kartläggning av hur stor andel av personalen som genomgått utbildning om hot, våld och våld i nära relationer genomförts. Därtill har man undersökt om personalen anser att man har tillräckliga kunskaper på området. Resultatet av genomförd kontroll inom myndighet redovisades i uppföljningen av nämndens internkontrollplan 2024. Kontrollen anses därför redan genomförd och redovisas inte ytterligare i detta ärende.

Avdelning Socialpsykiatri och personligt stöd

Enkätundersökning har riktats till samtliga verksamhetschefer på avdelningen.

- Ca 70% av de svarande uppger att personalen har kännedom om den kommungemensamma rutinen kring hot och våld.
- På en skala från 1 till 5, där 1 innebär att man inte alls har tillräckliga kunskaper och 5 innebär att man helt och hållet har tillräckliga kunskaper, blev det genomsnittliga resultatet 3. Detta indikerar att medarbetarna upplever sina kunskaper som delvis tillräckliga, men att det finns utrymme för förbättring och ytterligare kompetensutveckling
- Ca 56% av de svarande uppger att personalen har kännedom om rutinen kring våld i nära relation.
- 25% av de svarande uppger att personalen genomgått utbildningar om våld i nära relationer. När det gäller utbildningen *våld mot äldre* uppger endast en av tolv svarande chefer att en mindre del av den verksamhetens personal genomgått utbildningen.
- 4 av 14 verksamheter uppger att man har våldsombud på sin enhet.
- På en skala från 1 till 5, där 1 innebär att man inte alls har tillräckliga kunskaper och 5 innebär att man helt och hållet har tillräckliga kunskaper, blev det genomsnittliga resultatet 2,8. Detta indikerar att medarbetarna upplever sina kunskaper som delvis tillräckliga, men att det finns utrymme för förbättring och ytterligare kompetensutveckling

Avdelning Arbete och bostad

Enkätundersökning har riktats till samtliga verksamhetschefer på avdelningen och dialoger har skett på ledningsgruppernas möten samt under APT.

- 68% av personalen har kännedom om den kommungemensamma rutinen kring hot och våld.
- 20% av de svarande uppger att de har genomfört utbildningen "Hot och våld i nära relationer" på lärportalen.
- Endast 6% har genomfört utbildningen "Våld mot äldre".
- Flertalet verksamheter har vid behov och utifrån händelser haft handledning inom avdelningen för lågaffektivt bemötande.
- Bedömningen visar att det finns ett behov av att öka medarbetarnas kompetens inom området.
- På en skala 1–5 har cheferna skattat medarbetarnas kunskap till 3, vilket indikerar ett behov av ytterligare utbildning.
- Flertalet chefer anser att mer kunskap och utbildning anpassad för avdelningens målgrupp behövs, då befintliga utbildningar är inriktade på äldreomsorg.
- Rutiner finns i ledningssystemet, men det finns ett behov av ett mer systematiskt arbete för att säkerställa efterlevnad.

Hälso- och sjukvård

Inom vård- och omsorgsförvaltningens avdelning för hälso- och sjukvård har 12 av 13 verksamhetschefer besvarat en kort enkät med frågor baserat på kontrollmetoden. Resultaten avser avdelningen i sin helhet (OSN och ÄLN).

Resultaten av enkäten visar på att 50 procent av personalen har kännedom om den kommungemensamma riktlinjen om hot och våld. 11 av 12 verksamheter som svarat har uppgett att de inte har genomfört någon utbildning, medan en verksamhet svarar att de genomfört utbildning. Två ytterligare verksamheter planerar utbildningar på APT i februari. På en skala från 1 till 5, där 1 innebär att man inte alls har tillräckliga kunskaper och 5 innebär att man helt och hållet har tillräckliga kunskaper, blev det genomsnittliga resultatet 2,5.

Gällande våld i nära relation så visar enkäten på att 40 % av medarbetarna har kännedom om rutinen inom detta område. 20% av medarbetarna har genomgått de utbildningar om våld i nära relationer som finns i lärportalen, det gäller såväl utbildningen *Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer*, som utbildningen *Våld mot äldre*.

På en skala från 1 till 5, där 1 innebär att man inte alls har tillräckliga kunskaper och 5 innebär att man helt och hållet har tillräckliga kunskaper, blev det genomsnittliga resultatet 2,2. 10 av 12 verksamheter har svarat att de inte har våldsombud på sin enhet.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd *med mindre anmärkning*.

Resultatet av kontrollen visar att kontrollmomentet har genomförts på samtliga berörda avdelningar. Kartläggning genom enkäter har genomförts av genomförda utbildningar, verksamhetschefernas uppskattning av medarbetarnas upplevda kompetens inom området, samt kännedom om aktuella rutiner inom området.

Kontrollen bedöms inte ge en fullt ut heltäckande bild av hur samtliga medarbetare själva upplever sina kunskaper inom området. Dock är bedömningen att kartläggningen ger en tillräckligt god bild av medarbetarnas kunskaper för att granskningen ska kunna anses genomförd med mindre anmärkning.

Området bedöms vara fortsatt vara aktuellt i nämndens internkontrollplan nästa år, dock kan kontrollmoment och kontrollmetod behöva utvecklas och utformas på annat sätt.

Resultatet av kontrollen tyder på att det finns ett utvecklingsarbete att göra för att säkerställa tillräckliga kunskaper om hot, våld, hedersrelaterat våld och våld i nära relationer bland nämndens medarbetare. Ytterligare åtgärder behöver därför genomföras på avdelningarna under året, med fokus att stärka medarbetarnas kunskaper inom området. Samtliga åtgärder behöver genomföras senast den 31 december 2025.

Åtgärder

Säkerställa att relevanta rutiner är kända inom verksamheterna.

- Granskningen visar att kännedomen om relevanta rutiner varierar mellan verksamheter och sakområden. Respektive avdelning behöver därför vidta åtgärder för att relevanta rutiner är kända bland samtliga medarbetare.

Ta fram en plan för utbildningsinsatser för respektive avdelning, samt i linje med planen möjliggöra fler utbildningsinsatser inom området som respektive avdelnings medarbetare kan genomgå.

- Granskningen visar att det finns ett behov av fortsatta utbildningsinsatser för att öka medarbetarnas kunskaper inom området. Insatserna bedöms också i högre grad behöva anpassas till nämndens målgrupper för att stärka relevansen av utbildningarna och öka deltagandet bland medarbetarna.

Säkerställa att våldsombud finns i tillräcklig omfattning och har adekvata kunskaper i sin roll.

- Våldsombuden spelar en viktig roll i att säkerställa att personalen har den kunskap som krävs för att förebygga, identifiera och agera vid förekomst av hot och våld mot brukare. Våldsombuden genomgår utbildning inom våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck. Under 2025 breddas också utbildningen och rollen stärks för att mer specifikt inkludera personers utsatthet för våld inom ramen för omsorgsnämndens målgrupper. En arbetsgrupp inom nämndens egen regi har tillsatts för att se över våldsombudens uppdrag och omfattning, samt chefens ansvar inom detta område.

Kontrollmoment 6

Kontrollera att synpunkter och avvikelser (inklusive lex Sarah och lex Maria) omhändertas på ett ändamålsenligt sätt.

Kontrollmetod:

6.1 Analysera om rutiner gällande synpunktshantering och avvikelser svarar mot gällande regelverk.

Genomförd kontroll

En omfattande översyn av hanteringen av synpunkter och avvikelser, inklusive Lex Sarah och Lex Maria har genomförts, för att säkerställa att rutinerna är ändamålsenliga och i enlighet med gällande regelverk. I samband med översynen genomfördes en kartläggning riktad till verksamhetscheferna, med syfte att undersöka hur väl rutinen för synpunktshantering fungerar i praktiken.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd *utan anmärkning*.

Granskningen har visat att rutinerna för avvikelshantering och hanteringen av synpunkter svarar mot gällande regelverk. Granskning visade att cheferna upplever att de har goda förutsättningar att hantera synpunkter på ett korrekt sätt. Utifrån kartläggningen har förvaltningen identifierat förbättringsområden och tagit fram konkreta åtgärder. En viktig del i det fortsatta arbetet är att följa upp hanteringen, bland annat genom att följa upp svarstider och kvalitet i återkopplingen.

Avvikelsehantering har också setts över i grunden. Processen i stort är densamma, men vissa viktiga utvecklingssteg har genomförts:

- Hantering av allvarliga händelser sker utifrån nya processer och rutiner.
- Avvikelser och missförhållanden enligt Lex Sarah hanteras nu i en gemensam rutin, vilket skapar tydlighet och effektivitet.
- Områdescheferna har fått en tydligare roll i processen, vilket stärker det verksamhetsnära ansvaret.
- En utbildning som riktar sig till brukarnära medarbetare har tagits fram och delas upp i tre block:
 1. Avvikelser – vad de är, hur de identifieras och hanteras för att förbättra vårdkvaliteten och säkerheten.
 2. Missförhållanden enligt Lex Sarah – vad som utgör ett missförhållande och hur dessa rapporteras och åtgärdas.
 3. Registrering – praktiska steg för att registrera både avvikelser och missförhållanden med hjälp av system och verktyg.

Slutligen arbetar förvaltningen för att etablera en gemensam ram för systematisk uppföljning, både på verksamhetsnivå och på systemledningsnivå. Detta ska säkerställa lärande, kvalitetssäkring och att förbättringsarbetet drivs strukturerat och långsiktigt.

6.2 Analysera om synpunkter och klagomål kan lämnas in på ett enkelt och lättillgängligt sätt och återkoppling ges inom rimlig tid.

Vård- och omsorgsförvaltningen har granskat svarstider och hantering av inkomna synpunkter inom OSN och ÄLN under perioden 1 januari till 31 augusti. Enligt gällande rutin ska synpunktslämnaren, om denne inte är anonym, kontaktas inom 5 arbetsdagar för att bekräfta att synpunkten mottagits. Utredning och åtgärd ska ske inom tre veckor. Vård- och omsorgsförvaltningen har också analyserat hur tillgängligheten ser ut för brukare och medborgare att lämna synpunkter och klagomål.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.

Av de 147 inkomna synpunkter som rör OSN:s verksamheter har ansvarig återkopplat inom rimlig tid i 37 % av ärendena. Det är dock viktigt att notera att 43 % av synpunktslämnarna inte önskar återkoppling eller lämnar kontaktuppgifter. 57 % av ärendena hanteras i sin helhet inom 30 dagar.

Återkoppling inom 5 dagar sker i en begränsad andel av ärendena. Dock visar hanteringen inom 30 dagar att en majoritet av synpunkterna (för förvaltningen som helhet) behandlas inom rimlig tid. Andelen synpunktslämnare som inte önskar återkoppling är relativt hög, vilket är en viktig aspekt i tolkningen av svarstidsstatistiken.

Granskning har visat att behov finns att stärka tillgängligheten för brukare och medborgare att lämna synpunkter och klagomål. Exempel på informationsinsatser som pågår är:

- Affischmaterial tas fram till brukarnära medarbetare för att stärka deras kunskap om hur de ska agera när någon vill lämna en synpunkt.
- Affischer med budskap som "Hjälp oss att bli bättre" sätts upp på boenden, riktade till brukare och anhöriga.
- En trycksak tas fram för att spridas via exempelvis hemtjänsten och biståndshandläggare.
- För att göra synpunktshanteringen mer känd och tillgänglig genomförs en informationskampanj. Ex. information på olika sätt dels genom att ta fram analogt material som delas till samtliga brukare inom förvaltningen genom affischer med information har tagits fram, med tillhörande QR-kod som leder till synpunktshanteringen.

Kontrollmomentet bedöms vara fortsatt vara aktuellt i nämndens internkontrollplan nästa år, dock kan kontrollmetoden behöva utvecklas och utformas på annat sätt.

Åtgärder

- Följa upp effekterna av ovanstående informationskampanj senast Q2 2026
- Kartlägga och utreda orsakerna till de synpunkter och klagomål som inte återkopplats/hanterats i rimlig tid senast Q2 2026.
- Analysera utvecklingen av antalet och andelen brukare och medborgare som önskar återkoppling och inte fått återkoppling inom rimlig tid senast Q2 2026.

Kontrollmoment 7

Kontrollmoment:

Kontrollera att verksamheter i egen regi respektive av externa utförare följs upp på ett likvärdigt sätt.

Kontrollmetod:

Kartlägg hur egen regi respektive externa utförare följs upp och beskriv eventuella skillnader.

Genomförd kontroll

Förvaltningen har genomfört en inventering av föregående fem års avtalsuppföljningar av offentlig och privat regi. Kartläggningen har inkluderat workshop, genomgång av material relaterat till kommunallagen (2017:725), andra författningar och styrdokument, samt omvärldsbevakning.

Förutsättningarna, främst de juridiska grunderna för uppföljning i av offentlig och privat drift skiljer sig. Flera av de aktiviteter som ingår i avtalsuppföljningen av privat drift baseras på den avtalsrelation som gäller mellan parterna, däribland kan särskilt nämnas de kontrollfunktioner som är tillämpliga för ekonomisk kontroll och att det för de flesta verksamhetsområden som Uppsala kommun avtalat privat drift finns tillståndsplikt.

I verksamheter där utförare även är vårdgivare begränsas kommunens möjligheter till kontroll och insyn eftersom man inte längre har tillgång till information (enligt PDL 2008:355), för socialtjänsten behöver inhämtande av uppgifter ur privat utförares personakt ske på anmodan. Detta sker inte med etablerad direktåtkomst i alla verksamhetsområden. Vissa verksamhetsområden har utifrån tjänstens utformning och innehåll utökade kontroller.

För offentlig drift är formerna uttryckta i kommunallag annorlunda, därför finns det uppföljning av offentlig drift också tillgång till information och kontrollfunktioner från annan styrning än den som gäller för den etablerade uppdragsbeskrivningen. Uppföljning av offentlig drift utgår ifrån kommunallagens krav på uppsikt, kontroll och verksamhetsuppföljning i (KL kap 6 §1–6), men även från speciallagstiftningen genom myndighetens uppföljning av individärenden (SOL), medicinskt ansvariga och legitimerade yrken (HSL), samt systematiskt kvalitetsarbete enligt föreskrift. Därtill är också tillgången till information i linjestyrningen och dess mål och budgetstyrning en annan viktig skillnad mellan uppföljning av privat och offentlig drift.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd *utan anmärkning*.

Kartläggning är genomförd enligt aktuell kontrollmetod. Av kartläggningen framgår att det finns skillnader över tid i hur nämndens uppföljning av offentlig respektive privat drift har prioriterats. Skillnaderna kan i huvudsak härledas till de rättsliga grunder som finns för uppföljningsaktiviteterna, samt författningsändringar och utifrån olika politiska prioriteringar.

Det finns skillnader inom vilka verksamhetsområden som uppföljning likställs mellan offentlig och privat drift, det vill säga vilka verksamheter man valt att prioritera. Sedan 2023 tillämpar förvaltningen en av Upphandlingsmyndigheten rekommenderad prioriteringsmodell i uppföljningsstrategin för kontraktstyrning, baserad på de olika risker som uppstår inom respektive verksamhetsområden, samt specifika risker för privat drift. Riskanalys genomförs vid nytt ställningstagande om överlämnande av kommunal angelägenhet genom upphandling. Denna strategi tillämpas på uppföljningen av privat drift men inte offentlig drift.

Vård- och omsorgsförvaltningen tillämpar samma uppföljningsmetoder i den ordinarie avtals- och uppdragsuppföljningen, där avtal och uppdrag är jämförbara. Kartläggningen visar dock även att det i praktiken inte finns några juridiska förutsättningar att helt likställa uppföljningen mellan driftsformerna.

Kontrollmoment 8

Uppföljning av arbetet med ökad frisknärvaro.

Kontrollmetod:

8.1 Analys av hur sjukfrånvaron varierat över tid, genomför jämförelse med andra kommuner samt redogör vilka insatser som visat sig vara effektiva.

Genomförd kontroll

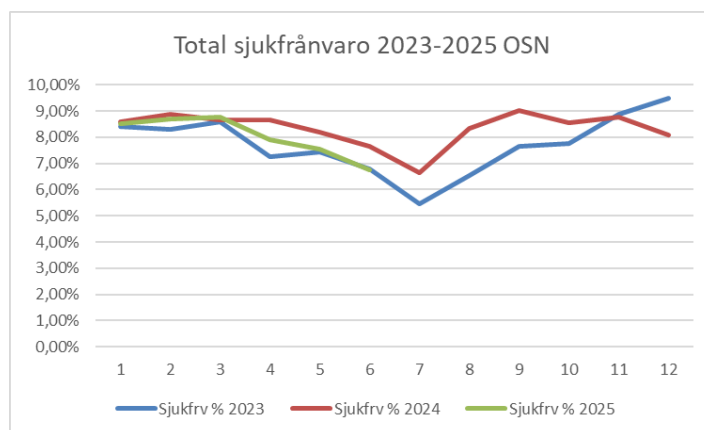
Kartläggning har genomförts om hur sjukfrånvaron varierat över tid och jämförelse har genomförts på övergripande nivå av sjukfrånvaron i Uppsala kommun jämfört med liknande kommuner.

Det har genomförts olika insatser för ökad frisknärvaro, dock saknas det analys om vilken effekt som insatserna gett.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd *med anmärkning*

Avseende omsorgsnämnden så ligger den totala sjukfrånvaron på 6,77% ackumulerat för juni 2025 och i jämförelse med samma period 2024 då den låg på 7,66% så har sjukfrånvaron minskat men i jämförelse med samma period 2023 (6,81%) så är den på ungefär samma nivå som då. För 2025 så är det både den korta och den långa sjukfrånvaron som minskar.



Sjukfrånvaron i Uppsala kommun var för 2024 totalt 7,1% (samma nivå som för det ovägda medelvärdet för resultatnätverket R12). För vård- och omsorgsförvaltningen var sjukfrånvaron för 2024 totalt 8,8%.

Insatser inom omsorgsnämndens verksamheter som har genomförts för ökad frisknärvaro har varit:

- Uppföljning av sjukfrånvaroomtankesamtal
- Rehab-samtal och förebyggande åtgärder såsom arbetet med psykologisk trygghet,
- Utbildning av chefer i rehabilitering och en robust samarbetskultur

Kontrollmomentet (med tillhörande kontrollmetod 8.1) bedöms ej aktuellt att åter följa upp i nämndens internkontrollplan 2026. Målet om 6 % sjukfrånvaro följs i dagsläget upp genom åtgärden *Arbeta för en ökad frisknärvaro, samt nå målet på max 6 % sjukfrånvaro* i nämndens verksamhetsplan och planeras göra så även 2026. Ökad fokus i uppföljningen bör vara att analysera effekterna av de åtgärder som genomförs för att öka frisknärvaron.

Åtgärder

- Genomföra och följa upp chefers deltagande i aktuella utbildningar som genomförs under året.
- Redogöra för olika insatsers effektivitet när det gäller att öka frisknärvaron till årsbokslut.
- Myndighetens samtliga chefer har under hösten två tillfällen inplanerade med rehabspecialist för att arbeta vidare i fråga om frisknärvaro.

Kontrollmetod:

8.2 Redogör för faktiska kostnader för sjukfrånvaro och jämför med utfallet om det i stället varit 6%.

Genomförd kontroll

Granskningen är genomförd *utan anmärkning*.

Kontroll har genomförts genom insamling av data och statistik från systemet Hypergene samt data erhållen från HR som sedan sorterats och sammanställts (senast kända statistiken som finns för rapporteringstillfället).

Resultat av kontroll

Omsorgsnämnden hade vid halvårsskiftet i år en total sjukskrivningsgrad om cirka 8 procent, varav korttidssjukfrånvaron utgjorde 3,5 procent av denna. Korttidssjukfrånvaron är nästintill den enda del av sjukskrivningskostnaderna som belastar nämndens resultat kostnadsmässigt (som arbetsgivaren står för). Den totala kostnaden för nämnden vid halvårsskiftet för detta var 12 miljoner kronor (beräknad helårseffekt på cirka 24 miljoner kronor givet samma andel för helåret).

Nästan hela kostnaden för sjukskrivningar är hänförlig till den största avdelningen inom egen regi, avdelning funktionsstöd på knappt 10,5 miljoner kronor. Om sjukskrivningsgraden skulle reduceras till totalt 6 procent för nämnden och den korta sjukskrivningsgraden minskade till 3 procent skulle en besparing på cirka 4 miljoner kronor på helåret kunna ske för nämnden.

Kontrollmoment 9

Medarbetare eller förtroendevalda blir otillbörligt påverkade eller agerar på ett otillåtet sätt vilket kan leda till förtroendeskada, skada för medborgare eller verksamhet.

Kontrollmetod:

Ta del av nämndens svar av den kommungemensamma enkäten för kontroll av kunskap hos nämndens politiker och tjänstemän avseende mutor, jäv och representation.

Genomförd kontroll

Enheten för strategi och beredning har tagit del av de svar som nämndens förtroendevalda och chefer gett på enkäten. Observera att resultatet för chefer avser hela vård- och omsorgsförvaltningen, och går ej att studera uteslutande för chefer inom omsorgsnämndens ansvarsområde.) Antalet som svarat var 7 förtroendevalda inom nämnden samt 144 chefer inom vård- och omsorgsförvaltningen.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd *med mindre anmärkning*.

Sammantaget visar resultatet av enkäten att kunskapen generellt är god inom de områden som innefattas i enkäten.

Resultatet för chefer bedöms indikera ett visst behov av ytterligare informationsinsatser. Det enskilt mest utmärkande området är att endast 56 % av de svarande uppgett att de tagit del av informationsmaterial på SKR:s hemsida om att motverka korruption. Det är dock inte obligatoriskt för chefer i Uppsala kommun att ta del av SKR:s informationsmaterial.

Också inom informationssäkerhet så finns indikationer på vissa brister, exempelvis så anger drygt 11 % av de svarande att de ej kan redogöra för den mest skyddsvärda informationen inom sitt uppdrag. En förklaring av begreppet skyddsvärd information finns i enkäten (störst konsekvens om informationen röjs, förvanskas eller blir otillgänglig).

Kontrollmomentet bedöms vara fortsatt aktuellt i nämndens internkontrollplan nästa år, dock kan kontrollmetoden behöva utvecklas och utformas på annat sätt.

Åtgärder

- Genomföra kompletterande utbildningssatsning för att säkerställa att nämndens chefer har tillräckliga kunskaper inom informationssäkerhet och korruption.
- Omsorgsnämnden får ta del av resultatet.